

Convención 2021
Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas

VIII SIMPOSIO INTERNACIONAL
PSICOLOGÍA Y DESARROLLO HUMANO

Título

**VALIDACIÓN DE CONSTRUCTO A MODIFICACIONES AL
AUTORREPORTE VIVENCIAL DE GRAU**

Title

Validation of construct to modifications to Grau's Experiential Self-report

Autores

Humberto García Penedo¹, Alexis Lorenzo Ruiz.², Lázaro José Blanco Limés³, Pedro Luis Román Olivera.⁴, Giselle Barrios Rodríguez.⁵

Resumen

Se evidenció que el Autorreporte Vivencial de Grau original puede ser perfeccionado a partir de los últimos hallazgos sobre la emocionalidad, incluir la evaluación cuantitativa y extender su capacidad evaluativa a varios constructos de interés clínico tales como la ansiedad, la depresión, la ira, la Alexitimia, la Asertividad (indirecta), el autocontrol emocional, el trauma psicológico y fundamentar la promoción de salud emocional. Como objetivo general se propuso *Validar el sistema de constructos del Autorreporte Vivencial* y como específicos: validar la adecuación de

¹ Humberto García Penedo. Facultad de Psicología/Universidad de la Habana, Cuba, E-mail: humbertopenedo@mail.com

² Alexis Lorenzo Ruiz Facultad de Psicología/Universidad de la Habana, Cuba, E-mail: alexis.lorenzo@psico.uh.cu

³Lázaro José Blanco Limés. Facultad de Psicología/Universidad de la Habana, Cuba, E-mail: lazaroblancolimes@gmail.com

⁴Pedro Luis Román Olivera. Dirección municipal de Educación Municipio Abreus/Cienfuegos, E-mail: pedroluis83@nauta.cu

⁵ Giselle Barrios Rodríguez.⁵ Facultad de Psicología/Universidad de la Habana, Cuba, E-mail: gbr992302@gmail.com

los vocablos empleados, validar la pertinencia de los criterios de dictamen para los constructos y la metodología de cálculo para cada uno.

Se empleó el método de criterio de expertos. Se definieron criterios de dictámenes y niveles de severidad de cada trastorno, se definieron los intervalos y los procedimientos de cálculo; se realizó además pilotaje y procesamiento estadístico con el SPSS versión 22.

Todos los ítems de cada constructo están correlacionados significativamente y algunos bilateralmente apoyando la consistencia interna del instrumento. La Autorregulación emocional se correlaciona de forma significativa, negativa y bilateral con la negatividad y la ira, mientras que los ítems de la depresión se correlacionan de significativamente entre sí, lo mismo sucede con los de la ansiedad, de la Alexitimia y los Antagonistas Emocionales de la Asertividad se correlacionaron negativa y significativamente con la Asertividad.

Como conclusiones del estudio se validaron los constructos ansiedad, depresión, Alexitimia, ira, autorregulación emocional, Asertividad (indirecta), trauma psicológico y Salud emocional. Las correlaciones obtenidas muestran la consistencia interna de cada constructo.

Palabras clave: Autorreporte Vivencial; Alexitimia; Depresión; Ansiedad; Ira; Asertividad

Abstract:

It was shown that the original Grau's Experiential Self-Report can be refined from the latest findings on emotionality, include quantitative evaluation and extend its evaluative capacity to various constructs of clinical interest such as anxiety, depression, anger, Alexithymia, Assertiveness (indirect), emotional self-control, psychological trauma and support the promotion of emotional health. As a general objective, it was proposed to validate the system of constructs of the Experiential Self-report and as specific: to validate the adequacy of the words used, to validate the relevance of the opinion criteria for the constructs and the calculation methodology for each one.

The expert judgment method was used. Criteria for opinions and severity levels for each disorder were defined, the intervals and calculation procedures were defined; Piloting and statistical processing were also carried out with SPSS version 22.

All the items of each construct are significantly correlated and some bilaterally supporting the internal consistency of the instrument. Emotional self-regulation is significantly, negatively and

bilaterally correlated with negativity and anger, while the items of depression are significantly correlated with each other, the same happens with those of anxiety, Alexithymia and Emotional Antagonists of Assertiveness was negatively and significantly correlated with Assertiveness.

As conclusions of the study, the constructs anxiety, depression, Alexithymia, anger, emotional self-regulation, Assertiveness (indirect), psychological trauma and Emotional health were validated. The correlations obtained show the internal consistency of each construct.

Key words: *Experiential Self-Report; Alexithymia; Depression; Anxiety; Anger; Assertiveness;*

Introducción

La emocionalidad es un área del psiquismo sobre la cual se ha incrementado el interés de psicoterapeutas en los últimos tiempos. Disímiles trastornos psicopatológicos se expresan con alteraciones de la afectividad. Según Vigotsky (1979), la vivencia humana constituye una unidad de análisis de la subjetividad de alto valor diagnóstico. La intención de evaluarla cualitativamente según su intensidad en el Autorreporte Vivencial (Grau, 1984/López, 2006) es un buen comienzo y ha sido útil en el diagnóstico; no obstante, considerar la frecuencia en que una persona experimenta sus vivencias define mejor el patrón emocional del sujeto, lo que suele caracterizarle desde ese criterio cuando las vivencias son muy frecuentes.

Disímiles trastornos psicopatológicos pueden ser caracterizados por la conglomeración de varias vivencias afines, lo que permite agruparlos en factores que facilitan su estudio (Camejo, 2011; Fernández, Rodríguez, Grau, Montiel, Toledo, 2013; Fernández, Camejo, Rodríguez, Grau, Grau, 2014). Basado en este principio de reagrupar vivencias para evaluar trastornos tales como la depresión, la ansiedad, la ira, entre otros permite extender el diagnóstico de tales trastornos afectivos a través de este instrumento.

A partir de los estudios Psicología positiva, se activó considerar la importancia de las emociones positivas para la salud humana (Lee, Steenmand, Seligman, 2005; Duckworth, Steen, Seligman, 2005). Las emociones negativas afectan la salud (Piqueras, Ramos, Martínez, Oblitas, 2010; Piqueras, Ramos, Martínez, Oblitas, 2010) mientras que las positivas la potencian a través del efecto anulador de las emociones positivas sobre el impacto de las negativas (Fredrickson, 2003), así como del principio aditivo de las emociones (Carrillo, Collado, Rojo, Staats, 2006). Esta interrelación fundamenta incluir la cuantificación en el estudio de las vivencias.

Una vez definidas cuáles modificaciones serían plausibles en la nueva versión del Autorreporte y su fundamentación, se procedió a realizarlas y a evaluar su pertinencia. Por lo que en el presente estudio el **Objetivo general** ha sido: *Validar el sistema de constructos del Autorreporte Vivencial* y como **Objetivos específicos**:

1. Validar la adecuación de los vocablos empleados
2. Validar la pertinencia de los criterios de dictamen para cada uno de los constructos
3. Validar la metodología de cálculo para cada constructo

Metodología

Se trata de una investigación de desarrollo tecnológico, que sigue un paradigma cuantitativo y su diseño es no experimental. A continuación se describe el proceso de construcción de la nueva versión, su fundamentación teórica y metodología diseñada de medición y de dictamen; gestiones encaminadas a acumular evidencias teóricas, estadística, empírica y semántica del empleo del sistema de puntuación (Rodríguez, Molerio, 2012).

Se añadió considerar la frecuencia en que el sujeto presenta la vivencia para identificar el patrón vivencial, ya que este aspecto es lo que lo sustenta. Se incrementó de 14 a 25 la cantidad de ítems del instrumento para extender su capacidad psicométrica. Se incluyeron emociones negativas de las cuales se quejan las personas con alcoholismo, entre las cuales están el celo, la envidia y el resentimiento, según la literatura revisada (Martínez, 2009). Se incluyeron tres “emociones” positivas (el optimismo, el buen humor y la alegría). Cada una de estas cualidades ha sido estudiada su influencia sobre la salud (Ortiz, Ramos, Vera-Villaruel, 2002).

Se establecieron agrupaciones de ítems por su especificidad para reflejar trastornos afectivos concretos: tres para la *ansiedad* (ítems inquieto, inseguro y ansioso), cinco para la *depresión* (triste, desmotivado, sufrido, angustiado y apático), dos para la *Alexitimia* (confundido y emoción desagradable que no logro definir); pues hay que considerar que cuando se presenta este trastorno no siempre se consigue identificar cuál emoción negativa es la que perturba al sujeto, además, porque este trastorno ha sido identificado en sujetos alcohólicos (Handelsman, Stein, Bernstein, Oppenheim, Rosenblum, Magura, 2000).

Cinco para la *ira de rasgo* (irritable, impulsivo, iracundo, desprecio y resentido), tres para antagonistas emocionales de la *Asertividad* (temeroso, inseguro, tímido). Se estableció definir presencia de secuelas de *traumas psicológicos* sobre la base teórica de un patrón de negatividad repetitivo que trasciende la capacidad de autocontrol del sujeto y se definió además un dictamen

de la *capacidad de autocontrol emocional*. Esto último se basa en la cuantía de emociones negativas que el sujeto declare con significación clínica, la polaridad que conserven al final de su cálculo, la cual se hace depender de la cuantía de positividad que es lo que podría contrarrestarla. En resumen, el proceso de validación se extendió puntualmente a ocho constructos que son la depresión, la ansiedad, la ira de rasgo, la Alexitimia, la Autorregulación emocional, la Asertividad, trauma psicológico y salud emocional y un perfil emocional como subproducto adicional para definir en un futuro subtipos clínicos sobre la base de estudios correlacionales.

Como base teórica para la medición cuantitativa de las alteraciones emocionales desde la vivencia reportada por el sujeto, están el efecto anulador de las emociones positivas sobre las negativas (Fredrickson, 2003) y el principio aditivo de las emociones (Carrillo, Collado y Staats, 2006).

Como metodología de medición se estableció medir cada trastorno usando solo los ítems específicos que lo reflejan. Las unidades de medida en que se basan los cálculos es el concepto de *significación clínica* y es la que le otorga el sujeto al declarar con qué intensidad y frecuencia tiene la vivencia explorada. Así quedan establecidos los siguientes niveles de la misma:

Tabla 1
Criterios operativos de definición de la significación clínica de cada vivencia

Combinación intensidad-frecuencia	Valor
Intensamente- muy frecuente	4
Intensamente- A veces	3
Moderadamente – muy frecuente	2
Moderadamente – A veces	1
Para el resto de las combinaciones	0

Fuente: elaboración propia

Para validar los vocablos empleados en el Autorreporte, así como la pertinencia de los criterios de medición y las categorías de dictámenes se empleó la metodología de validación por criterio de expertos. Cinco expertos participaron en esta parte.

Análisis de los Resultados:

Del cuestionario respondido por los expertos se compilaron sus criterios acerca de la pertinencia de los criterios del Autorreporte. Puede observarse el predominio de la categoría *Muy pertinente* con valor 8 (máximo) para la casi totalidad de los vocablos (tabla 2).

Idóneo	1	4
Sujeto	1	4
Intenso extremo	1	4

Fuente: elaboración propia

Queda valorada la pertinencia de los criterios de dictamen para la autorregulación emocional según se muestra en la tabla 4.

Tabla 4

Pertinencia de los niveles elegidos para la definición de la Autorregulación emocional:

Autorregulación emocional	Nada pertinente			Algo pertinente			Muy pertinente		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Buena							1		4
Regular							1		4
Mala							1		4

Fuente: elaboración propia

Los expertos también coinciden en la pertinencia de los criterios de dictamen de la Salud emocional como se muestra en la siguiente tabla 5.

Tabla 5

Pertinencia de los niveles de Salud emocional versus disfunción afectiva propuestos

Salud Emocional – disfunción afectiva	Nada pertinente			Algo pertinente			Muy pertinente		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Idónea								1	4
Normal								1	4
Ligera								1	4
Frágil								1	4
Tensa								1	4

Fuente: elaboración propia

Después de aplicar el cuestionario anterior se definió la metodología de cálculo para cada constructo, fundamentados en la especificidad de los ítems que reflejan cada uno, en los correspondientes supuestos teóricos y desde la significación clínica prefijada operativamente como unidad de medida; dichos resultados se describen a continuación:

-El constructo **depresión** se sustenta en cinco ítems (triste, desmotivado, sufrido, angustiado y apático). Cada uno adquirirá una medida de significación clínica (de 0 a 4). Se suman los valores de significación clínica y a partir de una escala cuyo valor máximo es 20 (4 por 5) y el menor es el cero, se establecen intervalos que definen la gravedad del trastorno.

Severa (20-16), Moderada (15-11), Ligera (10-6) y Ninguna (5-0).

Estas vivencias habían sido agrupadas antes en un factor común en un estudio de validez concurrente del Autorreporte Vivencial, donde fue correlacionado con el Inventario de Depresión de Beck, lo cual resultó una correlación positiva y significativa ($p < .001$) entre dicho factor y la puntuación total del referido Inventario (Fernández, Camejo, Rodríguez, Grau, Grau, 2014).

-El constructo *ira de rasgo* se sustenta también en cinco ítems (irritable, impulsivo, iracundo, desprecio y resentido). Este factor comparte tres vivencias de cuatro en que se conformó antes en el estudio de referencia (Fernández, Camejo, Rodríguez, Grau, Grau, 2014), se mantienen representando las vivencias de ira-disgusto-rechazo, aunque en las modificaciones se eliminó el *rechazo* y se sumaron los ítems *impulsivo* y *resentido*.

Aquí el criterio de decisión se basa en el signo que adquiera cada valor de significación clínica después de ser restado por la positividad general. Si el valor obtenido es positivo, se infiere que desborda la capacidad de autocontrol del sujeto. Sus niveles establecidos son: Alta (Si es positivo el valor de la resta para Intensamente - Muy frecuente), Moderada (Si es positivo el valor de la resta para Intensamente - A veces), Ligera (Si es positivo el valor de la resta para Moderadamente - Muy frecuente) y Ninguna (Cualquiera sea la polaridad del valor de la resta para una significación clínica de Moderadamente - A veces).

-El constructo *ansiedad* se sustenta en tres ítems (*inquieto, inseguro y ansioso*) ahora su valor máximo es 12 (3 X 4 -máximo valor de significación clínica). Se establece para el dictamen lo siguiente: (Severa (12-10), Moderada (9-6), Ligera (5-3) y Ninguna (2-0).

- Dada la multidimensionalidad del constructo Asertividad (León, 2014) y la corta extensión del Autorreporte, no es posible evaluarla; en cambio, el constructo *Antagonistas Emocionales de la Asertividad* (AEA) reflejado en los ítems (*temeroso, inseguro, tímido*), el cual es inversamente proporcional a esta habilidad social, permite una aproximación a la presunción de posible Asertividad cuando sus antagonistas emocionales son muy bajos. Como criterios de cálculo se definen los términos de dictamen siguientes:

Alta (0-3), Normal (4-6), Ligera (7-9) y Baja (10-12)

-El constructo *Alexitimia* también requiere más ítems para ser evaluado, no obstante, los ítems (*confundido y emoción desagradable que no logro definir*) son muy distintivos de este trastorno y acusan su presencia. Se halla el total de su significación clínica (el máximo es 8) y para su dictamen se define lo siguiente: Severa (8-6), Moderada (5-4), Ligera (3-2) y Ninguna (1-0)

-El constructo **trauma psicológico** requiere más ítems para ser definido e incluye precisar evento psicotraumático. El DSM 5 solo define al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) sin desarrollar otras formas clínicas existentes; no obstante, su base teórica es la presencia de tres o más emociones negativas de significación clínica concomitadas con una baja positividad. Sus emociones más frecuentes son la *irritabilidad, el enfado, el miedo, la desconfianza, la culpa, la vergüenza, el resentimiento, la apatía e incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (felicidad...)*, por eso el instrumento se limita a solo tres dictámenes: *No, Posible y Muy posible* pero sin confirmarlo. **No** (ausencia de triada o más de emociones típicas con significación clínica), **Posible**: si al menos tres de esas emociones adquieren significación clínica de valor 3 (Moderadamente-Muy frecuente-A veces) y **Muy posible** si triada o más puntúan (*Intensamente – sea Muy frecuente, A veces o ambas inclusive*; verificar además que la Positividad es igual o inferior a 4 en esta última condición).

-El constructo **Autorregulación emocional** se hace depender de la cuantía de negatividades con significación clínica. Cuando la positividad es deficitaria y la negatividad elevada, los valores de esta última suelen adoptar polaridad positiva lo cual indica que desborda las posibilidades del sujeto para autorregularse. Lo contrario, cuando el valor obtenido es negativo indica que el sujeto posee recursos internos para anular el embate de la negatividad. Se define como sigue:

Mala: Si valor *Intensamente - Muy frecuente* es positivo; si valor *Intensamente- A veces* es positivo; **Regular**: si valor *Moderadamente - Muy frecuente* es positivo; si valor *Moderadamente - A veces* es positivo; **Buena**: si los valores antes mencionados son negativos

-El constructo **Salud emocional** se deriva de una mirada global a la composición vivencial del perfil afectivo a través de su codificación cuya concentración o dispersión la refleja. Los términos de dictamen: *Idónea, Normal, Ligera, Frágil y Tensa* se definen de la manera siguiente.

Idónea: negatividad de significación clínica no reportada y *positividad (12-10)*

Normal: negatividad de significación clínica, aunque reportada, queda anulada por la *positividad* entre (9-7)

Ligera: negatividad de significación clínica *Moderadamente - Muy frecuente e igual condición para la significación clínica Moderadamente – A veces* *positividad* entre (6-4)

Frágil: negatividad de significación clínica *Intensamente – A veces* *positividad* entre (3-0)

Tensa: negatividad de significación clínica *Intensamente - Muy frecuente (positiva) – Positividad* entre 3-0

Se realizaron 37 aplicaciones para cotejar los resultados con casos de los cuales se ha tenido conocimiento de su situación clínica, procedimiento legítimo para evaluar la validez (Fernández-Ballesteros, 2004; Guerra, 2008). La muestra estuvo compuesta por 15 mujeres y 22 hombres; La edad de los encuestados osciló desde los 21 hasta los 80 años, con una media de 40.26 años. El procedimiento permitió identificar las incongruencias y realizar los ajustes pertinentes.

Criterios de selección: selección intencional dadas las condiciones de aislamiento social en el tiempo en que fue realizado el estudio. Apenas se contó con su disposición a participar en responder el instrumento e intercambiar con la persona los resultados como un método para corroborar su validez.

Resultados

Se constató una correlación significativa negativa entre la autorregulación emocional y la ira de rasgo (tabla 1). Esto apunta a la consistencia del instrumento en estos constructos.

Tabla No.6

Correlación entre la Autorregulación emocional y la ira de rasgo

		Correlaciones	
		Autorregulación emocional	Ira de rasgo
Autorregulación emocional	Correlación de	1	,000*
	Sig. (bilateral)		,022
	N	37	37
Ira de rasgo	Correlación de	,000*	1
	Sig. (bilateral)	,022	
	N	37	37

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Fuente: elaboración propia

La tabulación cruzada de ambos constructos (Tabla 2) refleja que la Autorregulación emocional se hace depender además de otras emociones negativas; cuando es regular ello no se debe a la ira y cuando es mala, las dos terceras partes no se explican por la ira. Lo cual legitima que los problemas de autorregulación emocional son de variado origen emocional.

Tabla 7

Tabulación cruzada de la Autorregulación emocional y la ira de rasgo

Autorregulación emocional*Ira de rasgo tabulación cruzada
Recuento

		Ira de rasgo				Total
		Ninguna	Ligera	Moderada	Alta	
Autorregulación emocional	Buena	15	3	1	1	20
	Regular	3	2	0	0	5
	Mala	4	4	1	3	12
Total		22	9	2	4	37

Fuente: elaboración propia

- En la *Alexitimia*, sus constructos “*confundido*” y “*Emoción desagradable...*” la correlación entre ambos resultó significativa bilateral al nivel de 0.01
- En el constructo *Antagonistas Emocionales de la Asertividad*, (AEA) hay correlación significativa bilateral entre el *temor* y la *inseguridad* en el nivel 0.05 y la timidez se correlaciona con ambos.
- En el constructo *Ira*, la *impulsividad* se correlaciona de modo significativo y bilateral al nivel de 0.05 con *irritable e iracundo*.
- Entre los tres ítems de la *Ansiedad*, hay correlación significativa bilateral entre inquieto y ansioso, mientras que la inseguridad se correlaciona con ambos.

Conclusiones

1. Se logró validar cada constructo incluido en las modificaciones efectuadas al Autorreporte Vivencial original los cuáles son la ansiedad, la depresión, la Alexitimia, la autorregulación emocional, la ira de rasgo, la Asertividad (indirecta), trauma psicológico y Salud emocional.
2. Se validó la pertinencia de cada uno de los vocablos empleados
3. Se validó la pertinencia de los criterios de dictamen para cada uno de los constructos.
4. Se validó la pertinencia de la metodología de cálculo para cada uno de los constructos
5. Las correlaciones obtenidas muestran la consistencia interna de cada constructo.

Recomendaciones

- Realizar una validez concurrente para cada uno de los constructos del Autorreporte con pruebas validadas en el país
- Continuar, cuando se pase el periodo de aislamiento social con la validación de los constructos del instrumento con poblaciones con trastornos psicopatológicos de nivel de funcionamiento neurótico y con poblaciones sanas.

Limitaciones del estudio: habría sido lo más deseable realizar las aplicaciones para validar cada constructo con personas bajo tratamiento psiquiátrico diagnosticadas previamente por presentar

algunos de los trastornos psicopatológicos que evalúa el instrumento, pero eso no fue posible. Por lo que los resultados hasta el momento son preliminares y pendientes a continuar el proceso de validación.

Referencias Bibliográficas

1. Camejo, Y. (2011) Análisis Factorial y confiabilidad del Autorreporte Vivencial. Unpublished Trabajo de Diploma, Universidad Central de las Villas, Santa Clara
2. Carrillo J. M^a., Collado S., Rojo N., Staats A. W. (2006). El papel de las emociones positivas y negativas en la predicción de depresión: el principio de adición de las emociones en el Conductismo Psicológico, *Clínica y Salud*, 17(3) pp. 277-295
3. Duckworth, A. L., Steen, T. A. and Seligman, M. E.P. (2005). Positive Psychology in Clinical Practice, *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 1 pp. 629–51
4. Fernández-Ballesteros, R. (2004). Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos. Madrid: Pirámide.
5. Fernández Castillo E., Rodríguez Martín B. C., Grau Ávalo J., Montiel Castillo V. E., Toledo Bada Y. (2013). Validación concurrente del Autorreporte vivencial, *Medicent Electron*, 17(4)
6. Fernández-Castillo, Camejo, Rodríguez-Martín, Grau-Ábalo, Grau. (2014). Estructura factorial, confiabilidad y validez concurrente del Autorreporte Vivencial.
7. Fredrickson Barbara L. (2003). The value of positive emotions. The emerging science of why it is good to feel good. *American Scientist* 91 p.330-335 Recuperable en: www.americanscientist.org
8. Guerra. E, (2008). Psicometría. Instrucciones para operación académica. Universidad Autónoma Indígena de México.
9. Handelsman, L., Stein, J. A., Bernstein, D. P., Oppenheim, S. E., Rosenblum, A. y Magura, S. (2000). A latent variable analysis of coexisting emotional deficits in substance abusers: alexithymia, hostility, and PTSD. *Addictive Behaviors*, 25, 423-428. doi:10.1016/S0306-4603(99)00010-6.
10. Hernández, A. (2010). La vivencia como categoría de análisis para la evaluación y el diagnóstico del desarrollo psicológico. *Revista Electrónica Psicología. Científica*. Disponible en: www.revistaelectronicapsicologiacientifica.com

11. Hervás G., Moral G. (2017). Regulación emocional aplicada al campo clínico. FOCAD para División de Psicoterapia 1ª ed. julio-septiembre, ISSN 1989-3906
12. Lee D. A., Steenmand T. A., Seligman, M. E.P. (2005). Positive Psychology in Clinical Practice. *Annual Review of Clinic Psychology* 1 p. 629-651.
13. León M. M. (2014). Revisión de la escala de asertividad de Rathus adaptada por León y Vargas (2009). *Revista Reflexiones* 93 (1) pp.157-171
14. López, L. M. (2006) Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: Félix Varela.
15. Martínez, O., E. (2009). Prevención de recaídas. Un libro de herramientas para personas en recuperación. Ediciones AQUÍ Y AHORA, Bogotá
16. Ortiz, J., Ramos N, Vera-Villaruel, P. (2002). Optimismo y salud: estado actual e implicaciones para la Psicología Clínica y de la Salud. *Suma Psicológica*; 10(1), marzo, 119-34.
17. Piqueras Rodríguez, J. A.; Ramos Linares, V.; Martínez González, A. E.; Oblitas Guadalupe, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física, *Suma Psicológica*, 16(2) pp. 85-112 Recuperable en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007>
18. Rodríguez M. B. C. y Molerio P. O. (2012). Validación de instrumentos psicológicos. Criterios básicos. Editorial Feijóo, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. ISBN: 978-959-250-808-8
19. Vigotsky, L. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica.

Anexos

ANEXO 1: Autorreporte vivencial de Grau original (López, 2006 p.239)

Nombre: _____

Instrucciones: A la izquierda se relacionan una serie de emociones o estados psíquicos y usted como cualquier otra persona puede experimentar. A la derecha de cada una de estas emociones hay una línea horizontal, cuyo extremo izquierdo indica el grado más débil en que se experimentan estas emociones, extremo derecho corresponde a la mayor intensidad en que le ha sido experimentado.

Usted debe marcar el punto de la línea que considere refleje el grado en que usted ha experimentado estas emociones durante estos últimos años.

Vivencia/ Intensidad	Escasamente	Moderadamente	Intensamente
Inquietud			
Desconfianza			
Irritabilidad			
Tristeza			
Apatía			
Miedo			
Inseguridad			
Sufrimiento			
Abatimiento			
Angustia			
Ira			
Rechazo			
Ansiedad			
Desprecio			

