

01985



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

lej

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

APOYO SOCIAL, ROLES SEXUALES Y
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LOS
PROBLEMAS, COMO MODULADORES DE LOS
EFECTOS NOCIVOS DEL ESTRES VITAL, SOBRE
LA SALUD DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
LAURA DE LOS ANGELES ACUÑA MORALES

DIRECTOR DE TESIS: DR. CARLOS A. BRUNER

SINODALES: DR. HECTOR AYALA

DRA. GILDA GOMEZ

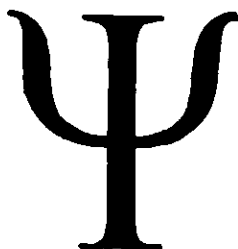
DRA. LAURA HERNANDEZ

DRA. SOFIA LIBERMAN

DR. ROGELIO DIAZ-GUERRERO

DRA. MARIA CORSI

264822



MEXICO, D. F.

JULIO 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

A Carlos, el gran amor de mi vida

A Grace, mi hermana, por su admirable fortaleza

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer en especial al Dr. Carlos A. Bruner, por dirigir esta tesis, así como por su esfuerzo, dedicación e interés en mi formación académica durante los últimos dieciseis años. El Dr. Bruner es, sin duda, no sólo un extraordinario investigador, sino el mejor maestro que existe. También quiero agradecer a los miembros de mi comité de doctorado, Dr. Héctor Ayala, Dra. Gilda Gómez, Dra. Laura Hernández y Dra. Soffa Liberman, quienes me brindaron su valiosa asesoría durante todo el transcurso de mi investigación. Al Dr. Rogelio Díaz-Guerrero y a la Dra. María Corsi, quienes contribuyeron con sus comentarios a mejorar este trabajo. Al Dr. Rolando Díaz-Loving, al Dr. Héctor Ayala y al Dr. Víctor Solís, por su ayuda para la traducción-retraducción del Cuestionario de Apoyo Social. A Aymé Pacheco, a Patricia Lacroix y a Alejandra González, por su ayuda en la aplicación de cuestionarios y captura de datos. A mis amigos y colegas, Luis M. Gallardo, por su ayuda en diversas fases de la investigación y, particularmente, al Mtro. Raúl Avila, por su invaluable interés, colaboración y asesoría en todas las fases de esta investigación. Finalmente, a mis hermanas, Conchita, Margarita, Graciela y Ma. Luisa, a todos mis sobrinos y a Alarico, por mantener mi salud física y mental con su cariño y apoyo.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	VII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCIÓN	1
Apoyo Social	3
Roles Sexuales	16
Afrontamiento de los Problemas	22
Propósito del Estudio	24
MÉTODO	28
Sujetos	28
Instrumentos	31
Procedimiento	36
RESULTADOS	37
Apoyo Social	37
Roles Sexuales	41
Afrontamiento de los Problemas	46
Relación entre Estrés Vital, las Variables Mitigadoras en su Conjunto y la Salud	49
Relación Directa entre las Variables Mitigadoras con la salud	52

DISCUSIÓN	57
Relación Directa entre los Eventos Vitales y la Salud	57
Efectos de las Variables Mitigadoras sobre los Efectos	
Nocivos de los Eventos Vitales sobre la Salud	58
Apoyo Social	59
Roles Sexuales	69
Afrontamiento de los Problemas	73
Efecto Modulador Conjunto del Apoyo Social, del Rol Sexual	
y de la Estrategia de Afrontamiento	76
Conclusiones e Implicaciones	78
REFERENCIAS	83
ANEXO 1. Estructura Factorial del Cuestionario de Apoyo Social	
y de las Escalas del Cuestionario de Salud y Vida	
Cotidiana, incluidas en el estudio	104
ANEXO 2. Paquete de Instrumentos utilizados en el estudio	136

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Datos socioeconómicos de los sujetos	29
Tabla 2. Resultados de la regresión múltiple jerárquica	50
Tabla 3. Correlaciones bivariadas entre las variables mitigadoras y los índices de salud	53

ANEXO 1

Tabla 4. Comunalidades y cargas factoriales de los puntajes N del Cuestionario de Apoyo Social (SSQ) en el primer factor de los componentes principales	109
Tabla 5. Factores encontrados en la rotación oblicua de los puntajes N del SSQ	111
Tabla 6. Comunalidades y cargas factoriales de los puntajes S del SSQ en el primer factor de los componentes principales	114
Tabla 7. Factores encontrados en la rotación varimax de los puntajes S del SSQ	116
Tabla 8. Factores encontrados en la rotación varimax de las escalas de depresión, síntomas psicósomáticos, auto-confianza y disposición positiva ante la vida del Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana	121

Tabla 9. Factores encontrados en la rotación varimax de la escala de afrontamiento de problemas del Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana	125
Tabla 10. Comparación de datos del estudio original para desarrollar el SSQ y del presente estudio	128
Tabla 11. Comparación de la consistencia interna de las escalas del HDL, en el estudio original y en el presente estudio	132

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Representación esquemática de los efectos de los eventos vitales y del efecto modulador del estatus sociométrico positivo y negativo sobre los diferentes índices de salud** 39
- Figura 2. Representación esquemática de los efectos de los eventos vitales y del efecto mitigador del apoyo social sobre los diferentes índices de salud** 42
- Figura 3. Representación esquemática de los efectos de los eventos vitales y de los efectos mitigadores de los roles sexuales masculino y femenino sobre los diferentes índices de salud** 44
- Figura 4. Representación esquemática de los efectos de los eventos vitales y del efecto modulador de la estrategia de afrontamiento de los problemas sobre los diferentes índices de salud** 47

RESUMEN

Los eventos vitales recientes están relacionados con la propensión de una persona para adquirir una enfermedad. El propósito principal del estudio fue determinar, por separado y en conjunto, el efecto modulador del apoyo social, del rol sexual y de la estrategia de afrontamiento sobre los efectos dañinos del estrés sobre cinco diferentes índices de salud: medicamentos, enfermedades, síntomas psicosomáticos, depresión y autoconfianza. Adicionalmente, se comparó la relación entre el estatus sociométrico (una medida objetiva de apoyo social) y el apoyo social percibido (como un auto-informe y, por tanto, subjetivo). A los sujetos, 154 estudiantes de preparatoria y 289 de licenciatura, se les aplicó una sociometría y respondieron versiones en español del Cuestionario de Apoyo Social, del Inventario de Roles Sexuales de Bem y del Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana. Para determinar la contribución separada de los eventos vitales, así como de cada una de las variables mitigadoras, se realizaron análisis múltiples de regresión. De los cinco índices de salud, la depresión fue la variable dependiente más sensible. En orden de importancia, el apoyo social percibido, el estatus sociométrico positivo, el rol sexual femenino, la confrontación de los problemas y el rol sexual masculino, tuvieron un efecto mitigador sobre la depresión producto del estrés vital. El estatus sociométrico negativo y la evitación de los problemas agravaron la depresión con una magnitud similar. Para analizar el efecto conjunto de todas las variables independientes incluidas en el estudio sobre un índice de salud global, se realizó un análisis de regresión múltiple de tipo jerárquico. El estatus sociométrico positivo, la evitación de los problemas, el rol sexual

femenino, el apoyo social percibido y el estatus sociométrico negativo, en ese orden, contribuyeron a la predicción de la salud global ($R = .47$). Se encontró una correlación positiva entre el estatus sociométrico positivo y el apoyo social percibido y una correlación negativa entre éste último y el estatus sociométrico negativo. En relación con la comparación entre el estatus sociométrico y el apoyo social percibido, se concluyó que dado que el primero representa una medida objetiva de apoyo social, es preferible al auto-informe, que es subjetivo. El que el rol sexual masculino y la confrontación de los problemas no actuaran como mitigadores efectivos, se discute en función de diferencias culturales entre México y Estados Unidos.

ABSTRACT

A person's propensity to acquire an illness is related to the vital events experienced recently. The main purpose of the study was to determine both, the isolated and the joint buffering effects of social support, sex role and coping strategies on the harmful effects of stress on five different health indexes: medication use, medical conditions, physical symptoms, depression and self-esteem. In addition, the study compared the relation between sociometric status (an objective measure of social support) and perceived social support (as a self-report, and thus more subjective). The subjects, 154 students from senior high school and 289 undergraduates, received sociometric evaluations by their peers and responded to Spanish versions of the Social Support Questionnaire, the Bem Sex-Role Inventory, and the Health and Daily Living Form. To determine the isolated contributions of life stress and each of the buffering variables on the different health indexes, separate regression analyses were performed. Of the five health indexes, depression was the most sensitive dependent variable. In order of importance, perceived social support, a positive sociometric status, a feminine sex-role, a problem-confronting coping strategy and a masculine sex-role, had an isolated buffering effect on the depression caused by life stress. A negative sociometric status and problem-avoidance coping aggravated depression to about the same degree. To analyze the joint effects of the independent variables in the study on a global health index, a multiple hierarchical regression analysis was performed. A positive sociometric status, avoidance coping, a feminine sex-role, perceived social support and a negative sociometric status,

contributed, in the same order, to the prediction of global health ($R = .47$). There was a positive correlation between a positive sociometric status and perceived social support, as well as a negative correlation between the latter and a negative sociometric status. Concerning the comparison between sociometric status and self-reports on perceived social support, given that the former is a more objective index, it was concluded that it is preferable over the more subjective perceived social support. The fact that a masculine sex-role and a confrontation coping strategy were not effective buffers of life stress in the present study, is discussed in terms of cultural differences between Mexico and the United States.

Existen hallazgos de que los eventos aversivos o estresantes tienen un efecto nocivo sobre la salud. Entre estos eventos se encuentran los sucesos vitales, que requieren de un ajuste abrupto del organismo a la nueva situación. El psiquiatra Adolf Meyer, a principios del siglo, notó que el inicio de una enfermedad tendía a coincidir con la acumulación de cambios importantes en la vida de las personas (cf., Cronkite & Moos, 1984). Siguiendo esta línea de investigación, Holmes y Rahe (1967) desarrollaron una lista de eventos vitales, que la experiencia clínica había mostrado que comúnmente antecedían a alguna enfermedad. Esta lista, denominada la Escala de Reajuste Social (Social Readjustment Rating Scale, SRRS), pondera la magnitud de los eventos vitales mediante calificaciones llamadas Unidades de Cambio de Vida (Life Change Units, LCU). Para obtener los LCU's, se pidió a un número de jueces que estimaran la magnitud del ajuste correspondiente a cada evento vital, en una escala del 0 al 100, siendo que al matrimonio se le adjudicó un puntaje arbitrario de 50. Respecto a la validez de la escala de Holmes y Rahe, Holmes (1978) encontró que el 30% de los sujetos con un puntaje bajo de LCU's, el 50% de aquéllos con puntajes intermedios y el 80% de quienes tuvieron altos puntajes de LCU's, contrajeron una enfermedad. Wyler, Masuda, y Holmes (1971) también encontraron que puntajes de LCU menores a 100 puntos tienen un valor predictivo sobre enfermedades como gripes, migrañas o mononucleosis; mientras que puntajes mayores de 300 puntos, predicen enfermedades graves como infartos al miocardio, cáncer o diabetes. También existen datos de que los eventos vitales están relacionados con el funcionamiento del sistema inmunológico (por ejemplo, Ader & Cohen, 1985; Borrás,

Casas, Roldan, Bayés, & Cuchillo, 1988; Maier & Laudenslager, 1985; Miller, 1985). Respecto a la confiabilidad del SRRS, en el estudio original, se obtuvieron correlaciones (*Rho*'s de Spearman) mayores a .90 entre los diferentes subgrupos de la muestra (i.e., divididos por sexo, edad, educación, clase social, raza y religión). Estudios posteriores también obtuvieron correlaciones altas entre diferentes subgrupos y entre aplicaciones sucesivas (test-retest) de la escala (por ejemplo, Mendels & Weinstein, 1972). También existen hallazgos que muestran que jueces de diferentes culturas tienden a juzgar la magnitud del cambio necesario para cada evento incluido en el SRRS de manera similar (por ejemplo, entre japoneses, Masuda & Holmes, 1967; entre suecos, Rahe, 1975; entre malasios, Woon, Masuda, Wagner, & Holmes, 1971; y entre ingleses, Lauer, 1973). En México, Bruner, Acuña, Gallardo, Atri, Hernández, Rodríguez, y Robles (1994) aplicaron el SRRS a una muestra de estudiantes universitarios que actuaron como jueces y encontraron que los puntajes LCU que dieron los jueces mexicanos a los diferentes eventos de la lista fueron similares, tanto en magnitud, como en orden, a los reportados por Holmes y Rahe. Por lo tanto, la investigación de Bruner et al. mostró que es posible utilizar el SRRS con estudiantes universitarios mexicanos y ponderar cada evento conforme los puntajes LCU obtenidos en su estudio.

La investigación reciente ha moderado considerablemente la esperanza de los seguidores de Holmes y Rahe de poder predecir con un alto grado de exactitud la aparición de enfermedades físicas y psicológicas a partir del conocimiento de los sucesos vitales ocurridos a una persona en el tiempo inmediato anterior. Diferentes

estudios han mostrado que la relación entre los eventos vitales y la salud de las personas no es muy alta en términos absolutos y que, en general, las correlaciones encontradas varían entre .12 y .30 (Gunderson & Rahe, 1976; Lauer, 1973; Marx, Garrity, & Borvers, 1975; Rahe, 1975; Rahe & Ranson, 1965; Sarason, Johnson, & Siegel, 1978). A pesar de que la relación entre la salud y la ocurrencia de eventos vitales ha sido baja, también ha sido sorprendentemente consistente, tanto entre diferentes estudios, como entre diferentes poblaciones (i.e., Mitchell & Moos, 1984). A pesar de esta consistencia en resultados, la aparición de una enfermedad, después de experimentar un número de eventos vitales, es muy variable de individuo en individuo; es decir, mientras que algunas personas caen enfermas después de experimentar una serie de eventos vitales, otras conservan su salud. Esta variabilidad individual en las reacciones ante los diferentes eventos vitales, se ha relacionado, a su vez, con un número de variables psicológicas que actúan como moduladoras de los efectos nocivos del estrés sobre la salud. Algunas de estas variables son la red de apoyo social de un individuo, su rol sexual o la forma como afronta dichas situaciones estresantes (e.g., Ensel & Lin, 1991; Holahan & Moos, 1990; Roos & Cohen, 1987). En las siguientes secciones se describirán los hallazgos relativos a cada una de estas variables moduladoras del estrés vital.

Apoyo Social

Existe un número considerable de investigaciones en las que se ha encontrado que si las relaciones de una persona con los demás son amistosas y de confianza, los

sucesos vitales aversivos tienen un menor impacto sobre su salud física y mental. El apoyo social se refiere a relaciones tales como de confianza, de intimidad, de cercanía emocional, de ayuda práctica y, en general, lo que podría llamarse afecto por parte de otra persona. Por lo general, para determinar el grado de apoyo social con que cuenta una persona, los investigadores han utilizado cuestionarios de auto-informe. Dado que apoyo social se refiere a relaciones de afecto e intimidad con otros, su medición puede basarse en juicios independientes y no en el propio informe del sujeto. En este trabajo se propone que una forma objetiva de medir el apoyo social que recibe una persona consiste en interrogar a los miembros de algún grupo, con los que dicha persona interactúa y así determinar su grado de popularidad o de rechazo social.

Para conocer el grado de popularidad o rechazo de un sujeto dentro de un grupo, Moreno (1962) formuló una técnica a la que llamó sociometría, que consiste en solicitar a los integrantes de un grupo que nombren a un número específico de amigos. El contar las nominaciones de un grupo permite clasificar a los sujetos que reciben muchas nominaciones como populares y a los que recibe muy pocas o ninguna nominación, como rechazados. Otros investigadores (Asher & Wheeler, 1985; Coie, Dodge, & Coppotelli, 1982; Coie & Kupersmidt, 1983; Dodge, 1983; Gronlund & Anderson, 1975; Newcomb & Bukowsky, 1984; Peery, 1979) propusieron que el pedir a los sujetos nombrar únicamente a sus amigos, confundía dos tipos de personas con un estatus sociométrico negativo: los sujetos activamente rechazados y los sujetos ignorados por su grupo. Estos autores propusieron incluir en la sociometría la petición

de nominaciones negativas. A pesar de que el número de nominaciones positivas y negativas pueden utilizarse directamente como variables continuas, comúnmente las nominaciones positivas y negativas se combinan para categorizar a los individuos como populares, rechazados, controvertidos o ignorados.

Dado que la técnica de la sociometría requiere que el grupo haya convivido un período de tiempo suficientemente largo para que cada integrante esté familiarizado con los demás, la inmensa mayoría de las investigaciones que han utilizado esta técnica han utilizado grupos de niños. En diferentes estudios transversales, se ha encontrado una relación entre el estatus sociométrico de un niño y su grado de adaptación social (Asher & Wheeler, 1985; Coie et al., 1982; Crick & Ladd, 1993), su desempeño académico (LaGreca & Stone, 1990; Stone & LaGreca, 1990), sus conductas agresivas o pro-sociales (Burton & Krantz, 1990), sus sentimientos de soledad y depresión o bienestar psicológico (Asher, Hymel, & Renshaw, 1984; Cassidy & Asher, 1992; Kupersmidt & Patterson, 1991) y, en general, con su grado de salud mental (Eder & Kinney, 1995; Priel & Leshem, 1990; Shushma, 1979; Stiliandis & Wiener, 1989).

A diferencia de los estudios transversales, existe un número de estudios longitudinales que tienen particular importancia porque han mostrado que la sociometría es un predictor confiable de conductas futuras de los niños. Por ejemplo, Cowen, Pederson, Babigian, Izzo, y Trost (1973) encontraron que el estatus sociométrico fue el mejor predictor tanto de la salud mental en niños populares, como de dificultades psiquiátricas en niños rechazados o ignorados, 13 años después de

clasificar a los niños de primaria conforme diferentes índices. En esta misma línea de investigación, Ollendick, Weist, Borden, y Green (1992) clasificaron a niños de cuarto grado conforme con su estatus sociométrico. Cinco años después, los niños populares tenían un mejor ajuste psicológico, una ejecución académica más alta y un menor número de contactos con el sistema de justicia, que los niños rechazados, ignorados y controvertidos. Otros estudios mostraron no sólo el valor predictivo del estatus sociométrico, sino su estabilidad tanto temporal, como entre diferentes grupos sociales. Por ejemplo, Dishion, Capaldi, Spacklen, y Li (1995) encontraron que el estatus sociométrico de los niños se mantuvo estable entre el cuarto y el doceavo año de educación elemental y que en la transición de la escuela primaria a la escuela secundaria, los niños rechazados e ignorados, fumaron más y abusaron de sustancias tóxicas más frecuentemente que los niños populares. Coie y Kupersmith (1983) clasificaron a niños conforme a su estatus sociométrico con un grupo de referencia y posteriormente cambiaron a los niños a un nuevo grupo. Los niños tendieron a conservar la misma categoría sociométrica en el nuevo grupo.

Los estudios anteriores tienen en común el haber enfocado el ajuste socio-emocional de los niños. En otro grupo de estudios, se ha intentado determinar las variables que están relacionadas con la conformación de un cierto estatus sociométrico. Chang (1984) investigó la influencia de las tendencias afiliativas, de los rasgos de personalidad, del atractivo físico y de la inteligencia en la conformación del estatus sociométrico en los niños. Los rasgos deseables de personalidad y el atractivo físico fueron las variables más importantes para determinar el estatus sociométrico.

Dodge (1983) clasificó a niños en su respectivo estatus sociométrico y mostró fotografías de esos niños a un nuevo grupo que no los conocía. Los niños previamente clasificados como populares fueron juzgados como los más atractivos físicamente, mientras que los niños rechazados fueron percibidos como los menos atractivos físicamente. Otros estudios confirmaron que la apariencia física es un determinante importante para la elección de amigos y que está relacionada con el estatus sociométrico de los niños (Klerck, Richardson, & Ronald, 1974; Langlois & Stephan, 1977). En otra serie de estudios se ha comprobado que la familia ejerce una influencia importante sobre la conformación del estatus sociométrico. Por ejemplo, Hazan y Bruner (en prensa) encontraron que los diferentes niños de una misma familia tienden todos a compartir el mismo estatus sociométrico. En esta misma línea de investigación, Bonn (1995), Cohn (1990), Hart, Ladd, y Burleson (1990) y Patterson, Cohn, y Kao (1989), en estudios con diferentes propósitos, mostraron que un común denominador de los niños clasificados como populares, es que provienen de familias armoniosas, sin problemas económicos, donde la relación entre los padres es afectuosa y ayudan a sus hijos, mientras que los niños rechazados provienen de familias sujetas a múltiples adversidades, con problemas económicos y en donde la relación entre los padres y los niños es poco afectuosa.

Todos los estudios mencionados anteriormente han sido realizados con grupos de niños. Existen algunos estudios donde se ha utilizado la sociometría entre adultos jóvenes. Estos estudios han confirmado que el estatus sociométrico está relacionado con la adaptación social. Vanfraechem (1976) clasificó a estudiantes universitarios

conforme con su estatus sociométrico. Los estudiantes clasificados como rechazados fueron más pasivos y más agresivos, que los estudiantes clasificados en cualquier otra categoría sociométrica. Wentzel y Asher (1995), con adolescentes, también encontraron que quienes eran rechazados por su grupo eran agresivos y tenían un bajo desempeño académico. Aube, Koestner, Hodgins, y Craig (1994), también con adolescentes, mostraron una relación entre desempeñar un rol sexual masculino y el ser popular en el estatus sociométrico. Carlson, Linnea, Sabelli, Patel, y Holm (1992) establecieron una relación entre ser popular en el estatus sociométrico y una congruencia entre las elecciones y las preferencias de mujeres universitarias.

Los datos de las investigaciones mencionadas demuestran que el estatus sociométrico está relacionado con el bienestar psicológico y que es un buen predictor de la adaptación social y psicológica futura de niños y adolescentes. Aunque la mayor parte de los estudios donde se ha empleado la técnica de la sociometría han sido hechos con niños, los pocos estudios en los que se ha determinado el estatus sociométrico de adolescentes y universitarios, han mostrado consistencia de hallazgos entre poblaciones. Es decir que, mientras que los sujetos clasificados como populares muestran conductas pro-sociales, tienen una buena salud mental y son exitosos académicamente, los sujetos rechazados por su grupo son agresivos, tienen problemas de adaptación social y fracasan en la escuela. Un hallazgo de particular importancia es que el estatus sociométrico tiende a ser estable a través del tiempo, que vuelve a surgir en diferentes grupos sociales y que tiende a ser homogéneo intra-familias.

Estos datos sugieren que el estatus sociométrico de una persona no depende de un contexto social particular, sino de la forma general en la que el individuo se relaciona con los demás. Existen datos acerca de que el estatus sociométrico está relacionado con el bienestar psicológico, no obstante se desconoce su relación con el bienestar físico, así como su posible efecto mitigador de los efectos nocivos del estrés sobre la salud.

El común denominador del grupo de estudios que se describieron en esta sección, es que se ha intentado determinar objetivamente el grado de apoyo que recibe una persona. En cambio, existe otro grupo de estudios, en los cuales el apoyo social que recibe una persona se ha estimado conforme a su propio informe, ya sea por lo que concierne al apoyo que ha recibido en el pasado o al apoyo que percibe tener.

Se ha demostrado que cuando una persona percibe que cuenta con el apoyo de otros, el efecto nocivo del estrés sobre la salud es menor, que cuando no se percibe dicho apoyo. En una serie de estudios se ha mostrado el efecto mitigador del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de las personas. Por ejemplo, Wethington y Kessler (1986) y Roos y Cohen (1987) establecieron que sujetos que sufrían depresión y ansiedad a causa de la ocurrencia de algún evento vital, la percepción de apoyo social disminuyó el impacto de tal evento. Rook (1987) encontró entre pacientes con síntomas psicósomáticos, que aquéllos que percibían apoyo social sufrían tales síntomas en menor grado que los que no percibían tal apoyo. En otros estudios también se relacionó a la depresión y a la presencia de síntomas

psicosomáticos, que resultan de la exposición a eventos aversivos, con percibir poco apoyo social (Elliot & Gramling, 1990; Gore, 1978; Hill & Christensen, 1989; Holahan & Moos, 1981; 1982; Wohlgemuth & Betz, 1991). Utilizando otros indicadores de bienestar psicológico como variables dependientes, también se ha demostrado que la percepción de apoyo social actúa como mitigador de los efectos dañinos del estrés. Por ejemplo, Holahan y Moos (1985) encontraron que en un grupo de sujetos con altos puntajes LCU, aquéllos que percibían apoyo familiar, también tuvieron pocos cambios en su auto-estima y en su disposición positiva ante la vida, durante el año siguiente a la aplicación del SRRS. En cambio, los sujetos con puntajes LCU semejantes, pero que no percibían apoyo familiar, sufrieron una disminución significativa en su auto-estima y en su disposición ante la vida, en el mismo período de tiempo. Bolger y Eckenrode (1991) determinaron el apoyo social percibido, así como el número de interacciones de algunos estudiantes universitarios, 10 días antes de un examen importante. Los estudiantes que percibían apoyo y además interactuaron con otras personas, sufrieron menos ansiedad. Eaton (1978) encontró que las personas solteras o que vivían solas, reaccionaron ante situaciones adversas con más depresión y pérdida del control emocional, que las personas casadas o que vivían acompañadas.

En otra serie de estudios se ha establecido el papel mitigador del apoyo social percibido sobre la salud física de las personas. Por ejemplo, en su revisión de la literatura sobre los efectos del apoyo social como un mitigador del estrés, Cobb (1976) comentó un estudio en el que mujeres embarazadas con apoyo social pobre o

nulo, sufrieron más complicaciones durante el embarazo y parto, que aquéllas con apoyo social. En otro ejemplo, mencionó un número de estudios que concuerdan en sugerir que en pacientes hospitalizados, aquéllos que recibieron apoyo de los miembros del hospital, de sus amigos o familiares, se recuperaron más rápidamente, requirieron menos medicamentos y, si fueron operados, corrieron un menor peligro de muerte, en comparación con aquellos pacientes que no tenían apoyo. Mitchell y Moos (1984) estudiaron la relación entre altos puntajes LCU y el número de enfermedades diagnosticadas por un médico y encontraron que los pacientes con apoyo familiar sufrieron menos enfermedades. Synder, Roghmann, y Sigal (1993), estudiaron la respuesta inmune en dos grupos de mujeres universitarias, divididas en aquéllas que percibían apoyo social y aquéllas que no percibían tal apoyo. El sistema inmune de las mujeres con apoyo social tenía un nivel de funcionamiento más elevado, a pesar de haber sufrido eventos vitales adversos, así como ante una prueba con un antígeno.

Watkins, Ward, Southard, y Fisher (1992) encontraron que la probabilidad de sufrir un primer infarto al miocardio fue mayor en pacientes evaluados como tipo A (Friedman & Rossman, 1973), que experimentaron muchos eventos aversivos y que percibieron poco apoyo social. Knox (1993) mostró que los sujetos que percibían poco apoyo social, tendían a aumentar más su tasa cardíaca bajo situaciones de estrés, que los sujetos con apoyo social. Linden, Chambers, Maurice, y Lenz (1993) compararon a mujeres con diferentes empleos que percibían o no apoyo social. Las mujeres que percibían poco apoyo, sufrían de una elevación en la presión arterial en aquéllos días en que estaban sujetas a presiones laborales, en cambio, la presión

arterial se mantuvo estable ante circunstancias adversas, en aquellas mujeres que percibían apoyo social.

A pesar de que existen numerosos estudios que han encontrado un efecto mitigador del apoyo social ante las circunstancias adversas de la vida, en general, la magnitud del efecto no ha sido muy alta. En diferentes estudios se han encontrado correlaciones parciales del apoyo social con diferentes índices de salud física y psicológica que oscilan entre .12 y .45. Además, es importante mencionar que en algunos estudios no se ha encontrado el efecto mitigador del apoyo social (por ejemplo, Ganellen & Blaney, 1984; Thoits, 1982; Wallston, Alagna, DeVellis, & DeVellis, 1983).

Considerando que los sucesos de la vida, aversivos o deseables, se distribuyen equiprobablemente entre la población y, por lo tanto, pueden considerarse como una influencia constante en la salud de las personas, existen estudios donde, en lugar de evaluar el efecto del apoyo social como un mitigador ante una situación estresante, han relacionado directamente al apoyo con algunas variables de salud física o mental. Por ejemplo, Meehan, Durlak, y Bryant (1993) encontraron que los estudiantes universitarios que dijeron contar con mucho apoyo social, también informaron tener mayores niveles de felicidad y auto-confianza y más habilidades para obtener y disfrutar de eventos positivos en la vida, que aquéllos que dijeron tener poco apoyo. También se ha demostrado que las personas que tienen sentimientos de soledad carecen de confidentes y perciben poco apoyo de su grupo (Kraus, Davis, Bazzini, & Church, 1993; Pierce, Sarason, & Sarason, 1991; Samter, 1992; Sarason, Sarason,

Hacker, & Basham, 1985; Sarason, Shearin, Pierce, & Sarason, 1987). La falta de confidentes o de apoyo, también se ha relacionado con numerosos déficits psicológicos: pensamientos y creencias irracionales (Hart & Hittner, 1991); esquizofrenia (Lepore, 1992; Pagel, Erdly, & Becker, 1987); conflicto social (Rook, 1984); timidez (Eisenberg, Fabes, & Murphy, 1995); falta de intimidad y bienestar psicológico (Diener & Fujita, 1995; Emmons & Colby, 1995; Korshavn & Lau, 1991; Lin, Simeone, Ensel, & Kuo, 1979); hostilidad (Houston & Vavak, 1991); neuroticismo, ansiedad y depresión (Dahlem, Zimet, & Walker, 1991; Eker & Arkar, 1995; Felsten & Wilcox, 1992; Priel & Shamai, 1995; Vinokur, Schul, & Caplan, 1987); introversión (Amirkhan, Risinger, & Swickert, 1995; Nakano, 1992) y tendencias suicidas (Clum & Febbraro, 1994; Demakis & McAdams, 1994; DeMan & Leduc, 1995; Tousignant & Hanigan, 1993; Whatley & Clopton, 1992).

A pesar de haber mucha investigación que relaciona al apoyo social con diferentes índices de salud física y psicológica, es importante destacar que existe un considerable desacuerdo entre los diferentes autores respecto a una definición de apoyo social (Boiger & Eckenrode, 1991; Sarason, Shearin, et al., 1987). En algunas investigaciones, el apoyo social se ha definido como la información, la ayuda efectiva o las habilidades que la persona recibe de otros (Cobb, 1976; Barrera, Sandler, & Ramsay, 1981). En otros estudios, el apoyo social se ha definido como equivalente del afecto que se recibe (Cobb, 1976; Wethington & Kessler, 1986). Otros estudios, han definido el apoyo social como la interacción frecuente con otras personas o como la cercanía de un confidente o alguien significativo (Rook, 1984). La multiplicidad de

definiciones ha conducido a que, prácticamente, cada investigador desarrolle un cuestionario diferente para medir apoyo social. Conforme con cada conceptualización de apoyo social, se han medido múltiples variables dependientes, desde únicamente la frecuencia de contactos sociales en un período específico, hasta la función (emocional, de información, de ayuda efectiva) que ha tenido cada interacción social. La red social que se ha considerado importante también ha variado, desde contar con un sólo confidente, hasta el número total de grupos a los que se pertenece (ver, por ejemplo, Sarason, Shearin, et al., 1987).

A pesar de la diversidad en las definiciones del concepto de apoyo social y de las variables dependientes que se han medido, existe algún grado de acuerdo respecto a la categorización de Sarason, Shearin, et al. (1987) y de Whethington y Kessler (1986) del apoyo que el sujeto ha recibido de hecho en el pasado y el que el sujeto percibe que tiene o puede tener. Sarason, Shearin, et al. (1987) compararon varios inventarios de apoyo social. Estos inventarios fueron seleccionados, tanto por representar diferentes perspectivas teóricas, como por sus propiedades psicométricas, así como por su prevalencia en la literatura. Los resultados mostraron que los cuestionarios que medían el apoyo recibido correlacionaron poco entre sí, con diferentes índices de salud y con otros inventarios de apoyo percibido. En cambio, los inventarios que medían apoyo social percibido correlacionaron significativamente entre sí y con las variables de salud. En relación al apoyo social percibido, los autores encontraron que el Cuestionario de Apoyo Social (Social Support Questionnaire, SSQ) de Sarason, Levine, Basham y Sarason (1983) fue el que mejor predijo el grado de

soledad y ansiedad de los sujetos y el que tuvo correlaciones consistentemente más altas con otros cuestionarios que medían apoyo social percibido. En otros estudios también se ha encontrado que el apoyo percibido correlaciona más frecuentemente que el apoyo recibido con la salud (por ejemplo, Bolger & Eckenrode, 1991; Dunkel-Schetter, Folkman, & Lazarus, 1987; Whetington & Kessler, 1986).

Los datos de las investigaciones mencionadas muestran que la percepción de apoyo social puede ser un mitigador de los efectos nocivos del estrés sobre la salud psicológica y física. Aún cuando ni el efecto mitigador, ni la relación directa entre apoyo social percibido y la salud han sido muy altos, es sorprendente la consistencia de resultados entre diferentes estudios. A pesar de esta consistencia de resultados, es sorprendente que no exista un acuerdo entre los investigadores respecto a qué se refiere con precisión el que una persona cuente con apoyo social. Además, como lo señalaron Pierce, Sarason, y Sarason (1992) y Vinokur, Shul, y Caplan (1987), un problema en la medida del apoyo social es que no existe información acerca del grado en que los informes de los sujetos realmente reflejen conductas reales de apoyo. Así, cuando se habla del poder benéfico del apoyo social sobre la salud, no es claro cuál es el ingrediente activo de las relaciones interpersonales asociado con el bienestar. La medición del apoyo social utilizando la técnica de la sociometría, permitirá su medida como una auténtica variable independiente, basada en juicios independientes y no el propio informe del sujeto.

Roles Sexuales

Otra variable que está relacionada con la salud de las personas es su rol sexual. En los setentas, Constantinople (1973), Bem (1974) y Spence, Helmreich, y Stapp (1974) propusieron que ciertos individuos, denominados andróginos porque comparten simultáneamente, tanto un rol sexual masculino, como uno femenino, disfrutan de un mayor grado de bienestar psicológico, que las personas que se encuentran estereotipadas en cualquiera de los dos roles sexuales tradicionales, masculino o femenino. De acuerdo con los teóricos (cf., Spence, Helmreich, & Stapp, 1975), las conductas masculinas se refieren a conductas denominadas instrumentales y están relacionadas con actuar y modificar el medio ambiente. Las conductas femeninas, en cambio, se refieren a la expresión de las emociones y a una preocupación por los demás. La medición de los roles sexuales se hace por lo general, utilizando cuestionarios, donde los sujetos deben decir qué tanto creen que poseen una serie de características típicamente masculinas y femeninas. A continuación se describirán los hallazgos de varios estudios en los que se ha relacionado al rol sexual con la salud de los individuos. La inmensa mayoría de estos estudios se realizaron con estudiantes universitarios de los Estados Unidos.

Existe un grupo de estudios en los que se ha investigado la influencia del rol sexual como un mitigador de los efectos nocivos del estrés. En general, los hallazgos de estos estudios han mostrado que, conforme lo postulado por Bem (1974) y por Spence et al. (1974), el rol sexual andrógino actúa como un mitigador de los efectos nocivos del estrés. Por ejemplo, Shaw (1982) encontró que los individuos

andróginos evaluaron los mismos eventos vitales como menos incontrolables e indeseables, que los sujetos estereotipados en un rol sexual masculino o femenino. Aún más, los sujetos estereotipados en un rol sexual femenino, dijeron haber experimentado un mayor número de eventos estresantes, sentirse infelices y muchos de ellos, haber estado cercanos a un "colapso nervioso". Baucon y Danker-Brown (1979) mostraron que, al enfrentarse a una situación de indefensión aprendida, los andróginos utilizaron un mayor número de estrategias de orientación al problema y experimentaron menor frustración, que las personas con roles sexuales masculino o femenino. En otros estudios se ha encontrado que el rol sexual masculino es el que actúa como mitigador de los efectos dañinos del estrés. Por ejemplo, Roos y Cohen (1987) aplicaron una lista de eventos vitales a estudiantes universitarios y encontraron que la depresión y la ansiedad eran menores en aquellos estudiantes clasificados como masculinos y mayores en los clasificados como femeninos. DeGregorio y Carver (1980) compararon a adultos con personalidad tipo A (Friedman & Rossman, 1973) sujetos a estrés, con alta y baja masculinidad y encontraron que aquéllos con baja masculinidad estaban más ansiosos y más deprimidos, que quienes tenían alta masculinidad. Kobasa (1979) encontró que para ejecutivos con altos niveles de estrés, la masculinidad sirvió como un mitigador de la presencia de enfermedades, mientras que los ejecutivos con un rol femenino, tuvieron una auto-estima baja, eran poco vigorosos, eran pesimistas y tenían un locus de control externo.

En otra serie de estudios se ha demostrado que el rol sexual está relacionado con la salud, independientemente del nivel de estrés al que estén sometidas las

personas. Nuevamente, conforme con lo postulado por los teóricos, los hallazgos de algunos estudios mostraron que el rol sexual andrógino está relacionado con la salud y con el bienestar psicológico, en mayor grado que los roles masculino o femenino. Por ejemplo, una serie de investigaciones coincidieron en el hallazgo de que los sujetos con un rol sexual andrógino obtuvieron puntajes más altos en auto-estima y en auto-concepto, que los sujetos con roles masculino o femenino (Bem, 1977; Flaherty & Dusek, 1980; Lamke, 1982; O'Connor, Mann, & Bardwick, 1978; Spence et al., 1975). El hallazgo de que los sujetos que desempeñan un rol sexual andrógino gozan de una mejor salud mental, que los sujetos estereotipados en un rol sexual tradicional, fue confirmado por otras investigaciones. Por ejemplo, Burchardt y Serbin (1982) compararon el rol sexual y la salud de estudiantes universitarios y pacientes internos de un hospital psiquiátrico y encontraron que, para ambas muestras, las personas con un rol sexual andrógino mostraron menos neuroticismo y, en general, estaban más sanos mentalmente que los sujetos masculinos. En cambio, aquéllos con un rol femenino tenían más signos de paranoia y psicosis. Bem (1975), Bem y Lenney (1976) y Bem, Martyna, y Watson (1976) demostraron que las personas con un rol sexual andrógino, al realizar diversas tareas típicamente masculinas o femeninas, realizaron todas las tareas con éxito y se sintieron cómodas al hacerlas, mientras que las personas que desempeñaban un rol sexual masculino o femenino, sólo realizaron con éxito la tarea propia de su rol sexual. Asimismo, se ha encontrado que las personas que desempeñan un rol sexual andrógino también gozan de un mejor salud física. Spence et al. (1975) clasificaron a estudiantes conforme con su rol sexual y

les pidieron llenar un cuestionario biográfico. Los sujetos con un rol sexual andrógino dijeron haber tenido un mayor número de citas con amigos del otro sexo y una menor incidencia de enfermedades infantiles, que los no andróginos. Shifren, Bauserman, y Carter (1993) investigaron la relación entre conductas pro-salud (no fumar, hacer ejercicio, comer sanamente) con el rol sexual. La androginia se relacionó positivamente con estas conductas, mientras que la masculinidad y la feminidad no estuvieron relacionadas. En función de los hallazgos de todos estos estudios, los investigadores concluyeron que desempeñar simultáneamente un rol sexual masculino y femenino, típico de los andróginos, determina una adecuada adaptación al medio y altos índices de salud psicológica y física (Bem, 1977; Spence et al., 1975).

Aunque diversos estudios han mostrado una relación entre el desempeño de un rol sexual andrógino y diversos índices de bienestar psicológico, algunos teóricos cuestionaron tal relación, al inferir que ésta era más atribuible al rol sexual masculino, que al rol sexual femenino. Diferentes estudios han encontrado que aún cuando los sujetos andróginos obtienen altos puntajes en auto-concepto y auto-estima, los sujetos con un rol sexual masculino han igualado y hasta superado a las personas andróginas; en cambio, los individuos con un rol sexual femenino consistentemente han obtenido puntajes más bajos en ambos, auto-concepto y auto-estima (Antill & Cunningham, 1979; Jones, Chernovetz, & Hansson, 1978; Kelly & Worrel, 1977; Long, 1986; Silven & Ryan, 1979). Whitley (1985) realizó un meta-análisis de 35 estudios en los que se relacionó la auto-estima con el rol sexual. Encontró que, en la mayoría de los estudios, la masculinidad estuvo relacionada con la auto-estima, en mayor grado que

la androginia, mientras que las correlaciones entre feminidad y auto-estima fueron muy bajas. En otros estudios se ha confirmado que el rol sexual masculino está relacionado con diferentes índices de salud psicológica, mientras que el rol sexual femenino, por el contrario, está relacionado con falta de bienestar. Gilbert (1981), por ejemplo, con una muestra de hombres dedicados a la ciencia, encontró que aquéllos con un rol sexual andrógino o masculino recibieron durante su adolescencia un mayor número de honores y premios, así como citas amorosas, que aquéllos con un rol sexual femenino. Olds y Shaver (1980) encontraron que, independientemente del género de las personas, aquéllas con un rol femenino sufrían de auto-depreciación e inseguridad, así como de una mayor incidencia de síntomas psicósomáticos, que las personas que desempeñaban roles masculino o andrógino. Este último hallazgo fue confirmado por Klonoff y Landrine (1992), puesto que sus datos mostraron que las características femeninas fueron el mejor predictor de la presencia de síntomas psicósomáticos. Nagoshi, Pitts, y Nakata (1993) mostraron la existencia de una relación positiva entre psicoticidad y feminidad. Lubinski, Tellegen, y Butcher (1981) relacionaron los rasgos masculinos con tener una afectividad positiva y con bienestar psicológico. Los datos de Kopper y Epperson (1996) también mostraron una relación entre la posesión de atributos masculinos y una buena salud psicológica. Craighead y Green (1989) compararon la depresión de niños entre 12 y 15 años, con roles masculino y femenino y encontraron que la masculinidad se asoció inversamente con la depresión, mientras que la feminidad se asoció positivamente con ésta. O'Heron y Orlofsky (1990) también encontraron que la feminidad está asociada con la presencia de depresión y

de ansiedad. Faulkender (1991) estudió la relación entre roles sexuales y auto-actualización. Sus resultados mostraron que, mientras que la feminidad conduce a ser agresivo, tener poco valor personal y poca capacidad para establecer contactos íntimos, la masculinidad conduce a la auto-actualización. Zeldow, Clark, y Daugherty (1985) encontraron que estudiantes universitarios estereotipados en el rol sexual masculino, también presentaban poca depresión y neuroticismo, mayor capacidad para procurarse placer, alta auto-estima, extroversión y un locus de control interno. En cambio, los estudiantes con un rol femenino consumieron más alcohol, se sintieron insatisfechos y tuvieron una baja auto-estima. Lombardo y Kemper (1992) encontraron que una percepción negativa de la familia se asoció con feminidad, mientras que una percepción positiva se relacionó con masculinidad.

Los hallazgos de las investigaciones mencionadas en esta sección, muestran que el rol sexual de las personas está relacionado con su salud y con su bienestar psicológico, y que actúa como un mitigador de los efectos dañinos del estrés. No obstante, existen resultados contradictorios de diferentes estudios sobre la relación entre los roles sexuales y la salud, y no es claro si la androginia psicológica o la masculinidad determina dicha relación.

Acuña y Bruner (1993) con una muestra de estudiantes universitarios mexicanos, encontraron que, diferente del hallazgo más común, los hombres y las mujeres con un rol sexual femenino tuvieron un auto-concepto igual al de los sujetos con un rol sexual andrógino y mayor que el de aquéllos con un rol sexual masculino. Este resultado sugiere que, para los estudiantes universitarios mexicanos, la feminidad

es el factor que correlaciona con una buena salud mental. No obstante, es necesario utilizar otros índices de salud psicológica para confirmar esta hipótesis. Asimismo, se desconoce la relación entre los roles sexuales y la salud física con una población mexicana, así como el poder modulador de los roles sexuales sobre los efectos nocivos del estrés.

Afrontamiento de Problemas

La estrategia que utiliza una persona para enfrentar un problema también es una variable que puede ayudar a las personas a mantener el equilibrio ante situaciones aversivas o de estrés (Billings & Moos, 1981; Holahan & Moos, 1987; Pearlin & Schooler, 1978). Valentiner, Holahan, y Moos (1994) definieron a las estrategias de afrontamiento de los problemas como las respuestas cognoscitivas o conductuales por parte de una persona que la llevan a reducir o a eliminar el malestar psicológico o las condiciones estresantes. Holahan y Moos (1987) y Valentiner et al. (1994), categorizaron a las estrategias de afrontamiento como aquéllas en las que se confronta el problema y aquéllas en las que se evita el problema. En los estudios que se describen a continuación, se han utilizado cuestionarios de auto-informe, en los que el sujeto debe indicar la frecuencia con que utilizó una serie de estrategias cuando tuvo un cambio en su vida.

En diversos estudios se ha encontrado que las personas que confrontan sus problemas, en comparación con aquéllas que los evitan, sufren menos malestares psicológicos y conservan mejor su salud física y mental. Por ejemplo, Saklofske y

Kelly (1995) y Rehulkova, Blanty, y Oseka (1995) clasificaron a estudiantes universitarios en aquéllos que confrontaban o evitaban las situaciones aversivas, encontrando que los que confrontaron tales situaciones sufrían un menor grado de neuroticismo. Davey, Burgess, y Rashes (1995) compararon la estrategia de afrontamiento usada por pacientes fóbicos, pacientes que sufrían ataques de ansiedad y adultos normales. Los pacientes fóbicos y con ataques de ansiedad, preferían evitar los problemas y daban menor importancia a los eventos aversivos, en cambio, las personas normales confrontaban sus problemas y les daban importancia. Prokopcakova (1995) encontró entre estudiantes de secundaria y de preparatoria, expuestos a situaciones que les generaban ansiedad, que quienes evitaron enfrentar dichas situaciones, mostraron mayor ansiedad y agresión, en comparación con quienes las enfrentaron. Nakano (1991) estudió a un grupo de estudiantes universitarios a quienes clasificó como evitadores o confrontadores de los problemas. Los estudiantes que confrontaron diferentes eventos vitales aversivos, sufrieron menos depresión que aquéllos que los evitaron. Kobasa (1982), con adultos, también encontró una relación entre la evitación de los problemas y depresión y la presencia de síntomas psicósomáticos. Holahan y Moos (1985; 1986) realizaron estudios longitudinales con adultos de una comunidad y uno de sus hallazgos fue que las personas que se adaptaron a los eventos estresantes sin experimentar síntomas físicos o emocionales, confrontaron sus problemas, tuvieron altos niveles de auto-confianza, apoyo de su familia y una buena disposición ante la vida. Amirkhan et al. (1995) mostraron que

la extroversión y el optimismo están relacionados con el afrontamiento de los problemas.

Además de lo ya mencionado, diversos estudios han mostrado que evitar los problemas resulta en rigidez perceptual (Sarmany, 1994); en una incongruencia entre lo que se desea hacer y lo que de hecho se hace (Eagan & Walsh, 1995); en somatizaciones y hostilidad (Mikulincer, Florian, & Weller, 1993); en un sentido de identidad difuso (Berzonsky, 1992); en una personalidad derrotista (Schill & Beyler, 1992); y en una alta presión arterial (Dolan, Sherwood, & Light, 1992).

Los datos de las investigaciones reseñadas en esta sección, muestran que mientras que afrontar activamente los problemas está relacionado con el bienestar psicológico, evitar dichos problemas puede ser dañino para la salud. Estos hallazgos sugieren que la estrategia de afrontamiento que utiliza una persona ante una situación estresante, puede modular los efectos nocivos de los eventos vitales sobre la salud de las personas.

Propósito del Estudio

El propósito del presente estudio fue determinar el posible efecto mitigador del apoyo social (estatus sociométrico y apoyo percibido), del rol sexual (masculino y femenino) y de la estrategia para afrontar los problemas (confrontación y evitación), sobre los efectos nocivos que el estrés tiene sobre la salud. Aunque se ha documentado que existe una relación entre el apoyo social, el rol sexual y la estrategia de afrontamiento con el bienestar de las personas, no existe información sobre cómo

estas variables mitigan los efectos dañinos del estrés sobre una serie de síntomas físicos, psicosomáticos y psicológicos, particularmente con una población de estudiantes universitarios mexicanos. Además, ningún estudio antes había intentado determinar la contribución conjunta de todas estas variables psicológicas como mitigadoras del estrés vital y establecer su importancia relativa.

En este estudio se propuso medir el apoyo social a través de la técnica de la sociometría, es decir mediante juicios independientes. Aunque existen una serie considerable de datos que muestran que la popularidad de una persona, determinada mediante su estatus sociométrico, se relaciona con numerosos índices de bienestar psicológico, no existe información sobre cómo se relaciona con una serie de síntomas físicos y se desconoce su poder mitigador sobre los efectos del estrés. La inmensa mayoría de los estudios que han empleado la técnica de la sociometría, se han concentrado en la predicción de conductas futuras en niños como sujetos y existen relativamente pocos estudios donde se haya valorado la utilidad de esta técnica con adultos jóvenes. Como se mencionó en la introducción, un problema persistente en la medida del apoyo social es que casi invariablemente se ha utilizado el propio informe de los sujetos, el cual adolece de subjetividad y de no permitir una inferencia de causalidad en la relación entre el apoyo social y la salud. En cambio, la sociometría permite una medida más objetiva, independiente del sujeto, del apoyo social con el que cuenta una persona y potencialmente permitiría inferencias de causalidad entre apoyo social y salud. En consecuencia, un propósito adicional del presente estudio fue comparar el efecto mitigador del estatus sociométrico, como medida de apoyo social,

con una medida del apoyo social percibido, que es el índice de apoyo social más frecuentemente utilizado en esta clase de estudios.

Con respecto al efecto mitigador del rol sexual, a pesar de que se han realizado numerosos estudios tratando de relacionar un cierto rol sexual con diferentes medidas de salud, existe una considerable controversia respecto a si es la androginia psicológica o el desempeño de un rol sexual masculino el ingrediente activo de tal relación. Aún más, existen algunas razones para sospechar que para los estudiantes universitarios mexicanos, tal ingrediente activo no sea ni la androginia psicológica, ni el rol sexual masculino, sino el desempeño de un rol sexual femenino.

Relativo a la estrategia que utilizan las personas para enfrentar los problemas, existen datos de que evitar dichos problemas está relacionado con problemas psicológicos y físicos, mientras que enfrentarlos de forma activa, está relacionado con el bienestar y la salud física. Estos datos sugieren que la estrategia de afrontamiento actúa como moduladora de los efectos nocivos del estrés.

Dado que el apoyo social, ya sea medido mediante las opiniones de otros o bien el auto-informe, el rol sexual de las personas y su estrategia para afrontar los problemas, están potencialmente relacionados con la salud, en el presente estudio, además de determinar el posible efecto mitigador de cada una de estas variables por separado, se intentó determinar qué tanto contribuye cada una de estas variables como mitigadoras del estrés vital, en relación con las demás variables.

Por otra parte, dado que en México no existían instrumentos validados para medir ni el apoyo social percibido, ni una serie de síntomas físicos y mentales, durante

el presente estudio, concurrentemente fue necesario valorar la validez conceptual del Cuestionario de Apoyo Social de Sarason, Levine, et al. (1983) y de algunas escalas del Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana de Moos, Cronkite, Billings, y Finney (1986). Este último cuestionario, además de medir diferentes índices de salud, también incluye una lista de eventos vitales, así como una escala para determinar el tipo de estrategia de afrontamiento de los problemas. En el Anexo 1 se presenta la información pertinente a la validación conceptual de estos dos cuestionarios.

MÉTODO

Sujetos

Los sujetos de este estudio fueron 443 estudiantes, 289 de la licenciatura en psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (73 hombres y 216 mujeres) y 154 del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) Sur (64 hombres y 90 mujeres). La edad de los estudiantes de la licenciatura varió entre los 17 y los 37 años, con una media de 20.34 y la de los estudiantes del CCH varió entre los 14 y los 19 años, con una media de 16.6 años. Debido a la fecha en la que se realizó el estudio, los estudiantes de licenciatura pertenecían al primer, tercer, quinto, séptimo o noveno semestre de la carrera. Los estudiantes del CCH Sur, todos cursaban el cuarto semestre. La inmensa mayoría de los estudiantes de licenciatura y de bachillerato eran solteros. La Tabla 1 muestra algunos índices socio-demográficos de las familias de procedencia de los estudiantes.

Los datos de la Tabla 1 muestran que aproximadamente el 40% de las madres de los estudiantes, tanto de licenciatura, como del CCH, tenían un nivel educativo de preparatoria, mientras que alrededor del 30% de los padres tenía estudios universitarios y otro 20% tenía estudios de preparatoria. Aproximadamente la mitad de los padres tenía un empleo de burócrata, era dueño de una tienda pequeña o era profesor de primaria. El ingreso familiar mensual de la mayoría de las familias, de los estudiantes de licenciatura y de los del CCH, era de entre \$628 y \$4,000, que se dividía entre 4 ó 5 personas que habitaban la misma casa.

Tabla 1. Datos socioeconómicos de las dos muestras de estudiantes de licenciatura y del CCH. Se muestran porcentajes en diversas categorías socioeconómicas (véase Díaz-Guerrero, Bianchi, & Ahumada, 1975, para una descripción detallada de los criterios e indicadores socioeconómicos que se emplearon en esta investigación).

Escolaridad	Madre		Padre		Profesión del Padre o Jefe de Fam	Ingreso Familiar Mensual		Personas en la casa					
	LIC	CCH	LIC	CCH		LIC	CCH	LIC	CCH				
Ninguna	2.0	0.6	1.6	0.6	Profesional	12.3	13.0	\$ 628 a \$2,500	30.7	27.9	1	1.6	0.0
Primaria	31.3	17.5	23.2	11.6	Negocios	9.5	13.6	\$2,600 a \$4,000	34.3	33.8	2	5.3	3.9
Secundaria	14.9	18.8	12.7	13.6	Burócrata/dueño	42.0	53.2	\$4,100 a \$5,700	18.4	20.8	3	11.9	11.0
Preparatoria	35.6	42.2	24.4	21.2	de tienda pequeña/ profesor primaria			Más de \$5,800	16.6	17.5	4	21.2	21.4
Universidad	12.7	15.6	31.9	31.2	Carpintero/mecánico/ electricista/plomero/ policia	16.4	20.1				5	27.3	35.1
Posgrado	3.4	5.2	6.1	11.7	Obrero no calificado/ mesero, taxista	6.9	0.0				6	8.3	14.9
					Barrendero/bolero/ soldado raso	7.5	0.0				7	2.8	5.2
											8	2.6	3.2
											9	.8	3.9
											10	2.6	1.3
											ó más		

Los datos de la Tabla 1 muestran que las familias de los estudiantes de ambas poblaciones eran homogéneas y, por lo tanto, pertenecían a un mismo nivel socioeconómico.

El criterio para la participación de los sujetos en el estudio fue que estuvieran integrados en un grupo de estudiantes, por lo menos durante el último año.

Instrumentos

Los sujetos contestaron los siguientes cuestionarios:

1. Cuestionario de Datos Personales y Socioeconómicos. Este cuestionario pedía a los sujetos información sobre su edad, su sexo, la carrera que estudiaba, el semestre que estaba cursando, su estado civil, el nivel educativo de sus padres, la ocupación de su padre o del jefe de su familia, el número de personas que vivían en la misma casa y su ingreso familiar.

2. Sociometría. En una hoja se incluyeron dos preguntas. En la primera se pidió a los sujetos escribir las iniciales (del primer nombre, del primer apellido y del segundo apellido), de las tres personas de su grupo escolar actual con quienes les gustaría interactuar. La segunda pregunta pidió a los sujetos escribir las iniciales de las tres personas de su grupo con quienes no les gustaría interactuar.

3. Cuestionario de Apoyo Social (Social Support Questionnaire, SSQ, de Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983). Este cuestionario está integrado por 27 preguntas, en las que se pide al sujeto dos tipos de respuesta. Primero se le pide que ante cada pregunta, nombre hasta 9 personas en quienes puede confiar o contar para ayudarlo y, segundo, indicar, en una escala de 6 puntos (1 = muy satisfecho; 6 = muy insatisfecho), qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró en cada una de las 27 preguntas. Mediante

la suma del número total de personas mencionadas y de los puntajes de satisfacción, divididos entre 27, se obtienen dos puntajes: número de personas que brindan apoyo (puntaje N) y satisfacción con el apoyo (puntaje S).

Sarason, Levine, et al. (1983) desarrollaron el SSQ con estudiantes universitarios como sujetos. Con el objeto de evaluar las propiedades psicométricas del SSQ, realizaron análisis factoriales de componentes principales (sin rotación), por separado de las calificaciones N y S. Encontraron que todos los reactivos N tuvieron cargas factoriales mayores a .60 y todos los reactivos S tuvieron cargas factoriales mayores a .30, en el primer factor de componentes principales. El primer factor explicó el 82% de la varianza, en el caso de los puntajes N y el 72% de la varianza, en el caso de los puntajes S. El *alpha* de Cronbach que encontraron para la escala N fue de .97 y, para la escala S, de .94. Las intercorrelaciones entre los reactivos N variaron entre .35 y .71 y entre los reactivos S, entre .21 y .74. Las correlaciones entre los 27 reactivos N y el puntaje N global, variaron entre .51 y .79 y, para los 27 reactivos S y el puntaje S global, las correlaciones variaron entre .48 y .72. Las medias de las escalas fueron de 4.25 para el puntaje N y de 5.38 para el puntaje S. Sarason, Levine, et al. encontraron una correlación de .34 entre la escala N y la escala S. Esta correlación fue interpretada como evidencia de que las dos escalas de este inventario miden dos diferentes dimensiones del apoyo social, una cuantitativa (puntaje N) y otra cualitativa (puntaje S). En un estudio posterior, Sarason, Sarason, y Shearin (1986) mostraron confiabilidad test-retest del SSQ, durante 4 años consecutivos. Las intercorrelaciones de los puntajes N entre las diferentes aplicaciones variaron de .67 a .78, mientras que las intercorrelaciones de los puntajes S entre las diferentes aplicaciones variaron de .55 a .86.

4. Inventario de Roles Sexuales de Bem (Bem Sex-Role Inventory, BSRI, Bem, 1974). El BSRI es un inventario de auto-informe, integrado por 60 características de

personalidad (20 masculinas, 20 femeninas y 20 neutras) y el sujeto debe indicar, en una escala de 7 puntos (1 = nunca o casi nunca es cierto para mí; 7 = siempre o casi siempre es cierto para mí), qué tanto, cada característica lo describe. Para construir el BSRI, Bem pidió a jueces evaluar una serie de características como típicamente masculinas, femeninas o neutras con respecto al sexo. Aquellas características evaluadas, tanto por hombres como por mujeres universitarios, como típicas de alguno de los dos sexos, las incluyó en las escalas de masculinidad y de feminidad. Aquellas características que fueron juzgadas, tanto por hombres, como por mujeres, como no exclusivas de uno de los dos sexos, fueron consideradas por Bem como neutras. Las 20 características neutras no se califican. Mediante la suma de los puntajes en las 20 características masculinas y de las 20 características femeninas, divididas entre 20, se obtienen dos puntajes, uno de masculinidad y otro de feminidad. Bem (1974) mostró independencia entre las escalas ($r = -.03$) y confiabilidad interna (α de Cronbach = .86). En México, el BSRI fue validado por Acuña, Bruner, y Avila (1994). En ese estudio, el BSRI fue traducido-retraducido del inglés al español, hasta que finalmente se obtuvo una versión en español equivalente en significado a la original en inglés. Un análisis factorial, con rotación varimax, mostró que entre estudiantes universitarios mexicanos, de las 60 características originales, sólo 16 son típicamente femeninas y 9 típicamente masculinas. Acuña et al. encontraron una alta confiabilidad interna (α de Cronbach = .85) para las 16 características femeninas y para las 9 características masculinas (α de Cronbach = .81).

En el presente estudio, se pidió a los sujetos contestar el inventario completo; es decir se incluyeron las 60 características del cuestionario original. No obstante, los puntajes de masculinidad y feminidad únicamente se computaron considerando las características que Acuña et al. (1994) mostraron que reflejaban masculinidad y feminidad en México.

5. Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana, forma B (Health and Daily Living Form, form B, HDL, de Moos, Cronkite, Billings, & Finney, 1986). El HDL es un cuestionario de auto-informe que consta de tres diferentes partes. La primera parte está diseñada para medir diferentes índices de salud: enfermedades diagnosticadas por un médico, medicamentos empleados, síntomas psicosomáticos, depresión, consumo de alcohol y de tabaco, auto-confianza, disposición positiva ante la vida, visitas hospitalarias y al médico. La segunda parte consiste de una lista de eventos vitales y de una lista de estrategias de afrontamiento de los problemas. La tercera parte mide el funcionamiento social: ayuda recibida, actividades sociales con familiares y amigos, actividades en el hogar y relaciones con los hijos. Todas las preguntas incluidas en el HDL se contestan en relación al año inmediatamente anterior. La mayoría de las escalas se contestan con sí o no, mientras que algunas escalas se contestan en una escala de 5 puntos. Para validar las escalas incluidas en el HDL, Moos et al. utilizaron dos poblaciones diferentes, una de pacientes deprimidos y otra de adultos de una comunidad, seleccionados semi-azarosamente para que igualaran a los deprimidos conforme su edad y nivel socioeconómico. Para todas las escalas, los autores compararon las medias de ambas muestras y encontraron que, en general, los deprimidos tuvieron medias más altas que los sujetos normales. Además, para aquellas escalas integradas por más de 4 reactivos, los *alphas* de Cronbach fueron mayores de .69. Algunas de las escalas incluidas en este inventario fueron desarrolladas por otros autores; por ejemplo, la escala para medir eventos vitales, fue adaptada del SRRS (Holmes y Rahe, 1967). La escala del HDL que se usa para medir estrategias de afrontamiento, fue desarrollada originalmente por Billings y Moos (1981). Las otras escalas fueron elaboradas por Moos et al. (1986), pero cada una es independiente de las otras, de tal forma que cada una puede ser aplicada por separado o en su conjunto. El HDL fue traducido al español y adaptado a México por Ayala y Aduna-Mondragón (1989).

En el presente estudio, con el fin de contar con escalas de medición continuas para la mayoría de las secciones del HDL, se modificó su escala de calificación, de sí o no, a una escala tipo Lickert de 5 puntos. En esta investigación, sólo se incluyeron algunas de las escalas del HDL, conforme con el propósito del estudio. Las escalas que se aplicaron, fueron: a) *enfermedades diagnosticadas por un médico*: se listan 14 diferentes enfermedades; el sujeto debía contestar si un médico se las diagnosticó o no durante el último año; b) *uso de medicamentos*: se listan 12 diferentes medicinas; el sujeto debía indicar, en una escala de 5 puntos (1 = nunca; 5 = siempre) la frecuencia de su uso durante el último año; c) *síntomas psicósomáticos*: se listan 14 diferentes síntomas; el sujeto debía indicar, en la misma escala de 5 puntos, la frecuencia con que tuvo o sintió cada síntoma durante el último año; d) *depresión*: esta escala está compuesta por 22 reactivos; el sujeto también debía indicar, en la misma escala, la frecuencia con que experimentó cada situación durante el último año; e) *auto-confianza y disposición positiva ante la vida*: se listan 10 adjetivos (6 para auto-confianza y 4 para disposición positiva ante la vida); el sujeto debía indicar, en una escala de 5 puntos (1 = no me describe nada; 5 = me describe exactamente), el grado en que cada adjetivo lo describe. Además de estos índices de salud, se incluyó, e) la escala para medir los *eventos vitales*: se listan 31 situaciones y el sujeto debía indicar si le ocurrieron o no durante el último año y, f) la escala de *estrategias de afrontamiento*: esta escala está integrada por 33 reactivos, 11 de afrontamiento cognitivo, 13 de afrontamiento conductual y 8 estrategias de evitación de los problemas. El sujeto debía indicar, en la misma escala de 5 puntos, la frecuencia con que utilizó cada una de las formas de actuar que se describen para enfrentar los problemas que tuvo durante el último año.

En el Anexo 2 se presenta el paquete de instrumentos que se utilizó en este estudio.

Procedimiento

Se acudió a los salones de clase de los estudiantes y se les pidió su colaboración para una investigación cuyo propósito era conocer algunas características de los estudiantes mexicanos. Antes de proceder con la aplicación de los instrumentos, se preguntó a los estudiantes si se conocían entre sí y si habían permanecido juntos, en el mismo grupo, por lo menos durante el año anterior. Este criterio fue necesario para la realización de la sociometría. Sólo se aplicaron los cuestionarios a aquellos grupos que respondieron afirmativamente a ambas preguntas. La mitad de los sujetos en cada grupo respondieron los cuestionarios en el siguiente orden: sociometría, SSQ, BSRI y HDL. Para la otra mitad el orden fue inverso. El cuestionario de datos personales siempre fue el primero que contestaron los sujetos. Cada cuestionario contenía sus propias instrucciones para responderlo, sin embargo, el investigador permaneció en el salón de clases durante el tiempo requerido, aproximadamente una hora y media, para la aplicación de todos los instrumentos y contestó cualquier duda de los estudiantes.

RESULTADOS

Para determinar el efecto mitigador por separado del apoyo social (estatus sociométrico y apoyo social percibido), del rol sexual (masculino y femenino) y de la estrategia de afrontamiento de los problemas (confrontación y evitación), se realizaron análisis de regresión múltiple paso por paso (stepwise), donde cada uno de los 5 índices de salud del HDL incluidos en este estudio (enfermedades diagnosticadas por un médico, número de medicamentos empleados, síntomas psicósomáticos, depresión y autoconfianza) fueron la variable dependiente. En cada ecuación, los eventos vitales siempre fueron una de las dos variables independientes, mientras que la segunda variable independiente fue cada una de las variables mitigadoras: apoyo social (estatus sociométrico y apoyo percibido), rol sexual (masculino o femenino) y afrontamiento (confrontación y evitación). En las siguientes secciones se presentan los resultados pertinentes a la relación entre cada una de las variables mitigadoras y los diferentes índices de salud. Las figuras que se muestran a continuación, muestran en forma de diagrama las relaciones hipotetizadas entre las variables, con sus respectivos pesos beta ($p < .01$), así como el coeficiente de correlación múltiple (R), cuando se incluyeron ambas variables independientes en la ecuación.

Apoyo Social

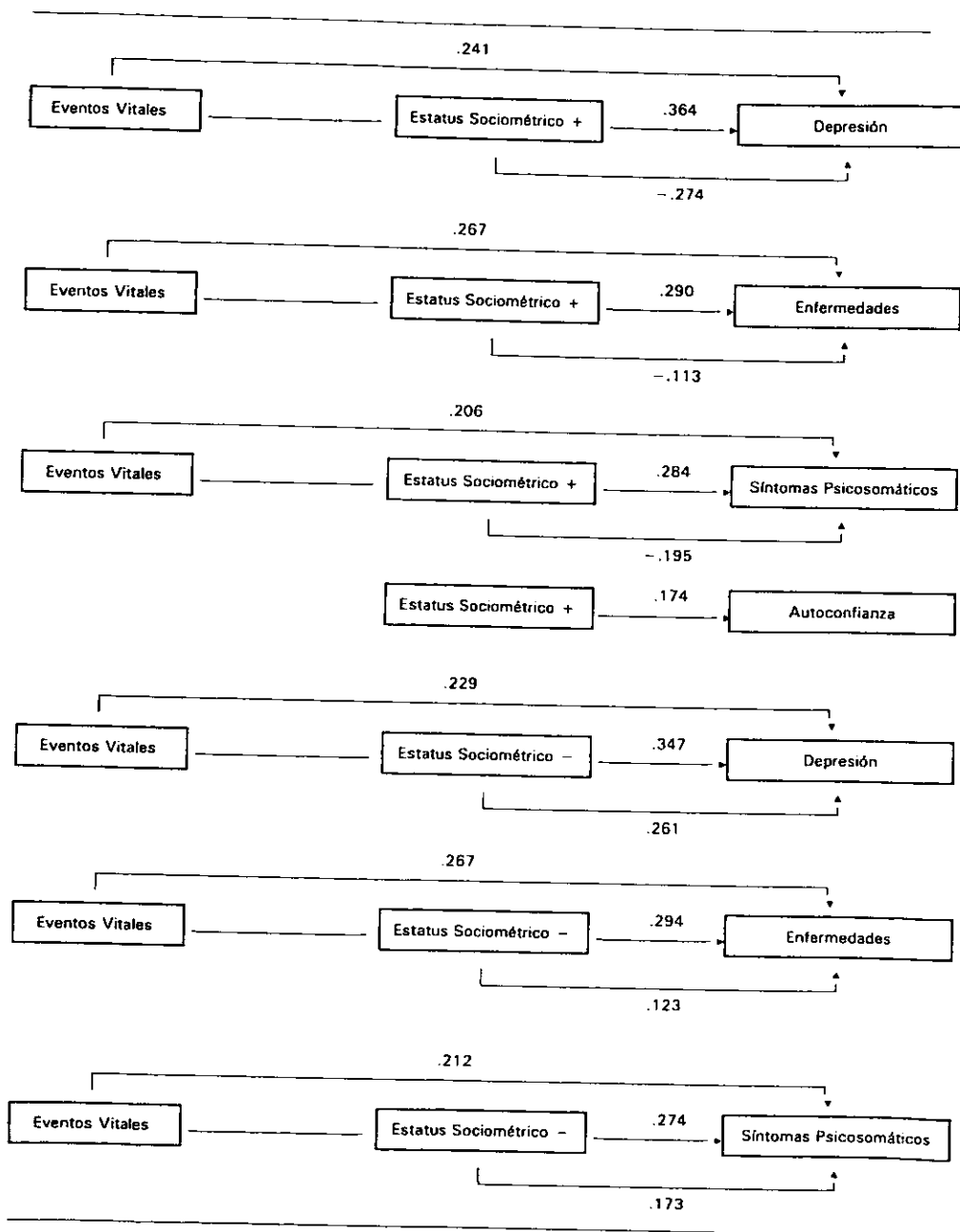
Para determinar el estatus sociométrico de cada sujeto, se sumaron, por separado, sus nominaciones positivas y negativas y posteriormente, ambos tipos de

nominación, se convirtieron en calificaciones estandard (z), usando las medias y desviaciones estandard de su propio grupo.

Antes de determinar el efecto mitigador de las dos medidas de apoyo social utilizadas en esta investigación, se computó la correlación de Pearson entre ambas. Se encontró una $r = .87$ ($p < .01$) entre las nominaciones positivas y el apoyo social percibido y una $r = -.60$ ($p < .01$) entre las nominaciones negativas y el apoyo social percibido. Estas correlaciones muestran un considerable acuerdo entre la percepción del sujeto del apoyo que recibe y las opiniones de sus compañeros de clase.

En la Figura 1 se muestra esquemáticamente la relación entre las calificaciones obtenidas en la escala de eventos vitales, los puntajes z correspondientes al estatus sociométrico positivo y negativo, con las calificaciones en las escalas de los diferentes índices de salud. Los eventos vitales y el estatus sociométrico fueron las variables independientes y los diferentes índices de salud fueron las variables dependientes. Los índices de salud sobre los que las variables mitigadoras no tuvieron un efecto confiable no se muestran en los diagramas. Los eventos vitales ocurridos en el año inmediato anterior, se relacionaron confiablemente con las enfermedades, los medicamentos empleados, la presencia de síntomas psicossomáticos y la depresión, sufridos en el mismo periodo, mientras que no se relacionaron con el grado de autoconfianza. El estatus sociométrico positivo mitigó y el estatus sociométrico negativo agravó los efectos nocivos del estrés sobre la depresión, sobre las enfermedades y sobre los síntomas psicossomáticos. Además, el estatus sociométrico positivo se relacionó directamente con el grado de autoconfianza de los sujetos. El estatus sociométrico

Figura 1. Relación esquemática entre los eventos vitales, el estatus sociométrico positivo y negativo con los diferentes índices de salud. En la Figura se muestran los coeficientes *Beta* para cada variable independiente y el coeficiente de correlación múltiple (en medio de cada figura), correspondiente a la contribución de ambas variables en la predicción de los diferentes índices de salud. Se muestran únicamente los resultados significativos.



(positivo o negativo) no moduló los efectos del estrés sobre las enfermedades diagnosticadas por un médico, ni sobre el número de medicamentos empleados y, por lo tanto, no se muestran estos resultados en la Figura 1.

En la Figura 2 se muestra esquemáticamente la relación entre los eventos vitales y el apoyo social percibido con las calificaciones en diferentes escalas de salud física y mental. Siguiendo el mismo formato que en la figura anterior, los eventos vitales y el apoyo social percibido fueron las variables independientes y los cinco índices de salud fueron las variables dependientes. En la Figura 2 se muestra que los eventos vitales en el año inmediato anterior se relacionaron con la depresión, con los síntomas psicossomáticos, con las enfermedades y con el número de medicamentos, durante ese mismo periodo de tiempo. Nuevamente, los eventos vitales no se relacionaron con el grado de autoconfianza de los sujetos. El apoyo social percibido mitigó los efectos dañinos de los eventos vitales sobre la depresión, sobre los síntomas psicossomáticos, sobre las enfermedades y sobre el número de medicamentos empleados y se relacionó directamente con la autoconfianza.

Roles Sexuales

La Figura 3 muestra esquemáticamente las relaciones entre las calificaciones de la lista de eventos vitales, el rol sexual (femenino o masculino) y los diferentes índices de salud. Otra vez, los eventos vitales predijeron confiablemente el grado de depresión, el número de enfermedades diagnosticadas por un médico y la presencia de síntomas psicossomáticos. Además, también se relacionaron confiablemente con

Figura 2. Relación esquemática entre los eventos vitales y el apoyo social percibido con los diferentes índices de salud. Se muestra el coeficiente beta para cada variable independiente y el coeficiente de correlación múltiple (en medio de cada la figura), correspondiente a la contribución de ambas variables para la predicción de los índices de salud. Se muestran únicamente los resultados significativos.

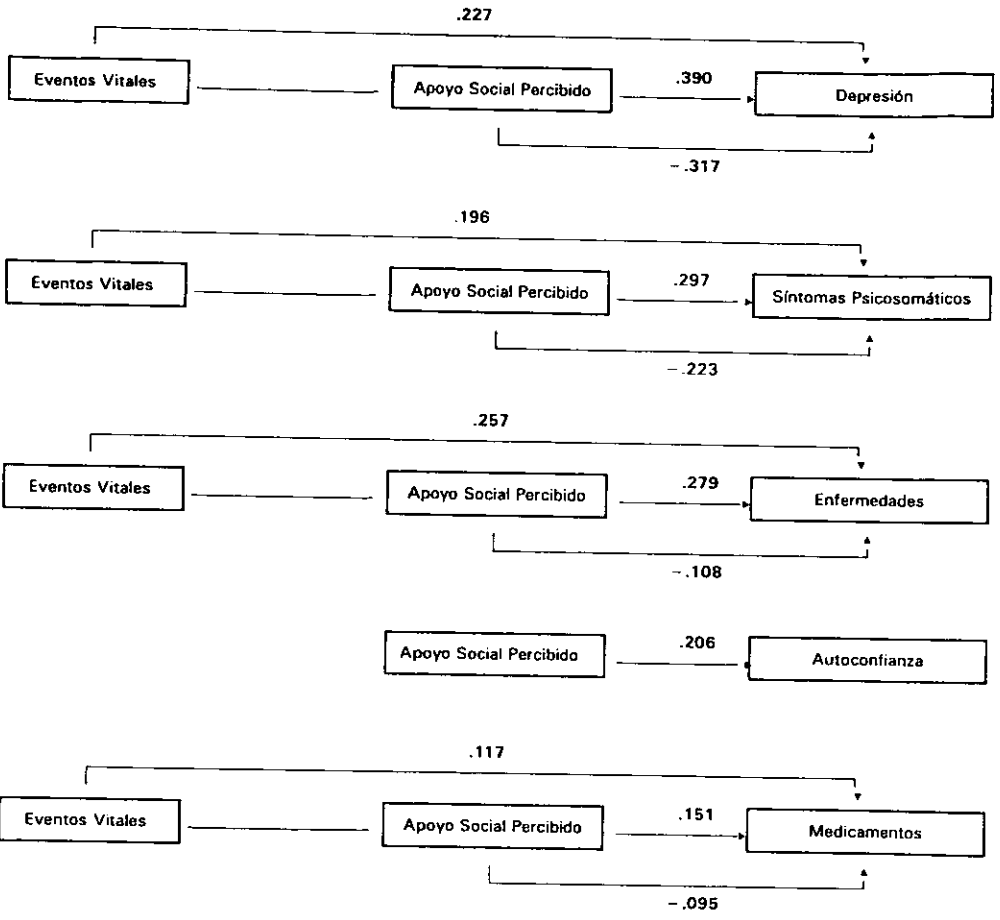
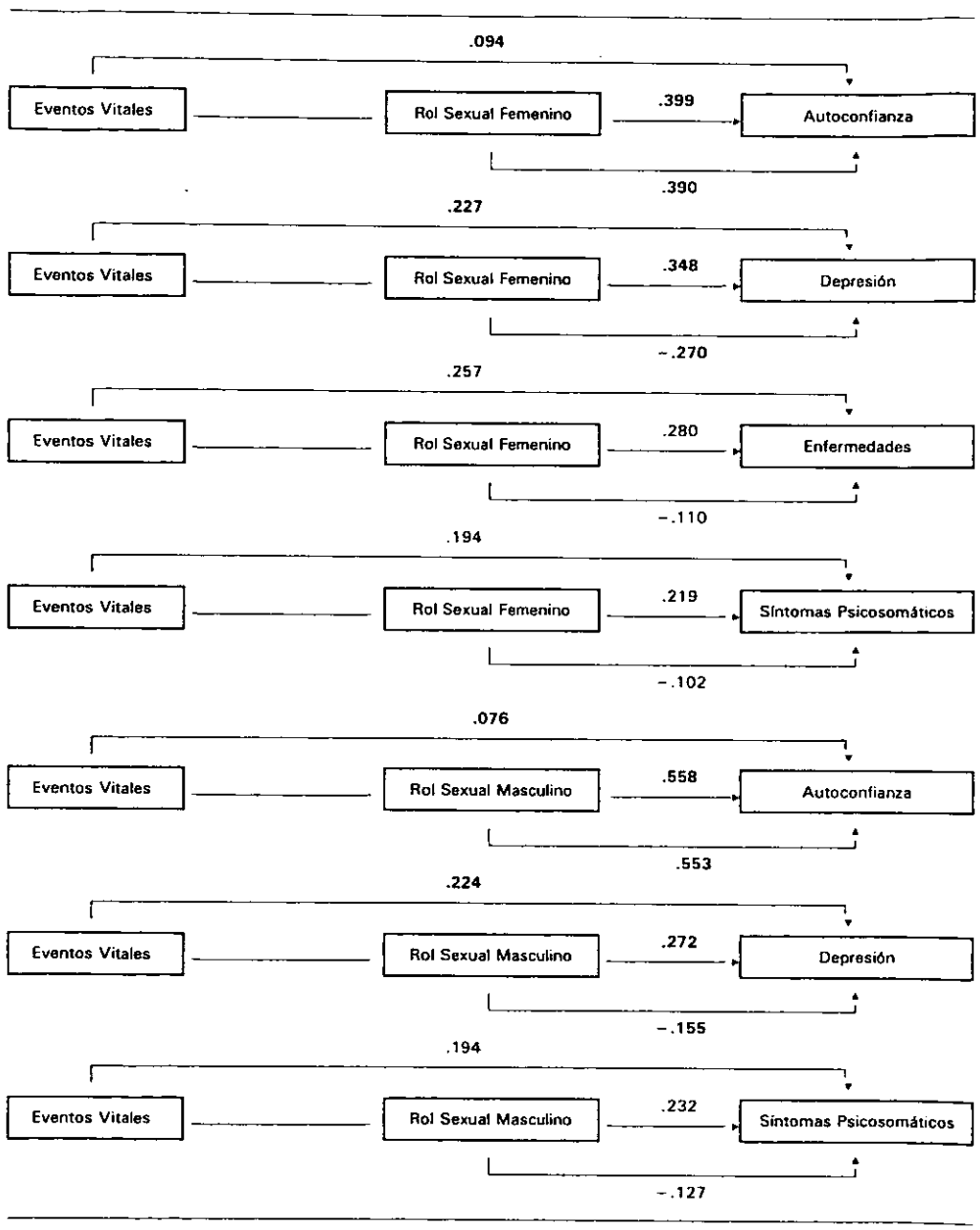


Figura 3. Relación esquemática entre los eventos vitales y el rol sexual (femenino y masculino) con los diferentes índices de salud. Se muestra el coeficiente Beta para cada una de las variables independientes, así como el coeficiente de correlación múltiple (en medio de cada figura), correspondiente a la contribución de ambas variables para la predicción de los índices de salud. Se muestran únicamente los resultados significativos.

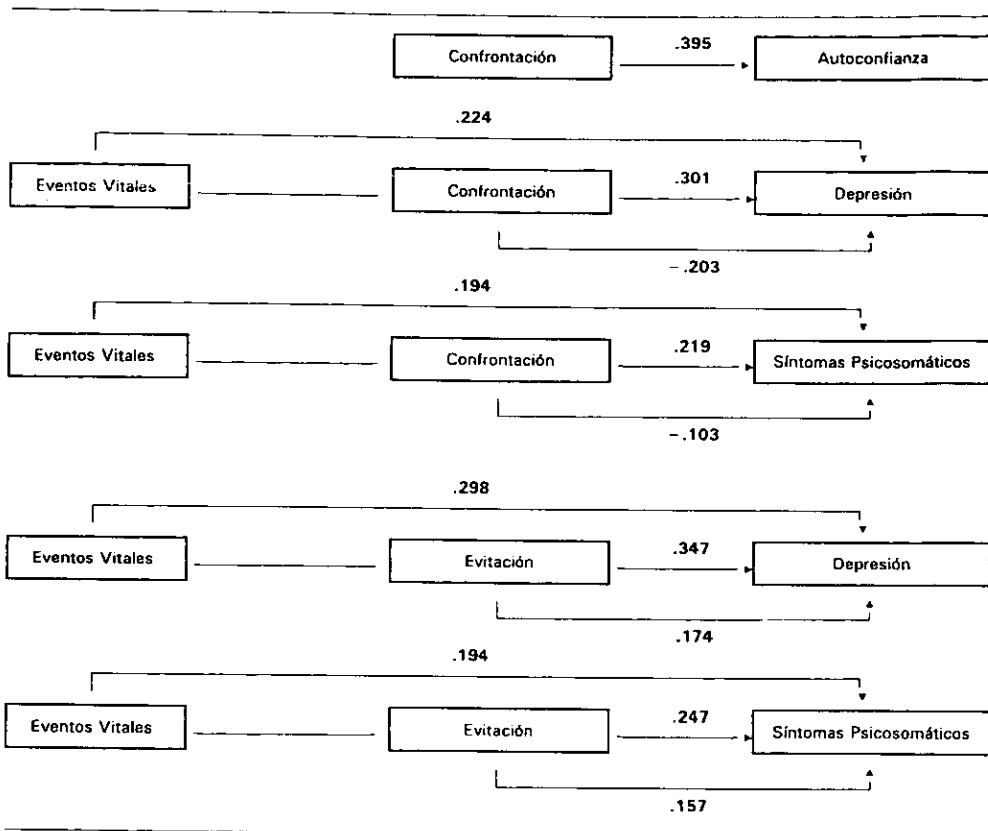


la autoconfianza. Ambos, el rol sexual femenino y el rol sexual masculino mitigaron los efectos nocivos de los eventos vitales sobre la autoconfianza, la depresión y los síntomas psicósomáticos. El rol sexual femenino también actuó como mitigador sobre las enfermedades. Conforme a la magnitud de sus efectos mitigadores, el rol sexual femenino fue un mitigador más poderoso que el rol sexual masculino de la depresión, y de las enfermedades, mientras que el rol sexual masculino mitigó con una magnitud mayor la autoconfianza y la presencia de síntomas psicósomáticos.

Afrontamiento de los Problemas

La Figura 4 muestra las relaciones entre las situaciones de estrés, la estrategia de afrontamiento de los problemas (confrontación o evitación) y los diferentes índices de salud. Los eventos aversivos se relacionaron con depresión y con los síntomas psicósomáticos. Al igual que en el caso de otras variables mitigadoras, los eventos vitales no se relacionaron con la autoconfianza. La confrontación actuó como mitigadora y la evitación de los problemas actuó como agravadora de la depresión y de los síntomas psicósomáticos, producto de los eventos vitales. La confrontación de los problemas, además, se relacionó directamente con la autoconfianza. Conforme a la magnitud de sus efectos moduladores, el efecto agravador de la evitación de los problemas fue mayor que el efecto mitigador de la confrontación de problemas sobre ambos, la depresión y los síntomas psicósomáticos.

Figura 4. Relación esquemática entre los eventos vitales y la estrategia de afrontamiento (confrontación o evitación) con los diferentes índices de salud. Se muestra el coeficiente beta para cada una de las variables independientes, así como el coeficiente de correlación múltiple (en medio de cada figura), correspondiente a la contribución de ambas variables independientes para la predicción de los índices de salud.



Relación entre Estrés Vital, las Variables Mitigadoras en su conjunto y la Salud

Una vez determinado por separado el efecto modulador de las diferentes variables (apoyo social, rol sexual y estrategia de afrontamiento de los problemas), se realizó un análisis de regresión múltiple, de tipo jerárquico, donde todas las variables moduladoras fueron incluidas en la ecuación, conforme a su prioridad según los propósitos de este estudio. Para este análisis, se calculó un índice de salud global, sumando los puntajes de las enfermedades, los medicamentos, los síntomas psicósomáticos y la depresión. Este puntaje global sirvió como variable dependiente. Mientras que los eventos vitales y las diferentes variables moduladoras fueron las variables independientes. En la Tabla 2 se muestran los coeficientes de correlación múltiple (R), los coeficientes de determinación múltiple (R^2), los coeficientes F , el incremento de R^2 en cada paso de la regresión, el coeficiente F , correspondiente al incremento y los coeficientes de regresión, directos (B) y estandarizados ($Beta$). En el primer paso del análisis, se encontró una correlación confiable, de $R = .261$ ($p < .01$), entre los eventos vitales y la salud. En el segundo paso, cuando se incluyó el estatus sociométrico positivo en la ecuación, la predicción de la salud aumentó a $R = .352$ ($p < .01$). En el tercer paso, al incluir el estatus sociométrico negativo, la correlación múltiple aumentó a $R = .365$ ($p < .05$). En el cuarto paso, cuando se incluyó al apoyo social percibido como variable predictora, la correlación múltiple aumentó a $R = .381$ ($p < .05$). En el quinto paso se incluyó el rol sexual femenino en la ecuación, resultando en otro aumento en la correlación múltiple a $R = .405$ ($p < .01$). En el sexto paso, se incluyó al rol sexual masculino, pero no contribuyó significativamente

Tabla 2. Resultados del análisis de regresión múltiple jerárquica. La VD fue el índice de salud global y las VI's fueron los eventos vitales y el estatus sociométrico, positivo y negativo, rol sexual, femenino y masculino, y el afrontamiento de problemas, confrontación y evitación.

Variables	R	R ²	F	Incremento en R ²	F	B	Beta
Eventos Vitales	.261	.068	32.20***	.068	32.20***	.003	.261
Estatus Sociométrico +	.352	.124	30.87***	.055	27.60***	-.294	-.235
Estatus Sociométrico -	.365	.133	22.38***	.010	4.84*	.159	.128
Apoyo Percibido	.381	.145	18.46***	.012	5.95*	-.168	-.219
Rol Sexual Femenino	.405	.164	17.04***	.019	9.88**	-.224	-.142
Rol Sexual Masculino	.410	.168	14.65***	.005	2.38	-.088	-.070
Confrontación Problemas	.413	.171	12.74***	.002	1.26	-.087	-.053
Evitación Problemas	.466	.217	15.00***	.047	25.73***	.444	.230

Nota: * p < .05; ** p < .01; *** p < .000

a la predicción de la salud global ($p > .05$). En el séptimo paso, se comprobó que la confrontación de los problemas tampoco contribuyó significativamente a la predicción de la variable dependiente ($p > .05$). La evitación se incluyó en el octavo paso y contribuyó a la correlación múltiple, aumentándola a $R = .466$ ($p < .01$). Si se considera la contribución de cada variable al incremento en la R , el mejor mitigador del estrés fue el estatus sociométrico positivo, mientras que la evitación de los problemas fue la variable más relacionada con empeorar los efectos nocivos del estrés. El rol sexual femenino contribuyó en tercer lugar como mitigador de los efectos de los eventos vitales. El apoyo social percibido y el estatus sociométrico negativo, como mitigador y como agravador, respectivamente, contribuyeron a la predicción de la salud en cuarto lugar. El rol sexual masculino y el afrontamiento de los problemas no contribuyeron significativamente como variables moduladoras.

Relación Directa entre las Variables Mitigadoras con la Salud

Para determinar la relación existente entre las diferentes variables mitigadoras incluidas en el estudio y la salud, independientemente de los efectos del estrés, se computaron correlaciones de Pearson.

En la Tabla 3 se presentan las correlaciones bivariadas entre el estatus sociométrico (positivo y negativo), el apoyo social percibido, el rol sexual (femenino y masculino) y el afrontamiento de los problemas (confrontación y evitación) con cada uno de los índices de salud. Como muestra la Tabla, el estatus sociométrico positivo correlacionó negativamente con el número de enfermedades diagnosticadas por un

Tabla 3. Correlaciones bivariadas entre el apoyo social, el rol sexual y la estrategia de afrontamiento y los diferentes índices de salud.

	Estatus +	Estatus -	Apoyo	Fem	Masc	Confront	Evitación
Enfermedades	-.14**	.14**	-.10	-.09	-.07	-.05	.10
Medicinas	-.09	.09	-.09	-.07	-.06	-.04	.09
Síntomas Psic	-.19***	.18***	-.21***	-.09	-.11*	-.08	.18***
Depresión	-.27***	.26***	-.29***	-.26***	-.14**	-.17***	.28***
Autoconfianza	.17***	-.05	.17***	.42***	.55***	.38***	-.08
Salud Global	-.25***	.24***	-.26***	-.19***	-.13**	-.13**	.25***

Nota: Estatus + = estatus sociométrico positivo, estatus - = estatus sociométrico negativo, apoyo = apoyo social percibido, fem = rol sexual femenino, masc = rol sexual masculino, confront = confrontamiento de los problemas, evitación = evitación de los problemas.

médico, con la presencia de síntomas psicosomáticos y con depresión y positivamente con autoconfianza. El estatus sociométrico negativo también correlacionó confiablemente con las enfermedades, con los síntomas psicosomáticos y con la depresión, pero estas correlaciones fueron negativas. El apoyo social percibido correlacionó negativamente con síntomas psicosomáticos y con depresión y positivamente con autoconfianza. Las correlaciones que se encontraron entre estatus sociométrico positivo y apoyo social percibido fueron muy similares, con excepción de que éste último no correlacionó con las enfermedades.

El rol sexual femenino tuvo una correlación negativa más alta que el rol sexual masculino, con depresión, mientras que la correlación entre el rol sexual masculino y la autoestima fue más alta que la correlación que se encontró entre el rol sexual femenino y la autoestima. El rol sexual masculino también correlacionó negativamente con los síntomas psicosomáticos.

Confrontar los problemas se asoció confiablemente con menor depresión y mayor autoconfianza, mientras que evitar los problemas correlacionó positivamente con la presencia de síntomas psicosomáticos y con la depresión.

Con respecto a la salud global de las personas (suma de enfermedades, medicamentos, síntomas psicosomáticos y depresión), el estatus sociométrico positivo y el apoyo social percibido tuvieron las correlaciones negativas más altas con este índice global de salud. Estas correlaciones fueron muy similares. El estatus sociométrico negativo y la evitación de los problemas correlacionaron positivamente, y con una magnitud similar, con la salud global. Finalmente, el rol sexual femenino

mostró una correlación negativa, mayor a la que se encontró con el rol sexual masculino, con este índice global de salud. El rol sexual masculino y la confrontación de los problemas tuvieron las correlaciones más bajas.

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue determinar el posible efecto mitigador del apoyo social (estatus sociométrico y apoyo percibido), del rol sexual (masculino y femenino) y de la estrategia para afrontar los problemas (confrontación y evitación) sobre los efectos nocivos de los eventos vitales sobre la salud. Con fines de comparación con la literatura anterior, primero se estableció el efecto mitigador de cada una de estas variables por separado y, posteriormente, se determinó su efecto conjunto. En ningún estudio anterior se había establecido la contribución relativa de cada una de estas variables psicológicas como moduladoras del estrés vital. Adicionalmente, se intentó comparar el efecto mitigador del estatus sociométrico, como una medida objetiva de apoyo social, con una medida diferente, el apoyo social percibido, que aunque adolece de subjetividad, es el índice de apoyo social más frecuentemente utilizado en esta clase de estudios. Por claridad, la discusión de los datos del presente estudio seguirá el mismo orden con el que se presentaron en la sección de Resultados.

Relación Directa entre los Eventos Vitales y la Salud

Los análisis de regresión múltiple incluyeron a la lista de eventos vitales del HDL como una variable independiente constante, con los diferentes índices de salud (enfermedades, medicamentos, síntomas psicosomáticos, depresión y auto-confianza), así como con el índice de salud global, como variables dependientes. Los resultados mostraron que los eventos vitales que ocurrieron hasta un año antes, predijeron la presencia de las enfermedades diagnosticadas por un médico, del número de

medicamentos empleados, de la presencia de síntomas psicosomáticos, de la depresión y del índice de salud global, pero no predijeron la auto-confianza de los sujetos. La predicción de los eventos vitales sobre los diferentes índices de salud y sobre la salud global, fue de una magnitud similar a la reportada en otras investigaciones, con r 's parciales entre .12 y .30 (Cronkite & Moos, 1984; Ensel & Lin, 1991; Gunderson & Rahe, 1974; Holmes, 1978; Lauer, 1973; Marx, Garrity, & Borvers, 1975; Rahe, 1975; Rahe & Ranson, 1968). Por ejemplo, Sarason, Shearin, Pierce, y Sarason (1987) encontraron una correlación parcial de .24 entre los eventos vitales y la ansiedad y de .12 con la depresión. Wethington y Kessler (1986) encontraron una correlación parcial de .19 entre los eventos vitales y enfermedades físicas. Mitchell y Moos (1984) encontraron una correlación entre eventos aversivos y depresión igual a .17. Holahan y Moos (1981) encontraron una correlación parcial igual a .23 entre eventos vitales y depresión. Si bien el poder predictor de los eventos vitales sobre la salud no ha sido muy alto, ha sido consistente, tanto entre diferentes poblaciones, como entre diferentes estudios hechos desde los años 60's hasta la fecha. Los resultados de este estudio muestran que el hallazgo acerca de que los eventos vitales predicen la ocurrencia de una enfermedad, también es cierto con una población de estudiantes mexicanos.

Efecto de las Variables Mitigadoras sobre los Efectos Nocivos de los Eventos Vitales sobre la salud

Usando los eventos vitales y los diferentes índices de salud, como variables

independiente y dependientes, respectivamente, en cada ecuación de regresión múltiple se incluyó a una diferente variable mitigadora, para determinar si sus efectos mejoraban o empeoraban la relación entre estrés y salud. Además, mediante un análisis de regresión múltiple de tipo jerárquico, se determinó la contribución de cada una de las variables mitigadoras, para conocer su poder modulador sobre la salud global de los sujetos. A continuación se discute el efecto de cada una de las variables mediadoras, así como su contribución relativa como moduladores, en función de las demás variables.

Apoyo Social

En este trabajo se utilizaron dos diferentes formas de medida del apoyo social, la sociometría, que representa una medida objetiva del apoyo que recibe un individuo por parte de los miembros de su grupo y el apoyo social percibido, que se basa en el auto-informe y, por lo tanto, es una medida subjetiva. Los efectos mitigadores de estas dos medidas se discutirán por separado.

Los resultados del presente estudio mostraron que el estatus sociométrico positivo actuó como mitigador y el estatus sociométrico negativo actuó como agravador de la presencia de las enfermedades diagnosticadas por un médico, de los síntomas psicósomáticos y de la depresión. En relación con el índice de salud global, el estatus sociométrico positivo fue la variable que más contribuyó para mitigar los efectos del estrés sobre la salud global y el estatus sociométrico negativo contribuyó significativamente, como agravador de los efectos de los eventos vitales sobre la

salud.

Ambos, el efecto mitigador del estatus sociométrico positivo sobre los efectos dañinos de los eventos vitales sobre la salud y el efecto agravador del estatus sociométrico negativo, que se encontraron en el presente estudio, son congruentes con los hallazgos relativos al poder predictor del estatus sociométrico sobre el bienestar emocional. Como se mencionó en la sección de Introducción, la mayoría de los estudios donde se ha utilizado la sociometría se han hecho con niños, porque se requiere que los individuos de un grupo se conozcan entre sí, lo cual requiere, a su vez, que hayan permanecido juntos un tiempo considerable. Por esta razón, a pesar de que la muestra utilizada en el presente estudio consistió en estudiantes universitarios, se intentará relacionar algunos de los hallazgos principales, con los estudios hechos con niños.

En diferentes estudios transversales, se ha encontrado que los niños populares tienen un buen desempeño académico, mientras que los niños rechazados o ignorados tienden a presentar problemas de aprendizaje (por ejemplo, LaGreca & Stone, 1990). Burton y Krantz (1990) y Vanfraechem (1976) encontraron que niños y estudiantes universitarios, respectivamente, clasificados como populares en la sociometría, exhiben comportamiento pro-social, mientras que los rechazados se comportan agresivamente. También se ha demostrado que los niños populares tienen un mejor grado de adaptación social y de bienestar psicológico (por ejemplo, Asher, Hymel, & Renshaw, 1984; Dodge, 1983) y, en general, una mejor salud mental (por ejemplo, Stiliandis & Wiener, 1989). En cambio, los niños rechazados, frecuentemente

muestran una serie de déficits psicológicos en los mismos estudios en que los niños populares sobresalen de su grupo en diferentes aspectos. Por ejemplo, los niños rechazados sufren de un mayor grado de sentimientos de soledad y depresión o de malestar psicológico (Cassidy & Asher, 1992).

Otros estudios, de tipo longitudinal, han mostrado que la popularidad y la impopularidad en niños predice su salud mental trece años después de determinar su estatus sociométrico (Cowen, Pederson, Babigian, Izzo, & Trost, 1973). Estos estudios, también han demostrado que, a través del tiempo, los niños rechazados e ignorados fumaron más y abusaron de sustancias tóxicas, más frecuentemente que los niños populares (por ejemplo, Dishion, Capaldi, Spacklen, & Li, 1995). Ollendick, Weist, Borden, y Gleen, 1992) encontraron que cinco años después de ser clasificados, los niños populares mostraron un mejor ajuste psicológico, una ejecución académica más alta y un menor número de problemas legales, que los niños rechazados, ignorados y controvertidos. Los datos acerca del poder mitigador del estatus sociométrico también son congruentes con los hallazgos de los estudios donde se han utilizado adultos jóvenes como sujetos (por ejemplo, Wentzel & Asher, 1995; Vanfraechem, 1976). La similitud de resultados entre los estudios hechos con estudiantes universitarios y con niños, sugiere que es posible que, una vez establecido, el estatus sociométrico de los individuos durante su infancia, éste tienda a ser estable a través de su vida. Los resultados de Dishion et al. (1995) acerca de que el estatus sociométrico de niños de cuarto de primaria fue igual ocho años después, apoyan esta suposición. El hecho de que el estatus sociométrico tienda a

volver a surgir entre diferentes grupos sociales (Chang, 1984) y, además, sea homogéneo intra-familias (Hazan y Bruner, en prensa), también sugiere que el estatus sociométrico no depende de una situación social particular, sino de características de la propia persona.

Conforme con el propósito del estudio, la determinación del estatus sociométrico de los individuos, representa una medida objetiva de su apoyo social. Esto es, en comparación con los auto-informes, que reflejan el apoyo social que las personas perciben tener. Dado que esta última medida es subjetiva, siempre que sea factible su aplicación, la sociometría es una alternativa preferible para esta clase de estudios. Además, el estatus sociométrico mostró tanto los efectos mitigadores, como los efectos agravadores de las relaciones interpersonales. Algunos investigadores ya habían señalado que es necesario considerar los aspectos negativos de las relaciones sociales, dado que, si bien éstas pueden ser de apoyo, pueden también involucrar conflictos o peleas, que en lugar de ayudar a los individuos, les provoquen mayor estrés. Por ejemplo, Lepore (1992) realizó un estudio longitudinal con estudiantes universitarios y sus datos mostraron que las relaciones conflictivas, que involucraban peleas, enojo, críticas e incomodidad entre los sujetos y sus amigos o compañeros, predijeron un incremento en su nivel de estrés psicológico, medido a través de una escala de desmoralización. Rook (1984) examinó la relación entre los aspectos positivos y negativos de las interacciones sociales sobre el bienestar psicológico de mujeres ancianas. Los aspectos negativos de las interacciones sociales se relacionaron de forma consistente con el malestar psicológico y esta relación fue

independiente de la tendencia de las ancianas a tener relaciones sociales conflictivas. Pagel, Erdly, y Becker (1987), en un estudio longitudinal, encontraron que las interacciones conflictivas frecuentes con otras personas, incrementaron la depresión y la insatisfacción con la red de apoyo social de cónyuges de pacientes con Alzheimer, diez meses después de una primera medición. Rook (1987), con estudiantes universitarios, encontró que la falta de compañía en diversas situaciones sociales, se relacionó con sentimientos de infelicidad, ansiedad y enojo, en mayor grado que el contar con compañía. Para medir los aspectos negativos de las relaciones sociales, Ruelman y Karoly (1991) desarrollaron el Test de Intercambios Sociales Negativos (Test of Negative Social Exchange). En consecuencia, para conocer ambos, el apoyo y el conflicto social, sería necesario aplicar dos diferentes inventarios. A diferencia de los auto-informes de apoyo social, la sociometría tiene la ventaja, además de ser una medida objetiva de apoyo social, de permitir simultáneamente la cuantificación de los aspectos positivos y de los aspectos negativos de las interacciones sociales.

En conclusión, en esta investigación se encontró que el estatus sociométrico moduló los efectos nocivos del estrés, ya sea mitigándolos o agravándolos. Es decir, los estudiantes que experimentaron una serie de eventos vitales y que además fueron rechazados por su grupo, se enfermaron más, que las personas que experimentaron los mismos eventos vitales, pero que fueron aceptadas socialmente. Estos datos apoyan la postulación hecha por varios teóricos (e.g., Sarason, Sarason, & Shearin, 1986) acerca de que variables psicológicas, como la cantidad y la calidad de las relaciones interpersonales moderan las respuestas del organismo ante el estrés.

La otra medida de apoyo social utilizada en este estudio, fue el informe del propio sujeto del apoyo con el que creía contar. Los resultados encontrados mostraron que el apoyo social percibido actuó como mitigador de los efectos de los eventos vitales sobre las enfermedades diagnosticadas por un médico, sobre el número de medicamentos empleados, sobre la presencia de síntomas psicossomáticos, sobre el grado de depresión y sobre la salud global. Es decir, los estudiantes que percibieron tener apoyo por parte de otros, sufrieron menos el impacto dañino del estrés sobre su salud, que aquéllos que no percibieron tal apoyo.

La relación entre apoyo social percibido y la salud encontrada en este trabajo, es congruente con los hallazgos de otras investigaciones en las que se emplearon los mismos índices de salud como variables dependientes. Por ejemplo, Mitchell y Moos (1984) encontraron que la percepción de apoyo familiar actuó como un mitigador efectivo del número de enfermedades diagnosticadas por un médico. Cobb (1976), comentó varios estudios que mostraron que los pacientes internados en un hospital, que recibieron apoyo por parte de sus familiares, de sus amigos o de los miembros del hospital, ingirieron un menor número de medicamentos, que quienes no recibieron apoyo. Elliot y Gramling (1990) encontraron un efecto mitigador del apoyo percibido sobre el nivel de depresión y sobre el número de síntomas psicossomáticos de estudiantes universitarios. Gore (1978) y Hill y Christensen (1989) también encontraron una relación entre la falta de apoyo percibido y la presencia de síntomas psicossomáticos. Holahan y Moos (1981; 1984), mostraron que las personas que tuvieron altos puntajes LCU estaban menos deprimidas si percibían apoyo familiar.

Eaton (1978) y Wethington y Kessler (1990) también encontraron que el apoyo percibido mitigó el grado de depresión de estudiantes universitarios que habían experimentado muchos cambios en sus vidas.

El efecto mitigador del apoyo social percibido sobre los diferentes índices de salud encontrado en este trabajo, varió entre .12 y .26. Aunque estas correlaciones parciales son bajas, son de una magnitud similar a las que se han reportado en los diferentes estudios de esta literatura. Por ejemplo, Wethington y Kessler (1986) encontraron una correlación parcial entre apoyo social percibido y depresión de .12 y entre apoyo social percibido y síntomas psicossomáticos de .23. Roos y Cohen (1987) encontraron una correlación parcial igual a .14 entre apoyo social y síntomas psicossomáticos. Los datos de Elliot y Gramling (1990) mostraron que el apoyo social percibido y la depresión correlacionaron .25.

Algunas investigaciones se han enfocado a estudiar el efecto benéfico directo del apoyo social sobre la salud, independientemente del nivel de estrés. Para determinar este efecto directo, en este trabajo se computaron las correlaciones bivariadas entre estatus sociométrico y el apoyo social percibido con los diferentes índices de salud y con la salud global. En vista de que los resultados fueron esencialmente iguales a los que se obtuvieron usando la lista de eventos vitales como otra variable independiente, las correlaciones bivariadas no serán descritas por separado. Sin embargo, es importante destacar que las correlaciones bivariadas entre el estatus sociométrico y los diferentes índices de salud que se encontraron en este trabajo, son congruentes con los hallazgos de los estudios que se mencionaron antes,

donde se ha relacionado al estatus sociométrico y el bienestar psicológico. La relación directa entre apoyo social percibido y salud, también es congruente con hallazgos de investigaciones anteriores. Por ejemplo, se han reportado correlaciones entre apoyo percibido y sentimientos de soledad (Pierce, Sarason, & Sarason, 1991), hostilidad (Houston & Vavak, 1991), neuroticismo, ansiedad y depresión (Bolger & Eckenrode, 1991; Hart & Hittner, 1991; Priel & Shamai, 1995) y tendencias suicidas (Clum & Febraro, 1994; DeMan & Leduc, 1995).

Además de determinar los efectos moduladores del estatus sociométrico y del apoyo social percibido, así como su relación directa con la salud, se computó la correlación de Pearson entre estas dos medidas de apoyo social. Un aspecto notable de los datos del presente estudio, es la alta correlación encontrada ($r = .87$) entre el número de nominaciones positivas que recibieron los sujetos por parte de los miembros de su grupo y los puntajes de apoyo social percibido. Asimismo, el número de nominaciones negativas, correlacionó negativamente con el apoyo social percibido ($r = -.60$). Estos datos muestran que el estatus sociométrico y el apoyo social percibido miden esencialmente el mismo aspecto. Asimismo, este hallazgo muestra que los informes de los sujetos del apoyo que creen que tendrán, coinciden con los juicios de popularidad o rechazo social hechos por otras personas. Vinokur, Shul, y Caplan (1987) y Pierce, Sarason, y Sarason (1992) habían señalado que un déficit en la medición del apoyo social mediante los auto-informes es que no existen datos del grado en que la percepción de los sujetos refleje realmente conductas reales de apoyo. La correlación que se encontró en este estudio entre apoyo social percibido y estatus

sociométrico positivo, demuestra que existe una relación entre la auto-percepción y cómo los otros perciben a los sujetos. En consecuencia, se puede inferir que los sujetos que perciben tener apoyo realmente lo tienen. Existe un estudio anterior en el que se intentó determinar la relación entre la auto-percepción de los sujetos y los juicios hechos por otras personas. Sarason, Pierce, Shearin, y Sarason (1991) clasificaron a estudiantes universitarios conforme sus puntajes en el SSQ y les pidieron contestar un cuestionario de auto-concepto, primero para sí mismos y después, en función de cómo creían que su madre, su padre y su mejor amigo los juzgarían. Posteriormente, pidieron a una de estas tres personas que contestaran el cuestionario evaluando a los estudiantes. Los estudiantes que percibieron apoyo, también obtuvieron altos puntajes en auto-concepto y creían que los otros compartían esa visión positiva de sí mismos. Las otras personas (madre, padre o amigo) tuvieron, de hecho, una impresión similar a la que el propio sujeto tenía de sí mismo ($r = .32$). La correlación que se encontró en el presente trabajo entre la percepción de los propios sujetos y la forma cómo otros los juzgaron, fue más alta que la reportada por Sarason, Pierce, et al. (1991). Esta diferencia probablemente se deba a que, mientras que Sarason, Pierce, et al. pidieron a una persona significativa contestar un cuestionario de auto-concepto, evaluando a los estudiantes, en este estudio se pidió la opinión independiente de todos los miembros de un grupo.

El hecho de que el estatus sociométrico correlacione con la percepción de apoyo social, sugiere que el grado de apoyo social con que cuenta una persona, no depende de circunstancias específicas, sino de características conductuales de las personas.

Esta hipótesis se comprobaría si futuras investigaciones muestran que una misma persona es juzgada de la misma manera por los miembros de diferentes grupos sociales. En la literatura existen hallazgos que apoyan esta hipótesis. Por ejemplo, en algunos estudios se demostró que jueces independientes juzgaron a aquéllos con puntajes altos de apoyo social percibido como con más habilidades sociales, como líderes más competentes, como mejores solucionadores de problemas y como más atractivos físicamente, que sus contrapartes (Sarason, Sarason, Hacker, & Basham, 1985; Sarason, Sarason, & Shearin, 1986). Asimismo, en otra serie de estudios se encontró que el apoyo social percibido está relacionado con competencias de comunicación (Query, Parry, & Flint, 1992; Samter, 1992), con habilidades sociales (Eisenberg, Fabes, & Murphy, 1995), con el temperamento de las personas (Windle, 1992) y con su nivel de asertividad (Elliot & Gramling, 1990). Otros estudios también han relacionado al estatus sociométrico con conductas de tipo pro-social (Chang, 1984) y con la apariencia física (Klerck, Richardson, & Ronald, 1974). También existen datos acerca de que el grado de apoyo que tiene una persona correlaciona con el tipo de relación establecida con los padres en la primera infancia. Por ejemplo, estudiantes universitarios con altos puntajes de apoyo percibido, que sirvieron como sujetos en un estudio de Sarason, Pierce, Bonnerman, y Sarason (1993), dijeron haber recibido durante su infancia más afecto, más interés y más empatía por parte de sus padres, que los estudiantes que no percibían apoyo social. Bonn (1995) mostró que mientras que los niños populares provienen de familias amorosas y armoniosas, los niños rechazados provienen de familias poco afectuosas y conflictivas. Estos datos

sugieren que las personas que perciben tener apoyo son atractivas socialmente y que aprendieron desde la infancia a ser así. En consecuencia, es muy probable que, en diferentes contextos sociales, otras personas juzguen a los sujetos de la misma forma a cómo los juzgaron sus compañeros de clase en la sociometría. Nuevamente los datos de esta investigación son congruentes con la postulación de que el apoyo social es una variable psicológica poderosa para explicar porque, ante las mismas experiencias estresantes, algunos individuos caen enfermos, mientras que otros no (e.g., Ensel y Lin, 1991).

Roles Sexuales

Los análisis de regresión múltiple mostraron que para la presencia de síntomas psicósomáticos y para la auto-confianza, el rol sexual masculino fue un modulador más efectivo que el rol sexual femenino. En el caso de la depresión y de las enfermedades, el efecto del rol sexual femenino como variable mitigadora fue mayor al del rol sexual masculino. Las correlaciones bivariadas entre los roles sexuales masculino y femenino y los diferentes índices de salud, confirmaron los hallazgos de los análisis de regresión, por lo que no se discutirán por separado. Con respecto al índice de salud global, el rol sexual femenino actuó como un mitigador efectivo de los efectos nocivos de los eventos vitales, mientras que el rol sexual masculino no contribuyó significativamente en la predicción de la salud.

Tanto el rol sexual masculino, como el rol sexual femenino actuaron como variables mitigadoras de algunos de los índices de salud. Este hallazgo apoya la

postulación de Constantinople (1973), de Bem (1974) y de Spence, Helmreich, y Stapp (1974) acerca de que la combinación de características masculinas y femeninas en una misma persona, a la que se denomina androginia psicológica, se relaciona con una mejor salud, que cuando se desempeñan los roles sexuales tradicionales. Este hallazgo también es congruente con datos de investigaciones anteriores. Por ejemplo, Shaw (1982) mostró que las personas con un rol sexual andrógino evaluaron los eventos vitales como menos incontrolables o indeseables, que los sujetos estereotipados en un rol masculino o femenino. Baucon y Danker-Brown (1979) mostraron que la androginia psicológica se relacionó con menor frustración, durante una situación de indefensión aprendida. Shifren, Bauserman, y Carter (1993) mostraron que el rol sexual andrógino se relacionó, en mayor grado que los roles masculino o femenino, con conductas pro-salud. Flaherty y Dusek (1980) encontraron que la androginia psicológica se asoció con auto-confianza, en mayor grado que la masculinidad o la feminidad. Spence, Helmreich, y Stapp (1975) encontraron que los individuos con un rol sexual andrógino tuvieron una menor incidencia de enfermedades durante su niñez, que los no andróginos.

Si bien el rol sexual masculino mitigó y se asoció con la presencia de síntomas psicossomáticos, en mayor grado que el rol sexual femenino, las características femeninas mitigaron y se asociaron con depresión y con la presencia de enfermedades, en mayor grado que el rol sexual masculino. Además, mientras que el rol sexual femenino contribuyó a aumentar la predicción sobre la salud global, la contribución del rol sexual masculino no fue confiable. Aún más, el rol sexual femenino mitigó los

efectos de los eventos vitales sobre la salud global, en mayor grado que el apoyo social percibido. Un hallazgo común de un número de estudios realizados en Estados Unidos con estudiantes universitarios, ha sido que mientras que el rol sexual masculino se asocia con salud física y mental, el rol sexual femenino se asocia con déficits en la salud de las personas que desempeñan este rol sexual. Los resultados de esta investigación son diferentes a este hallazgo y son parcialmente contradictorios con la postulación de que las características masculinas de los andróginos son las responsables de su salud mental (e.g., Whitley, 1985; Shaver, 1980). Por ejemplo, Klonoff y Landrine (1992) encontraron que el rol sexual masculino correlacionó con un menor número de síntomas psicósomáticos, que el rol sexual femenino. Craighead y Green (1981) encontraron que el rol sexual femenino se asoció con depresión. Nagoshi, Pitts, y Nakata (1993) mostraron una relación positiva entre psicoticidad y feminidad. Kopper y Epperson (1996) encontraron que el rol sexual femenino se asoció con una mala salud mental, mientras que el rol masculino se asoció con una buena salud mental. En otros estudios se ha encontrado que desempeñar un rol sexual masculino se relaciona con un menor grado de ansiedad y depresión, con un menor riesgo de infartos, y en general, con una mejor salud física (por ejemplo, DeGregorio & Carver, 1980; Kobasa, 1979; O'Heron & Orlofsly, 1990; Roos & Cohen, 1980).

A pesar de que los resultados de este estudio apoyan los datos de otras investigaciones relativos a que el desempeño de un rol sexual masculino es conducente a tener una mejor auto-confianza y un menor número de síntomas

psicosomáticos, como ya se mencionó, el rol sexual femenino actuó como un mitigador más efectivo de los efectos dañinos del estrés y se asoció en mayor grado con una menor depresión y con el índice global de salud. Estos datos confirman la postulación de Acuña y Bruner (1993) relativa a que, para los estudiantes universitarios mexicanos, y posiblemente en la cultura mexicana, la feminidad es el factor que correlaciona con la salud y que mitiga los efectos nocivos del estrés.

El hecho de que para los estudiantes universitarios mexicanos el desempeñar un rol sexual femenino se relacione con una mejor salud psicológica y física, mientras que para los estudiantes de Estados Unidos, el rol sexual masculino esté relacionado con la salud, probablemente se deba a diferencias culturales. Carlson (1971) y Triandis, Marin, Lisansky, y Betancourt (1984) compararon el comportamiento de personas hispanas y de personas anglo-sajonas. Encontraron que mientras que los hispanos valoran más las relaciones interpersonales, los sajones valoran más la orientación hacia el logro. Triandis et al., postularon que mientras que las culturas hispanas son colectivistas, las culturas anglo-sajonas, son individualistas. El colectivismo de los hispanos está relacionado con expresar los sentimientos y preocuparse por los demás. El individualismo de los sajones está relacionado con la competencia y la solución de problemas. Estudios hechos en México, han confirmado la existencia de estas diferencias culturales entre mexicanos y estadounidenses (Díaz-Guerrero, 1982; 1986). En consecuencia, no es sorprendente que en una cultura donde se valoran la expresividad y las relaciones interpersonales, como en México, los rasgos femeninos mitiguen los efectos del estrés, mientras que en las culturas donde

se valoran conductas de tipo instrumental, como en Estados Unidos, la masculinidad sea la que actúe como mitigadora del estrés.

Afrontamiento de los Problemas

Los resultados de esta investigación mostraron que el confrontar los problemas que experimentaron los sujetos durante el último año, mitigó la presencia de los síntomas psicósomáticos y de la depresión y además actuó como predictor directo de la auto-confianza. La confrontación de los problemas no contribuyó en lo absoluto a la predicción de la presencia de enfermedades y del número de medicamentos empleados. En cambio, la evitación de los problemas, aunque tampoco intervino como variable moduladora de las enfermedades y de los medicamentos, agravó la presencia de los síntomas psicósomáticos y de la depresión, de forma similar al efecto que tuvo el estatus sociométrico negativo. Evitar los problemas tuvo un efecto agravador mayor sobre la salud, que el efecto mitigador que tuvo el confrontar activamente los problemas. Además, mientras que la evitación de los problemas contribuyó significativamente a la predicción de la salud global, la confrontación de los problemas no mostró un poder predictor confiable. Estos datos muestran que afrontar activamente los problemas no ayuda a lidiar con el estrés, pero evitar los problemas, en cambio, afecta la salud de forma negativa.

El hecho de que la confrontación de los problemas no haya actuado como un mitigador efectivo de los efectos dañinos de los eventos vitales, es un hallazgo diferente al comúnmente reportado en otras investigaciones. En cambio, el efecto

agravador de la evitación de los problemas sobre la salud, es similar a hallazgos de estudios anteriores. Por ejemplo, Nakano (1991) encontró que mientras que el confrontar los eventos aversivos que sucedieron el último año, se relacionó con una menor depresión, la evitación de dichos eventos generó una mayor depresión. Holahan y Moos (1985; 1986) encontraron que las personas que no se enfermaron después de experimentar una serie de eventos vitales, utilizaron estrategias de confrontación de los problemas, las personas que presentaron signos de enfermedad, en cambio, tendían a evitar los problemas. Rehulkova, Blanty, y Oseka (1995) mostraron que estudiantes universitarios que confrontaron sus problemas puntuaron más bajo en una escala de neuroticismo, que aquéllos que evitaron los problemas. Prokopcakova (1995) encontró una relación entre confrontar activamente diversas situaciones estresantes y una menor ansiedad y menores niveles de agresión. Saklofske y Kelly (1995) mostraron que evitar los problemas resulta en neuroticismo en estudiantes universitarios. Davey, Burgess, y Rashes (1995) encontraron que la evitación de los problemas, está relacionado con presencia de fobias y miedos. Dolan, Sherwood, y Light (1992) encontraron que personas adultas que evitaron enfrentar las situaciones aversivas ocurridas durante el último año, tendieron a tener una presión arterial alta.

Las correlaciones bivariadas que se computaron en este estudio, mostraron que la evitación de los problemas se asoció con una mayor depresión y con una peor salud global, que la confrontación de los problemas. Además, evitar los problemas también correlacionó con la presencia de síntomas psicósomáticos. La confrontación de los

problemas se asoció con la auto-confianza, mientras que la evitación de problemas no se relacionó con este índice de salud mental. Estos resultados son similares a los hallazgos de estudios anteriores, en los que se ha encontrado que evitar los problemas está relacionado con signos de depresión y presencia de síntomas psicósomáticos (Kobasa, 1982; Mikulincer et al., 1993; Nakano, 1991) y con falta de bienestar físico y psicológico (Berzonsky, 1992; Eagan & Walsh, 1995; Sarmany, 1994; Schill & Beyler, 1992). La correlación bivariada que se encontró entre la confrontación de los problemas y la auto-confianza, ya se había encontrado también en otras investigaciones (Amirkhan, Risinger, & Swickert, 1995; Holahan & Moos, 1985; 1986; Rehulkova, Blanty, & Oseka, 1995).

De todas las variables mitigadoras que se incluyeron en el presente estudio, el poder mitigador de la estrategia de confrontación de los problemas fue el más bajo. En cambio, el efecto agravador de las estrategias de evitación, fue similar al que se encontró con el estatus sociométrico negativo. El hecho de que la confrontación de los problemas mitigue los efectos dañinos del estrés en los Estados Unidos, mientras que en México, el poder mitigador de este tipo de estrategias de afrontamiento no sea consistente, podría deberse a una diferencia de tipo cultural. Conway y Terry (1992) y Dunkel-Schetter, Folkam, y Lazarus (1994) señalaron que las estrategias de afrontamiento de los problemas no son una característica propia de los individuos, sino que varían dependiendo de si los eventos vitales son considerados como controlables, del nivel global de estrés y de la cultura. El hecho de que el rol sexual masculino, que está relacionado con efectuar conductas instrumentales, tampoco haya sido un

mitigador efectivo de los efectos del estrés, sugiere que, en la sociedad mexicana, el actuar con conductas de tipo instrumental, que también son necesarias para confrontar activamente los problemas, no es congruente con los valores culturales. Existen otros datos que sugieren que efectivamente este es el caso en México. En un estudio anterior, donde se comparó el estilo de confrontación de adolescentes de varios países, Díaz-Guerrero (1973) encontró que los mexicanos, al enfrentarse a eventos estresantes, tendían a auto-modificarse, en comparación con los adolescentes de Estados Unidos y de Inglaterra, que tendían a modificar el ambiente. En consecuencia, en función de estos hallazgos y de las diferencias culturales entre México y Estados Unidos mencionadas con anterioridad, tampoco es sorprendente que en México la confrontación de los problemas no actuara como un mitigador efectivo de los efectos nocivos de los eventos vitales sobre la salud.

Efecto Modulador Conjunto del Apoyo Social, del Rol Sexual y de la Estrategia de Afrontamiento

Numerosos estudios habían mostrado o sugerido que el apoyo social, el rol sexual y la estrategia utilizada para enfrentar un problema, posiblemente modularan los efectos dañinos que el estrés tiene sobre la salud. No obstante, ningún estudio había evaluado en conjunto el efecto modulador de todas estas variables, para determinar su contribución relativa. Con este fin, en esta investigación se realizó un análisis de regresión múltiple de tipo jerárquico, en el que se incluyó primero a los eventos vitales como variable independiente y, una vez establecido su efecto dañino

sobre la salud, se fueron incluyendo una a una las distintas variables moduladoras. Considerando la contribución de cada variable mitigadora (apoyo social -estatus sociométrico y apoyo percibido-, rol sexual -masculino y femenino- y afrontamiento de los problemas -confrontación y evitación) al incremento en la correlación múltiple, hubo dos variables cuya contribución fue mayor que la de las demás: estatus sociométrico positivo y evitación de los problemas (ver Tabla 2). El estatus sociométrico positivo fue la variable que actuó como el mitigador más efectivo de los efectos nocivos del estrés y la evitación de los problemas fue la variable que más agravó los efectos del estrés. El rol sexual femenino fue la variable que contribuyó en tercer lugar como mitigadora del daño que causan los eventos vitales a la salud. La contribución del apoyo social percibido y del estatus sociométrico negativo, el primero como mitigador y el segundo como agravador, fue similar entre sí, pero menor al de las otras variables mencionadas. El rol sexual masculino y la confrontación de los problemas, no contribuyeron significativamente a aumentar la predicción sobre la salud de los estudiantes.

El que el estatus sociométrico, el apoyo social percibido y el rol sexual femenino sean variables que contribuyen a que las personas conserven su salud, aún ante circunstancias adversas, como ya se mencionó cuando se discutió cada una de estas variables por separado, es congruente con datos de investigaciones anteriores. El que el rol sexual masculino y el afrontar los problemas no contribuyan como variables moduladoras, aparentemente se debe a características culturales de nuestro país, mencionadas antes. El hecho de que el estatus sociométrico positivo actuara como

el mitigador más efectivo, es congruente con la teoría acerca de que el apoyo social contribuye al ajuste emocional, es benéfico para el desarrollo positivo de las personas y que actúa como escudo protector ante el estrés (e.g., Sarason, Levine, Basham y Sarason, 1983). La percepción de apoyo social también contribuyó a aminorar los efectos del estrés, pero con una menor magnitud que el estatus sociométrico positivo. Estos datos sugieren que contar con apoyo real es más benéfico para un individuo que el sólo percibir que se cuenta con dicho apoyo.

Conclusiones e Implicaciones

El comprobar el poder mitigador del apoyo social, del rol sexual y de la estrategia para afrontar los problemas es un hallazgo importante, ya que muestra que existen variables psicológicas que son responsables de mantener la salud de las personas y posiblemente influyan hasta en su longevidad. Este trabajo, al igual que la mayoría de los estudios de este tipo hechos con humanos, es de tipo correlacional, por lo que no es factible establecer la direccionalidad de los efectos encontrados. En consecuencia, podría ser que el efecto mitigador de las variables estudiadas se deba a ciertas características del medio ambiente, o bien se deba a características propias de las personas. Lo más probable es que los efectos encontrados se deban a una interacción entre estos dos factores.

Si el efecto mitigador del apoyo social, del rol sexual y de la estrategia de afrontamiento de los problemas se debiera a características particulares del medio ambiente, sería necesario sensibilizar a todos los profesionistas que desean modificar

la conducta, para que, a través de programas de prevención o de rehabilitación, modifiquen el ambiente para que, a su vez, se modifique la conducta de los individuos. Uno de los estudios mencionados por Cobb (1976) muestra un ejemplo de cómo se puede modificar el ambiente para beneficiar a las personas. En un hospital se entrenó a los anestesiólogos para dar apoyo emocional a los pacientes justo antes de ser operados, estos pacientes sufrieron de un menor número de dolores post-operatorios y se recuperaron más rápidamente, que los pacientes que no recibieron dicho apoyo. En otro estudio, se demostró que es factible modificar experimentalmente el grado de apoyo que un sujeto percibe tener. Sarason y Sarason (1986) clasificaron a estudiantes universitarios conforme con su grado de percepción de apoyo social. Los sujetos que percibían poco apoyo fueron asignados a dos grupos, a un grupo lo ayudaron para resolver unos anagramas difíciles, mientras que al otro grupo no le prestaron ninguna ayuda. Los estudiantes que recibieron ayuda por parte de los experimentadores, percibieron tener más apoyo que al inicio del estudio. En otro estudio, Harris, Wolf, y Baer (1966) implementaron un programa para incrementar la interacción social de niños de 3 años que generalmente jugaban solos en el jardín de niños. Entrenaron a sus maestras para reforzar a los niños, poniéndoles atención, cada vez que interactuaban con otros niños. Para el sexto día de iniciado el programa, los niños habían duplicado el número de interacciones sociales que tenían con otros niños. Otro ejemplo de cómo un tercero puede modificar la conducta y beneficiar a un individuo, es la terapia centrada en la persona propuesta por Rogers (1961). Por ejemplo, Rogers comentó un estudio donde se determinó la diferencia entre el auto-

concepto real y el ideal de un grupo de personas. La diferencia entre el auto-concepto real e ideal, disminuyó notablemente en aquellas personas que recibieron una terapia humanista. Asimismo, en otro estudio se sometió a estudiantes universitarios a una situación que les causaba frustración y se midieron sus respuestas fisiológicas ante esta situación de estrés. Algunos de estos estudiantes recibieron terapia Rogeriana y, al volverse a someter a la situación frustrante, sus respuestas fisiológicas fueron menos intensas que antes de recibir la terapia. Estos datos muestran que al aceptar incondicionalmente a las personas y al mostrarles empatía, el psicoterapeuta modifica el ambiente y causa un cambio benéfico en el individuo.

La otra posibilidad es que el apoyo social, el rol sexual y cómo se enfrenan los problemas, dependa de características propias de las personas y no de situaciones específicas. Si este fuera el caso, los padres, maestros, médicos, psicólogos y demás profesionistas interesados en el control y la modificación de la conducta, deberían centrarse en el propio individuo. Por ejemplo, se podría enfatizar el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación, que se sabe están relacionadas con la percepción de apoyo social (por ejemplo, Samter, 1992; Riggio, Watring & Throckmorton, 1993). Asimismo, se debería fomentar el que los individuos mostraran conductas de tipo pro-social y que, en general fueran atractivos socialmente, puesto que esta forma de ser está relacionada con ser popular en el estatus sociométrico (Burton & Krantz, 1990). De hecho, se ha demostrado que el estatus sociométrico de un niño puede ser modificado. Por ejemplo, Morris, Messer, y Gross (1995) "forzaron" a parejas de niños con diferente estatus sociométrico (por ejemplo, un niño

popular y un rechazado) a trabajar juntos durante un tiempo. Algunos de los niños rechazados o ignorados, en función de la interacción con el niño popular, empezaron a tener más amigos y, un tiempo después, su estatus sociométrico cambió en la dirección de ser más aceptados por su grupo. Como se mencionó antes, la familia ejerce una influencia importante en la conformación de un cierto estatus sociométrico (Hazan & Bruner, en prensa), en el grado de apoyo que un individuo cree tener (Sarason, Pierce, et al., 1993), en su grado de feminidad o masculinidad (Lombardo & Kemper, 1992) y posiblemente también influya en la forma como lidia con los problemas que se le presentan, enfrentándolos o evitándolos. Estos datos sugieren que las características adquiridas durante la infancia tienden a permanecer a través de la vida y determinan el grado de apoyo social con el que se cuenta, el grado de expresividad o de instrumentalidad que se tenga y la forma de enfrentarse a los problemas. No obstante, evidentemente estas características pueden modificarse, enseñando a los individuos a comportarse de una manera más conducente para tener una mejor salud psicológica y física.

Una aportación importante del presente trabajo fue la medida de apoyo social mediante los juicios independientes, que además correlacionó con la percepción del propio sujeto de contar con el apoyo de otros. Como se señaló en la Introducción, un problema en la literatura de apoyo social es que existen múltiples definiciones de apoyo social, que hacen referencia a diferentes aspectos de las relaciones interpersonales (e.g., Barrera, Sandler, & Ramsay, 1981). Las correlaciones encontradas entre el estatus sociométrico (positivo y negativo) y el apoyo social

percibido, muestran que las personas, en su conjunto, sirven para elicitación de respuestas de bienestar o de malestar, independientemente de los aspectos específicos de la interacción social responsables de tal efecto. Tratar de diferenciar y medir todos los aspectos involucrados en una relación interpersonal, es una tarea imposible que únicamente continuará conduciendo, no sólo a tener múltiples definiciones de un constructo, sino múltiples instrumentos para su medición. Los resultados obtenidos en este trabajo muestran que la medición de apoyo social a través de juicios de otros es preferible al informe del propio sujeto. Utilizar la técnica de la sociometría es una posibilidad para medir apoyo social de forma objetiva, pero, dado que es necesario contar con un grupo integrado, no siempre es posible su aplicación. Dada esta restricción de la sociometría, sería conveniente que futuras investigaciones valoraran otras formas de medida objetiva, a través de juicios independientes, del apoyo social, en lugar de seguir diseñando nuevos cuestionarios de auto-informe.

REFERENCIAS

- Acuña, L., & Bruner, C. A. (1993). Relación entre roles sexuales y auto-concepto en México. *Memorias del I Congreso Internacional de Psicología y Salud*, 1-6.
- Acuña, L., Bruner, C. A., & Avila, R. (1994). Estructura factorial del inventario de roles sexuales de Bem en México. *Revista Interamericana de Psicología*, 28, 155-168.
- Ader, R., & Cohen, M. (1985). CNS-Immune System Interactions: Conditioning Phenomena. *The Behavioral and Brain Sciences*, 8, 379-394.
- Amirkhan, J. H., Risinger, R. T., & Swickert, R. J. (1995). Extraversion: A "hidden" personality factor in coping? *Journal of Personality*, 63, 189-212.
- Antill, J. K., & Cunningham, J. D. (1979). Self-esteem as a function of masculinity in both sexes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 783-785.
- Asher, S. R., Hymel, S., & Renshaw, P. D. (1984). Loneliness in children. *Child Development*, 55, 1456-1464.
- Asher, S. R., & Wheeler, V. A. (1985). Children's loneliness: A comparison of rejected and neglected peer status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 500-505.
- Aube, J., Koestner, R., Hodgins, H., & Craig, J. A. (1994). Masculine traits and reports of social functioning: Evidence for a positive bias. *Sex Roles*, 31, 621-636.
- Ayala, H., & Aduna-Mondragón, A. P. (1989). Escala de salud y vida cotidiana (forma B): traducción y adaptación. México: Universidad Nacional Autónoma de

México.

- Barrera, M. Jr., Sandler, I. N., & Ramsay, T. B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology, 9*, 435-447.
- Baucon, D. H., & Danker-Brown, P. (1979). Influence of sex-roles on the development of learned helplessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 928-936.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 155-162.
- Bem, S. L. (1975). Sex role adaptability: One consequence of psychological androgyny. *Journal of Personality and Social Psychology, 31*, 634-643.
- Bem, S. L. (1977). On the utility of alternative procedures for assessing psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, 196-205.
- Bem, S. L., & Lenney, E. (1976). Sex-typing and the avoidance of cross-sex behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 33*, 48-54.
- Bem, S. L., Martyna, W., & Watson, C. (1976). Sex-typing and androgyny: Further explorations of the expressive domain. *Journal of Personality and Social Psychology, 34*, 1016-1023.
- Berzonsky, M. D. (1992). Identity style and coping strategies. *Journal of Personality, 60*, 771-788.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral*

Medicine, 4, 157-189.

- Bolger, N., & Eckendrode, J. (1991). Social relationships, personality, and anxiety during a mayor stressful event. *Journal of Personality and Social Psychology, 61, 440-449.*
- Bonn, M. (1995). Associations between peer relations in childhood and adversity. *Early Child Development and Care, 105, 77-91.*
- Borras, F., Casas, R., Roldan, R., Bayés, R., & Cuchillo, C. (1988). Estrés y estimulación linfocitaria. *Psiquis, 10, 25-30.*
- Burchardt, C. J., & Serbin, L. A. (1982). Psychological androgyny and personality adjustment in college and psychiatric populations. *Sex Roles, 8, 835-851.*
- Burton, C. B., & Krantz, M. (1990). Predicting adjustment in middle childhood from early peer status. *Early Child Development and Care, 60, 89-100.*
- Bruner, C. A., Acuña, L., Gallardo, L. M., Atri, R., Hernández, A., Rodríguez, W., & Robles, G. (1994). La escala de reajuste social (SRRS) de Holmes y Rahe en México. *Revista Latinoamericana de Psicología, 26, 253-269.*
- Carlson, R. (1971). Sex differences in ego functioning: Exploratory studies of agency and communion. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37, 267-277.*
- Carlson, S., Linnea, S., Sabelli, H. C., Patel, M., & Holm, K. (1992). The union of opposites in sociometry. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry, 44, 147-171.*
- Cassidy, J., & Asher, S. R. (1992). Loneliness and peer relations in young children. *Child Development, 63, 350-365.*

- Chang, W. J. (1984). The prediction of junior high school student sociometric choice from some psychological variables. *Dissertation Abstracts International*, *44*, 83-92.
- Clum, G. A., & Febraro, G. A. R. (1994). Stress, social support, and problem-solving appraisal/skills: Prediction of suicide severity within a college sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *16*, 69-83.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, *38*, 300-314.
- Cohn, D. A. (1990). Child-mother attachment of six-year-olds and social competence at school. *Child Development*, *61*, 152-162.
- Coie, J. D., Dodge, K. A., & Coppotelli, H. (1982). Dimensions and types of social status: A cross-age perspective. *Developmental Psychology*, *18*, 557-570.
- Coie, J. D., & Kupersmidt, J. B. (1983). A behavioral analysis of emerging social status in boy's groups. *Child Development*, *54*, 1400-1416.
- Constantinople, A. (1973). Masculinity-femininity: An exception to a famous dictum? *Psychological Bulletin*, *80*, 389-407.
- Conway, V. J., & Terry, D. J. (1992). Appraised controllability as a moderator of the effectiveness of different coping strategies: A test of the goodness of fit hypothesis. *Australian Journal of Psychology*, *44*, 1-7.
- Cowen, E. L., Pederson, A., Babigian, H., Izzo, L. D., & Trost, M. A. (1973). Long term follow-up of early detected vulnerable children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *41*, 438-446.

- Craighead, L. W., & Green, B. J. (1989). Relationships between depressed mood and sex-typed personality characteristics in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 18*, 467-474.
- Crick, N. R., & Ladd, G. W. (1993). Children's perceptions of their peer experiences: Atributions, loneliness, social anxiety, and social avoidance. *Developmental Psychology, 29*, 244-254.
- Cronkite, R. C., & Moos, R. H. (1984). The role of predisposing and moderating factors in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior, 25*, 372-393.
- Dahlem, N. W., Zimet, G. D., & Walker, R. R. (1991). The multidimensional scale of perceived social support: A confirmatory study. *Journal of Clinical Psychology, 47*, 756-761.
- Davey, G. C. L., Burgess, I., & Rashes, R. (1995). Coping strategies and phobias: The relationship between fears, phobias and methods of coping with stressors. *British Journal of Clinical Psychology, 34*, 423-434.
- DeGregorio, E., & Carver, C. S. (1980). Type A behavior pattern, sex role orientation, and psychological adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*, 286-293.
- Demakis, G. J., & McAdams, D. P. (1994). Personality, social support and well-being among first year college students. *College Student Journal, 28*, 235-243.
- DeMan, A. F., & Leduc, C. P. (1995). Suicidal ideation in high school students: Depression and other correlates. *Journal of Clinical Psychology, 51*, 173-181.

- Díaz-Guerrero, R. (1973). Interpreting coping styles across nations from sex and social class differences. *International Journal of Psychology, 8*, 193-203.
- Díaz-Guerrero, R. (1982). *Psicología del mexicano*. México: Trillas.
- Díaz-Guerrero, R. (1986). El problema de la definición operante de la identidad nacional. *Revista Mexicana de Psicología, 3*, 109-119.
- Diener, E., & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 926-935.
- Dishion, T. J., Capaldi, D., Spracklen, K. M., & Li, F. (1995). Peer ecology of male adolescent drug use. Special Issue: Developmental processes in peer relations and psychopathology. *Development and Psychopathology, 7*, 803-824.
- Dodge, K. A. (1983). Behavioral antecedents of peer status. *Child Development, 54*, 1386-1399.
- Dolan, C. A., Sherwood, A., & Light, K. C. (1992). Cognitive coping strategies and blood pressure responses to real-life stress in healthy young men. *Health Psychology, 11*, 233-240.
- Dunkel-Schetter, C., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1987). Correlates of social support receipt. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 71-80.
- Eagan, A. E., & Walsh, W. B. (1995). Person environment congruence and coping strategies. *Career Development Quarterly, 43*, 246-256.
- Eaton, W. W. (1978). Life events, social supports, and psychiatric symptoms: A reanalysis of the New Haven data. *Journal of Health and Social Behavior, 19*,

230-234.

- Eder, D., & Kinney, D. A. (1995). The effect of middle school extracurricular activities on adolescents' popularity and peer status. *Youth and Society, 26*, 298-324.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Murphy, B. C. (1995). Relations of shyness and low sociability to regulation and emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 505-517.
- Eker, D., & Arkar, H. (1995). Perceived social support: Psychometric properties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 30*, 121-126.
- Elliot, T. R., & Gramling, S. E. (1990). Personal assertiveness and the effects of social support among college students. *Journal of Counseling Psychology, 37*, 427-436.
- Emmons, R. A., & Colby, P. M. (1995). Emotional conflict and well-being: Relation to perceived availability, daily utilization, and observer reports of social support. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 947-959.
- Ensel, W. M. & Lin, N. (1991). The life stress paradigm and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior, 32*, 321-341.
- Faulkender, P. J. (1991). Does gender schema mediate between sex-role identity and self-actualization? *Psychological Reports, 68*, 1019-1029.
- Felsten, G., & Wilcox, K. (1992). Influences of stress and situation-specific mastery beliefs and satisfaction with social support on well-being and academic performance. *Psychological Reports, 70*, 291-303.

- Flaherty, J. F., & Dusek, J. B. (1980). An investigation of the relationship between psychological androgyny and components of self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology, 38*, 984-992.
- Friedman, M., & Rosenman, R. (1973). *Type A behavior and your heart*. Connecticut: Fawcett Crest.
- Ganellen, R., & Blaney, P. (1984). Hardiness and social support as moderators of the effects of life stress. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 156-163.
- Gilbert, L. A. (1981). Towards mental health: the benefits of psychological androgyny. *Professional Psychology, 12*, 29-38.
- Gore, S. (1978). The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. *Journal of Health and Social Behavior, 19*, 157-165.
- Gronlund, N. E., & Anderson, L. (1975). Personality characteristics of socially accepted, socially neglected and socially rejected junior high school pupils. *Educational Administration and Supervision, 43*, 329-338.
- Gunderson, E., & Rahe, R. (1976). *Life stress and illness*. Springfield: Thomas.
- Harris, F. R., Wolf, M. M., & Baer, D. M. (1966). Effects of adult social reinforcement on child behavior. En R. Ulrich, T. Stachnik, & J. Mabry (Eds). *Control of human behavior*. Illinois: Scott, Foresman and Company.
- Hart, K. E., & Hittner, J. R. (1991). Irrational beliefs, perceived availability of social support, and anxiety. *Journal of Clinical Psychology, 47*, 582-587.

- Hart, C. H., Ladd, G. W., & Burleson, B. R. (1990). Children's expectations of the outcomes of social strategies: Relations with sociometric status and maternal disciplinary styles. *Child Development, 61*, 127-137.
- Hazan, E., & Bruner, C. A. (en prensa). The prediction of sociometric distance between siblings. *Social Behavior*.
- Hill, Ç. A., & Christensen, A. J. (1989). Affiliative need, different types of social support, and physical symptoms. *Journal of Applied Social Psychology, 19*, 1351-1370.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1981). Social support and psychological distress: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 90*, 365-370.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1982). Social support and adjustment: Predictive benefits of social climate indices. *American Journal of Community Psychology, 10*, 403-415.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1985). Life stress and health personality, coping and family support in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology, 49*, 739-747.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1986). Personality, coping, and family resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 389-395.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 946-955.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1990). Life stressors, resistance factors, and improved psychological functioning: An extension of the stress resistance paradigm.

- Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 909-917.
- Holmes, T. H. (1978). Life situations, emotions and disease. *Psychosomatics*, 19, 205-229.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Jouston, B. K., & Vavak, C. R. (1991). Cynical hostility: Developmental factors, psychological correlates, and health behaviors. *Health Psychology*, 10, 9-17.
- Jones, W. H., Chernovetz, M. E., & Hansson, R. O. (1978). The enigma of androgyny: Differential implications for males and females? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 298-313.
- Kelly, J. A., & Worrell, J. (1977). New formulations of sex roles and androgyny: A critical review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 1101-1115.
- Klerck, R. E., Richardson, S. A., & Ronald, D. (1974). Physical appearance cues and interpersonal attraction in children. *Child Development*, 45, 305-310.
- Klonoff, E. A., & Landrine, H. (1992). Sex roles, occupational roles, and symptom-reporting: A test of competing hypotheses on sex differences. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 355-364.
- Knox, S. S. (1993). Perception of social support and blood pressure in young men. *Perceptual and Motor Skills*, 77, 132-134.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kobasa, S. C. (1982). Commitment and coping in stress resistance among lawyers.

Journal of Health and Social Behavior, 42, 707-717.

- Kopper, B. A., & Epperson, D. L. (1996). The experience and expression of anger: Relationship with gender, gender role socialization, depression, and mental health functioning. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 158-165.
- Korshavn, S., & Lau, J. (1991). Differential and equitable exchanges of social support. *American Psychological Association*, San Francisco, August.
- Kraus, L. A., Davis, M. H., Bazzini, D. G., & Church, M. (1993). Personal and social influences on loneliness: The mediating effect of social provisions. *Social Psychology Quarterly*, 56, 37-53.
- Kupersmidt, J. B., & Patterson, C. J. (1991). Childhood peer rejection, aggression, withdrawal, and perceived competence as predictors of self-reported behavior problems in preadolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 427-449.
- LaGreca, A. M., & Stone, W. (1990). Learning disabilities status and achievement: Confounding variables in the study of children's social status, self-esteem, and behavioral functioning. *Journal of Learning Disabilities*, 23, 482-490.
- Lamke, L. K. (1982). The impact of sex-role orientation on self-esteem in early adolescence. *Child Development*, 53, 1530-1535.
- Langlois, J. H., & Stephan, C. (1977). The effects of physical attractiveness and ethnicity on children's behavioral attributions and peer preferences. *Child Development*, 48, 1694-1698.

- Lauer, R. (1973). The social readjustment scale and anxiety: A cross-cultural study. *Journal of Psychosomatic Research, 17*, 171-174.
- Lepore, S. J. (1992). Social conflict, social support, and psychological distress: Evidence of cross-domain buffering effects. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 857-867.
- Lin, L., Simeone, R. S., Ensel, W. H., & Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events, and illness: A model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behavior, 20*, 108-119.
- Linden, W., Chambers, L., Maurice, J., & Lenz, J. W. (1993). Sex differences in social support, self-deception, hostility, and ambulatory cardiovascular activity. *Health Psychology, 12*, 376-380.
- Lombardo, J. P., & Kemper, T. R. (1992). Sex role and parental behaviors. *Journal of Genetic Psychology, 153*, 103-113.
- Long, V. O. (1986). Relationship of masculinity to self-esteem and self-acceptance in female professionals, college students, clients, and victims of domestic violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 323-327.
- Lubinski, D., Tellegen, A., & Butcher, J. N. (1981). The relationship between androgyny and subjective indicators of emotional well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 40*, 722-730.
- Maier, S., & Laudenslager, S. (1985). Stress and health: Exploring the links. *Psychology Today, 19*, 44-49.

- Marx, M., Garrity, T., & Borvers, F. (1975). The influence of recent life experience on the health of college frenchmen. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 227-233.
- Masuda, M. & Holmes, T. H. (1967). The social readjustment rating scale: A cross-cultural study of Japanese and Americans. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 227-233.
- Meehan, M. P., Durlak, J. A., & Bryant, F. B. (1993). The relationship of social support to perceived control and subjective mental health in adolescents. *Journal of Community Psychology*, 21, 49-55.
- Mendels, J., & Weinstein, N. (1972). The schedule of recent experience: A reliability study. *Psychosomatic Medicine*, 34, 527-531.
- Miller, N. A. (1985). Effects of emotional stress on the immunological system. *The Pavlovian Journal of Biological Science*, 20, 47-52.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the gulf war in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 817-826.
- Mitchell, R. E., & Moos, R. H. (1984). Deficiencies in social support among depressed patients: Antecedents or consequences of stress? *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 438-452.
- Moos, R. H., Cronkite, R. C., Billings, A. G., & Finney, J. W. (1986). *Health and daily living form manual*. Stanford: Social Ecology Laboratory, Veterans Administration and Stanford University Medical Centers.

- Moreno, J. L. (1962). *Fundamentos de la sociometría*. Buenos Aires: Paidós.
- Morris, T. L., Messer, S. C., & Gross, A. M. (1995). Enhancement of the social interaction and status of neglected children: A peer-paring approach. *Journal of Clinical Child Psychology, 24*, 11-20.
- Nagoshi, C. T., Pitts, S. C., & Nakata, T. (1993). Intercorrelations of attitudes, personality, and sex role orientation in a college sample. *Personality and Individual Differences, 14*, 603-604.
- Nakano, K. (1991). Coping strategies and psychological symptoms in a Japanese sample. *Journal of Clinical Psychology, 47*, 346-350.
- Nakano, K. (1992). Role of personality characteristics in coping behaviors. *Psychological Reports, 71*, 687-690.
- Newcomb, F. W., & Bukowsky, W. M. (1984). A longitudinal study of the utility of social preference and social impact classification schemes. *Child Development, 55*, 1434-1447.
- O'Connor, K., Mann, D. W., & Bardwick, J. M. (1978). Androgyny and self-esteem in the upper-middle class: A replication of Spence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 1168-1169.
- O'Heron, C. A., & Orlofsky, J. L. (1990). Stereotypic and nonstereotypic sex role trait and behavior orientations, gender identity, and psychological adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 134-143.
- Olds, D. E., & Shaver, P. (1980). Masculinity, femininity, academic performance, and health: Further evidence concerning the androgyny controversy. *Journal of*

- Personality*, 48, 323-341.
- Ollendick, T. H., Weist, M. D., Borden, M. C., & Greene, R. W. (1992). Sociometric status and academic, behavioral, and psychological adjustment: A five-year longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 80-87.
- Page, M. D., Erdly, W. W., & Becker, J. (1987). Social Networks: We get by with (and in spite of) a little help from our friends. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 793-804.
- Patterson, C. J., Cohn, D. A., & Kao, B. T. (1989). Maternal warmth as a protective factor against risks associated with peer rejection among children. *Development and Psychopathology*, 1, 21-38.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Peery, J. C. (1979). Popular, amiable, isolated, rejected: A reconceptualization of sociometric status in preschool children. *Child Development*, 50, 1231-1234.
- Pierce, G. R., Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1991). General and relationship-based perceptions of social support: Are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 1028-1039.
- Pierce, G. R., Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1992). General and specific support expectations and stress as predictors of perceived supportiveness: An experimental study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 297-307.
- Priel, B., & Leshem, T. (1990). Self-perceptions of first and second grade children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 23, 637-642.

- Priel, B., & Shamai, D. (1995). Attachment style and perceived social support: Effects on affect regulation. *Personality and Individual Differences, 19*, 235-241.
- Prokopcakova, A. (1995). Anxiety, aggression and coping strategies in various types of situations. *Studia Psychologica, 37*, 63-71.
- Query, J. L., Parry, D., & Flint, L. J. (1992). The relationship among social support, communication competence, and cognitive depression for nontraditional students. *Journal of Applied Communication Research, 20*, 78-94.
- Rahe, R. (1975). Epidemiological studies of life change and illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 6*, 133-146.
- Rahe, R., & Ranson, J. (1965). Life changes surrounding illness experiences. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 341-345.
- Rehulkova, O., Blanty, M., & Oseka, L. (1995). Adolescent's coping styles: A relation to the temperament. *Studia Psychologica, 37*, 159-161.
- Riggio, R. E., Watring, K. P., & Throckmorton, B. (1993). Social skills, social support, and psychological adjustment. *Personality and Individual Differences, 15*, 275-280.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton.
- Rook, K. S. (1984). The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 1097-1108.
- Rook, K. S. (1987). Social support versus companionship: Effects on life stress, loneliness and evaluation by others. *Journal of Personality and Social*

Psychology, 52, 1132-1147.

- Roos, P. E., & Cohen, L. H. (1987). Sex roles and social support as moderators of life stress adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology, 52, 576-585.*
- Ruehlman, L. S., & Karoly, P. (1991). With a little flak from my friends: Development and preliminary validation of the test of negative social exchange. *Psychological Assessment, 3, 97-104.*
- Saklofske, D. H., & Kelly, I. W. (1995). Coping and personality. *Psychological Reports, 77, 481-482.*
- Samter, W. (1992). Communicative characteristics of the lonely person's friendship circle. Special Issue: Approaches to the study of communication, social support and helping relationships. *Communication Research, 19, 212-239.*
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of life experiences survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 932-946.*
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 44, 127-139.*
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1986). Experimentally provided social support. *Journal of Personality and Social Psychology, 6, 1222-1225.*
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., Hacker, T. A., & Basham, R. B. (1985). Concomitants of social support: Social skills, physical attractiveness, and gender. *Journal of Personality and Social Psychology, 49, 469-480.*

- Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Shearin, E. N. (1986). Social support as an individual difference variable: Its stability, origins and relational aspects. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 845-855.
- Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 813-832.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R., Bannerman, A., & Sarason, I. G. (1993). Investigating the antecedents of perceived social support: Parent's views of and behavior toward their children. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 1071-1085.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R., Shearin, E. N., & Sarason, I. G. (1991). Perceived social support and working models of self and actual others. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 273-287.
- Sarmany, S. I. (1994). Coping processes, cognitive style, and perceptual rigidity. *Studia Psychologica, 36*, 153-165.
- Schill, T., & Beyler, J. (1992). Self-defeating personality and strategies for coping with stress. *Psychological Reports, 71*, 67-70.
- Shaw, J. S. (1982). Psychological androgyny and stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology, 43*, 145-153.
- Shifren, K., Bauserman, R., & Carter, D. B. (1993). Gender role orientation and physical health: A study among young adults. *Sex Roles, 29*, 421-432.
- Shushma, T. (1979). Psychological factors associated with the sociometric status. *Asian Journal of Psychology and Education, 4*, 1-10.

- Silven, L. E., & Ryan, V. L. (1979). Self-rated adjustment and sex-typing in the Bem sex-role inventory: Is masculinity the primary predictor of adjustment? *Sex Roles, 7*, 653-662.
- Spence, J. T., Helmreich, R., & Stapp, J. (1974). The personal attributes questionnaire: A measurement of sex stereotypes and masculinity-femininity. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology, 4*, 43 (Ms. No. 617).
- Spence, J. T., Helmreich, R., & Stapp, J. (1975). Ratings of self and peers on sex role attributes and their relation to self-esteem and conceptions of masculinity and femininity. *Journal of Personality and Social Psychology, 32*, 29-39.
- Stiliandis, K., & Wiener, J. (1989). Relationship between social perception and peer status in children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 22*, 624-629.
- Stone, W. L., & LaGreca, A. M. (1990). The social status of children with learning disabilities: A reexamination. *Journal of Learning Disabilities, 23*, 32-37.
- Synder, B. K., Roghmann, K. J., & Sigal, L. H. (1993). Stress and psychosocial factors: Effects on primary cellular immune response. *Journal of Behavioral Medicine, 16*, 143-161.
- Thoits, P. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior, 23*, 145-159.
- Tousignant, M., & Hanigan, D. (1993). Crisis support among suicidal following a loss event. *Journal of Community Psychology, 21*, 83-96.

- Triandis, H. C., Marín, G., Lisansky, J., & Betancourt, H. (1984). Simpatía as a cultural script of Hispanics. *Journal of Personality and Social Psychology*, *47*, 1363-1375.
- Valentiner, D. P., Holahan, C. J., & Moos, R. (1994). Social support, appraisals of event controllability, and coping: An integrative model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *66*, 1094-1102.
- Vanfraechem, R. R. (1976). Study of the social personality as a function of team structure. *International Journal of Sport Psychology*, *7*, 169-186.
- Vinokur, A., Schul, Y., & Caplan, R. D. (1987). Determinants of perceived social support: Interpersonal transactions, personal outlook, and transient affective states. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*, 1137-1145.
- Wallston, B., Alagna, S., DeVellis, B., & DeVellis, R. (1983). Social support and psysical health. *Health Psychology*, *2*, 367-392.
- Watkins, P. L., Ward, C. H., Southard, D. R., & Fisher, E. B. (1992). The type A belief system: Relationships to hostility, social support, and life stress. *Behavioral Medicine*, *18*, 27-32.
- Wentzel, K. R., & Asher, S. R. (1995). The academic lives of neglected, rejected, popular, and controversial children. *Child Development*, *66*, 754-763.
- Whatley, S. L., & Clopton, J. R. (1992). Social support and suicidal ideation in college students. *Psychological Reports*, *71*, 1123-1128.
- Whethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived Support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, *27*, 78-89.

- Whitley, B. E. (1985). Sex-role orientation and psychological well-being: two meta-analyses. *Sex Roles, 12*, 207-225.
- Windle, M. (1992). Temperament and social support in adolescence: Interrelations with depressive symptoms and delinquent behaviors. *Journal of Youth and Adolescence, 21*, 1-21.
- Wohlgemuth, E., & Betz, N. E. (1991). Gender as a moderator of the relationships of stress and social support to physical health in college students. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 367-374.
- Woon, T., Masuda, M., Wagner, M., & Holmes, T. H. (1971). The social readjustment rating scale: A cross-cultural study of Malayseans and Americans. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 2*, 273-286.
- Wyler, A., Masuda, M., & Holmes, T. H. (1971). Magnitude of life events and seriousness of illness. *Psychosomatic Medicine, 33*, 115-122.
- Zeldow, P. B., Clark, D., & Daugherty, S. R. (1985). Masculinity, femininity, type A behavior and psychological adjustment in medical students. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 481-492.

Anexo 1. Estructura Factorial del Cuestionario de Apoyo Social (SSQ), de Sarason, Levine, Basham, y Sarason (1983) y de las escalas incluidas en este estudio del Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana (HDL), de Moos, Cronkite, Billings, y Finney (1986).

Dado que en México no existían instrumentos validados para medir ni el apoyo social percibido, ni una serie de síntomas físicos y psicológicos, antes de realizar la investigación reseñada en este trabajo, fue necesario valorar la validez conceptual del SSQ y de algunas de las escalas del HDL. Relativo al SSQ, se analizó su validez de construcción y su consistencia interna. Respecto al HDL, también se analizó factorialmente, con el propósito de añadir información sobre la validez de su versión en español (Ayala & Aduna-Mondragón, 1989), así como para verificar la validez de haber aplicado en esta investigación sólo algunas partes del inventario completo. A continuación se describe el estudio realizado para validar estos dos instrumentos.

MÉTODO

Sujetos

Los sujetos fueron los mismos 443 estudiantes que sirvieron como sujetos para la investigación de la tesis, más otros 206 estudiantes de psicología. Estos 206 estudiantes, a pesar de que contestaron los instrumentos utilizados en toda la investigación, no completaron los datos relativos a la sociometría, por lo que fueron descartados como sujetos de la investigación de tesis. No obstante, se incluyeron para determinar la validez conceptual del SSQ y del HDL.

Instrumentos

En la sección de Método de la tesis se presenta la descripción de los cuestionarios utilizados en esta investigación.

Procedimiento

Traducción-Retraducción del Cuestionario de Apoyo Social (SSQ)

Con el fin de obtener una versión del SSQ en español equivalente en significado a la original en inglés, se realizó la traducción-retraducción (Brislin, Lonner y Thorndike, 1973) tanto de los 27 reactivos que integran este inventario como de las instrucciones. La traducción y validación del SSQ se hizo con permiso de los autores. Se pidió a una persona bilingüe que tradujera el cuestionario completo al español. Posteriormente, se pidió a un segundo bilingüe que retradujera la versión en español nuevamente al inglés. Las dos versiones en inglés fueron comparadas por un tercer bilingüe para verificar su similitud. En aquellos reactivos donde se encontraron diferencias en significado, se repitió el procedimiento (siempre con bilingües diferentes), hasta obtener una versión en español equivalente a la original en inglés. Con el fin de adaptar el SSQ a las características de los mexicanos y de la muestra de estudiantes con la que se trabajó, se pidió a 50 jueces, estudiantes de licenciatura, que contestaran la versión en español del SSQ. En función de los resultados de esta aplicación, se hicieron los cambios de redacción pertinentes. La versión corregida fue contestada por los 649 sujetos que participaron en el estudio.

Modificación del Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana (HDL)

La muestra de 50 estudiantes que contestó el SSQ, también contestó el BSRI y el HDL en su versión completa. Sin embargo, como se indicó antes, en el presente estudio sólo se utilizaron algunas de las escalas del HDL conforme a su pertinencia al

propósito del estudio. Esta aplicación, sin embargo, sirvió para verificar el sentido en español de los reactivos de dichas escalas y también como un control de la aplicación separada de solamente algunas escalas. El utilizar sólo las escalas del HDL directamente relacionadas con el propósito del estudio, no debió afectar la validez global del instrumento, dado que, como se mencionó con anterioridad, cada escala del HDL se encuentra auto-contenida.

RESULTADOS

Las dos escalas del SSQ, número total de sujetos que brindan su apoyo y satisfacción con el apoyo, se analizaron factorialmente y se computó la consistencia interna de los factores encontrados y de las escalas globales. Asimismo, las escalas del HDL utilizadas en este estudio, también fueron analizadas mediante análisis factoriales. A continuación se presentan por separado los resultados de ambos análisis.

Estructura Factorial del Cuestionario de Apoyo Social (SSQ)

Utilizando el SPSS, se realizó un análisis factorial de componentes principales, con rotación varimax y oblicua, por separado para los puntajes de número de personas (N) y para los puntajes de satisfacción con el apoyo (S), utilizando los 27 reactivos del SSQ. Como primer paso, se realizaron estos análisis factoriales por separado para los estudiantes de licenciatura y para los estudiantes del CCH. Se comprobó mediante el cálculo de coeficientes de congruencia (Harman, 1968) que los factores encontrados

para las dos muestras fueron muy similares entre sí (coeficientes mayores a .94). En consecuencia, se procedió a realizar los análisis factoriales de los puntajes N y de los puntajes S, considerando a los 649 sujetos que participaron en el estudio. En la Tabla 4, se muestran las cargas factoriales de los 27 puntajes N en el primer factor de los componentes principales y sus respectivas comunalidades, considerando a los 649 sujetos. Todas las comunalidades fueron mayores de .48; valor superior a .30 (30% de la varianza), que fue el punto de corte establecido para la inclusión de las variables en el análisis.

Aún cuando Sarason, Levine, Basham, y Sarason (1983) no rotaron los factores, la interpretación de los factores sólo es posible después de una rotación (Tabachnick & Fidell, 1989). Antes de rotar los factores, se comprobó mediante la prueba de Esfericidad de Bartlett (10476.31, $p < .000$) y la prueba de adecuación de la muestra de Kaiser (.98) que la matriz de correlación entre los reactivos era factorizable. Las rotaciones varimax y oblicua mostraron la existencia de dos factores, definidos exactamente por los mismos reactivos. La rotación oblicua mostró una alta correlación ($r = .77$) entre los dos factores encontrados, por lo que la interpretación de esta rotación fue la más apropiada. En la Tabla 5 se muestran las cargas factoriales en los dos factores encontrados mediante la rotación oblicua, de cada uno de los 27 reactivos N. Para facilitar la interpretación de los factores, en la Tabla 5 los reactivos están ordenados de acuerdo con la magnitud de sus cargas factoriales. El punto de corte para incluir una variable en la definición de cada factor fue de .30. Todos los reactivos tuvieron cargas factoriales mayores o iguales a dicho punto de corte. Los

Tabla 4. Comunalidades y cargas factoriales en el primer factor de los componentes principales de los puntajes N del SSQ. Los reactivos están ordenados en la Tabla conforme la magnitud de sus cargas factoriales.

REACTIVOS		Comunalidades	Carga Factorial
25	Consuelo cuando está enojado	.75	.82
23	Sentirse mejor cuando está deprimido	.74	.82
21	Escucharlo cuando está enojado	.70	.81
20	Apoyo independientemente de la situación	.66	.81
8	Distraerlo de preocupaciones cuando estrés	.65	.80
14	Escuchar sentimientos más íntimos	.66	.80
17	Sentirse relajado cuando está bajo presión	.68	.80
15	Necesidad de apapacho/ser estrechado	.67	.80
13	Consejos para evitar cometer errores	.62	.78
9	Necesidad de ayuda	.63	.78
22	Decir aspectos en que necesita mejorar	.64	.78
10	Ayuda si expulsaron de escuela/trabajo	.61	.78
6	Hablar francamente con	.61	.78
26	Apoyo para tomar decisiones importantes	.64	.76
16	Ayuda si un amigo estuviera grave	.58	.76
5	Ayuda en situación de crisis	.62	.76
27	Ayuda cuando está muy irritable	.66	.75
11	Ser totalmente uno mismo	.57	.75
19	Aceptación total (mejores y peores aspectos)	.57	.75
7	Contribuir algo positivo a los demás	.59	.74
4	Separación de novio/esposo(a)	.63	.73
18	Ayuda si un familiar cercano muriera	.52	.72
12	Lo aprecia como persona	.54	.71
1	Alguien que le escuche	.61	.70
2	Amigo le insultó	.56	.69
24	Quien lo quiere profundamente	.48	.69
3	Parte importante en la vida de	.59	.65

Tabla 5. Factores encontrados mediante la rotación oblicua de los puntajes N del SSQ. Se muestran los reactivos que conformaron cada factor y sus respectivas cargas factoriales, así como el porcentaje de varianza y el *alpha* de Cronbach para cada factor.

No. de Reactivo	Reactivos	Carga Factorial
PRIMER FACTOR		
27	Ayuda cuando se está muy irritable	.93
23	Sentirse mejor cuando está deprimido	.93
25	Consuelo cuando está alterado/preocupado	.92
26	Apoyo para tomar decisiones importantes	.83
21	Escucharlo cuando está enojado	.82
17	Sentirse relajado cuando está bajo presión	.79
15	Necesidad de apapacho/ser estrechado	.76
22	Decir aspectos en que necesita mejorar	.75
14	Escuchar sentimientos más íntimos	.72
20	Apoyo independientemente de la situación	.68
19	Aceptación total (mejores y peores aspectos)	.59
13	Consejos para evitar cometer errores	.56
24	Quien lo quiere profundamente	.49
11	Ser totalmente uno mismo	.48
16	Ayuda si un amigo estuviera grave	.46
10	Ayuda si expulsaron de escuela/trabajo	.45
% de Varianza = 58.0		
Alpha =		.96
SEGUNDO FACTOR		
3	Parte importante en la vida de	.88
1	Alguien que le escuche	.81
4	Separación de novio/esposo(a)	.77
2	Amigo le insultó	.72
5	Ayuda en situación de crisis	.64
7	Contribuir algo positivo a los demás	.61
12	Lo aprecia como persona	.54
9	Necesidad de ayuda	.54
8	Distraerlo de preocupaciones cuando estrés	.50
6	Hablar francamente con	.48
18	Ayuda si un familiar cercano muriera	.42
% de Varianza = 4.2		
Alpha =		.93

dos factores encontrados explicaron el 62.2% de la varianza. El primer factor parece reflejar una dimensión de ayuda emocional y tuvo una consistencia interna de .96. Mientras que el segundo factor parece reflejar una dimensión de ayuda en situaciones de crisis y tuvo una consistencia interna de .93. Todo el cuestionario en su conjunto tuvo un alto índice de consistencia interna (*alpha* de Cronbach = .97). El hecho de que los dos factores encontrados estén correlacionados, muestra que efectivamente el puntaje N del SSQ refleja, en su conjunto, un índice del apoyo social percibido de los sujetos. Las intercorrelaciones entre los 27 puntajes N, variaron entre .39 y .73. Las correlaciones entre los puntajes N y el puntaje global N, variaron entre .65 y .81. La media global de la escala fue de 3.74.

En la Tabla 6 se muestran las cargas factoriales en el primer factor de los componentes principales y las comunalidades respectivas, de los 27 puntajes S. La comunalidad de un reactivo (reactivo 2: ¿con quién podría contar para ayudarlo si se peleara con un muy buen amigo y el/ella le dijera que no lo quería volver a ver?) fue menor a .30, por lo que fue eliminado del análisis. Las cargas factoriales en el primer factor de componentes principales de todos los puntajes S fueron mayores de .52.

Antes de rotar los factores, nuevamente se comprobó mediante la prueba de Esfericidad de Bartlett (5601.65, $p < .000$) y la prueba de adecuación de la muestra de Kaiser (.96) que la matriz de correlación entre los reactivos era factorizable. La rotación varimax mostró la existencia de dos factores. La rotación oblicua no convergió después de 25 iteraciones. En la Tabla 7 se muestran las cargas factoriales en la rotación varimax de los reactivos en los dos factores encontrados. Las variables

Tabla 6. Comunalidades y cargas factoriales en el primer factor de los componentes principales del los puntajes S del SSQ. Los reactivos están ordenados conforme con la magnitud de sus cargas factoriales.

REACTIVOS		Comunalidades	Carga Factorial
13	Consejos para evitar cometer errores	.52	.71
25	Consolar cuando está alterado/preocupado	.62	.70
20	Cuidar o apoyar sin importar lo que suceda	.49	.70
21	Escucharlo cuando está enojado	.56	.70
9	Necesidad de ayuda	.57	.70
12	Lo aprecia como persona	.48	.69
23	Sentirse mejor cuando está deprimido	.60	.68
15	Necesidad de apapacho/ser consolado	.50	.68
19	Aceptación total (mejores/peores aspectos)	.45	.66
26	Apoyo para tomar decisiones importantes	.45	.66
17	Sentirse relajado cuando está bajo presión	.50	.66
7	Contribuir algo positivo a los demás	.43	.64
22	Decir aspectos en que necesita mejorar	.44	.63
16	Ayuda si un amigo estuviera grave	.40	.63
4	Ayuda en caso de separación novio/esposo	.41	.63
27	Ayuda cuando está muy irritable	.56	.63
11	Ser totalmente uno mismo	.41	.63
24	Lo quiere profundamente	.41	.62
14	Escuchar sentimientos más íntimos	.41	.62
1	Alguien que le escuche	.46	.61
18	Ayuda si un familiar cercano muriera	.36	.59
6	Hablar francamente	.39	.59
10	Ayuda si expulsaron de escuela/trabajo	.35	.59
8	Distraerlo de preocupaciones cuando estrés	.33	.57
3	Parte importante en la vida de	.45	.55
5	Ayuda en situación de crisis	.47	.55
2	Amigo lo insultó	.29	.52

Tabla 7. Factores encontrados en la rotación varimax de los puntajes S del SSQ. Se muestran los reactivos que conformaron cada factor y sus respectivas cargas factoriales, así como el porcentaje de varianza y el *alpha* de Cronbach para cada factor.

No. de Reactivo	Reactivos	Carga Factorial
PRIMER FACTOR		
25	Consolar cuando está alterado/preocupado	.74
23	Sentirse mejor cuando está deprimido	.74
27	Ayuda cuando está muy irritable	.73
21	Escucharlo cuando está enojado	.68
17	Sentirse relajado cuando está bajo presión	.65
15	Necesidad de apapacho/ser estrechado	.62
22	Decir aspectos en que necesita mejorar	.59
14	Escuchar sentimientos más íntimos	.55
26	Apoyo para tomar decisiones importantes	.55
19	Aceptación total (mejores/peores aspectos)	.53
20	Apoyo independientemente de la situación	.50
16	Ayuda si un amigo estuviera grave	.45
8	Distraerlo de preocupaciones cuando está estresado	.42
% de Varianza = 40.6 Alpha = .90		
SEGUNDO FACTOR		
9	Necesidad de ayuda	.69
5	Ayuda en situaciones de crisis	.67
3	Parte importante o integral en la vida de	.66
1	Alguien que le escuche	.64
13	Dar consejos para evitar cometer errores	.59
7	Contribuir algo positivo a los demás	.56
6	Hablar francamente	.56
12	Lo aprecia como persona	.55
24	Lo quiere profundamente	.55
4	Ayuda en caso de separación novio/esposo	.53
11	Ser totalmente uno mismo	.53
10	Ayuda si expulsaron de escuela/trabajo	.48
18	Ayuda si un familiar cercano muriera	.47
% de Varianza = 5.0 Alpha = .89		

en la Tabla 7 están ordenadas y agrupadas por la magnitud de sus cargas factoriales para facilitar la interpretación de los factores. El punto de corte para incluir una variable en la definición de cada factor fue de .30. Todos los reactivos tuvieron cargas factoriales mayores o iguales a dicho punto de corte. Los dos factores que se encontraron explicaron el 45.6% de la varianza. El primer factor que se encontró con los puntajes S fue muy parecido al primer factor que se encontró con los puntajes N. Este factor parece reflejar una dimensión de ayuda emocional y tuvo una alta consistencia interna ($\alpha = .90$). El segundo factor, al igual que el de los puntajes N, parece reflejar una dimensión de ayuda en situaciones de crisis y también tuvo una alta consistencia interna ($\alpha = .89$). La consistencia interna de toda la escala de puntajes S, también fue muy alta (α de Cronbach = .94). Estos datos indican que el índice cualitativo de satisfacción con el apoyo social que mide el SSQ mide dos dimensiones diferentes. Se encontró una correlación entre la escala N y la escala S igual a .35. Las intercorrelaciones entre los 27 puntajes S variaron entre .24 y .70. Las correlaciones entre los 27 puntajes S y el puntaje S global, variaron entre .54 y .71. La media global de la escala S fue de 5.27.

Sarason, Sarason, Shearin, y Pierce (1987) desarrollaron una versión corta del SSQ, integrada únicamente por 6 reactivos (números 8, 17, 19, 20, 23 y 25). En este trabajo se calcularon los puntajes N y S, utilizando esos 6 reactivos y se obtuvieron las correlaciones con los puntajes N y S, utilizando los 27 reactivos de la versión original del SSQ. Se encontró una alta correlación entre los puntajes N, obtenidos con las dos versiones del SSQ ($r = .96, p < .001$). Asimismo, se encontró que los puntajes

S, obtenidos con la versión corta y con la versión larga del SSQ, también fue muy alta ($r = .90, p < .001$).

Estructura Factorial de las Escalas del HDL incluidas en este estudio

Para analizar la estructura factorial de las escalas del HDL incluidas en este estudio, se realizaron dos análisis factoriales. En el primer análisis, se incluyeron las escalas que medían los índices de salud: depresión, síntomas psicossomáticos, autoconfianza y disposición positiva ante la vida. Dado que en la escala para medir las enfermedades diagnosticadas por un médico se enlistan enfermedades que es poco probable que estudiantes las hayan padecido, muchos de los reactivos tuvieron frecuencias iguales a cero. Esto también fue cierto para la escala para medir el número de medicamentos empleados. En consecuencia, fue imposible incluir estas dos escalas en el análisis factorial. En el segundo análisis se incluyeron los reactivos de la escala para medir las estrategias de afrontamiento de los problemas. La lista de eventos vitales no se analizó en el presente estudio, dado que Bruner, Acuña, Gallardo, Atri, Hernández, Rodríguez, y Robles (1994) ya habían presentado datos sobre su validez con una población de estudiantes mexicanos.

Estos dos análisis factoriales también se hicieron primero por separado para los estudiantes de licenciatura y para los estudiantes del CCH. Se comprobó mediante coeficientes de congruencia que los factores encontrados fueron muy similares entre sí (coeficientes mayores a .89), por lo que se procedió a hacer los análisis considerando a toda la muestra de 649 sujetos. Antes de rotar los factores, se

eliminaron aquellos reactivos cuya comunalidad fue menor a .30. El criterio para la inclusión de los reactivos en la definición de los factores fue .30.

Antes de realizar el análisis factorial para las escalas de depresión, síntomas psicossomáticos, autoconfianza y disposición positiva ante la vida, se comprobó, mediante la prueba de esfericidad de Bartlett = 9392.90, $p < .001$ y la medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin = .92, que la matriz de correlación era factorizable. Dado que las escalas incluidas en el análisis factorial medían diferentes variables, se realizó una rotación varimax. Esta rotación mostró la existencia de cuatro factores interpretables con eigenvalue mayor a 1. Estos cuatro factores explicaron el 41.5% de la varianza. En la Tabla 8 se muestran los reactivos que conformaron cada uno de los cuatro factores y sus respectivas cargas factoriales. El primer factor agrupó a 21 de los 22 reactivos para medir depresión global. Este primer factor mostró una alta consistencia interna (α de Cronbach = .94) y explicó el 25.0% de la varianza. El segundo factor agrupó 12 de los 14 reactivos de la escala de síntomas psicossomáticos. Este factor explicó el 5.6% de la varianza y tuvo una consistencia interna de .82. En el tercer factor se agruparon 7 reactivos, 6 de los que originalmente conformaban esta escala (seguro de sí mismo, existoso, activo, extrovertido y ambicioso) y se añadieron dos más, que pertenecían a la escala de disposición positiva ante la vida (feliz y accesible). Este factor explicó el 3.7% de la varianza y tuvo una alta consistencia interna ($\alpha = .70$). El cuarto factor agrupó únicamente 3 reactivos, 2 de los que medían una disposición positiva ante la vida (calmado y confiado) y se añadió un reactivo (con carga negativa) que originalmente

Tabla 8. Factores encontrados mediante la rotación varimax de las escalas de depresión, síntomas psicósomáticos, autoconfianza y disposición positiva ante la vida del Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana. Se muestran los reactivos que conformaron cada factor y su respectivas cargas factoriales.

PRIMER FACTOR (DEPRESIÓN)

Sin valor o despreciable	.74
Lástima o pena por usted mismo	.74
Ya no existe algo que valga la pena	.72
Sentimientos de soledad	.72
Sentimientos negativos o pesimistas	.71
Pensamientos sobre muerte/suicidio	.71
Pérdida de interés por actividades	.67
Nada le sale bien	.64
Culpabilidad	.64
Deprimido, triste o melancólico	.63
Lentitud/apatía para iniciar actividades	.61
No puede empezar ninguna actividad	.55
Necesidad de que tranquilicen/ayuden	.54
No se puede concentrar	.53
Pérdida de energía, fatiga o cansancio	.51
Nervioso o tenso	.50
Sentimientos ofensivos/irritabilidad	.50
Su memoria no está del todo bien	.49
Ganas de llorar	.47
Preocupaciones hacen sentir enfermo	.44
Inquieto	.42
Recibir ayuda psiquiatra o psicólogo	.33

TERCER FACTOR (AUTOCONFIANZA)

Seguro de sí mismo	.64
Activo	.62
Extrovertido	.62
Exitoso	.61
Ambicioso	.50
Accesible	.48
Feliz	.40

**SEGUNDO FACTOR (SÍNTOMAS
PSICOSOMÁTICOS)**

Dolores en alguna parte del cuerpo	.64
Poco apetito	.60
Mareos	.58
Síntomas físicos o enfermedades	.58
Pérdida de peso	.58
Dolor de cabeza	.55
Escalofríos	.53
Debilidad	.52
Calor en todo el cuerpo	.45
Acidez estomacal o indigestión	.45
El corazón le late fuertemente	.44
Manos temblorosas	.42

**CUARTO FACTOR (DISPOSICIÓN POSITIVA
ANTE LA VIDA)**

Calmado	-.61
Confiado	-.60
Agresivo	.51

pertenecía a la escala de autoconfianza (agresivo). Este factor explicó el 3.1% de la varianza y tuvo una consistencia interna igual a .46.

En función de los hallazgos de este análisis factorial, se obtuvieron puntajes en los diferentes índices de salud (depresión, síntomas psicósomáticos y autoconfianza), conforme los reactivos que integraron los factores. Además se incluyeron los puntajes en las escalas de enfermedades y medicamentos, aún cuando no fue factible incluir estas escalas en el análisis factorial, por representar la salud física de los sujetos y ser de interés para este estudio. La escala de disposición positiva ante la vida no fue incluida como índice de salud mental, ya que se conformó sólo por 3 reactivos y uno de éstos tuvo una carga negativa.

En relación con la escala de afrontamiento de los problemas, se comprobó mediante la prueba de esfericidad de Bartlett = 4233.98, $p < .001$ y la medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin = .89, que la matriz de correlación era factorizable. Dado que esta escala está diseñada para medir tres tipos diferentes de estrategias: afrontamiento conductual, afrontamiento cognitivo y estrategias de evitación, se realizó una rotación variamax de los factores. El análisis factorial de componentes principales mostró la existencia de 5 factores con eigenvalue mayor a 1, que explicaron el 56.4% de la varianza. La rotación varimax mostró que de los 5 factores extraídos, únicamente los dos primeros eran interpretables. Estos dos primeros factores explicaron el 38.3% de la varianza. El primer factor agrupó 15 reactivos, 7 de estos medían afrontamiento conductual (de un total de 12) y los otros 8 medían afrontamiento cognitivo (de un total de 13). En consecuencia, para la

población de este estudio no se diferenciaron el afrontamiento de tipo conductual y el de tipo cognitivo. La confiabilidad interna de este primer factor fue de .88 y explicó el 28.9% de la varianza. El segundo factor estuvo constituido por 6 reactivos que reflejan la evitación de los problemas. De los 8 reactivos originales que medían evitación de los problemas, sólo 3 cargaron en este segundo factor. Uno de los otros 3 reactivos que conformaron este factor, pertenecían originalmente al tipo de afrontamiento conductual y dos al afrontamiento cognitivo. Este factor explicó el 9.4% de la varianza y su consistencia interna fue de .60. En la Tabla 9 se muestran los reactivos que conformaron los dos factores encontrados y sus respectivas cargas factoriales. Conforme con los resultados del análisis factorial, se computaron dos puntajes, uno de confrontación y uno de evitación de los problemas, correspondientes a los dos factores encontrados.

DISCUSIÓN

Dado que en México no existían instrumentos validados para medir el apoyo social percibido, fue necesario verificar la validez conceptual del Cuestionario de Apoyo Social de Sarason, Levine, Basham, y Sarason (1983) y de algunas escalas del Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana de Moos, Cronkite, Billings, y Finney (1986), que sirvieron para medir una serie de síntomas físicos y psicológicos, eventos vitales y el tipo de afrontamiento de los problemas. A continuación se discutirán los hallazgos relativos a la validación conceptual de ambos cuestionarios por separado.

Tabla 9. Factores encontrados en la rotación varimax de la escala de afrontamiento del Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana. Se muestran los reactivos que se agruparon en cada factor y sus respectivas cargas factoriales.

FACTOR 1 (AFRONTAMIENTO)		FACTOR 2 (EVITACIÓN)	
Pensó para entender mejor el problema	.80	Trató de permanecer insensible	.65
Analizó la situación y la vió objetivamente	.76	Evitó estar con la gente	.61
Consideró varias alternativas	.74	No expresó sus sentimientos	.58
Supo qué hacer y se esforzó	.73	Se olvidó del problema por un tiempo	.54
No actuó impulsivamente	.66	Se ocupó con otras cosas para no pensar	.52
Formuló un plan de acción y lo hizo	.63	Se desquitó con otros	.48
Trató de ver el lado bueno	.62		
Se dijo cosas para sentirse mejor	.59		
Trató de saber más sobre la situación	.57		
Se guió por experiencias pasadas	.57		
Se propuso la próxima vez sería diferente	.52		
Rescató algo positivo de la situación	.51		
Habló con un amigo sobre el problema	.51		
Habló con cónyuge/novio o parientes	.48		
Tomó las cosas paso a paso	.48		

Análisis Factorial de las escalas N y S del SSQ

Los análisis factoriales de componentes principales de los puntajes N y S del SSQ, mostraron que todos los reactivos N, con cargas factoriales mayores a .65 y todos los reactivos S, con cargas factoriales mayores a .52, se agruparon en el primer factor de los componentes principales. Además se realizó una rotación oblicua que mostró que los puntajes N se agruparon en dos factores correlacionados entre sí. El primer factor parece reflejar una dimensión de ayuda emocional, mientras que el segundo factor parece reflejar una dimensión de ayuda en situaciones de crisis. La alta correlación que se encontró entre ambos factores confirmó el que el puntaje N mide una sola dimensión de apoyo social percibido. Una rotación varimax mostró que los puntajes S también se agruparon en dos factores, similares a los que se encontró con los puntajes N. El hecho de que los dos factores de los puntajes S no estén correlacionados entre sí, sugiere que la escala S del SSQ mide dos diferentes dimensiones.

Sarason, Levine, et al. (1983) reportaron únicamente las cargas factoriales de los puntajes N y S en el primer factor de los componentes principales y el porcentaje de varianza que explicó cada uno de estos dos factores, puesto que no realizaron una rotación posterior. También reportaron las intercorrelaciones entre los 27 puntajes N y S, las correlaciones entre los puntajes N y S y los puntajes globales de cada escala y las medias globales de las dos escalas. Además, reportaron la correlación entre el puntaje global N y el puntaje global S, así como los coeficientes *alpha* para cada una de las escalas. En la Tabla 10 se comparan los datos del estudio de Sarason, Levine,

Tabla 10. Comparación de datos reportados por Sarason, Levine, et al. (1983) para las escalas N y S del SSQ y los datos que se encontraron en este estudio.

PUNTAJES N		
	SARASON	ESTUDIO ACTUAL
Cargas en el Primer Factor de Componentes Principales	Mayores de .60	Mayores de .65
Varianza Explicada por el Primer Factor de Componentes Principales	82.0%	58.0%
Correlaciones entre los Reactivos y el Puntaje Total	entre .51 y .79	entre .65 y .81
Correlaciones entre los 27 reactivos	.35 a .71	.39 a .73
Media de los puntajes en los 27 reactivos	4.25	3.74
Coefficiente Alpha	.97	.97
Correlación entre Puntaje de Apoyo Social (N) y de Satisfacción (S)	.34	.35

PUNTAJES S		
	SARASON	ESTUDIO ACTUAL
Cargas en el Primer Factor de Componentes Principales	Mayores de .30	Mayores de .52
Varianza Explicada por el Primer Factor de Componentes Principales	72.0%	40.6%
Correlaciones entre los Reactivos y el Puntaje Total	entre .48 y .72	entre .54 y .71
Correlaciones entre los 27 reactivos	.21 a .74	.24 a .70
Media de los puntajes en los 27 reactivos	5.38	5.27
Coefficiente Alpha	.94	.94

et al. y los datos de este estudio. Como se muestra en la Tabla 10, los resultados de ambos estudios fueron similares, dado que todos los puntajes N tuvieron cargas factoriales mayores a .60 y todos los puntajes S tuvieron cargas factoriales mayores a .30 y se agruparon en el primer factor de componentes principales. Aunque el dato no es comparable, el haber encontrado dos diferentes factores ortogonales para los puntajes S en el presente estudio, sugiere que esta escala mide dos dimensiones de la satisfacción con el apoyo, en lugar de una sola como lo sugirieron los autores originales. La varianza explicada por el primer factor de los componentes principales de los puntajes N y S fue mayor en el estudio de Sarason, Levine, et al., que en el presente estudio. Las intercorrelaciones entre los 27 reactivos N y S, las correlaciones de los 27 reactivos con los puntajes globales N y S, así como las medias globales de las escalas, fueron similares en ambos estudios. La confiabilidad interna de las dos escalas fue idéntica en el estudio original y en el presente estudio. La correlación entre el puntaje global N y el puntaje global S, también fue similar en ambas investigaciones. Esta correlación, relativamente baja, entre los dos índices de apoyo social que mide el SSQ, fue interpretada por Sarason, Levine, et al. como evidencia de que el SSQ mide dos dimensiones diferentes de apoyo social percibido: una cuantitativa (puntaje N) y una cualitativa (puntaje S). Los datos de este estudio apoyan esta conclusión. Los resultados obtenidos mediante el análisis factorial de las escalas N y S, muestran que el SSQ puede ser utilizado confiablemente con estudiantes universitarios mexicanos para medir apoyo social percibido.

Análisis Factorial de las Escalas del HDL incluidas en el estudio

La rotación varimax de las escalas para medir depresión, síntomas psicosomáticos, auto-confianza y disposición positiva ante la vida, mostró la existencia de 4 factores, correspondientes a cada uno de los cuatro índices de salud. La rotación varimax de la escala para medir estrategias de afrontamiento, mostró la existencia de dos factores interpretables, uno de confrontación y otro de evitación de los problemas.

Moos et al. (1986) reportaron únicamente datos sobre la consistencia interna de cada escala del HDL. En el presente estudio, no todos los reactivos de las escalas originales se agruparon en los 6 factores interpretables (depresión, síntomas psicosomáticos, auto-confianza, disposición positiva ante la vida, confrontación y evitación de los problemas). Como se indicó en la sección de resultados, la escala de disposición positiva ante la vida, aunque estaba incluida en el cuestionario que respondieron los sujetos, se excluyó durante el análisis de los datos, como otro índice de salud mental, porque se conformó sólo por 3 reactivos y uno de éstos tuvo una carga negativa. Por estas razones, los coeficientes *alpha* obtenidos en el presente estudio para cada escala, están basados solamente en los reactivos que se agruparon en cada factor. Como se muestra en la Tabla 11, los coeficientes de consistencia interna obtenidos en este estudio fueron muy semejantes a los reportados por Moos et al. (1986). En vista de esta similitud, puede concluirse que las escalas del HDL que se emplearon en esta investigación, pueden utilizarse con confianza con poblaciones semejantes a la de este estudio. Sin embargo, es importante aclarar que la escala de afrontamiento difirió en algunos aspectos de la escala incluida en el HDL.

Tabla 11. Coeficientes *alpha* reportados por Moos et al. (1986) y los que se encontraron en el presente estudio, para las escalas de enfermedades diagnosticadas por un médico, número de medicamento empleados, síntomas psicósomáticos, depresión y autoconfianza.

Escala	Estudio de Moos et al. (1986)	Estudio Actual
Síntomas Psicossomáticos	.80	.82
Depresión	.92	.94
Autoconfianza	.77	.70
Confrontación de Problemas		.88
Confrontación Conductual	.62	**
Confrontación Cognitiva	.74	**
Evitación de Problemas	.60	.60

Nota: ** no se calcularon, dado que no se encontraron dos factores independientes para medir confrontación de tipo conductual y de tipo cognitivo.

Específicamente, Billings y Moos (1981) diseñaron la escala original de afrontamiento de los problemas (posteriormente incluida en el HDL), para medir tres tipos diferentes de estrategias: conductuales, cognitivas y de evitación. En este estudio se encontró que 7 de las 12 estrategias de afrontamiento de tipo conductual y 8 de las 13 estrategias de tipo cognitivo, cargaron en un solo factor. En consecuencia, para la población con la que se trabajó, sólo existió una dimensión de confrontación de los problemas. El segundo factor encontrado mostró reactivos que muestran la tendencia a evitar los problemas. No obstante, los reactivos que integraron el factor de evitación, fueron diferentes a los que Billings y Moss (1981) originalmente incluyeron, puesto que únicamente 3 de las características originales cargaron en este factor (evitó estar con la gente, no expresó sus sentimientos y se desquitó con otros). Además de estas tres estrategias, este segundo factor estuvo integrado por una estrategia originalmente de tipo conductual (se ocupó con otras cosas por un tiempo para no pensar) y dos que pertenecía al afrontamiento de tipo cognitivo (trató de permanecer insensible y se olvidó del problema por un tiempo).

REFERENCIAS

- Ayala, H., & Aduna-Mondragón, A. P. (1989). Escala de salud y vida cotidiana (forma B): traducción y adaptación. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral*

Medicine, 4, 157-189.

- Brislin, R. W., Lonner, W. J., & Thorndike, R. M. (1973). *Cross-cultural research methods*. New York: Holt, Rinehart & Wilson.
- Bruner, C. A., Acuña, L., Gallardo, L. M., Atri, R., Hernández, A., Rodríguez, W., & Robles, G. (1994). La escala de reajuste social (SRRS) de Holmes y Rahe en México. *Revista Latinoamericana de Psicología, 26, 253-269.*
- Harman, H. H. (1968). *Modern factor analysis*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Moos, R. H., Cronkite, R. C., Billings, A. G., & Finney, J. W. (1986). *Health and daily living form manual*. Stanford: Social Ecology Laboratory, Veterans Administration and Stanford University Medical Centers.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 44, 127-139.*
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personality Relationships, 4, 497-510.*
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1989). *Using multivariate statistics*. New York: Harper Collins Publishers, inc.

Anexo 2. Paquete de instrumentos aplicados a los sujetos.

CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES

1. Sus iniciales son: _____
(Inicial del primer nombre, primer apellido y segundo apellido)
2. ¿Edad? _____
3. Sexo: Hombre Mujer
4. Carrera que estudia o grado escolar _____
5. Semestre _____
6. Estado Civil: 1) Soltero(a) 2) Casado o unión libre 3) Separado o Divorciado
7. ¿Cuántas personas viven en su casa (incluyéndolo a usted) _____
8. Escolaridad de su padre o jefe de su familia:
 - 1) Ninguna
 - 2) Primaria incompleta
 - 3) Primaria completa
 - 4) Secundaria incompleta
 - 5) Secundaria completa
 - 6) Estudios técnicos
 - 7) Bachillerato
 - 8) Normal
 - 9) Profesional
 - 10) Posgrado
9. Escolaridad de su madre:
 - 1) Ninguna
 - 2) Primaria incompleta
 - 3) Primaria completa
 - 4) Secundaria incompleta
 - 5) Secundaria completa
 - 6) Estudios técnicos
 - 7) Bachillerato
 - 8) Normal
 - 9) Profesional
 - 10) Posgrado
10. Profesión u oficio de su padre o jefe de la familia _____
Su padre o jefe de familia trabaja en: () Negocio propio () Está empleado
11. ¿Trabaja usted actualmente?
 - 1) No
 - 2) Sí, medio tiempo
 - 3) Sí, tiempo completo
 - 4) Sí, más de tiempo completo
12. El ingreso mensual de su familia (incluyendo el suyo) es:
 - 1) de 1 a 3 salarios mínimos
 - 2) de 4 a 6 salarios mínimos
 - 3) de 7 a 9 salarios mínimos
 - 4) 10 ó más salarios mínimos

SOCIOMETRÍA

1. PORFAVOR ESCRIBA A CONTINUACIÓN LAS INICIALES DE LAS TRES PERSONAS DE SU GRUPO ESCOLAR ACTUAL CON QUIENES LE GUSTA (O LE GUSTARÍA) INTERACTUAR. PORFAVOR NO DEJE ESPACIOS VACIOS, MENCIONE A LAS TRES PERSONAS CON QUIENES LE GUSTARÍA INTERACTUAR.

Inicial del Primer Nombre, del Primer Apellido y del Segundo Apellido

1) _____

2) _____

3) _____

3. AHORA ESCRIBA PORFAVOR LAS INICIALES DE LAS TRES PERSONAS DE SU GRUPO ESCOLAR ACTUAL CON QUIENES NO LE GUSTA (O NO LE GUSTARIA) INTERACTUAR. PORFAVOR NO DEJE ESPACIOS VACIOS, MENCIONE A LAS TRES PERSONAS CON QUIENES NO LE GUSTARIA INTERACTUAR.

Inicial del Primer Nombre, del Primer Apellido y del Segundo Apellido

1) _____

2) _____

3) _____

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas son acerca de personas que le brindan ayuda o apoyo. Cada pregunta tiene dos partes. En la primera parte, liste a las personas con las que cuenta o confía, excluyéndose a usted mismo, para ayudarlo o apoyarlo en la forma como describe cada pregunta. Escriba las iniciales de cada persona y el tipo de relación que tienen con usted (vea el ejemplo). No liste más de 9 personas por pregunta, ni más de una persona junto a cada número.

En la segunda parte, ponga un círculo o una cruz, que indique el nivel de satisfacción que usted tiene con el apoyo de todas las personas en general que mencionó en cada situación.

Si usted no cuenta con apoyo para alguna de las preguntas, marque la palabra "nadie", pero aún así evalúe su nivel de satisfacción. **TODAS SUS RESPUESTAS SERÁN CONFIDENCIALES.**

EJEMPLO:

¿En quién confía para contarle información que pudiera meterlo a usted en problemas?

Nadie	1) T.N. (hermano)	4) T.N. (papá)	7)
	2) L.M. (amigo)	5) L.M. (empleado)	8)
	3) R.S. (amigo)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

1. ¿En quién puede realmente confiar cuando necesita alguien que lo escuche?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

2. ¿Con quién podría contar para ayudarlo, si se peleara con un muy buen amigo y él/ella le dijera que no lo quería volver a ver?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

3. **¿En la vida de quienes cree que usted es una parte importante o integral?**

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

4. **¿Quién cree que lo ayudaría si se acabara de separar de su esposo(a) o novio(a)?**

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

5. **¿Quién cree que lo ayudaría en una situación de crisis, aún cuando implicara un esfuerzo para ellos?**

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

6. **¿Con quién puede hablar francamente, sin necesidad de cuidarse de lo que dice?**

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

7. **¿Quién lo ayuda a sentir que usted tiene algo positivo que contribuir a los demás?**

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

8. **¿En quién puede confiar para distraerlo de sus preocupaciones cuando está estresado?**

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

9. **¿Con quién puede realmente contar cuando necesita ayuda?**

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

10. **¿En quién podría realmente confiar para ayudarlo si lo hubieran expulsado de la escuela o despedido de su trabajo?**

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

11. ¿Con quién puede ser totalmente usted mismo?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

12. ¿Quién siente que realmente lo aprecia como persona?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

13. ¿Con quién puede realmente contar para darle consejos útiles que eviten que usted cometa errores?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

14. ¿Con quién puede realmente contar para escucharlo abiertamente y sin críticas cuando habla usted de sus sentimientos más íntimos?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

15. **¿Quién lo apoya cuando necesita que lo consuelen o lo apapachen?**

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

16. **¿Quién lo ayudaría si un buen amigo suyo hubiera tenido un accidente y estuviera grave en el hospital?**

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

17. **¿Con quién puede realmente contar para hacerlo sentir más relajado cuando está bajo presión o está tenso?**

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

18. **¿Quién le ayudaría si un miembro cercano de su familia muriera?**

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

19. **¿Quién lo acepta totalmente, incluyendo sus mejores y sus peores aspectos?**

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

20. **¿Con quién puede realmente contar para cuidarlo o apoyarlo, independientemente de lo que le esté sucediendo?**

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

21. **¿Con quién puede realmente contar para escucharlo cuando está muy enojado con alguien más?**

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

22. **¿Con quién puede realmente contar para decirle, de forma amable y razonada, aquellos aspectos en los que necesita mejorar?**

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

23. **¿Con quién cuenta para ayudarlo a sentirse mejor cuando se siente muy deprimido?**

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

24. **¿Quién siente usted que realmente lo quiere profundamente?**

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

25. **¿Con quién puede contar para consolarlo cuando se siente muy alterado o preocupado?**

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

26. **¿En quién puede realmente confiar para apoyarlo cuando tiene que tomar decisiones importantes?**

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

27. **¿Con quién puede contar para ayudarlo a sentirse mejor cuando está muy irritable?**

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

INVENTARIO DE BEM

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una lista de características de personalidad. Por favor indique, usando la siguiente escala, qué tan tanto cada una de esas características lo describe a usted. Por favor no deje ningún espacio sin contestar.

- | | |
|---|---|
| <p>1 Nunca o casi nunca es cierto para mí</p> <p>2 Generalmente no es cierto para mí</p> <p>3 Algunas veces es cierto para mí</p> <p>4 Ocasionalmente es cierto para mí</p> | <p>5 Frecuentemente es cierto para mí</p> <p>6 Generalmente es cierto para mí</p> <p>7 Siempre o casi siempre es cierto para mí</p> |
|---|---|

Ejemplo:

Irresponsable	7
---------------	---

Pondrá el número 7 si siempre o casi siempre es cierto que usted es irresponsable

Defiendo mis propias creencias	Adaptable	Sensible a los halagos	
Afectuos(a)	Dominante	Teatral	
Dedicado(a)	Tierno(a)	Autosuficiente	
Independiente	Creído(a)	Leal	
Simpatizo con los demás	Agresivo(a)	Feliz	
Voluble	Amo a los niños	Individualista	
Afirmativo(a)	Diplomático(a)	De voz suave	
Sensible a las necesidades de otros	Dispuesto(a) a defender un punto de vista o una posición	Impredictible	
Confiable	Amable	Masculino(a)	
Personalidad Fuerte	Convencional	Crédulo(a)	
Comprensivo(a)	Autoconfiado(a)	Solemne	
Celoso(a)	Dispuesto(a) a ceder	Competitivo(a)	
Imprimo energía a lo que digo o hago	Con deseos de ayudar	Infantil	
Compasivo(a)	Atlético(a)	Agradable	
Honesto(a)	Alegre	Ambicioso(a)	
Tengo habilidades de liderazgo	Desorganizado(a)	No utilizo malas palabras	
Presto(a) a suavizar el dolor emocional	Analítico(a)	Sincero(a)	
Reservado(a)	Tímido(a)	Actuó como líder	
Dispuesto(a) a tomar riesgos	Ineficiente	Femenino(a)	
Cariñoso(a)	Tomo decisiones fácilmente	Amigable	

CUESTIONARIO DE SALUD Y VIDA COTIDIANA

ESTE ES UN CUESTIONARIO DE SALUD. POR FAVOR CONTESTE CADA PREGUNTA TAN ADECUADAMENTE COMO USTED PUEDA. TODAS SUS RESPUESTAS SON EstrictAMENTE CONFIDENCIALES.

PARTE I

SU SALUD EN LOS ULTIMOS DOCE MESES

1. PORFAVOR SEÑALE SI HA TENDIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES EN EL ÚLTIMO AÑO. CONTESTE SI/ SÓLO SI LA ENFERMEDAD FUE DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO.

- | | | | |
|-----------------|-------|------------------------------------|-------|
| 1) Anemia | SI NO | 8) Problemas Serios con la Espalda | SI NO |
| 2) Asma | SI NO | 9) Problemas con el Corazón | SI NO |
| 3) Úlceras | SI NO | 10) Problemas Respiratorios | SI NO |
| 4) Presión Alta | SI NO | 11) Problemas de Riñón | SI NO |
| 5) Cáncer | SI NO | 12) Infecciones | SI NO |
| 6) Bronquitis | SI NO | 13) Reumas | SI NO |
| 7) Diabetes | SI NO | 14) Problemas con el Hígado | SI NO |

2. PORFAVOR SEÑALE, USANDO LA SIGUIENTE ESCALA, QUÉ TAN FRECUENTEMENTE USÓ LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS DURANTE EL ÚLTIMO AÑO:

1) NUNCA 2) RARA VEZ 3) EN OCASIONES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

- | | | | |
|-----------------------------------|-------|--------------------|-------|
| 1) Pastillas para alergias | _____ | 7) Laxantes | _____ |
| 2) Pastillas para el dolor | _____ | 8) Antigripales | _____ |
| 3) Pastillas para dormir | _____ | 9) Antibióticos | _____ |
| 4) Medicamentos para la digestión | _____ | 10) Antidepresivos | _____ |
| 5) Tranquilizantes | _____ | 11) Aspirinas | _____ |
| 6) Vitaminas | _____ | 12) Anfetaminas | _____ |

3. ¿QUÉ TAN FRECUENTEMENTE HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS, DURANTE EL ÚLTIMO AÑO?

1) NUNCA 2) RARA VEZ 3) EN OCASIONES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

- | | |
|--|-------|
| 1) Ha sentido debilidad | _____ |
| 2) Ha sentido de repente calor en todo el cuerpo | _____ |
| 3) Ha sentido que el corazón le late fuertemente | _____ |
| 4) Ha tenido poco apetito | _____ |
| 5) Ha sentido mareos | _____ |
| 6) Ha tenido dolores en alguna parte del cuerpo | _____ |
| 7) Ha sentido acidez estomacal o indigestión | _____ |
| 8) Ha sentido escalofríos | _____ |
| 9) Ha tenido manos temblorosas | _____ |
| 10) Ha tenido dolor de cabeza | _____ |
| 11) Ha tenido estreñimientos | _____ |
| 12) Ha sufrido insomnio | _____ |
| 13) Ha tenido poco apetito o pérdida de peso | _____ |
| 14) Ha tenido síntomas físicos o enfermedades | _____ |

4. QUÉ TAN FRECUENTEMENTE HA SENTIDO O SE HA SENTIDO:

1) NUNCA 2) RARA VEZ 3) EN OCASIONES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

- 1) Que no puede empezar ninguna actividad _____
- 2) Que se preocupa demasiado _____
- 3) Que su memoria no está del todo bien _____
- 4) Preocupaciones personales que le hacen sentir enfermo _____
- 5) Que nada le sale bien _____
- 6) Que ya no existe algo que todavía valga la pena _____
- 7) Nervioso(a) o tenso(a) _____
- 8) Inquieto(a) _____
- 9) Deprimido, triste o melancólico(a) _____
- 10) Con pensamientos acerca de la muerte o el suicidio _____
- 11) Ganas de llorar _____
- 12) Lástima o pena por usted mismo _____
- 13) Con pérdida de energía, fatiga o cansancio _____
- 14) Lentitud o apatía para iniciar actividades _____
- 15) Pérdida de interés o placer en sus actividades _____
- 16) Culpabilidad _____
- 17) Sin valor o despreciable _____
- 18) Que no se puede concentrar _____
- 19) Sentimientos negativos o pesimistas _____
- 20) Sentimientos de soledad _____
- 21) Sentimientos ofensivos, irritabilidad o enojo _____
- 22) Necesidad de que lo tranquilicen o ayuden _____

5. PARA CADA ADJETIVO QUE SE MENCIONA A CONTINUACIÓN, INDIQUE CON EL NÚMERO DE LA SIGUIENTE ESCALA, CUÁNTO LE DESCRIBE A USTED.

1) NO ME DESCRIBE NADA 2) ME DESCRIBE UN POCO 3) ME DESCRIBE ALGO
 4) ME DESCRIBE BIEN 5) ME DESCRIBE EXACTAMENTE

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------|-------------------|
| 1) Agresivo _____ | 5) Accesible _____ | 8) Calmado _____ |
| 2) Ambicioso _____ | 6) Activo _____ | 9) Confiado _____ |
| 3) Seguro de sí mismo _____ | 7) Extrovertido _____ | 10) Feliz _____ |
| 4) Exitoso _____ | | |

PARTE II

EVENTOS OCURRIDOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES

6. Esta es una lista de eventos que le pueden pasar a cualquiera. PORFAVOR SEÑALE SI DURANTE EL ÚLTIMO AÑO LE OCURRIÓ ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS.

¿Hace cuántos
meses ocurrió?

1) Cambio de casa	SI NO	_____
2) Graduación	SI NO	_____
3) Perdió algo con valor sentimental	SI NO	_____
4) Muerte de algún amigo cercano	SI NO	_____
5) Problemas con amigos o vecinos	SI NO	_____
6) Se comprometió sentimentalmente	SI NO	_____
7) Se casó	SI NO	_____
8) Se separó	SI NO	_____
9) Tuvo una reconciliación con su novio o esposo	SI NO	_____
10) Se divorció	SI NO	_____
11) Nacimiento de un niño en su familia inmediata	SI NO	_____
12) Dificultades con suegros o parientes políticos	SI NO	_____
13) Tuvo algún accidente o enfermedad serios	SI NO	_____
14) Muerte de su cónyuge o novio	SI NO	_____
15) Muerte de un miembro de la familia cercana	SI NO	_____
16) Problemas con los superiores en el trabajo o escuela	SI NO	_____
17) Suspendido o despedido del trabajo o escuela	SI NO	_____
18) Desempleado por un mes o más	SI NO	_____
19) Aumento considerable en la carga de trabajo	SI NO	_____
20) Mejoraron sus calificaciones o fue promovido	SI NO	_____
21) Consiguió un mejor trabajo (nuevo)	SI NO	_____
22) Aumento substancial en el ingreso	SI NO	_____
23) Decremento substancial en el ingreso	SI NO	_____
24) Se endeudó fuertemente	SI NO	_____
25) Hijo o familiar regresó a casa después de una larga ausencia	SI NO	_____
26) Su hijo o un familiar abandonó la casa	SI NO	_____
27) Su hijo entró a la escuela	SI NO	_____
28) Un pariente se cambió a su casa	SI NO	_____
29) Tuvo problemas legales	SI NO	_____
30) Tuvo problemas de alcohol o drogas	SI NO	_____
31) Fue asaltado o robado	SI NO	_____

7. PORFAVOR INDIQUE CON QUÉ FRECUENCIA UTILIZÓ USTED LAS SIGUIENTES FORMAS DE ACTUAR PARA TRATAR DE ENFRENTAR LOS EVENTOS QUE LE OCURRIERON DURANTE EL ÚLTIMO AÑO. CONTESTE ESTAS PREGUNTAS AÚN CUANDO NO LE HAYAN OCURRIDO NINGUNO DE LOS EVENTOS ANTERIORES.

1. NUNCA 2. RARA VEZ 3. EN OCASIONES 4. CASI SIEMPRE 5. SIEMPRE

- | | |
|---|-------|
| 1) Trató de saber más sobre la situación | _____ |
| 2) Habló con su cónyuge, novio o parientes acerca del evento | _____ |
| 3) Habló con un amigo acerca del problema | _____ |
| 4) Habló con un profesionalista (abogado, cura, médico, etc.) | _____ |

1. NUNCA 2. RARA VEZ 3. EN OCASIONES 4. CASI SIEMPRE 5. SIEMPRE

- 5) Rezó para tener una guía o para darse valor _____
- 6) Se preparó para el peor de los casos _____
- 7) No se preocupó. Pensó que todo saldría bien _____
- 8) Se desquitó con otros cuando se sentía enojado o deprimido _____
- 9) trató de ver el lado bueno de la situación _____
- 10) Se ocupó con otras cosas para no pensar en lo sucedido _____
- 11) Formuló un plan de acción y lo llevó a cabo _____
- 12) Consideró varias alternativas para manejar la situación _____
- 13) Se guió por sus experiencias pasadas en situaciones similares _____
- 14) No expresó sus sentimientos _____
- 15) Tomó las cosas como venían, paso a paso _____
- 16) trató de analizar la situación y ver las cosas objetivamente _____
- 17) Pensó sobre la situación para tratar de entenderla mejor _____
- 18) Intentó no precipitarse actuando impulsivamente _____
- 19) Se dijo cosas para ayudarse a sentirse mejor _____
- 20) Se olvidó del problema por un tiempo _____
- 21) Supo qué había que hacer y se esforzó más para que funcionaran las cosas _____
- 22) Evitó en general estar con la gente _____
- 23) Se propuso que la próxima vez las cosas serían diferentes _____
- 24) Se negó a creer lo que había sucedido _____
- 25) Lo aceptó, no podía hacer nada _____
- 26) trató de permanecer insensible _____
- 27) Buscó ayuda con personas o grupos que hubieran tenido experiencias similares _____
- 28) Negoció para rescatar algo positivo de la situación _____
- 29) Intentó reducir la tensión tomando más _____
- 30) Intentó reducir la tensión comiendo más _____
- 31) Intentó reducir la tensión fumando más _____
- 32) Intentó reducir la tensión haciendo más ejercicio _____
- 33) Intentó reducir la tensión tomando más tranquilizantes _____

**MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACION
Y PACIENCIA PARA CONTESTAR ESTOS
CUESTIONARIOS**