

CAPITULO 1

INTRODUCCION: SALUD, EXPRESION Y REPRESION SOCIAL DE LAS EMOCIONES

Darío Páez Rovira

INTRODUCCION

Diferentes aproximaciones teóricas plantean que la interacción social es un proceso central en la construcción, la asimilación y el control de los sucesos afectivos. Los problemas y dificultades en la validación interpersonal de las emociones conducirían a dificultades de recuerdo y a problemas de salud mental y física. La idea central es que una inhibición de la vivencia subjetiva emocional y la ausencia de comunicación sobre ella, es decir, la represión psicológica y social de la expresión emocional, provocaría un peor recuerdo o déficit de memoria personal, así como un trabajo fisiológico que se asociaría a problemas de salud. Los déficits en el procesamiento cognitivo, intra e interpersonal, de los sucesos autobiográficos emocionales estarían asociados con conductas evitantes, imágenes intrusivas, pensamientos repetitivos, con revivir las emociones negativas y con problemas de salud (Horowitz y cols., 1990; Pennebaker, 1989; Rimé, Nöel y Philippot, 1991; Weinberger, 1990). Esta misma afirmación se puede plantear de otra forma: la represión o el déficit de expresión de la vivencia emocional, tanto en el momento mismo de la experiencia, como en períodos posteriores, se asociaría a problemas de salud. De forma específica, el no expresar y el no revivir la experiencia emocional bajo la forma de un código social compartido, se asociaría a déficits de memoria y a alteraciones afectivas.

En esta introducción vamos a revisar diferentes aproximaciones teóricas a la

relación entre la salud y la expresión frente la represión o la confrontación frente a la inhibición de las emociones, que nos permitirán situar los diferentes capítulos que componen este libro.

Primero, expondremos dos perspectivas que analizan la expresión y la represión de los estados afectivos y su reevocación, como aspectos de los procesos y dinámicas interpersonales ante sucesos extremos. Estas perspectivas son la de Horowitz, que se refiere específicamente a sucesos traumáticos, y la de Pennebaker, que se refiere a todo tipo de sucesos cargados afectivamente.

Segundo, expondremos otras perspectivas que examinan las tendencias o disposiciones de personalidad a evitar e inhibir o a confrontar y expresar, los estados emocionales y los recuerdos de éstos. La teoría de la represión de Weinberger y cols., así como la de la alexitimia se sitúan aquí. La idea base es que los sujetos que presentan como rasgo de personalidad la tendencia a reprimir las emociones (represores), como los sujetos que tienden a carecer de un lenguaje para identificar y hablar sobre las emociones (alexitimicos), tendrían un riesgo mayor de enfermedades, en particular psicosomáticas. Ahora bien, los sujetos que expresan en exceso las emociones y que las comparten mucho con otros, los denominados sensibilizadores, también presentarían problemas de salud. Igualmente, las personas altamente expresivas según los cuestionarios de roles sexuales, es decir, las personas que puntuán alto en la dimensión de communalidad-expresividad-feminidad, serían más vulnerables ante sucesos estresantes. En el caso particular del cáncer, se ha planteado como factor de riesgo un estilo de conducta o rasgo de personalidad, caracterizado por represión de ira, indefensión, alta extraversion y tendencia a la cooperación, bajo neuroticismo y psicoticismo. E. Ibañez revisa en un capítulo la problemática del denominado Tipo C de personalidad y relanza la discusión. Por último, desde una perspectiva de rasgo de personalidad, se expone la relación entre Tipo A, salud y conocimiento social de las emociones. Las personas con un estilo de conducta denominado Tipo A, se caracterizan entre otras cosas por un exceso de vivencia de cólera y déficits en el manejo de ésta, y tienen un riesgo mayor de sufrir de problemas cardio-vasculares.

Tercero, presentamos los estudios sobre las formas de afrontamiento con que se manejan los sucesos estresantes permiten matizar las afirmaciones anteriores. Además, esta perspectiva que se expone a continuación, permite examinar la evitación o la confrontación de la expresión emocional como un producto del estrés, de los niveles de apoyo social y de la evaluación que la persona realiza. En otras palabras, esta perspectiva examina cómo se afrontan los hechos afectivos y sus efectos a largo plazo en la salud, sin considerar estas respuestas como rasgos estables de personalidad, sino como un emergente de la situación psicosocial de las personas. Sin embargo, esta perspectiva no examina la relación del afrontamiento con la memoria autobiográfica. Y recordemos que la idea central que estructura este libro, es que son los mismos procesos los que explican tanto la memoria autobiográfica de hechos emocionales, como los procesos de salud/enfermedad.

Presentamos en cuarto lugar la perspectiva de Rimé y cols. sobre el reparto social de las emociones, que postula que cualquier hecho emocional, por normal y poco estresante que sea, debe ser procesado interpersonalmente para ser asimilado. De forma complementaria a la anterior perspectiva, se expone el estudio de las memorias vívidas autobiográficas. Estas líneas de investigación, desarrolladas al margen del estudio de los factores psicosociales (estrés, apoyo social y formas de afrontamiento) de la salud, nos permite revisar los procesos vinculados a los efectos de la inhibición y confrontación en la memoria de hechos personales cargados afectivamente.

El objetivo de este libro, y del curso de verano en el que se basa, fue lograr una presentación unificada, desde el punto de vista de la psicología de la personalidad, de la psicología social, de la psicofisiología y neuropsicología, de todos los puntos anteriores. Los capítulos de Fano y de Adrián exponen las bases fisiológico-hormonales y las neuropsicológicas de la expresión e inhibición emocional.

SUCESOS TRAUMATICOS, DEFICIT EN EL PROCESAMIENTO Y REACCIONES EMOCIONALES

Uno de los primeros autores que planteó la importancia de los sucesos emocionales extremos traumáticos y sus déficits de procesamiento para la salud fue Freud. Este autor, afirmó, por un lado que los neuróticos sufren de reminiscencias o de recuerdos de hechos traumáticos, y por otro, que la represión o expulsión de la conciencia de ciertos aspectos subjetivos y afectivos, se asociaba a problemas de salud mental. En este libro, el texto de A. González retoma la definición de la represión en Freud y su relación con las investigaciones actuales. El capítulo de X. Gómez e I. Echebarría examina otro de los pilares clásicos del pensamiento freudiano: la represión de la sexualidad. Estos autores exponen cómo se investiga en la actualidad la represión de la sexualidad y la internalización moral de los castigos, particularmente en relación con las conductas de salud en el área de la contracepción y del erotismo.

Horowitz (1990) ha descrito un modelo psicodinámico del trastorno post-traumático del estrés. Las observaciones de Freud concernientes a la histeria como una consecuencia de la represión de memorias traumáticas, así como los comentarios sobre compulsión de repetición que sigue a los traumas, han servido como un punto de partida para el estudio actual de los trastornos de estrés. Horowitz sintetiza la posición de Freud y su modelo psicodinámico del trastorno del estrés post-traumático de la forma siguiente:

“Los trastornos traumáticos están definidos por experiencias extremas que sugieren un control excesivo así como el fracaso del control. Una experiencia de este tipo es evitante, la persona puede negar las implicaciones del hecho y se puede sentir emocionalmente anestesiada. Otro tipo de abandono de la experiencia consciente ordinaria después de un suceso de vida traumático es intrusiva: la persona puede ser

inundada por ideas involuntarias o por imágenes y por intensas o las de emoción. Las fases de denegación y de intrusión a menudo siguen a una fase inicial de descarga. La fase inicial de descarga o de exteriorización es a menudo una expresión subcontrolada de intensas emociones con muchas ideas asociadas a ellas, que no pueden ser procesadas totalmente. La fase de negación en la que parece haber un alto nivel de regulación de la experiencia consciente, a menudo sigue a la fase de descarga. Después de la fase de negación hay una fase en la cual hay cada vez manifestaciones menos controladas de ideas y sentimientos. La transición de la denegación a la fase intrusiva parece suceder mediante una reducción inconsciente del control. En otras ocasiones la aparición o el ingreso en una fase intrusiva puede ser precipitada por un hecho que haga recordar la experiencia estresante. La fase de denegación se caracteriza por la omisión de algunos temas que se podría esperar que el sujeto revisara o pensara después del suceso estresante y que pueden ser consciente durante la fase de intrusión o la fase de trabajo afectivo en reacción a los sucesos de vida graves sucedidos. Hemos obtenido evidencia empírica para estas frases usando nuestra escala de impacto del evento, que muestra conglomerados coherentes de ítems intrusivos y de ítems evitantes en diferentes momentos en la reacción de las personas ante un suceso de vida grave particular" (Horowitz y cols., 1990, pag. 64).

Tales observaciones clínicas han sido complementadas por estudios experimentales comparando el efecto de films neutros y films estresantes y que han encontrado que los últimos están seguidos simultáneamente por más pensamientos intrusivos y por más imaginaria intrusiva. Horowitz propone que el proceso emocional debe ser completado, es necesario que se termine, que se complete. En otras palabras, Horowitz propone que las personas deben trabajar sobre el hecho emocional, elaborándolo y asimilándolo cognitivamente, hasta completar y "cerrar" una narración que permita darle un sentido a lo ocurrido.

Implícitamente Horowitz plantea que la exposición completa a todos los componentes de la memoria, mientras el sujeto está en un estado fisiológico-cognitivo similar al que acompaña al suceso traumático, es necesario para completar exitosamente el procesamiento emocional (Jones y Barlow, 1990). El modelo psicodinámico de Horowitz plantea que la recuperación repetida desde la memoria a largo plazo de las representaciones conscientes contribuyen importantemente a su transformación.

El modelo de Horowitz se ve confirmado en una parte de las personas que sufren sucesos traumáticos. Los sucesos negativos extremos provocan síntomas de estrés postraumático en alrededor de un 30-40% de las víctimas. Este porcentaje sube al 60% en el caso de las violaciones (Norris, 1990; Maser y Solomon, 1990). La mitad de las personas que afrontan sucesos negativos estresantes y catástrofes colectivas, pasan por diferentes etapas, parecidas a las planteadas por él. En una primera fase de alrededor de seis meses se movilizan en relación al hecho. Hay una alta activación fisiológica, un pensamiento obsesivo y fenómenos de ansiedad y enojo. Entre seis meses y un año y

medio, se presenta un estado más estable, de disminución de la actividad fisiológica y de pensamiento. En esta fase se realiza el trabajo de duelo y aparece la depresión. Finalmente, después de un año y medio-dos años se finaliza el trabajo de aceptación y desaparece el impacto afectivo. Estos períodos son más cortos para gente con experiencia previa y apoyo social (Pennebaker, 1990).

Un elemento que cuestiona la validez del modelo de fases de Horowitz es que no todos los sujetos que han sufrido sucesos traumáticos pasan por el mismo proceso. De hecho, Silver y Wortman (1989) encontraron que la mitad de los sujetos afrontaban lo ocurrido sin pasar por fases de enojo-ansiedad, y de tristeza intensas, encontrándose psicológicamente bien años después. Un 18% presentaba duelo crónico y un 3% duelo postergado (no expresión al inicio, pero, fuerte alteración después). Sólo un 30% seguía la totalidad de las fases. En este libro, el capítulo de Echeburúa y cols. examina la problemática del estrés postraumático en víctimas de violación, y confirma que las personas que más han expresado y revivido hablando con otros su experiencia traumática, presentan menos síntomas, aunque siguen necesitando ayuda psicoterapéutica.

Otro modelo explicativo contemporáneo, que se inspira parcialmente en Freud y que examina las respuestas a sucesos traumáticos es el de Pennebaker. Lo describiremos brevemente en el apartado siguiente, ya que este autor expone en su capítulo una visión general de su perspectiva sobre el problema de la expresión y represión de la vivencia afectiva.

MODELO DE INHIBICIÓN CONFRONTACIÓN DE PENNEBAKER

El Modelo de inhibición confrontación de Pennebaker sugiere que los individuos intentan comprender y organizar las experiencias traumáticas. Los sucesos que provocan trastornos como los sucesos traumáticos (violación, asaltos, pérdidas inesperadas de alguien querido, etc.) son difíciles de asimilar y de entender, debido a su naturaleza compleja y a la gran carga emocional que los caracteriza.

Para organizar y comprender los sucesos necesitamos traducir las experiencias en lenguaje, usualmente confesando a otros nuestros sentimientos y pensamientos y buscando construir con los otros un significado para el suceso.

La gente a veces es incapaz de hablar a otros de las experiencias que los han alterado, ya sea porque hay normas sociales contra las reacciones afectivas extremas o porque se desaprueban ciertas conductas (por ejemplo: sexuales). Como señala Vergara en su capítulo, la existencia de estereotipos sexuales de expresión emocional, hace que se presuponga que los hombres deben expresar menos sus sentimientos y que cuando lo hacen, son devaluados. En general, las emociones extremas y negativas son consideradas fuera de la norma y son sancionadas, y en el caso de los hombres, la presión normativa hacia la inhibición de la expresión emocional es aún más fuerte, con la excepción del enojo (Sommers 1984, en Páez y cols., 1989; Vergara y Páez, 1989). Este

sería uno de los motivos de la inhibición emocional cotidiana. En una muestra de alrededor de 300 estudiantes y familiares de éstos de España, el 43% afirmaba haber vivido sucesos traumáticos que no habían hablado con nadie, sugiriendo que la represión de la expresión y de la comunicación es moneda corriente en nuestras sociedades.

Además de la norma social de autocontrol afectivo, en ocasiones los sujetos están en condiciones psicológicas que les impiden traducir sus experiencias en un lenguaje socialmente compartido. Pennebaker insiste en que los sucesos de cambio, al margen de su intensidad y de su carácter placentero o displacentero provocan una movilización fisiológica y un trabajo cognitivo que es necesario para su asimilación. Por ejemplo, tanto los duelos por un fallecido como el amor romántico, se asocian a movilización fisiológica, a pensamiento obsesivo y hay dificultades para realizar confidencias sobre ellos - ¿cómo confesar a los otros un extraño fin de semana erótico, si además se está casado con otro/a? (Pennebaker, 1990).

ACTIVACION FISIOLOGICA, PENSAMIENTOS INTRUSIVOS Y EVOLUCION TEMPORAL DE HECHOS AFECTIVOS POSITIVOS Y NEGATIVOS

Empíricamente, podemos decir que en las escalas de amor romántico, la activación fisiológica y los pensamientos repetitivos son tipos de preguntas que obtienen altos niveles de respuesta (Hatfield y Rapson, 1990). Aunque intuitivamente parece contradictorio que un fenómeno afectivo positivo, como el enamoramiento, comparta elementos comunes con la respuesta emocional ante hechos afectivos negativos, existen argumentos a favor de esta idea. Al menos, éstos parecen válidos para el amor pasional. Teóricos del amor diferencian el amor pasional del amor de compañero o amistoso. El amor pasional, es un estado emocional intenso, caracterizado por una mezcla de sentimientos: ternura y sexualidad, entusiasmo y dolor, ansiedad y tranquilidad, altruismo y celos. También está caracterizado por sentimientos de estar absorbido por la otra persona. Por el contrario, el amor amistoso, es una emoción a un nivel más bajo, y que se refiere a asección amistosa y apego hacia alguien con quien nos sentimos profundamente implicados (Hatfield y Rapson, 1990). Reafirmando empíricamente esta distinción, nuestras investigaciones han demostrado que los sujetos que tienen relaciones en su inicio o relaciones de fuerte carga erótica e incertidumbre, evalúan como más típico o normal en una lista de atributos del amor romántico, la activación fisiológica y el pensar obsesivamente en el otro, en comparación con los sujetos con relaciones estables. El primer tipo de amor se asociaría a la primera fase de la relación de pareja, que duraría en general alrededor de más o menos dos años - aunque habrían considerables diferencias individuales. Desde este punto de vista el amor pasional sería un equivalente positivo de los sucesos traumáticos: una fase de intensa actividad emocional inicial en el establecimiento de una relación íntima. La activación fisiológica

gica, los pensamientos intrusivos o rumiaciones y las dificultades para compartir una experiencia afectiva tan extrema, serían fenómenos asociados a esta primera fase, que desaparecerían cuando se estabilizara la relación de pareja bajo la forma de una amor de compañero (Pennebaker, 1990). Utilizaremos el neologismo rumiación (del inglés rumination) para designar a los pensamientos intrusivos, incontrolados, al darle vueltas o comerase el coco con algo, aunque uno no quiera.

Los sucesos con fuerte carga afectiva, ya sean positivos como el enamorarse o negativos como la muerte y la separación de personas con las que estamos intimamente vinculados, se demorarían alrededor de dos años en asimilarse afectivamente y nos demoraríamos alrededor de tres años en reestructurar cognitivamente nuestra visión del mundo. La asimilación emocional del divorcio, por ejemplo, requeriría alrededor de uno o dos años. Lograr "entender" lo ocurrido y tener una imagen clara de ello y una nueva visión de si mismo, de las relaciones con los otros y del futuro, exigiría alrededor de tres años (Jacobson, 1986).

DIFICULTADES DE EXPRESION Y COMUNICACION Y TRABAJO DE INHIBICION

En la primera fase de intensa activación afectiva, asociada a pensamientos intrusivos y obsesivos sobre el hecho, la persona tendría dificultades para expresar, compartir sus vivencias afectivas y para encontrar interlocutores adecuados. Cuando ésto ocurre la persona puede inhibir su deseo de hablar acerca del suceso traumático (Pennebaker, 1989; Wegner, Shortt, Blake y Page, 1990; Polivy, 1990). En la medida que la emoción se concibe como un cambio en la rapidez de reacción y en la orientación hacia ciertas tendencias de acción, la inhibición de las conductas y reacciones expresivas, evitaría que se comunicara a los otros que hay que ajustar o regular la interacción e impediría que la emoción jugara su rol interno de cambiar los objetivos y planes (Polivy, 1990). Si se mantienen procesos inhibitorios durante un largo periodo de tiempo, pueden servir como un estresor acumulativo a largo plazo y aumentan la probabilidad de enfermedades. Pennebaker y sus colaboradores muestran que las víctimas de trauma que no han realizado confidencias a personas cercanas referidas a sus experiencias traumáticas y sus sentimientos personales tienen más posibilidades de sufrir enfermedades o problemas de salud varios años más tarde. Por otro lado Pennebaker y sus colaboradores han encontrado que exigiéndoles a los individuos traducir sus experiencias traumáticas en lenguaje (ya sea hablando, escribiendo o confesando), se producen importantes efectos positivos a largo plazo tanto físicos como psicológicos: se refuerza la reacción inmunológica, se reducen las visitas a médicos y otros centros de salud, se tiene un mejor perfil de estado de ánimo, menos ansiedad y depresión. Estos resultados se obtienen comparando sujetos que confiesan sucesos traumáticos con sujetos a los que se les han asignado hablar o escribir sobre temas

superficiales (Pennebaker, 1989; Pennebaker, Colder y Sharp, 1990). Por otro lado el compartir, el expresar ante otros y el revivir sucesos traumáticos tiene costos negativos a corto término. La actividad de expresar, revivir y reevocar sucesos traumáticos provoca un aumento en la afectividad negativa.

King y Emmons (1990) han mostrado, mediante una investigación correlacional con una escala de ambivalencia ante la expresión emocional, que es el conflicto o la ambivalencia entre el deseo de expresar y comunicar y la incapacidad o dificultad de hacerlo lo que se asocia a síntomas afectivos y físicos. Los sujetos que después de vivir un hecho no muestren necesidad de comunicarlo, aunque no lo hagan, no presentarían problemas según esta lógica.

La inhibición del deseo de confesar o de realizar confidencias es potencialmente insano o afecta negativamente la salud de dos formas según el modelo de Pennebaker.

Primer, el *trabajo de inhibición* sirve como un *estresor acumulativo*. Inhibir los pensamientos, sentimientos y conductas (por ejemplo, la tendencia a hablar con otros) se asocia a un esfuerzo fisiológico (véase el capítulo de Pennebaker en este libro).

Segundo, el fracaso de hablar acerca del hecho y de elaborar una narración justificatoria impide el proceso de asimilación cognitiva. Los sucesos autobiográficos que no están asimilados tienen más posibilidad de permanecer en la conciencia como pensamientos intrusivos, involuntarios, espontáneos. Además del efecto Zeigarnik, en el sentido que las tareas interrumpidas se recuerdan más que las tareas finalizadas, investigaciones más recientes han mostrado que la demanda de supresión de ciertos pensamientos se asociaba con un aumento de la frecuencia con que este aparecía mentalmente y la supresión de pensamiento se unía a un aumento de la activación fisiológica (Wegner y cols., 1990).

STRESS, ESTILO DE AFRONTAMIENTO INHIBITORIO Y SALUD

Un problema de las aproximaciones teóricas antes desarrolladas y los datos en los cuales ellas se basan es que se refieren a sucesos traumáticos extremos ("sucesos psicológicamente trastornantes que están fuera del rango de la experiencia humana usual", Jones y Barlow, 1990). Pero, ¿qué se puede decir acerca de los sucesos de vida estresantes, menos extremos, más corrientes y cargados afectivamente? Recordemos que Pennebaker planteaba que los procesos eran similares para todo tipo de sucesos de cambio, aunque sus investigaciones se realizaron sobre la confidencia de hechos traumáticos.

Recientemente Pennebaker, Colder y Sharp (1990) encontraron resultados similares a los anteriores referidos a la confidencia sobre sucesos estresantes menos extremos, en particular, la transición de la secundaria a la universidad. El ingreso en la universidad es un suceso estresante para la mayoría de los estudiantes - al menos en USA. La investigación antes citada confirmó que el realizar confidencias en relación al primer año de experiencia universitaria, es decir, el escribir acerca de los pensamien-

tos y sentimientos referidos a este hecho, redujo el número de visitas a un Centro de Salud en los sujetos (estudiantes de primer año), en comparación con los estudiantes a los que se les asignó escribir acerca de temas superficiales. De manera similar a las investigaciones anteriores, el estado de ánimo negativo fue más alto en el grupo que había realizado confidencias al final del primer semestre. Según Pennebaker a los sujetos se les había obligado a quebrar sus mecanismos de defensa y a tener que enfrentar la ansiedad, la tristeza, etc. asociadas al abandono de sus amigos, sus familias y al enfrentamiento de un nuevo medio. Los efectos negativos de la confidencia desaparecieron con el paso del tiempo. Al final del primer año de universidad los sujetos asignados a escribir acerca de los sentimientos personales y de los pensamientos íntimos asociados a la transición a la universidad, mostraban un estado de ánimo, ya sea superior o similar a los sujetos que no escribieron sobre estos temas.

Además de esta investigación de Pennebaker y cols. toda una serie de investigaciones ha demostrado que los individuos que usan sistemáticamente las estrategias de afrontamiento represivas e inhibitorias ante sucesos de vida estresantes exhiben una mayor cantidad de problemas de salud (Weinberger, 1990). Weinberger en particular aplicó el modelo Freudiano de los sucesos traumáticos a los estilos normales de afrontamiento, vale decir que lo que hace Weinberger es retomar desarrollos similares a los que realizaba Horowitz respecto al modelo traumático, insistiendo fundamentalmente en la represión de los sentimientos y la ausencia de procesamiento global de los sucesos afectivos negativos. Este autor concibe a la represión, a la inhibición de vivencias afectivas, y a la evitación cognitiva y de conducta de los hechos emocionales, como un rasgo o disposición estable de personalidad. En este libro, Pennebaker revisa los elementos disponibles sobre la personalidad inhibidora, y tanto Velasco y Páez, como Philippot, exponen la perspectiva de Weinberger sobre el estilo de afrontamiento represivo.

PROBLEMAS DE DEFINICIÓN DEL AFRONTAMIENTO REPRESIVO

La represión se concebía como uno de los mecanismos de defensa centrales en la teoría freudiana. En la actualidad se le concibe como una forma de afrontar el estrés - y en este caso particular, como un estilo de evitación o de no confrontación de los hechos estresantes y como una inhibición de la reacción afectiva. A pesar de que subsiste una discusión sobre qué es exactamente la represión y sobre las dificultades de llegar a una definición consensual, creemos que en la actualidad es posible plantearse examinar este fenómeno sin problemas de planteamientos metafísicos - por ejemplo, cómo se puede reprimir algo que no se percibe conscientemente.

En la actualidad se concibe a la emoción como un fenómeno complejo, con dimensiones centrales y de vivencia subjetiva, con dimensiones expresivo-motóricas y de movilización fisiológica. La represión sería un fenómeno de disociación entre estas tres dimensiones. Aunque en general estas dimensiones no tienen asociaciones muy

fuertes y se supone que cumplen funciones diferentes, se espera que haya una cierta convergencia entre ellas. La represión sería una inhibición de la dimensión subjetiva, una tentativa de supresión o disminución de la vivencia subjetiva emocional, unida a indicadores expresivo-motóricos y fisiológicos que señalan la presencia de una emoción dada. La cognición social actual acepta sin problemas que toda una serie de mecanismos de procesamiento de la información, como la atención selectiva, pueden operar automáticamente, sin esfuerzo y fuera de la conciencia. Aún más, ciertas actividades voluntarias (por ejemplo, voluntariamente no hacer caso a ciertos estímulos) producirán efectos involuntarios o no planificados (que esos estímulos no se procesen en profundidad, se codifiquen o "graben" menos profundamente y que sea más difícil recordarlos - Fiske y Taylor, 1991).

Una segunda forma de plantearse la represión es mediante la comparación de dos momentos del procesamiento de la información: el monto de información (por ejemplo eventos afectivos) recibido en el momento de la percepción, y el monto de información memorizada en el momento del recuerdo. La represión sería un proceso, mezcla de olvido voluntario, de decadencia y borrado automático, de buena parte de la información autobiográfica afectiva del sujeto (Holmes, 1990; Erdelyi, 1990). La represión se puede considerar como un efecto automático postconsciente, es decir, un efecto automático producto indirecto de la decisión voluntaria de inhibir o suprimir la vivencia afectiva. Además, una acción consciente efectuada repetida veces puede convertirse en automática, como ha demostrado la psicología cognitiva (Fiske y Taylor, 1991; Erdelyi, 1990). Sobre el único aspecto que no hay equivalente en la investigación experimental es sobre el carácter motivado del olvido (Bower, 1990), aunque el hecho de que los sujetos represores muestren un menor recuerdo de hechos negativos autorreferentes es una base empírica para el carácter motivado del olvido (Davis, 1990). Se olvidaría lo que cuestiona la imagen de sí de la persona, para preservar su autoestima.

Ahora bien, este estilo de afrontamiento de disociación entre la vivencia subjetiva y las otras dimensiones emocionales, y de inhibición de la atención y procesamiento sobre estímulos afectivos, puede considerarse tanto como un rasgo de personalidad, como postula Weinberger, como un estilo de afrontamiento de evitación, provocado por una situación de falta de recursos psicosociales y por un déficit de apoyo social del sujeto. Examinemos los resultados referentes a los sujetos que utilizan este estilo evitante cognitivo y conductual de afrontar las emociones.

REPRESIÓN Y ALEXITIMIA COMO RASGOS DE PERSONALIDAD Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO ASOCIADOS A LA INHIBICIÓN DE LA EMOCIÓN

Los sujetos que utilizan un estilo de afrontamiento represivo no reconocen sus propias reacciones afectivas negativas, informan de un bajo nivel de reacción afectiva

subjetiva y al mismo tiempo las medidas fisiológicas muestran un nivel de activación más alto que los otros grupos (Singer y Kolligan, 1987; Asendorpf y Scherer, 1983; Weinberger, Schwartz y Davidson, 1979; Weinberger, 1990). En todos estos estudios los represores fueron definidos operacionalmente como los sujetos que informaban tener un bajo nivel de ansiedad unido a un alto nivel de deseabilidad social. Los resultados de estas investigaciones indican que esta aproximación operacional conduce a un patrón de resultados consistentes con la conceptualización de la represión como un proceso en el cual el afecto negativo es expulsado de la vivencia consciente (suprimido, se inhibe el pensar sobre él; se evita cognitivamente; no se piensa, no se habla) y se mantiene a distancia del procesamiento cognitivo consciente (Erdelyi, 1990; Weinberger, 1990; Davis y Schwartz, 1987).

La investigación de los sucesos afectivos autobiográficos ha mostrado de manera estable que los represores despliegan una sensibilidad limitada a las memorias afectivas, específicamente para las memorias personales - no presentan déficit de memoria en general. No muestran déficits en la memoria de afectos negativos que afectan a otras personas. También se ha encontrado que las memorias afectivas de los represores son menos intensas en emociones no dominantes que en los otros grupos. Este último resultado y las dificultades que los represores tienen en acceder a las memorias autobiográficas afectivas en tareas de recuerdo libre, sugieren que los lazos asociativos entre los nodos afectivos y al interior de estos mismos nodos son más débiles y menos complejos en los represores (Davis, 1987; Davis y Schwartz, 1987; Hansen y Hansen, 1988).

Investigaciones recientes muestran que los represores despliegan una accesibilidad limitada a las memorias autobiográficas negativas y no una disponibilidad limitada. En otras palabras, eso quiere decir que no es que tengan disponibles en la memoria menos sucesos afectivos negativos, sino que los tienen menos accesibles, les cuesta más recuperarlos. Las tareas repetidas de recuerdo libre provocan lo que se llama hipermnesia o un cierto aumento del número de experiencias autobiográficas afectivas negativas en los represores. Este patrón de resultados indica que las dificultades de los represores en recordar experiencias afectivas negativas refleja una sensibilidad limitada a sus experiencias y no solamente una disponibilidad limitada (Davis, 1990). Los represores recuerdan además menos atributos prototípicos subjetivos de las emociones y le dan evaluaciones de tipicidad más bajas a estos atributos, específicamente en el caso de emociones como tristeza, enojo y miedo (Páez, Vergara y Velasco, 1991).

Los sujetos represores informan de un nivel de felicidad similar a los sujetos normales, pero informan de tener niveles significativamente más bajos de emociones negativas que los sensibilizadores y que los sujetos ansiosos (Weinberger, 1990; Páez, Vergara y Velasco, 1991). Los represores también muestran una tendencia a experimentar menos síntomas de trastornos subjetivos y fisiológicos, incluido bajo situaciones de alto estrés como la enfermedad neoplásica (Ward, Leventhal y Love, 1988; Páez, Vergara y Velasco, 1991).

Finalmente los represores muestran una reacción inmunológica alterada o disminuida (O'Leary, 1988). En este libro, Fano revisa el estado de la cuestión sobre la relación entre estrés, formas de afrontamiento, apoyo social y reacción inmunológica. Los procesos inmunológicos pueden ser la variable mediadora que explique a nivel fisiológico las influencias de la expresión y represión emocional - y de los factores psicosociales en general - en la salud. Baron y cols. (1991) encontraron que los familiares de enfermos neoplásicos con menor apoyo social, tenían una peor respuesta inmunológica, confirmando la importancia del apoyo afectivo en el funcionamiento físico.

Otro rasgo similar a la represión también asociado a trastornos psicosomáticos es la alexitimia. Esta última se caracteriza por ser un rasgo de personalidad compuesto por: a) Un déficit de identificación y expresión de la afectividad; b) Un déficit de imaginación, de fantasía y de "soñar despierto"; y c) un tipo de pensamiento concreto, que reduplica la acción y que reflexiona poco sobre sus estados internos- que focaliza la atención sobre los hechos externos (Nöel y Rimé, 1988).

Dada su incapacidad para identificar las alteraciones afectivas, los alexitimicos no las utilizarían como señales internas, por lo que se seguirían exponiendo a situaciones estresantes y no realizarían un trabajo de afrontamiento sobre las emociones, por lo que presentarían una reactividad fisiológica exacerbada. Esto les llevaría a estar más expuestos al estrés y a enfermedades asociadas a él (Martin y Phil, 1985).

Sin presentar el rasgo de falta de lenguaje afectivo como los alexitimicos, los represores posecerían también la falta de imaginación y el pensamiento concreto como dimensiones que limitarían el trabajo afectivo y que serían factores de riesgo de enfermedades psicosomáticas (Pácz, Vergara y Velasco, 1991).

Señalemos que la alexitimia aún no tiene un instrumento adecuado para medirlo, así como que la escala de mejores características psicométricas (la TAS) tiene aún datos limitados en lo referente a la validez de criterio. En este libro, el capítulo de Philippot revisa el estado de la cuestión sobre estilo de afrontamiento represivo y la vivencia emocional subjetiva, en particular la dimensión fisiológica. El capítulo de D. Páez y C. Velasco revisa las similitudes y diferencias de la represión con la alexitimia, así como la relación del último constructo con el reparto social de las emociones y la salud. Brevemente, señalemos que la falta de lenguaje afectivo emerge como la dimensión más importante de la escala de alexitimia de Taylor y que se asocia congruentemente con déficits de memoria afectiva, déficits de reparto social de las emociones y con sintomatología ansiosa-depresiva. La alexitimia no se confunde con la represión y los datos del capítulo que estamos reseñando son alentadores en lo referente a la fiabilidad, validez estructural y parcialmente en lo referente a la validez de criterio de la escala TAS. Aunque digamos que las puntuaciones totales o las subescalas factoriales del TAS no se asocian con quejas somáticas y en el caso de la dimensión de pobreza fantásistica la asociación con la sintomatología afectiva es negativa. Sintetizando lo antes expuesto, tanto la alexitimia como la represión se asocian a déficits de memoria afectiva, y ambos

se asocian negativamente o no se asocian a la percepción de síntomas físicos. En el caso de la alexitimia, la falta de lenguaje afectivo sería el fenómeno central, mientras que este no caracteriza a los represores.

Una limitación de los resultados sobre represión, memoria y salud física, es que éstos sugieren que el estilo de afrontamiento represivo puede provocar problemas de salud o puede ser insano, pero, algunos autores afirman que las medidas específicas de represión no están correlacionadas con la psicopatología o con problemas de salud física (Vaillant, 1990). Aunque la definición que utiliza el autor anterior de la represión (el afecto es consciente y la idea se suprime o se expulsa de la conciencia) pone en duda la pertinencia de su afirmación.

Otro problema es en qué medida el estilo de afrontamiento represivo, operacionalizado como una alta deseabilidad social y una baja ansiedad, se caracteriza por el uso de la represión en relación a otras defensas como la denegación, la supresión. En qué medida se diferencia de otros rasgos de personalidad como la expresividad, la baja autoconciencia privada, etc. (Holmes, 1990). Algunos datos empíricos muestran que los represores no son simplemente supresores, ni son simplemente sujetos de baja expresividad, ni sujetos con una baja autoconciencia privada, en otros términos, sujetos con un déficit en su capacidad de introspección (Páez, Vergara y Velasco, 1991).

Los datos empíricos disponibles muestran que los represores suprimen y evitan el pensar acerca de la información asociada con la afectividad negativa. El no pensar intencionalmente, la inhibición del pensamiento y la evitación cognitiva pueden actuar en diferentes momentos. Los procesos de represión e inhibición de las reacciones afectivas pueden actuar como *desatención selectiva en la fase de codificación*, es decir, cuando se está viviendo un hecho estresante o cargado emocionalmente. También se puede concebir que operen en los momentos inmediatamente posteriores al hecho emocional, como una *inhibición de la repetición mental* o una reflexión limitada sobre las reacciones afectivas que se experimentaron. Por último, se puede pensar que la inhibición actúe a largo plazo, como *esfuerzos de recuperación o de recuerdo limitados*, que conducen a un olvido, a un peor recuerdo de estos sucesos autobiográficos cargados afectivamente. Por el contrario, el pensar activamente o el aproximarse cognitivamente, ya sea como atención selectiva en el momento de vivenciar la emoción, ya sea como repetición mental inmediatamente posterior o como un esfuerzo de recuperación, se ha demostrado que mejora la memoria de los sucesos (Erdelyi, 1990; 1987; Holmes, 1990; Baddeley, 1990).

Aún más importante para nuestra problemática, es el hecho de que el estilo de afrontamiento represivo está asociado con el déficit de percepción de emociones y de síntomas de enfermedades y que se asocia con una mayor demora en la busca del tratamiento médico. Se ha demostrado que los represores tienen un umbral de detección de estímulos dolorosos igual a los otros sujetos, pero, los represores tienen un umbral de tolerancia mayor ante los estímulos dolorosos y que tienen un umbral superior para calificar al estímulo como doloroso (Dantzer, 1991). Todo lo anterior sugeriría que este

déficit de percepción subjetiva jugaría como un factor de riesgo, al ignorar la persona los signos de estrés y de enfermedad.

Por otro lado, además de todos los factores de riesgo antes expuestos, se ha demostrado en algunas investigaciones que a los sujetos represores les falta la competencia social para expresar sus sentimientos y pensamientos más íntimos.

Los sujetos represores no realizan confidencias y no comparten sus emociones aun en contextos favorables. Axell y Cole (1971; citados en Weinberger, 1990) les pidieron a los sujetos que describieran sus atributos positivos o negativos, ya sea en una fase de monólogos o ya sea en una fase con un feedback o una retroacción estandarizada reforzante. Para los sujetos no represores definidos por la escala de Byrne, la fase de retroacción positiva tuvo como efecto que se duplicara la cantidad de información íntima que los sujetos comunicaban. Los represores no fueron afectados en lo esencial, no dando mayor información íntima en la fase de retroacción reforzante que en la condición o la fase de monólogo. Esto sugiere que los represores son incapaces o no quieren utilizar el contexto interpersonal para aumentar la comprensión y elaboración de los elementos que conforman el conocimiento de sí mismo.

AFRONTAMIENTO EVITANTE Y DE APROXIMACIÓN

Como expusimos previamente, el estilo de afrontamiento represivo o evitante-inhibidor de estrés emocional se puede concebir como un rasgo o disposición estable. Pero, también es posible una concepción situacional, psicosocial. La represión se puede ver como una respuesta a un estado psicosocial particular, como una reacción ante un déficit de apoyo social y la incapacidad de compartir sus experiencias afectivas debido a esta falta de recursos. De hecho, el estilo de afrontamiento evitante o el inhibidor, tanto cognitivo como conductual, es típico de los sujetos que están deprimidos, y de los sujetos que tienen pocos recursos sociales. La gente que se apoya más fuertemente en la evitación cognitiva en general, y también la gente que muestra más descarga emocional tienden posteriormente a tener aumentos de síntomas depresivos, de problemas físicos y de problemas de bebida, en investigaciones longitudinales (Moos, 1988).

Los resultados anteriores sobre la relación positiva entre depresión, búsqueda de apoyo emocional y descarga afectiva, sugieren que no podemos concluir de manera simplista que la confrontación de emociones negativas sea saludable o que mejore la regulación emocional. También hay resultados que cuestionan que la evitación, cognitiva o a nivel conductual, sea siempre negativa. La revisión meta-analítica de Suls y Fletcher (1985) sobre la eficacia relativa de las estrategias de afrontamiento evitante y no evitante mostró que la evitación se asociaba con una adaptación más positiva a corto plazo. Vaillant (1990) encontró que la supresión como mecanismo de defensa (definida

como la supresión y evitación consciente de las preocupaciones, conductas y reacciones afectivas; por ejemplo, contar hasta 10 ante una reacción de enojo) se asociaba a una serie de indicadores de salud mental.

Tres investigaciones demuestran que el reflexionar sobre sus emociones en el momento del estrés, la denominada autoevaluación emocional estaba asociada con resultados más negativos al enfrentar sucesos estresantes, comparándola con grupos de sujetos que utilizaban la distracción cognitiva u otras tácticas de evitación. Sin embargo, la aproximación cognitiva o la atención al suceso estresante era superior como forma de adaptación a la evitación, si la primera implicaba un distanciamiento o una recodificación (una focalización en el esquema sensorial) más que un procesamiento emocional. En lo que se refiere a los resultados a largo plazo, la evitación se asocia a mejores resultados inicialmente, pero, con el paso del tiempo la aproximación estaba asociada con un resultado más adaptativo (Suls y Fletcher, 1985). Estos resultados que se basan en otro tipo de investigaciones, confirmaron los resultados de Pennebaker en relación a los sucesos de vida estresantes y traumáticos: la focalización y confrontación de la reacción afectiva negativa produce a corto plazo efectos negativos y el evitar las reacciones afectivas negativas provoca a corto plazo efectos positivos. Pero, el confrontar las reacciones afectivas negativas produce a largo plazo efectos positivos en la salud. Temporalmente, la confrontación parece aumentar la reacción afectiva si se utiliza antes y durante el hecho estresante, momentos en los que la evitación parece disminuir la alteración afectiva. Aplicada después del hecho estresante, la confrontación o aproximación cognitiva parece permitir una mejor adaptación ante éste (Fiske y Taylor, 1991). La evitación cognitiva y conductual e incluso la denegación son respuestas comunes y que pueden ser adaptativas.

ESTILO DE AFRONTAMIENTO DE EXPRESIÓN Y CONFRONTACIÓN EMOCIONAL COMO RASGO DE PERSONALIDAD: EXPRESIVIDAD Y SENSIBILIZADORES

Decímos previamente que la descarga afectiva y la búsqueda de apoyo emocional extremas no tenían por qué ser siempre adaptativas. Desde una perspectiva de rasgo de personalidad, el estilo de afrontamiento de aproximación y confrontación sistemática de los hechos estresantes y de las reacciones afectivas, también se ha asociado a problemas de salud.

El estilo de enfrentamiento sensibilizador o sensitizador (sensitizer), que es el opuesto del estilo de afrontamiento represivo, se asocia con una tendencia a confrontar y a hablar con gran frecuencia sobre las reacciones afectivas negativas personales. Los sujetos llamados sensibilizadores informan de mayores niveles de ansiedad, de más depresión, de más síntomas de enfermedad, aún cuando ellos no exhiben el alto nivel

de activación fisiológica asociado con el estilo de afrontamiento represor (Bonanno y Singer, 1990; Páez, Vergara y Velasco, 1991).

Los sujetos sensitizadores muestran también una mayor cantidad de recuerdos, y un recuerdo más intenso de experiencias autobiográficas tanto positivas como negativas. Además su estado de ánimo se ve más fuertemente influenciado por la recovación o recuerdos de éstos hechos positivos o negativos. Los sensitizadores son más reactivos ante el estrés, muestran mayores síntomas ante situaciones estresantes, pero, los sujetos ansiosos "puros" también muestran la reactividad más importante ante el estrés y un déficit más importante en la forma de afrontamiento al menos tal y como son evaluados en cuestionarios de autorespuesta (Páez, Vergara y Velasco, 1991).

De hecho, como reacciones de afrontamiento, la descarga emocional, la búsqueda de apoyo emocional y la evitación cognitiva y conductual están todas moderadamente correlacionadas y asociadas positivamente con el rasgo de personalidad ansiosa. Este grupo de tácticas de afrontamiento tiende a asociarse inversamente con estrategias más adaptativas, como el afrontamiento activo (Carver, Scheier y Weintraub, 1989). En otras palabras, la ansiedad como rasgo de personalidad se asocia tanto a la descarga emocional-búsqueda de apoyo social, como a la evitación cognitiva-conductual, por lo que se puede decir, que una alta ansiedad se asocia a una especie de estrategia oscilante que alternaría confrontación excesiva y evitación, como sugería el modelo de Horowitz, en el cual habían fases de evitación extrema (denegación, insensibilidad) y de confrontación desbordante (inundación emocional y recovación de los hechos traumáticos).

Volviendo al tema de los sensitizadores Bonanno y Singer (1990) concluyen que, aunque se ha investigado a éstos menos que a los represores, los sujetos que presentan este tipo de afrontamiento muestran un estilo vigilante y obsesivo ("rumiatorio") de procesamiento de información y un patrón de abierta confidencia de información emocional personal.

Algunas evidencias empíricas muestran, que este estilo de afrontamiento se asocia con enfermedades cardiovasculares y por el contrario el estilo de afrontamiento represor se asocia con el cáncer (Bonanno y Singer, 1990; Taylor, Buunk y Aspinwall, 1990).

Se puede concluir que la reacción rígida de aproximación a experiencias negativas, también puede ser insana o puede tener efectos negativos en la salud a largo plazo. Por otro lado, se puede argumentar que el estilo represor y el estilo sensitizador de afrontamiento, no son más que nuevos nombres para un fenómeno ya conocido: la expresividad versus la instrumentalidad. Sin embargo, nuestras investigaciones psicométricas no han confirmado que los sujetos represores sean sencillamente sujetos de alta instrumentalidad y baja expresividad o esquematizados masculinos, ni que los sujetos sensitizadores sean personas de baja instrumentalidad y alta expresividad o esquematizados femeninos (Páez, Vergara y Velasco, 1991). El capítulo de A. Vergara

revisa la relación entre expresividad, reparto social de las emociones, memoria autobiográfica y salud. Su conclusión es que los sujetos de alta expresividad son más reactivos tanto para lo positivo como para lo negativo (en situaciones de alto estrés están más tristes y en situaciones de bajo estrés más alegres), pero, están protegidos en el plano de los síntomas físicos - presentan índices similares tanto en bajo como en alto estrés. Además, los sujetos altamente expresivos procesan más tiempo (rumian más, hablan más y se demoran más en hablar sobre un hecho autobiográfico) las emociones. Por el contrario, los sujetos altamente instrumentales o assertivos procesan menos (hablan más rápido sobre lo ocurrido y lo rumian menos) las emociones, son menos reactivos a nivel afectivo ante el estrés, pero, son más vulnerables a nivel de síntomas físicos - en situaciones de alto estrés presentan más síntomas físicos. Estos resultados, que dado su carácter correlacional hay que considerar como limitados, confirman la idea central del libro: el déficit de expresividad, de procesamiento afectivo, se asocia a una vulnerabilidad física ante el estrés.

REPARTO SOCIAL, MEMORIA AFECTIVA Y RECUPERACION AFECTIVA

Rimé y cols. (Rimé, 1989; Rimé, Mesquita, Philippot y Boca, 1991; Rimé, Nöel y Philippot, 1991b) han elaborado una aproximación a los sucesos emocionales normales, que converge con los modelos antes expuestos, en lo referente a la importancia de la comunicación social para la vida emocional cotidiana. Rimé y sus cols. plantean que los procesos cognitivos intra e interpersonales desempeñan un rol central, en la construcción y asimilación de las emociones normales, y no sólo en el caso de los sucesos de vida estresantes.

Las emociones son concebidas como experiencias que pueden generar procesos cognitivos de largo aliento en lo intrapersonal (rumiación) e interpersonal (de reparto social). La vivencia emocional exige, según estos autores, necesariamente, el intercambio simbólico con los otros significativos, con el fin de ordenar y estructurar la experiencia. Dado que la experiencia emocional cotidiana, por "normal" que sea, es de carácter esencialmente motórico y no reflexivo, es funcional que ésta se estructure mediante la interacción comunicativa con el entorno.

La rumiación se define como una forma de pensamiento consciente dirigida hacia un suceso autobiográfico emocional, por un periodo de tiempo relativamente prolongado. La rumiación implica tanto procesos controlados como automáticos, según la concepción de Martín y Tesser (Fiske y Taylor, 1991; Rimé y col., 1991c).

El reparto social se define como la recovación de un suceso emocional autobiográfico en un lenguaje compartido socialmente. Es un proceso de comunicación o de diálogo, durante el cual parte de la experiencia emocional personal debe ser compartida con interlocutores sociales. Al menos, en el sentido simbólico, como es en el caso de cuando uno escribe una carta, dirigiéndose a un interlocutor ausente físicamente. Una serie de

estudios han mostrado que el reparto social (hablar a los otros sobre un suceso emocional autobiográfico) ocurre al menos una vez para el 90% o más, un 96% en la muestra de País Vasco. El reparto social repetitivo parece ser la respuesta modal. El 50% de la muestra del País Vasco dice que ha hablado varias veces con varios sujetos sobre la experiencia afectiva. No se han encontrado diferencias entre emociones, ni respecto a la frecuencia del reparto social, ni en lo referente al plazo en el que se habla sobre éstas. La respuesta modal en el País Vasco era hablar el mismo día, el 73%. Las investigaciones sobre memorias autobiográficas afectivas reafirman que estas son comunicadas de forma mayoritaria -un 76% (Conway, 1990). Sin embargo, estos resultados de alta frecuencia de hablar sobre sucesos autobiográficos emocionales, no parecen poder generalizarse a víctimas de sucesos traumáticos. Como dato ilustrativo, podemos señalar que sólo un 30% de sobrevivientes de campos de concentración comunicaron sus experiencias en USA después de la segunda guerra mundial. Los motivos que tenían para no hacerlo era porque querían olvidar, no se les entendería y porque no querían alterar a sus próximos (Pennebaker, 1990). Recorremos que un 43% de una muestra de 300 estudiantes y conocidos de éstos manifestaban haber vivido un suceso traumático que no le habían contado a nadie.

Los pensamientos rumiantivos o repetitivos acerca de los sucesos autobiográficos emocionales aparecen también como una respuesta modal. Más del 90% de los sujetos informan que ellos han pensado de manera repetitiva sobre el suceso emocional autobiográfico. La tristeza y la alegría eran pensados de forma repetitiva, más a menudo que el enojo, tanto en el País Vasco como en las investigaciones de Rimé y sus colaboradores llevadas a cabo en otros países.

La frecuencia del reparto social y de la repetición mental han demostrado ser estables a través de diferentes culturas y edades. Estos resultados confirman que hablar y pensar sobre sucesos emocionales corrientes, tanto positivos como negativos, es un fenómeno normal. Sin embargo, lo que se afirma es que la repetición mental o rumiación y la comunicación tienen funciones diferentes, es decir, que cumplen fines específicos psicológicamente, en particular, en lo referente a la recuperación del impacto emocional y de la asimilación cognitiva de éste.

En lo concerniente a la relación entre la rumiación, el reparto social y la recuperación emocional, existen diferentes previsiones. La recuperación emocional se define como la disminución de la intensidad asociada con la evocación o recovación del suceso autobiográfico.

Martin y Tesser (1989; citados en Rimé, 1991c) sostienen que la rumiación cumple importantes funciones de afrontamiento desarrollando una comprensión del suceso y desarrollando estrategias de afrontamiento. Una concepción similar se encuentra en el modelo de Horowitz sobre Estrés Post-traumático, antes expuesto. Pennebaker considera que la rumiación mental es un proceso repetitivo intrusivo, incontrolable y displacentero, que no contribuye a la comprensión y asimilación del hecho.

TIPOS DE AFRONTAMIENTO COGNITIVO DE APROXIMACION: RUMIACION Y REEVALUACION

La aproximación o confrontación cognitiva de un hecho estresante y de las reacciones emocionales asociadas a él, se puede diferenciar según el tipo y nivel de procesamiento de la información. La rumiación sería un tipo repetitivo, involuntario y centrado en el estado de pensamiento. La reevaluación sería una tentativa voluntaria de pensamiento orientada a ver lo sucedido desde otro punto de vista (vease el anexo del capítulo de Basabe y col. para las preguntas que ejemplifican la reevaluación y otras formas de procesamiento cognitivo).

Un autor que ha elaborado la idea de la rumiación o repetición mental intrusiva sobre un hecho y sus efectos en la mantención de estados afectivos es Nolen-Hoeksema, focalizando su interés en la depresión. Esta autora y sus cols. definen a la rumiación como la respuesta ante un estado afectivo negativo, de depresión, que focaliza la atención en el Sí mismo (como ejemplo de ítem, "como respuesta a mi depresión: Recordé otras veces que estaba deprimido"). centra la atención en los síntomas ("pensé lo que me costaba concentrarme") o focaliza el pensamiento en las probables causas y consecuencias del estado afectivo ("pensé porqué me sentía de esta manera") (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991).

Hay que decir que pensamientos intrusivos, repetitivos, son comunes en diferente tipos de trastornos, entre los que se pueden mencionar los trastornos obsesivos-compulsivos, los trastornos de ansiedad generalizados, el Síndrome de Estrés Post-traumático, y una variedad de problemas asociados al estrés de menor intensidad, como la ansiedad ante los exámenes, preocupaciones e insomnios (Freeston, Ladouceur, Thibodeau y Gagnon, 1991).

Fuera de estos trastornos, diferentes investigaciones con sujetos normales han mostrado que pensamientos intrusivos, involuntarios y de contenido displacentero son comunes, afectando entre el 80 y el 100% de los sujetos. Los contenidos de estos pensamientos son similares a los de los trastornos obsesivo-compulsivos: pensamiento de daños, agresiones, situaciones embarazosas, muertes, enfermedades y de contenido sexual (Pennebaker, 1990; Freeston y col., 1990). Ante estos pensamientos, una muestra de sujetos normales mostró tres tipos de respuestas. No hacer nada y aceptarlos - un 26%. Evitarlos e intentar reemplazarlos por otro - un 40%. Pensar atentamente en el pensamiento intrusivo - un 34 %. Los dos grupos de sujetos que utilizaban estrategias activas (evitar y pensar atentamente) mostraban además más ansiedad y dificultades para remover las rumiaciones. El grupo de sujetos que utilizaba estrategias de evitación, mostró más preocupación, culpa, tristeza y sensación de desaprobación. El grupo de sujetos que utilizaba el pensar activamente se caracterizaba por tener una mayor presencia de estímulos que provocaban pensamientos intrusivos y una mayor diversidad de formas de intrusión en el pensamiento (Freeston y col., 1990).

Estos resultados sugieren que entre sujetos normales hay dos formas de afrontar los pensamientos intrusivos o rumiaciones. La primera, de evitación y orientada más que nada a la regulación emocional, se asocia a hechos evaluados negativamente y que probablemente no se pueden modificar. La segunda forma de afrontamiento, de aproximación, tentativa de comprensión y planificación, se asocia a una tentativa de aproximación y eventual modificación de un hecho.

En la investigación de Wood y cols. (1990) sobre estrés cotidiano y formas de afrontamiento, se encontró que la rumiación reforzaba la depresión, mientras que la planificación mental de soluciones tenía un efecto adaptativo. Pensar sobre las consecuencias negativas del estresor tenía asociaciones positivas con la depresión y pensar en soluciones sobre el problema tenía asociaciones negativas (Wood, Saltzberg, Neale, Stone y Rachmiel, 1990).

La repetición mental del hecho, de las causas y reacciones emocionales, centrada en revivir el estado y no en entenderlo ni cambiarlo, ha demostrado ser un factor que refuerza la depresión (Nolen-Hoeksema, 1987; 1991). Varias investigaciones correlacionales y experimentales han demostrado que los sujetos que se focalizan en confrontar y repetir mentalmente (rumiar) los antecedentes y síntomas o reacciones de tristeza, muestran una mayor intensidad de ésta y se recuperan más lentamente, que los sujetos que buscan distraer su atención del estado depresivo. Se ha demostrado que las mujeres tienden más a rumiar sus reacciones emocionales, lo que según Nolen-Hoeksema es uno de los factores explicativos de la mayor prevalencia de la depresión entre el sexo femenino - comparado con los hombres, que utilizan más las formas de afrontamiento de distracción.

Reafirmando la relación negativa entre rumiación y recuperación afectiva, señalemos que en dos investigaciones los sujetos deprimidos mostraban más búsqueda de información y coping cognitivo - asimilado a la rumiación de pensamientos sobre el suceso estresante (Morrow y Nolek-Hoeksema, 1990). La rumiación de pensamientos negativos disminuye cuando desaparece la depresión (Barnett y Gottlib, 1988). Los sujetos sometidos a estrés más intenso en el caso de una catástrofe colectiva (terremoto), que tenían niveles previos de depresión mayor, y que pensaron más sobre lo ocurrido, tenían niveles más altos de síntomas depresivos y de estrés, 10 días y siete semanas después de ocurrido el terremoto, controlando la interrelación y la influencia de cada uno de los tres factores antes mencionados mediante regresión múltiple (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991). Por el contrario, formas de afrontamiento de distracción ("hablé con un amigo sobre cosas diferentes de como sentía"; "hice algo entretenido con un amigo") han mostrado un efecto positivo, disminuyendo la depresión. Esto no quiere decir que la simple supresión o inhibición de pensamientos intrusivos sea eficaz. Por el contrario, la simple supresión de pensamientos en un estado depresivo, refuerza la reaparición de éstos (Wenzlaff, Wegner y Roper, 1988). La distracción implica respuestas activas de realización de actividades que provocan emociones positivas, como el participar en actividades sociales placenteras.

Se ha propuesto como mecanismos explicativos del efecto negativo de la rumiación, la facilitación del recuerdo congruente y la interferencia en el afrontamiento directo. La rumiación puede intensificar el estado afectivo, ya que facilita el recuerdo de material similar y la realización de inferencias congruentes con éste. Puede interesar con la planificación y realización de conductas instrumentales - que cambien el estado de ánimo negativo.

TIPOS DE AFRONTAMIENTO COGNITIVO DE APROXIMACION: REEVALUACION, PLANIFICACION Y PREOCUPACION

Sin embargo, recordemos que la evitación cognitivo-conductual no es siempre positiva y que la confrontación se puede asociar a una mejor adaptación a largo plazo. La confrontación cognitiva de un hecho también se puede dar bajo la forma de la reevaluación o recodificación de la experiencia afectiva. A diferencia de la rumiación, como dijimos antes, la reevaluación es la forma de afrontamiento en la cual se busca entender de otra forma el hecho estresante, ya sea desdramatizándolo, ya sea encontrándole un lado positivo. Ante una enfermedad crónica grave, por ejemplo, una reacción muy común es revalorizar la vida día a día, las relaciones interpersonales y cuestionar el llevar una vida de productividad y orientada hacia el logro y el éxito (Taylor, 1991).

La re-evaluación positiva o el afrontar el estrés por una reevaluación o una reinterpretación positiva del hecho, muestra resultados ambiguos en lo referente a la recuperación afectiva. Folkman y Lazarus (1988) encontraron que la re-evaluación positiva tenía un efecto positivo en el grupo juvenil estudiado, donde se asociaba con una mejora del estado emocional en tres análisis. Sin embargo en el grupo de la tercera edad estudiado, la re-evaluación positiva se asociaba con un aumento en las alteraciones emocionales (preocupación, miedo), más que en una disminución de ellas. Folkman y Lazarus (1988) razonan que la reducción de la alteración que se obtiene cognitivamente a través de la re-evaluación positiva, puede ser difícil de mantenerse ante indicadores internos y externos del estrés, que aparecerían bajo la forma de pensamiento e imágenes asociadas a la inhibición del pensamiento negativo, realizado por la reevaluación positiva.

Otra forma de afrontamiento cognitivo, diferente de la rumiación y de la reevaluación, es la planificación o elaboración mental de un plan de acción a seguir. Tanto la reevaluación, como la planificación mental, son respuestas orientadas al cambio y no a el mantenimiento del estado psicológico, como lo es la rumiación o repetición. Se presupone que la reevaluación y la planificación son formas de afrontamiento positivas (Wood y cols., 1990). Desde esta perspectiva, se puede diferenciar el afrontamiento cognitivo pasivo, como la rumiación o repetición sobre el estado de las cosas, del afrontamiento cognitivo activo, orientado a cambiar la percepción del hecho y/o a entenderlo mejor, para modificar la realidad.

Sin embargo, si se compara la confrontación cognitiva de planificación con el afrontamiento activo o directo, parece ser poco adaptativa. Tanto Billings y Moos (1981 citados en Matlin y cols. 1990), como Matlin, Wethington y Kessler (1990) demostraron mediante análisis multivariados, que los elementos cognitivos y los elementos de modificación directa del afrontamiento activo, tienen efectos opuestos. La confrontación cognitiva tiene efectos negativos en el ajuste emocional, mientras que el afrontamiento directo de modificación del medio, tiene efectos positivos. Los resultados de Matlin y cols. sugieren que el estilo de afrontamiento cognitivo activo es poco adaptativo, sólo cuando se usa fuera de un estilo de afrontamiento directo y complejo o también es poco adaptativo cuando se reflexiona sobre un hecho estresante, como una forma de evitar actuar para cambiar la situación. Dicho de otra manera, el afrontamiento de planificación o la confrontación cognitiva "activa" es poco adaptativa, cuando no se asocia a la aproximación conductual y no se vincula con el afrontamiento de resolución de problemas.

Fernandez-Dols en su capítulo toca un problema similar al del afrontamiento cognitivo de aproximación al estrés, el de los efectos de las preocupaciones. La consideración recurrente de un problema y la focalización de la atención en el yo sería lo que caracterizaría a los sujetos preocupados. Aunque este fenómeno se asocie a una mayor conciencia de la diferencia entre nuestros valores y metas y nuestra realidad, no tiene por qué ser inadaptativo. Por un lado, en esta situación se difumina el sesgo de positividad sobre sí mismo, el mundo, el pasado y el futuro que caracteriza a los sujetos normales. El reemplazo de esta visión optimista por una pesimista tiene la ventaja de la lucidez y del realismo. Además, en el caso de los pesimistas defensivos esta rumiación de las posibilidades de fracaso y de las limitaciones del yo, conllevan una tentativa de mejora del rendimiento. Como decía el filósofo marxista Gramsci, hay que ser pesimistas en la previsión y optimistas en la acción, y no a la inversa. Las investigaciones que sintetiza Fernandez-Dols confirman la intuición de Gramsci: mientras los optimistas ilusos se desentienden y no se preocupan de la posibilidad de fracaso y creen sin más que les irá bien, fracasan. Por el contrario, los pesimistas defensivos, se preocupan por el fracaso y se preparan para afrontarlo, obteniendo mejores resultados. La confrontación cognitiva de aproximación, unida a planificación y acción directa, puede ser adaptativa. Esto no quita que la preocupación rígida se asocie a la ansiedad y sea inadaptativa.

Los resultados anteriores confirman la perspectiva teórica de Horowitz (1990) que plantea que es la simplicidad y rigidez, lo que diferencia una reacción adaptativa de otra que no lo es. Si la evitación de la reacción afectiva es útil a corto plazo combinada con la acción, la negación de la emoción y la ausencia de acción no lo son. La planificación de la acción, prolongada en la acción es adaptativa, mientras que el pensar obsesivamente en como cambiar lo ocurrido, sin poder o querer hacerlo, es inadaptativo. Una aproximación cognitiva y el distanciamiento de lo ocurrido pueden ser adaptativos, mientras que llevado a un extremo rígido se transforman en anestesia afectiva. La acción para modificar la situación puede ser adaptativa, dentro de una serie compleja

de respuestas, mientras que la acción compulsiva es poco probable que lo sea. En síntesis, una respuesta adaptativa es aquella que está compuesta de varias formas de afrontamiento, que alterna planificación con acción, expresión emocional con regulación, y que permite ciclos de recuperación y cambio.

El capítulo de Basabe y cols. revisa la relación entre formas de afrontamiento, reparto social, memoria autobiográfica y afectividad, tanto desde un punto de vista teórico, como presentando una investigación de campo realizada en nuestro contexto.

Podemos concluir que los resultados de Nolen-Hoeksema, referentes a la tristeza y la depresión, confirman que la rumiación mental intensifica y ayuda a mantener el estado afectivo negativo. Si la rumiación obstaculiza, en vez de facilitar, la recuperación emocional, ¿qué se puede decir en lo referente a los efectos en la memoria afectiva del reparto social?

REPARTO SOCIAL Y MEMORIA AFECTIVA

Implicitamente, el modelo de Rimé y sus colaboradores propone que el reparto social es más importante y adaptativo que la rumiación, es decir, que el reparto social es el proceso más funcional. El capítulo de Rimé en este libro expone con detalle su concepción. Veamos los resultados sobre los efectos del afrontamiento mediante reparto social, para ver si arrojan más luz sobre la relación entre recuperación afectiva y comunicación interpersonal sobre temas afectivos.

Podemos concebir al reparto social como una forma de afrontamiento retrospectiva de un suceso ligeramente estresante o cargado emocionalmente, realizado en la fase de recuperación posterior a un suceso, mediante la búsqueda de apoyo social afectivo, informacional y la descarga afectiva compartida. Un 69% de personas manifestaron haber pasado por fases preparatorias, agudas y de recuperación ante un suceso estresante, fases en las que desplegaron formas de afrontamiento. Un 13% afrontaron el hecho durante las tres fases, 17% durante la fase aguda y de recuperación y otro 13% lo hizo solo durante la fase de recuperación (Stone, Greenberg, Kennedy-Moore y Newman, 1991). Aunque el 70% de los sujetos mencionó formas de afrontamiento durante la fase aguda del suceso estresante, un 43% lo hizo durante la fase de recuperación, por lo que se puede aceptar que el afrontamiento retrospectivo es un hecho importante cuantitativamente.

Dentro de la investigación de afrontamiento y apoyo social se diferencian varios tipos de búsqueda de apoyo y de afrontamiento afectivo.

Primero, el afrontamiento afectivo se puede asociar a la *auto-revelación*, expresión y comunicación de información íntima sobre lo ocurrido, ante alguien en quien se pueda confiar y que acepte los sentimientos, pensamientos y acciones sin cuestionarlos ni descalificarlos. Esta forma de afrontamiento cumpliría la función de comunicación e intercambio de información sobre la experiencia afectiva.

Segundo, el afrontamiento emocional se puede concebir también como la *búsqueda de comprensión, simpatía y recepción de estima*. Esta sería una función de recibir y entregar afectividad positiva.

Tercero, el reparto social se puede asociar a la *regulación* y autocontrol afectivo, como el distanciamiento, el mirar las cosas desde otro punto de vista. Esta forma de afrontamiento cumpliría la función de ayudar a la regulación afectiva.

Cuarto, se puede buscar apoyo social para descargar y expresar la emoción. Esta sería la función de catarsis o *expresión emocional*.

Por último, la búsqueda de información y opinión de otro, sería una forma de afrontamiento referida a la *validación o normalización* de la experiencia emocional. Mediante este la persona busca comparar sus emociones y actitudes con otras, para reafirmar que su experiencia es corriente, mayoritaria y adecuada, y que es reconocida o validada como tal por las otras personas.

Aunque a veces no se diferencian estas funciones tan claramente, y su distinción es analítica, creemos que responden a formas de reparto social diferentes y que se asocian a diferentes objetivos: la comunicación de información; la recepción de afectividad positiva; la búsqueda de apoyo para el manejo y control de la emoción; la expresión emocional y la validación social. Cuatro de estos objetivos, excluyendo la descarga emocional, fueron postulados por Jones y Thibaut como los fines esenciales de la interacción social (en Bargh, 1990). Todas estas funciones permitirían al sujeto estructurar y mantener una visión coherente y positiva, de sí mismo, del mundo y del futuro.

Según pensamos, el reparto social se puede concebir como el afrontamiento retrospectivo de un suceso autobiográfico afectivo normal, mediante la búsqueda de apoyo emocional y el afrontamiento afectivo. Examinemos la evidencia empírica sobre los efectos de estas formas de afrontamiento en el caso de sucesos estresantes.

FORMAS DE AFRONTAMIENTO Y TIPOS DE REPARTO SOCIAL

Un elemento fundamental del reparto social sería la confidencia, la autorevelación o el hablar sobre sus problemas íntimos. La investigación sobre apoyo social confirma ampliamente que el *tener un confidente* (alguien a quién se le puede hablar de sus problemas íntimos sin limitaciones) está asociado positivamente con la salud física y mental (Brown y Harris, 1978; Páez y cols., 1986). Además, el compartir preocupaciones es mencionada como una de las principales fuentes de satisfacción de enfermos crónicos - más del 90% (Taylor, 1990).

La *obtención de apoyo moral, comprensión y simpatía* es mencionada como fuente de satisfacción por enfermos graves - independientemente que sea otorgada por cercanos o profesionales (Taylor, 1990). Sujetos deprimidos la mencionan como algo positivo y eficaz para mejorar su estado de ánimo (Beckham y Adams, 1984; Caro y

cols., 1983). Sujetos deprimidos la utilizan más que no deprimidos (Barnnett y Gottlib, 1988). A pesar de este último punto, creemos que esta dimensión sirve como amortiguador de los hechos cargados afectivamente y ayuda a su asimilación.

La *regulación afectiva y la contención emocional* es mencionada como ineficaz por sujetos deprimidos (Beckham y Adams, 1984; Caro y cols., 1983). Una forma específica de autocontrol, el distanciamiento se asoció en una investigación a más emociones negativas (Folkman y Lazarus, 1988). Sin embargo, en nuestras investigaciones sobre sucesos autobiográficos afectivos y formas de reparto, el distanciamiento y la descripción objetiva, se asociaron a una mayor asimilación afectiva. Por esto, pensamos que ante hechos afectivos corrientes, niveles medios de regulación emocional, juegan un rol adaptativo.

La *descarga afectiva o ventilación de emociones*, por el contrario, no parece ser efectiva o adaptativa. En 5 investigaciones aumenta la afectividad negativa (Moos, 1988; Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Folkman y Lazarus, 1988). Sujetos deprimidos la utilizan más (Barnnett y Gottlib, 1988) y la perciben como ineficaz para superar la depresión (Beckham y Adams, 1984; Caro y cols., 1983). Enfermos crónicos graves no la mencionan como forma de apoyo social positiva y un 35% menciona la expresión fuerte de emociones como fuente de insatisfacción en grupos de autoayuda (Taylor, 1990). Aparece además asociada a ansiedad rasgo positivamente. La autoestima y el sentimiento de eficacia tienen una relación negativa con la descarga afectiva (Carver, Scheier y Weintraub, 1989). Las investigaciones de Ibañez y cols. han confirmado que la catarsis como forma de afrontamiento se asocia positivamente con la depresión en enfermas de cáncer (véase el capítulo de Ibañez y Rosbund en este libro).

HABLAR SOBRE LAS EMOCIONES PARA VALIDARLAS COMO AFRONTAMIENTO

El compartir o hablar con otros de sus sentimientos para validarlos es otra forma de afrontamiento afectivo. Se podría presuponer que los sujetos prefieren hablar de hechos positivos y eviten hablar de emociones negativas - siguiendo la norma social que sanciona el despliegue de afectividad extrema y negativa (Sommers, 1984; Echebarria y Páez, 1989). Toda una serie de investigaciones ha demostrado que interactuar con personas depresivas induce un estado de ánimo negativo o disfórico y que la gente tiende a rechazar o a evitar a las personas en mal estado de ánimo (Strack y Coyne, 1983; Gurtman, 1987) aunque no todas las investigaciones han apoyado el carácter aversivo e inductor de rechazo social de la depresión (Rosenblatt y Greenberg, 1991).

La mayoría de los estudios indican que los sujetos depresivos inducen mayor rechazo social: nueve de diez investigaciones experimentales confirmaron que se respondía de forma más rechazante en un cuestionario ante sujetos deprimidos y cinco de siete investigaciones confirmaron que el contacto con sujetos deprimidos inducía

disforia en sus parejas o compañeros (Gurtman, 1987). También se ha encontrado que los sujetos en los que se indujo un estado de ánimo negativo tienden a entregar menos información íntima, mientras que en las personas que se indujo un estado de ánimo positivo, ocurrió lo contrario (Cunningham, 1988). Por último, la investigación experimental y correlacional confirma que los sujetos en buen estado de ánimo son más sociables, es decir, tienden a interactuar más, a hablar más y son más receptivos ante las personas (Echebarría y Pérez, 1989).

Estos resultados sugerirían que hablar sobre emociones negativas es "anormal", induce rechazo y emociones también negativas en los otros. Pese a ello, se ha encontrado que las personas prefieren hablar e interactuar con otras de su mismo estado emocional y que además eligen hablar sobre sus emociones dominantes, aunque éstas sean negativas. Tales datos contradicen aquellos que indican una tendencia de los individuos en estado de ánimo negativo a no compartir emociones. Por ejemplo, se ha descubierto que sujetos en situaciones estresantes y ansiógenas prefieren compartir con personas de su mismo nivel de ansiedad - y no con gente que esté peor o mejor (Berkowitz, 1968, Kruglanski y Mayseless, 1990). Aunque, en situaciones de alta ansiedad, las personas prefieren aislarse (Berkowitz, 1968; Kruglanski y Mayseless, 1990). También se ha encontrado que los sujetos deprimidos prefieren leer sobre sucesos vitales descritos por personas disfóricas y eligen hablar con otros de problemas, mientras los sujetos no deprimidos prefieren hablar de lo contrario (Coates y Petersen, 1984; Lockey Horowitz, 1990). Sujetos tristes prefieren encontrarse o trabajar con sujetos en su mismo estado de ánimo y sujetos alegres prefieren compartir con personas felices. Otros tres estudios muestran que personas deprimidas no difieren en su reacción ante personas tristes o alegres o están menos interesadas en interactuar con personas en buen estado de ánimo (Locke y Horowitz, 1990; Rosenblatt y Greenberg, 1991). Aunque los sujetos deprimidos no están mejor unos momentos después de hablar sobre sus problemas (Coates y Petersen, 1984), si están peor después de hablar con personas alegres que después de hablar con personas tristes (Rosenblatt y Greenberg, 1991).

Podemos concluir a partir de estos diversos estudios que las personas prefieren hablar o compartir sobre sus emociones dominantes con personas en su mismo estado de ánimo. El hablar con personas que están en un estado de ánimo negativo es aversivo y desgasta a las personas (vease el capítulo de Pennebaker), por un lado, y las personas que están en un estado afectivo negativo, si este es muy alto, prefieren aislarse. Si este no es tan alto, prefieren compartir con alguien en su mismo estado de ánimo y compartir con alguien que está en un estado de ánimo bueno tiene efectos negativos. Esto se puede explicar por dos motivos diferentes. Primero, la gente prefiere o aprecia más a las personas similares a ellas. Segundo, el interactuar con otras personas le permite a uno comparar sus reacciones con las de otro, y si las de éste son similares, me permite validar mis reacciones. En otras palabras, me permite confirmar que mis reacciones son normales (Locke y Horowitz, 1990). Podemos además suponer que cuando las personas experimentan emociones extremas y negativas, que son raras y que están fuera de las

emociones normales, la búsqueda de validación de la experiencia mediante la comparación social con otro es aún mayor. Sin embargo, esta tendencia puede provocar la intensificación del estado afectivo.

Hay datos empíricos que muestran un efecto de aumento de la respuesta emocional del compartir y hablar, es decir, que confirman que la búsqueda de apoyo social y la confidencia *antes y durante un episodio emocional y un suceso estresante* aumentan la respuesta afectiva. Hablar con vecinos o tener confidentes con quien compartir sus problemas, estaba asociado a un aumento de la ansiedad en mujeres israelíes que tenían hijos o maridos en la guerra, ya que una red social más tupida facilitaba la circulación de rumores y novedades negativas (Hobfoll y London, 1985). Estar con un amigo esperando una situación estresante (que consistía en manipular una serpiente) disminuía la depresión y la hostilidad, pero no la ansiedad. Hablar con un amigo sobre los sentimientos que se experimentaban, en espera de una situación estresante aumentaba la ansiedad, la depresión y la hostilidad. Por el contrario, hablar sobre la tarea y sobre temas de distracción, reducía las emociones negativas (Costanza, Derlega y Winstead, 1988). Se puede concluir que el reparto social o la confidencia orientado a compartir, revelar y descargar las emociones, antes y durante un suceso estresante aumentan la reacción afectiva, como se encontró que sucedía con las formas de afrontamiento de aproximación cognitiva. Por el contrario, la recepción de comprensión y simpatía, así como el poder expresarse - sin descargar ni centrándose en las reacciones subjetivas - tendrían un efecto amortiguador de la reacción afectiva.

Se podría suponer que la confidencia y el hablar con otros sobre la experiencia después de ocurrido un hecho tendría un efecto positivo. Sin embargo, Nolen-Hoeksema y Morrow (1991) no encontraron asociación entre la cantidad de veces que se habló con otros y la depresión en la investigación de campo antes citada sobre catástrofe colectiva.

Por otro lado miembros de grupos de autoayuda, que en gran medida hablan de sus problemas, están mejor a largo plazo (Taylor, 1990). Estos resultados, unidos a los antes mencionados del efecto positivo del apoyo social sobre el bienestar, sugieren que la confidencia después de la fase preparatoria y aguda del suceso tiene efectos positivos a largo plazo (Pennebaker, Colder y Sharp, 1990). Es necesario el paso de un cierto tiempo para aceptar y asimilar un suceso estresante de fuerte carga afectiva. La investigación sobre memorias vívidas autobiográficas, examina la relación entre reparto social y emociones desde un punto de vista diferente y puede resolver algunas de las incognitas antes expuestas.

CARACTERISTICAS DE LAS MEMORIAS AUTOBIOGRAFICAS

Hasta este momento hemos reflexionado sobre la relación entre las características del hecho, el procesamiento y el recuerdo, como si la memoria fuera un fenómeno

simple y unitario. En realidad nuestra problemática no se refiere a la memoria semántica (memoria general abstracta) ni a la memoria episódica (memoria concreta y particular de ciertos hechos) en general, sino que a un tipo específico de memoria: la memoria autobiográfica. Ésta, sería una memoria de eventos complejos (por ejemplo, una muerte y los ritos de duelo subsecuentes), que contendría muchas referencias a sí mismo, que representaría igualmente información sensorial, perceptual y reflexiva; y que estaría muy relacionada con otras memorias. Cualquiera de estas características tomadas en sí mismas, podrían aplicarse a diferentes clases de memoria (no autobiográfica); pero el conjunto entero de características se aplica solamente a la memoria autobiográfica.

Una memoria personal es una representación basada en imágenes, de un evento singular no repetido (por ejemplo, la memoria de haber tomado parte en un suceso traumático). Un hecho autobiográfico, es formalmente idéntico a una memoria personal, con la excepción de que no está basado en imágenes. Un hecho autobiográfico, entonces, permitiría a una persona responder "Sí", a la pregunta: "¿Ha participado en un suceso traumático esta mañana?"; sin que la persona tenga que recuperar imágenes del evento (aunque, por supuesto, ésto puede ocurrir).

Una memoria personal genérica, es también formalmente similar a una memoria personal, pero difiere en que el evento repetido o la serie de eventos similares, está representada en una forma más abstracta que aquella en que lo está la memoria personal. Por ejemplo, si una persona ha tomado parte en muchos sucesos traumáticos de una categoría dada (muertes de familiares, por ejemplo), su memoria de un suceso particular incluye características generales de todos los muertes y duelos y algunos detalles generales de la muerte y del duelo específico que la persona está tratando de recordar (Conway, 1990).

En síntesis, las memorias autobiográficas, son los recuerdos de tipo episódico, experiencial y concreto, vinculados a la biografía de cada persona. Los recuerdos autorreferentes han mostrado ser más verbales que visuales, más accesibles, más cargados afectivamente y más complejos (Fiske y Taylor, 1991).

Las investigaciones sobre reparto social, sobre memorias autobiográficas vívidas o *flashbulb* y la investigación experimental en recuerdo e imaginería sugieren diferentes "propiedades de la memoria".

Las propiedades de las memorias autobiográficas relevantes para nuestra problemática son las siguientes:

1.- Se puede hablar de la *vivacidad* de la memoria, una característica similar a las propiedades perceptuales y a la claridad sensorial de estos recuerdos.

Se denomina como memoria vívida o memoria de *flashbulb* o destello a aquellos recuerdos intensos y claros de hechos sorpresivos (el golpe de Tejero, el asesinato de Kennedy, etc.). Estas memorias de destello, se caracterizan por una imagen altamente vívida de las circunstancias en las que se recibieron las noticias de un suceso o las novedades vinculadas a un suceso (Ruiz Vargas, 1991).

La vivacidad se mide generalmente por preguntas acerca de claridad visual o de intensidad de imágenes asociadas a la memoria. La vivacidad también se puede referir a la riqueza sensorial o al aspecto sensorial de la memoria. Anderson (1981) sugiere, siguiendo la teorización de Klinger sobre las cualidades de las imágenes mentales, que la claridad de imagen y la calidad de saturación sensorial pueden definir la vivacidad de la memoria conjuntamente. Existen resultados empíricos que apoyan esta definición mediante análisis factoriales.

2.- Además de la vivacidad de la memoria, la memoria autobiográfica puede ser evaluada en el *grado de elaboración*, que se refiere a la amplitud de detalles, al grado de abstracción y de coherencia del recuerdo, a la evaluación de la claridad de la memoria sobre las causas y efectos del hecho, etc. (Conway, 1990; Ruiz Vargas, 1991; Pennebaker, Barger y Tiebaoui, 1989).

3.- Una tercera característica de las memorias autobiográficas hace referencia al nivel de reacción afectiva asociada al hecho o a su reevocación. Siguiendo la investigación en emociones la reacción afectiva se puede estimar a nivel de la intensidad de la activación y a nivel de la evaluación placentera-displacentera. Estos dos factores de evaluación y de activación emergen en todas las investigaciones sobre emociones y nos parecen pertinentes para la memoria afectiva (Echebarria y Páez, 1989). Esta tercera dimensión reacción afectiva se refiere al *grado de activación emocional* y al *carácter placentero o displacentero de la reacción afectiva* ya sea del *suceso emocional*, ya sea de la reevocación de estos sucesos en el momento actual (Holmes, 1990; Conway, 1990; Rimé y cols., 1991).

4.- Por último, se pueden evaluar los *procesos de cambio*. Se puede evaluar el *cambio en la intensidad de la reacción afectiva* original y la intensidad posterior. Holmes (1990) investigó este aspecto (vease más adelante). También se puede evaluar el *cambio de la evaluación del carácter placentero-displacentero* o el cambio del nivel de emoción positiva negativa asociada al hecho o a su recuerdo. Este proceso se puede concebir como la *recuperación afectiva*. Rimé y cols. han investigado este tema (vease su capítulo). Una investigación similar se realizó sobre la evaluación del grado de dolor sentido en el parto y el evaluado retrospectivamente después. Las mujeres entrevistadas tendían a evaluar como menor el grado de dolor de lo que había sido estimado originalmente de forma similar a los resultados de recuperación afectiva (Conway, 1990).

INTENSIDAD DE LOS SUCESOS EMOCIONALES, RUMIACION, REPARTO SOCIAL Y MEMORIA

En general la intensidad afectiva del hecho estaba asociada positivamente con altos niveles de repetición, tanto interna o rumiación, como interpersonal o de reparto (Conway, 1990). La serie de investigaciones de Rimé y cols. también encontró una asociación positiva entre la intensidad original del hecho emocional, la rumiación y la

cantidad de veces que se hablaba sobre el. Nuestras investigaciones en el País Vasco reafirman estos resultados para la rumiación. Cremos que un resultado sólido es que la intensidad del trastorno afectivo inicial se asocia a un alto nivel de procesamiento intrapersonal.

TABLA I.- Intensidad del hecho autobiográfico, rumiación, reparto social, vivacidad y valencia afectiva del recuerdo en tres emociones básicas (Tristeza, enojo y alegría)

TRISTEZA (N= 124)					
Intensidad	Rumiación	Reparto	Vivacidad Memoria	Valencia Negativa Memoria	
1	2	3	4	5	
2	.26**				
3	-.03	-.01			
4	.33**	.36**	.04		
5	.19*	.30**	-.09	.40**	
ENOJO (N= 117)					
Intensidad	Rumiación	Reparto	Vivacidad Memoria	Valencia Negativa Memoria	
1	2	3	4	5	
2	.19*				
3	-.05	.15&			
4	-.05	.25**	-.17*		
5	.21*	.14&	-.14&		
ALEGRÍA (N= 120)					
Intensidad	Rumiación	Reparto	Vivacidad Memoria	Valencia Negativa Memoria	
1	2	3	4	5	
2	.23**				
3	.11	.14&			
4	.14&	.35**	.21*		
5	-.20*	-.21*	-.21*		
& P < 0.10 * P < 0.05 ** P < 0.01					

TABLA II.-Efectos de la intensidad, el reparto social cuantitativo y la rumiación en la vivacidad y la valencia de la reevocación.

VARIABLES	VIVACIDAD			VALENCIA		
	Emoción:			1	2	3
	1	2	3	1	2	3
Intensidad Original				.24**	-.05	.14
Rumiación				.29**	.25**	.35**
Reparto Social				.05	-.17	.21**
R Múltiple al Cuadrado				.18**	.8*	.23**
				9*	8*	10**

NOTAS:

(.) Emoción 1= Tristeza, 2= Enojo, 3= Alegría.
 (..) Intensidad y rumiación se median con una sola pregunta que iba de mínimo=1 a máximo = 10 y de nunca=1 a muy a menudo =5. Las otras variables son puntuaciones factoriales elaboradas a partir dedos o más preguntas. Mientras más alta la puntuación, mayor vivacidad del recuerdo y mayor efecto negativo del recordar o valencia más negativa.
 (...) & = p < .10, * = p < 0.05, ** = p < 0.01

Además, en nuestras investigaciones, la intensidad original del suceso estaba asociada a una reacción afectiva más fuerte en la tarea de reevocación y a cambios más claros en el estado de ánimo, provocados por el recordar el hecho, modificaciones de sentido positivo en el caso de la alegría y de tipo negativo en la tristeza y el enojo (vease la tabla I y II).

VALENCIA DE LOS HECHOS, REPARTO SOCIAL Y RUMIACION

Diferentes estudios han mostrado que los sujetos piensan más sobre los sucesos afectivos intensos, inesperados y negativos. Estos provocan una mayor búsqueda de explicaciones o de atribuciones de causalidad (Holmes, 1990; Hewstone y Antaki,

1990; Taylor, 1991). Como hemos comentado previamente, los estados afectivos medios y positivos son normativos y típicos en las sociedades occidentales. Esto sugiere que los hechos afectivos extremos y negativos se consideran desviantes, y es coherente suponer que provocan una mayor dinámica social de minimización o regulación de ellos.

De lo más arriba expuesto podemos concluir que los sucesos emocionales negativos pueden ser más repetitivos mentalmente y que provocan una mayor necesidad de construir interpersonalmente una explicación. Sin embargo, Rimé y sus colaboradores no encontraron diferencias de reparto social o hablar y de rumiación o repetición mental interna entre hechos negativos o positivos. Aunque, por otro lado, nuestras investigaciones confirmaron que algunos sucesos negativos asociados a la tristeza eran más repetidos mentalmente, más rumiados y que los altos niveles de emociones negativas (tristeza y enojo) se asociaban a mayor nivel de rumiación y de reevaluación (vease el capítulo de Basabe y cols. en este libro). Además, en el caso de Rimé y cols. se trataba en general de sucesos intensos, es decir, la tarea que se le pedía a los sujetos era contestar en relación a sucesos de fuerte intensidad. Esto puede explicar la falta de diferencia. En nuestro caso, los sujetos elegían de una lista de sucesos el que debían evaluar. Algunos eran de baja intensidad y otros de alta, lo que aseguró una mayor variabilidad y esto último puede explicar nuestros resultados.

RELACIONES ENTRE COMPARTIR O REPARTO SOCIAL Y PENSAMIENTO REPETITIVO O RUMIACIÓN

Rimé y cols. encontraron una relación positiva entre rumiación y reparto social, aunque esta asociación desaparecía cuando se controlaba la influencia de la intensidad del suceso. En nuestra primera investigación, la rumiación mental y el reparto social estaban asociados en el caso de la alegría y del enojo (vease Tabla I). Sobre el total de la muestra, había una asociación positiva de .10 ($N=330, p<0.00$) entre el reparto o compartir y la rumiación. En la segunda investigación diferenciamos la repetición interna en rumiación mental, en el sentido de pensamientos intrusivos incontrolables y en la reevaluación mental en el sentido del afrontamiento cognitivo orientado a la búsqueda de un significado del hecho. La repetición mental y la repetición interpersonal (reparto social) aparecían asociados y no como procesos opuestos. Dos investigaciones más confirmaron una asociación positiva entre compartir o hablar sobre un suceso y el pensar repetitivamente o rumiación (Páez y Asín, 1992). Podemos concluir que el reparto social y la rumiación son procesos asociados y no opuestos, aunque la asociación entre hablar con otros y pensar sobre un hecho se da más claramente para la reevaluación, mecanismo en principio más adaptativo, cuando se diferencia la repetición mental en rumiación y reevaluación.

RUMIACIÓN, RECUPERACIÓN AFECTIVA Y MEMORIA

Las investigaciones de Rimé y cols. no encontraron relaciones entre la rumiación, el reparto social y la recuperación afectiva. En nuestra primera investigación (vease la Tabla I) la rumiación mental intensificaba la vivacidad (las reacciones sensoriales, la activación emocional, la imaginaria asociada al recuerdo) en todas las emociones.

También encontramos en la segunda investigación, que la rumiación mental se asociaba a la vivacidad, a la activación y al carácter placentero y displacentero de la reevaluación del hecho. En el primer estudio, la rumiación evidencia una asociación negativa con la recuperación afectiva, particularmente en la alegría y la tristeza, a mayor rumiación o mientras más se pensaba en forma incontrolable sobre el hecho, menor era la recuperación de la reacción afectiva. Vale decir, a mayor rumiación más seguía siendo positivo el hecho de alegría y a mayor rumiación más seguía siendo negativo el hecho de tristeza (vease la tabla I). Algo parecido ocurre en el segundo estudio con la rumiación, aunque la reevaluación no tenía este efecto. Podemos decir que la *rumiación*, pero no la *reevaluación*, en general mantiene el estado afectivo, como encontró Nolen-Hoeksema (1991) para el caso de la tristeza y de la depresión. Estos resultados se encontraron controlando la intensidad original del suceso emocional y las asociaciones entre rumiación y el reparto social mediante la regresión múltiple (vease el capítulo de Basabe y cols.).

REPARTO SOCIAL, RECUPERACIÓN AFECTIVA, INTENSIDAD Y VIVACIDAD DE LA MEMORIA

Como dijimos previamente, las investigaciones de Rimé y cols. no encontraron relación entre el reparto social y la recuperación afectiva.

La investigación de Linton (1986) sobre memoria autobiográfica ha confirmado la importancia de la repetición en el recuerdo. Aquellos sucesos que por casualidad, habían sido elegidos mayor cantidad de veces para confirmar si se recordaba o no, mostraban menor olvido, demostrando que la repetición de ellos impedía o disminuía la tendencia de olvido. Las memorias vívidas autobiográficas (Rubin y Kozin, 1984; Conway y Bekerian, 1988, en Conway, 1990) y la memoria de destello o *flashbulb* (Bohannon, 1988, en Conway, 1990) se han asociado a menudo con altas tasas de repetición. La repetición (rehearsal) se evalúa mediante una pregunta, del estilo ¿cuán a menudo ha hablado a otros del suceso o ha pensado en el suceso?. Otras investigaciones no han encontrado una asociación positiva entre la repetición y el grado de elaboración de las memorias de *flashbulb* o entre la repetición y el recuerdo de sucesos emocionales personales (Pillemer, Rinchart y Write, 1986; Conway, 1988b; citados en Conway, 1990).

Según las investigaciones revisadas por Conway (1990), para los sucesos importantes personalmente, la intensidad original y la repetición de estos sucesos están asociados a una mayor vivacidad del recuerdo. La investigación de Bohannon en memorias flashbulb es la más relevante para nuestros propósitos, porque es el único estudio que ha examinado directamente el rol de las emociones en las memorias de flashbulb y debido a que entrevistó a un gran número de sujetos. Encontró que a corto plazo, tanto la intensidad emocional del suceso como la repetición de éste eran suficientes para mantener la vivacidad en el recuerdo. Sin embargo, encontró un efecto de la repetición en la complejidad de la memoria; a mayor repetición, más detallado era el recuerdo del suceso. Finalmente, a largo plazo se requería tanto una fuerte reacción emocional asociada al suceso original, como una fuerte repetición (rumiación mental o interpersonal) para mantener la vivacidad de la memoria (Bohannon, 1988, en Conway, 1990).

En nuestra primera investigación, el reparto social cuantitativo, definido por cuán a menudo y con cuántos sujetos habían hablado sobre el evento los sujetos, no tenía una relación significativa con la memoria ni con la reacción afectiva para la tristeza - al contrastar mediante regresión múltiple la influencia simultánea de la intensidad original, de la rumiación y del reparto sobre la vivacidad o la valencia del recuerdo. Encontramos una relación positiva entre el reparto social cuantitativo y la vivacidad de la memoria para la alegría. En el caso de alegría reforzaba el carácter o valencia positiva de la reevocación. En el caso del enojo, tendencialmente disminuía el carácter negativo de la reevocación, pero, esta asociación desaparecía al controlarse la influencia de la rumiación y de la intensidad original del episodio emocional autobiográfico. El reparto social cuantitativo, no jugaba un rol en la recuperación del trastorno emocional en la segunda investigación.

Una investigación de tipo cuasi-experimental reafirma y matiza estas conclusiones. En esta investigación se pidió a 59 conocidos de estudiantes universitarios que eligieran el más impactante de entre una lista de 35 sucesos de vida estresantes que les habían ocurrido durante el último año. Este suceso debía ser narrado brevemente por escrito y evaluado en relación a la intensidad del trastorno afectivo original, a la vivacidad del recuerdo (imágenes, sentimientos y sensaciones; 0=nada; 4=fuerte), al impacto afectivo de este (cuanto mejor=1 -peor=5 se sentían después de llenar el cuestionario y si la experiencia había sido muy agradable=1 a muy penosa=5). Un mes después se asignó al azar a los sujetos a no narrar o a narrar nuevamente el hecho. La narración se debía realizar por escrito, en cuatro páginas en blanco, sin límites de ortografía y durante quince minutos. Esta actividad se realizaba en casa del sujeto y la narración era anónima. Dos meses después de la primera vez que se contestaba un cuestionario, todos los sujetos contestaban por segunda vez las preguntas sobre vivacidad e impacto afectivo, así como preguntas sobre la asimilación cognitiva, la claridad del recuerdo, una lista de síntomas físicos (LSE), y una escala de estado de ánimo (PNA). Los resultados de esta investigación (véase Tabla III) confirman que la narración ayuda a

mantener la vivacidad de la memoria, y provoca un aumento de los síntomas físicos - y aunque los resultados no son significativos, se constata que la balanza de afectos es peor en el caso de las personas que tuvieron que confrontar el hecho. No hay efectos positivos directos en la asimilación cognitiva ni en la claridad del recuerdo (estos datos no se muestran en la tabla).

TABLA III.- Estudio experimental del efecto de la confrontación en el recuerdo

Variable	Grupo No Narró N= 26		Grupo Narró N= 33		F	
	Media	DT	Media	DT		
Vivacidad						
Memoria 0 = Nada, 12= Mucho						
Primera vez	4.5	3.2	3.4	2.9		
Segunda vez	2.2	2.2	2.8	2.8		
Cambio Vivacidad Primera-Segunda	2.3	3.6	0.6	2.6	4.8 < .035	
Valencia						
Memoria 2= Muy positivo, 10= Muy negativo						
Primera vez	5.4	1.4	5.6	1.9		
Segunda vez	6.1	1.0	5.9	1.4		
Cambio valencia Primera-Segunda	.77	1.9	.30	1.5	N.S	
Síntomas Físicos						
14= Nada, 42= Mucho						
Afectividad Positiva	21.6		20.5			
Afectividad Negativa 9= Baja, 36 = Alta	17.9		19.7			
Balanza de Afectos (Posit-Negat)	3.6	11.7	2.5	10.4	N.S	

Señalcemos que hay un efecto significativo del cambio temporal para la vivacidad y la valencia. La primera es menor la segunda vez y la segunda es más negativa. Ahora bien, la diferencia de impacto afectivo negativo de la reevocación entre el primer y el tercer mes es significativa solo para el grupo que no narró $t(25)=2.06$, $p<0.05$ (hay un efecto de interacción marginalmente significativo en el análisis de varianza antes expuesto). Esto sugiere que el haber narrado hace que la segunda vez no sea tan penoso reevocar un suceso negativo, confirmando el efecto positivo de la narración, $t(32)=-1.17$, $p>.20$. Ahora bien, el efecto claro encontrado es que el compartir, narrar o hablar refuerza la vivacidad del recuerdo a corto y mediano plazo.

En síntesis, el reparto social cuantitativo no desempeña un papel en la recuperación afectiva y más bien tiende a mantener la vivacidad de la memoria.

Sin embargo, en la segunda investigación, el reparto social cuantitativo y el afrontamiento de regulación emocional estaban asociados entre ellos, mientras más se hablaba con la gente más buscaba apoyo social para regular y controlar una emoción. Es decir, el reparto social si se asocia a tentativas de regulación, aunque la cantidad de veces que se habla sobre un hecho no necesariamente facilita la recuperación afectiva.

En cambio, las formas o tipos cualitativos de reparto (cómo se habló y cómo respondió el otro) sí tenían un impacto en nuestra primera investigación. Encontramos que el *distanciamiento* definido porque el sujeto habla y el otro escucha distamente, se asocia a una menor reacción afectiva para la reevocación del hecho en la tristeza, controlando las influencias del trastorno original y del reparto cuantitativo, de la rumiación mental y de los otros tipos de reparto social mediante la regresión múltiple. De forma similar el reparto social de tipo *descarga compartida de la emoción* y el *compartir cognitivamente* la emoción de alegría *reforzaba la reacción afectiva positiva* vinculada a la reevocación del hecho (estos resultados no se exponen).

Hay diferentes elementos que apoyan la validez externa de estos resultados:

1.- Los psicólogos clínicos plantean que la repetición "calma" ante un estímulo emocional, promueve el procesamiento emocional adaptativo (Williams, Watts, Mc Leods y Matthews, 1988). Altos niveles de repetición resultarían en que los sucesos emocionales negativos llegarían a ser menos displacenteros y menos intensos. Recordemos, además, que los sucesos imprevistos, altamente emocionales, en particular los negativos, están asociados a altos niveles de pensamientos de razonamiento. Si uno le da la vuelta calmadamente y piensa sobre el hecho, ésto podría asociarse a una disminución de la intensidad y del carácter displacentero del recuerdo. El efecto de mera exposición, que hace que estímulos a los que la persona se ve expuesta, se terminan evaluando más positivamente, no es un mecanismo explicativo válido para el efecto de recuperación afectiva del reevocar y hablar distanciado sobre un suceso emocional. Este proceso, ampliamente demostrado a nivel experimental, sólo funciona

cuando los estímulos iniciales son neutros, por lo que no es aplicable a sucesos emocionales, como sugiere equivocadamente Holmes (Holmes, 1990; Fiske y Taylor, 1991).

2.- Habría que distinguir entre las repeticiones o revisiones de mantención, es decir, la rumiación mental acerca de las características de un hecho emocional y la repetición elaboratoria, la recodificación mental o reevaluación y la reestructuración mental y explicación mental de un hecho. La investigación de psicología cognitiva experimental sobre la memoria, muestra que la repetición de mantención o repetición simple fracasa en producir aprendizaje o en aumentar el recuerdo.

Por el contrario, la repetición a nivel más profundo, más elaborativa y más semántica, favorece o aumenta el aprendizaje y el recuerdo (Baddeley, 1990). Podemos suponer que la reevaluación y el reparto social elaborativo, podrían aumentar el grado de elaboración de la memoria, dicho de otra manera, la repetición de reevaluación estaría asociada al grado de complejidad de la memoria. Mientras que la rumiación estaría vinculada al mantenimiento de la intensidad y vivacidad de la memoria - y no a su elaboración.

Las relaciones entre la vivacidad de la memoria, la recuperación emocional (declive de la reacción afectiva vinculada a la reevocación del hecho) y la elaboración de la memoria no tienen porqué ser lineales. Aún más, podría haber una relación positiva entre la recuperación emocional y la vivacidad de la memoria. En este sentido, van las investigaciones sobre fobias que han encontrado que la vivacidad de la imagen del objeto fóbico aumenta durante la desensibilización, expresado de otra forma, a medida que aumenta la capacidad del sujeto de soportar el estímulo, aumenta también la claridad de la imagen de este último. En un campo clínico diferente, la investigación ha encontrado una tendencia entre las personas a mejorar la calidad de la imagen de la persona muerta cuando la preocupación y el trastorno afectivo del duelo disminuían (Williams, Watts, Mc Leods y Matthews, 1988).

Podemos concluir de los resultados anteriores que habría una relación negativa entre la recuperación emocional y la vivacidad de la memoria. Mientras más se recupera emocionalmente la persona, mientras menos intensa es su reacción emocional negativa asociada a la reevocación del hecho, más "clara" puede ser la memoria. También se puede plantear a la inversa, que los sujetos que tienen un enorme trauma emocional asociado a un hecho autobiográfico, tendrán la memoria menos clara y menos elaborada en torno a él.

Los datos de que disponemos hasta el momento permiten afirmar que el hablar con otros se asocia a reevaluación y a afrontamiento de expresión y regulación emocional, pero, no permiten concluir que el mero hecho de hablar tenga un efecto de mejora de la elaboración cognitiva ni de asimilación afectiva del hecho. El hecho de que la intensidad del suceso se asocie positivamente al compartir y pensar sobre él, sugiere que los hechos más intensos y eventualmente los negativos, que generalmente son más inesperados e intensos, se recuerden más.

INTENSIDAD DE LA REACCIÓN AFECTIVA Y SESGO POSITIVO DEL RECUERDO DE SUCESOS AUTOBIOGRAFICOS

La investigación sobre las memorias vividas autobiográficas y las memorias destello o flashbulb ha confirmado la influencia positiva de la intensidad de la experiencia emocional en la accesibilidad de la memoria y en su calidad (el detalle del recuerdo). Una fuerte intensidad emocional, un alto trastorno asociado al suceso, el carácter sorpresivo de éste, y las importantes consecuencias personales de un suceso, dan origen a memorias autobiográficas que son más detalladas, más accesibles para el recuerdo y más resistentes al cambio comparativamente (Conway, 1990).

La investigación sobre los sucesos de vida estresantes muestra de forma similar, que los sucesos negativos, impredecibles e incontrolables son los que más inducen problemas afectivos (Thoits, 1983). Podemos pensar que los sucesos cargados de emociones negativas fuertes, más novedosos e incontrolables, darán origen a un mayor trastorno afectivo y a memorias más accesibles y detalladas. Como veremos, esta conclusión debe ser matizada.

Congruentemente con lo antes citado, la investigación experimental en recuerdo semántico muestra que el material con una carga afectiva, por ejemplo adjetivos de corte displacentero, son recordados mejor a largo plazo o a largo término que elementos no afectivos, por ejemplo: adjetivos neutros (Baddeley, 1990; Holmes, 1990).

La investigación en memoria autobiográfica encontró resultados diferentes y muestra un sello positivo en la memoria. Las memorias autobiográficas placenteras se recuerdan más frecuentemente. Cuando se le pide a la gente tratar de recordar el máximo de recuerdos de su infancia y que los categoricen en placenteros y no placenteros y neutrales, la gente categoriza la mayoría como placenteros, una minoría importante como negativos o displacenteros y una minoría aún más pequeña como neutral (Baddeley, 1990). En general, la mayoría de los recuerdos de los sujetos son positivos. El que este sesgo positivo sea funcional, es decir, que sirve para que el sujeto funcione bien y se adapte, se puede inferir de que los sujetos deprimidos no lo presentan. En general, los sujetos "sanos" presentan una ilusión de positividad sobre sí mismos, el pasado, presente y el futuro (Taylor y Brown, 1988).

El sesgo de positividad de recuerdo autobiográfico no puede ser explicado únicamente por la mayor disponibilidad de memorias placenteras. Dos investigaciones de memorias autobiográficas controladas, han demostrado, que los sujetos olvidan más los sucesos negativos que han vivido y no sólo que han tenido más y recuerdan más sucesos positivos (Baddeley, 1990).

La investigación epidemiológica también ha encontrado de forma parecida, que la gente generalmente olvida sus episodios de emociones negativas- depresión. El fracaso de informar de un episodio depresivo informado previamente es la fuente predominante de inconsistencia en la investigación de Aneshensel, Estrada, Hansell y Clark (1987). Los sujetos de la muestra fueron entrevistada 5 veces entre 1979 y

1983. Más de la mitad (el 58%) de las personas que tenían un episodio depresivo registrado, fracasaron, la quinta vez que fueron entrevistados, en informar de haber tenido cualquier episodio depresivo durante su vida (Aneshensel y cols., 1987). En síntesis, la investigación experimental muestra que los elementos de conocimiento abstractos o semánticos de carácter emocional se recuerdan mejor; la investigación sobre memorias vividas y la investigación epidemiológica, confirman que mientras más carga afectiva, en particular negativa, tenga un suceso, más alteración provoca; pero, los sucesos positivos se recuerdan mejor que los negativos.

Esta inconsistencia entre un efecto de intensidad en la memoria o mejor recuerdo de los hechos cargados afectivamente, y un sesgo de positividad en la memoria, o mejor recuerdo para los sucesos placenteros afectivamente que para los sucesos displacenteros, ha sido resuelta a nivel experimental por Holmes (1990).

Los resultados de Holmes muestran que los sucesos autobiográficos displacenteros están sometidos a un proceso más rápido de decadencia de la intensidad. Los resultados experimentales demostraron que el recuerdo de una experiencia personal, se debía antes que nada a la intensidad del afecto, más que al tipo de afecto. Mientras más intenso el hecho, más se recordaba. Holmes encontró que las experiencias displacenteras mostraban un mayor declive en la intensidad afectiva, que las experiencias placenteras.

Como consecuencia de este mayor declive de la intensidad del recuerdo de los sucesos displacenteros, éstos tenían menor probabilidad de ser recordados.

Los resultados expuestos en el capítulo de Basabe y cols. de este libro, demuestran que en el País Vasco altos niveles de emoción negativa están asociados a mayores cambios en la intensidad y del carácter displacentero de los sucesos. Así mismo, se encontró que altos niveles de activación emocional positiva, en particular, de sucesos autobiográficos de alegría, están asociados a menores niveles de cambios de la intensidad de la emoción. En una investigación de campo sobre hechos personales se confirmaron los resultados de Holmes.

Por otro lado, hay una asimetría en cómo las personas responden ante hechos positivos y negativos. Como plantea Taylor (1991), revisando una gran cantidad de investigaciones, los hechos de carácter negativo, activan y focalizan más la atención, provocan una mayor actividad de búsqueda de explicaciones y tienen un mayor impacto a la hora de formarse o emitir un juicio. Igualmente, el pensamiento espontáneo parece estar dominado por hechos negativos, en particular no resueltos - aunque recordemos que las investigaciones sobre rumiación y reparto social, no encontraron que los hechos negativos se piensen más. Además, mientras los sucesos de cambio vitales negativos inducen mayor cambio de estado de ánimo y son un buen predictor de trastornos de salud física y emocional, esto no ocurre con los hechos positivos. Por último, los hechos negativos se asocian más a la búsqueda de apoyo social, para afrontarlos y regular las emociones negativas asociadas a ellos, mientras que esto no

ocurre en los hechos positivos. Las investigaciones experimentales de inducción de estado de ánimo, confirman que las personas son menos reactivas ante la inducción de estados de ánimos negativos. Estas investigaciones muestran además que la influencia del estado de ánimo negativo en los procesos cognitivos (recuerdo, juicio, etc.) es menos fuerte que la de los estados de ánimo positivos (Echebarría y Paez, 1989; Taylor, 1991).

Aunque se discuta si la represión es el mecanismo explicativo, en la actualidad se considera que el mayor olvido de los hechos negativos, comparados con los positivos, es un proceso real. Como dicen Davis y Schwartz (1987):

"Desde los 30, ha habido muchas investigaciones experimentales de la represión. La mayoría de las investigaciones tenían relación con el recuerdo de materiales con asociaciones positivas o neutras vs. el recuerdo de materiales con asociaciones displacenteras o amenazantes. En general, los resultados de estos estudios son claros y consistentes. Los sujetos demostraron un peor recuerdo de los materiales que se habían asociado con experiencias displacenteras."

Los sucesos negativos se recuerdan menos que los positivos, por otros mecanismos además de la represión. Primero, los sujetos reinterpretan los hechos ambiguos o negativos como neutros o positivos. Segundo, ya que los hechos negativos son menos comunes, y debido a que se "disminuyen" aún más por el proceso de reinterpretación, el dominio de memoria al que se puede asociar un hecho negativo es reducido. Tercero, los hechos positivos son más frecuentes, más accesibles y más elaborados (hay más asociaciones construidas alrededor de ellos). Cuarto, el conocimiento social sobre los hechos negativos es más desarrollado y más complejo (hay más diferenciación sobre emociones negativas que positivas, por ejemplo), y estos hechos provocan más actividad explicativa de reinterpretación y racionalización (Taylor, 1991). Por todo esto las asociaciones entre hechos negativos en la memoria tienden a ser más débiles y menos comunes que las de los hechos positivos. Normalmente, los sujetos tienen este sesgo de positividad en el recuerdo.

Además, la dinámica social se orienta a minimizar y reevaluar los hechos negativos. Las personas y los grupos muestran un sesgo defensivo: se atribuyen los hechos negativos a causas externas, inestables y temporales. Lo contrario ocurre con los hechos positivos. El silencio colectivo sobre los hechos negativos es algo común (Paez, Iusua y Vergara, 1992).

Hasta aquí hemos revisado diferentes fuentes de evidencia que ponen de relieve el carácter adaptativo de la expresión y reevocación compartida de un hecho afectivo, en lo referente a la memoria del suceso y de sus efectos afectivos. Veamos ahora que evidencia hay sobre la relación entre expresión afectiva, confrontación y regulación emocional, y desarrollo de enfermedades crónicas graves (como el cáncer, entre otras).

EXPRESIÓN, REPRESIÓN EMOCIONAL Y ENFERMEDAD CRÓNICA GRAVE

La incapacidad de transmitir y elaborar subjetivamente las vivencias emocionales - en particular la hostilidad reprimida - aparecen en investigaciones epidemiológicas asociadas a una mayor morbilidad y mortalidad (de enfermedades coronarias y oncológicas) (Rodin y Salovey, 1989; Redd y cols., 1991). En una revisión exhaustiva de las investigaciones longitudinales y transversales realizadas hasta mediados de los 90, Temoshok y Heller (1986) concluyen que los pacientes de cáncer tienen dificultad en expresar sus emociones o incluso en sentirlas. Además de ser un factor de riesgo para enfermedades graves, las dificultades de expresión y comunicación interpersonal se asocian a un peor pronóstico y peor progresión de la enfermedad.

Ward, Leventhal y Love (1988) encontraron que sujetos represores enfermos de cáncer informaban de menos síntomas o efectos de la quimioterapia, y que intercambiaban menos información sobre los efectos de ésta y sobre como afrontarla. Levy y cols. (citados en Rodin y Salovey, 1989) encontraron que sujetos represores presentaban una peor progresión de cáncer de mama. Las investigaciones más antiguas, revisadas por Temoshok y Heller (1986) también hallaron que los sujetos aquejados de cáncer de mayor supervivencia mostraban una mayor expresión afectiva - incluyendo la afectividad negativa y el enojo. Otras investigaciones han encontrado que los sujetos alexitimicos asmáticos informaban de menos síntomas, pero, tenían peor progresión de la enfermedad - más días hospitalizados (Nöel y Rimé, 1988). Aunque aparentemente hay elementos que permiten pensar que la inhibición y la dificultad de compartir sobre las emociones es un factor predictor de enfermedad y de peor desarrollo de ésta, que podemos decir sobre los efectos positivos de la expresión emocional sobre el curso de la enfermedad?

Podemos señalar en apoyo de la eficacia de la regulación afectiva en relación a la salud física inmunitaria, que Pennebaker y cols. encontraron una mejora de la respuesta inmunitaria mediante la confidencia o interacción simbólica apoyada socialmente de carácter afectivo. Podemos suponer que lo mismo ocurrirá en aquellos sujetos que tienen un mayor soporte social subjetivo y que tienen más capacidad de comunicar sobre sus problemas afectivos - ya sea porque son menos alexitimicos, menos represores o porque tienen un apoyo afectivo informal o institucional, mediante psicoterapia o su integración en grupos de autoayuda. El manejo del trastorno afectivo en sí mismo y la autoregulación positiva del sujeto también podrían tener un papel similar. A juicio de Bovberg y cols., se puede concluir después de diversas investigaciones que los elementos estresantes pueden producir inmunodepresión e incremento de la vulnerabilidad a las enfermedades. También concluyen que la inmunocompetencia puede mejorarse por medio de intervenciones psicológicas, como la práctica de la relajación y visualización (Bovberg y cols., 1991). Al menos cinco investigaciones han mostrado que el aprendizaje de técnicas de regulación afectiva (autocontrol y relajación) mejoran el funcionamiento inmunitario en tiempos de estrés (Baron y cols., 1990).

En lo referente a la relación entre apoyo afectivo y enfermedad crónica grave, hay investigaciones que han mostrado que los enfermos de cáncer que se integran en grupos de autoayuda presentan una mejor calidad de vida, una mejor expectativa de vida y que la mayoría considera satisfactoria la integración (Kobassa y cols., 1991; Taylor, 1990). Específicamente, la investigación de Spiegel y cols. demostró que las mujeres con cáncer de mama y metástasis asignadas a una reunión semanal de grupo de apoyo, comparadas con el grupo control, sobrevivían el doble. Además de sobrevivir una media superior de 18 meses, desde la primera metástasis hasta el fallecimiento las personas de grupo de tratamiento vivieron más tiempo que las del grupo control - una media de 58 meses versus 43 meses, una diferencia estadísticamente significativa (citado en Redd y cols., 1991).

El capítulo de Echeburúa y cols. en este libro reafirma la relación entre apoyo afectivo, reparto social y recuperación afectiva. Su investigación correlacional con sujetos con trastornos post-traumáticos de estrés provocados por violación confirmó que la rumiación y el reparto social cuantitativo estaban asociados negativamente. Las reacciones de los otros sujetos, el reparto social de tipo más elaborado y emocionalmente más empático también, se asociaban negativamente, con los síntomas depresivos. Investigaciones correlacionales realizadas con enfermedades crónicas, cáncer de mama y esclerosis múltiple, confirmaron también que el hacer confidencias y el hablar con otros acerca de las emociones y preocupaciones, y que el soporte social subjetivo están asociados positivamente con la afectividad (véase los capítulos de Ibañez y Gabaldón y cols. en este libro).

Podemos concluir, que algunos tipos de reparto social aumentan la recuperación emocional; la regulación emocional y el hablar con los otros en el caso de los sucesos negativos favorece la recuperación. Sin embargo, ésto no lo provoca el reparto cuantitativo, vale decir, la cantidad de veces que se habla, al menos en el caso de los sucesos emocionales normales.

El reparto social cuantitativo está asociado positivamente a la intensidad de las reacciones afectivas positivas en el caso de la alegría. Para las emociones positivas, un modelo sinérgico parece actuar: la rumiación mental y el reparto social se asocian entre ellos. Ambos intensifican la vivacidad de la memoria y la mantención de la reactividad afectiva. La rumiación mental, por otro lado, en general intensifica la reacción afectiva; aumenta la afectividad positiva en la alegría y aumenta la afectividad negativa en algunas emociones negativas particularmente en tristeza.

La relación entre reparto social, procesamiento mental y la recuperación afectiva se confirma para los sucesos estresantes, como la violación y los sucesos estresantes crónicos como las enfermedades graves, como se describe en el capítulo de Ibañez, en el de Echeburúa y cols., así como en el de Gabaldón y cols.. En estos casos, con ciertos matizos, los resultados confirman el modelo de Pennebaker: el apoyo social, la búsqueda satisfactoria de apoyo afectivo, el reparto social o la confidencia emocional mejora la reacción afectiva.

El capítulo final expone las conclusiones generales, es decir, intenta sintetizar lo que al autor de esta introducción le pareció más relevante del conjunto de capítulos que componen el libro. Dicho brevemente, la expresión afectiva sin descarga excesiva, la regulación por otros, la traducción de la experiencia afectiva en lenguaje y la elaboración de un significado, mediante actividades de hablar y compartir, nos parecen elementos claves en la intervención sobre problemas de salud.

BIBLIOGRAFIA

- ANDERSON, M.P. (1981): "Assessment of Imaginal Processes: Approaches and Issues", In T.V. MERLUZZI, C.R. GLASS, & M. GENEST (Eds.): *Cognitive Assessment*, New York, Guilford Press.
- ANESHENSEL, C.; ESTRADA, A.; HANSELL, M.J.; & CLARK, V.A. (1987): "Social Psychological Aspects of Reporting Behavior: Lifetime Depressive Episode Reports", *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 232-246.
- ASENDORPF, J. & SCHERER, K. (1983): "The discrepant repressor: differentiation between low anxiety, high anxiety and repression of anxiety by autonomic-facial-verbal patterns of emotions", *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1334-1346.
- BADDELEY, A. (1990): *Human Memory*, Hove and London: L. Erlbaum.
- BARGI, J.A. (1990): "Automotives. Preconscious Determinants of Social Interaction", In E.T. HIGGINS & R.M. SORRENTINO (Eds.): *Handbook of Motivation and Cognition*, Vol.2, New York: The Guilford Press.
- BARNETT, P.A. & GOTTLIB, I.H. (1988): "Psychosocial Functioning and Depression: Distinguishing among Antecedents, Concomitants, and Consequences", *Psychological Bulletin*, 104, 97-126.
- BARON, R.S. y col. (1990): "Social Support and Lumune Function Among Spouses of Cancer Patients", *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 344-352.
- BECKHAM, E. & ADAMS, R. (1984): "Coping Behavior in Depression", *Behaviour Research and Therapy*, 22, 71-75.
- BERKOWITZ, L. (1968): "Social Motivation", In G. LINDZEY & E. ARONSON (Eds.): *Handbook of Social Psychology*, New York: Addison-Wesley.
- BONANNO, G.A. & SINGER, J.L. (1990): "Repressive Personality Style", In J.L. Singer

- (Ed.): *Repression and Dissociation*, Chicago and London: The Chicago Univ. Press.
- BOVBJERG, D.H. (1991): "Psychoneuroimmunology: Implications for Oncology?", *American Cancer Society*, 67, 828-832.
- BOWER, G.H. (1990): "Awareness, the Unconscious, and Repression: an Experimental psychologist perspective", In J.L. SINGER (Ed.): *Repression and Dissociation*, Chicago and London: The Chicago Univ. Press.
- BROWN, E.H. & HARRIS, T. (1978): *Social Origins of Depression*, London, Tavistock Publications.
- CARO, I. y col. (1983): "What's the thing to do when you are feeling depressed", *Behaviour Research and Therapy*, 21, 447- 483.
- CARVER, C.H.S.; SCHEIER, M.F. & WEINTRAUB, J.K. (1989): "Assessing Coping Strategies: a Theoretically Based Approach", *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- COATES, D. & PETERSEN, B.A. (1984): "Depression and Deviance", In G. WEARY & H.L. MIRELS (Eds.): *Integrations of Clinical and Social Psychology*, New York: Oxford University Press.
- CONWAY, M. (1990): *Autobiographical Memory*, Milton Keynes: Open University Press.
- COSTANZA, R.S.; DERLEGA, V.J. & WINSTEAD, B.A. (1988): "Positive and Negative Forms of Social Support: Effects of Conversational Topics on Coping with Stress among Same-Sex Friends", *Journal of Experimental Social Psychology*, 24, 182-193.
- CUNNINGHAM, M.R. (1988): "Does Happiness Mean Friendliness? Induced Mood and Heterosexual Self-Disclosure", *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, 283-297.
- DANTZER, R. (1989): *L'Illusion Psychosomatique*, Paris: O.Jacob.
- DANTZER, R. (1991): "Les aspects psycho-comportamentaux de la douleur", En B. CLAVERY, D. LE BARS, N. ZAVIALLOS y R. DATNZER (Eds.), Paris: ESHEL.
- DAVIS, P. (1987): "Repression and Inaccessibility of affective memories", *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 585-593.
- DAVIS, P. (1990): "Repression and inaccessibility of affective memories", In J.L. SINGER (Ed.): *Repression and Dissociation*, Chicago and London: The Chicago Univ. Press.
- DAVIS, P. & SCHWARTZ, G. (1987): "Repression and inaccessibility of affective memories", *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 155-162.
- ECHEVARRIA, A. y PAEZ, D. (1989): *Emociones: perspectivas psicosociales*, Madrid, Fundamentos.
- ENDLER, N.S. & PARKER, J.D.A. (1990): "Multidimensional Assessment of Coping: a Critical Evaluation", *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- ERDELYI, M.H. (1987): *Psicoanálisis: la psicología cognitiva de Freud*, Barcelona: Labor.
- ERDELYI, M.H. (1990): "Repression, Reconstruction and Defense: History and Integration of the Psychoanalytic and Experimental Framework", In J.L. SINGER (Ed.): *Repression and Dissociation*, Chicago and London: The Chicago Univ. Press.
- FISKE, S. & TAYLOR, S. (1991): *Social Cognition*, New York: McGraw Hill.
- FOLKMAN, S. & LAZARUS, R.S. (1988): "Coping as a Mediator of Emotion", *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- FREESTON, M.H.; LADOUCEUR, R.; THIBODEAU, N. & GAGNON, F. (1991): "Cognitive Intrusions in a Non-Clinical Population. I. Response Style, Subjective Experience, and Appraisal", *Behav. Res. Ther.*, 29, 585-597.

- GURTMAN, M.B. (1987): "Depressive Affect and disclosure as factors in interpersonal rejection", *Cognitive Therapy and Research*, 11, 87-100.
- HANSEN, R. & HANSEN, C. (1988): "Repression of Emotionally tagged memories: the architecture of less complex emotions", *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 811-818.
- HARVEY, J.H.; ORBUCH, T.L.; & WEBER, A.L. (1990): "A Social Psychological Model of Account-Making in Response to Severe Stress", *Journal of Language and Social Psychology*, 9, 191-207.
- HATFIELD, E. & RAPSON, R.L. (1990): "Passionate Love in intimate relationships", En B.S. MOORE & A. ISEN (Ed.): *Affect and Social Behavior*, Cambridge: Cambridge University Press.
- HEWSTONE, M. y ANTAKI, C. (1990): "Atribución de Causalidad". En M. HEWSTONE, J.P. CODOL y W. STROEBE (Eds.): *Psicología Social*, Barcelona: Ariel.
- HOBFOLL, S.E. & LONDON, P. (1985): "The relationship of Self-concept and social support to emotional distress among women during war", *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3, 231-248.
- HOLMES, D.S. (1990): "The Evidence for repression", In J.L. SINGER (Ed.): *Repression and Dissociation*, Chicago and London: The Chicago Univ. Press.
- HOROWITZ, M.J. y col. (1990): "A Classification Theory of Defense". In J.L. SINGER (Ed.): *Repression and Dissociation*, Chicago and London: The Chicago Univ. Press.
- IBÁÑEZ, E. (1990): *Psicología y Medicina*, Valencia: Promolibro.
- JACOBSON, D.E. (1986): "Types and Timing of Social Support", *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 250-264.
- JONES, J.C. & BARLOW, D.H. (1990): "The Etiology of Posttraumatic Stress Disorder", *Clinical Psychology Review*, 10, 299-328.
- KING, L. & EMMONS, R. (1990): "Conflict Over Emotional Expression: psychological and physical correlates", *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 864-877.
- KOBASA, S.C. y col. (1991): "Working Group Report: Social Environment and Social Support", *Cancer*, American Cancer Society, 67, 788-793.
- KRUGLANSKI, A.W. & MAYSELESS, O. (1990): "Classic and Current Social Comparison Research: Expanding the Perspective", *Psychological Bulletin*, 108, 195-208.
- LE DISERT, D. (1985): *La Maladie: La Part du Social*, Paris: Editions du CDSH.
- LINTON, M. (1986): "Ways of searching and the contents of memory", In D.C. RUBIN (Ed.): *Autobiographical memory*, Cambridge, England: Cambridge University Press.
- LOCKE, K.D. & HOROWITZ, L.M. (1990): "Satisfaction in Interpersonal Interactions as a Function of Similarity in Level of Dysphoria", *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 823-831.
- MARTIN, J. & PHIL, R. (1985): "The Stress -Alexithymia Hypothesis: Theoretical and Empirical considerations", *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 169-175.
- MASER, J.D. & SOLOMON, S.D. (1990): "Psychosocial and Psychobiological Consequences of Exposure to Extreme Stressors", *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1725-1732.
- MATLIN, J.A.; WETHINGTON, E.; & KESSLER, D.C. (1990): "Situational Determinants of Coping and Coping Effectiveness", *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 103-122.
- MOOS, R.H. (1988): "Life Stressors and Coping Resources Influence Health and Well-Being", *Psychological Assessment*, 4, 133-158.

- MORROW, J. & NOLEN-HOEKSEMA, S. (1990): "Effects of Responses to the Remediation of Depressive Affect", *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 519-527.
- NOEL M., y RIME B. (1988): "Pensée opératoire, Alexithymie et investigation psychosomatique: Revue Critique", *European Bulletin of Cognitive Psychology*, 8, 573-599.
- NOLEN-HOEKSEMA, S. (1987): "Sex Differences in Unipolar Depression: Evidence and Theory", *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.
- NOLEN-HOEKSEMA, S. (1991): "Responses to Depression and their Effects on the Duration of Depressive Episodes", *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- NOLEN-HOEKSEMA, S. & MORROW, J. (1991): "A prospective study of depression and distress following a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake", *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- NORRIS, F.H. (1990): "Screening for Traumatic Stress: A Scale for Use in the General Population", *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1704-1718.
- O'LEARY, A. (1990): "Stress, Emotion and Human Immune Function", *Psychological Bulletin*, 108, 363-382.
- PAEZ, D. y col. (1986): *Salud Mental y Factores Psicosociales*, Fundamentos, Madrid.
- PAEZ, D. y ASUN, D. (1992): "Freud versus Halbwachs: olvidando y recordando los traumas sociopolíticos y los sucesos negativos", *Revista de Psicología Política* (por salir).
- PAEZ, D.; VERGARA, A.; y VELASCO, C. (1991): "Represión, Alexitimia y Memoria Afectiva", *Boletín de Psicología*, 31, 7-40.
- PAEZ, D.; INSUA, P.; y VIERGARA, A. (1992): "M. Halbwachs y la Memoria Colectiva: la imagen histórica de europa como un problema psicosocial", *Interacción Social*, 2, (en prensa).
- PEELE, S. (1988): "Fools for Love", In R. STERNBERG & M. BARNES: *The Psychology of Love*, New Haven: Yale Univ. Press.
- PENNEBAKER, J.W. & BEALLS, S. (1986): "Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease", *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274-281.
- PENNEBAKER, J. & LOOVER, C. (1986): "Inhibition and cognition: toward an understanding of trauma and disease", In J. DAVISON y col. (Eds.): *Consciousness and self-regulation*.
- PENNEBAKER, J.; HUGHES, C.; & O'HEERON, R. (1987): "The Psychophysiology of confession: Linking inhibitory and psychosomatic processes", *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 781-793.
- PENNEBAKER, J.; KIECOLT-GLASER, J.; & GLASER, R. (1988): "Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.
- PENNEBAKER, J.W.; BARGER, S.; & TIRBAOUT, J. (1989): "Disclosure of Traumas and Health Among Holocaust survivors", *Psychosomatic Medicine*, 51, 577-584.
- PENNEBAKER, J. (1989b): "Stream of Consciousness and Stress: levels of thinking", In J. ULEMAN & J. BARGH (Eds.): *Unintended Thought*, New York: Guilford Press.
- PENNEBAKER, J. (1989c): "Confession, Inhibition and Disease", *Advances in Experimental Social Psychology*, 22, 211-244.
- PENNEBAKER, J.W. (1990): *Opening-up: the healing power of Confiding in Others*, New York, W. Morrow.
- PENNEBAKER, J.W.; COLDEN, M., & SHARP, L.K. (1990): "Accelerating the Coping

- Process", *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 528-537.
- POLIVY, J. (1990): "Inhibition of Internally Cued behavior", In E.T. HIGGINS & R.M. SORRENTINO (Eds.): *Handbook of Motivation and Cognition*, Vol. 2, New York: The Guilford Press.
- REED, W.H. y col. (1991): "Working Group Report: Physiologic and Psychobehavioral Research in Oncology", *Cancer*, American Cancer Society, 67, 813-823.
- RIME, B. (1989): "El Reparto Social de las Emociones". En A. ECHEBARRIA y D. PAEZ (Eds.): *Emociones: perspectivas psicosociales*, Madrid, Fundamentos.
- RIME, B.; MESQUITA, B.; PHILIPPOT, P.; & BOCA, S. (1991a, in press): "Beyond the Emotional event: Six Studies on the Social Sharing of Emotion", *Cognition and Emotion*.
- RIME, B.; NOEL, M.P.; & PHILIPPOT, P. (1991b): "Rumination, social sharing and the reexperience of past emotion", *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 11, 93-104.
- RODIN, J. & SALOVEY, P. (1989): "Health Psychology", *Annual Review of Psychology*, 40, 553-579.
- ROSENBLATT, A. & GREENBERG, J. (1991): "Examining the World of the Depressed: Do depressed people prefer others who are depressed?", *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 620-629.
- RUIZ-VARGAS, J.M. (1991): *Psicología de la Memoria*, Madrid, Alianza.
- SILVER, R.C & WORTMAN, C. (1989): "The Myths of Coping with Loss", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 344-357.
- SILVER, R.C. & WORTMAN, C. (1990): "Effective Mastery of Bereavement and widowhood", In P.B. BALTES & M.M. BALTES (Eds.): *Successful Aging*, London, Cambridge.
- SINGER, J. & KOLLIGIAN, J. (1987): "Personality: Development in the study of private experience", *Annual Review of Psychology*, 38, 533-574.
- STEINGLASS, P. & GERRITY, E. (1990): "Natural Disasters and Post-traumatic Stress Disorder: Short-Term versus Long-Term Recovery in Two Disaster-Affected Communities", *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1746-1765.
- STONE, A.A.; GREENBERG, M.A.; KENNEDY-MOORE, E.; & NEWMAN, M.G. (1991): "Self-Report, Situation-Specific Coping Questionnaires: What Are They Measuring?", *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 648-658.
- STRACK, S. & COYNE, J.C. (1983): "Social Confirmation of Dysphoria: Shared and Private Reactions to Depression", *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 789-806.
- SULS, J. & FLETCHER, B. (1985): "The Relative Efficacy of Avoidant and Nonavoidant Coping Strategies: A Meta-Analysis", *Health Psychology*, 4, 249-288.
- TAYLOR, S. (1990): "Health Psychology: The Science and the Field", *American Psychologist*, 45, 40-50.
- TAYLOR, S. (1991): "Asymmetrical Effects of Positive and Negative Events", *Psychological Bulletin*, 110, 67-85.
- TAYLOR, S. & BROWN, J. (1988): "Illusion and Well-being", *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- TAYLOR, S.E.; BUUNK, B.P.; & ASPINWALL, L.G. (1990): "Social Comparison, Stress, and Coping", *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 74-89.
- THOITS, P. (1983): "Multiples Identities and Psychological Well-Being: a reformulation and test of the social isolation hypothesis", *American Sociological Review*, 48, 174-187.
- THOITS, P. (1986): "Social Support as Coping assistance", *Journal of Consulting and Clinical*

- Psychology*, 54, 416-423.
- TEMOSHOK, L. y HELLER, B. (1986): "Sobre la comparación de manzanas y naranjas y ensaladas de fruta: una vista de conjunto, metodológica, de los estudios de resultados médicos, en oncología psicosocial", En C.COOPER (Ed.): *Estrés y Cáncer*, Madrid: Diaz de Santos.
- VAILLANT, G.E. (1990): "Repression in College Men Followed for Half a Century", In J.L. SINGER (Ed.): *Repression and Dissociation*, Chicago and London: The Chicago Univ. Press.
- VERGARA, A. y PAEZ, D. (1989): "Rol Sexual y Diferencias en Vivencia Emocional", En A. ECHEBARRIA y D. PAEZ (Eds.) *Emociones: perspectivas psicosociales*, Madrid: Fundamentos.
- WARD, S.; LEVENTHAL, H.; & LOVE, R. (1988): "Repression Revisited: tactics used with a severe health threat", *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, 735-746.
- WEGNER, D.M.; SHORTT, J.W.; BLAKE, A.W.; & PAGE, M.S. (1990): "The Suppression of Exciting Thoughts", *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 409-418.
- WEINBERGER, D.; SCHWARTZ, G.; & DAVIDSON, R. (1979): "Low-anxious, high-anxious, and repressive coping style: Psychometrics patterns and behavioral and physiological responses to stress", *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 369-380.
- WIENBARGER, D. (1990): "The Construct Validity of the Repressive Coping Style", In J.L. SINGER (Ed.): *Repression and Dissociation*, Chicago and London: The Chicago Univ. Press.
- WENZLAFF, R.M.; WEGNER, D.M.; & ROPER, D.W. (1988): "Depression and Mental Control: The resurgence of unwanted negative thoughts", *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 882-892.
- WILLIAMS, J.M.G.; WATTS, F.N.; MACLEOD, C.; & MATHEWS, A. (1988): *Cognitive Psychology and Emotional Disorders*, Chichester: Wiley and Sons.
- WOOD, J.V.; SALTZBERG, J.A.; NEALE, J.M.; STONE, A.A.; & RACHMIEL, T.B. (1990): "Self-focused Attention, Coping Responses and Distressed Mood in Everyday Life", *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 1027-1036.

PERSPECTIVAS TEORICAS GENERALES