

**MANUAL DE PSICOLOGÍA SOCIAL Y
SALUD**
Instrumentos de prácticas de investigación

Itziar Fernández, Silvia Ubillos y Elena Zubieta

Coordinador: *Darío Páez*

**Departamento de Psicología Social y Metodología de las
Ciencias del Comportamiento**

**Universidad del País Vasco
UPV/EHU**

San Sebastián, 2000

Este documento no podrá ser
reproducido, ni total ni parcialmente,
sin el previo permiso escrito de los editores.
Todos los derechos reservados.

Primera edición: noviembre del 2000

Imprime: Fotocopias Zorroaga
 Avenida Tolosa, 70
 20018 San Sebastián

Depósito legal: M.
I.S.B.N.: 84-
Printed in Spain

Manual de Psicología Social y Salud

PSICOLOGÍA SOCIAL Y SALUD (FICHAS TÉCNICAS)	3
PRESENTACIÓN	5
SEGUNDA PRÁCTICA: SÍNTOMAS DE SALUD FÍSICA	7
BIENESTAR SUBJETIVO Y SATISFACCIÓN VITAL	7
<i>Satisfacción con la vida</i>	8
<i>Referencias Bibliográficas</i>	9
SÍNTOMAS FÍSICOS Y EMOCIONES	10
INSTRUMENTOS	10
<i>Cuestionario SMU–HQ</i>	10
<i>Consumo Médico</i>	11
<i>LSE</i>	11
<i>Referencias Bibliográficas</i>	11
AFECTIVIDAD	13
INSTRUMENTOS	14
<i>AFECTIVIDAD “BRADBURN”</i>	14
<i>PANAS (Positive Affect– Negative Affect Scale)</i>	15
<i>Referencias Bibliográficas</i>	16
TERCERA PRÁCTICA: SÍNTOMAS DE SALUD FÍSICA DIFERENCIADOS POR SEXO	17
CUARTA PRÁCTICA: ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA SOBRE SÍNTOMAS FÍSICOS EN RELACIÓN CON EL ESTADO SANITARIO Y LA AFECTIVIDAD	21
QUINTA PRÁCTICA: ESCALA DE AUTO–INFORME SOBRE SUCEOS HOLMES–RAHE Y NORRIS, HIV, COPING, TAS–20, AEQ, APOYO SOCIAL O/S, BDI, TMMS Y LEPORE.	24
CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE LA AMBIVALENCIA EMOCIONAL	24
CUESTIONARIO DE AMBIVALENCIA EMOCIONAL (–EAQ– EMOTIONAL AMBIVALENCE QUESTIONNAIRE):	26
CONSIDERACIONES EMPÍRICAS SOBRE LA AMBIVALENCIA EMOCIONAL	27
<i>Referencias Bibliográficas</i>	27
CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE LA DEPRESIÓN	28
INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK –BDI– (1961).	31
<i>Referencias Bibliográficas:</i>	32
CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE EL APOYO SOCIAL.....	32
INSTRUMENTOS.....	34
<i>Apoyo Social Objetivo (SOCIAL SUPPORT– O)</i>	34
<i>Apoyo Social Subjetivo (SOCIAL SUPPORT– S)</i>	35
<i>Referencias Bibliográficas</i>	35
CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE LA EVALUACIÓN DEL ESTRÉS	36
INSTRUMENTOS	37
<i>Holmes y Rahe (1967)</i>	37
<i>Referencias bibliográficas</i>	38
<i>Norris</i>	38
<i>Referencias bibliográficas</i>	38
CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE EL AFRONTAMIENTO.....	38
INSTRUMENTO.....	39
<i>Referencias Bibliográficas:</i>	40
OTROS AUTO–INFORMES	41
<i>NARRA</i>	41
<i>HOROWITZ</i>	42
<i>TMMS</i>	43
<i>TAS–20</i>	44
SEXTA PRÁCTICA: ESCALA SOBRE EL MANEJO Y AFRONTAMIENTO DEL ENOJO (SILVIA UBILLOS LANDA)	49
CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO DEL ENOJO.....	49
CONSIDERACIONES EMPÍRICAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO DEL ENOJO	53
<i>PROCEDIMIENTO</i>	53
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	54

SÉPTIMA PRÁCTICA: CONDUCTAS ÍNTIMAS, FALSO CONSENSO, PIP, CONDUCTAS DE RIESGO Y PERSONALIDAD.....	56
CONSIDERACIONES EMPÍRICAS SOBRE LAS CONDUCTAS ÍNTIMAS.....	56
<i>ILUSIÓN DE INVULNERABILIDAD.....</i>	<i>56</i>
<i>ILUSIÓN DE CONTROL.....</i>	<i>58</i>
<i>FALSA UNICIDAD Y FALSO CONSENSO.....</i>	<i>61</i>
<i>IGNORANCIA PLURALÍSTICA.....</i>	<i>71</i>
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i>	<i>83</i>
<i>Big-five (NEO-PI).....</i>	<i>88</i>
<i>Escala de afectividad positiva y negativa "PNA".....</i>	<i>89</i>

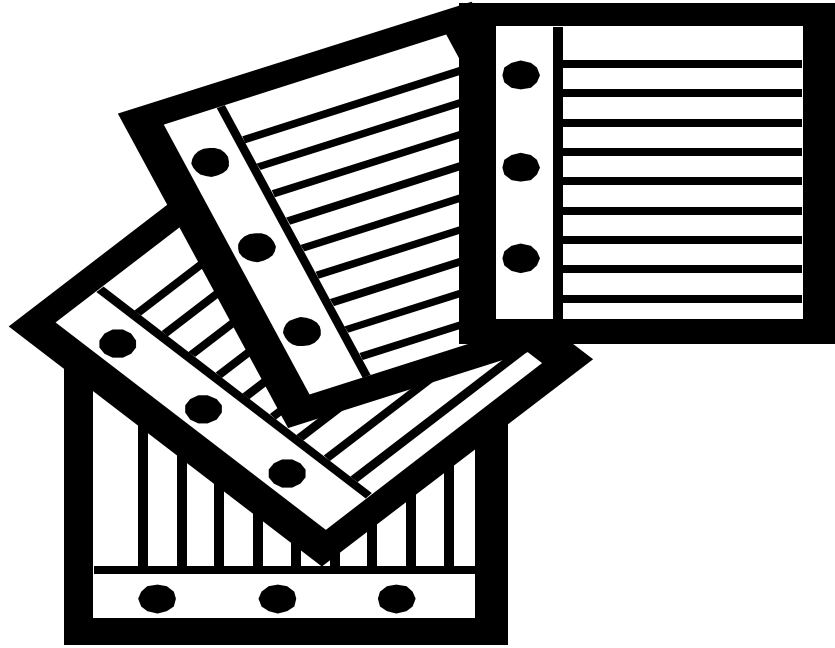
Presentación

El presente volumen contiene las claves e instrucciones de corrección de cada una de las escalas que constituyen prácticas de “Psicosociología de la Salud”.

Generalmente, se detalla las consideraciones teóricas del cuestionario, se realiza una breve descripción de la escala, para pasar seguidamente a analizar los ítems que componen cada una de las dimensiones estudiadas.

Además se indican los datos normativos para muestras, generalmente, de estudiantes universitarios. Los resultados se detallan tanto para el género femenino como para el masculino.

Finalmente, de cada escala se menciona una serie de referencias bibliográficas, las cuales pueden servir de consulta y ampliación de contenidos.



Primera Parte: Fichas técnicas

SEGUNDA PRÁCTICA: Síntomas de salud física

Elena Zubieta e Itziar Fernández

Bienestar Subjetivo y satisfacción Vital

Muchos son los términos y definiciones que se han otorgado al término felicidad. El concepto ha sido etiquetado bajo nuevas rúbricas como: bienestar subjetivo, moral, afecto positivo y satisfacción con la vida, y se han diseñado numerosas escalas de auto-informe para su medición (Diener, 1994).

La mayoría de los trabajos sobre *Bienestar Subjetivo* se basan en la evaluación por medio de auto-informes. La *Escala de Satisfacción con la Vida* de Diener y colaboradores (1985) es una escala multi-dimensional diseñada más para evaluar juicios cognitivos sobre satisfacción vital que el afecto per se.

El trabajo de Diener es el más conocido y utilizado en la actualidad, tanto para investigaciones acotadas a una sola realidad como a trabajos transculturales. Diener sugiere que las definiciones de bienestar subjetivo con frecuencia no se hacen explícitas en la literatura sino que están implícitas en las medidas que se utilizan. El autor indica que hay tres aspectos principales a tener en cuenta respecto del Bienestar Subjetivo:

- 1- es Subjetivo (ya que reside en la experiencia del sujeto),
- 2- no implica la ausencia de factores negativos, pero también incluye mediciones positivas y,
- 3- comprende una evaluación global más que particular de los aspectos vitales.

Las personas utilizan dos componentes al evaluar sus vidas: sus afectos y sus pensamientos. El componente afectivo se refiere al nivel hedónico, el placer experimentado en los sentimientos, emociones y ánimos. El componente cognitivo es la discrepancia percibida entre aspiraciones y logros, en un rango que va desde la percepción de completo o lleno hasta la deprivación. Satisfacción implica una experiencia de juicio o cognitiva, mientras que Felicidad sugiere una experiencia de sentimientos o afecto.

La teoría implícita en estas definiciones de Bienestar Subjetivo es que los seres humanos no sólo son capaces de evaluar eventos, circunstancias de vida, y a ellos mismos, sino que también realizan dichas evaluaciones continuamente. El evaluar las cosas en términos de bueno-malo es un universal humano. Entonces, una persona que tiene experiencias emocionales placenteras tendrá mayor probabilidad de percibir su vida como deseable y positiva. La gente con alto bienestar subjetivo es aquella que hace preponderantemente evaluaciones positivas de sus sucesos de vida y circunstancias.

El Bienestar Subjetivo se refiere entonces a la experiencia global de reacciones positivas respecto de la propia vida e incluye componentes de menor orden como satisfacción con la vida y nivel hedónico. Satisfacción de Vida refiere a un juicio consciente global sobre la vida propia y el nivel Hedónico es un balance entre lo placentero menos lo displacentero de nuestra vida emocional. El Bienestar Subjetivo (BS) tiene componentes estables e inestables pero, aunque emociones inmediatas puedan cambiar constantemente, hay un bienestar de más largo plazo que tiene una estabilidad considerable. Se puede descomponer el BS en unidades más y más finas, por ejemplo la satisfacción de vida puede partirse en varios dominios como Trabajo, Amor, etc.

Satisfacción con la vida

La satisfacción vital (SV) o bienestar subjetivo (BS) se compone de:

- a) Juicios o evaluaciones cognitivas específicas y generales de satisfacción con la vida y diferentes aspectos;
- b) Juicios o evaluaciones globales sobre el grado de felicidad;
- c) La balanza o equilibrio de emociones positivas frente a negativas.

La Escala de Satisfacción Vital –que presentamos en este manual– (Satisfaction with Life Scale, SWLS) es un instrumento diseñado para evaluar el grado de satisfacción del sujeto con ciertos aspectos de su vida como son: familia, dinero, amistad, si mismo, salud y vida en general. Consta de 6 ítems, 5 de los cuales provienen de la escala original de Diener (1996), agregándose a la nueva versión la pregunta “satisfacción con la salud”.

En un estudio realizado con la escala original (5 ítems, Rango 5–35) se ha encontrado que las mujeres que obtienen una puntuación de ≥ 28 y los hombres ≥ 29 estarían satisfechos con los aspectos de su vida.

A continuación, se muestran las puntuaciones para una serie de países, teniendo en cuenta el siguiente rango de respuesta: 1 (muy insatisfactorio) y 10 (muy satisfecho) utilizado por Diener (1996).

<i>País</i>	<i>Finanzas</i>	<i>Trabajo</i>	<i>Familia</i>	<i>Satisfacción general</i>
Argentina	5,31	7,63	7,91	7,25
Brasil	5,51	7,52	8,25	7,37
Canadá	7,13	7,88	8,41	7,89
Chile	5,91	7,63	8,32	7,55
Italia	7,00	7,29	7,83	7,30
Méjico	6,15	7,66	7,58	7,41
Portugal	5,94	7,42	8,07	7,07
España	6,23	6,99	7,63	7,15
EE.UU	6,86	7,85	8,41	7,73

Fuente: Ed Diener (1996).

Si Ud. es español y puntúa por encima de 21 puntos en la suma de satisfacción financiera, laboral y familiar ($6,23 + 6,99 + 7,63 = 20,85$), tiene una satisfacción con la vida superior a su compatriota medio.

La mayoría de la gente oscila entre ligeramente satisfecho y muy satisfecho –aún en circunstancias negativas– el 68% de personas con discapacidades decía estar algo o muy satisfecho con su vida, comparado con un 90% de personas sin discapacidad.

Los juicios sobre dominios específicos explican el 30–60% de los juicios globales de satisfacción vital o de felicidad global. Ud. puede constatar que la satisfacción general de cada país es diferente de la media de los tres dominios evaluados (p.e. la suma de dominios de Argentina es 20,85 y media $20,85/3=6,95$, mientras que la satisfacción general es más alta, de 7,25).

Utilizando nuestra escala de seis ítems (incluyendo satisfacción con la salud) y un rango de respuesta entre 1 (muy insatisfecho) y 7 (muy satisfecho), la puntuación obtenida por un sujeto está dentro de un rango teórico comprendido entre 6 y 42 puntos. Encontrándose Extremadamente Satisfechas las personas que consiguen una puntuación entre 32–36. Satisfechas las personas que puntúan entre 27–31. Y los sujetos No satisfechos serían aquellos que obtienen una puntuación entre 11 y 15.

En un estudio, desarrollado con una muestra de 105 estudiantes universitarios de la CAV, hemos encontrado que las mujeres que obtienen una puntuación $\geq 30,68$ (DT=5,47) y los hombres $\geq 31,64$ (DT= 4,82) estarían satisfechos con los aspectos de su vida que se evalúan en la escala (véase versión 6 ítems). Los hombres que puntúan por debajo de 27 y las mujeres que puntúen por debajo de 25 están en el 33% más insatisfecho.

Utilizando como punto de corte la pertenencia a un grupo de equilibrio de afecto neutro o negativo y la no pertenencia a un grupo de afectividad, una puntuación inferior a 30 en satisfacción vital sugiere que se tiene más probabilidades de malestar subjetivo.

Referencias Bibliográficas

- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and Opportunities. *Social Indicators Research*, 28, 225–243.
- Diener, E. (1996). Subjective well-being in cross-cultural perspective. En H. Grad, A. Blanco y J. Georgas (Eds.). *Key issues in cross-cultural psychology*. Lisse, Netherlands: Swets y Zeitlinger B.V.
- Diener, E. y Larsen, R.J. (1993). The experience of emotional well-being. En M. Lewis y J.M. Haviland (Eds.). *Handbook of Emotions*. New York: Guilford Press.

Síntomas Físicos y Emociones

Toda emoción es un fenómeno que se puede considerar como un proceso multidimensional fisiológico, expresivo, conductual y de vivencias subjetivas. Desde la perspectiva de la autopercepción de síntomas físicos y emociones, una de las mayores dificultades es la de definir los factores mediadores entre una emoción dada y su correlato fisiológico.

Para Pennebaker (1982), el cambio fisiológico puede ser analizado como una consecuencia de la vivencia emocional por lo que diseñó distintos instrumentos que permiten evaluar la presencia de síntomas físicos y su relación con indicadores de estado de ánimo. Según sus datos y los de Páez y cols. (1987), la felicidad se asocia de manera significativa e inversa al dolor de cabeza y el dolor de estómago. La ansiedad se asocia positivamente al dolor de cabeza, al corazón acelerado, los músculos tensos y la dificultad respiratoria. La tristeza se asocia de manera significativa y positiva con el dolor de cabeza, el dolor de estómago y tendencialmente con los ojos llorosos.

Ordenando de forma jerárquica los índices de correlación se observó que la ansiedad está más fuertemente asociada al corazón acelerado y los músculos tensos mientras que la tristeza tiene una asociación más alta con el dolor de estómago que con el dolor de cabeza.

Pennebaker encontró que la culpabilidad es la emoción que con más síntomas se asocia. Walbott y Scherer hablan de una regularidad transcultural en los cambios fisiológicos diferenciales asociados a diferentes emociones. Sin embargo, estudios sobre la depresión han encontrado diferencias entre las distintas culturas (Plutchick, 1984). Rimé (1987) encontró patrones que se correspondían con Walbott y Scherer sugiriendo que son respuestas más automáticas que reflexivas.

Los análisis entre emoción y sintomatología física plantean el debate de si los resultados corresponden a configuraciones de síntomas fisiológicos que los sujetos experimentan realmente ante las diferentes emociones (Walbott y Scherer, 1986) o a los estereotipos aprendidos culturalmente sobre dichas configuraciones (Pennebaker, 1982).

Instrumentos

Cuestionario SMU–HQ

Southern Methodist University–Health questionnaire, diseñado por Pennebaker y traducido al castellano por Páez y colaboradores. La persona tiene que indicar aquellos problemas de salud que le hayan ocurrido durante el periodo de tiempo marcado en la instrucción. Esta escala está constituida por 86 problemas de salud para ambos sexos y, 7 específicos para las mujeres (más detalles en tercera práctica).

La investigación realizada con estudiantes de la CAV (N=105) arroja una puntuación media de 13,72 (DT=8,03). Diferenciando por sexo, las mujeres obtienen una puntuación media de 16,52 (DT=8,57) y los hombres una media de 10,92 (DT=6,39). Las mujeres que obtienen una puntuación de 25 o más y los hombres que obtienen 17 ó más están dentro del 33% que percibe mayor síntomas de salud. Una puntuación superior a 14,5 se asocia a mayor probabilidad de malestar subjetivo.

Consumo Médico

Autoinforme de visitas al médico, con cuestiones que hacen referencia a cuántos días ha permanecido hospitalizado, si ha visitado a algún profesional de la salud y si ha tomado algún medicamento durante el último año. La media de asistencia a especialistas para mujeres es de 10,14 (DT=1,2) y para los hombres 9,48 (DT=1,25). Mujeres que puntúen por encima de 12 y hombres por encima de 11 pertenecen al 33% de mayor asistencia a especialistas. Las personas que puntúen por encima de 11 tienen mayor probabilidad de tener malestar subjetivo. La media de consumo de medicamentos para mujeres es de 15,6 (DT=1,92) y para hombres de 14,68 (DT=1,42). Mujeres que puntúen por encima de 18 y hombres por encima de 16 pertenecen al 33% de mayor consumo de medicamentos. Las personas que puntúen por encima de 15 en consumo de medicamentos tienen mayor probabilidad de tener malestar subjetivo.

LSE

El LSE permite medir que síntomas físicos presenta del sujeto durante el período de tiempo marcado en la instrucción. Su versión original consta de doce síntomas físicos corrientes y cinco adjetivos de estado de ánimo. Tiene una correlación entre las dos mitades de .67. La correlación media entre cada ítem y el total de ítem es de .53, con una correlación mínima de .30 y máxima de .66.

En esta investigación trabajamos con una versión reducida elaborada por nuestro equipo. La escala está formada por 14 ítems con un rango de variación de 1 (nada) a 3 (mucho). En una muestra de 105 estudiantes de la CAV, la media para mujeres fue de 19,54 (DT=3,85) y para hombres 17,86 (DT=2,27). Las mujeres que puntúen por encima de 24 y los hombres que puntúen por encima de 21 se sitúan en el 33% de mayor percepción de síntomas. Tomando como criterio la pertenencia a un grupo de equilibrio afectivo negativo y la no pertenencia a un grupo de equilibrio positivo, las personas que puntúen más de 19 tienen más probabilidades de presentar malestar subjetivo.

Referencias Bibliográficas

Páez, D y cols. (1987). Pensamiento, Individuo y Sociedad. Cognición y representación Social. Madrid: Fundamentos.

- Pennebaker, J. W. (1982). *The Psychology of Physical Symptoms*. New York: Springer Verlag.
- Rime, B. (1987). *Reported symptoms in emotions: Physiological patterns or social constructs?*. Trabajo presentado en el simposium sobre Emotion, Cognition and Social Behavior, 8th. General Meeting of the European Association of Experimental Social Psychology, Varna, Mayo 20–23.
- Walbott, H y Scherer, K. (1986). How Universal and specific is emotional experience?. Evidence for 27 countries on five continents. *Social Science Information*, 25, 763–795.

Afectividad

Podemos definir a la afectividad como la tonalidad o el "color" emotivo que impregna la existencia del ser humano y en particular su relación con el mundo (Páez et al, 1989). En cuanto a su estructura, el debate se ha centrado en discutir si existe o no una dimensión unitaria de malestar o afectividad negativa y otra de bienestar o de afectividad positiva.

Los estudios arrojan con nitidez dos factores o dimensiones principales: placer–displacer y activación. La dimensión placer–displacer presenta en un extremo al miedo y en el otro a la alegría y cada una de ellas está asociada a diferentes patrones motores–fisiológicos–conductuales. El miedo se agrupa junto a problemas estomacales, frío, tensión muscular, sudoración y "nudo en la garganta", conductas de escape y aislamiento y por cambios faciales y en el habla. Por el contrario, la alegría se define por la relajación muscular, la risa, las conductas de aproximación y lentitud en el habla. La dimensión de activación presenta por un lado a la tristeza y por el otro la cólera. Esta última aparece asociada a cambios de temperatura corporal, movimientos abruptos, por la rabia y la agresión e incrementos de gesticulación (la situación que lo provoca se atribuye a figuras concretas). La tristeza por el contrario, aparece asociada a situaciones negativas sin un agente causal claramente establecido.

Aunque los estudios que mostraban la existencia de dos dimensiones unipolares tenían una serie de limitaciones, estudios recientes que superaron esos problemas dieron resultados similares (Diener et., 1984; Diener y Iran–Nejad, 1986).

El Afecto Positivo y el Negativo correlacionan entre sí de manera negativa y laxa, oscilando entre -0.05 y -0.30 , lo que se explica sobre todo porque los estados de fuerte activación emocional de un signo, son poco probables que coexistan con afectos del signo opuesto. Es decir, si un tipo de afectividad está en un bajo nivel, el otro puede ocurrir en cualquier nivel de intensidad, en cambio a altos niveles de intensidad los afectos del tipo opuesto no co–ocurren.

El alto afecto positivo está definido por términos como "entusiasmado" y "alegre" mientras que el bajo afecto positivo está definido por adjetivos como "fatigado" y "triste", sugiriendo el abandono de expresiones negativas. El alto afecto negativo está definido por adjetivos como "atemorizado" y "enojado". El bajo afecto negativo está definido por "tranquilo" y "calmado", sugiriendo formas displacenteras de abandono de contacto. En general, el afecto positivo se sitúa en una amplia zona de valores intermedios. El afecto negativo cae en un rango más estrecho de puntuaciones alrededor

de la media, con expresiones extremas ocasionales y periódicas, siendo estas expresiones de un marcado malestar.

El alto afecto negativo está asociado al estrés, a quejas somáticas, a la ansiedad-rasgo y al neuroticismo. Asimismo, el bajo afecto positivo está asociado a sucesos de pérdida, depresión y personalidad introvertida. La afectividad positiva está asociada a medidas de motivación de logro y dominación social y a indicadores de buena conducta social, esto es, frecuencia de contactos, satisfacción con los amigos y las relaciones, implicación con organizaciones sociales y el conocimiento de nuevas relaciones. Estos indicadores no tienen relación con el estado de ánimo negativo que sí se asocia a medidas de alienación y reactividad al estrés. Estas últimas, por su parte, no se relacionan con el estado de ánimo positivo (Watson y Clark, 1984).

En otras palabras, podemos decir que el afecto negativo está asociado a la presencia de sucesos negativos, mientras que el bajo afecto positivo está asociado a la ausencia o pérdida de refuerzos positivos. El alto afecto positivo se relaciona con un número mayor y más diverso de hechos sociales mientras que el alto afecto negativo lo hace con un rango más limitado de sucesos (Clark y Watson, 1988).

El afecto positivo está asociado a los sucesos de la vida cotidiana y está más relacionado con las funciones vegetativas (depresión) que con las funciones de emergencia (alarma-calma), éstas últimas se relacionan más con el afecto negativo. El alto afecto negativo está asociado a las reacciones de lucha y fuga en situaciones de crisis lo que explica los fuertes altibajos de este afecto y, la correlación con quejas somáticas, problemas de salud y trastornos psicofisiológicos (Clark y Tellegen, 1988)

La afectividad negativa como rasgo está altamente asociada, de manera positiva, a la ansiedad, al estado de ánimo negativo y tiene una correlación negativa moderada con el estado de ánimo positivo. Asimismo, se encontró que tanto con la ansiedad como con la depresión se asocian a un alto afecto negativo pero sólo la depresión estaba asociada a un bajo afecto positivo (Watson, Clark y Carey, 1988).

Instrumentos

AFECTIVIDAD “BRADBURN”

La escala de Bradburn se utiliza para medir el equilibrio afectivo de los individuos durante el último mes. Dicho instrumento consta de dos subescalas, una positiva y otra negativa.

El *afecto positivo* se manifiesta por los buenos sentimientos hacia uno mismo y hacia el mundo que le rodea y se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems 1, 3, 5, 7 y 9.

El *afecto negativo* se manifiesta por los problemas afectivos como la ansiedad y la depresión y se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems 2, 4, 6, 8 y 10.

En una investigación realizada en España la media para afecto positivo fue 1,65 y 0,88 para afecto negativo. Con una muestra norteamericana (EE.UU) la media para afecto positivo fue 3,45 y para afecto negativo 1,22. Y en el estudio desarrollado en China, los sujetos puntuaron para afectividad positiva 2 y para afectividad negativa 1.

En la investigación realizada en la CAV (N=105) la media para afecto positivo fue de 2,92, DT=1,59 y de 1,59; DT=1,24 para afecto negativo. Así las personas que obtienen una puntuación en la subescala de equilibrio positivo $\geq 4,62$ presentarían un buen equilibrio afectivo. Si tenemos en cuenta la media que obtienen las mujeres (3,12, DT=1,59) y los hombres (2,72, DT=1,58) para afecto positivo, nos encontramos que son las mujeres las que obtienen una mayor puntuación. Respecto al afecto negativo las puntuaciones diferenciadas por sexo son las siguientes: mujeres (1,62,DT=1,28) y hombres (1,56,DT=1,21), sin diferencias significativas de sexo en afecto negativo. Las personas que puntúan menos de 3 en afectividad positiva y más de 2 en afectividad negativa tienen más probabilidad de vivenciar malestar afectivo.

En general, la mayoría de las personas informan de más experiencias afectivas positivas que negativas. En América Latina la media de diferencia entre afectividad positiva y negativa es de un punto, como en Asia. En Europa y Africa la diferencia es de 1,5 puntos y en Norte-América (EE.UU. y Canadá) de más de dos puntos. Las culturas de mayor desarrollo socio-económico, más individualistas, de menor distancia de poder y en las que se confía más en la gente, son las que tienen mejor equilibrio o balanza afectiva. Si Ud. tiene de 1,5 hacia arriba puntos de diferencia responde como las personas de países más desarrollados, individualistas, de menor asimetría social y donde se confía más en la gente. La media basada en muestras representativas para países de América y Europa son los siguientes:

<i>País</i>	<i>Afectividad Positiva</i>	<i>Afectividad Negativa</i>	<i>Equilibrio</i>
Argentina	2,45	1,18	$2,45 - 1,18 = 1,27$
Brasil	2,82	1,67	$2,82 - 1,67 = 1,15$
Canadá	3,46	1,14	$3,46 - 1,14 = 2,32$
Chile	2,78	1,75	$2,78 - 1,75 = 1,03$
Italia	1,11	0,81	$1,11 - 0,81 = 0,3$
Méjico	2,16	1,44	$2,16 - 1,44 = 0,72$
Portugal	2,26	0,94	$2,26 - 0,94 = 1,32$
España	1,65	0,88	$1,65 - 0,88 = 0,77$
EE.UU	3,45	1,22	$3,45 - 1,22 = 2,23$

PANAS (Positive Affect– Negative Affect Scale)

Este instrumento pretende medir la afectividad o estado de ánimo. Está constituida por 20 ítems con un rango de variación de 1 (nada) a 5 (mucho). El afecto positivo se

mide realizando el sumatorio de la puntuación correspondiente a los siguientes ítems 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17 y 19, mientras que el afecto negativo, se obtiene tras la realización del sumatorio del resto de ítems que componen la escala.

A través de esta escala podemos obtener también una medida de la balanza afectiva. Para ello, bastaría con realizar la resta entre el afecto positivo y el afecto negativo.

En una investigación realizada en nuestro contexto (N=105 estudiantes CAV), hemos encontrado una puntuación media para la escala PANAS positivo de 32,02 (DT=6,56) y de PANAS negativo 23,01 (DT=7,3). Para mujeres la media en afectividad positiva es de 32,3 (DT=5,91) y para hombres 22,5 (DT=6,8). En PANAS positivo: las mujeres que puntúen por debajo de 26 y los hombres por debajo de 25 se sitúan en el 33% de menor afectividad positiva. En PANAS negativo: las mujeres que puntúen por encima de 32 y los hombres por encima de 30 se sitúan en el 33% de mayor afectividad negativa. Las personas que puntúan por debajo de 31 puntos en afectividad positiva tienen probabilidades de malestar.

Referencias Bibliográficas

- Clark, L y Watson, D. (1988). Mood and the Mundane: Relationship between Daily Life Events and Self Reported Mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 296–308.
- Diener, E (1984). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, 112, 155–159.
- Diener, E y Iran-Nejad, A. (1986). The relationship in experience various types of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5), 1031–1038.
- Páez, D y cols. (1989). *Emociones: perspectivas psicosociales*. Madrid España: Ed. Fundamentos.
- Watson, D y Clark, L.A (1984). Negative Affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465–490.
- Watson, D; Clark, L y Carey, G. (1988). Positive and Negative Affectivity and their relation to Anxiety and Depressive Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346–353.
- Watson, D; L, Clark y A, Tellegen (1988) . Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.54. N°6, 103–1070.

TERCERA PRÁCTICA: Síntomas de salud física diferenciados por sexo

Con el objeto de contrastar las diferencias entre hombres y mujeres en problemas de salud y consume médico se llevo a cabo una investigación con estudiantes universitarios de la CAV (N=55), de los cuales 27 son hombres y 28 mujeres.

A dicha muestra se le aplicó, entre otras, las siguientes escalas: el SMU–HQ, consumo médico y un cuestionario sobre síntomas físicos LSE (Pennebaker).

En primer lugar nos centraremos en el SMU–HQ (Southern Methodist University–Health Questionnaire). La persona tiene que indicar aquellos problemas de salud que le hayan ocurrido durante el último año. De la lista de problemas, los que presentan una frecuencia superior a 5 son:

SMUHQ01	Catarro, gripe	
SMUHQ04	Desmayo	[F=3,01]
SMUHQ06	Diarrea	
SMUHQ07	Hemorroides	
SMUHQ13	Dolor de garganta	
SMUHQ14	Estreñimiento	[F=3,11]
SMUHQ15	Dolor de oído	
SMUHQ16	Vómitos	
SMUHQ22	Alergias y eccema	
SMUHQ24	Depresión	
SMUHQ25	Indigestión	
SMUHQ30	Agarrotamiento muscular	
SMUHQ32	Obesidad	
SMUHQ34	Náuseas (no durante el embarazo)	[F=3,25]
SMUHQ35	Intolerancia a algunos alimentos	
SMUHQ36	Dolor articular	
SMUHQ37	Falta de aliento (sin hacer esfuerzo)	[F=3,99]
SMUHQ40	Dolor de cabeza	
SMUHQ41	Tensión baja (hipoglucemia)	
SMUHQ42	Hipertensión	
SMUHQ44	Dolor abdominal o estomacal	
SMUHQ46	Problemas pulmonares o respiratorios	
SMUHQ49	Ciática, lumbago o dolor de espalda crónico	
SMUHQ54	Problemas serios de dentadura (incluido encías)	
SMUHQ66	Síndrome pre-menstrual	[F=36,67]

SMUHQ67 Distensión (gases)
SMUHQ68 Dolor en extremidades
SMUHQ70 Mareo o inestabilidad [F=5,50]
SMUHQ72 Pérdida de voz
SMUHQ76 Tos, secreción nasal
SMUHQ78 Fiebre
SMUHQ79 Sensación de tope en el estomago
SMUHQ85 Debilidad, malestar general [F=6,72]
SMUHQ88 Sensación continua de ganas de orinar

Teniendo en cuenta la variable sexo, las mujeres muestran una mayor frecuencia en los siguientes 24 problemas:

SMUHQ04 Desmayo
SMUHQ13 Dolor de garganta
SMUHQ14 Estreñimiento
SMUHQ15 Dolor de oído
SMUHQ16 Vómitos
SMUHQ22 Alergias y eccema
SMUHQ24 Depresión
SMUHQ25 Indigestión
SMUHQ32 Obesidad
SMUHQ34 Náuseas (no durante el embarazo)
SMUHQ35 Intolerancia a algunos alimentos
SMUHQ36 Dolor articular
SMUHQ37 Falta de aliento (sin hacer esfuerzo)
SMUHQ41 Tensión baja (hipoglucemia)
SMUHQ42 Hipertensión
SMUHQ44 Dolor abdominal o estomacal
SMUHQ49 Ciática, lumbago o dolor de espalda crónico
SMUHQ54 Problemas serios de dentadura (incluido encías)
SMUHQ66 Síndrome pre-menstrual
SMUHQ70 Mareo o inestabilidad
SMUHQ72 Pérdida de voz
SMUHQ76 Tos, secreción nasal
SMUHQ78 Fiebre
SMUHQ85 Debilidad, malestar general

Por su parte los hombres presentan mayor frecuencia que las mujeres en:

SMUHQ01 Catarro, gripe

SMUHQ06 Diarrea

SMUHQ07 Hemorroides

SMUHQ30 Agarrotamiento muscular

SMUHQ40 Dolor de cabeza

SMUHQ46 Problemas pulmonares o respiratorios

SMUHQ67 Distensión (gases)

SMUHQ68 Dolor en extremidades

SMUHQ79 Sensación de tope en el estomago

SMUHQ88 Sensación continua de ganas de orinar

En segundo lugar, respecto al consumo médico. El auto-informe de visitas al médico, con cuestiones que hacen referencia a cuántos días ha permanecido hospitalizado, si ha visitado a algún profesional de la salud y si ha tomado algún medicamento durante el último año nos permite observar que las mujeres realizan un mayor consumo, a saber: más visitas al médico, a la enfermera, al farmacéutico y al naturista. Por su parte, los hombres realizan más consultas que las mujeres cuando se trata de acudir al óptico y al masajista.

Respecto al consumo de medicamentos, los hombres han hecho un mayor uso de analgésicos, ungüentos para la piel, material de cura y lociones para el pelo. Por su parte las mujeres han utilizado más los antibióticos, los tranquilizantes, los laxantes, las vitaminas y las píldoras anticonceptivas. Por último indicar que, los remedios para el estómago han sido empleados en la misma proporción por hombres que por mujeres.

Finalmente, el LSE permite medir que síntomas físicos presenta del sujeto durante la última semana, dicha escala está formada por 14 ítems con un rango de variación de 1 (nada) a 3 (mucho). En nuestro estudio con estudiantes universitarios hemos encontrado que las mujeres tienen mucho más dolor de cabeza, más latidos en el corazón, más mareos y más dolor de espalda, riñones y huesos.

Por su parte los hombres presentan una mayor frecuencia en los siguientes síntomas: dolor de estómago, manos sudorosas, músculos tensos, dificultades respiratorias, dolor de piernas, calambres musculares y dolor en las articulaciones.

		SEXO	
		Hombre	Mujer
LSE01 Dolor de cabeza	1 Nada	11	8
	2 Algo	16	15
	3 Mucho	1	4
LSE02 Latidos del corazón	1 Nada	23	20
	2 Algo	5	6
	3 Mucho		1
LSE03 Músculos tensos	1 Nada	15	15
	2 Algo	11	9
	3 Mucho	2	3
LSE04 Dolor de estómago	1 Nada	20	13
	2 Algo	8	14
	3 Mucho		
LSE05 Manos sudorosas, temblor	1 Nada	25	20
	2 Algo	2	7
	3 Mucho	1	
LSE06 Dificultad respiratoria	1 Nada	24	23
	2 Algo	3	
	3 Mucho	1	4
LSE07 Mareos	1 Nada	25	20
	2 Algo	3	7
	3 Mucho		
LSE08 Pitidos en los oídos	1 Nada	22	21
	2 Algo	5	5
	3 Mucho	1	1
LSE09 Dolor de espalda	1 Nada	14	12
	2 Algo	12	11
	3 Mucho	2	4
LSE10 Dolor de riñones	1 Nada	23	23
	2 Algo	5	3
	3 Mucho		1
LSE11 Dolor de piernas	1 Nada	19	20
	2 Algo	7	5
	3 Mucho	2	2
LSE12 Calambres musculares	1 Nada	26	26
	2 Algo	2	1
	3 Mucho		
LSE13 Dolor de articulaciones	1 Nada	22	24
	2 Algo	3	3
	3 Mucho	3	
LSE14 Dolor de huesos	1 Nada	26	23
	2 Algo	2	4
	3 Mucho		

Como conclusión podemos confirmar, la mayor declaración de síntomas físicos y problemas de salud por parte de la muestra femenina, así como el mayor consumo médico derivado de estas dolencias.

CUARTA PRÁCTICA: Análisis de la entrevista sobre síntomas físicos en relación con el estado sanitario y la afectividad

La afectividad, medida a través de los siguientes indicadores (afectividad positiva PANASPO, afectividad negativa PANASNE, equilibrio afectivo positivo–negativo BRADBPO– BRADBNE) y la satisfacción con la vida SLSW se han asociado con los síntomas de salud SMU–HQ, consumo médico y LSE. Las relaciones se muestran en la siguiente tabla.

Correlaciones de Pearson (N=55)

	SEXO	Afectividad Positiva	Afectividad Negativa	Balanza Afectiva	Equilibrio afectivo Positivo	Equilibrio afectivo Negativo	Satisfacción con la vida
SMUH001 Catarro, gripe	-,009	,150	-,394**	,346**	,198	-,270*	,114
SMUH002 Diabetes	,139	-,186	,251	-,289	-,082	,167	-,174
SMUH003 Anemia	,198	-,037	-,040	,002	,117	,239	-,096
SMUH004 Desmayo	,254	-,035	,042	-,056	,030	-,221	-,008
SMUH005 Hernia	,004	,191	-,117	,196	-,058	,000	-,001
SMUH006 Diarrea	-,093	,364**	-,107	,314**	,283*	-,015	-,003
SMUH007 Hemorroides	,006	-,024	-,010	-,013	-,105	-,191	-,048
SMUH008 Erupción	,005	,039	-,205	,161	,000	-,287	-,070
SMUH009 Apendicitis	,139	,054	,215	-,116	-,082	,167	-,227
SMUH013 Dolor de garganta	,118	,069	-,239	,187	,462**	-,157	,075
SMUH014 Estreñimiento	,272*	-,031	,013	-,040	,044	,074	-,180
SMUH015 Dolor de oído	,134	-,046	,028	-,056	,000	-,117	-,032
SMUH016 Vómitos	,139	,012	,188	-,129	,128	,227	-,083
SMUH017 Asma	-,191	-,237	-,130	-,060	-,117	-,080	,074
SMUH019 Colitis	,245	,001	,210	-,147	-,096	,098	-,244
SMUH020 Ataques, crisis, convulsiones	,139	-,006	,071	-,054	,164	,056	-,147
SMUH021 Bulimia	,139	-,006	,071	-,054	,164	,056	-,147
SMUH022 Alergias y eccema	,145	-,223	-,165	-,031	-,136	-,167	-,070
SMUH023 Vértigos	,145	-,013	-,030	,009	,168	-,057	-,125
SMUH024 Depresión	,111	-,291*	,351**	-,427**	-,341**	,211	-,284*
SMUH025 Indigestión	,145	,051	,026	,007	,027	,093	-,132
SMUH026 Acné severo	,084	,090	-,122	,136	,253	,057	,107
SMUH028 Fractura ósea	,139	,034	-,235	,180	,082	-,056	,119
SMUH030 Agarramiento muscular	,009	,027	-,097	,077	-,057	-,039	-,178
SMUH032 Obesidad	,062	-,041	,098	-,098	,066	,245	-,178
SMUH033 Enfermedades venéreas (incluyendo herpes)	-,134	,174	,215	-,042	-,164	,279*	,039
SMUH034 Náuseas (no durante el embarazo)	,254	,069	,034	,013	,283*	,116	-,068
SMUH035 Intolerancia a algunos alimentos	,069	-,191	-,036	-,098	-,038	-,181	-,070
SMUH036 Dolor articular	,052	,094	-,062	,122	-,118	,016	-,116
SMUH037 Falta de aliento (sin hacer esfuerzo)	,280*	,007	,069	-,048	,000	,022	-,040
SMUH038 Aumento de peso importante	,084	-,034	,167	-,139	-,048	-,033	-,166
SMUH039 Pérdida de peso importante	-,275*	,008	,026	-,017	,168	,172	,039
SMUH040 Dolor de cabeza	-,057	-,020	-,127	,081	,028	,039	,012
SMUH041 Tensión baja (hipoglucemia)	,240	,023	-,031	,031	,000	-,156	-,072
SMUH042 Hipertensión	,139	,062	-,040	,063	,117	-,080	,056
SMUH043 Artrosis o reumatismo	-,134	,254	-,019	,168	-,164	,167	,039
SMUH044 Dolor abdominal o estomacal	,126	,086	-,098	,110	,066	-,045	,019
SMUH045 Problemas en vesícula	,198	,162	,063	,055	,234	,080	-,077
SMUH046 Problemas pulmonares o respiratorios	-,048	-,033	,206	-,167	-,262	,201	-,263
SMUH047 Irregularidades cardíacas	,198	,020	-,117	,090	,175	,000	-,020

Correlaciones de Pearson (continuación)

	SEXO	Afectividad Positiva	Afectividad Negativa	Balanza Afectiva	Equilibrio afectivo Positivo	Equilibrio afectivo Negativo	Satisfacción con la vida
SMUHQ48 Colesterol	,139	,114	-,001	,069	,082	,056	-,067
SMUHQ49 Ciática, lumbago o dolor de espalda crónico	,123	,147	-,180	,209	,035	-,095	,009
SMUHQ50 Problemas renales o del tracto urinario	,004	,177	,242	-,060	,117	,080	,074
SMUHQ51 Problemas oculares (cataratas, orzuelos)	,005	-,199	,192	-,219	,042	,287	-,139
SMUHQ52 Trombosis	,139	-,046	,071	-,079	-,246	-,056	-,041
SMUHQ53 Retención de líquidos	,245	,130	,178	-,045	,096	,164	,006
SMUHQ54 Problemas serios de dentadura (incluido encías)	,069	,060	-,061	,075	,038	-,129	-,169
SMUHQ55 Dolor o angina de pecho	-,134	,054	,071	-,017	,000	,056	,012
SMUHQ56 Migraña	,145	-,095	-,057	-,023	,042	-,172	,080
SMUHQ57 Problemas den la tiroides	,245	-,093	,051	-,096	,096	,098	-,119
SMUHQ59 Rechinar de dientes	,004	,077	,204	-,095	-,058	,159	-,153
SMUHQ65 Problemas sexuales (impotencia, frigidez)	,139	-,226	,215	-,289*	-,164	,167	-,333
SMUHQ66 Síndrome pre-menstrual	,602**	,074	-,071	,115	,255	-,095	-,088
SMUHQ67 Distensión (gases)	-,149	,296	-,005	,207	,072	,163	-,067
SMUHQ68 Dolor en extremidades	,009	-,021	-,246	,150	-,113	-,308	-,049
SMUHQ70 Mareo o inestabilidad	,345*	-,204	-,021	-,120	,075	,068	-,256
SMUHQ71 Amnesia	,139	-,186	,251	-,289	-,082	,167	-,174
SMUHQ72 Pérdida de voz	,123	-,025	-,031	,001	,197	,022	,013
SMUHQ73 Visión doble	-,134	,054	,071	-,017	,000	,056	,012
SMUHQ75 Bronquitis	,285*	-,013	-,076	,041	,168	-,115	-,125
SMUHQ76 Tos, secreción nasal	,073	,277	-,293*	,354	,225	-,034	,085
SMUHQ78 Fiebre	,091	,214	-,074	,170	,195	-,074	,095
SMUHQ79 Sensación de tope en el estomago	-,023	,113	,093	-,005	-,022	,137	-,184
SMUHQ80 Dificultad para deglutir	,139	-,006	,071	-,054	,164	,056	-,147
SMUHQ81 Sordera	,004	-,094	-,066	-,016	-,058	-,080	-,134
SMUHQ82 Visión borrosa	-,076	-,023	,009	-,023	,048	,033	-,056
SMUHQ83 Sensación de quemazón en órganos sexuales	-,134	-,126	-,163	,032	-,246	-,167	-,041
SMUHQ84 Psoriasis	-,134	,074	,053	,007	,082	,167	-,014
SMUHQ85 Debilidad, malestar general	,310*	,119	-,136	,154	,195	-,059	-,056
SMUHQ87 Dolor en el pecho (sin lesionar)	,000	,073	,217	-,107	-,061	,166	-,160
SMUHQ88 Sensación continua de ganas de orinar	-,055	-,068	,137	-,144	-,103	,031	-,169
SMUHQ89 Otros problemas de salud	-,058	,032	-,178	,138	-,190	-,233	,152
PROF01 Médico	,139	-,146	-,152	,021	,000	-,060	-,002
PROF02 Enfermera	,098	,086	,095	-,019	-,026	,108	-,004
PROF03 Farmacéutico	,149	,022	-,043	,022	,288*	,065	-,214
PROF04 Optico	-,020	-,095	,019	-,072	-,158	,015	-,237
PROF05 Masajista	-,089	-,076	,274	-,212	,050	,124	-,035
PROF06 Medicina alternativa (naturista)	,103	,089	,040	,021	,028	,000	-,012
PROF07 Otros	,156	-,186	,088	-,181	,030	,141	-,228
CONMED01 Analgésicos	-,196	,177	-,432	,391**	,190	-,285*	,218
CONMED02 Tranquilizantes	,103	,131	,115	,029	,113	,193	-,114
CONMED03 Antibióticos	,059	-,124	-,253	,083	,222	-,121	,034
CONMED04 Remedios Estomago	,013	,150	,066	,038	,139	,158	-,020
CONMED05 Laxantes	,196	,116	,232	-,092	,114	,233	,004
CONMED06 Ungüentos piel	-,021	,073	-,083	,091	,131	-,149	,079
CONMED07 Vitaminas	,199	,210	-,138	,215	,218	-,177	,160

Correlaciones de Pearson (continuación)

	SEXO	Afectividad Positiva	Afectividad Negativa	Balanza Afectiva	Equilibrio afectivo Positivo	Equilibrio afectivo Negativo	Satisfacción con la vida
CONMED08 Píldoras anticonceptivas	,313	-,174	,205	-,222	-,151	-,033	-,104
CONMED09 Material de cura	-,114	,292	,045	,166	,076	,251	-,033
CONMED10 Lociones para el pelo	-,046	,177	-,120	,185	,198	-,234	,284
CONMED11 Otros	,068	-,092	,224	-,217	-,005	,053	-,199
LSE01 Dolor de cabeza	,171	,146	-,115	,175	,305*	,000	,079
LSE02 Latidos del corazón	,126	-,155	,331**	-,330**	-,094	,335**	-,350**
LSE03 Músculos tensos	,015	,112	-,086	,117	,000	-,102	,315
LSE04 Dolor de estómago	,238	,132	,111	-,006	,178	,121	-,034
LSE05 Manos sudorosas, temblor	,131	-,002	,419	-,295*	-,222	,218	-,119
LSE06 Dificultad respiratoria	,098	,055	,153	-,077	-,017	-,012	-,055
LSE07 Mareos	,197	-,132	-,084	-,030	,000	,000	-,270
LSE08 Pitidos en los oídos	,009	-,137	,156	-,198	-,341	,058	-,204
LSE09 Dolor de espalda	,099	,005	-,053	,027	-,081	-,231	,101
LSE10 Dolor de riñones	,008	-,018	-,064	,061	,051	-,069	-,094
LSE11 Dolor de piernas	-,048	,047	,054	-,016	-,178	-,073	,042
LSE12 Calambres musculares	-,076	-,164	,358**	-,350**	,000	,295*	-,150
LSE13 Dolor de articulaciones	-,199	,198	-,007	,122	-,062	-,028	,198
LSE14 Dolor de huesos	,123	,106	,121	,017	-,140	,095	,123
DIAS01 Días Cirugía	,186	,108	,137	-,029	-,013	,097	-,169
DIAS02 Días Heridas	-,187	,144	,091	,025	,133	,123	-,001
DIAS04 Días Enfermedad	-,082	,182	,166	-,002	-,121	,218	,092
DIAS06 Días Droga	-,134	,058	,074	-,015	,014	,053	,023
DIAS07 Días Casa	,454**	-,148	,197	-,236	,065	,019	-,194

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

QUINTA PRÁCTICA: Escala de auto–informe sobre sucesos Holmes–Rahe y Norris, HIV, Coping, TAS–20, AEQ, Apoyo social O/S, BDI, TMMS y Lepore.

Itziar Fernández y Elena Zubietta

Consideraciones teóricas sobre la ambivalencia emocional

Shields (1987) comentaba que como la cultura misma, los individuos somos ambivalentes respecto de las emociones. Esta ambivalencia emocional se refleja en muchas expresiones comunes que llevan a menudo a denigrar tanto a la emoción como a su demostración o despliegue. La expresión emocional se vive generalmente como “darse a la pasión” y se cree que hay que “dejarla salir”, que el fin saludable de una respuesta emocional es la expresión emocional.

Los estilos de expresión emocional se han estudiado en relación a muchas enfermedades físicas, incluyendo el cáncer (Jensen, 1987), las deficiencias coronarias y otras enfermedades (Pelletier, 1985). Cox y McCay (1982) concluyeron que el predictor psicológico más fuerte del cáncer era la actitud antiemocional, particularmente la incapacidad de expresar emociones negativas. Sin embargo, la expresividad por sí misma no puede discriminar entre grupos cuyo estilo emocional los sitúa dentro o fuera de la situación de riesgo. Por eso, King y Emmons (1990) proponen el constructo de ambivalencia para distinguir entre las personas cuyos estilos expresivos son similares pero que al mismo tiempo difieren en ambivalencias subyacentes (personas relajadas y quietas vs. reprimidas, tensas, inhibidas). La ambivalencia emocional se plantea como un factor que interviene entre la expresión emocional y el bienestar.

Muchas de las afirmaciones sobre las ventajas de la expresión emocional se basan en la bien documentada relación inversa entre expresión emocional y la reactividad autonómica. La inhibición de la expresión emocional ha sido asociada con el incremento de la actividad autonómica (Pennebaker, 1982) y la expresión emocional se ha visto como saludable y la falta de ésta como no saludable. Sin embargo, no se tuvo en cuenta que emociones negativas como la agresión, la cólera o la hostilidad pueden ser un problema para algunos individuos ya que su expresión puede tener importantes consecuencias al interior del grupo de pertenencia. Asimismo, se ha comprobado que represores inexpresivos reportaban menores problemas de salud respecto de sensibilizadores expresivos (Bell y Byrne, 1978).

La afirmación de que la emoción debe ser expresada lleva como corolario la idea de que aquellos que no expresan las emociones las están inhibiendo. La falta de expresión por sí misma puede no ser patológica, es la falta de expresión junto con el deseo de

expresar la emoción lo que produce una combinación fatal (Pennebaker, 1985). La inhibición activa es el proceso en el cual el individuo se previene voluntariamente de una acción deseada y está acompañada de pensamientos obsesivos acerca de la acción inhibida. En esta misma línea de Pennebaker y sus colegas, Emmons y King (1988) encontraron que aquellas metas que están en conflicto con otras metas o respecto de las cuales los individuos se sienten ambivalentes son las mismas metas sobre las que los individuos pasan todo su tiempo pensando.

King y Emmons (1990) sostienen que el interés de Pennebaker respecto del deseo o intención de expresar la emoción es un punto de partida adecuado para indagar en las metas de los individuos a fin de establecer si la expresividad emocional es o no un factor importante en la determinación de la cualidad potencialmente patológica de ciertos estilos característicos de regulación emocional. Sobre la base de las investigaciones de Pennebaker, Emmons y King se puede concluir que cuando las metas están en conflicto con las normas sociales o con otras metas, el individuo puede experimentar los efectos detrimentales de reacciones somáticas, tanto expresivas como inexpressivas.

Emmons y King utilizaron los esfuerzos personales individuales respecto de la emoción para construir un cuestionario que evaluara el tema de la ambivalencia. Un esfuerzo personal se refiere a lo que la persona trata de hacer característicamente. Ejemplos de los esfuerzos personales relacionados con la emoción obtenidos del estudio de Emmons y King (1988) son: “controlar mi temperamento”, “siempre parecer frío”, “no dejar que las emociones me sobrepasen”, “tener siempre una sonrisa en la cara” “ser abierto y honesto sobre mis sentimientos” y “dejar salir la cólera antes de que ésta crezca dentro de mí”. Estos esfuerzos proveen un punto de demostración de la traslación de la ambivalencia cultural en la vida de los individuos revelando la creencia de que la emoción debe ser expresada honestamente pero también de que la expresión implica vulnerabilidad.

Emmons (1986) ha descrito el rol de los esfuerzos o disputas personales (strivings) en la personalidad y el bienestar subjetivo. Encontró que la ambivalencia respecto de los esfuerzos propios se asocia con un bajo bienestar subjetivo y especialmente con un alto afecto negativo. Además, observó que el conflicto entre los esfuerzos personales se relaciona con la sintomatología física, tanto concurrentemente como prospectivamente.

Los esfuerzos personales son particularmente adecuados para el estudio de la ambivalencia respecto de la expresión porque lo que una persona “trata de hacer” puede ser diferente de lo que en realidad hace (Emmons, 1986). Otra premisa es que los individuos pueden ser tanto expresivos como inexpressivos y aún estar en conflicto con su estilo. Sin embargo, los individuos están impedidos de actuar en los esfuerzos en los que

son ambivalentes por lo que las personas ambivalentes probablemente muestren una tendencia a la inexpressión. La relación entre la ambivalencia y la expresión / inhibición subyacente a estas líneas es importante porque indica que los individuos ambivalentes e inexpressivos pueden confundirse desde un abordaje que refuerza la importancia de la expresión per se. Para King y Emmons (1990), la expresión es poco importante para el bienestar, así se puede ser expresivo o inexpressivo emocionalmente y mostrar un buen bienestar. Los comportamientos expresivos por sí mismos no predicen el bienestar sino que es la ambivalencia respecto del estilo expresivo propio lo que puede afectar la salud o el bienestar.

Cuestionario de Ambivalencia Emocional (-EAQ- Emotional Ambivalence Questionnaire):

A partir de una lista de 600 esfuerzos personales recogidos en investigaciones previas, King y Emmons (1990) examinaron y colocaron en una lista aquellos relacionados con la emoción. Después de los análisis, fueron retenidos 28 ítems con una correlación media inter-ítem de .23 (mínima .02 y máxima .64). El coeficiente de fiabilidad del AEQ fue de .89. Una muestra separada de 50 estudiantes completaron el cuestionario en dos ocasiones con un intervalo de espacio de seis semanas, la correlación test-retest fue de .78. El rango de variación de respuesta a cada ítem oscila entre 1 (para nada me define) y 5 (me define totalmente). La puntuación obtenida por un sujeto está dentro del rango teórico comprendido entre 28 y 140 puntos. La versión del instrumento que se presenta en el cuaderno de Escalas y Cuestionarios fue traducido al español por Páez y colaboradores.

Después de realizar un análisis factorial exploratorio, el análisis de componentes principales arrojó dos factores: el primer factor reúne ítems que aluden a la ambivalencia respecto de la expresión de emociones positivas, mientras que el segundo factor está integrado por ítems que refieren a la ambivalencia respecto de emociones negativas. En otras palabras, la *ambivalencia positiva* se mide realizando el sumatorio de la puntuación correspondiente a los ítems: aeq1 aeq6 aeq7 aeq8 aeq9 aeq10 aeq11 aeq14 aeq17 aeq18 aeq19 aeq20 aeq21 aeq22 aeq24 y aeq27, la *ambivalencia negativa* se obtiene tras la realización del sumatorio del resto de ítems que forman la escala (aeq2 aeq3 aeq4 aeq5 aeq12 aeq13 aeq15 aeq16 aeq23 aeq25 aeq26 y aeq28).

Con una muestra de 109 estudiantes alemanes se obtuvo una puntuación media para “Ambivalencia positiva” de 39,03 con una desviación típica de (± 14.11). Siendo de 29,30 la media para “Ambivalencia negativa” con una desviación estándar de (± 8.39).

Consideraciones empíricas sobre la ambivalencia emocional

En sus investigaciones King y Emmons (1990) encontraron que: a) Los individuos ambivalentes no presentan una tendencia menor a experimentar emociones fuertes. Estos resultados apoyan la idea de que los individuos ambivalentes pueden tener mayor predisposición a inhibir la expresión emocional pero que esta inhibición no necesariamente afecta la experiencia emocional. b) El AEQ presentaba asociaciones negativas con medidas de bienestar psicológico y asociaciones positivas con medidas de malestar psicológico. También, el AEQ correlacionaba significativamente de manera negativa tanto con la satisfacción vital como con la autoestima. c) Correlaciones positivas se encontraron entre el AEQ y el afecto negativo diario, tendencias obsesivas/compulsivas, depresión, ideación paranoica y ansiedad fóbica. La ambivalencia también correlacionaba positivamente con el Inventario de Depresión de Beck y la afectividad negativa medida por la Escala de balanza Afectiva de Bradburn. El AEQ mostraba resultados en la dirección esperada, correlacionando positivamente con medidas de funcionamiento pobre y negativamente con medidas de funcionamiento saludable. d) Las mujeres eran más expresivas y más ambivalentes que los hombres, relación que es aún más fuerte en las emociones positivas. Respecto de los hombres, aún cuando menos expresivos, éstos pueden sentirse confortables con su inexpresividad. e) A pesar de que el AEQ correlacionaba con medidas de malestar psicológico y con un cuestionario de síntomas, no se encontraron correlaciones con el número de enfermedades sufridas por el sujeto ni con el reporte de síntomas diarios.

La muestra de 105 estudiantes de la CAV arroja una media general de 36,65 (DT=13,15) en ambivalencia emocional positiva y de 29,81 (DT=9,23) para ambivalencia emocional negativa. Respecto de los sexos, la media para mujeres en ambivalencia emocional positiva es de 37,24 (DT=14,06) y de 36,04 (DT=12,26) para los hombres. En ambivalencia emocional negativa, las mujeres obtienen una media de 30,35 (DT=8,81) y los hombres de 29,24 (DT=9,70). Es decir, las mujeres que puntúen por debajo de 23 y los hombres por debajo de 24 en ambivalencia emocional positiva están dentro del 33% que presenta una menor ambivalencia positiva, por otro lado, las mujeres que están por encima de 40 y los hombres por encima de 30 están dentro del 33% con mayor ambivalencia emocional en las emociones negativas.

Quienes puntúen por debajo de 38 en ambivalencia emocional positiva y por encima de 31 en ambivalencia emocional negativa tienen mayor probabilidad de presentar malestar subjetivo.

Referencias Bibliográficas

- Bell, P.A y Byrne, D. (1978). Repression–sensitization. En H. London y J.E Exner (eds.) *Dimensions of personality*, New York: Wiley.
- Cox, T. y McCay, C. (1982). Psychological factors and psychophysiological mechanisms in the aetiology and development of cancers. *Social Science and Medicine*, 16, 381–396.
- Emmons, R.A y King, L.A. (1988). Personal striving conflict: Immediate and long–term implications for psychological and physical well–being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1040–1048.
- Emmons, R.A. (1986). Personal Strivings: An approach to personality. En L. Perrin (Ed.). *Goal concepts in personality and social psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Jensen, M.R. (1987). Psychobiological factors predicting the course of breast cancer. *Journal of Personality*, 55, 317–342.
- King, L. y Emmons, R. (1990). Conflict over emotional expression: psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 864–877.
- Pelletier, K.R. (1985). *Mind as healer, mind as slayer*. New York: Delacorte Press.
- Pennebaker, J. W. (1982). *The Psychology of Physical Symptoms*. New York: Springer Verlag.
- Pennebaker, J.W. (1985). Traumatic experience and psychosomatic disease: Exploring the roles of behavioral inhibition, obsession, and confiding. *Canadian Psychology*, 26, 82–95.
- Shields, S.A. (1987). Women, men and the dilemma of emotion. En P. Shaver y C. Hendrick (Eds.). *Review of Personality and Social Psychology*. Vol.7, 229–250. Beverly Hills, CA: Sage.

Consideraciones teóricas sobre la depresión

En el perfil psicológico de la depresión se ha señalado a la autoestima como uno de sus factores intermediarios. Definida la autoestima a partir de la balanza entre experiencias positivas y negativas, se proponía que el tener más experiencias positivas ayudaba a superar de manera más fácil los sucesos estresantes

La autoestima refiere a la integración satisfactoria de los roles y la red social, en otras palabras, a la interiorización del apoyo social y los sucesos de vida en el sí mismo. Sin embargo, el estado de evaluación del sujeto es una de las dimensiones principales de la depresión por lo que poco puede aportar como factor explicativo. Asimismo, la baja autoestima no conduce necesariamente a trastornos mentales.

Otros factores asociados a la depresión son la capacidad percibida de control del medio y el centro de control. La primera se refiere al sentimiento de competencia o eficacia que se reflejan en las expectativas del sujeto respecto de realizar determinadas conductas. El segundo hace referencia a la creencia del sujeto de que las cosas que le ocurren a las personas tienen que ver con las conductas o con factores externos fuera de su control. Estos conceptos refieren a las expectativas de éxito de una conducta y las expectativas de refuerzo si se realiza ésta. Las mediciones que se hacen de sentimiento de competencia y de centro de control se refieren a las creencias –genéricas o específicas– de control del medio. Un sujeto que cree ser capaz de realizar una conducta

y que cree que ésta le lleva a su objetivo es un sujeto competente o de centro de control "interno" (Páez et al., 1986).

Se ha diferenciado las áreas del centro de control en interno/externo y la dimensión de competencia y contingencia (Beaubois, 1984) pero no hay que confundir internalidad con control. El atribuir las causas de la conducta a factores internos no conduce necesariamente a un sentimiento de control: un sujeto que atribuya los fracasos a su conducta, siendo éstos motivados por causas internas, tiende a deprimirse (Miller y Seligman, 1984).

Los sujetos normales presentan ilusiones cognitivas hacia la internalidad de los refuerzos positivos. Por un lado, se tiende a atribuir a causas internas las conductas de los sujetos. Por otro lado, los sujetos normales tienden a un sesgo de control del medio, ya que sobrevaloran sistemáticamente su papel en la obtención de refuerzos positivos. Es necesario diferenciar a la capacidad de controlar el medio que aquí se toma como una dimensión unitaria –que incluye a la competencia y a la dependencia conducta/refuerzos– de la dimensión explicativa o atribución de causalidad.

La capacidad de controlar el medio es la expectativa o esquema cognitivo de eficacia que el sujeto. Los sucesos negativos y las tensiones persistentes en los roles, pueden disminuir el sentimiento del control del medio y llevar a la desvalorización del sujeto ante sí y ante los demás. La baja autoestima y la pérdida de la capacidad de control del medio pueden conducir a la ansiedad y la depresión.

Los sujetos depresivos se perciben con poca capacidad de acción sobre el medio. Hay un déficit de capacidad de autoreforzo que ha llevado a hablar de un estilo cognitivo concreto: los sujetos depresivos atribuyen las causas de los hechos estresantes negativos a ellos mismos, no tienen el sesgo de positividad (atribuir fracasos a causas externas y éxitos a características personales) ni el de ilusión de control. Freud los caracterizaba como de tendencia a la descalificación.

Beck (1983) presenta un modelo en el que integra los elementos mencionados. Sostiene que el factor explicativo principal de la depresión es el esquema de sí negativo que el sujeto tiene, es decir una estructura previa de conocimientos sobre sí mismo que organiza de determinada manera el procesamiento de la información.

Estos esquemas se caracterizarían por una mayor selección y almacenamiento de información negativa que positiva. Se ignora la información positiva y se recuerdan más los hechos negativos provocando una *distorsión negativista de la realidad*. Esta distorsión cognitiva actuaría a través de cinco mecanismos fundamentales:

- *Abstracción Selectiva*: extraer un elemento del contexto de manera negativamente ir-realista. Por ejemplo, un sujeto al que el profesor le elogia el

trabajo realizado y le pide que no haga copias del ensayo que acaba de escribir concluirá: no le ha gustado mi trabajo.

- *Inferencia arbitraria*: se infiere una conclusión sin datos o con datos que van en el sentido contrario a la conclusión.
- *Sobregeneralización*: elaborar una conclusión a partir de un hecho aislado.
- *Errores de sub y sobre-estimación*: Se aumentan las evaluaciones negativas y se minimizan las positivas (un pequeño hecho displacentero se transforma en una catástrofe).
- *Personificación*: personalizar los sucesos externos sin conexión directa con el sujeto. (Por ej. sentirse responsable de la violencia del mundo)

Como ya dijimos, la mayoría de las distorsiones planteadas por Beck son comunes a todo conocimiento "normal" de sí mismo y del mundo social. Las personas deprimidas más que una distorsión negativa tienen un déficit de distorsiones positivas. Es decir, la especificidad del depresivo estaría en la sub-utilización de los esquemas y sesgos positivos de refuerzo de la imagen de sí mismo. Lo que hay es una clara ausencia de sesgo de atribución defensivo, una tendencia al *estilo atributivo incidioso* pero no un estilo cognitivo estable pues éste varía según los síntomas y los sucesos.

Miller y Seligman (1984) hablaban de un proceso de aprendizaje social de la impotencia para dar cuenta del marco que puede favorecer el déficit en la autoestima y la apatía conductual. Hay sucesos o situaciones insatisfactorias en las relaciones sociales que llegan a "destruir" significados centrales de la vida de una persona y por consiguiente provocar un estado depresivo. Un suceso severo como la muerte del cónyuge pone en crisis el rol de esposo o esposa, la discontinuidad de este rol provoca un corte en las relaciones sociales provocando el quiebre de los mecanismos defensivos normales.

Para concluir podemos decir que un nivel bajo de sucesos estresantes, un alto apoyo social y un mejor control del medio previenen de estados depresivos. Asimismo, la depresión será más probable cuando las expectativas de actuación sean bajas y se enfrente una situación de desarme social y autoimagen negativa.

Antes de terminar, decir algo sobre la Depresión y la Ansiedad. Estos fenómenos presentan una alta correlación entre sí y muchas veces una sintomatología compartida. No debemos extrañarnos pues ambas son manifestaciones de un estado de descontrol pero mientras la depresión se relaciona más con la desesperanza —con hechos pasados— la ansiedad tiene más que ver con la incontrolabilidad e incertidumbre que se vivencia respecto de los resultados.

Sintetizando, la depresión estaría provocada por un esquema de sí que integra: una tendencia a responsabilizarse personalmente de manera global y estable de los fracasos, la

tendencia a evaluar éxitos y fracasos a partir de expectativas de actuación exageradas, con una capacidad de acción social de bajo control del medio, una percepción subjetiva acorde con la anterior, una baja tasa de autorrefuerzo y una fuerte tendencia a la autocrítica (Kanfer y Zeiss, 1983).

Inventario de Depresión de Beck –BDI– (1961).

Diseñado por Beck, a este Inventario de Depresión subyace una teoría que prioriza los componentes cognitivos de la depresión sobre los conductuales y somáticos.

No es un instrumento diagnóstico sino que arroja una puntuación que se estima como una medida de la profundidad de la depresión. Hay varias versiones de la prueba, aquí trabajamos con una versión reducida formada por 13 apartados que se convierten en 4 manifestaciones autoevaluativas graduadas cuantitativamente (depresión ausente o mínima, depresión leve, depresión moderada y depresión grave)

La etiqueta de cada apartado es la que a continuación se presenta, siendo su clave de corrección a) 0, b) 1, c) 2 y d) 3:

1. Estado de animo.
2. Pesimista.
3. Sentimientos de fracaso.
4. Insatisfacción.
5. Sentimientos de culpa.
6. Odio a si mismo.
7. Impulsos suicidas.
8. Aislamiento social.
9. Indecisión.
10. Imagen corporal.
11. Capacidad laboral.
12. Cansancio.
13. Pérdida de apetito.

Criterio: 0= Nada, 1= Suave, 2=moderada y 3= severa depresión.

Puntuaciones de depresión para la escala original:

- Depresión ausente o mínima: ≥ 6 puntos
- Ligera disforia: ≥ 11 puntos
- Moderada disforia: ≥ 15 puntos
- Depresión: ≥ 18 puntos

En la investigación con los estudiantes de la CAV (N=105), la media general en el BDI (versión 13 ítems) fue de 3,69 (DT= 4,55). Diferenciando por sexo, las mujeres

obtienen una media de 3,81 (DT=4,61) y los hombres 3,57 (DT=4,52). Quienes puntúen por encima de 8 están dentro del 33% que presenta sintomatología depresiva.

Referencias Bibliográficas:

- Beauvois, J.L. (1985). *La Psychologie Quotidienne*. París: PUF.
- Beck, A. et al. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Miller, S y Seligman, M. (1984). El modelo reformulado del desamparo y la depresión: evidencia y teoría. En R. Neuffeld, *Psicopatología y Stress*. Barcelona: Eds. Toray.
- Paéz, D y Cols. (1986). *Salud Mental y Factores Psicosociales*. Madrid: Fundamentos.

Consideraciones teóricas sobre el apoyo social

El Apoyo Social es usualmente definido como la existencia o disponibilidad de personas en quien podemos confiar, gente que nos hace saber que le importamos, que nos valora y nos quiere. Cuando el apoyo social, en la forma de una figura de la que nos podemos sostener, está disponible tempranamente en la vida, se sostiene que la persona aprenderá a funcionar como apoyo de otros y tendrá mucha menos probabilidad de presentar psicopatologías. La disponibilidad de apoyo social promueve la capacidad de sobreprometerse a frustraciones y duros desafíos, implica un marco de vínculos continuos o intermitentes que desempeñan un papel importante en el mantenimiento de la integridad física y psíquica del individuo a lo largo del tiempo. Una red social provee a la persona de elementos sociopsicológicos que mantienen su salud mental y emocional.

El apoyo social parece tener dos elementos básicos: (a) la percepción de que hay un número suficiente de otros disponibles a quienes uno puede acudir en momentos de necesidad y (b) un grado o nivel de satisfacción con el apoyo disponible. Estos factores pueden variar de una a otra persona dependiendo de cada personalidad. Algunas personas pueden pensar que un gran número de ayuda disponible puede posibilitar el apoyo social, mientras que para otras una es suficiente. Cuán gregaria la gente es y cuán comfortable se siente con otros puede determinar el número de apoyos que se consideran necesarios. Asimismo, la satisfacción tanto con el apoyo percibido como con el disponible puede estar influenciado por factores de personalidad como la autoestima y la sensación de control que se tiene sobre el medio. Experiencias recientes pueden influenciar a la persona a ver el apoyo disponible como satisfactorio o no satisfactorio.

El *Apoyo Social Objetivo* es la estructura y frecuencia de contactos del conjunto de relaciones del sujeto que se concibe como la integración en la red social. Se mide mediante escalas sobre la extensión, densidad, frecuencia de interacción, etc. de las redes sociales, así como con preguntas sobre el nivel de pertenencia a grupos sociales (si el sujeto está casado o es soltero, p.e.). Esta línea de investigación hace hincapié en la relación entre la integración social o frecuencia de contacto con redes sociales y su rol directo en la salud.

La dimensión subjetiva del concepto o *Apoyo Social Subjetivo* refiere tanto a la cantidad de relaciones sociales como a lo que se denomina apoyo percibido y funcional, esto es, la percepción subjetiva o satisfacción con la ayuda social que se recibe de los otros. Presenta tres niveles: emocional, cognitivo e instrumental (Rose, 1990).

El *Apoyo Emocional* es el sentimiento de ser amado, de pertenencia, de intimidad, de poder confiar en alguien, de disponibilidad de alguien con quien hablar. Este apoyo es muy importante para la salud y el bienestar ya que aumenta la autoestima y mejora el autoconcepto de las personas al sentirse valoradas y aceptadas por los demás. Las escalas que miden las conductas de ayuda o disponibilidad percibida de la red de apoyo se orientan a contrastar la relación entre apoyo social percibido (disponibilidad y satisfacción) y su rol de amortiguador ante el estrés.

El *Apoyo Tangible o Instrumental* implica prestar ayuda directa o servicios (ayudas domésticas, prestar dinero, objetos, cuidar de los niños,...). Es muy efectivo cuando el individuo percibe la ayuda como adecuada. Puede tener efectos negativos cuando se percibe como amenaza de su libertad o si fomenta sentimientos de estar en deuda.

El *Apoyo Informacional o Cognitivo* es el proceso a través del cual los individuos buscan información, consejo y guía que les ayude a resolver sus problemas. Es fácil confundirlo con el apoyo emocional ya que recibir consejo puede ser percibido por el receptor como una expresión de cariño e interés.

Se ha comprobado que existe una relación entre afrontamiento y apoyo social pues los sujetos que disponen de un mayor apoyo (especialmente de amigos) son quienes realizan más redefiniciones cognitivas, buscan información y emplean más tácticas activas de resolución de problemas (Moos, 1988). El alto apoyo social se asocia a mayores capacidades sociales de enfrentamiento del medio (Saranson et al, 1985).

La falta de contacto y apoyo social de los sujetos es un factor directo de facilitación de síntomas. Se han encontrado correlaciones significativas entre el número de contactos sociales, la satisfacción con éstos, la depresión y la ansiedad (Saranson et al 1983). La falta de apoyo social exagera los efectos de los sucesos de vida negativos mientras que una fuerte red de apoyo social permite mitigar y controlar el impacto del estrés (Lefcourt et al, 1984).

Algunos procesos explican el impacto del estrés y de un deficitario apoyo social en la enfermedad y el bienestar:

- *Cognitivos*: El bajo apoyo social y alto estrés altera las creencias de optimismo y controlabilidad del mundo social. Percibir la falta de control provoca una afectividad negativa y el apoyo social puede ayudar a que el problema se evalúe como menos disruptivo.

- *Autoestima y Regulación Afectiva:* El alto apoyo social subjetivo, en particular el emocional, se asocia a una alta autoestima personal, que a su vez, se asocia a una menor reactividad ante hechos negativos y a un mejor manejo de las amenazas. Hay datos que confirman el carácter estresante de la inhibición y los efectos positivos de la desinhibición y confrontación emocional en la salud física (Pennebaker, 1994), sin embargo, compartir experiencias sobre un hecho traumático provoca a corto plazo un aumento de la afectividad negativa, aunque resulte beneficioso a largo plazo (Smyth, 1998).
- *Inmunológico–fisiológicos:* El bajo apoyo social (y/o alto estrés) reduce la respuesta inmunológica, induce a la depresión y ésta, a su vez, también reduce la respuesta inmunológica. La presencia de otros disminuye la reactividad al estrés (Stroebe y Stroebe, 1995).
- *Conductuales:* Un déficit de apoyo social se asocia a conductas inadaptativas y a formas de afrontamiento ineficaces (p.e: conductas de riesgo como beber o fumar).

Instrumentos

Apoyo Social Objetivo (SOCIAL SUPPORT– O)

Busca obtener información acerca de la densidad de redes sociales del sujeto, es decir, constataría una dimensión objetiva de la integración social (ayuda obtenida de los otros). Se trata de un cuestionario elaborado a partir de la escala original del Departamento de California (en Páez y cols, 1986, pág. 206).

Consta de 6 ítems y cada una de las respuestas se valora de la siguiente forma:

1. SS–O
 - Ninguna = 0
 - 1 ó 2 = 1
 - 2 ó 3 = 4
 - 4 ó Más = 5
2. SS–O
 - Ninguna = 0
 - 1 = 1
 - 2 ó 3 = 2
 - 4 ó Más = 3
3. SS–O
 - Raramente = 0
 - Una vez al mes = 1
 - Varias veces al mes = 4
 - Una vez a la semana = 8
4. SS–O
 - Ninguna = 0
 - 1 ó 2 = 1
 - 2 ó 3 = 4
 - 4 ó Más = 5
5. SS–O
 - Raramente = 0
 - Una vez al mes = 1

- Varias veces al mes = 2
- Una vez a la semana = 4
- 6. SS-O
- No = 0
- Varios compañeros = 2
- Un compañero permanente = 6
- Casado = 10

La corrección consistiría en el sumatorio de los 6 ítems y la interpretación radicaría en que una mayor puntuación correspondería a un mayor Soporte Social Objetivo (amplitud e inserción en una red social de contactos).

A continuación exponemos los valores obtenidos. En la investigación con estudiantes de la CAV (N=105), se obtuvo una media general de apoyo social objetivo de 9,78 (DT= 3,15). Diferenciando por sexo, las mujeres obtienen 10,18 (DT=3,25) y los hombres 9,35 (DT=3,02). Las mujeres que puntúan por debajo de 15 puntos y los hombres por debajo de 12 puntos, están dentro del tercil con menor apoyo social objetivo. Por debajo de 9 puntos, hay mayor probabilidad de tener malestar subjetivo.

Apoyo Social Subjetivo (SOCIAL SUPPORT- S)

Esta escala permite obtener una estimación del soporte o apoyo social subjetivo o percibido por el sujeto. Permite tener tanto un indicador de satisfacción como de insatisfacción. Consta de 9 ítems centrados en las esferas familiar y de amigos, con un rango de variación de 1 a 4 (de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo).

Para la corrección de esta escala, han de invertirse los valores del **ítem 6** (1 por 4, 2 por 3, 3 por 2 y 4 por 1), procediéndose seguidamente a la suma de los valores alcanzados en el total de ítems. Altas puntuaciones corresponderían con un óptimo soporte subjetivo, mientras que bajas puntuaciones indicarían un sentimiento de apoyo deficiente.

En el estudio con estudiantes de la CAV (N=105) la puntuación media de apoyo social subjetivo fue de 14,55 (DT=4,83). Para las mujeres, la puntuación media fue de 14,20 (DT=4,89) y para los hombres de 14,92 (DT=4,78). Si la puntuación está por debajo de 11, está dentro del tercil con menor apoyo social subjetivo. Una puntuación por debajo de 15 se asocia a una mayor probabilidad de malestar subjetivo.

Referencias Bibliográficas

- Conde, V. y Franch, J. (1984). *Escalas de Evaluación conductual para la cuantificación de sintomatología psicopatológica en los trastornos ansiosos y depresivos*. Valladolid: Dpto. de Psicología Médica.
- Lefcourt, H.M; Martin, R.A y Ware, E.E. (1984). Locus of control, causal attributions, and affects in achievement-related contexts. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 16, 1, 57-64.
- Moos, R.H.; Cronkite, R.C.; Moos, B.S. (1998). The long-term interplay between family and extrafamily resources and depression. *Journal of Family Psychology*. Vol 12(3): 326-343.

- Páez, D y cols. (1986). *Salud Mental y Factores Psicosociales*. Madrid: Fundamentos.
- Rose, J.H. (1990). Social support and cancer: Adult patients' desire for support from family, friends, and health professionals. *American Journal of Community Psychology*. Vol 18(3): 439–464.
- Saranson, B. (1985). Concomitants of Social Support: social skill, physical attractiveness and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.49, Nº 2, 469–480.
- Saranson, B.R; Pierce, G.R y Saranson, I.G; (1990). Social Support: The sense of acceptance and the role of relationships. En B.R, Saranson, I.G Saranson y G.R Pierce (Eds.), *Social Support: an interactional view*, New York: Wiley.
- Saranson, I. G; Levine, H.M et al. (1983). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.44, Nº 1, 127–139.
- Smyth, J.S. (1998). Written Emotional Expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 174–184.
- Stroebe, W. y Stroebe, M.S. (1995). *Social Psychology and Health*. Buckingham: Open University Press.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, C., Thomson, B., Williams, D y Stewart, D. (1986): The social support appraisals (SSA) scale: studies of reliability and validity, *American Journal of Community Psychology*, 14, 195–219.

Consideraciones teóricas sobre la evaluación del estrés

No todas las respuestas de estrés se producen como consecuencia de acontecimientos excepcionales, así múltiples situaciones de la vida cotidiana funcionan como generadoras de estrés: p. ej. el sonido del despertador, la televisión de los vecinos demasiado alta, los atascos de tráfico... Investigadores como Lazarus (1984) consideran que estos acontecimientos estresantes diarios pueden provocar más respuestas de estrés y efectos negativos que los sucesos extraordinarios.

Ahora bien, es conveniente considerar los distintos procedimientos existentes para poder valorar hasta qué punto las condiciones de vida en que nos desenvolvemos son más o menos estresantes. Así, partiendo del supuesto de que los distintos estresores producen respuestas de estrés similares, es interesante obtener algún índice general de la frecuencia con que nos vemos afectados por situaciones catalogadas como estresantes, y en consecuencia, de la cantidad de respuestas de estrés desarrolladas. Por esta razón se han intentado desarrollar instrumentos que permitan cuantificar de alguna manera la cantidad de estrés a la que estamos sometidos.

Habitualmente los sucesos o situaciones estresantes, en especial los que hemos denominado eventos excepcionales o situaciones de tensión mantenida, se evalúan por cuestionarios. Los instrumentos de estas características más conocidos son las escalas de sucesos estresantes. En estas escalas se provee a la persona de una lista de posibles

sucesos o situaciones que suelen provocar respuestas de estrés o situaciones que suelen provocar respuestas de estrés y se le solicita que señale cuáles le han afectado a lo largo de un determinado período de tiempo (generalmente entre 6 y 24 meses). Además como no todas las situaciones estresantes son de la misma intensidad, por ej. no es lo mismo casarse que perder la pareja, se le indica al sujeto que señale la intensidad y vivencia que le han producido estos acontecimientos. Finalmente, se supone que esta información puede ser útil para predecir o estimar la probabilidad de trastornos por estrés.

Instrumentos

Holmes y Rahe (1967)

Este cuestionario mide la cantidad de sucesos, intensidad y vivencia de los cambios ocurridos en la vida de una persona durante el último año. Los sucesos vitales recogidos agrupan situaciones tanto positivas (como por ej. ascenso en el trabajo o casarse), como negativas (por ej. muerte de un familiar, situación de violencia física o problemas con amigos). Ha de tenerse en cuenta que la nueva versión incorpora sucesos con alta incidencia entre la población juvenil, como son: problemas con amigos, exámenes o aborto.

Las normas de aplicación señalan que debe indicarse para cada suceso “no” si no le ha sucedido y “sí” en caso de que le haya ocurrido, además, en el caso de que le haya sucedido, existe una escala con una intensidad de 1 a 4 (de menor a mayor intensidad). También, para cada acontecimiento debe de indicarse la vivencia: hecho negativo “_”, neutro “0” o positivo “+”. Finalmente, la persona señala cuál de todos los sucesos acontecidos ha resultado subjetivamente para él como el más impactante.

El nivel total de estrés vendría dado por la suma total de los ítems con una vivencia negativa, de forma que a medida que aumenta la puntuación se incrementaría el nivel de estrés. Baremos de estrés según los datos del Dpto. de Salud Mental de California (1981):

- Nivel bajo de estrés: menos de 10 puntos.
- Estrés moderado: de 10 a 15 puntos.
- Alto nivel de estrés: 16 ó más puntos.

Nota: estas puntuaciones son para el cuestionario en su versión original.

En nuestro estudio con 105 estudiantes universitarios de la CAV (28 sucesos), la puntuación media para el estrés total fue de 3,88 (DT=2,17). La media de las mujeres fue de 4,10 (DT=2,06) y la de los hombres de 3,66 (DT=2,27). Si se puntúa por encima de 6, se está dentro del 33% con mayor nivel de estrés. Si la puntuación es de 4 o más, hay mayores probabilidades de presentar malestar subjetivo.

Referencias bibliográficas

Páez, D y cols. (1986). *Salud Mental y Factores Psicosociales*. Madrid: Fundamentos.
Holmes, T.H y Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic research*, 11, 213–218.

Norris

Escala de A. Norris sobre Sucesos Vitales adaptada y traducida por el Dpto. de Psicología Social de la UPV, contiene siete sucesos negativos que varían en el impacto que provocan y van desde un robo hasta un accidente de tráfico, teniendo que indicar el sujeto para cada suceso “no” si no le ha sucedido y “si” en caso de que le haya ocurrido. Además, en el caso de que le haya sucedido, existe una escala con una intensidad de 1 a 4 (de menor a mayor intensidad). Y para cada acontecimiento debe de indicarse la vivencia: hecho negativo “_”, neutro “0” o positivo “+”. Finalmente, la persona debe describir con detalle el suceso que mayor impacto le ha producido a lo largo de su vida, indicando el año en el que ocurrió y que edad tenía cuando le sucedió.

En nuestro estudio (N=105), los sucesos más frecuentes son “la muerte de un ser querido a causa de un accidente, homicidio o suicidio”(con una frecuencia del 37%), seguido de “implicación en algún accidente de tráfico” y del incidente “le ha golpeado o atacado alguien”. La puntuación media general fue de 1,43 (DT=1,21) y de 1,38 (DT=1,22) para las mujeres y 1,47 (DT=1,20) para los hombres. Si las puntuaciones están por encima de 3, se está en el tercil que presenta sintomatología de estrés. Una puntuación de dos o más indica probabilidad de presentar malestar subjetivo.

Referencias bibliográficas

Páez, D., Arroyo, E. y Fernández, I. (1995). Catástrofes, situaciones de riesgo y factores psicosociales. *Mapfre Seguridad*, 57, 43–55.

Consideraciones teóricas sobre el afrontamiento

Los estudios acerca de los procesos de afrontamiento, están básicamente representados por las investigaciones originales de Lazarus (1966) sobre las formas en que la gente enfrentaba los estados estresantes. Para esto, Lazarus y sus colegas desarrollaron en 1980 un instrumento de medición llamado “Formas de Afrontar”

(Ways of Coping) que fue nuevamente revisado en 1985. En su base, esta escala contiene una distinción general entre dos estilos de afrontamiento:

1– El afrontamiento centrado en el problema, hacer algo para alterar, en este caso, la fuente del estrés;

2– El afrontamiento centrado en la emoción, orientado a reducir o manejar el malestar emocional que está asociado a una determinada situación.

A pesar de que la mayoría de los estresores hacen surgir ambos tipos de afrontamiento, los orientados al problema tenderán a prevalecer cuando la gente cree que algo constructivo puede hacerse, mientras que la orientación a la emoción predominará cuando la gente cree que el estresor es algo que debe ser desafiado.

La distinción entre estas dos maneras de afrontar es muy importante pero recientemente se ha probado que resulta muy simple o reducida. Carver, Scheier y Weintraub (1989) proponen el desarrollo de una nueva medición que sigue el modelo teórico del estrés de Lazarus y el de la autoregulación del comportamiento.

Instrumento

La escala de estrategias de afrontamiento pretende ver cómo el sujeto se maneja ante el estrés. El instrumento supone una síntesis de Basabe y cols. (1993) de las dimensiones planteadas por Folkman y Lazarus (1986) y por Calver y cols (1989). Consta de 17 ítems con un rango de variación de 1 a 4. La puntuación obtenida por un sujeto está dentro del rango teórico comprendido entre 17 y 68 puntos.

La escala fue sometida a análisis factorial para conocer las dimensiones subyacentes, encontrándose 5 factores que explican en conjunto el 36.7% de la varianza.

1. Afrontamiento **focal–racional**. Este factor incluye dejar de lado todas las demás actividades y concentrarse en el problema, esperando el momento adecuado para actuar, hablando con personas que tenían un problema similar y pensar que aprendió algo de esa experiencia negativa "crecimiento personal". Este factor explica el mayor porcentaje de la varianza (14%) y está compuesto de los ítems nº 1, 3, 4, 5 y 7. El alpha para esta dimensión es mediano (.58).

2. Afrontamiento **expresivo**, de búsqueda de apoyo social. Esta dimensión se caracteriza por la búsqueda y regulación emocional, búsqueda de apoyo instrumental, hablar con alguien que tenía un problema similar y manifestar el enojo a las personas

responsables del problema. Este factor explica el 9.7% de la varianza e incluye los ítems 5, 6, 9 y 16. Fiabilidad para esta dimensión es mediana (.63).

3. **Afrontamiento activo.** Incluye formas de afrontamiento activo como luchar contra el problema y desarrollar un plan de actuación. Esta dimensión explica el 4.5% de la varianza y está formado por las preguntas 1 y 2. El coeficiente Alpha de fiabilidad es satisfactorio (.77).

4. **Evitación activa.** El factor comprende las siguientes formas de afrontamiento: resistencia a creer lo sucedido, evitación conductual, centrarse en otras ocupaciones y salir a dar una vuelta para olvidar el problema. Este factor explica el 4.9% de la varianza e incluye los ítems 10, 12 y 13. Para este factor el alpha es bajo (.34).

5. **Resignación.** Agrupada en tres preguntas referidas a la aceptación de que no se podía hacer nada y que no era capaz de intentar resolverlo, ítems 8, 11 y 14 que explican el 3.5% de la varianza. El alpha es mediano (.51). (Páez, Arroyo y Fernández, 1995).

La corrección de la escala total vendría determinada por el sumatorio de los 17 ítems. Del mismo modo, el cómputo de los ítems que componen cada dimensión daría cuenta de cada uno de los tipos de afrontamiento descritos. En cualquier caso, una mayor puntuación en cada medida indicaría un mayor uso de las mismas para afrontar problemas. Esto es, a mayor puntuación mayor coping activo o evitante.

A continuación se presentan los datos (medias y Sd. por sexos) del estudio de la CAV (N=105) para la escala en los 5 factores:

	<i>Hombres (n=53)</i>	<i>Mujeres (n=52)</i>
1. Afrontamiento focal-racional.	12,63 ± 3,08	11,78 ± 3,45
2. Expresivo, de búsqueda de apoyo social.	9,50 ± 3,05	9,75 ± 2,65
3. Afrontamiento activo.	5,51 ± 1,76	4,82 ± 1,89
4. Evitación activa.	5,21 ± 1,98	4,85 ± 1,89
5. Resignación.	6,33 ± 2,21	6,02 ± 1,91
Afrontamiento Total (17 ítems)	38,10 ± 7,69	37,42 ± 6,72

Si tomamos los puntos de corte calculados a partir de un grupo de equilibrio de afecto neutro o negativo y la no pertenencia a un grupo de afectividad, podemos decir que quienes tienen puntuaciones por debajo de 12 en afrontamiento focal racional y por

debajo de 9 en afrontamiento expresivo, tendrán más probabilidades de tener malestar subjetivo.

Referencias Bibliográficas:

- Basabe, N. et al. (1993). Memoria afectiva, salud, formas de afrontamiento y soporte social. En D. Páez (Ed.). *Salud, expresión y represión social de las emociones*, Valencia; Promolibro.
- Carver, C.S.; Scheier, M.F.; Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol 56(2), 267–283.
- Lazarus, R.S y Folkman, S ; (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: Mc. Graw Hill.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1988). Coping as mediator of emotion, *Journal of personality and Social Psychology*, 54 (3), 466–475.
- Páez, D., Arroyo, E. y Fernández, I. (1995). Catástrofes, situaciones de riesgo y factores psicosociales. *Mapfre Seguridad*, 57, 43–55.

Otros auto-informes

NARRA

Este instrumento está constituido por 8 ítems con un rango de variación de 1 a 8 (de nada a mucho), estas preguntas se realizan en función del suceso narrado. La puntuación obtenida por un sujeto puede oscilar dentro de un rango teórico comprendido entre 8 y 64 puntos.

En un estudio realizado por Páez et al. 1999 (n= 73) hemos encontrado los siguientes puntos de corte:

	Nada	Mucho
1. ¿El suceso que ha narrado es un tema personal ?	=1	≥ 7
2. ¿ Cuánto ha contado a otras personas el suceso?	≤ 2	≥ 6
3. ¿Tiene un contenido emocional , revela sus emociones?	≤ 4	≥ 7
4. ¿Ha querido contar a otros el suceso narrado?	≤ 2	≥ 5
5. ¿En qué medida usted ha hecho un esfuerzo por no contar lo?	=1	≥ 7
6. ¿El suceso por usted narrado tiene un gran significado ?	≤ 2	=8
7. ¿El suceso por usted narrado es un hecho severo ?	≤ 2	=8
8. ¿El suceso por usted narrado está afectando a su vida ?	=1	=8

Por ejemplo, atendiendo a los puntos de corte de la tabla anterior, se consideraría que una persona es inhibida si puntúa 2 ó por debajo de 2 a la pregunta “¿cuánto ha contado a otras personas el suceso?”.

- Páez, D., Velasco, C. y González, J.L. (1999). Expressive writing, alexitymia as a dispositional deficit in self-disclosure and psychological health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3 (77) 630–642.

HOROWITZ

Escala HIV de M. Horowitz, modificada por el Dpto. de Psicología Social (UPV), la cual hace referencia a la manera en la que el suceso vital ha sido asimilado y recordado durante el último mes, y que comprende dimensiones como la asimilación, reminiscencia y evitación

1. **Asimilación.** Este componente está constituido por las tres primeras preguntas de la escala, las cuales hacen referencia a si el suceso es controlable, se entiende y si resulta fácil de contar.
2. **Reminiscencia.** Esta dimensión está formada por frecuentes sentimientos y recuerdos involuntarios, intensos, intrusivos, no afrontados que provocan pesadillas y aparecen como imágenes flash-back. (ítems 4, 5 y 6)
3. **Evitación** cognitiva conductual. Se caracteriza por evitar situaciones que recuerdan al suceso, por intentar borrarlo de la memoria, no pensar en ello y no hablar sobre él (ítems 7, 8 y 9). Páez, Arroyo y Fernández (1995)

Asimilación: los tres primeros ítems presentan un rango teórico comprendido entre 3 y 27 puntos, para la corrección del **tercer ítem** ha de recodificarse los valores 9=1, 8=2... 3=7, 2=8 y 1=9. La media y desviación estándar que presenta la muestra estudiada (N=105) es igual a 17,96 (DT=5,53). Las mujeres presentan una media de 18,76 (DT=5,32) y los hombres una media de 17,09 (DT=5,68). Así las mujeres que puntúan 24 o más y los hombres que puntúan 23 o más presentarían una mejor asimilación y control de la situación. Por el contrario, una puntuación menor a aquellos números sería indicativo de un peor entendimiento y control de la situación. De los sucesos estudiados los que son más difíciles de controlar, entender y contar son: “ataque físico y sexual”, “muerte de un ser querido” y “problemas con miembros de la familia”.

Reminiscencia: el segundo apartado constituido por los ítems 4, 5 y 6 presenta un rango teórico comprendido entre 3 y 15. La puntuación media para los pensamientos involuntarios es de 8,92 (DT=3,34). Diferenciando por sexo, las mujeres obtienen una media de 9,22 (DT=3,36) y los hombres una media de 8,59 (DT=3,32). Las mujeres y hombres que puntuen por encima de 12 serían los sujetos que a lo largo del último mes han tenido rumiaciones y pensamientos involuntarios que se manifestarían en forma de flashback e imágenes intrusivas. Los sucesos que provocan más reminiscencias son: “divorcio” y “problemas con personas cercanas”, y el que produce menos reminiscencia es “dificultades en el trabajo o la escuela”.

Evitación: en cuanto a la evitación cognitiva formada por las tres últimas preguntas, indicar que presenta datos similares al componente “pensamientos involuntarios”. En este caso el suceso que produce más evitación es “ataque físico y sexual” y el que menos la categoría “otros sucesos”, la cual engloba hechos como “ver una película dramática” o “acudir a un acto social negativo”. Para la muestra de 105 estudiantes universitarios de la CAV encontramos una puntuación media general de 7,10 (DT=3,53). Las mujeres presentan una media de 7,28 (DT=3,50) y los hombres de 6,91 (DT=3,59). Puntuaciones por encima de 10 puntos indican que se está dentro del 33% que intenta evitar pensar en el suceso.

Volviendo al criterio del punto de corte, si se obtiene una puntuación por encima de 9 en reminiscencia y de 7 en evitación, y por debajo de 5 en asimilación, hay mayor probabilidad de presentar malestar subjetivo.

Referencias Bibliográficas:

- Horowitz, M. (1986). *Stress Response Syndrome*. Northvale, NJ: Aronson.
- Páez, D., Arroyo, E. y Fernández, I. (1995). Catástrofes, situaciones de riesgo y factores psicosociales. *Mapfre Seguridad*, 57, 43–55.
- Páez, D., Velasco, C. y González, J.L. (1999). Expressive writing, alexitymia as a dispositional deficit in self-disclosure and psychological health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3 (77) 630–642.

TMMS

El grupo de investigación de Peter Salovey ha desarrollado un instrumento, el Trait Meta-Mood Scale (TMMS), que nos permite evaluar la inteligencia emocional. En concreto, esta escala valora las cualidades más estables de la propia conciencia de nuestras emociones y nuestra capacidad para dominarlas. La TMMS evalúa las creencias que tienen las personas sobre su capacidad de atención, claridad y regulación de estados emocionales. Consta de 48 ítems, con tres subescalas: atención a los sentimientos constituida por 21 ítems. Claridad en los sentimientos formada por 15 ítems y Regulación emocional con 12 ítems. Los ítems para cada uno de los factores son los que ha continuación se enumeran, ha de tenerse en cuenta que antes de realizar el computo hemos de invertir las puntuaciones de los siguientes elementos: tmms6, tmms7, tmms10, tmms11, tmms23, Tmms28, tmms30, tmms32, tmms35, tmms43, tmms45, tmms46, tmms47 y tmms48 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

1. **Atención a los sentimientos**: tmms12+ tmms13+ tmms14+ tmms15+ tmms16+ tmms17+ tmms18+ tmms19+ tmms20+ tmms21+tmms1+ tmms2+ tmms3+ tmms4+ tmms5+ tmms6R+ tmms7R+ tmms8+ tmms9+ tmms10R+ tmms11R.

2. **Claridad en los sentimientos:** tmms22+ tmms23R+ tmms24+ tmms25+ tmms26+ tmms27+ tmms28R+ tmms29 + tmms30R+ tmms31+ tmms32R+ tmms33+ tmms34+ tmms35R+ tmms36.
3. **Regulación emocional:** tmms37+ tmms38+ tmms39+ tmms40+ tmms41+ tmms42 +tmms43R+ tmms44+ tmms45R+ tmms46R+ tmms47R+ tmms48R.

A continuación se presentan los valores descriptivos para una muestra de estudiantes malagueños. A de tenerse en cuenta que el valor de las medias se ha realizado dividiendo el número de los ítems.

Factores	Hombres (N=210)		Mujeres (N=186)		Total (N=396)	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
Atención a los sentimientos	3,18	,45	3,49	,36	3,33	,44
Claridad en los sentimientos	3,10	,45	3,05	,44	3,08	,45
Regulación emocional	3,25	,52	3,13	,52	3,19	,52

Si Ud. es mujer o hombre y puntúa por encima de 3,5 ó 4 y más, tiene mayor puntuación en atención a los sentimientos, claridad de ellos y mayor regulación o reparación emocional, todos procesos asociados a menor depresión en estudiantes y embarazadas en España (Málaga).

Referencias Bibliográficas:

- Salovey, P., Mayer, J.D. Goldman, S.L., Turvey, C. y Palfai, T.P. (1995). Emotional attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. En J.W. Pennebaker (Ed.) *Emotional, disclosure and health* (pp. 125–151). Washington: APA.
- Fernández-Berrocal, P. y Ramos, N. (1999). Investigaciones empíricas en el ámbito de la inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés*, 5, 247–260

TAS–20

Escala de Alexitimia de Toronto (Toronto Alexithymia Scale TAS–20) constituida por 20 ítems, cada uno de los cuales se contesta a través de una escala tipo likert de cinco puntos, que muestra el grado de conformidad y/o disconformidad con cada enunciado. La puntuación obtenida por un sujeto puede oscilar dentro de un rango comprendido entre 20 y 100 puntos, y sus autores plantean un punto de corte de 61 para diagnosticar a un sujeto como alexitímico (Se debe tener en cuenta que hay que invertir los **ítems 4, 5, 10, 18 y 19** antes de realizar el sumatorio total para obtener la puntuación). Los datos de Martínez et al. confirman que las personas que suman por encima de este punto de corte total se sitúan entre el tercio más extremo en esta dimensión de riesgo.

Las diferentes investigaciones realizadas con esta escala muestran un mapa factorial compuesto por tres factores:

- 1) Dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan a la activación emocional, definida por los ítems TAS01, TAS03, TAS06, TAS07, TAS09, TAS13 y TAS14. Los estudiantes que suman por encima de 19 en esta escala se sitúan en el tercio más extremo de esta dimensión de riesgo. El punto de corte para las estudiantes es de 15,42 puntos.
- 2) Dificultad para describir los sentimientos a los demás, operacionalizada a través de los ítems TAS02, TAS04, TAS11, TAS12 y TAS17; . Los estudiantes que suman por encima de 19 en esta escala se sitúan en el tercio más extremo de esta dimensión de riesgo. El punto de corte para las estudiantes es de 13 puntos y,
- 3) Estilo de pensamiento orientado hacia lo externo, medido a través de los ítems TAS05, TAS08, TAS10, TAS15, TAS16, TAS18, TAS19 y TAS20. Los estudiantes que suman por encima de 23 en esta escala se sitúan en el tercio más extremo de esta dimensión de riesgo. El punto de corte para las estudiantes es de 22 puntos.

Diversos estudios han demostrado las propiedades psicométricas transculturales de este instrumento (Parker, Bagby, Taylor, Endler y Schmitz, 1993; Velasco y Páez, 1996; Martínez–Sánchez,1996). Concretamente, en el estudio realizado por Parker y cols. (1993), se utilizaron tres muestras compuestas por estudiantes de Alemania, EE.UU. y Canadá (véase tablas 1 y 2), en ambas tablas también se indican la fiabilidad y puntuaciones medias de muestras procedentes de México, Argentina y España. Así, en su conjunto, los resultados muestran una estructura factorial similar en todos los países, presentando además una adecuada fiabilidad y validez psicométrica estructural.

Una investigación desarrollada por Páez, Martínez y cols. (1999) confirma que las mujeres puntúan más alto en el factor de *Dificultad para identificar sentimientos* (Media de mujeres =17.24; Media de hombres = 16.63) y puntúan más bajo que los hombres en el factor de *Pensamiento concreto* (Media de mujeres = 16.65; Media de hombres =18.60). Finalmente, las mujeres muestran un déficit menor en la *Dificultad para describir las emociones* (Media de mujeres = 13.47; Media de hombres =14.06).

TABLA 1: COEFICIENTES ALPHA DE LOS FACTORES DEL TAS-20, EN LOS DIFERENTES PAÍSES Y/O REGIONES, DIFERENCIADOS POR SEXO.

Coeficientes alpha								
Regiones	Tas-20		Factor 1		Factor 2		Factor 3	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Alemania	.80	.79	.79	.80	.76	.76	.61	.60
EE.UU.	.74	.82	.73	.77	.61	.76	.62	.63
Canadá	.77	.84	.78	.83	.73	.78	.66	.71
España (Murcia)	.83	.78	.82	.76	.82	.76	.83	.78
España (País Vasco)	.76	.76	.70	.79	.76	.75	.65	.63
México (D.F.)	.78	.85	.84	.84	.78	.82	.49	.55
Argentina (Buenos Aires)	.80	.82	.82	.81	.67	.74	.56	.53

Factor 1: Dificultad para identificar sentimientos. Factor 2: Déficit del lenguaje emocional.

Factor 3: Pensamiento concreto u operatorio.

TABLA 2. MEDIAS, DESVIACIONES TÍPICAS (SD) Y DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES (R) PARA EL TAS20 EN LOS TRES FACTORES.

	TAS-20	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Alemania				
Hombres (N=104)				
Media	47.19	16.35	13.60	17.25
SD	10.24	5.29	4.22	4.38
Mujeres (N=199)				
Media	43.45	16.25	12.11	15.09
SD	9.88	5.55	4.23	3.87
r diferencias entre Hombres y Mujeres		.01	.12	.18
Estados Unidos				
Hombres (N=113)				
Media	55.11	18.87	15.09	21.15
SD	9.33	4.95	3.61	4.48
Mujeres (N=179)				
Media	53.35	19.18	14.87	19.31
SD	10.92	5.35	4.44	4.34
r diferencias entre Hombres y Mujeres		-.02	.02	.15
Canadá				
Hombres (N=185)				
Media	49.82	16.52	14.36	18.94
SD	10.55	5.76	4.49	4.92
Mujeres (N=220)				
Media	45.13	16.15	12.54	16.43
SD	11.24	5.79	4.57	4.53
r diferencias entre Hombres y Mujeres		.02	.14	.18

TABLA 2. MEDIAS, DESVIACIONES TÍPICAS (SD) Y DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES (R) PARA EL TAS20 EN LOS TRES FACTORES (CONTINUACIÓN).

	TAS-20	Factor 1	Factor 2	Factor 3
España (Murcia)				
Hombres (N=185)				
Media	48.42	17.04	13.63	17.75
SD	12.71	1.60	1.23	3.27
Mujeres (N=417)				
Media	50.33	19.17	14.41	16.75
SD	10.88	2.58	1.63	3.31
r diferencias entre Hombres y Mujeres		-.32	-.18	.14
España (País Vasco)				
Hombres (N=29)				
Media	46.14	14.20	13.73	18.24
SD	10.14	4.66	4.85	5.00
Mujeres (N=79)				
Media	45.13	16.15	12.54	16.43
SD	9.55	5.27	4.59	4.15
r diferencias entre Hombres y Mujeres		-.13	.08	.13
México				
Hombres (N=50)				
Media	46.09	14.48	13.36	18.25
SD	11.00	5.83	4.97	4.53
Mujeres (N=58)				
Media	46.27	16.03	14.35	15.89
SD	13.02	6.48	5.68	4.49
r diferencias entre Hombres y Mujeres		-.09	-.07	.18
Argentina (Buenos Aires)				
Hombres (N=80)				
Media	43.47	13.63	12.30	17.55
SD	12.29	6.47	4.54	5.21
Mujeres (N=131)				
Media	41.15	13.96	10.91	16.26
SD	12.71	6.47	4.87	4.99
r diferencias entre Hombres y Mujeres		-.02	.14	.09

Referencias Bibliográficas:

- Bagby, R. M. , Taylor, G. J. y Parker, J. D. A. (1994). The Twenty-Item of Toronto Alexithymia ScaleII. Convergent discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 17(1),19-32.
- Páez, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I. y Blanco, A (1999). Validez psicométrica de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20): Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76.

- Páez, D., Velasco, C. y González, J.L. (1999). Expressive writing, alexithymia as a dispositional deficit in self-disclosure and psychological health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3 (77) 630–642.
- Parker, J.D., Bagby, R.M., Taylor, G.J., Endler, N.S., y Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7, 221–232.

SEXTA PRÁCTICA: Escala sobre el manejo y afrontamiento del enojo

Silvia Ubillos

Consideraciones teóricas sobre las formas de afrontamiento del enojo

El enojo es una emoción que hace de puente entre la agresión verbal y física y la hostilidad. Dado esto, nosotros necesitamos aprender como manejar el enojo si queremos reducir la agresión y la hostilidad; es una emoción que puede ser una poderosa fuente de energía positiva si es apropiadamente canalizada; cuando no es dirigida o manejada correctamente, el enojo puede ser una emoción muy destructiva. Por ello, se presentan diferentes formas de afrontamiento del enojo, y los argumentos que justifican su eficacia o ineficacia.

□ **Catarsis:**

La descarga o ventilación afectiva consiste en manifestar el enojo, verbalizarlo y expresarlo facial y conductualmente lo más fuerte que se pueda. Se basa en la idea de que si la gente da rienda suelta a su cólera y hostilidad bajo formas relativamente poco perjudiciales, se puede ver reducida su predisposición a adoptar comportamientos más agresivos (Dollard y otros, 1939). Aunque, Zillman (1979) considera que la participación en actividades que no son peligrosas para los demás puede reducir las explosiones emocionales derivadas de la frustración y de la provocación, existen una serie de razones que justifican la ineficacia de la catarsis:

- a) La expresión facial y conductual tienen un efecto reverberante, retroalimentan en vez de decrecer la respuesta afectiva (Teoría neo-darwinista de las emociones, Laird, 1974).
- b) Se dicen y hacen cosas que luego se lamentan o que las personas en buen estado de ánimo consideran inadecuadas o falsas.
- c) La descarga extrema se asocia a emociones negativas posteriores: sensación de pérdida de control, culpa y vergüenza.
- d) La descarga afectiva puede además iniciar una escalada de conflicto (terapia y conflicto marital: Gottman, 1998).

- e) Los efectos de la catarsis parecen ser temporales, de forma que las explosiones emocionales pueden reaparecer tan pronto como el individuo piense de nuevo en los incidentes que le hicieron enfurecer (Zillmann, 1988)

- Rumiación y búsqueda de apoyo social

El pensar repetidamente sobre lo ocurrido, el buscar apoyo social informativo, es decir, preguntar a alguien que enfrentó un problema similar que es lo que hizo y, el buscar apoyo social emocional, hablar para obtener comprensión y apoyo son tres formas de afrontamiento ineficaces sino se cambia la perspectiva o ayuda a entender mejor lo ocurrido. Aunque, algunos autores consideran que cuando las personas analizan sus diálogos internos, a menudo encuentran que este diálogo es responsable en gran medida de su enojo, si este pensamiento repetido se convierte en rumiación es totalmente ineficaz. Mientras que el entablar un diálogo nos puede permitir comprender cómo las otras personas ven la situación y servir de base para negociar alguna clase de solución o compromiso. Las razones por las cuales estas estrategias se consideran ineficaces son:

- a) La rumiación y el compartir socialmente una emoción la reactiva, la mantiene viva y hacen revivir lo ocurrido (Pennebaker, 1993; Rimé, 1993; Nolen-Hoeksema, 1991).
- b) Los sujetos crónicamente agresivos ven los actos de los otros como provocaciones hacia ellos intencionales. El pensar y hablar repetidamente llevan a extremizar o polarizar la actitud inicial, en este caso a percibir la situación como una provocación intencional personalizada, lo que va a reforzar la emoción (Frank y Tesser, citados en Páez, 1993). Los hombres la aplican más y más exitosamente que las mujeres.

- Elaborar un plan y focalizar la atención en lo ocurrido

Autores como Novaco (1985, citado en Páez, 1993) consideran importante que las personas comprendan qué tipo de situaciones provoca su enojo para poder elaborar planes sobre cómo tratar con tales situaciones. Sin embargo, el elaborar un plan para enfrentar lo ocurrido o el focalizar la atención en lo ocurrido y posponer otras cosas con tal de enfrentar el incidente se considera ineficaz si se aplica sobre sucesos que no se pueden cambiar (por ejemplo, separación definitiva de pareja) o si no se combina con la acción real, ya que se convierte en rumiación (Folkman y Lazarus, 1985; Folkman et al., 1986).

- Afrontamiento confrontativo

El afrontamiento confrontativo o directo de la causa del enojo, es decir manifestar el enojo al responsable de lo ocurrido con el fin de cambiar las cosas:

- a) Aumenta la sensación de control. Manifestar las necesidades y defender los derechos es eficaz siempre que se haga de forma asertiva (culturalmente aceptada), es decir, directa pero no agresiva y que no provoque la escalada de agresión.
- b) Las mujeres buscan expresar sus emociones al hablar y los hombres tienden a sentirse incómodos, buscando soluciones concretas. Hay que compatibilizar las perspectivas diferentes (el no me escucha, da una solución y dice que hay que olvidarlo; ella me irrita hablando de cosas que no tienen solución y se molesta cuando le sugiero respuestas concretas).

□ Supresión

La supresión que consiste en postergar la respuesta emocional o minimizarla (contar hasta diez antes de contestar), aceptando que se vive una emoción, se considera eficaz a corto plazo. Se asocia a la adaptación. Es imposible de aplicar en momentos de cólera extrema.

□ Evitación cognitiva y afectiva

La evitación cognitiva y afectiva, es decir tratar de no pensar en lo ocurrido, ocultar ante los otros lo que se siente, ignorar las emociones negativas es ineficaz porque:

- a) La inhibición de pensamiento provoca un efecto de rebote o un aumento paradójico de ellos. Al hacer esfuerzos para pensar en otras cosas mientras se está enojado o, pensar en otras cosas mientras se evita reproducir un pensamiento, se asocia ese sentimiento o pensamiento a un gran conjunto de elementos mentales, que facilitan luego que se piense lo que se quería inhibir. Wegner y el efecto Oso Blanco: cuando a las personas se les dice que no piensen en un Oso Blanco, lo tienen permanentemente en la mente.
- b) La inhibición de la vivencia y de la comunicación de emociones se asocia a la rumiación, provoca un gasto fisiológico y evita la defensa de derechos del sujeto, impidiendo la asertividad (Pennebaker, Taylor y la alexitimia, citados en Páez, 1993). Los hombres la aplican más que las mujeres.

□ Reevaluación y reinterpretación

La reevaluación y reinterpretación positiva de lo ocurrido consisten en mejorar el entendimiento de lo ocurrido, comprenderlo desde diferentes puntos de vista. Tomar en cuenta nuevos factores explicativos, mirarlo distanciado desde una perspectiva de tercera persona y ver como lo ocurrido le enseña lo que era prioritario en la vida y aspectos

positivos de sí mismo. Se considera eficaz debido a que la reevaluación y reinterpretación positiva es una de las formas de afrontamiento adaptativas ante hechos graves y poco resolubles (enfermedades crónicas amenazantes de la vida, separación de parejas). Cuando las personas han roto una norma o han actuado de forma ilegítima e injusta, lo han hecho muchas veces bajo estrés o sin intención. Por ejemplo, una persona puede contestar de forma agria y fuerte a su pareja porque está bajo fuerte estrés en su trabajo. Saber esto actúa como una disculpa y disminuye el enojo.

□ Respuestas incompatibles

Son muchas las pruebas que indican que la risa y los sentimientos positivos asociados a ella ayudan a contrarrestar la cólera y la agresividad, ya que es prácticamente imposible simultanear dos respuestas incompatibles o experimentar dos estados emocionales contradictorios al mismo tiempo. Las investigaciones de Baron (1983, 1993) indican que el humor, la excitación sexual leve y los sentimientos de empatía hacia la víctima son efectivos a la hora de reducir la agresividad.

El provocar respuestas emocionales alternativas contradictorias con el enojo, como humor–alegría o erotismo–afección se considera eficaz ya que desdramatizar lo ocurrido y reírse de uno mismo impide la escalada agresiva, siempre y cuando no se trate de humor negro o sarcástico a costa del otro. Las respuestas de afecto y de activación sexual son eficaces, si se realizan antes de fuertes discusiones y peleas. La tendencia masculina a hacer el amor sin tomar en cuenta las discusiones previas o haciendo borrón y cuenta nueva es una fuente de incompreensión.

□ Distraerse

Una de las mejores maneras para calmarse es hacer algo que no te permita centrarte en tu enojo. La distracción como concentrarse en el trabajo o hacer otras actividades placenteras es eficaz si se obtienen recompensas alternativas y no se asocia a un abandono de la situación que conlleva una escalada implícita. Los hombres la aplican más y más exitosamente que las mujeres.

□ Disculpase

La admisión de un hecho erróneo, más una petición de perdón conseguirán detener la reacción emocional negativa. Tanto las excusas como las disculpas pueden resultar efectivas como estrategias cognitivas para reducir el enojo. No obstante, la eficacia de estas estrategias depende de la naturaleza de las excusas y de su aparente sinceridad:

- a) Las excusas relativas a causas que van más allá del control de la persona que se excusa son mucho más efectivas que las que se refieren a causas que están bajo su control (Weiner et al, 1987).
- b) Las excusas que parecen sinceras tienden a disminuir la reacción emocional negativa mas que una tentativa de encubrir una intención maliciosa (Ohbuchi, Kameda y Agarie, 1989).

Consideraciones empíricas formas de afrontamiento del enojo

El objetivo de esta práctica es conocer las diferentes formas de afrontamiento del enojo. En particular, los diferentes argumentos a favor de su eficacia o ineficacia, las condiciones bajo las cuales determinadas formas de afrontamiento pueden ser adaptativas, así como sus limitaciones (Byrne, 1998; Franken, 1994).

Con el fin de conocer las formas de afrontamiento eficaces e ineficaces, nos basaremos en la escala de formas de afrontamiento del enojo (ver el cuaderno de prácticas: cuestionarios y escalas). Recuerda que ante diferentes estrategias has respondido si son eficaces, ineficaces o si su eficacia depende de alguna condición para manejar esta emoción.

PROCEDIMIENTO

1. Primero debes corregir las respuestas dadas con el corrector de la escala, obteniendo un punto por cada acierto (ver el cuaderno de prácticas: cuestionarios y escalas)
 - Si has obtenido 13 puntos has reconocido correctamente si cada una de las formas descritas en la escala son eficaces e ineficaces para afrontar el enojo en base a las investigaciones realizadas.
 - Si has obtenido menos de 13 puntos, comprueba aquellas formas de afrontamiento que consideras eficaces o ineficaces y las investigaciones sobre el tema han demostrado lo contrario.
2. Cada uno de los estudiantes razona por qué considera adaptativas o inadaptativas cada una de las formas de afrontamiento presentadas.
3. Finalmente, en base a las consideraciones teóricas, se exponen los argumentos científicos sobre la evidencia del carácter adaptativo o inadaptativo de las distintas formas de afrontamiento del enojo. Asimismo, se plantean las condiciones bajo las cuales determinadas formas de afrontamiento pueden ser adaptativas, así como sus limitaciones.

CORRECCIÓN DE LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO DEL ENOJO

En esta escala se señalan las estrategias de afrontamiento que en general se consideran eficaces e ineficaces para disminuir el conflicto y la emoción de enojo:

Por cada respuesta correcta obtienes un punto. El máximo que puedes obtener son 13 puntos.

1. Descarga o ventilación afectiva, manifestar su enojo, verbalizarlo y expresarlo facial y conductualmente lo más fuerte que se pueda:	Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz <input checked="" type="checkbox"/> Depende <input type="checkbox"/>
2. Pensar repetidamente sobre lo ocurrido:	Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz <input checked="" type="checkbox"/> Depende <input checked="" type="checkbox"/>
3. Buscar apoyo social informativo, preguntar a alguien que enfrentó un problema similar que es lo que hizo:	Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz <input checked="" type="checkbox"/> Depende <input checked="" type="checkbox"/>
4. Buscar apoyo social emocional, hablar para obtener comprensión y apoyo:	Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz <input checked="" type="checkbox"/> Depende <input checked="" type="checkbox"/>
5. Elaborar un plan para enfrentar lo ocurrido:	Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz <input type="checkbox"/> Depende <input checked="" type="checkbox"/>
6. Focalizar la atención en lo ocurrido y posponer otras cosas con tal de enfrentar el incidente:	Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz <input type="checkbox"/> Depende <input checked="" type="checkbox"/>
7. Afrontamiento confrontativo o directo de la causa del enojo, manifestar su enojo al responsable de lo ocurrido con el fin de cambiar las cosas:	Eficaz <input checked="" type="checkbox"/> Ineficaz <input type="checkbox"/> Depende <input type="checkbox"/>
8. Supresión, aceptando que se vive una emoción postergar la respuesta emocional o minimizarla (contar hasta diez antes de contestar):	Eficaz <input checked="" type="checkbox"/> Ineficaz <input type="checkbox"/> Depende <input type="checkbox"/>
9. Evitación cognitiva y afectiva, tratar de no pensar en lo ocurrido, ocultar ante los otros lo que se siente, ignorar las emociones negativas:	Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz <input checked="" type="checkbox"/> Depende <input type="checkbox"/>
10. Reevaluación y Reinterpretación positiva de lo ocurrido, mejorar el entendimiento de lo ocurrido, comprenderlo desde diferentes puntos de vista, mirarlo de forma distanciada desde una perspectiva de tercera persona y ver como lo ocurrido enseña lo que es prioritario en la vida y aspectos positivos de sí mismo:	Eficaz <input checked="" type="checkbox"/> Ineficaz <input type="checkbox"/> Depende <input type="checkbox"/>
11. Provocar respuestas emocionales alternativas contradictorias con el enojo, como humor–alegría o erotismo–afección:	Eficaz <input checked="" type="checkbox"/> Ineficaz <input type="checkbox"/> Depende <input type="checkbox"/>
12. Distracción, concentrarse en el trabajo o hacer otras actividades placenteras:	Eficaz <input checked="" type="checkbox"/> Ineficaz <input type="checkbox"/> Depende <input type="checkbox"/>
13. Disculparse, admitir un hecho erróneo y pedir disculpas:	Eficaz <input checked="" type="checkbox"/> Ineficaz <input type="checkbox"/> Depende <input type="checkbox"/>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baron, R.A. (1983). The control of human aggression: An optimistic perspective. *Journal of Social and Clinical Psychology, 1*, 97–119.
- Baron, R.A. (1993). Reducing aggression and conflict: The incompatible response approach, or why people who feel good usually won't be bad. In G.C. Brannigan y

- M.R. Merrens (eds.), *The undaunted psychologist* (pp. 203–218). Philadelphia: Temple University Press.
- Byrne, B. (1998). La Agresividad: Naturaleza, Causas y Control. En B. Byrne (Ed.), *Psicología Social*. Madrid: Prentice Hall, INC.
- Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowerer, O.H. y Sears, R.R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150–170.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. y Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992–1003.
- Franken, R.E. (1994). *Human Motivation*. Pacific Grove, Ca: Books/Cole Pub. Co.
- Gottman, J.M. (1998). Psychology and the study of marital processes. *Annual review of Psychology*, 49, 169–97. Palo Alto: Annual Review Press.
- Laird, J.D. (1984). Facial response and emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 909–917.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569–582.
- Ohbuchi, K., Kameda, M. y Agarie, N. (1989). Apology as aggression control: Its role in mediating appraisal of and response to harm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 219–227.
- Páez, D. (1993). *Salud, Expresión y Represión Social de las Emociones*. Valencia: Promolibro.
- Pennebaker, J.W. (1993). Psicósomática, inhibición y auto-revelación de las experiencias emocionales. En D. Páez (ed.), *Salud, expresión y representación social de las experiencias emocionales*. Valencia: Promolibro.
- Rimé, B. (1993). Reminiscencias sociales y mentales en la experiencia emocional: Reparto social, rumiación y memoria afectiva. En D. Páez (ed.), *Salud, expresión y representación social de las experiencias emocionales*. Valencia: Promolibro.
- Ubillos, S. (2000). Factores Psicosociales de la Violencia. En Vilches O. (ed.) *Violencia en la Cultura* (pp. 145–163). Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- Weiner, B., Amirkhan, J., Folkes, V.S. y Verette, J.A. (1987). An attributional analysis of excuse giving: Studies of a naive theory of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 316–324.
- Zillmann, D. (1979). *Hostility and aggression*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Zillmann, D. (1988). Cognition–excitation interdependencies in aggressive behavior. *Aggressive Behavior*, 14, 51–6.

SÉPTIMA PRÁCTICA: Conductas Íntimas, falso consenso, PIP, conductas de riesgo y personalidad

CONSIDERACIONES EMPÍRICAS sobre las conductas íntimas

El objetivo de esta práctica es conocer los sesgos o ilusiones cognitivas asociados a las conductas íntimas como son la ilusión de invulnerabilidad, la ilusión de control, el falso consenso y la ignorancia pluralística, así como sus mecanismos explicativos.

Esta práctica se basa en la escala de conductas íntimas (ver cuaderno de prácticas: cuestionarios y escalas). A continuación sigue las instrucciones que se indican para comparar tus resultados con una muestra normativa de características similares a la tuya. Esta muestra está formada por 149 estudiantes de psicología, 72 hombres (48,3%) y 77 mujeres (51,7%). La edad media de estos sujetos se sitúa en los 24 años y presentan un rango que oscila entre los 20 a los 59 años. El 95,2% son personas solteras, un 70% son fundamentalmente estudiantes y un 26% además de estudiar psicología son trabajadores sociales.

ILUSIÓN DE INVULNERABILIDAD

1. Compara la puntuación que tú has dado a la pregunta nº 8 con la media obtenida por el grupo de comparación. En la tabla 7.1, se observa que la muestra percibe que es algo probable que la persona media no casada de su entorno tenga relaciones sexuales ocasionales con alguien a quien no conozca mucho sin utilizar preservativos durante el próximo año (Media=2,8), no habiendo diferencias entre hombres (Media=2,8) y mujeres (Media=2,9). Por tanto:

Si eres hombre o mujer, y tu puntuación es igual o mayor que 5, estás por encima de la media, por lo que consideras que es más probable que a una persona de tu entorno no casada le ocurra esta situación que la muestra de comparación.

Si eres hombre o mujer, y tu puntuación es igual que 1, estás por debajo de la media, por lo que consideras que es menos probable que a una persona de tu entorno no casada le ocurra esta situación que la muestra de comparación.

2. Compara la puntuación dada a la pregunta nº 9 con la media obtenida por el grupo de comparación. En la tabla 7.1, se puede ver que la muestra percibe que es muy poco probable que tenga relaciones sexuales ocasionales con alguien a quien no conozca mucho sin prevenirse durante el próximo año (Media=1,6). Atendiendo al sexo, no se observan grandes diferencias. Los hombres (Media=1,8) y mujeres (Media=1,5)

perciben que tienen prácticamente la misma probabilidad de que les ocurra esta situación. Por tanto:

Si eres hombre, y tu puntuación es igual o mayor que 4, estás por encima de la media, por lo que consideras que es más probable que a tí te ocurra esta situación que la muestra de comparación.

Si eres mujer, y tu puntuación es igual o mayor que 3, estás por encima de la media, por lo que consideras que es más probable que a ti te ocurra esta situación que la muestra de comparación.

3. A continuación, para examinar el sesgo de la ilusión de invulnerabilidad, resta la puntuación que has dado a las personas medias de tu entorno (pregunta nº 8) a la puntuación que te has dado a ti mismo (pregunta nº 9).

Si obtienes una puntuación positiva consideras que es más probable que una persona media de tu entorno tenga relaciones sexuales ocasionales con alguien desconocido sin usar preservativo en el próximo año que tú mismo. Por tanto, presentarías el sesgo denominado “ilusión de invulnerabilidad”. Además, a más puntuación, más ilusión de invulnerabilidad. Un 76% de la muestra de comparación obtuvo puntuaciones positivas, es decir la mayoría de los jóvenes presentaban este sesgo.

Si obtienes una puntuación negativa consideras que es más probable que te ocurra a ti esta situación que a una persona de tu entorno. Un 4% de la muestra de comparación obtuvo puntuaciones negativas.

Si obtienes una puntuación de cero consideras que tanto las personas de tu entorno como tú tenéis las mismas probabilidades de vivir esta situación. Un 20% de la muestra obtuvo una puntuación igual a cero.

3.1. En la tabla 7.1, se aprecia que la diferencia media de la muestra de comparación es 1,2, por lo que presenta cierta ilusión de invulnerabilidad. Teniendo en cuenta el sexo, la diferencia media es mayor en el caso de las mujeres (1,4) que en el de los hombres (1,0). Es decir, las mujeres presentan tendencialmente más este sesgo de “ilusión de invulnerabilidad” [$F(1,135)=3,56, p<.061$]. Por tanto:

Si eres hombre o mujer y la diferencia entre la probabilidad asignada a las personas de tu entorno y a ti mismo es igual o mayor que 3, entonces muestras una ilusión de invulnerabilidad mayor que la ilusión media de la muestra de hombres o mujeres.

Si eres hombre o mujer y la diferencia entre la probabilidad asignada a las personas de tu entorno y a ti mismo es igual o menor que -1 , entonces no

muestras ilusión de invulnerabilidad, y consideras en mayor medida que la muestra de hombres y mujeres, que tienes más probabilidades de tener relaciones ocasionales con alguna persona desconocida sin protegerte durante el próximo año que la persona media.

Por último, en nuestro estudio, las personas que presentan el sesgo de ilusión de invulnerabilidad con respecto a las que no lo presentan se diferencian porque:

- Valoran más gravemente las consecuencias de tener relaciones sexuales ocasionales con alguien que no se conoce mucho sin utilizar preservativos (Media/Ilusión de Invulnerabilidad=6,53 frente a Media/No Ilusión de Invulnerabilidad=5,85) (rango 1=poco grave a 7=muy grave) [F(1,135)=10,54, $p<.001$].
- Consideran en mayor medida que una persona media es capaz de controlar una situación en la que una persona desconocida atractiva te intenta seducir para tener relaciones sexuales ocasionales sin plantear el uso del preservativo (Media/Ilusión de Invulnerabilidad=4,78 frente a Media/No Ilusión de Invulnerabilidad=4,23) (rango 1=poco control a 7=total control) [F(1,135)=5,56, $p<.020$].

ILUSIÓN DE CONTROL

Compara la puntuación que has dado a la pregunta nº 13 con la media obtenida por el grupo de comparación. En la tabla 7.1 se observa que la muestra percibe que tiene mucha capacidad de controlar (Media=5,8) una situación en la que una persona desconocida, que te atrae fuertemente, te intenta seducir para tener relaciones sexuales ocasionales sin plantear el uso del preservativo. Atendiendo al sexo, no se dan diferencias estadísticamente significativas. Tanto los hombres (Media=5,7) como las mujeres (Media=6,0) perciben que su capacidad de control en este tipo de situaciones es muy alta. Por tanto:

Si eres hombre o mujer y tu puntuación es igual o menor que 4, estás por debajo de la media, por tanto tu percepción de control es menor que la del grupo de comparación.

Compara la puntuación que tú has dado a la pregunta nº 14 con la media obtenida por el grupo de comparación. Se observa que la muestra percibe que las personas de su entorno tienen capacidad para controlar (Media=4,6) una situación en la que una persona desconocida, que les atrae fuertemente, les intenta seducir para tener

relaciones sexuales ocasionales sin hablar de forma explícita sobre el uso del preservativo. Las mujeres (Media=5,0) perciben que la persona media de su entorno tiene una capacidad de controlar este tipo de situaciones mayor que los hombres (Media=4,3) [F81,135]=13,62, $p < .0001$] (ver tabla 7.1). Por tanto:

Si eres hombre y tu puntuación es igual o mayor que 6, estás por encima de la media, por tanto percibes que la capacidad de control de una persona media de tu edad es mayor que la asignada por los hombres del grupo de comparación, es decir sobrevaloras el control del otro respecto a la persona media.

Si eres mujer y tu puntuación es igual que 7, estás por encima de la media, por tanto percibes que la capacidad de control de una persona media de tu edad es mayor que la asignada por las mujeres del grupo de comparación, es decir sobrevaloras el control del otro respecto a la persona media.

Si eres hombre o mujer, y tu puntuación es igual o menor que 3, estás por debajo de la media, por tanto percibes que la capacidad de control de una persona media de tu edad es menor que la asignada por las mujeres del grupo de comparación, subvalorando aún más el control del otro.

Ahora, para analizar el sesgo de la ilusión de control, resta la puntuación que te has otorgado a ti mismo (pregunta nº 13) a la puntuación que has dado a una persona media de tu entorno (pregunta nº 14).

Si obtienes una puntuación positiva percibes que tú controlas más una situación en la que una persona desconocida, que te atrae mucho, te intenta seducir para tener relaciones sexuales sin plantear el uso del preservativo que una persona media de tu entorno. Por tanto, presentarías el sesgo denominado “ilusión de control”. Además, a más puntuación, más ilusión de control. Un 64,2% de la muestra de comparación obtuvo puntuaciones positivas, es decir la mayoría de los jóvenes presentaban este sesgo.

Si obtienes una puntuación negativa percibes que tú controlas menos la situación descrita que una persona media de tu entorno. Solamente un 3,4% de la muestra obtuvo puntuaciones negativas.

Si obtienes una puntuación de cero percibes que la capacidad de controlar esta situación es igual para ti mismo que para una persona media de tu entorno. Un 32,4% de la muestra obtuvo una puntuación igual a cero.

3.1. En la tabla 7.1, se ve que la diferencia media de la muestra de comparación es 1,2, presentando cierta ilusión de control. Teniendo en cuenta el sexo, la diferencia es tendencialmente mayor en los hombres (Media=1,4) que en las mujeres (Media=0,9) [F(1,135)=3,68, $p<.057$). En este caso, son los hombres los que presentan una mayor ilusión de control. Por tanto:

Si eres hombre o mujer y la diferencia entre la puntuación asignada a ti mismo y a las personas de tu entorno es igual o mayor que 3, entonces muestras una ilusión de control mayor que la ilusión media de la muestra de hombres o mujeres.

Si eres hombre o mujer y la diferencia entre la puntuación asignada a ti mismo y a las personas de tu entorno es igual o menor que -1 , entonces no muestras ilusión de control, y percibes en mayor medida que la muestra de hombres y mujeres, que tienes menos capacidad de controlar una situación de intimidad sexual con un desconocido que la persona media.

Finalmente, en el caso de la muestra de comparación, las personas que presentan ilusión de control con respecto a las que no lo presentan se diferencian porque:

- Han vivido menos experiencias sexuales ocasionales con alguien poco conocido sin prevenirse (Media/Ilusión de Control=0,05 frente a Media/No Ilusión de Control=0,14) (rango 0=No y 1=Si) [F(1,135)=2,94, $p<.089$].
- Evalúan más negativamente a la persona típica que tiene relaciones ocasionales con gente poco conocida sin utilizar preservativos (Media/Ilusión de Control=1,9 frente a Media/No Ilusión de Control=2,2) (rango 1=muy negativa a 7=muy positiva) [F(1,135)=4,57, $p<.034$].
- Tienen menor intención de usar preservativo en una relación sexual ocasional con una persona poco conocida (Media/Ilusión de Control=6,0 frente a Media/No Ilusión de Control=6,5) (rango 1=nada a 7=mucho) [F(1,135)=2,96, $p<.088$].

FALSA UNICIDAD Y FALSO CONSENSO

➤ Relaciones sexuales antes de los 18 años:

1. El porcentaje real de la muestra que ha tenido relaciones sexuales coitales antes de los 18 años es de un 21,5%, un 17,5% de los hombres y un 25,5% de las mujeres (ver tabla 7.2). En una investigación realizada con 1.500 jóvenes escolarizados de Guipuzkoa, se encontró que el porcentaje de adolescentes que había tenido experiencia sexual coital antes de los 18 años era aún menor (5,2%) (Ubillos, 1994).
2. Sin embargo, en la tabla 7.2 se observa que los jóvenes de la muestra de comparación estiman que un promedio del 42% de las personas similares a ellas han tenido relaciones sexuales coitales antes de los 18 años, no habiendo prácticamente diferencias entre los hombres y mujeres. La **falsa unicidad** se obtiene restando el porcentaje de personas estimado que han tenido relaciones coitales antes de los 18 años menos el porcentaje real. En este caso, la muestra general presenta una falsa unicidad de 20.5% (42%–21,5%). Por tanto, para calcular en tu caso este sesgo, resta el porcentaje de personas estimado por ti (pregunta 5.1) menos el porcentaje real (si eres hombre: 17.5% y si eres mujer:25.5%):

Si obtienes una puntuación positiva estimas que el porcentaje de personas con este tipo de relaciones es mayor que el porcentaje real, es decir sobrestimas este porcentaje. Por tanto, presentarías el sesgo de la falsa unicidad. Además a mayor puntuación, mayor falsa unicidad. Un 75% de la muestra de comparación obtuvo puntuaciones positivas, es decir la mayoría de los jóvenes presentaban este sesgo.

Si obtienes una puntuación de cero, estimas que el porcentaje de personas con este tipo de relaciones es igual que el real.

Si obtienes una puntuación negativa, estimas que el porcentaje de personas con relaciones sexuales coitales antes de los 18 años es menor que el real, es decir subestimas este porcentaje. Por tanto, presentas el sesgo de la falsa unicidad. Además a mayor puntuación negativa, mayor falsa unicidad. Un 25% de la muestra de comparación obtuvo puntuaciones negativas.

3. Asimismo, compara tu estimación (pregunta 5.1) con la estimación realizada por la muestra de comparación (ver tabla 7.2). Es decir:

Si tú eres hombre y has estimado por debajo del 15% el porcentaje de personas similares a ti que ha tenido este tipo de experiencia (para calcular este porcentaje se ha restado la media menos la desviación típica: 41,3–26,2), estás subestimando

la prevalencia de relaciones sexuales antes de los 18 años con respecto a las proyecciones sociales de los hombres de la muestra de comparación.

Si tú eres mujer y has estimado por debajo del 18% el porcentaje de personas similares a ti que ha tenido este tipo de experiencia (para calcular este porcentaje se ha restado la media menos la desviación típica: $42,4-24,1$), estás subestimando la prevalencia de relaciones sexuales antes de los 18 años con respecto a las proyecciones sociales de las mujeres de la muestra de comparación.

Si tú eres hombre o mujer y has estimado por encima del 68% el porcentaje de personas similares a ti que ha tenido este tipo de experiencia (para calcular este porcentaje se ha sumado la media más la desviación típica), estás sobrestimando la prevalencia de relaciones sexuales antes de los 18 años con respecto a la estimación media realizada por la muestra de comparación.

4. Además, en la tabla 7.2, se pueden observar las diferencias en función de la experiencia. Los jóvenes que han tenido experiencia sexual coital antes de los 18 años estiman que el porcentaje de personas que ha tenido este tipo de relaciones es mayor que los jóvenes que no la han tenido.

Tanto los hombres como las mujeres que no han tenido experiencia de coito antes de los 18 años, estiman que el 37% de las personas similares la han tenido. No obstante, al ser una conducta que se considera normativa, los porcentajes estimados son superiores al porcentaje real de jóvenes que ha tenido esta experiencia, es decir los hombres sobrestiman la prevalencia en un 20% y las mujeres en un 12%.

En cambio los hombres que han tenido relaciones coitales antes de los 18 años estiman que el 60% de las personas similares ha tenido este tipo de experiencia, y la estimación de las mujeres es de un 54%. Se puede observar que los porcentajes estimados son muy superiores al porcentaje real, es decir la sobrestimación es mucho mayor, alrededor de un 42% en el caso de los hombres y de un 29% en el de las mujeres.

Estos resultados muestran que la gente tiende a percibir su propia experiencia como mayoritaria, además representan un ejemplo de la imposición de ciertas minorías vocales que convierten en norma sus conductas, reforzadas por la imagen falsa que proyectan los medios de comunicación.

4. El **falso consenso** se obtiene restando las estimaciones realizadas por el grupo que tiene experiencia sexual coital antes de los 18 años con las realizadas por el grupo que

- no tiene este tipo de experiencia. En este caso, el falso consenso de los hombres de la muestra de comparación es $59,6-73=22,6$, y en el caso de las mujeres es $54-37,4=16,6$.
5. Además, los hombres que no han tenido relaciones coitales antes de los 18 años indican que un 30% de sus amistades han vivido esta experiencia, y en el caso de las mujeres, el 18% de sus amistades. Mientras que los hombres y mujeres que han tenido experiencia sexual coital antes de los 18 años señalan que un promedio de 55% y 57% de sus amistades respectivamente han vivido esta experiencia (ver tabla 7.2). Por tanto, la gente está proyectando la experiencia de sus amigos sobre la población general, en particular en el caso de la gente que ha tenido la experiencia. Recordemos que los hombres estimaban que un 60%, y las mujeres que un 54%, de las personas medias habían tenido este tipo de relaciones antes de los 18 años.
 6. En general, la muestra percibe que las personas de su entorno tienen una actitud entre neutra y positiva hacia las relaciones coitales antes de los 18 años. Prácticamente no existen diferencias entre las personas que han tenido esta experiencia y las que no la han tenido. De hecho, los jóvenes que no han tenido relaciones coitales antes de los 18 años evalúan la actitud de su entorno con una puntuación media de 3,5, mientras que los hombres y mujeres que han tenido esta experiencia la valoran con una puntuación media de 3,8 y 3,6 respectivamente (ver tabla 7.2).
 7. Asimismo, las personas que han tenido experiencia sexual coital antes de los 18 años muestran una actitud personal más favorable hacia este tipo de relaciones que las que no la han vivido. Mientras que los hombres (Media=3,3) y mujeres (Media=3,1) que no han tenido relaciones coitales antes de los 18 años presentan una actitud neutra, las personas que las han tenido muestran una actitud más positiva (Medias=3,7) (ver tabla 7.2).
 8. Por tanto, la experiencia influye en que haya diferencias en la actitud personal, así como en el porcentaje estimado de personas similares y en el número de amistades que han tenido relaciones coitales antes de los 18 años. Es decir, las personas que han tenido experiencia coital antes de los 18 años estiman que existe un porcentaje mayor de personas que la ha tenido, conocen entre sus amistades más gente que la ha vivido, y la actitud personal es más favorable que las personas que no han tenido esta experiencia.
- **Relaciones sexuales ocasionales con alguien que no se conoce mucho sin protección:**

1. El porcentaje real de la muestra que ha tenido relaciones ocasionales con alguien a quien no conocían mucho sin protección es de un 8,4%, un 9% de los hombres y un 8% de las mujeres (ver tabla 7.3).
2. Sin embargo, en la tabla 7.3 se observa que los jóvenes de la muestra de comparación estiman que un promedio del 21,2% de las personas similares a ellas han tenido relaciones ocasionales sin protección, no habiendo prácticamente diferencias entre los hombres y mujeres. En este caso, la muestra general presenta una **falsa unicidad** de 13% (21,2%–8,4%). Por tanto, para calcular en tu caso este sesgo, resta el porcentaje de personas estimado por ti (pregunta 5.2) menos el porcentaje real (si eres hombre: 9% y si eres mujer:8%):

Si obtienes una puntuación positiva, estimas que el porcentaje de personas con este tipo de relaciones es mayor que el porcentaje real, es decir sobrestimas este porcentaje. Por tanto, presentarías el sesgo de la falsa unicidad. Además, a mayor puntuación, mayor falsa unicidad. Un 71% de la muestra de comparación obtuvo puntuaciones positivas, es decir la mayoría de los jóvenes presentaba este sesgo.

Si obtienes una puntuación de cero, estimas que el porcentaje de personas con este tipo de relaciones es igual que el real.

Si obtienes una puntuación negativa, estimas que el porcentaje de personas con relaciones ocasionales sin protegerse es menor que el real, es decir subestimas este porcentaje. Por tanto, presentarías el sesgo de la falsa unicidad. Además, a mayor puntuación negativa, mayor falsa unicidad. Un 29% de la muestra de comparación obtuvo puntuaciones negativas.

3. A continuación, compara la estimación que has hecho (pregunta 5.2) con la estimación de las personas de la muestra de comparación (ver tabla 7.3). Es decir:

Si tú eres hombre y has estimado por encima del 48% el porcentaje de personas similares a ti que ha tenido este tipo de experiencia (para calcular este porcentaje se ha sumado la media más la desviación típica), estás sobrestimando la prevalencia de relaciones ocasionales sin protección con respecto a las estimaciones de la muestra de comparación.

Si tú eres mujer y has estimado por encima del 36% el porcentaje de personas similares a ti que ha tenido este tipo de experiencia (para calcular este porcentaje se ha sumado la media más la desviación típica), estás sobrestimando la

prevalencia de relaciones ocasionales sin protección con respecto a las estimaciones de la muestra de comparación.

Si tú eres mujer y has estimado por debajo del 2% el porcentaje de personas similares a ti que ha tenido este tipo de experiencia (para calcular este porcentaje se ha restado la media menos la desviación típica), estás subestimando la prevalencia de relaciones ocasionales con gente poco conocida sin usar preservativo con respecto a las proyecciones sociales de la muestra de comparación.

4. Asimismo, se observan diferencias en función de la experiencia (ver tabla 7.3). La estimación del porcentaje medio de personas que ha tenido relaciones ocasionales con alguien a quien no conocían mucho sin usar preservativo es mayor en el caso de los jóvenes que han tenido este tipo de experiencia que entre los que no la han tenido.

Los hombres que no han vivido esta experiencia sexual estiman que el 20,9% de las personas similares han tenido relaciones ocasionales con alguien poco conocido sin prevenirse, y la estimación de las mujeres es de un 17,3%. En este caso, los porcentajes estimados son superiores al porcentaje real de jóvenes que ha tenido esta experiencia; los hombres sobrestiman la prevalencia en un 12% y las mujeres en un 9%.

En cambio los hombres que han vivido esta experiencia sexual estiman que el 48,3% de las personas similares han tenido este tipo de relaciones sexuales sin protegerse, y las mujeres lo estiman en un 30%. Evidentemente los porcentajes estimados son muy superiores al porcentaje real, y la sobrestimación es de un 40% en el caso de los hombres y de un 22% en el de las mujeres.

Es decir, estos resultados muestran que la gente hace una proyección de su propia experiencia, percibiéndola como mayoritaria.

5. Recordemos que el **falso consenso** se obtiene restando las estimaciones realizadas por el grupo que tiene experiencia sexual con alguien poco conocido sin protegerse con las realizadas por el grupo que no tiene este tipo de experiencia. Por tanto, en este caso, el falso consenso de los hombres de la muestra de comparación es $48,3 - 20,9 = 27,4$, y en el caso de la mujeres es $30 - 17,3 = 12,7$.
6. En este mismo sentido, los hombres y mujeres que han tenido relaciones ocasionales con una persona poco conocida sin usar preservativo indican que un 31% y un 19% de sus amistades han vivido este tipo de experiencia, mientras que los hombres y

mujeres que no han tenido este tipo de relaciones señalan que un promedio de 16% y 12% respectivamente (ver tabla 7.3).

7. En general, la muestra percibe que las personas de su entorno tienen una actitud negativa hacia las relaciones ocasionales con alguien poco conocido sin usar preservativo. En este caso, tampoco existen grandes diferencias en función de la experiencia. Los hombres que no han vivido esta experiencia perciben que la actitud de su entorno hacia las relaciones ocasionales sin protegerse es ligeramente más desfavorable (Media=1,8) que los que la han tenido (Media=2,2). En el caso de las mujeres, tanto las que han tenido esta experiencia como las que no la han tenido, perciben la actitud del entorno hacia este tipo de relaciones como desfavorable (Media=1,7) (ver tabla 7.3).
8. Asimismo, las personas que han tenido relaciones ocasionales con alguien poco conocido sin prevenirse muestran una actitud personal menos desfavorable hacia este tipo de experiencia que las que no la han vivido. Mientras que los hombres que no han tenido relaciones ocasionales sin usar preservativo valoran su actitud entre negativa y muy negativa (Media=1,6), los que las han tenido muestran una actitud entre negativa y neutra (Media=2,3). En el caso de las mujeres, las que no han tenido la experiencia tienen una actitud muy negativa (Media=1,2) y las que la han vivido muestran una actitud negativa (Media=1,8) (ver tabla 7.3).
9. Por tanto, la experiencia influye en que haya diferencias en la actitud personal, así como en el porcentaje estimado de personas similares y en el número de amistades que han tenido este tipo de relaciones sin prevenirse. Es decir, las personas que han tenido relaciones sexuales ocasionales con alguien poco conocido sin usar preservativos estiman que hay un porcentaje mayor de personas que las ha tenido, conocen entre sus amistades más gente que ha tenido este tipo de relaciones, y la actitud personal es más favorable que las personas que no han vivido esta experiencia.
10. Además, las personas que han tenido experiencia sexual ocasional sin prevenirse con respecto a las que no tienen este tipo de relaciones, se consideran más similares a la persona típica que mantiene este tipo de relaciones [$F(1,135)=15,87$, $p<.0001$], la evalúan más positivamente [$F(1,135)=3,86$, $p<.051$], perciben que es más probable que ellos [$F(1,135)=6,53$, $p<.012$] y la persona típica [$F(1,135)=5,85$, $p<.017$] mantuvieran este tipo de relaciones sexuales, las perciben menos controlables [$F(1,135)=8,24$, $p<.005$], creen que son menos capaces de hablar y plantear en uso del

preservativo en este tipo de situaciones [$F(1,135)=3,41$, $p<.067$], y hablarían menos con los amigos que tuvieran este tipo de relaciones tanto para criticarlos [$F(1,135)=3,08$, $p<.082$] como para apoyarlos [$F(1,135)=10,18$, $p<.002$].

➤ **Relaciones sexuales regulares entre personas que no están casadas:**

1. El porcentaje real de la muestra que ha tenido relaciones sexuales regulares con una pareja sin estar casados es de un 81%, un 79% de los hombres y un 83% de las mujeres (ver tabla 7.4).
2. Sin embargo, la muestra de comparación estima que un promedio de 76% de las personas similares a ellas han tenido relaciones sexuales regulares con una pareja sin estar casados, no habiendo diferencias estadísticamente significativas en función del sexo (ver tabla 7.4). En este caso, la muestra general prácticamente no presenta **falsa unicidad**, ya que la diferencia entre el porcentaje de personas estimado menos el porcentaje real es igual a -5 ($76\%-81\%$), es decir muy próxima a 0. Por tanto, para comprobar si presentas este sesgo resta tu estimación (pregunta 5.3) menos el porcentaje real de jóvenes de la muestra de comparación que ha tenido experiencia premarital (si eres hombre: 79% y si eres mujer: 83%):

Si obtienes una puntuación positiva estimas que el porcentaje de personas con este tipo de relaciones es mayor que el porcentaje real, es decir sobrestimas este porcentaje. Por tanto, presentarías el sesgo de la falsa unicidad. Y a mayor puntuación, mayor falsa unicidad. Un 52% de la muestra de comparación obtuvo puntuaciones positivas, es decir la mitad de los jóvenes presentaban este sesgo.

Si obtienes una puntuación de cero, estimas que el porcentaje de personas con este tipo de relaciones es igual que el real.

Si obtienes una puntuación negativa, estimas que el porcentaje de jóvenes con experiencia premarital es menor que el real, es decir subestimas este porcentaje. Por tanto, presentarías el sesgo de la falsa unicidad. Y a mayor puntuación negativa, mayor falsa unicidad. Un 48% de la muestra de comparación obtuvo puntuaciones negativas.

3. A continuación, compara la estimación que has realizado (pregunta 5.3) con la estimación media de las personas de la muestra de comparación (ver tabla 7.4). Es decir:

Si tú eres hombre y has estimado por debajo del 48% el porcentaje de personas similares a ti que ha tenido este tipo de experiencia (para calcular este porcentaje se ha restado la media menos la desviación típica), estás subestimando la

prevalencia de relaciones premaritales con respecto a las proyecciones sociales de la muestra de comparación.

Si tú eres hombre y has estimado por encima del 99% el porcentaje de personas similares a ti que ha tenido este tipo de experiencia (para calcular este porcentaje se ha sumado la media más la desviación típica), estás sobrestimando la prevalencia de relaciones premaritales con respecto a la estimación media de la muestra de comparación.

Si tú eres mujer y has estimado por debajo del 57% el porcentaje de personas similares a ti que ha tenido este tipo de experiencia (para calcular este porcentaje se ha restado la media menos la desviación típica), estás subestimando la prevalencia de relaciones premaritales con respecto a las proyecciones sociales de la muestra de comparación.

4. Asimismo, se observan diferencias en función de la experiencia (ver tabla 7.4). La estimación del porcentaje de personas que han tenido relaciones sexuales regulares con una pareja sin estar casados es mayor en el caso de los jóvenes que han tenido este tipo de experiencia que entre los que no la han tenido.

Los hombres que no han vivido esta experiencia sexual premarital estiman que el 60.7% de las personas similares han tenido este tipo de relaciones sexuales y las mujeres hacen una estimación del 57.5%. Es decir, los porcentajes estimados son inferiores al porcentaje real de jóvenes que ha tenido esta experiencia, los hombres subestiman la prevalencia en un $-18,3$, y las mujeres en un $-25,5$.

En cambio, los hombres que han vivido esta experiencia sexual premarital estiman que el 76% de las personas similares han tenido este tipo de relaciones sexuales, y las mujeres, el 84%. En este caso, los porcentajes estimados son bastante similares al porcentaje real, los hombres en un $-3,1$ y las mujeres en un $0,6$.

Es decir, estos resultados vuelven a mostrar que la gente proyecta su propia experiencia en los demás y la percibe como mayoritaria.

5. En este caso, el **falso consenso** se obtiene restando la estimación de las personas que tienen experiencia sexual regular con una persona sin estar casados menos la del grupo que no tiene esta experiencia. En el caso de los hombres de la muestra de comparación, el falso consenso es $75,9-60,7=15,2$, y en el de las mujeres es $83,6-57,5=26,1$.

6. Asimismo, los hombres y mujeres que han tenido relaciones sexuales premaritales indican que aproximadamente entre un 72 y un 74% de sus amistades ha vivido este tipo de experiencia, mientras que los hombres y mujeres que no han tenido relaciones sexuales premaritales señalan que un promedio de 51% y 35% de sus amistades respectivamente las han tenido (ver tabla 7.4).
7. Aunque, en general, la muestra percibe que las personas de su entorno tienen una actitud positiva hacia las relaciones sexuales premaritales, esta percepción es más positiva en el caso de las personas que han tenido esta experiencia. De hecho, los jóvenes que no han tenido relaciones premaritales consideran que la actitud de su entorno es positiva (Media=4) y los que han tenido esta experiencia perciben que la actitud de su entorno es positiva o muy positiva (Media=4,5) (ver tabla 7.4).
8. Asimismo, las personas que han tenido relaciones premaritales muestran una actitud personal más favorable hacia este tipo de experiencia que las que no la han vivido. Mientras que los hombres que no han tenido relaciones premaritales muestran una actitud positiva (Media=3,9), los que las han tenido muestran una actitud prácticamente muy positiva (Media=4,6). En el caso de las mujeres, las que no han tenido la experiencia también tienen una actitud positiva (Media=4,3) y las que la han vivido muestran una actitud aún más positiva (Media=4,7) (ver tabla 7.4).
9. Por tanto, la experiencia influye en que haya diferencias en la actitud percibida del entorno, en la actitud personal, así como en el porcentaje estimado de personas y en el número de amistades que han tenido esta experiencia. Es decir, las personas que han tenido experiencia sexual premarital estiman que existe un porcentaje mayor de personas que la ha tenido, conocen entre sus amistades más gente que ha vivido este tipo de relaciones, perciben que la opinión pública y la actitud personal es más favorable que las personas que no han tenido esta experiencia.

Si observamos los resultados obtenidos en las tres situaciones sexuales (experiencia coital antes de los 18 años, experiencia sexual con alguien poco conocido sin protegerse y experiencia sexual regular con una persona sin estar casados) se puede concluir que:

1. La falsa unicidad es mayor en las conductas socialmente normativas, pero poco frecuentes, es decir que aunque tienen cierto apoyo social son practicadas por un porcentaje bajo de la población, como es el caso de la experiencia sexual coital antes de los 18 años (20,5%), mientras que es menor en las conductas que no son socialmente normativas y poco frecuentes, como en la experiencia sexual con un

desconocido sin protegerse (13%), y este sesgo no se da en las conductas socialmente normativas y altamente frecuentes, como es el caso de las relaciones premaritales (-5%).

2. Sin embargo, el falso consenso difiere en función del sexo. En el caso de los hombres, este sesgo es mayor en conductas que no son socialmente normativas y poco prescriptivas (27,4%: experiencia sexual con una persona poco conocida sin prevenirse), es algo menor en conductas socialmente normativas pero poco prescriptivas (22,6%: experiencia sexual coital antes de los 18 años), y aún menor en conductas socialmente normativas y prescriptivas (15,2%: experiencia sexual premarital). En el caso de las mujeres, este sesgo es mayor en las conductas normativas y altamente prescriptivas (26,1%: experiencia premarital), bastante menor en las conductas normativas pero poco prescriptivas (16,6%: experiencia coital antes de los 18 años), y aún menor en conductas que son socialmente normativas y poco prescriptivas (12,7%: experiencia ocasional sin preservativo).
3. Tanto en el caso de las conductas normativas y poco prescriptivas (experiencia premarital), como en el de las conductas poco normativas y prescriptivas (experiencia ocasional sin preservativo), los hombres y mujeres con y sin este tipo de experiencia sobrestiman su prevalencia, aunque las personas con experiencia son las que más las sobrestiman. Además, la sobrestimación es siempre mayor en el caso de las conductas menos normativas y prescriptivas (experiencia ocasional sin preservativo). Por último, en el caso de las conductas normativas y altamente prescriptivas (relaciones premaritales), las personas sin experiencia tienden a subestimarlas, mientras que la estimación de las personas que tienen este tipo de experiencia es muy cercana a la realidad.

IGNORANCIA PLURALÍSTICA

➤ **Experiencia sexual coital antes de los 18 años:**

1. Compara la puntuación que tú has dado a la pregunta nº 6.4.1 con la media obtenida por el grupo de comparación. Observa que tanto los hombres como las mujeres de la muestra consideran que las personas de su entorno tienen una actitud ligeramente positiva hacia las relaciones sexuales coitales antes de los 18 años (Media=3,5) (ver tabla 7.5). Por lo que:

Tanto si eres hombre como mujer, y tu puntuación es igual o mayor que 5, estás por encima de la media, por lo que tu percepción sobre la actitud de las personas de tu entorno hacia las relaciones sexuales coitales antes de los 18 años es más positiva que la de los hombres y mujeres de la muestra de comparación.

Tanto si eres hombre como mujer, y tu puntuación es igual o menor que 2, estás por debajo de la media, por lo que tu percepción sobre la actitud de las personas de tu entorno hacia las relaciones sexuales coitales antes de los 18 años es más negativa que la de los hombres y mujeres de la muestra de comparación.

2. Compara la puntuación que tú has dado a la pregunta nº 6.5.1 con la media obtenida por el grupo de comparación. Observa que tanto los hombres (Media=3,4) como las mujeres (Media=3,3) de la muestra tienen una actitud más neutra hacia las relaciones coitales antes de los 18 años (ver tabla 7.5). Por lo que:

Tanto si eres hombre como mujer, y tu puntuación es igual o mayor que 5, estás por encima de la media, por lo que tu actitud hacia las relaciones sexuales coitales antes de los 18 años es más positiva que la de los hombres y mujeres de la muestra de comparación.

Tanto si eres hombre como mujer, y tu puntuación es igual o menor que 2, estás por debajo de la media, por lo que tu actitud hacia las relaciones sexuales coitales antes de los 18 años es más negativa que la de los hombres y mujeres de la muestra de comparación.

3. Ahora, para examinar el sesgo de la ignorancia pluralista respecto a las relaciones coitales antes de los 18 años, resta la puntuación que has dado a las personas medias de tu entorno (pregunta nº 6.4.1) a la puntuación que te has dado a tí mismo (pregunta nº 6.5.1).

Si obtienes una puntuación positiva, consideras que la actitud de una persona media de tu entorno hacia las relaciones sexuales coitales antes de los 18 años es

más positiva que tu actitud. Por tanto, presentarías el sesgo denominado “ignorancia pluralista en contra”. Además, a más puntuación, más ignorancia pluralista. Un 26,5% de la muestra de comparación obtuvo puntuaciones positivas, es decir muestra ignorancia pluralista hacia este tipo de relaciones sexuales.

Si obtienes una puntuación negativa, consideras que la actitud de una persona media de tu entorno es más negativa que tu actitud. Por tanto, presentarías el sesgo denominado “ignorancia pluralista a favor”. Además, a más puntuación negativa, más ignorancia pluralista. Un 13,5% de la muestra de comparación obtuvo puntuaciones negativas.

Si obtienes una puntuación de cero, consideras que tanto las personas de tu entorno como tú tenéis la misma actitud hacia las relaciones coitales antes de los 18 años. Un 60% de la muestra obtuvo una puntuación igual a cero.

3.1. En la tabla 7.5 se percibe que la diferencia media de la muestra es 0,2, es decir prácticamente los jóvenes con los que te comparas no presentan ignorancia pluralista respecto a las relaciones sexuales coitales antes de los 18 años. Teniendo en cuenta el sexo, la diferencia es prácticamente la misma en las mujeres (0,2) que en los hombres (0,1), es decir en ninguno de los casos se da apenas ignorancia pluralista hacia este tipo de relaciones sexuales. Por lo que:

Tanto si eres hombre como mujer, y la diferencia entre la actitud de las personas de tu entorno y tu actitud es igual o mayor que 1 muestras más “ignorancia pluralista en contra” que los hombres y mujeres de la muestra de comparación, ya que consideras en mayor medida que la actitud de las personas de tu entorno hacia este tipo de relaciones sexuales es más favorable que tu actitud.

Tanto si eres hombre como mujer, y la diferencia entre la actitud de las personas de tu entorno y tu actitud es igual o menor que -1 muestras más “ignorancia pluralista a favor” que los hombres y las mujeres de la muestra de comparación, ya que consideras en mayor medida que la actitud de las personas de tu entorno hacia este tipo de relaciones sexuales es más desfavorable que tu actitud.

4. Por último, en la muestra de comparación, los jóvenes que muestran ignorancia pluralista hacia las relaciones coitales antes de los 18 años, es decir los que consideran que la actitud de las personas de su entorno es más positiva que la de uno mismo, son los de mayor edad [$F(1,134)=3,50$, $p<.063$], los que se perciben menos parecidos a la persona prototípica que mantiene relaciones ocasionales sin prevenirse [$F(1,134)=5,15$, $p<.025$] y los que más les critican directamente

[F(1,134)=2,78, p<.098], así como los que son menos favorables hacia las relaciones premaritales [F(1,134)=2,98, p<.087].

➤ **Relaciones sexuales con un desconocido sin usar protección:**

1. Compara la puntuación que tú has dado a la pregunta nº 6.4.2 con la media obtenida por el grupo de comparación. Observa que la muestra considera que las personas de su entorno tienen una actitud negativa hacia las relaciones sexuales ocasionales con alguien a quien no conocían mucho sin utilizar preservativos (Media=1,8), no habiendo prácticamente diferencias entre los hombres (Media=1,9) y las mujeres (Media=1,7) (ver tabla 7.5). Por tanto:

Si eres hombre o mujer, y tu puntuación es igual o mayor que 3, estás por encima de la media, por lo que tu percepción sobre la actitud de las personas de tu entorno hacia las relaciones sexuales ocasionales con alguien a quien no conocían mucho sin utilizar preservativos es más positiva que la de los hombres y mujeres de la muestra de comparación.

Si eres hombre y tu puntuación es igual a 1, estás por debajo de la media, por tanto tu percepción sobre la actitud de las personas de tu entorno hacia las relaciones sexuales ocasionales con alguien a quien no conocían mucho sin utilizar preservativos es más negativa que la de los hombres de la muestra de comparación.

2. Compara la puntuación que tú has dado a la pregunta nº 6.5.2 con la media obtenida por el grupo de comparación. Observa que la muestra tiene una actitud negativa hacia las relaciones sexuales ocasionales con alguien a quien no conocían mucho sin utilizar preservativos (Media=1,5), siendo la actitud de las mujeres aún significativamente más negativa (Media=1,3) que la de los hombres (Media=1,7) [F(1,135)=10,20, p<.002] (ver tabla 7.5). Por tanto:

Si eres hombre, y tu puntuación es igual o mayor que 3, estás por encima de la media, por tanto tu actitud hacia las relaciones sexuales ocasionales con alguien a quien no se conoce mucho sin utilizar preservativos es más positiva que la de los hombres de la muestra de comparación.

Si eres mujer, y tu puntuación es igual o mayor que 2, estás por encima de la media, por tanto tu actitud hacia las relaciones sexuales ocasionales con alguien a quien no se conoce mucho sin utilizar preservativos es más positiva que la de las mujeres de la muestra de comparación.

3. A continuación, para analizar el sesgo de la ignorancia pluralística respecto a las relaciones sexual con personas poco conocidas sin prevenirse, resta la puntuación que has dado a las personas medias de tu entorno (pregunta nº 6.4.2) a la puntuación que te has dado a tí mismo (pregunta nº 6.5.2).

Si obtienes una puntuación positiva, consideras que la actitud de una persona media de tu entorno hacia las relaciones sexuales ocasionales con alguien desconocido sin usar preservativo es más positiva que tu actitud. Por tanto, presentarías el sesgo denominado “ignorancia pluralista en contra”. Además, a más puntuación, mayor ignorancia pluralista. Un 37% de la muestra de comparación obtuvo puntuaciones positivas, es decir presenta ignorancia pluralista respecto a esta situación de intimidad sexual.

Si obtienes una puntuación negativa, consideras que la actitud de una persona media de tu entorno es más negativa que tu actitud. Por tanto, presentarías el sesgo denominado “ignorancia pluralista a favor”. Además, a más puntuación negativa, mayor ignorancia pluralista. Un 7% de la muestra de comparación obtuvo puntuaciones negativas.

Si obtienes una puntuación de cero, consideras que tanto las personas de tu entorno como tú tenéis la misma actitud hacia las relaciones sexuales con desconocidos sin usar protección. Un 56% de la muestra obtuvo una puntuación igual a cero.

3.1. En la tabla 7.5 se ve que la diferencia media de la muestra es 0,3, es decir prácticamente los jóvenes con los que te comparas no presentan ignorancia pluralista respecto a esta situación de intimidad sexual. Teniendo en cuenta el sexo, la diferencia es ligeramente mayor en el caso de las mujeres (0,4) que en el de los hombres (0,2) [$F(1,145)=3,21$, $p<.075$]. Es decir, las mujeres muestran una ignorancia pluralista algo mayor que los hombres. Por tanto:

Si tú eres hombre, y la diferencia entre la actitud de las personas de tu entorno y tu actitud es igual o mayor que 1, muestras más “ignorancia pluralista en contra” que los hombres de la muestra de comparación, ya que consideras en mayor medida que la actitud de las personas de tu entorno hacia este tipo de situación íntima es más positiva que tu actitud.

Si tú eres mujer, y la diferencia entre la actitud de las personas de tu entorno y tu actitud es igual o mayor que 2, muestras más “ignorancia pluralista en contra” que las mujeres

de la muestra de comparación, ya que consideras en mayor medida que la actitud de las mujeres de tu entorno hacia este tipo de situación íntima es más positiva que tu actitud. Si tú eres hombre o mujer, y la diferencia entre la actitud de las personas de tu entorno y tu actitud es igual o menor que -1 , muestras “más ignorancia pluralista a favor” que la muestra de comparación, ya que consideras en mayor medida que la actitud de las personas de tu entorno hacia esta situación sexual es más negativa que tu actitud.

4. En la muestra de comparación se observa que las personas que presentan ignorancia pluralista, es decir las que consideran que la actitud de las personas de su entorno con respecto a las relaciones ocasionales sin prevenirse es más positiva que la de uno mismo, muestran mayor inhibición conductual [$F(1,134)=3,10$, $p<.080$] y mayor disminución del contacto con la persona que ha tenido relaciones ocasionales sin prevenirse [$F(1,134)=3,95$, $p<.049$], además de percibir que su entorno tiene una actitud más conservadora hacia las relaciones premaritales [$F(1,134)=6,38$, $p<.013$].

➤ **Relación sexual regular sin estar casados:**

1. Compara la puntuación que tú has dado a la pregunta nº 6.4.3 con la media obtenida por el grupo de comparación. Observa que tanto los hombres como las mujeres de la muestra consideran que las personas de su entorno tienen una actitud positiva hacia las relaciones sexuales regulares en el caso de parejas que no están casadas (Media=4,4) (ver tabla 7.5). Por tanto:

Si eres hombre o mujer y tu puntuación es mayor que 5, estás por encima de la media, por lo que tu percepción sobre la actitud de las personas de tu entorno hacia las relaciones sexuales regulares entre parejas que no están casadas es más positiva que la de la muestra de comparación.

Si eres hombre o mujer y tu puntuación es igual o menor que 3, estás por debajo de la media, por lo que tu percepción sobre la actitud de las personas de tu entorno hacia las relaciones sexuales regulares entre parejas que no están casadas es más negativa que la de la muestra de comparación.

2. Compara la puntuación que tú has dado a la pregunta nº 6.5.3 con la media obtenida por el grupo de comparación. La muestra también tiene una actitud positiva hacia las relaciones sexuales regulares en parejas que no están casadas. Además, se observa que no existen diferencias en función del sexo, siendo la actitud de hombres (Media=4,4) y mujeres (Medida=4,6) muy similar (ver tabla 7.5). Por tanto:

Si eres hombre o mujer y tu puntuación es igual o mayor que 6, estás por encima de la media, por lo que tu actitud hacia las relaciones sexuales premaritales es más positiva que la de la muestra de comparación.

Si eres hombre o mujer y tu puntuación es igual o menor que 3, estás por debajo de la media, por lo que tu actitud hacia las relaciones sexuales premaritales es más negativa que la de la muestra de comparación.

3. Para examinar la ignorancia pluralista hacia las relaciones premaritales, resta la puntuación que has dado a las personas medias de tu entorno (pregunta nº 6.4.3) a la puntuación que te has dado a tí mismo (pregunta nº 6.5.3).

Si obtienes una puntuación positiva consideras que la actitud de una persona media de tu entorno hacia las relaciones sexuales premaritales es más positiva que tu actitud. Por tanto, presentarías el sesgo denominado “ignorancia pluralista en contra”. Además, a más puntuación, mayor ignorancia pluralista. En este caso, sólo un 9% de la muestra de comparación obtuvo puntuaciones positivas, es decir presenta ignorancia pluralista hacia este tipo de relaciones sexuales.

Si obtienes una puntuación negativa, consideras que la actitud de una persona media de tu entorno es más negativa que tu actitud. Por tanto, presentarías el sesgo denominado “ignorancia pluralista a favor”. Además, a más puntuación negativa, mayor ignorancia pluralista. Un 20% de la muestra de comparación obtuvo puntuaciones negativas.

Si obtienes una puntuación de cero, consideras que tanto las personas de tu entorno como tú mismo tenéis la misma actitud hacia las relaciones sexuales con desconocidos sin usar protección. Un 71% de la muestra obtuvo una puntuación igual a cero. Es decir, la mayoría de la muestra considera que la actitud de las personas de su entorno hacia este tipo de relaciones sexuales es igual a su propia actitud.

- 3.1. En la tabla 7.5 se percibe que la diferencia media de la muestra de comparación es $-0,1$, es decir, los jóvenes con los que te comparas no presentan ignorancia pluralista hacia las relaciones premaritales, considerando que la actitud de las personas de su entorno es similar a la de ellos mismos. Teniendo en cuenta el sexo, la diferencia entre la actitud asignada a las personas del entorno y a uno mismo es prácticamente la misma en el caso de las mujeres ($-0,2$) y de los hombres ($0,0$). Por lo que:

Tanto si eres hombre como mujer, y la diferencia entre la actitud de las personas de tu entorno y tu actitud es igual o mayor que 1, muestras más “ignorancia pluralista en contra” que los hombres y mujeres de la muestra de comparación, ya que consideras en mayor medida que la actitud de las personas de tu entorno hacia estas relaciones sexuales es más favorable que tu actitud.

Si eres hombre o mujer, y la diferencia entre la actitud de las personas de tu entorno y tu actitud es igual o menor que -1 , muestras más “ignorancia pluralista a favor” que los hombres y mujeres de la muestra de comparación, ya que consideras en mayor medida que la actitud de las personas de tu entorno hacia este tipo de relaciones sexuales es menos favorable que tu actitud.

4. Además, en la muestra de comparación, los jóvenes que muestran ignorancia pluralista hacia las relaciones premaritales son los que tienen menos amigos con este tipo de experiencia [$F(1,134)=4,24, p<.041$], lo que perciben que tienen un mayor control de las relaciones ocasionales en las que una persona poco conocida les seduce sin plantear explícitamente el uso del preservativo [$F(1,134)=3,68, p<.057$], los que muestran mayor inhibición conductual [$F(1,134)=3,56, p<.061$] y los que son menos favorables hacia las relaciones sexuales coitales antes de los 18 años [$F(1,134)=5,75, p<.018$].

Tabla 7.1: Ilusión de Invulnerabilidad e Ilusión de Control

ILUSIÓN DE INVULNERABILIDAD														
	Rango	SESGO (Diferencia Preguntas 8-9)						Rango	SESGO (Diferencia Preguntas 8-9)					
		Hombres		Mujeres		General			Hombres		Mujeres		General	
		Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd		Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd
8.- ¿Cuán probable es que la persona media no casada de tu entorno tenga relaciones ocasionales con alguien a quién no conozca mucho sin utilizar protección o preservativos, durante el próximo año?.	1 = Nada Probable 7 = Muy Probable	2,8	1,5	2,9	1,3	2,8	1,4	-6 = No Ilusión de Invulnerabilidad +6 = Mucha Ilusión de Invulnerabilidad	1,0	1,4	1,4	1,5	1,2	1,5
9.- ¿Cuán probable es que tú tengas relaciones sexuales ocasionales con alguien a quién no conozcas mucho sin utilizar protección o preservativos, durante el próximo año?.		1,8	1,6	1,5	1,2	1,6	1,4							
ILUSIÓN DE CONTROL														
	Rango	SESGO (Diferencia Preguntas 13-14)						Rango	SESGO (Diferencia Preguntas 13-14)					
		Hombres		Mujeres		General			Hombres		Mujeres		General	
		Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd		Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd
13.- ¿En qué medida consideras que eres capaz de controlar una situación en la que una persona desconocida atractiva te intenta seducir para tener relaciones sexuales ocasionales sin hablar sobre la utilización del preservativo?.	1 = Poco Control 7 = Total Control	5,7	1,4	6,0	1,0	5,8	1,2	-6 = Ninguna Ilusión de Control +6 = Mucha Ilusión de Control	1,4	1,4	1,0	1,2	1,2	1,3
14.- ¿En qué medida consideras que la persona media es capaz de controlar una situación en la que una persona desconocida atractiva le intenta seducir para tener relaciones sexuales ocasionales sin hablar sobre la utilización del preservativo?.		4,3	1,1	5,0	1,2	4,6	1,2							

Tabla 7.2: Falsa Unicidad y Falso Consenso respecto a la Experiencia Coital antes de los 18 años

EXPERIENCIA COITAL ANTES DE LOS 18 AÑOS												
FALSA UNICIDAD												
	Hombres		Mujeres		General		F	P				
	Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd						
% real de la muestra	17,5%		25,5%		21,5%							
% estimado de personas similares a uno	41,3%	26,2	42,4%	24,1	41,9%	25	0,70			p>.10		
FALSO CONSENSO												
	Diferencias en función de la Experiencia									F	P	
	Con experiencia				Sin experiencia							
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres					
	Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd				
Porcentaje estimado de personas similares a uno	59,6%	20,4	54%	23,2	37%	25,3	37,4%	23,6	15,69	p<.0001		
Proporción estimada de amigos	55%	27	57%	26	30%	26	18%	19	44,71	p<.0001		
Actitud del entorno	3,83	0,7	3,60	1,0	3,47	0,8	3,47	0,7	2,27	p>.10		
Actitud personal	3,75	0,9	3,70	0,8	3,29	1,0	3,14	0,8	7,63	p<.007		

Tabla 7.3: Falsa Unicidad y Falso Consenso respecto a las Relaciones Ocasionales sin Preservativo

RELACIONES OCASIONALES SIN PRESERVATIVO												
FALSA UNICIDAD												
	Hombres		Mujeres		General		F	P				
	Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd						
% real de la muestra	9%		8%		8,4%							
% estimado de personas similares a uno	23,6%	24,4	19%	17	21,2%	21	1,66			p>.10		
FALSO CONSENSO												
	Diferencias en función de la Experiencia									F	P	
	Con experiencia				Sin experiencia							
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres					
	Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd				
Porcentaje estimado de personas similares a uno	48,3%	35	30%	20,7	20,9%	21,7	17,3%	16,3	11,21	p<.001		
Proporción estimada de amigos	31%	37	19%	16	16%	23	12%	16	3,21	p<.075		
Actitud del entorno	2,17	1,0	1,67	0,8	1,83	0,8	1,74	0,8	0,28	p>.10		
Actitud personal	2,33	1,0	1,83	1,0	1,59	0,8	1,23	0,5	10,97	p<.001		

Tabla 7.4: Falsa Unicidad y Falso Consenso respecto a las Relaciones Sexuales Regulares sin estar casados

RELACIONES SEXUALES REGULARES SIN ESTAR CASADOS												
FALSA UNICIDAD												
	Hombres		Mujeres		General		F	P				
	Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd						
% real de la muestra	79%		83%		81%							
% estimado de personas similares a uno	73,62%	25,4	78,78%	21,8	76,33%	23,6	1,64			p>.10		
FALSO CONSENSO												
	Diferencias en función de la Experiencia									F	P	
	Con experiencia				Sin experiencia							
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres					
	Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd				
Porcentaje estimado de personas similares a uno	75,9%	23,8	83,6%	16,8	60,7%	28,7	57,5%	29	19,11	p<.0001		
Proporción estimada de amigos	72%	30	74%	26	51%	24	35%	33	25,37	p<.0001		
Actitud del entorno	4,44	0,6	4,52	0,6	4,00	0,8	4,15	0,7	10,01	p<.002		
Actitud personal	4,59	0,5	4,67	0,5	3,86	1,2	4,30	0,8	15,95	p<.0001		

Tabla 7.5: Ignorancia Pluralista

IGNORANCIA PLURALISTA																		
EXPERIENCIA COITAL ANTES DE LOS 18 AÑOS	Rango	Hombres						Mujeres		General		Rango	SESGO (diferencia preguntas 6.4.1–6.5.1)					
		Hombres		Mujeres		General		Hombres		Mujeres			General					
		Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd		Media	Sd				
6.4.1.– Por favor, dinos cuál crees que es la actitud que tienen las personas de tu entorno próximo sobre la experiencia coital antes de los 18 años.	1 = Muy Negativa 5 = Muy Positiva	3,5	0,8	3,5	0,8	3,5	0,8					-4 = Ignorancia Pluralista a Favor	0,1	0,8	0,2	0,7	0,2	0,8
6.5.1.– Por favor, dinos cuál es tu actitud con respecto a la experiencia coital antes de los 18 años.		3,4	1,0	3,3	0,8	3,3	0,9											
RELACIONES OCASIONALES SIN PRESERVATIVO		Hombres						Mujeres		General			SESGO (diferencia preguntas 6.4.2–6.5.2)					
Hombres		Mujeres		General		Hombres		Mujeres		General								
Media		Sd	Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd	Media		Sd					
6.4.2.– Por favor, dinos cuál crees que es la actitud que tienen las personas de tu entorno próximo sobre la relación sexual ocasional con alguien a quien no conocían mucho sin utilizar preservativos.		1,9	0,8	1,7	0,8	1,8	0,8						0,2	0,7	0,4	0,7	0,3	0,7
6.5.2.– Por favor, dinos cuál es tu actitud con respecto a la relación sexual ocasional con alguien a quien no conocían mucho sin utilizar preservativos.		1,7	0,8	1,3	0,5	1,5	0,7											
RELACIONES REGULARES SIN ESTAR CASADOS		Hombres						Mujeres		General			SESGO (diferencia preguntas 6.4.3–6.5.3)					
Hombres		Mujeres		General		Hombres		Mujeres		General								
Media		Sd	Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd	Media		Sd					
6.4.3.– Por favor, dinos cuál crees que es la actitud que tienen las personas de tu entorno próximo sobre una relación que incluya actividad sexual regular entre una pareja sin estar casada.		4,4	0,6	4,4	0,6	4,4	0,6						0,0	0,5	-0,2	0,6	-0,1	0,5
6.5.3.– Por favor, dinos cuál es tu actitud con respecto a la relación que incluya actividad sexual regular entre una pareja sin estar casada.		4,4	0,8	4,6	0,6	4,5	0,7											

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bauman, L.J. y Siegel, K. (1987). Misperception among gay men of the risk for AIDS associated with their sexual behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 329–350.
- Bayés, R. (1995). *Sida y Psicología*. Barcelona: Martínez Roca.
- Blanco, A. y Sánchez, F. (1993). Factores psicosociales en el SIDA (II): el riesgo como valor y como norma. *Publicación oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA*, 4, 49–56.
- Burger, J.M. y Burns, L. (1988). The Illusion of Unique Invulnerability and the Use of Effective Contraception. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, 2, 264–270.
- Burger, J.M. y Palmer, M.L. (1992). Changes in and generalization of unrealistic optimism following experiences with stressful events: Reactions to the 1989 California earthquake. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 39–43.
- Campbel, J.D. (1986). Similarity and uniqueness: The effects of attribute type, relevance, and individual differences in self-esteem and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 281–294.
- Fisher, J. (1988). Possible effects of reference group-based social influence on AIDS-risk behavior and AIDS prevention. *American Psychologist*, 43, 914–920.
- Fiske, S.T. y Taylor, S.E. (1991). *Social Cognition*. Nueva York: McGrawHill.
- Fiske, A.P., Markus, H.R., Kitayama, S. y Nisbett, R.E. (1998). The cultural matrix of Social Psychology. En D. Gilber, S. Fiske y G. Lindzey (eds.), *Handbook of Social Psychology*, 4th edition. Boston: McGrawHill.
- Gerrard, M., Gibbons, F.X. y Bushman, B.J. (1996). The relation between perceived susceptibility and precautionary sexual behavior. *Psychological Bulletin*, 119, 390–409.
- Gibbons, F.X., Helweg-Larsen, M. y Gerrard, M. (1995) Prevalence Estimates and Adolescent Risk Behavior: Cross-Cultural Differences in Social Influence. *Journal of Applied Psychology*, 80, 1, 107–121.
- Hansen, W.B., Hahn, G.L., Wolkenstein, B.H. (1990). Perceived Personal Immunity: Beliefs about Susceptibility to Aids. *The Journal of Sex Research*, 27, 4, 622–628.
- Johnson, E.J. y Tversky, A. (1983). Affect, generalization and the perception of risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1, 20–31.

- Kahneman, D. y Tversky, A. (1982). Subjective probability: A judgement of representativeness. En immunodeficiency syndrome. *The New England Journal of Medicine*, 320, 1388–1393.
- Kuiper, N., MacDonald, M. y Derry, P. (1983). Parameters of depressive self-schemata. En J. Suls y A. Greenwald (eds), *Psychological perspectives on the self*, 2, 191–217. New York: Erlbaum.
- Linville, P.W., Fisher, G.W. y Fischhoff, B. (1993). AIDS risk perceptions and decision biases. In J.B. Prior y G.D. Reeder (eds.), *The social psychology of HIV infection* (pp. 5–37). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Marks, N.L. y Miller, H. (1987). Ten years of research on the false-consensus effect: An empirical and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 8, 728–735.
- Miller, D.T. y Prentice, D.A. (1996). The Construction of Social Norms and Standards. In Tory Higgins E, Kruglanski A.W. (eds.), *Social Psychology. Handbook of Basic Principles* (pp. 799–829). New York: The Guilford Press.
- Mullen, B. y Hu, L. (1988). Social projection as a function of cognitive mechanisms: Two meta-analytic integrations. *British Journal of Social Psychology*, 27, 333–356.
- Páez D., San Juan, C., Romo, I. y Vergara, A.. (1991). *SIDA: Imagen y Prevención*. Madrid: Fundamentos.
- Páez, D., Adrián, J.A., Basabe, N. (1992). Balanza de afectos, Dimensiones de la Afectividad Y Emociones: una aproximación sociopsicológica a la salud mental. En J.L. Alvaro, A. Garrido y J.R. Torregrosa (eds.), *Influencias Sociales y Spicológicas en la Salud Mental*. Madrid: Siglo XXI.
- Perloff, L. y Fetzer, B. (1986). Self-other judgements and perceived vulnerability of victimization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 502–510.
- Planes, M. y Moix, J. (1993). Predictores del interés por la prevención en algunos transtornos de salud. *Clinica y Salud*, 4, 41–51.
- Prentice, D.A. y Miller, D.T. (1993). Pluralistic ignorance and alcohol use on campus: Some consequences of misperceiving the social norm. *Journal of Persoanlity and Social Psychology*, 64, 243–256.
- Prentice, D.A. y Miller, D.T. (1996). Pluralistic Ignorance and the Perpetuation of Social Norms by Unwitting Actors. *Advances in Experimental Social Psychology*, 28, 161–209.
- Robertson, L. (1977). Car crashes: Perceived vulnerability and willingness to pay for crash protection. *Journal of Community Health*, 3, 136–141.

- Rodin, J. y Salovey, P. (1989). Health Psychology. *Annual review of psychology*, 40, 533–579.
- Rothman, A.J., Kein, W.M. y Weinstein, N.D. (1996). Absolute and relative biases in estimations of personal risk. *Journal Applied Social Psychology*, 26, 1213–1236.
- Salovey, P., O'Leary, A., Stretton, M., Fishkin, S. y Drake, Ch. (1991). Influence of Mood on Judgments About Health and Illness. En J.P. Forgas (ed), *Emotion and Social Judgements*. Oxford: Pergamon Press.
- Sánchez-Vallejo, F., Rubio, J., Páez, D. y Blanco, A. (1998). Optimismo Ilusorio y Percepción de Riesgo. *Boletín de Psicología*, 58, 7–17.
- Schwarzer, R. y Fuchs, R. (1999). Modificación de las conductas de riesgo y adopción de conductas saludables. In A. Bandura (ed.), *Autoeficacia: como afrontamos los cambios en la sociedad actual*. Bilbao: Descleé de Browuer.
- Sherman, S.J., Presson, C.C. y Chassin, L. (1984). Mechanisms underlying the false consensus effect: The special role of threats to the self. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 10, 127–138.
- Slovic, P., Fischhoff, B. y Lichtenstein, S. (1982). Facts versus fears: Understanding perceived risk. En D. Kahneman, P. Slovic y A. Tversky (eds.), *Judgement under uncertainty: Heuristics and biases* (pp. 463–489). Cambridge: Cambridge University Press.
- Smith, P.B. y Bond, M.H. (1993). *Accross cultures*. Boston MA: Allyn y Bacon.
- Spears, R. (1995). Consensus Estimation. In A.S.R. Manstead y M. Hewstone (eds.), *The Blackwell Encyclopedia of Social Psychology*. Oxford: Blackwell Pub.
- Suls, J. y Wan, C.K. (1987). In search of the false–uniqueness phenomenon: Fear and estimates of social consensus. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 211–217.
- Suls, J., Wan, C.K. y Sanders, G.S. (1988). False consensus and false uniqueness in estimating the prevalence of health–protective behaviors. *Journal of Applied Social Psychology*, 18, 66–79.
- Taylor, S.E. y Brown, J.D. (1994). Positive illusions and well–being revisited: separating fact from fiction. *Psychological Bulletin*, 116, 21–27.
- Taylor, S.E., Brown, J.D. (1988). Illusion and well–being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193–210.

- Ubillos, S. (1994). *Informe: Campaña de Educación Sexual*. Documento sin publicar. Donostia: Dpto. de Psicología Social de la Facultad de Psicología de la UPV/EHU.
- Ubillos, S. (2000). Conducta sexual e infección por VIH. En S. Yubero y E. Larrañaga (coord.), *SIDA: Una visión multidisciplinar* (pp. 63–94). Cuenca: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla–La Mancha.
- Ugarte, I., Rodríguez, B., Paz, P.M., Páez, D. y de Lucas, J. (1998). Ignorancia pluralista, atribución de causalidad y sesgos cognitivos en el racismo gitano. *Revista de Psicología Social*, 13, 2, 321–330.
- Van der Pligt, J. (1995). Perceived risk and risk-taking behavior. En A.S.R. Manstead y M. Hewstone (eds.), *The Blackwell Encyclopaedia of Social Psychology*. Oxford: Basic Blackwell.
- Van der Pligt, J. (1996). Risk Perception and Self-Protective Behavior. *European Psychologist*, 1, 1, 34–43.
- Van der Pligt, J. (1998). Perceived risk and vulnerability as predictors of precautionary behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 3, part. 1, 1–14.
- Van der Pligt, R. (1994). Changing adolescents' sexual behaviour: perceived risk, self-efficacy and anticipated regret. *Patient Education and Counseling*, 23, 187–196.
- Van der Velde, F.W., Van der Pligt, F. y Hooykaas, C. (1994). Perceiving AIDS-related risks: Accuracy as a function of differences in actual risk. *Health Psychology*, 13, 1, 25–33.
- Van de Wijgert, J.H.H.M. y Padian, N.S. (1993). Heterosexual transmission of HIV. In L. Sherr (ed.), *AIDS and the heterosexual population*. Chur, Switzerland: Harwood.
- Viladrich, C. (1986). *Modelos de toma de decisión individual en psicología*. Tesis doctoral no publicada. Bellaterra, Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Weinstein, N.D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806–820.
- Weinstein, N.D. (1984). Why it won't happen to me: Perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3, 431–457.
- Weinstein, N.D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7, 355–386.
- Wellings, K., Field, J., Johnson, A.M. y Wadsworth, J. (1994). *Sexual Behaviour in Britain: the national survey of sexual attitudes and lifestyles*. London: Penguin Books.

- Whitley, B.E. y Hern, A.L. (1991). Perceptions of Vulnerability to Pregnancy and the Use of Effective Contraception. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 1, 104–110.
- Whitley, B.E. (1998). False Consensus on Sexual Behavior Among College Women: Comparison of Four Theoretical Explanations. *The Journal of Sex Research*, 35, 2, 206–214.
- Zonabend, F. (1993). Au pays de la peur déniée. *Communications*, 57, 121–130.

Big-five (NEO-PI)

Se trata de un cuestionario formado por 44 ítems con un rango de variación de 1 a 5 (de muy en desacuerdo a muy de acuerdo). Para la corrección de esta escala, han de invertirse los valores de los ítems 2, 6, 8, 9, 12, 13, 16, 18, 19, 22, 25, 27, 33, 35, 42 y 44. (1 por 5, 2 por 4, 4 por 2 y 5 por 1), procediéndose seguidamente a la suma de los valores para obtener la puntuación de los siguientes rasgos de personalidad: Extraversión, Agradabilidad, Consciencia, Neuroticismo y Apertura a la experiencia.

Para tener la puntuación de **Extraversión**, sume los ítems 1, 6, 11, 16, 32, 40, 43 y 27. Divida por 8. La media para una muestra de Barcelona era de 3,4.

Para tener la puntuación de **Agradabilidad o Conformidad**, sume los ítems 2, 7, 13, 22, 24, 28, 33, 37 y 41. Divida por 9. La media para una muestra de Barcelona era de 3,8.

Para tener la puntuación de **Consciencia**, sume los ítems 3, 8, 14, 18, 21, 25, 29, 34 y 42. Divida por 9. La media para una muestra de Barcelona era de 3,5.

Para tener la puntuación de **Neuroticismo** sume los ítems 4, 9, 15, 19, 26, 30, 35 y 38. Divida por 8. La media para una muestra de Barcelona era de 3,2.

Para tener la puntuación de **Apertura a la experiencia** sume los ítems 5, 10, 12, 17, 20, 23, 31, 36, 39 y 44. Divida por 10. La media para una muestra de Barcelona era de 3,8.

A continuación se presentan los datos de 105 estudiantes universitarios de la CAV para los 5 rasgos de personalidad:

	<i>Hombres (n=53)</i>		<i>Mujeres (n=52)</i>		<i>Total (n=105)</i>	
	M	DT	M	DT	M	DT
1. Extraversión	27,11	4,36	26,67	5,12	26,90	4,71
2. Agradabilidad	30,12	4,02	31,08	3,86	30,58	3,95
3. Consciencia	30,98	5,01	30,60	4,37	30,80	4,70
4. Neuroticismo	23,61	4,42	24,98	4,28	24,27	4,38
5. Apertura a la experiencia	34,98	5,58	34,54	4,79	34,77	5,19

Siguiendo el criterio del punto de corte, aquellos sujetos que puntúen en extraversión por debajo de 26 puntos, en consciencia por debajo de 30 puntos y en neuroticismo por encima de 25, tendrán más probabilidades de presentar malestar subjetivo.

Referencias Bibliográficas:

- Costa, P. T. R. Jr. y McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T. R. Jr. y McCrae, R. R. (1987). Personality assessment in psychosomatic medicine. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 17, 71–82.
- Costa, P. T. R. Jr. y McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.

Escala de afectividad positiva y negativa “PNA”

Esta escala busca medir el nivel de bienestar o malestar subjetivo, durante lapsos de tiempo establecidos por el investigador. El cuestionario consta de 18 ítems, de los cuales 10 provienen de la escala original de Bradburn. El tipo de respuesta es de tipo temporal y puede oscilar entre 1 (Nunca) y 4 (Casi todo el tiempo). La puntuación obtenida por un sujeto está dentro de un rango teórico comprendido entre 18 y 72 puntos.

La evaluación del afecto positivo se obtiene realizando el sumatorio de la puntuación correspondiente a las siguientes preguntas: 3, 5, 7, 9, 12, 15, 16 y 18. Mientras que el afecto negativo se obtiene tras realizar el sumatorio de las puntuaciones de los ítems 1, 2, 4, 6, 8, 10, 11, 14 y 17.

A través de esta escala podemos obtener también una medida de la balanza afectiva. Para ello, bastaría con realizar la resta entre el afecto positivo y el afecto negativo.

En una investigación realizada en nuestro contexto (N=105 estudiantes CAV), hemos encontrado una puntuación media para la escala PNA de afectividad positiva de 24,19 (SD=5,39) y para la escala PNA de afectividad negativa de 17,51 (DT=5,16). Respecto de los sexos, en PNA positiva las mujeres muestran una media de 24,54 (DT=5,42) y los hombres de 23,87 (DT=5,40). En PNA Negativa la media de las mujeres es de 17,42 (DT= 5,68) y la de los hombres de 17,60 (DT=4,68). Los que puntúan menos de 19 en PNA positivo están con el 33% de los que tienen una baja afectividad positiva. Las mujeres que puntúan por encima de 23 y los hombres por encima de 22 en PNA negativo están en el 33% de los que presentan una mayor afectividad negativa.

Los sujetos con puntuaciones por debajo de 22 en PNA positivo y por encima de 19 en PNA negativo, tienen una mayor probabilidad de presentar malestar subjetivo.

Así también, en nuestra muestra hemos encontrado una puntuación media para la balanza afectiva de 6,68 (DT=8,43), quienes estén por encima de 7 mostrarán una balanza positiva.

Referencias Bibliográficas:

Warr, P., Barter, J., y Brown-Bridge, G. (1983). On the independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 644–651.