

Universidad de Huelva

Departamento de Psicología Clínica, Experimental y
Social



Mitos psicológicos : fuentes, aceptación y relación con la salud y sus trastornos

Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:

Luisa María Rodríguez Fernández

Fecha de lectura: 22 de enero de 2016

Bajo la dirección del doctor:

Francisco Revuelta Pérez

Huelva, 2016



Universidad de Huelva



**Universidad
de Huelva**

**Mitos Psicológicos: Fuentes,
Aceptación y Relación con la Salud y
sus Trastornos**

Programa de Doctorado Salud y Calidad de Vida

Memoria para optar al grado de doctor presentada por:
Luisa María Rodríguez Fernández

Director:
Dr. Francisco Revuelta Pérez

Huelva, 2015

MITOS PSICOLÓGICOS
Fuentes, aceptación y relación con
la salud y sus trastornos

Huelva, 2015

Agradecimientos

En estas primeras líneas me gustaría dejar constancia de mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que has hecho posible la realización de este trabajo.

De manera muy especial al Dr. Francisco Revuelta Pérez, director de esta tesis, por su labor de guía, orientación y apoyo continuo. Cumplió con acierto la premisa del buen profesor que sabe transformarse en puente.

A mis padres, Pepe y Trina, por hacer fácil lo difícil

Y, cómo no, a todos los estudiantes que con su participación anónima y desinteresada han hecho posible la realización de esta investigación.

Creo que fue Bertrand Russell, ahijado de Mill, quien señaló en alguna parte que las convicciones más profundas de los filósofos rara vez están contenidas en sus argumentos formales: las creencias fundamentales, las concepciones comprensivas acerca de la vida son como ciudadelas que deben ser defendidas contra el enemigo. Los filósofos emplean su fuerza intelectual en argumentos contra objeciones, reales o posibles, a sus doctrinas; y aunque las razones que encuentren y la lógica que empleen sean complejas, ingeniosas y formidables, no son sino armas defensivas; la fortaleza interior (la visión de la vida por cuya causa libran la guerra) resultará, por lo general, relativamente simple y elemental.

Isaiah Berlin (1959/1997, pp. 68-69)

Casi todo el mundo ha concebido alguna teoría propia. Lo sé por experiencia. Durante los años que trabajé como editor de Focus, la revista mensual de la BBC de la ciencia y la tecnología, llegaban cada día en el correo unas cuantas cartas de lectores que pretendían haber desentrañado el misterio de los agujeros negros, de los universos paralelos o del Big Bang; que había descubierto el origen de la vida; o que habían unificado las leyes de la Física de partículas. Contesté a todos ellos, dándoles las gracias por sus teorías y solicitándoles que me enviaran un soporte matemático completo de las mismas. Creo que ninguno lo hizo.

Ésta es la diferencia entre las «teorías» que difundimos en nuestra conversación diaria, nuestras intuiciones o estimaciones momentáneas, y las teorías meticulosamente desarrolladas por los científicos.

En la ciencia, una teoría es una creación lógica. Refleja el resultado de las más cuidadosas observaciones experimentales y la mejor comprensión de cómo se producen los fenómenos en el mundo. Sin embargo, una teoría científica no representa necesariamente la verdad absoluta. Solamente muestra el estado actual de nuestro nivel de conocimiento. Hay muchas probabilidades de que surjan nuevas pruebas que contradigan esa teoría y que obligan a los teóricos a comenzar de nuevo.

Paul Parsons (2009/2012, p. 9)

ÍNDICE

Resumen/Abstract	VIII
PARTE TEÓRICA	1
Introducción	2
Aspectos conceptuales	6
Orígenes del término <i>mito</i>	7
Significado actual	8
El por qué de los mitos	11
Importancia del estudio de los mitos para la Psicología	14
Los mitos en el ámbito científico	15
El caso de la Psicología	15
Fuentes de adquisición de los mitos psicológicos	18
I. Fuentes de adquisición según Lilienfeld et al. (2010)	18
II. Fuentes de adquisición basándose en Lilienfeld (2010)	27
III. Propuestas complementarias de fuentes de adquisición de mitos	34
Frecuencia de los mitos psicológicos	37
Diferencias en función del sexo	45
Evaluación de los mitos psicológicos	46
Modificación de los mitos psicológicos	49
Formación en Psicología y mitos psicológicos	50
Otras variables del estudio	55
Asistencia y utilización de servicios de Psicología y/o Psiquiatría	55
Lectura de libros o revistas de divulgación científica de Psicología o de autoayuda	56
Valoración de la Psicología	64
Autovaloraciones	66
Fuentes de información	72
Estado de salud	74
ESTUDIO EMPÍRICO	76
Objetivos	78
Método	79
Participantes	79
Medidas	80
Procedimiento	83
Análisis estadístico	83
Resultados	85
Análisis descriptivo del primer curso del grado de Psicología	86
Asistencia y utilización de servicios de Psicología y/o Psiquiatría	87
Lectura de libros o revistas de divulgación científica de Psicología o de autoayuda	87
Valoración de la Psicología	89

Autovaloraciones	89
Fuentes de información	90
Mitos psicológicos	91
Índices de salud general	101
Análisis del primer curso de grado de Psicología en función del sexo	103
Asistencia y utilización de servicios de Psicología y/o Psiquiatría	103
Lectura de libros o revistas de divulgación científica de Psicología o de autoayuda	103
Valoración de la Psicología	104
Autovaloraciones	104
Fuentes de información	104
Mitos psicológicos	105
Índices de salud general	107
Análisis del primer curso de grado de Psicología en función de otras variables	110
Análisis del primer curso de grado de Psicología en función de si en el pasado, ¿ha acudido alguna vez a un psicólogo?	110
Análisis del primer curso de grado de Psicología en función de si ha leído o lee libros o revistas de divulgación de Psicología	114
Análisis del primer curso de grado de Psicología en función de si ha leído o lee libros o revistas de autoayuda	117
Análisis del primer curso de grado de Psicología en función de los índices de salud general	120
Análisis del primer curso de grado de Psicología como muestras relacionadas	125
Diferencias en valoración de la Psicología	125
Diferencias en autovaloración	125
Relaciones entre variables	126
Predicción de Mitos Psicológicos	133
Comparación entre primero de grado de Psicología con cuarto de grado de Psicología	138
Asistencia y utilización de servicios de Psicología y/o Psiquiatría	138
Lectura de libros o revistas de divulgación científica de Psicología o de autoayuda	138
Valoración de la Psicología	140
Autovaloraciones	140
Fuentes de información	141
Mitos psicológicos	142
Índices de salud general	148
Predicción en los alumnos de cuarto curso de grado de Psicología y comparación con el primer curso	148
Comparación de primero de grado de Psicología con primero de grado de otras titulaciones diferentes de Psicología	150

Asistencia y utilización de servicios de Psicología y/o Psiquiatría	151
Lectura de libros o revistas de divulgación científica de Psicología o de autoayuda	152
Valoración de la Psicología	152
Autovaloraciones	153
Fuentes de información	153
Mitos psicológicos	154
Índices de salud general	158
Comparación de primero de grado de otras titulaciones diferentes de Psicología con cuarto de grado de otras titulaciones diferentes de Psicología	159
Asistencia y utilización de servicios de Psicología y/o Psiquiatría	160
Lectura de libros o revistas de divulgación científica de Psicología o de autoayuda	160
Valoración de la Psicología	161
Autovaloraciones	161
Fuentes de información	161
Mitos psicológicos	162
Índices de salud general	165
Comparación de cuarto curso de grado de Psicología con cuarto curso de grado de otras titulaciones diferentes de Psicología	166
Asistencia y utilización de servicios de Psicología y/o Psiquiatría	167
Lectura de libros o revistas de divulgación científica de Psicología o de autoayuda	167
Valoración de la Psicología	168
Autovaloraciones	168
Fuentes de información	169
Mitos psicológicos	171
Índices de salud general	171
Discusión	174
Relativa al primer curso de grado de Psicología	176
Relativa a la comparación del primer curso de grado de Psicología con cuarto grado de Psicología	192
Relativa a la comparación del primer curso de grado de Psicología con primero de otras titulaciones diferentes de Psicología	195
Relativa a la comparación del primer curso de grado de otras titulaciones diferentes de Psicología con cuarto de grado de otras titulaciones diferentes de Psicología	197
Relativa a la comparación del cuarto curso de grado de Psicología con cuarto de grado de otras titulaciones diferentes de Psicología	198

Unas palabras finales. A modo de reflexión	200
Conclusiones	204
REFERENCIAS	213
APÉNDICE	234
Tablas	234
Instrumentos	252

RESUMEN

Mitos psicológicos: Fuentes, Aceptación y relación con la Salud

En la actualidad, las posibilidades de adquirir conocimientos han aumentado. Las llamadas nuevas tecnologías de la comunicación, Internet y otros medios audiovisuales han contribuido a este hecho. Sin embargo, esa proliferación no ha ido acompañada de una mayor calidad de los contenidos, lo cual favorece la consolidación y aparición de ideas erróneas sobre temas científicos, entre otros de Psicología. En este trabajo se ha empleado la expresión mitos psicológicos, en el sentido de algo que es falso o que no se corresponde con el estado actual del nivel de conocimiento en Psicología y que contiene las notas de una creencia. La importancia de los mitos, en cuanto a su repercusión negativa, es variable, pudiendo ser muy grande. En base a ellos las personas pueden tomar decisiones, adoptar actitudes o favorecer determinadas medidas, entre otras cosas. Por ello, resulta crucial que los profesionales no alberguen mitos. En Psicología, p. ej., sus profesionales pueden hacer recomendaciones o apoyar decisiones basándose en ideas que no han recibido apoyo científico y que pueden ser perjudiciales.

La presente investigación se propuso averiguar, en estudiantes de primero de Psicología, la cantidad de mitos psicológicos que aceptaban de una lista de 50, recopilada por Lilienfeld et al. (2010). Lo siguiente fue ver si accedían a dichos estudios con los mismos o más o menos mitos psicológicos que los de otras titulaciones diferentes a Psicología. Un tercer objetivo fue volver a aplicar la misma lista al grupo cuando alcanzara el cuarto curso, para comprobar si los estudios hacían descender el número de mitos que aceptaban. Por otra parte, también interesó verificar la evolución de los alumnos de las otras titulaciones, por si habían desarrollado el pensamiento crítico. Por ello, se repitieron las pruebas con los de cuarto de las otras titulaciones. Y, por último, se examinó si los de cuarto de Psicología acababan mejor que los de otras titulaciones en el número de mitos psicológicos aceptados.

Aparte de lo anterior se trató de ir más allá en cuanto a estudiar si se daban condiciones con más probabilidad en la aceptación de los mitos psicológicos; por eso, se evaluaron aspectos como la asistencia y uso de servicios psicológicos o psiquiátricos; la lectura de literatura de divulgación psicológica y/o de autoayuda; la valoración de la Psicología, en cuanto eficacia y científicidad; las autovaloraciones personales en

distintos ámbitos; las fuentes de información, e índices de salud general. Con ellos, se intentaría buscar un modelo que ofreciera algún modo de predecir la puntuación en el listado de mitos psicológicos.

Los resultados obtenidos han puesto de manifiesto que los alumnos de otras titulaciones llegan a primero con un mayor número de mitos psicológicos que los de Psicología; que al llegar a cuarto los de Psicología, en comparación a cuando estaban en primero, aceptan un menor número, aunque los tamaños del efecto han sido más bien pequeños; que no hay, prácticamente, variación entre los del primer y cuarto curso de otras titulaciones; y que hay una diferencia sustancial en el descenso de mitos, a favor de los de Psicología, entre los de cuarto de esta disciplina y los de las otras. Por otra parte, la predicción de los mitos fue mayor con los alumnos de cuarto de Psicología que con los de primero de dicha titulación. Otro dato ha sido que tanto en primero como en cuarto los de Psicología alcanzan unos mejores perfiles de salud, tanto en las dimensiones del GHQ 28 (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave) como en su puntuación total.

A partir de los datos se plantean algunas reflexiones en cuanto al papel que juegan los alumnos, los docentes o el propio sistema, en aras de profundizar en este campo y poder establecer estrategias que eliminen al máximo los mitos psicológicos adquiridos previamente y que se impida la formación de otros nuevos.

Palabras clave: Mitos psicológicos, fuentes de información, estudiantes de psicología, salud

ABSTRACT

Psychology myths: Information Sources, Acceptance and Relationship to Health and Mental Disorders

In recent times, the possibility of acquiring knowledge has increased. The so-called new communication technologies, Internet and other audiovisual media have contributed to this fact. However, this proliferation has not been accompanied by an improved quality of content, which favours the apparition and consolidation of incorrect ideas about scientific issues, such as those in the field of psychology, among others. In this report we have used the expression "psychology myth" to refer to that which is false or which does not correspond to the current level of knowledge in the field of psychology, and which contains traces of belief. The importance of myths in terms of negative impact is variable, but can be substantial. Based on myth, people make decisions, adopt a certain attitude, or favour a particular measure. For this reason it is crucial that health professionals do not harbour myths. In Psychology for example, professionals could make recommendations or support decisions based on ideas that have no scientific basis, which can be pernicious.

This research aimed firstly; to ascertain the number of psychology myths, from a list of 50 compiled by Lilienfeld et al. (2010), accepted by first-year Psychology students. Secondly; to find out whether these students began their degree with the same number of psychology myths as students beginning other degree courses. A third objective was to repeat the initial test with the same group of students when they reached their fourth year of study, to see if they accepted fewer myths on completing their studies. In addition, we repeated the test in fourth-year students from other degree courses to see if they had developed critical thought. Finally; we ascertained whether fourth-year Psychology students ended up accepting fewer myths than students from other degrees.

In addition to the previously outlined aims, we developed the research further by attempting to discover the existence of particular conditions in which a higher probability of myth acceptance was given. In order to do this, aspects such as the use of psychology or psychiatry services; the reading of psychology and/or self-help literature; the rating of psychology as a science, and in terms of efficacy; personal self-evaluation in different areas; sources of information; and general health levels, were evaluated.

Using these parameters we attempted to develop a model by which to predict results of the psychology myth list test.

The results obtained have shown that students from other degree courses begin their first year with a higher number of psychology myths than those who begin a Psychology degree. By the time Psychology students reach their fourth year they accept fewer myths than when they began their course. However, the difference between the number of myths accepted in first year and fourth year is negligible. Nevertheless, fourth-year Psychology students do accept substantially fewer myths than fourth-year students from other degree courses. The model used to predict the number of myths accepted was more successful when applied to fourth-year Psychology students than when applied to first-year students of the same degree. We also discovered that Psychology students, both in first year and fourth year, show better health profiles, both in GHQ 28 dimensions (somatic symptoms, anxiety and insomnia, social dysfunction and serious depression) and in total score.

Drawing from these results we raise questions as to the role played by students, teachers or the system itself in the wish to further develop this field and being able to establish strategies which will completely eliminate previously acquired psychology myths, and also prevent the formation of new ones.

Keyword: Psychology myths, Information Sources, students of psychology, health

PARTE TEÓRICA

Introducción

Los mitos son acompañantes habituales de las disciplinas científicas y ninguna se escapa de este hecho. Dicho lo cual, sin más, es posible que haya quienes, aún admitiéndolo, piensen que tal declaración se circunscribe a un sector determinado de personas; esto es, a aquellas que no son expertas en una materia dada. Tiene su lógica, al darse en éstos un conocimiento más limitado con respecto al que posee un profesional, al que compete la misma, y parece comprensible que sean más vulnerables a la generación de creencias erróneas, bien sobre la disciplina en su totalidad o sobre aspectos concretos de ella. Estas personas, aparte de no haber recibido la instrucción académica pertinente, también es más difícil que estén al tanto del avance que se vaya produciendo. Por tanto, es totalmente aceptable que a esta franja social le sea aplicable lo mencionado al comienzo, como portadores y *creyentes* de mitos.

Sin embargo, de este fenómeno no se escapan tampoco los profesionales, se encuentren donde se encuentren ubicados laboralmente, y las razones son diversas. A continuación se apuntan algunas. Todas las disciplinas, con el discurrir de los años, van sufriendo cambios. Unas veces, por la reorganización de la mera acumulación del conocimiento logrado y, otras, como consecuencia del establecimiento de un nuevo paradigma, como propuso en su día Thomas Kuhn en la estructura de las revoluciones científicas¹ (Kuhn, 1962/1995, 1987/1995). Sobre todo para esto último, como se ha comprobado, la implantación de un enfoque o marco teórico distinto de los anteriores no es algo que se produzca, muchas veces, con rapidez. En ocasiones, se origina una resistencia al cambio e, incluso, un rechazo total buscándose argumentaciones contrarias que lo anulen o debiliten. En otras, la información es insuficiente, sesgada o incomprensible, lo que puede llevar a conclusiones equivocadas. Asimismo, es posible un déficit formativo en algunos sujetos en áreas que sean necesarias para poder modificar racionalmente los presupuestos previos. Por otro lado, está la estrategia de muchos de intentar encajar lo nuevo en lo sabido o aceptado o de hacerlo compatible, respondiendo a un espíritu ecléctico, no siempre procedente. Por todo ello, no resulta

¹ No todos los autores están de acuerdo; por ejemplo, para Judson (2004/2006, p. 56) «hace mucho que el estudio en profundidad de la historia de las revoluciones científicas ha demostrado que la hipótesis de Kuhn no se ajusta a la realidad». No obstante, sí es cierto que, de vez en cuando, surge un nuevo enfoque o modelo que sustituye o sobrepasa por encima de los demás.

extraña la coexistencia de lo de ayer con lo de hoy o, dicho de otro modo, de lo de antes con lo de ahora, y en esta convivencia también hay que se consciente de que se aumenta la probabilidad de que se generen mitos o ideas falsas.

Por supuesto, también habría que contemplar que tanto las personas legas como las expertas en una disciplina pertenecen a una cultura, la cual alberga sus mitos, los cuales –como se verá más adelante- no siempre son eliminados por la instrucción académica. De momento, sólo se hace esta referencia a este asunto, con el único propósito de dejar constancia de él.

Ante este panorama, por un lado, cabe el abandono -lo cual sería perjudicial para la ciencia y para la sociedad, en general- y, por otro, la revisión constante y, más o menos, exhaustiva, siempre que sea posible, y el cuestionamiento de cualquier idea de las que se manejan en la ciencia para comprobar su grado de verosimilitud o de exactitud o, por lo menos, como sucede con los constructos, su rentabilidad en la descripción, explicación y comprensión de hechos o para resolver determinados problemas científicos. Este último modo de actuar facilitaría la detección de mitos, como primer paso para su erradicación; tarea importante para el buen hacer de la ciencia, entre otros motivos y en consonancia con lo que manifestó Szasz (1970/2014), en el sentido de que ideas, conceptos o teorías muy difundidos, son probables de presentarse, en algún momento, para quien creen ellos como *verdades objetivas* o *hechos*.

A veces, la revisión, cuestionamiento y etiquetado de algo como un mito se realiza sobre asuntos muy concretos, como por ejemplo es el caso de que los seres humanos sólo utilizan un 10% de su capacidad cerebral. Esta afirmación está más que refutada, sin embargo, sorprende su persistencia, incluso entre profesionales. Otras, sobre conceptos o expresiones de mayor amplitud, como lo relativo a la expresión *enfermedad mental*, arraigada en Psiquiatría y que el citado Szasz, psiquiatra, se encargó, en su libro *El mito de la enfermedad mental*, publicado en 1962, de tacharla de científicamente innecesaria y socialmente dañina, aunque hubiese sido útil durante el

siglo XIX². Y, otras, sobre temas de mayor calado, como el llevado a cabo por Dawes (1994), quien reflejó, de manera diáfana, en el título sus conclusiones: *House of cards: Psychology and psychotherapy built on myth* (Castillo de naipes: la psicología y la psicoterapia basadas en el mito). Este autor se centra, fundamentalmente, en tres mitos: 1) que el juicio clínico basado en la experiencia es superior a la predicción estadística, 2) que los resultados terapéuticos mejoran a medida que se incrementa la experiencia clínica, y 3) que la concesión de licencias de profesionales de la salud mental es una buena cosa. Dawes aporta para apoyar sus puntos de vista un buen número de investigaciones al respecto.

En principio, esta labor señalada va dirigida o se mueve dentro del entorno de los profesionales o expertos. Sin embargo, igualmente interesa y es necesario efectuarla entre personas legas, entre las cuales, como es comprensible, se encuentran numerosos mitos. No obstante, a tenor de lo expresado al comienzo, en cuanto a la dificultad o casi imposibilidad de desterrar los mitos porque siempre los habrá o porque surgirán nuevos, podría plantearse que se trata de un esfuerzo inútil. Tal vez, a bote pronto, cabría responder a favor de esa presunción, pero si se profundiza un poco puede apreciarse que merece la pena. Esta no sería la única tarea que los seres humanos han de hacer reiteradamente, no sólo una vez o dos. En las actitudes, comportamientos, tomas de decisiones, etc. de las personas suelen jugar un rol relevante las creencias y si éstas son erróneas, las consecuencias variarán en un amplio espectro, desde paradójicamente positivas (p. ej., pensar que algo no es peligroso, cuando en realidad sí lo es, y enfrentarse a él de forma tranquila, lo que le facilita su superación o resolución) a muy negativas. Lo normal es que entre las personas no expertas es que los mitos o falsas creencias sean del tipo que se han señalado como de asuntos muy concretos, aunque pudiera darse el caso de los otros especificados más arriba (conceptos o expresiones de mayor amplitud y de mayor calado), pero presumiblemente serán muy escasos.

Lo que viene a continuación se centra en los mitos psicológicos, en esas falsas o erróneas creencias esparcidas en la sociedad, proporcionándose datos acerca de las mismas, describiéndose algunos de los instrumentos que se han desarrollado para su

² Recientemente, López y Costa (2014) han publicado un libro relacionado con este tema (*Los problemas psicológicos no son enfermedades*). En este contexto pueden citarse los trabajos de González Pardo y Pérez Álvarez (2007) y Pérez Álvarez (2012).

detección y evaluación, y mostrándose algunos de los intentos habidos para su modificación. A continuación, se presenta un trabajo empírico con estudiantes de Psicología, de los cuales, en su mayoría, se espera que finalicen sus estudios y se conviertan en profesionales de esta disciplina. Resulta importante conocer con qué mitos psicológicos comienzan su carrera y si son los mismos o no que los de otras diferentes. Quedaría para futuras investigaciones, comprobar si después de los cinco años de licenciatura o de los cuatro de grado han reducido significativamente el número de mitos con el que llegaban al primer curso. Si no es así, habría que plantearse seriamente algunas cuestiones docentes, pues entonces serían los propios profesionales de Psicología los que se convertirían en difusores de mitos psicológicos, a través de su desempeño laboral, por los medios de comunicación, publicaciones, etc. En los apartados correspondientes se ampliará con más detalle los objetivos del estudio, los instrumentos y procedimientos utilizados.

*No sé de un solo tratado, antiguo o moderno,
que pueda proporcionarme una explicación convincente
del medio físico que me rodea.
La mitología es lo que más acerca a lo que ando buscando.*

Henry David Thoreau³

Aspectos conceptuales

Cuando se abordan determinados temas en el ámbito académico o científico –lo mismo que cuando sólo se pretende transmitir algo con un lenguaje que busca una cierta precisión- puede resultar conveniente que se haga referencia a la delimitación conceptual de algunos términos o expresiones, pues con ello se evitarán equívocos o interpretaciones no procedentes. Sin embargo, no es infrecuente encontrarse con textos en los que esta práctica debería llevarse a cabo y en los que lamentablemente no se realiza, dando lugar a que, a veces, no se sabe exactamente de qué se está hablando. Ya en su día, Pinillos (1975), resaltó este problema en Psicología con respecto a la palabra *conducta*, clave en esa disciplina pues constituye uno de sus objetivos fundamentales de su estudio.

No obstante, hay que admitir que dicha conveniencia especificada no siempre es una tarea fácil. La primera dificultad surge cuando se presenta una pluralidad de significados en un término o expresión. En este caso, cuando se da la polisemia, habrá que especificar cuál o cuáles de las distintas acepciones se ajustan al asunto del que se trata. Una segunda tiene que ver con las similitudes y solapamientos de los contenidos semánticos con otros. Una tercera, con el hecho de que no es extraño toparse con significados escurridizos y ambiguos. Y, por último, está el obstáculo de que existen términos o expresiones que son o se han convertido en una especie de comodín lingüístico aplicable a muchas situaciones y contextos.

Teniendo en cuenta las dificultades esbozadas y con el objetivo de responder a la recomendación manifestada al inicio, se hará un breve recorrido sobre el significado del término *mito*.

³ Citado en Sagan (1982).

Un simple acercamiento al mismo sugiere que es oportuno aclarar lo que se entiende por él, antes de añadirle cualquier epíteto, y que es útil hacerlo partiendo de sus raíces y continuando con su evolución dado que en la actualidad, se emplea con diversos enfoques y en distintos contextos; por ejemplo, hoy se habla tanto de narraciones míticas como de mitos urbanos, mitómanos, mitos del rock, etc. (Grisales, 2011).

Orígenes del término *mito*

La palabra *mito* deriva del latín *mýthus*, del latín tardío *mýthos*, y del griego *múthos* (μῦθος). Originalmente, hacía referencia a leyenda o fábula, pero también significaba ficción, conversación, discurso, palabra, dicho, relato, dato o historia (De Cuenca, 1976; Hernández, 2005). Sin embargo, pronto los teóricos de la filosofía lo opusieron a *logos*, discurso explicativo y demostrativo, como indica Gadamer (1993/2010) y comenzó a equivaler a mentira, a no verdad. Esto se produjo cuando se concluyó que o los dioses no existían o, por lo menos, que no eran como se habían mostrado en los mitos. Asimismo, fue cuando se pasó de una explicación irracional del mundo, apoyándose en esos dioses, a otra en la que se perseguía el contraste y la justificación para que aquello que se manifestara (Cruz, 1971; Hernández, 2005). De aquí se derivaría la vertiente actual de considerar al mito como opuesto a la realidad. Armstrong (2005/2005) afirma que esta palabra acostumbra a designar algo no verídico; si bien –como se verá más adelante- habría que añadir que lo mítico no conlleva necesariamente una connotación negativa.

Algunos autores (De Cuenca, 1976; Hernández, 2005) apuntan a que hay que distinguir mito de otros conceptos, como cuento popular, fábula, saga o leyenda, si bien en sus inicios este término, como se ha mencionado, se refería a leyenda o fábula. No obstante, no se entrará en este aspecto de delimitación conceptual por no ser necesario a efectos de lo que se va a desarrollar.

Significado actual

¿Pero cómo es, en la actualidad, formalmente definido el mito? Para su análisis, se recurrirá dos diccionarios, uno de español y otro de inglés.

El Diccionario de la Lengua Española, de la Real Academia Española (RAE), en el avance de su vigésima tercera edición, ofrece cuatro significados: 1) *narración maravillosa situada fuera del tiempo histórico y protagonizada por personajes de carácter divino o heroico*; 2) *historia ficticia o personaje literario o artístico que encarna algún aspecto universal de la condición humana, como, por ejemplo, el mito de don Juan*; 3) *persona o cosa rodeada de extraordinaria admiración y estima*; y 4) *persona o cosa a la que se atribuyen cualidades o excelencias que no tiene, como, p. ej., su fortuna económica es un mito*.

Por otro lado, en inglés, *myth*, también tiene varios significados. La quinta edición, de 2011, del *American Heritage Dictionary*, dice lo siguiente: 1. a) *un relato tradicional, típicamente antiguo que trata de seres sobrenaturales, antepasados y héroes que sirven como un tipo fundamental en la visión del mundo de la gente, explicando aspectos del mundo natural o delineando la psicología, costumbres o ideales de la sociedad*: el mito de Eros y Psique; un mito de creación. 1. b) *Tales relatos considerados como un grupo: el campo del mito*. 2. *Una creencia o historia popular que ha llegado a estar asociada con una persona, institución o acontecimiento, especialmente la considerada para ilustrar un ideal cultural*: una estrella cuya fama la convirtió en un mito; el mito pionero de los suburbios. 3. *Una ficción o verdad a medias, especialmente que forma parte de un ideología*. 4. *Un relato, persona o cosa ficticia*: «la superioridad de la artillería germana en el frente occidental fue un mito» (Leon Wolff).

Como puede observarse, el referente de narración o historia tiene un peso importante en lo que es un mito y esa es la clase de definiciones que habitualmente se presentan cuando se habla de los correspondientes a los periodos clásicos de Egipto, Grecia, etc., perspectiva que se vincula con las religiones y que forma parte de ellas. Pueden ponerse al respecto muchos ejemplos ofrecidos por especialistas. Así, Hernández (2005) manifiesta que el mito es «una narración antigua, transmitida de

generación en generación, que relata historias sobre personajes legendarios -divinos o humanos- en los primeros tiempos del universo: un sistema que a la vez explica el mundo que habitamos y lo anima poética y simbólicamente. Este pensamiento mítico toma forma en una época primordial y enlaza sus relatos formando un entramado de narraciones míticas, lo que conocemos por mitología» (p. 13).

Se entiende que diccionarios, como los citados, tienen tendencia a ser conservadores, en el sentido de no incluir rápidamente un término o de no introducir una significación apenas que se detecte en un colectivo de hablantes y, por ello, sus definiciones con ser adecuadas no siempre alcanzan todo el espectro semántico con que se emplea un término en un momento o periodo determinado. Por eso, surgen alternativas, como los dos valiosos tomos del *Diccionario del español actual*, de Seco, Andrés y Ramos (1999a, 1999b), o la creación en 2005 de la Fundación del Español Urgente (FUNDEU) para, entre otras cosas, publicar recomendaciones lingüísticas y orientar sobre nuevos términos o expresiones. No obstante, la idea de mito como algo falso o no verídico, más allá de dioses, personajes o héroes ficticios y demás no es nada nueva. Vendría bien esta acepción en el Diccionario de la RAE de una manera explícita e inequívoca, así como un apunte sobre algo que es reflejado en el American Heritage Dictionary: su carácter de creencia en algunos de sus usos.

Realmente, en más de una ocasión, el mito puede ser definido o tomado como una creencia; i. e., como una convicción, asentimiento o conformidad con algo, bien sea referido a una persona, colectivo, hecho o acontecimiento, con carácter subjetivo y con cualidades o características que no se corresponden con la realidad, de manera total o parcial si posee algún apoyo en razones fundadas. Como señalan Reynoso y Seligson (2005), las creencias son configuraciones cognitivas formadas de manera individual o compartidas culturalmente y los mitos, en una de sus vertientes semánticas, responden a esta formulación expresada.

En lo que sigue a continuación, salvo mención expresa en otro sentido, el concepto de mito que se utilizará será el de algo que es falso o que no se corresponde con el estado actual de nuestro nivel de conocimiento, como señala Parsons (2009/2012), conteniendo, eso sí, las notas que lo distinguen como una creencia. También hay que aclarar que en

más de un trabajo de los revisados se habla de concepciones erróneas, creencias o ideas falsas, etc. Resultaría difícil delimitar, si es que existen fronteras, entre todas estas denominaciones. En general y básicamente, responden a la definición que ofrecen Taylor y Kowalski (2004), compartida por muchos autores, para las ideas falsas, aplicables en este contexto a los mitos: creencias que son mantenidas siendo contrarias a la evidencia conocida y, a menudo, derivada de años de experiencias vitales y observaciones.

El por qué de los mitos

Existen dos peculiaridades del ser humano que son importantes para comprender muchas de sus iniciativas, comportamientos y preocupaciones. Una de ellas es la del querer saber el por qué de las cosas, de lo que existe y ocurre. Suele buscar respuestas que le expliquen la realidad, la vida, el mundo físico o el inmaterial; lo que hacen unos, otros y él mismo; y hasta las causas últimas de todo, como se hace en filosofía. Y, para ello, ha empleado y emplea diversas vías para alcanzar el conocimiento necesario, entre las que se halla la científica, si bien no ha sido la única. También ha recurrido a la magia, al sentido común, a la religión y, por supuesto, al mito –si bien, en esto último pueden confluir elementos procedentes de muy diversas fuentes-. En el fondo, parece como si el ser humano no encajará bien la ausencia de respuesta a sus preguntas y, tal vez, por eso, da por buenas explicaciones que no están contrastadas o, incluso, que son contrarias a la razón, sucediendo que con asiduidad prefiera una respuesta, aunque sea equivocada, a no tener ninguna. Posiblemente, esto se relacione con dos de las características que hacen más probable que un estímulo sea estresante: la impredecibilidad y la falta de control (Sapolsky, 2004/2008).

Como se ha señalado, en el discurrir del tiempo el ser humano ha intentado superar esa situación, unas veces poniendo a prueba sus hipótesis explicativas y, otras, sin preocuparse mucho de verificarlas. En muchos casos, le ha importado más que nada que dichas hipótesis hayan sido útiles para amortiguar o disminuir la incertidumbre de no saber algo que el grado de exactitud que pudiera tener.

En realidad, la presencia de mitos no es algo novedoso, más bien podría afirmarse que acompaña a los humanos desde siempre. Las personas hacen sus representaciones de sí mismo, de los demás, del mundo que habitan y, aún más, de lo que desconocen y, obviamente, no todas son expertas en una materia y las que lo son, posiblemente, lo serán en uno o muy pocos aspectos. Por tanto, no resulta extraño el que se formen mitos del tipo que sea. Armstrong (2005), en su libro *Breve historia del mito*, afirma que los humanos siempre han sido creadores de mitos. Plantea que los mismos satisfacen -o tratan de hacerlo- la necesidad de entender o comprender la realidad y todos los interrogantes que los rodean. Aunque su obra se desarrolla para hacer un

recorrido del mito en cuanto a narración maravillosa, tal como es la primera acepción que figura en el Diccionario de la Lengua Española, lo que expone es perfectamente adaptable a la consideración del mito como creencia falsa.

Al margen del tipo de significado al que se haga referencia al definir los mitos, sea como narración maravillosa, con personajes con carácter divino o heroico, como creencia falsa o como cualquier otra de las acepciones que les son aplicables, hay que tener presente que han constituido modos que ha empleado el ser humano para dar sentido al mundo o a su propia vida y han supuesto como una especie de recurso mental para estructurar sus experiencias, acontecimientos, vivencias y los más diversos hechos, sensaciones, emociones y pensamientos.

Manhart (2005) señala que, a lo largo de la historia, los mitos han desempeñado una función central: la de intentar explicar lo que de otro modo era inexplicable. Pero va más allá, haciendo un repaso de los trabajos de Newberg, D'Aquili, McCulloch y Larson, llega a plantear que los mitos persisten en la cultura moderna a causa de una necesidad biológica cerebral para imponer orden en el mundo y que aunque los sistemas míticos pueden diferir en gran medida según las culturas todos contienen respuestas sobre las mismas cuestiones fundamentales, siguiendo las aportaciones de Campbell (1991).

En definitiva, el ser humano pretende dar coherencia y sentido a su realidad y procura la no existencia de lo desconocido e inexplicable, aunque esto sea un desiderátum que no será satisfecho, previsiblemente nunca, en su totalidad, salvo que se recurra –como ha hecho y seguirá haciendo- a argumentos mágicos, falsos o imposibles de probar o verificar. Este contexto hace comprensible el que se formule la pregunta de si es posible desembarazarse de los mitos o si es inherente a la naturaleza humana, así como si mito es necesario y cuál es su función (De Cuenca, 1976), sea en su acepción de narración o en la de una creencia no verídica. Armstrong (2005) declara que nacieron para dar sentido a lo inexplicable, para rebajar la angustia ante lo desconocido, para facilitar el entendimiento del mundo e interpretar el universo; añadiendo que por eso los humanos siempre hemos sido creadores de mitos. Justifica el por qué de esa creación de mitos por parte de los humanos: porque somos criaturas que le buscamos significado a todo. Y pone como ejemplo: *que sepamos, los perros no pasan horas cavilando sobre*

la naturaleza canina, no les preocupan las dificultades que afligen a los perros de otras partes del mundo ni intentan enfocar su vida desde una perspectiva diferente (p. 12). Sin embargo, eso no ocurre con los humanos que pueden caer en diversas emociones. Además, inventan historias y crean argumentos. Todo esto gracias a que tienen ideas y están dotados de imaginación.

Similarmente, Walker (2010) manifiesta que los mitos explican por qué el mundo es como es y por qué las personas se comportan como lo hacen, se encuentren en aquellos dioses, espíritus o lo que corresponda.

Aunque estos varios autores en sus textos de lo que tratan es de los mitos como narraciones o relatos, lo expuesto es también ajustable a la acepción de una creencia falsa o no verídica, porque lo fundamental de todo se encuentra en esa necesidad de dar sentido y facilitar el entendimiento de la realidad.

Importancia del estudio de los mitos para la Psicología

Considerando lo manifestado hasta ahora, puede deducirse con facilidad la importancia del estudio de los mitos desde una perspectiva psicológica. Si los mitos se definen como creencias eso conlleva que actúan como filtro perceptual e influyen en el significado y valoración de aquello que se perciba. Esta es la base sobre la que se apoya la afirmación de pueden ser muy relevantes a nivel de actitudes y comportamientos. Además, se da el caso de que es frecuente que no sean cuestionados y que se tomen como algo indudablemente verdaderos –como creencias que son-, pudiendo llegar a convertirse en dogmas, generadores con frecuencia, entre otras cosas, de rigideces y de reacciones emocionales, en general, negativas, como es comprobable en individuos y colectivos a lo largo de toda la historia. Según Solomon (2009), Sócrates afirmaba que toda creencia que se vuelve dogmática se convierte en algo más parecido a un par de anteojeras que a una guía fiable hacia la realidad.

Por otra parte, puede afirmarse que los mitos -adaptando lo que señala Domínguez (2013) para el ámbito de la historia-, sin que sirvan para rellenar los huecos que no quedan resueltos por la investigación, bien analizados y criticados pueden aportar pistas sobre lo que esconden, asimismo sobre las creencias de un individuo o de una sociedad, sobre sus ideas del mundo, de la vida y de aquello que le concierne, asuntos a los que no son ajenos la Psicología por cuanto tienen que ver, directa o indirectamente, con pensamientos, sentimientos, emociones y comportamientos.

No obstante, también pueden darse razones de la importancia del estudio de los mitos psicológicos a un nivel más prosaico y que van más allá del mero hecho de tener conocimiento de los mismos: las personas pueden tomar decisiones erróneas que pueden perjudicarles en diverso grado, al hacerlo sobre bases falsas o no probadas. De aquí se deriva la necesidad, en más de un caso, de la modificación de esas falsas creencias. Por otro lado, como señalan Furnham y Hughes (2014), también pueden ser penetrantes y destructivos por factores externos a la persona. Citan cómo los mitos relativos a la salud mental, las víctimas de abuso sexual y las diferencias en función del sexo en el potencial ocupacional pueden llevar al estigma social, el aislamiento, la crítica injustificada y la discriminación.

Los mitos en el ámbito científico

Las concepciones o ideas erróneas pueden hallarse en cualquier disciplina y suele haber bastantes, lo que ha inducido a que se estudie en los más diversos ámbitos. Por ejemplo, en física (Hammer, 1996), química (Özmen, 2004), matemáticas (Liu, 2010), fisiología (Michael, 2002), farmacología (Bast & Haenen, 2013), nutrición (Paulus & Spence, 2010), dermatología (AlGhamdi & Moussa, 2011), ginecología (Küçük, Aksu, & Sezer, 2012), etc. Por otro lado, en temas concretos, en relación con la presión del aire (Akbas & Gençtürk, 2011), el cáncer (Hoover, 2012), las drogodependencias (Gu et al., 2012), el VIH/SIDA (Chakrapani, Newman, Singhal, Nelson, & Shunmugam, 2013), la discapacidad visual (Lynch, 2013), antioxidantes (Gutteridge & Halliwell, 2010), etc.

El caso de la Psicología

Dado el panorama anterior presentado, no es de extrañar que también en psicología se haya abordado el estudio de los mitos psicológicos (Gardner & Brown, 2013; Lilienfeld, Lynn, Ruscio, & Beyerstein, 2010). Ahora bien, ¿qué puede decirse que sea específico o más probable dentro de esta disciplina con respecto a esta cuestión, que le otorgue en cierta medida algunas particularidades? En principio, podría formularse la hipótesis de que la Psicología es un campo que presenta una mayor probabilidad de generación de mitos sobre su contenido por diferentes motivos.

En primer lugar, se trata de una disciplina que suscita, habitualmente, interés; lo cual es esperable teniendo en cuenta que muchos de sus objetos de estudio (sentimientos, pensamientos, emociones, comportamientos, actitudes, etc.) forman parte de la vida diaria de cualquier persona y la observación de los mismos puede ser plenamente accesible asimismo a cualquiera. A esto hay que sumar el hecho del usual deseo por comprenderlos y por poder explicarlos; surgiendo, como es lógico, la especulación sobre todos esos asuntos de manera pródiga y, tal vez, muy extendida.

Por otro lado, como consecuencia de dicha especulación, no es raro encontrarse con personas –algunas como psicólogos aficionados– que sostienen y defienden fuertemente mitos psicológicos fundamentados principalmente en su experiencia o

conclusiones individuales o de afines. Abundan las teorías personales acerca del comportamiento y de todo lo psicológico pero, como señalan Gardner y Brown (2013), suelen basarse en la intuición, con poca o nula evidencia empírica.

Otra de las razones que favorece la creación de mitos psicológicos es que se identifica mucho a la psicología con el *sentido común*, como si fueran intercambiables. Al respecto, Lilienfeld (2010a) recuerda con acierto: *«la ciencia psicológica a menudo nos requiere que desconfiemos de nuestro sentido común y pongamos a un lado nuestras intuiciones»*.

A todo esto hay que añadir que por el interés que despierta la Psicología, muchos medios de comunicación contribuyen a la difusión de sus mitos. Basta fijarse en Internet. La Red está plagada de sitios web donde pueden descargarse o consultarse todo tipo de material sobre autoestima, estrés, depresión y un largo etcétera, describiendo, explicando, dando consejos y pautas; pero el problema está en que muchos de ellos no son en absoluto fiables, con informaciones y recomendaciones arriesgadas.

Sin querer ser exhaustivos en lo que se viene desarrollando, también habría que mencionar las revistas y los libros, unos de divulgación -que pretenden difundir el conocimiento psicológico- y, otros, de autoayuda -tendientes a que las personas por sí mismas puedan mejorar, modificarse, comprenderse o aceptarse física o psicológicamente-, aunque no es infrecuente que en los mismos se dé una mezcla de ambos enfoques. Todo esto es mantenido y, a la vez, mantiene una auténtica industria enfocada hacia la psicología popular. El número de cabeceras y el de títulos es amplísimo, como puede comprobarse habitualmente en librerías y puntos de ventas. El inconveniente es que muchas de estas publicaciones padecen los mismos males que los mencionados para los sitios web.

Este conjunto de circunstancias ayudan a entender la presencia notable de mitos psicológicos bien establecidos que, como se verá un poco más adelante, pueden tener repercusiones personales, sociales y económicas.

En un principio y en general, la difusión de contenidos psicológicos no sólo no es objetable sino que puede ser algo muy positivo y, por ende, debe realizarse. Lo mismo podría decirse de otras disciplinas. Lo negativo radica en el bajo grado de certeza de lo que normalmente se propaga. En el caso de la psicología, es frecuente hallar falsedades, verdades parciales, distorsiones o exageraciones en cualquier sentido y, es observable, que muchas de ellas se arraigan fuertemente.

Todo esto ocurre, precisamente, en una época con tantas posibilidades de acceder al conocimiento. Lilienfeld et al. (2010) señala que en el acelerado mundo de hoy, con sobrecarga de información, la *información errónea* acerca de la psicología está, al menos, tan extendida como la que es precisa; si bien, desde aquí, podría aventurarse tal vez lo esté todavía más o bastante más. En esta circunstancia ocurre lo que se apunta en el apartado de la importancia del estudio de los mitos psicológicos: ya no es sólo que las personas tengan ideas equivocadas, sino que los mitos psicológicos pueden favorecer que se tomen decisiones erradas, no pertinentes, desafortunadas y no convenientes. Por ello, como se apuntó previamente, es provechoso modificar los mitos; una tarea no fácil pues son, como indica Hammer (1996), estructuras cognitivas fuertemente arraigadas y estables.

Fuentes de adquisición de los mitos psicológicos

Habitualmente, las personas construyen sus creencias o ideas a partir de diversas fuentes, si bien éstas pueden diferir en su grado de fiabilidad. Por ejemplo, no es lo mismo tener conocimiento de algo a través de las cartas del Tarot que de una investigación científica. En este aspecto también influyen las disposiciones personales, el cómo sea ofrecido el contenido o cuál sea el medio empleado (televisión, Internet, libros, diapositivas, etc.). Todo esto son cuestiones que influyen, a favor o en contra, en la probabilidad de la formación de los mitos.

También los propios profesionales de la Psicología pueden ser facilitadores o propagadores de mitos psicológicos, bien por dejación, porque se centran en otros intereses o porque ellos mismos pueden tenerlos asumidos en mayor o menor medida. En principio, esto no debería ser si adoptaran y se aplicaran las exigencias del método científico, así como unas buenas dosis de escepticismo, pero es bien sabido que la realidad no es así.

En este ámbito, la pregunta relevante sería: ¿cómo se adquieren los mitos psicológicos o cuáles son sus fuentes? La respuesta a esta pregunta se articulará en tres bloques. Por un lado, por lo propuesto por Lilienfeld et al. (2010) en su libro *50 great myths of popular psychology. Shattering widespread misconceptions about human behavior*. Por otro, a partir de las amenazas, consideradas por Lilienfeld (2010), a la psicología como ciencia; ya que en tanto y en cuanto esta disciplina –como cualquier otra– se desvíe de la ciencia y de sus métodos aumenta el riesgo de la formación de mitos. Por último, por algunas propuestas complementarias por nuestra parte que parecen ser susceptibles de originar mitos.

I. Fuentes de adquisición según Lilienfeld et al. (2010)

En cuanto al primer bloque: Lilienfeld et al. (2010) responden a la misma afirmando que existen diez vías posibles, a saber:

1. El boca a boca

2. El deseo de respuestas fáciles y soluciones rápidas
3. La percepción y memoria selectivas
4. El inferir la causalidad de la correlación
5. El razonamiento *post hoc, ergo propter hoc*
6. La exposición a una muestra sesgada
7. El razonamiento por representatividad
8. Las descripciones erróneas en el cine y en los medios de comunicación
9. La exageración de una parte de verdad
10. La confusión terminológica

1) *El boca a boca*

Muchas de las creencias se han transmitido de generación en generación, por tradición oral; lo mismo que muchas leyendas urbanas. Eso mismo es susceptible de que ocurra con los mitos psicológicos. Por ejemplo, es muy repetido eso de que *los opuestos se atraen* como condición que favorece los emparejamientos de personas. Pero el que algo se diga o se escuche una y otra vez no le otorga mayor exactitud, autenticidad o verosimilitud, a pesar de la perversa frase atribuida al nazi Paul Joseph Goebbels de que una mentira repetida mil veces se convierte en una verdad.

2) *El deseo de respuestas fáciles y soluciones rápidas*

Esta es una fuente frecuente de adquisición de mitos. En la vida son bastantes las cosas que requieren esfuerzo, sacrificio, renuncia o, incluso, dolor para conseguirlas pero, aunque no con todas, a los seres humanos les gustaría que con buena parte de ellas no fuera necesario tales virtudes o superación de adversidades. Preferirían más comodidad para su alcance o satisfacción, lo cual no siempre es posible porque las respuestas a los interrogantes y las soluciones a los problemas, si las hay, pueden ser complejas en lugar de simples y, como es de esperar, la complejidad suele llevar un plus de dificultades u obstáculos que no todo el mundo es capaz de manejar y solventar. Tal vez por ello es común la vulnerabilidad a esas propuestas y formulaciones fáciles y rápidas.

Pueden encontrarse muchos ejemplos en relación con lo que se viene desarrollando. Entre otros, tómesese en cuenta la multitud de dietas a la que se adhieren

cientos de personas porque se publicita que en apenas nada de tiempo, fácilmente y de manera saludable se perderán los kilos que se estiman de más y que se conseguirá el peso y la talla deseada; dietas que no han probado su eficacia, que no garantizan la permanencia de la pérdida o, peor, que pueden ser perjudiciales para la salud, como se ha llegado a comprobar con más de una. También, pueden citarse las propuestas de ejercicios físicos para moldearse una especie de supuesto cuerpo perfecto gracias al uso de muy diversos aparatos –que hay que comprar- dedicando sólo unos pocos minutos al día. Asimismo, los cursos de lectura rápida que se anuncian asegurando que se puede llegar a leer una sorprendente cantidad de palabras por minuto, ¡sin perder comprensión del texto! Un breve paseo por Internet permite comprobar la existencia de cientos de sitios web de estos ejemplos explicitados. La investigación ha puesto muy en entredicho o ha desenmascarado la falsedad o exageración de muchos de estos programas y artilugios.

3) *La percepción y memoria selectivas*

Las personas tienen sesgos y expectativas, y tienden a interpretar el mundo de acuerdo con sus creencias preexistentes. El problema de este hecho reside en que muchas veces no tienen conciencia de aquellos, ni de cómo influyen en sus percepciones.

A este tipo de asunciones erróneas, Ross y Ward (1996) lo denominaron *realismo naïf* o, quizás más propiamente desde el punto de vista lingüístico, *ingenuo*, que refleja una clase de visión del mundo o de epistemología legítima, que se apoya en tres principios en cuanto a la relación entre la experiencia subjetiva del sujeto y la naturaleza del fenómeno que da lugar a dicha experiencia. El primero de tales principios hace referencia a la concepción de que las cosas reales y los acontecimientos se perciben tal como son; esto es, lo que se percibe es la realidad objetiva de su existencia, lo que induce a pensar que las actitudes, creencias, prioridades, etc. personales son desapasionadas y no sesgadas. El segundo es que otros perceptores sociales racionales compartirán las mismas reacciones, comportamientos y opiniones personales, si han tenido acceso a la misma información y la han procesado de una manera seria, razonable y con mente abierta. Y, el tercero, que si hay un fracaso en cuanto a que un individuo o grupo no comparta los mismos puntos de vista, la discrepancia es debida a tres posibles motivos: 1) a que hayan estado expuestos a una muestra de información

diferente (en cuyo caso, si la otra parte es razonable y de mente abierta, una puesta en común con intercambio de información debe llevar al logro de un acuerdo entre ambas partes); 2) a que puedan ser perezosos, irracionales o que sean incapaces o reacios a proceder de un modo normativo, desde la evidencia objetiva a conclusiones razonables; o 3) a que puedan estar sesgados (en la interpretación de la evidencia o en el proceso que va de la evidencia a las conclusiones) por ideología, interés propio o alguna otra influencia personal o grupal que sea distorsionante.

Este realismo ingenuo no sólo hace a la persona más vulnerable a los mitos psicológicos, sino también a no reconocerlos.

Un ejemplo de la percepción selectiva se encuentra en la tendencia a centrarse más en las co-ocurrencias memorables que en la ausencia de las mismas, lo que provoca la formación de *correlaciones ilusorias* –esto es, la percepción errónea de que dos acontecimientos no relacionados estadísticamente están realmente relacionados. Por ejemplo, la creencia en el efecto de la luna llena sobre la personas o sobre algunas de ellas es una ilusión cognitiva (Lilienfeld et al., 2010).

Aunque no se va a profundizar en ello, merece la pena indicar que lo desarrollado en este epígrafe conecta con uno de los temas esenciales en filosofía, si el conocimiento del mundo exterior es el que nos llega a través de los sentidos o no. Tres ejemplos: para Platón (427-347 a.e.V.) el mundo ilusorio en el que vivimos, el mundo de los sentidos, contiene copias imperfectas de las formas ideales. Utiliza el mito de la caverna para explicar que el conocimiento del mundo se limita a meras sombras de la realidad y de la verdad (El libro de la filosofía, 2011/2011). Por otra parte, Descartes (1596-1650) sostiene que no se puede confiar en los sentidos para saber cómo es el mundo en realidad (Solomon, 2008/2009). Por último, para Bertrand Russell (1872-1970) la materia, aunque real, no es accesible directamente al conocimiento, porque no se conoce más que datos sensibles y el espacio en que se hallan estos datos sensibles es diferente según el sentido que los capta y, con mayor motivo, según la persona que percibe (Bochenski, 1947/1975).

4) El inferir la causalidad de la correlación

Existe una inclinación común a establecer una relación de causa-efecto cuando dos hechos ocurren simultáneamente, pero ¿realmente esto es así? Muchas veces no, pues cabe la posibilidad de que una tercera variable sea la responsable de esa concomitancia, la cual puede desconocerse o, simplemente, no se ha medido o evaluado. Por ejemplo, si se pesara todos los niños de una muestra suficientemente amplia y, a continuación, se obtuvieran los datos relativos a las horas que transcurren viendo la televisión es muy probable que se comprobara que a mayor cantidad de tiempo delante del televisor mayor sería la incidencia de sobrepeso u obesidad. Coloquialmente podría manifestarse que *la televisión engorda*, pero no es así verdaderamente. Científicamente tendrían que verse las razones de la relación entre esas dos variables. A pocos se le escaparía, como posible variable explicativa o tercera variable, la falta de ejercicio físico como consecuencia de estar sentado viendo programas televisivos de cualquier índole.

Las correlaciones –esto es, el que dos cosas co-ocurrán estadísticamente- no significan que necesariamente se den causalidades. Con ellas no se puede asegurar que existan, porque tal vez sean posibles otras explicaciones alternativas.

La inferencia de causalidad a partir de una correlación es una fuente de generación de mitos psicológicos.

5. El razonamiento post hoc, ergo própter hoc

La expresión latina *post hoc, ergo própter hoc* significa *después de esto, luego a consecuencia de esto*. En este contexto, el razonamiento *post hoc, ergo própter hoc* viene a indicar una conclusión del tipo de que si A precede a B, entonces A debe causar B. En definitiva, conceder al hecho de que algo sea antecedente de otra cosa la propiedad de la causalidad. Esto es un error si se toma literalmente. Es cierto que si algo es causado por algo éste tiene que darse previamente, pero eso no debe llevar a la idea de que siempre que se produzca una secuencia temporal de dos hechos el primero causa el segundo.

Lilienfeld et al. (2010) advierten que incluso profesionales etiquetados como científicos pueden caer en este error. Como ejemplo citan a Flensmark (2004), quien publicó un artículo en la revista *Medical Hypotheses* titulado *¿Hay una asociación entre el uso del calzado de tacón y la esquizofrenia?*, texto con el que merece la pena detenerse un poco por curioso.

El citado autor advierte del problema de los casos de esquizofrenia más elevados que se dan entre inmigrantes de primera generación, desplazados desde regiones cálidas a otras más frías. Asimismo, resalta el aumento de las tasas de esquizofrenia en los de segunda generación. Y a continuación, ¿qué hace? Pues lo achaca al uso de zapatos de tacón alto, apoyándose en una supuesta revisión selectiva de la literatura y síntesis sobre la etiología de dicho trastorno.

Expone que el zapato de tacón alto comenzó a utilizarse hace más de mil años y que esto dio lugar a la ocurrencia de los primeros casos de esquizofrenia. Por otro lado, manifiesta que la industrialización de la producción de zapatos incrementó la prevalencia de dicho trastorno. Para Flensmark, la mecanización de la producción -que empezó en Massachusetts, luego se extendió a Inglaterra y Alemania y desde estos países al resto de la Europa occidental- contribuyó a esta elevación. En Baden (Alemania), el flujo de pacientes jóvenes que progresaban hacia un estado grave de deterioro cognitivo hizo posible que Kraepelin delineara la demencia precoz como una entidad nosológica. Los pacientes continuaron usando los zapatos de tacón después de que fueran admitidos en el hospital y el trastorno siguiera su curso.

Para justificar su argumentación proporciona la siguiente explicación: durante la marcha los estímulos sincronizados desde los mecanorreceptores en las extremidades inferiores incrementan la actividad en los bucles cerebelo-tálamo-cortico-cerebelar a través de su acción sobre los receptores NMDA⁴. El uso de zapatos de tacón alto lleva a una menor estimulación de los bucles. La actividad cortical reducida cambia la función dopaminérgica que implican los bucles ganglios basales-tálamo-cortical-ganglios negro-basales. Montar en bicicleta reduce la depresión en la esquizofrenia debido a la

⁴ «Los receptores NMDA (de N-metil-D-aspartato) se asocian con los procesos de aprendizaje y memoria, el desarrollo y la plasticidad neural, así como con los estados de dolor agudo y crónico. Intervienen en el inicio y mantenimiento de la sensibilización central asociada a daño o inflamación de los tejidos periféricos» (Neria & Ortega, 2004, p. 210).

estimulación más fuerte por la mejora de las contracciones de alargamiento de los músculos tríceps surales. La estimulación por electrodos de los bucles cerebelosos normalmente estimulados por mecanorreceptores en las extremidades inferiores podría mejorar el funcionamiento en la esquizofrenia.

Como conclusión, Flensmark (2004) aconseja que deberían hacerse estudios transversales de prevalencia de la asociación entre el uso de zapatos de tacón y la esquizofrenia en inmigrantes de regiones con un clima más cálido o en grupos de gente que comience a usar los zapatos en edades diferentes.

6. La exposición a una muestra sesgada

Todas las personas tienen el riesgo de sacar conclusiones a partir de muestras que no son verdaderamente representativas de una población concreta. Hoy en día, los medios de comunicación lo posibilitan en gran medida. Por ejemplo, en las noticias, películas o en las series de televisión suelen presentarse, de manera generalizada, a quienes padecen trastornos mentales como violentos –como ocurre con las personas que padecen esquizofrenia-, lo que extiende la idea de colectivos cuyos integrantes son todos peligrosos. Sin embargo, reiteradas investigaciones han mostrado que esto no se cumple.

Los profesionales no están libres de caer en de este error, como es el caso de los psicólogos clínicos. ¿Qué puede ocurrirles? Pues que tienen el riesgo de sobreestimar un problema como consecuencia de trabajar con muestras que no han sido extraídas al azar. Por ejemplo, el problema del tabaco. Muchas personas logran abandonar su consumo por sí solas y, por tanto, no requieren consultar con ningún profesional para resolver su adicción. Quienes sí lo hacen son aquellos del conjunto de los que no lo logran y que optan por acudir a un profesional, decisión que no toman todos. Si se da la circunstancia de que más de uno de éstos decide ponerse en tratamiento cabe la posibilidad de que se deduzca de que el cese de fumar es un problema muy difícil de resolver si no se aplica una intervención terapéutica. Obviamente, esto puede suceder similarmente con otros problemas. Los estadísticos Cohen y Cohen (1984) denominaron a esto *ilusión del clínico* –la tendencia de los profesionales de sobreestimar un problema psicológico a causa de la exposición selectiva a una muestra crónica.

7. El razonamiento por representatividad

Con frecuencia, se valora la similitud entre dos cosas sobre la base de su parecido superficial. A esto se le ha llamado *heurística de la representatividad* (Tversky & Kahneman, 1974), porque se utiliza el grado en que dos cosas son «representativas» la una de la otra para estimar los semejantes que son (Lilienfeld et al., 2010). Lilienfeld et al. (2010) señalan que heurística significa atajo mental o regla general. No obstante, tal vez aquí, sea más apropiada una de las acepciones del Diccionario de la Lengua Española: «*En algunas ciencias, manera de buscar la solución de un problema mediante métodos no rigurosos, como por tanteo, reglas empíricas*».

Muchas veces este tipo de razonamiento puede ser útil. Si una persona que circula por la calle ve a alguien ocultándose la cara con un pañuelo o pasamontaña y con un objeto puntiagudo en la mano, es muy probable que piense que es un ladrón o un asesino y trate de ponerse a salvo del mismo. Es cierto que quien así actúe puede equivocarse. Tal vez, no sería nada de lo pensado y fuera sólo un bromista o el personaje de una película que se estuviera rodando. Sin embargo, lo habitual es que las personas intenten tomar medidas preventivas, por si acaso, en una situación de estas características, lo cual es lo más prudente.

Otras veces, la heurística de la representatividad no es adecuada o conveniente. A este respecto Lilienfeld et al. (2010) ponen como ejemplos las afirmaciones de los grafólogos, cuando declaran que quien espacia las letras son personas que poseen fuertes necesidades de distancia interpersonal, y el Test del Dibujo de una Persona cuando algunos deducen que los que dibujan corbatas largas es que están excesivamente preocupados por el sexo. En realidad no hay apoyo empírico para estos presupuestos.

8. Las descripciones erróneas en el cine y en los medios de comunicación

Los medios de comunicación se han convertido en instrumentos eficaces para la difusión del conocimiento y para la formación de creencias en los más variados temas. Por supuesto, que hay una parte importante y positiva en este hecho, pero surge el problema de que con frecuencia la información o las imágenes que presentan son

inexactas sin que el receptor tenga conciencia de ello o se le advierta de la falta de precisión. Esto ha dado pie a que se hayan generado mitos en ámbitos muy diversos, a lo que no es ajena la Psicología y, dentro de ésta, en campo de los trastornos mentales y de la personalidad y sus tratamientos. Ejemplos que pueden servir para la ocasión esta la imagen que se proyecta acerca de la terapia electroconvulsiva, como si fuera algo muy peligroso y brutal. Asimismo, la idea que se transmite de las personas con autismo, como si todas tuvieran unas capacidades y habilidades intelectuales extraordinarias y altamente especializadas (p. ej., la película *Rain Man*, de 1988, dirigida por Barry Levinson y protagonizada por Dustin Hoffman y Tom Cruise).

9. La exageración de una parte de verdad

Otra forma de adquisición de mitos se produce como consecuencia de la exageración de algo que es verdad, pero entonces ya no responde exactamente a lo que es o corresponde. Por tanto, son mitos que no son del todo falsos pero, obviamente, tampoco son del todo verdad. Por ejemplo, el mito de que sólo utilizamos el 10% de la capacidad mental. No siempre funcionamos igual; unas veces porque se pone menos interés en lo que se hace, otras porque se está cansado, etc., pero eso no significa que únicamente se utilice un 10% de la capacidad mental.

10. La confusión terminológica

A veces, los mitos proceden de confusiones terminológicas. Los ejemplos que ponen al respecto Lilienfeld et al. (2010) tienen que ver con la esquizofrenia y con la hipnosis. En cuanto al primero hay que decir que el término *esquizofrenia* fue acuñado por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler, a principios del siglo XX, y significa literalmente *mente dividida*. Esto ha originado que muchas personas identifiquen la esquizofrenia con tener más de una personalidad. Por ello, no es extraño que mucha gente la confunda con el trastorno de personalidad múltiple (actualmente trastorno de identidad disociativo) que se caracteriza por la presencia de más de una personalidad en el mismo individuo. El esquizofrénico posee una sola personalidad, pero está mal integrada.

Por su parte, hipnosis deriva del griego *hypno* que significa sueño. Esto ha hecho creer que la hipnosis es un estado onírico. Como señalan Lilienfeld et al. (2010), la

hipnosis no guarda relación fisiológica con el sueño, porque la gente que es hipnotizada permanece totalmente despierta y plenamente consciente de lo que tiene a su alrededor.

II. Fuentes de adquisición basándose en Lilienfeld (2010)

Con lo anterior, ¿se agotan las fuentes o modos posibles de adquisición de mitos indicados por Lilienfeld et al. (2010)? Por supuesto que no y seguro que dichos autores son conscientes de ello. En concreto, el primero de los autores publicó un artículo en el que aunque no menciona explícitamente el tema de los mitos psicológicos sus argumentos pueden relacionarse con los mismos, los cuales afectan en parte directamente y, en parte, indirectamente a las actitudes y comportamientos de los profesionales de la Psicología. Este sería el segundo bloque.

Lilienfeld (2010) se hace la pregunta de si esta disciplina puede llegar a ser una ciencia y expresa que no todo dentro de ella está bien. Se dirige, especialmente, a su vertiente clínica y campos afines, donde se han producido aumentos significativos del número psicoterapias en las cuales la ciencia se encuentra en un estado marginal, destacando cinco amenazas principales para la Psicología científica –que se detallarán más adelante-, compartiendo todas una de orden superior: su incapacidad para controlar el sesgo de confirmación o sesgo confirmatorio –esto es, la tendencia a favorecer la información o a dar más valor a las opiniones o a cualquier otro elemento que ayude a confirmar las creencias o hipótesis propias. Como consecuencia, hay ausencia de garantías esenciales contra la propensión demasiado humana de ver aquello que se desea ver.

En concreto, las amenazas son las siguientes: 1) la corrección política, 2) el ambientalismo radical, 3) las resurrecciones del *sentido común* y de la *intuición* como árbitros de la verdad científica, 4) el posmodernismo; y 5) las pseudociencias. Todas son presumibles de favorecer la formación de mitos psicológicos. Sin ser exhaustivos, se expondrán algunas ideas sobre ellas.

1. La corrección política

Es frecuente escuchar la expresión *políticamente correcto* en los medios de comunicación y en las conversaciones particulares. Se ha convertido en algo común, lo mismo que lo contrario, *políticamente incorrecto*. Como es bien sabido, se ha intentado, y en muchas cosas se ha logrado, hacer desaparecer del lenguaje ciertos tipos de expresiones, así como modificarlo o añadirle palabras o conjunto de ellas, con el objetivo de que cumpla con determinados criterios que desde una determinada perspectiva se han considerado que son los correctos⁵. Pero esta pretensión no sólo tiene que ver con lenguaje como tal sino que también ha abarcado a aquello sobre qué es lo que se debe o no se debe hablar, abordar o hacer y, si se realiza algunas de estas acciones, al cómo deben llevarse a cabo, lo cual ha alcanzado a la ciencia en general y no precisamente siempre de manera positiva⁶. En este último aspecto, la corrección política hace referencia a la ubicación de ciertas cuestiones científicas *fuera de los límites*, meramente porque supuestamente ofenden sensibilidades políticas (Lilienfeld, 2010).

Para Lilienfeld (2010) las amenazas planteadas por la corrección política son debidas tanto a la extrema izquierda como a la extrema derecha políticas, influyendo en una multitud de campos. Menciona áreas donde –al margen de la complejidad de la propia materia- se han originado controversias por discrepancias con lo políticamente correcto, como son los de las diferencias individuales y de grupo en inteligencia (Gottfredson, 2009). Este tema es, probablemente, uno de los que mayor controversias ha generado y no precisamente por razones de carácter científico, habiendo sido muchas veces por motivos ideológicos (Eysenck, 1973/1981; Taylor, 1980/1983).

Asimismo, Lilienfeld echa mano, como ejemplo, de lo relativo a los recuerdos recuperados de traumas infantiles (Loftus, 1993, 2003). Como afirman Sirigatti,

⁵ Dado el tema que aquí se trata de no se entrará a exponer los debates y disputas que esta corriente ha provocado.

⁶ Satel (2000) en su libro *Cómo la corrección política está corrompiendo a la medicina*, entre otras cuestiones, plantea que los activistas o defensores de esta corriente, en el campo de la salud, pueden dar la sensación de que están haciendo una buena lucha para una mejor salud de la población a través de la justicia social pero, manifiesta, que sus acciones no previenen la enfermedad, no tratan los síntomas o no perfeccionan los métodos clínicos. En el mejor de los casos, crean distracciones y desperdician el dinero; en el peor, interfieren con el tratamiento efectivo. Para ella, socaban el ideal hipocrático de el *paciente*, primero. Afirma que la corrección política pone la ideología antes que a los pacientes.

Stefanile y Nardone (2008/2011), los seres humanos tendemos a fiarnos de la memoria con demasiada frecuencia y, sin embargo, nuestra memoria nos cuenta un montón de embustes sobre nuestro pasado. Las repercusiones de la teoría de las memorias reprimidas han sido, muchas veces, graves, con acusaciones de abuso sexual infantil que ha llevado a juicios y a condenas de padres basándose en recuerdos de dudosa autenticidad. En Filadelfia (Estados Unidos) se creó una organización denominada *False Memory Syndrome Foundation* (FMSF) que ha asistido y garantizado los derechos legales de miles de personas sometidas a tratamientos con este enfoque y que han sufrido consecuencias negativas por ello.

Otra área que presenta es la del cuidado diario sobre el desarrollo infantil (Belsky et al., 2007; Guttmacher, 2006). En el *NICHD Study of Early Child Care and Youth Development* se entrevistaron a 1.364 familias con un hijo de un mes de edad, con el objetivo de examinar posteriormente los efectos del cuidado infantil temprano sobre el funcionamiento de los niños, desde los 4½ años hasta el final del sexto grado (edad media de 12 años). Entre otros resultados se obtuvo que los niños que asistían a guarderías tenían algo mejor su desarrollo cognitivo y del lenguaje que los niños con otro tipo de cuidados no maternos (p. ej., cualquier cuidador que no sea el padre o abuelos), pero también que presentaban más problemas de conducta.

Por último, también cita el caso del impacto potencial del abuso sexual infantil sobre la psicopatología adulta y, en concreto el trabajo de Rind, Tromovitch y Bauserman (1998), quienes llevaron a cabo un metaanálisis, con 59 estudios con muestras universitarias, para revisar la creencia arraigada en muchas personas de que el abuso sexual infantil (ASI) causa un daño intenso. Los análisis revelaron que los estudiantes que habían sufrido ASI fueron, en promedio, un poco menos adaptados que los controles. Sin embargo, este ajuste más pobre no se podía atribuir al abuso. El medio familiar jugaba un papel importante. A partir de los datos se concluía que los efectos negativos del abuso no eran ni generalizados ni típicamente intensos y que los hombres reaccionaban mucho menos negativamente que las mujeres. Por tanto, no se apoyaban las creencias básicas de la población general sobre el abuso sexual infantil.

La reacción sobre este artículo fue muy fuerte. Al poco de su publicación en *Psychological Bulletin*, los autores fueron criticados con dureza tanto por la izquierda

como por la derecha políticas y el trabajo sufrió la indignidad, como expresa Lilienfeld (2010), de ser el primer artículo científico condenado por el Congreso de los Estados Unidos, con 350 votos en su contra frente a 0 (13 miembros se abstuvieron). Por otro lado, la *American Psychological Association* (APA) trató de *calmar* a los congresistas. En la revista *American Psychologist*, en 2002, se editó un número específico sobre este asunto (Albee, 2002; Lilienfeld, 2002; Sternberg, 2002; entre otros).

2. El ambientalismo radical

Para Lilienfeld (2010) todavía, en su forma sutil, el ambientalismo radical permanece bien vivo, como si fuera totalmente posible la famosa idea de Watson (1925)⁷, recogida en su libro *Behaviorism*, cuando afirmaba con seguridad que le gustaría dar un paso más y decir que se le diera una docena de niños sanos y bien formados, garantizando que los entrenaría para convertirse en cualquier tipo de especialista –médico, abogado, artista, comerciante jefe e, incluso, mendigo y ladrón, independientemente de sus talentos, inclinaciones, tendencias, capacidades, vocaciones y raza de sus antepasados.

Lilienfeld (2010) recuerda que en la actualidad se admite que las diferencias individuales son, al menos, parcialmente heredadas (Bouchard, Lykken, McGue, Segal, & Tellegen, 1990), y que no son infinitamente maleables.

3. La resurrección del «sentido común» y de la intuición árbitros de la verdad científica

El sentido común y la intuición son dos cuestiones que han interesado mucho desde hace tiempo y sigue obteniendo atención en muchos campos, entre otros, en la filosofía y la psicología (Haidt, 2001; Sankey, 2010). Y hay quienes lo han preferido como medio de conocimiento. Por ejemplo, en la antigua Asia, los daoístas (o taoístas) desconfiaban del intelecto como medio para entender el mundo, la razón se consideraba tan limitada como la fuerza física; por eso, priorizaban la intuición (Fernández-Muñoz, 2014; Solomon, 2008/2009). Por otro lado, definir ambos, como es habitual, puede

⁷ En diversos textos aparecen diferentes años de edición de *Behaviorism*. La obra consultada aquí es de un ejemplar de Osmania University, donde no aparece el año, de la editorial Kogen Paul, Trenc, Trubner & Co. No obstante, en la revista *Mind*, que recoge una revisión del libro, con la misma editorial, efectuada por Barlett (1927), aparece 1925.

presentar sus problemas; si bien, de una forma aproximada se podría admitir que el sentido común tiene que ver con un conjunto de creencias sobre lo que es mejor hacer, lo que debería hacerse o es más beneficioso, en general, y, de ahí, se llega a conclusiones sobre las actitudes o comportamientos que preferiblemente deberían seguirse. Por su parte, la intuición, sería la creencia de que se tiene un conocimiento sobre algo determinado sin que se tenga evidencia o razonamiento que lo respalde, lo cual puede producirse de manera instantánea.

Ambos son interesantes, por supuesto, y a veces pueden dar origen a hipótesis valiosas, pero eso no les otorga el mismo rango que el conocimiento que se obtiene mediante procedimientos científicos, en los que se intentan controlar al máximo variables y se utilicen metodologías con el fin de minimizar lo más posible el riesgo de error. Sin embargo, en los últimos tiempos se ha producido amplio apoyo tanto del sentido común como de la intuición y lo que puede ser válido para otros campos, como por ejemplo, la literatura o la pintura, no tiene porque serlo cuando los temas se abordan desde una perspectiva científica.

Algunos de esos defensores del sentido común son Malcolm Gladwell, John Horgan y Gerd Gigerenzer. Gladwell es un periodista cuyos libros de autoayuda llegan a convertirse en superventas. Uno de ellos lleva por título *Inteligencia intuitiva: ¿por qué sabemos la verdad en dos segundos?* Horgan es un periodista científico norteamericano que se hizo muy conocido a partir de su libro *The end of science*. En 2005 publicó un artículo en *The New York Times* que se llamó *In defense of common sense*, que generó debates⁸. Por último, Gigerenzer, director del Centro para el Comportamiento Adaptativo y Cognición del Instituto Max Planck para el Desarrollo Humano, en Berlín, en 2008, declaró en una entrevista para *Science News* que hay que confiar en nuestras intuiciones (Sciences News, 2008).

En este punto, vale la pena recoger las palabras del filósofo Solomon (2008/2009) en su argumentación a favor del escepticismo global, que cuestiona *todo* nuestro conocimiento, incluso la idea de conocimiento como tal:

⁸ Véase <http://edge.org/conversation/in-defense-of-common-sense#21907>

Hoy, el escepticismo global continúa siendo una herramienta filosófica muy valiosa. Forzándonos a dudar de todo, enfrenta nuestras suposiciones y complacencia diaria a un reto sorprendentemente difícil. El saludable «escepticismo local»⁹, por otro lado, continúa siendo uno de los más valiosos productos del pensamiento filosófico, científico y religioso. Significa no tomar como válido lo que te dicen los demás ni aceptar sencillamente lo que dicta el «sentido común» sin detenerte a pensarlo por ti mismo. Después de todo, el «sentido común» a veces puede ser la acumulación de la sabiduría de los tiempos, pero también puede dar cabida a los continuos prejuicios, la ignorancia y la estupidez de las generaciones anteriores. De modo que es mejor que tú mismo determines en qué crees o por lo menos que sepas de dónde vienen tus creencias y cuándo darles la espalda si fuera necesario. El escepticismo, en última instancia, consiste en hacerte responsable de tu propia conciencia (p. 80).

4. Posmodernismo

El posmodernismo no es algo fácil de definir. De manera tentativa podría decirse que se trata, para lo que nos ocupa, de una corriente que se opone al racionalismo y a que los métodos científicos puedan acercarnos a una realidad objetiva. Incluso, algunas variantes del posmodernismo niegan que exista la realidad. Pero va mucho más allá de lo explicitado. Como elementos constitutivos del mismo, tomados en conjunto, se han considerado el fin de la ideología, del arte o de las clases sociales y la crisis del leninismo y la socialdemocracia o del Estado del bienestar. Representa una ruptura radical que se remonta al final de la década de los años cincuenta o a principios de los sesenta. Hay quien lo etiquetó como la lógica cultural del capitalismo avanzado (Jameson, 1984/1991).

De acuerdo con Herbert et al. (2000) en el posmodernismo son centrales dos principios: 1) todo conocimiento es contextual y, por lo tanto, relativo, y 2) la ciencia representa sólo un modo de discurso entre muchos y las afirmaciones científicas sobre

⁹ El escepticismo local es que se considera habitualmente como *escepticismo sano*. No se aceptan las cosas de manera acrítica (Solomon, 2008/2009).

el conocimiento son más privilegiadas que otras alternativas (p. ej., las basadas en la intuición o en la experiencia personal).

Ante la relajación de algunos autores frente al posmodernismo, en cuanto que la valoran como una amenaza menor para la ciencia y, en concreto, para la psicología, Herbert et al. (2000) realizan una revisión de su impacto en el marketing de las llamadas *terapias poderosas*, especialmente de la desensibilización por movimiento ocular y reprocesamiento (DMOR) (*eye movement desensitization and reprocessing [EMDR]*)¹⁰, desarrollada por Shapiro (1989)¹¹. Entre otras críticas que ha recibido esta terapia para el tratamiento del estrés postraumático se encuentra el que, sencillamente, puede ser una variante de los tratamientos de exposición estándares, sin que se distinga de otros métodos basados en la exposición usados comúnmente.

Obviamente, los planteamientos posmodernistas afectan de lleno a la asunción de la ciencia y de su metodología. Como es comprensible, tal postura facilita la creación de mitos psicológicos.

5. Pseudociencias

En los últimos tiempos ha podido observarse un crecimiento importante en la implementación y promoción de supuestos tratamientos sin base empírica que los apoye. Las pseudociencias han ido ganando terreno y se encuentran muy difundidas. En principio, hay que indicar que, con respecto a la ciencia, la diferencia no es necesariamente algo categórico, algo que se afirma o niega sin más. Las fronteras no son siempre nítidas. De todas formas, poseen rasgos que las identifican. Al respecto se mencionarán sólo algunas¹². Las pseudociencias evitan la contrastación empírica de sus afirmaciones, no se autocorrigen cuando se producen resultados contradictorios – cuando esto ocurre sus defensores suelen interpretarlos como ataques por

¹⁰ Al cliente con trastorno por estrés postraumático se le instruye en: 1) visualizar la escena traumática, 2) repetir las manifestaciones negativas (p. ej., *No puedo hacer nada*), 3) concentrarse en las sensaciones físicas de ansiedad, y 4) seguir la pista visualmente del dedo índice del terapeuta, que se mueve rápida y rítmicamente de un lado a otro de la línea de visión, desde el extremo derecho al izquierdo, a una distancia entre 12 y 14 pulgadas de la cara del cliente, dos movimientos hacia atrás y hacia delante (Shapiro, 1989).

¹¹ Según parece, Francine Shapiro descubrió la DMOR en una observación curiosa y fortuita durante un paseo (Chemtob, Tolin, van der Kolk, & Pitman, 2000/2003).

¹² Para más detalles puede consultarse: Bunge (1984, 1991) y Olatunji, Paker y Lohr (2005/2006).

desinformación o por malevolencia- y su meta principal es la promoción de una idea o producto a través de la persuasión más que la aplicación de un escepticismo de mente abierta, que es el corazón de la empresa científica (Olatunji, Paker, & Lohr, 2005/2006).

Lilienfeld (2010) propone que para corregir esta situación es necesario ser conscientes de las amenazas y enfrentarse a ellas directamente. Sin embargo, señala con firmeza al mundo académico y apela a su responsabilidad, pues ignora con frecuencia esos peligros, en gran parte porque los investigadores se han instalado, buscando su seguridad y otros beneficios, dentro de los confines de sus torres de marfil, prefiriendo concentrarse en la investigación y propuestas que sean subvencionables. Apoya esta acusación en otra de Bunge (1984) para quien los científicos y filósofos de la ciencia tienden a tratar a la anticiencia, la superstición y la pseudociencia como si fueran basuras inofensivas o, incluso, como productos adecuados para el consumo masivo, por el hecho de estar muy ocupados en sus investigaciones y por estimar que no están para preocuparse por esas tonterías. Bunge considera que esta actitud es lamentable por varias razones. Entre otras cita el que, precisamente, se puede volver contra la propia ciencia y la misma investigación científica, perjudicándola al final. Asimismo, Lilienfeld (2010) manifiesta que esta negligencia tiene un coste grave, ya que ha permitido y permite que echen raíces y florezcan en muchos sectores dudosas ciencias, lo que no es ciencia e, incluso, pseudociencias.

III. Propuestas complementarias de fuentes de adquisición de mitos

Por último, aparte de las fuentes de formación de mitos psicológicos, propuestas *formalmente* por Lilienfeld et al. (2010) y las que se han añadido derivadas de las amenazas a la psicología como ciencia, indicadas por Lilienfeld (2010), también es posible añadir algunas más, como tercer bloque, como son: la tendencia a la credulidad, la falta de información o la información incorrecta y los intereses económicos o de otra índole. No obstante, convendría desarrollar estudios empíricos para verificarlas.

1. Tendencia a la credulidad

Es posible que esta característica pueda ser origen de la existencia de mitos psicológicos, por déficit, entre otras razones, de un pensamiento crítico. En este aspecto, Standing y Keays (1987) (citado en Standing & Huber, 2003) señalan que las personas tienen un alto factor de credulidad, tendiendo a aceptar las manifestaciones, a menos que haya una razón muy concreta para rechazarlas.

2. La falta de información o la información incorrecta

Si la falta de información es sólo parcial, obviamente eso significa que la persona tiene algún conocimiento sobre el tema en cuestión. Caso de que sea correcta la información que posee, la formación del mito puede producirse precisamente por la parte que le falta, si el individuo trata de compensar la ausencia existente con elementos de su propia cosecha, como quien dejar de ver trozos de una película y los rellena con presunciones personales acerca de lo que habría podido suceder entremedio, pudiendo llegar un momento en el que la memoria no sea capaz de distinguir si las escenas que se imagina son auténticas o no. En el caso contrario, si la información sea incorrecta el mito tiene un campo abonado para instalarse. Como es comprensible, datos erróneos o falsos recibidos por una persona o colectividad conlleva igualmente a explicaciones y conclusiones con una mayor probabilidad de que no sean ciertas.

Por otro lado, si la falta de información es total sobre un tema, eso no impide que las personas o colectivos se formen sus propias creencias en cualquier sentido (descriptivos, explicativos, etc.), con lo cual el riesgo de la formación de mito es alto. Qué duda cabe que esas creencias se verán condicionadas por otras previas y por conocimientos anteriores.

3. Intereses económicos y de otra índole

No cabe la menor duda de que muy diversos intereses económicos, ideológicos, etc. promocionan determinados mitos, entre otros los psicológicos. En torno a estos se ha creado toda una industria de psicología popular que genera importantes beneficios. Asimismo, esto sucede con otros poderes fácticos y organizaciones que tratan de

introducir sus modos de pensamiento o, más presumiblemente, cómo quieren que los demás piensen y actúen. Para ello, recurren a la difusión de mitos –cargados de contenido psicológico- que, hasta para quien lo crea o lo potencia, por su reiterada repetición, puede llegar a creerse como verdad.

Frecuencia de los mitos psicológicos

En general, los estudios sobre la frecuencia de creencias falsas muestran que es alta. Por ejemplo, Alparsian, Tekkaya y Geban (2003) encontraron sólo un 41% de exactitud en un test de concepciones erróneas en biología. En el mismo sentido van los resultados obtenidos en psicología. En este campo se han hallado sólo un 30% de precisión (Kowalski & Taylor, 2009).

Estudios pioneros

El interés por conocer la frecuencia de las ideas falsas o de los mitos psicológicos no es algo reciente. Ya a finales del siglo XIX se prestó atención a estas cuestiones. En concreto, en 1884, la Sociedad Americana para la Investigación Física crea un comité – entre los que se encontraban William James y G. Stanley Hall- con el objetivo de mantener una serie de encuentros con científicos para estudiar con distintos tipos de especialistas en diversos temas; entre otros, algunas creencias supersticiosas.

Con esta iniciativa se creó un Comité de Psicología Experimental, cuyo informe¹³, presentado por su presidente, Charles S. Minot, tenía como base las respuestas obtenidas de un breve cuestionario aplicado a 500 personas, de las cuales 309 fueron varones (edad media = 35,16 años) y 191, mujeres (edad media¹⁴ = 25,82 años). Se les solicitaba que contestarían, con un *sí* o un *no*, a si se verían afectados con cualquier emoción (el hecho de que fuera una creencia o no era irrelevante) con respecto a sentarse en una mesa trece personas, comenzar un viaje en viernes, ver la luna llena por encima del hombro izquierdo y elegir, por cuenta propia, entre dos casas igualmente deseables, una de las cuales tenía fama de estar embrujada. El objetivo era conocer la frecuencia de la tendencia hacia la superstición en la comunidad.

A nivel de porcentajes los resultados para el *sí* oscilaron para las tres primeras preguntas desde 11,60% a 16,83%. En la cuarta ascendió al 52,72%. Asimismo, como

¹³ Se publicó con el título de *Primer Informe del Comité de Psicología Experimental*.

¹⁴ Ni con los varones ni con las mujeres proporcionan otros valores estadísticos. Los intervalos de edad comprendieron desde el grupo de 12-15 años al de 72-78 años.

puede comprobarse en la Tabla 1, las mujeres tendieron a puntuar más alto (Minot, 1887).

Tabla 1
Frecuencia y porcentajes de las respuestas obtenidas en cada una de las cuatro preguntas formuladas

Ítem	Respuesta	Varones		Mujeres		Total	
		Frec	%	Frec	%	Frec	%
1	Sí	28	9,09	40	20,94	68	13,63
	No	280	90,91	151	79,06	431	86,37
2	Sí	25	8,09	33	17,28	58	11,60
	No	284	91,91	158	82,72	442	88,40
3	Sí	39	12,66	45	23,56	84	16,83
	No	269 ^a	87,34	146	76,44	405	81,16
4	Sí	136	44,16	126	66,67	262	52,72
	No	172	55,84	63	33,33	235	47,28

Nota. Los porcentajes para varones y mujeres son con respecto a cada uno de ellos, mientras que los correspondientes a los totales se refieren al grupo completo.

Frec = frecuencia.

^a En el original aparece 279, pero la suma real es 269.

Más adelante, Conklin (1921) criticó este informe. Entre otras cosas, afirmó que se publicó bajo un título engañoso. Argumentó que no estaba clara la selección de sólo tres ítems (el número trece, el viernes y ver la luna nueva por encima del hombro) para evaluar la tendencia a la superstición de la comunidad. Aparte, criticaba que no apareciera en el informe la clase de personas que respondieron al cuestionario, tan solo una manifestación vaga acerca de *la porción educada de la comunidad* y la referencia a Nueva Inglaterra. El informe del Comité concluyó que el 10% de los varones y el 20% de las mujeres tenían tendencia a la superstición. Sin embargo, en el trabajo de Conklin (1919) los porcentajes fueron del 40% y del 66%. Se pregunta que cómo es posible este asombroso crecimiento en treinta años. Lo atribuye a que el porcentaje de los

adolescentes del informe era bajo en comparación con el suyo. Asevera que las conclusiones del comité presidido por Minot fueron desviadas por un resultado casual.

La tendencia a estudiar las supersticiones continuó entrado el siglo XX. Por ejemplo, Dresslar (1907, 1910) (citado en Conklin, 1919) preguntó a 875 estudiantes en California que nombrarán todas las supersticiones que recordaran y que indicaran con cada una cuál era su aptitud hacia ellas, en términos de no creerla, creerla parcialmente y creerla totalmente. De acuerdo con Conklin (1919) el censo obtenido por Dresslar era admirable –los sujetos mencionaron 7.176 supersticiones- y su clasificación de los resultados era útil, pero no permitía ninguna obtención de diferencias individuales – parece que estimó pero no supo que el 80% de su muestra era mujeres-. Sus hallazgos, pues, sólo se referían al número de supersticiones informadas y a las cantidades de las que eran creídas y de las que no lo eran.

Por otro lado, Peters (1916) llevó a cabo un estudio con 350 jóvenes, de sexo femenino, -de buenas familias americanas, según su expresión- sobre la prevalencia de aquellas en sus familias, en el grupo que mejor conocieran, en su clase o en ellas mismas. Sin embargo, en la publicación de su trabajo en *The Pedagogical Seminary*, se limitó a mostrar una lista supersticiones, a pesar del supuesto objetivo anunciado, escritas por un conjunto de 11 jóvenes, las cuales habían manifestado su conducta estaba fuertemente afectada por ellas. Más adelante, Conklin (1919) al realizar una revisión de los estudios llevados a cabo hasta entonces le hace una crítica similar a la expuesta a la autora.

Para intentar superar y avanzar, Conklin (1919) se dispuso a emprender una investigación para hacer comparaciones en función del sexo. Aplicó un cuestionario durante cuatro años (1913-1917) al respecto. Las preguntas se refirieron a lo siguiente: 1) edad actual; 2) sexo; 3) indicar cualquier superstición en la que creyera o que influyera en su conducta; 4) revelar cualquier otra en la que creyera o que influyera en su conducta anteriormente; 5) si previamente las tuvo o les permitió influir en su conducta, anotar la edad que tenía; 6) responder a por qué cree o creyó en ellas o les permitió que influyeran en su conducta; y 7) hacer observaciones o proporcionar información adicional de interés sobre el tema. El número final de sujetos sobre el que

efectuó los análisis fue de 557 (267 varones y 290 mujeres), con edades comprendidas entre los 16 y los 25 años.

Entre otros, aparte de listados de supersticiones anteriores y presentes en los sujetos, obtuvo los resultados que se especifican. En relación con la pregunta sexta - respondida por 184 varones y 247 mujeres, lo que hace un total de 431 sujetos-, realizó un análisis de contenido de las respuestas; esto es, de las explicaciones ofrecidas sobre las razones por las que creía en las supersticiones o les permitía influir en la conducta: 1) de experiencias constatadas, 2) de padres y personas mayores, 3) sugestión social, 3) herencia social, 4) sentimiento o emoción implicados, 5) literatura, 6) filosofía, 7) no sabe, 8) respuestas ininteligibles, y 9) miscelánea (véase Tabla 2).

Otros resultados que detalla Conklin (1919) son los siguientes: a) las creencias o prácticas supersticiosas fueron admitidas por el 53% del grupo estudiado; más específicamente, por el 40% de los varones y el 66% de las mujeres; b) el 61% de aquellos que negaron cualquier superstición en el momento de escribir admitieron haberlas (las que fueran) creído o practicado anteriormente; c) el número total de aquellos que habían tenido alguna experiencia de superstición en algún momento fue del 82% en el grupo estudiado (73% de varones y 90% de mujeres); d) aparentemente los varones superaban la superstición más fácilmente que las mujeres; e) la mitad asignaron sus supersticiones previas desde la edad de 12 años a los 16 años; f) la forma de las supersticiones variaba entre grupos de individuos; g) las mujeres, en promedio, mencionaban ligeramente más supersticiones que los hombres; h) las supersticiones de las mujeres se refirieron principalmente a asuntos domésticos, sociales y a cuestiones de intimidad personal, mientras que las de los hombres a los de los deportes y actividades profesionales, i) fácilmente se crean nuevas supersticiones; j) la constatación por la experiencia es dada como razón para superstición por el 19%; k) el 84% atribuye a los padres, personas mayores y otros contactos sociales sus supersticiones, el 22% a los padres y personas mayores, el 47% a la sugestión social y el 15% a la herencia social; y l) las emociones y los sentimientos, más allá del control de la razón, son mencionados como causas por el 15%.

Tabla 2
Resumen de las explicaciones ofrecidas a la pregunta número 6

Explicación	Varones		Mujeres		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
De experiencias constatadas	36	20	45	18	81	19
De padres y personas mayores	37	20	56	23	93	22
Sugestión social	74	40	128	52	202	47
Herencia social	27	15	38	15	65	15
Sentimiento o emoción implicados	20	11	44	18	64	15
Literatura	6	3	9	4	15	3
Filosofía	1	0,5	2	0,8	3	
No sabe	11	6	1	0,4	12	3
Respuestas ininteligibles	4	2	7	3	11	3
Miscelánea			1	0,5	1	

Nota. Los porcentajes para varones y mujeres son con respecto a cada uno de ellos, mientras que los correspondientes a los totales se refieren al grupo completo.

Frec = frecuencia.

^a En el original aparece 279, pero la suma real es 269.

A la vista de sus hallazgos, Conklin (1919) concluye que la superstición no es enteramente debida al contacto con personas supersticiosas.

Más adelante, Conklin (1921), teniendo en cuenta sus resultados, criticó el que se llamó *Primer Informe del Comité de Psicología Experimental*. Entre otras cosas, afirmó que se publicó bajo un título engañoso. Argumentó que no estaba clara la selección de sólo tres ítems (el número trece, el viernes y ver la luna nueva por encima del hombro) para evaluar la tendencia a la superstición de la comunidad. Aparte, criticaba que no apareciera en el informe la clase de personas que respondieron al cuestionario, tan sólo una manifestación vaga acerca de *la porción educada de la comunidad* y la referencia a Nueva Inglaterra. El informe del Comité concluyó que el 10% de los varones y el 20% de las mujeres tenían tendencia a la superstición. Sin

embargo, en el trabajo de Conklin (1919) los porcentajes fueron del 40% y del 66%. Se pregunta que cómo es posible este asombroso crecimiento en treinta años. Lo atribuye a que el porcentaje de los adolescentes del informe era bajo en comparación con el suyo. Asevera que las conclusiones del comité presidido por Minot fueron desviadas por un resultado casual.

Motivado por la sugerencia de Dresslar, Gould (1921) estudió las supersticiones en un grupo de estudiantes escoceses del primer y segundo año en un departamento de Psicología. En principio, fueron 384 sujetos, pero dado que sólo 7 eran varones, decidió realizar los análisis sólo con las mujeres; por lo que la muestra se redujo a 377 jóvenes que anotaron la edad (la media fue de 19,7 años), la asistencia a las dos últimas escuelas preparatorias y si habían recibido o no el *Full Leaving Certificate* –un documento que significa que el titular ha superado los requerimientos de la educación secundaria-. El objetivo de la segunda de las preguntas era para ver el tipo de vida, porque suponía que había grandes variaciones (por ejemplo, cita como en Ross-Cromarty e Inverness, el 14,3% de las personas habla sólo el galés). La tercera cuestión indicaba un trabajo sistemático y exitoso y, también, expectativas escolares. Aparte de esto, hizo una distinción entre el contexto de la *ciudad* y el *rural*.

Gould les pidió que escribieran tantas supersticiones como pudieran recordar, independientemente de su creencia en ellas o su efecto sobre ellos. Por otro lado, si creían que influía sobre su conducta que les pusieran un signo más (+); si sólo a veces sí o con sentimientos leves, no fuertes como para influir, entonces un signo de interrogación (?); y si seguro que no influía o no le afectaba en modo alguno, el signo menos (-). El asunto de la influencia estaba al margen de si creía o no en ella.

En total recogió 6.038 supersticiones, de las cuales 967 fueron clasificadas como diferentes. El signo más fue usado en el 25% de los casos, la interrogación en el 23% y el signo menos en el 52%. En otras palabras, el 48% de las supersticiones mencionadas tuvieron algún efecto sobre los individuos que escribieron sobre ellas. La distribución por grupos fue muy similar, como puede observarse en la Tabla 3.

Tabla 3

Distribución por grupos en función de ciudad, rural, con Full Leaving Certificate

Grupo	+	?	-
Ciudad	23%	22%	55%
Rural	25%	24%	51%
Con Full Leaving Certificate	26%	23%	51%
Sin Full Leaving Certificate	22%	24%	54%
Total	25%	23%	52%

Estudios más recientes

En los últimos años ha continuado el interés por el estudio de los mitos psicológicos, más allá del campo de las supersticiones; sobre todo con estudiantes y, dentro de estos, especialmente con aquellos que van a comenzar o han iniciado estudios de Psicología (Lamal, 1979; McKeachie, 1960; Nixon, 1925; Tupper & Williams, 1986; Vaughan, 1977). Los resultados, a lo largo del tiempo, son similares, con la conclusión de que se observan niveles elevados de mitos psicológicos y de creencias falsas (Furnham, 1992; Furnham, Callahan, & Rawles, 2003; Furnham, Thompson, & Baluch, 1998). Las cifras oscilan, según las muestras, entre el 40% y el 70% antes de que los sujetos empiecen a estudiar; no obstante, se reducen levemente después de la instrucción, como sucede en el estudio que viene a continuación.

Con el público en general, existen menos trabajos para conocer la prevalencia en este aspecto. Para aportar un poco más de conocimiento en esta parcela, Furnham y Hughes (2014) confeccionaron un cuestionario de 249 ítems, a partir de los 50 mitos del libro de Lilienfeld et al. (2010), con el añadido de todos aquellos que también aparecen en la obra, procedentes de leyendas urbanas, de ideas falsas y afirmaciones no probadas que necesitan investigarse. Con él compararon a un conjunto de estudiantes de Psicología con público en general. Los análisis indicaron que los participantes, en promedio identificaron correctamente el 37% de los mitos como falsos, incorrectamente creyeron que el 43% estaba apoyado por evidencia científica y no conocía si el 20% era verdadero o falso. Asimismo, algunos de los ítems se creyeron por la mayoría de los

participantes, en total 37 (15%), que fueron aceptados por los dos tercios (66,6%) de los participantes.

Por otro lado, formularon la hipótesis de que los primeros reconocerían más los mitos psicológicos que los pertenecientes al segundo grupo, pues estos no tenían ningún entrenamiento. Efectivamente, así fue. Sin embargo, los tamaños de efecto fueron pequeños, indicando que la educación tiene sólo un éxito limitado para mitigar los mitos y las concepciones erróneas.

Diferencias en función del sexo

En el trabajo de Standing & Huber (2003) con estudiantes, además del cuestionario aplicado en relación con los mitos psicológicos, se recogieron una serie de datos adicionales personales. De ellos, la creencia en aquellos no se relacionó con el sexo, el origen geográfico o años en la universidad. Los hallazgos que obtuvo Gray (1990), en su día, no son comparables con los anteriores por razones metodológicas, no obstante, ofrecen algunos matices en cuanto a las diferencias en función del sexo que conviene considerar y que más adelante se explicitan. Por otra parte, hay que tener en cuenta que en ambas investigaciones la aceptación o rechazo de los mitos se relacionaban con el grado de escepticismo metodológico de los sujetos.

Gray (1990) también elaboró un cuestionario de creencias pero, en este caso, sobre fenómenos infundados científicamente, entre los que se encontraban la percepción extrasensorial, la astrología, la sanación psíquica, la reencarnación y los OVNI. Los sujetos, estudiantes graduados y no graduados, pertenecientes a carreras de ciencias, psicología y ajenos a la ciencia, respondieron en función de la intensidad de su creencia en cada uno de ellos en una escala tipo Likert, desde +1 a +4 para el *sí* y desde -1 a -4 para el *no*, sin que hubiera opción para una posición neutral. Sus resultados, de manera global, mostraron que las mujeres mostraban una mayor probabilidad de refrendar las creencias en los varios fenómenos presentados; no obstante, los varones estaban más dispuestos cuando se trataba de los OVNI. Ahora bien, un dato a resaltar es que estas diferencias por sexo no se daban en las muestras de estudiantes no graduados ajenos a la ciencia. Varones y mujeres mostraron los mismos altos niveles de creencia. Similarmente ocurrió con los graduados de ciencias, donde las mujeres tuvieron los mismos bajos niveles de creencias que los varones. Por tanto, en este estudio, ser de uno u otro sexo no necesariamente conllevó más escepticismo hacia los fenómenos.

En general, hay pocos datos sobre las diferencias entre varones y mujeres, pues se suelen dar los resultados de manera global. Por ejemplo, un trabajo más reciente, el de Furnham y Hughes (2014) ofrece los resultados de la prevalencia de los errores, análisis a nivel general, de algunos ítems en particular y de diferencias entre estudiantes y la población general, pero no lo hace en función del sexo.

Evaluación de los mitos psicológicos

El interés por los mitos psicológicos y por su evaluación tiene ya su historia, aunque eso no significa que haya habido muchos autores que se hayan dedicado a ello y haya tenido mucha proyección académica. Por nuestra parte, salvo desconocimiento, la primera prueba sobre este aspecto data del primer tercio del siglo XX; en concreto, Nixon (1925) elaboró una medida sobre las creencias erróneas acerca de la psicología. Un test de 30 ítems de verdadero-falso. Posteriormente vinieron otros. Se presenta a continuación algunos de los propuestos.

Cuestionario de Creencias

Este cuestionario fue diseñado por Gray (1990), en él se solicita que se indique el grado de creencia en cada uno de los diez fenómenos que se le presentan. De ellos, cinco son siempre los mismos, a saber: percepción extrasensorial (ESP), astrología (AST), sanación psíquica (HEAL), reencarnación (REIN) y OVNI. A éstos, según los objetivos de estudio, se les añaden otros cinco (teorías de Von Daniken, triángulo de Las Bermudas, fantasmas, biorritmos y milagros). En otros estudios, se colocan cinco ítems no paranormales: evolución (EVOL), teoría del germen de la enfermedad (GERM), lenguaje de los simios, fumar y cáncer (SMOK) y vitaminas C y resfriados (VitC).

Los diez ítems se organizan de forma aleatoria, uno encima del otro en el centro de una sola página. Hay que indicar la fuerza o intensidad del SÍ, en el sentido de si se cree, o del NO, si se rechaza al ítem propuesto, marcándola en una casilla. El formato es similar a una escala tipo Likert, yendo desde un débil SÍ, con un +1, a un muy fuerte SÍ con un +4 y, similarmente, desde un débil NO (-1) a un muy fuerte NO (-4). No está disponible una posición central en la puntuación.

En este cuestionario se les proporciona a los sujetos una breve descripción de lo que significa cada ítem, por ejemplo, *«Por Astrología se entiende la idea de que la posición de las estrellas y los planetas en el momento del nacimiento puede influir en su personalidad y/o en las cosas que te ocurren»*. Además, se permite hacer preguntas.

Hay que recalcar que lo que interesa es la realidad del fenómeno, no su posibilidad teórica.

Test Your Psychology IQ

Instrumento desarrollado por Huber, en el año 2000. Aparece por primera vez en Standing y Huber (2003), al no estar publicado previamente. Este prueba trata de medir el rechazo a los mitos psicológicos. Consta de veinte ítems, en un formato de verdadero o falso, otorgándose un valor de 1 si la respuesta está en consonancia con el conocimiento científico que en la actualidad se tiene y un 0 si se acepta el mito. Por tanto, la puntuación máxima es 20, correspondiendo a un rechazo completo de los mitos, y 0 a una credulidad total. Los autores ofrecen pocos datos, en su trabajo mencionan una media de 12,9 puntos, con una desviación típica de 2,9. Por otro lado, indican –de una forma poco clara- que hubo una aceptación del mito de un 71% y rechazo del 29%.

Misconceptions in Psychology Test

Gardner y Brown (2013) han construido un instrumento para evaluar los mitos psicológicos en once áreas temáticas (cerebro y comportamiento, desarrollo y envejecimiento, memoria, inteligencia y aprendizaje, conciencia, emoción y motivación, psicología social, personalidad, enfermedad mental, psicología y ley, y tratamiento psicológico) (véase Apéndice 4). Las alternativas de respuestas son las siguientes: 1 = *completamente falso*, 2 = *en su mayoría falso*, 3 = *parcialmente falso y parcialmente verdadero*, 4 = *en su mayoría verdadero*, 5 = *completamente verdadero* y 6 = *no sé*. Lo han aplicado a 137 alumnos no graduados de dos instituciones de educación superior. La consistencia interna obtenida fue de $\alpha = 0,85$. En promedio, los estudiantes tomaron las ideas falsas como parcialmente falsas y parcialmente verdaderas. Se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre las once áreas temáticas. No así entre los ítems presentados como verdaderos frente a los falsos. Por otra parte, la información de lectura de revistas de noticias predijo más bajas puntuaciones de mitos psicológicos.

[Mitos y Conceptos Erróneos en la Psicología Popular]

En primer lugar, hay que indicar que los autores –Furnham y Hughes (2014)- no le han puesto nombre y se ha optado por denominarlo así por ser el comienzo del título del artículo donde lo publican. No se trata de un instrumento en que los autores hayan confeccionado los ítems. Sencillamente, se limitaron a recoger toda la colección de mitos de Lilienfeld et al. (2010) y la pusieron en formato de un grupo de respuestas alternativas. En total son 249 ítems. Los participantes tenían que elegir al evaluar los mitos entre *definitivamente verdadero* (hay buena evidencia científica que lo apoya), *probablemente verdadero* (hay bastante evidencia que apunta a que es más o menos correcto), *probablemente falso* (hay poca evidencia científica para apoyarlo), *definitivamente falso* (no hay evidencia para apoyarlo y en realidad lo opuesto puedes er verdadero) y *no sé* (personalmente no tiene ni idea de si es verdadero o falso).

Como se muestran en otro lugar, los análisis indicaron que, en promedio, los participantes indicaron como falsos el 37% de los mitos psicológicos, que el 43% los aceptaba y que el 20% no sabía si era verdadero o falso. Por otra parte, muchos ítems fueron creídos por la mayoría, en total 37 (15%) que fueron aceptados por dos tercios (66,6%) de los participantes.

Modificación de los mitos psicológicos

Los mitos psicológicos pueden modificarse. Sin embargo, no siempre es fácil su cambio por su naturaleza de creencias; sobre todo, aquellos que se convierten en dogmas, pero eso no significa que los que no llegan a constituirse como tales no puedan presentar dificultad en su eliminación. Incluso, los que reciben cursos de esa disciplina pueden ser resistentes a su modificación. Gutman (1979) sólo consiguió un cambio del 5% en las concepciones erróneas después de un curso tradicional.

Unas veces se rechazan u se obstaculizan los resultados de la investigación, sencillamente, porque no se comparten, más allá de la validez de los estudios y, otras, se minimizan sus hallazgos, indicando que se tratan de manifestaciones de lo obvio o de, simplemente, sentido común, como señalan Furnham y Hughes (2014).

Las creencias, en general, no sólo son penetrantes sino que todo apunta a que pueden ser particularmente –y frustrante, como señalan Taylor y Kowalski (2014)- resistentes a la instrucción. Los citados autores mencionan cómo en disciplinas como física, bioquímica, historia y psicología los investigadores e instructores se encuentran con estudiantes en clase con concepciones erróneas que permanecen intactas cuando finalizan sus estudios.

En Psicología existen distintos acercamientos para intervenir sobre las creencias irracionales, disfuncionales o cualquier de otra clase. No obstante, es bien sabido que existen creencias difíciles de modificar o suprimir y, a veces, la desaparición de una no implica siempre que se adopte un pensamiento racional y ajustado a la realidad (Montero, 1988).

En el caso de estudiantes se ha comprobado cómo no necesariamente la nueva información suplanta o suprime a la anterior sino que las dos pueden subsistir de manera independiente. Por ejemplo, en algo ajeno a la psicología, enseñar a un alumno que la tierra es redonda y no plana y que, por su parte, busque un híbrido que contemple ambas ideas, como que es plana pero que sus bordes forman una circunferencia

(Vosniadou & Brewer, 1989). De todas formas, más adelante se profundizará en esta cuestión.

A continuación se exponen algunos estudios donde se relaciona la formación en psicología con la asunción o no de mitos psicológicos.

Formación en psicología y mitos psicológicos

Por diversas razones (interés por sí misma, popularidad, presencia en los medios de comunicación, etc.), tal vez podría manifestarse que la psicología sea una de las disciplinas con más mitos en su haber. Por otro lado, se observa que muchos de ellos han sido refutados por la investigación repetidas veces y, sin embargo, permanecen en el ambiente. Inicialmente, podría pensarse que esto afecta única o básicamente a los no expertos o legos en esta materia, pero la realidad es que incluso los propios profesionales también tienen sus mitos –como sucede en otras disciplinas–, aunque cabría esperarse que con ellos lo fuera en menor medida. Como es lógico, el mayor o menor arraigo de los mitos influirá en la dificultad para su erradicación.

¿Podría sugerirse que una mayor formación en Psicología repercutiría preventivamente en la asunción de mitos psicológicos? Se intentará dar respuesta a esta cuestión a partir de diversos estudios.

En general y con frecuencia, en prácticamente todos los campos, se parte de presunciones y es normal que en cualquier campo las personas tengan una determinada variedad de concepciones erróneas. Comprensiblemente, es esperable que los estudiantes comiencen los cursos introductorios de psicología con ese equipaje. Asimismo, en el caso de la docencia en psicología se espera que los cursos de esta disciplina ayuden a superar la falsedad de los mitos populares acerca del comportamiento y todo aquello que le incumbe. Por otra parte, se toma como previsible que el profesor, normalmente, empleará todos los medios a su alcance para lograrlo. Por consiguiente, se considera racionalmente predecible que los alumnos de Psicología sean decididamente bajos en sus creencias de mitos y que se vaya produciendo un descenso a medida que se produzca aumento de los cursos que vaya superando. Con esta suposición se han efectuado estudios para comprobar el éxito de los cursos introductorios de psicología para mitigar las concepciones erróneas (Arntzen, Lokke,

Lokke, Lokke, & Eilertsen, 2010; Gardner & Dalsing, 1986; Griggs & Ransdell, 1987; Lamal, 1979; McKeachie, 1960; Standing, & Huber, 2003; Vaughan, 1977¹⁵).

No obstante, los hallazgos apuntan a que hay poca relación entre el conocimiento psicológico y la detección de mitos psicológicos. Como indican Standing & Huber (2003), la evidencia es, en buena parte, más bien desalentadora. En este sentido, Gray (1990), con una muestra de estudiantes tanto graduados como no graduados, aparte de encontrar altos niveles de creencias en fenómenos que no tenían ningún fundamento científico, encontró que los más escépticos eran los pertenecientes a carreras de ciencias naturales, después los de psicología y, por último, los correspondientes a materias ajenas a la ciencia. Estos últimos eran los que presentaban una mayor credulidad.

Por otra parte, se ha comprobado que los cursos introductorios de psicología parecen tener poco efecto, -aunque se logre un aumento del conocimiento psicológico y del reconocimiento de mitos, la mejora, realmente, es limitada (Taylor & Kowlaski, 2004)-, en algunas de las creencias comunes que son ampliamente mantenidas por los estudiantes (Lamal, 1979). Los resultados de Lamal (1979) van en la misma línea que los de McKeachie (1960), si bien con instrumentos diferentes, donde las ganancias en los ítems valorados como importantes fueron muy pequeñas en cuanto a la disminución de las creencias equivocadas. Asimismo, Vaughan (1977) también concluyó que tales cursos tienen poco efecto sobre las concepciones erróneas; si bien, admite que algunas quedan disipadas –particularmente, las que se han discutido con materiales de lectura- pero declara que los estudiantes no cuestionan la mayor parte de las mismas y que algunas se mantienen a pesar de la evidencia contraria presentada durante el curso. Por lo que se ve, la experiencia apunta a que un simple curso es más que insuficiente para influir sobre esas creencias que están profundamente enraizadas y que versan sobre concepciones de la naturaleza humana, lo que significa ser humano y las fuentes de su comportamiento, las cuales, además, se vinculan con los sistemas de valores de las personas (Vaughan, 1977).

¹⁵ Referencias tomadas de Furnham y Hughes (2014), pero se tienen todas.

En relación con lo último Standing y Huber (2003) llevaron a cabo un estudio para examinar el grado en el que estudiantes que habían tenido cursos de Psicología aceptaban o no mitos procedentes de la psicología popular y qué efecto ejercía aquellos en esto último. La muestra estaba compuesta por estudiantes de *junior college*¹⁶ y de la universidad. Utilizaron un instrumento destinado a medir el rechazo de los mitos, desarrollado por el segundo de los autores. Concretamente, el *Test Your Psychology IQ*, compuesto por 20 ítems, cuya interpretación es que a mayor puntuación mayor rechazo de los mitos. Por consiguiente, un resultado igual a cero es indicativo de una credulidad total. La media obtenida fue de 12,9. Según informaron los autores¹⁷, la tasa de aceptación del mito fue de un 71%, cifra muy alta, y, obviamente, la de rechazo de un 29%. Estos datos muestran un escaso pensamiento crítico por parte de los sujetos. Asimismo, contrastaron con los alcanzados por un grupo de profesores, cuyos resultados oscilaron entre 18 y 20. Ahora bien, lo precedente no es muy de fiar puesto que se trató de una prueba de carácter informal. Más interesantes son algunas correlaciones de Pearson aparecidas, que variaron entre 0,24 y 0,36. Las puntuaciones en el *Test Your Psychology IQ* se incrementaban con el número de cursos de psicología recibidos en la universidad, tener asignaturas de psicología en el plan de estudios, la calificación global, la edad cronológica y el haber recibido cursos avanzados de métodos de investigación; si bien, es cierto es que los valores de las correlaciones no son muy altos. No hubo relación con los cursos en los *junior colleges*, así como tampoco se hallaron diferencias en función del sexo, origen geográfico o año de universidad. A partir de las variables que sí correlacionaron de manera estadísticamente significativa, crearon una nueva sumando las puntuaciones estándar de cada una ellas que resultó ser el mejor predictor de las puntuaciones de la prueba aplicada. Es probable que la edad haya podido influir en esa diferencia detectada entre el *junior college* y la universidad o, también, que la formación de los profesores universitarios haya tenido que ver con la reducción de la creencia en los mitos (Gardner & Hund, 1983).

En principio, podría esperarse que los cursos de universidad redujeran, aunque fuera, al menos, de forma leve, la aceptación de los mitos y que mejorasen el pensamiento crítico, y esto es lo que se ha detectado en la investigación de Standing &

¹⁶ Es una escuela postsecundaria cuyo objetivo es proporcionar educación académica, vocacional o profesional. Los alumnos que finalizan este periodo pueden continuar en una universidad transfiriendo algunos créditos.

¹⁷ Hay que indicar que lo hicieron de una manera poco clara.

Huber (2003), en la línea de lo comprobado por Gardner & Dalsing (1986). No obstante, esto no siempre se ha reproducido, Mill, Gray y Mandel (1994) no obtuvieron esa clase de resultados. Por tanto, los hallazgos han sido contradictorios.

Mill et al. (1994) se preguntaron si los estudiantes no graduados, matriculados en métodos de investigación y estadística mejoraban en sus habilidades de razonamiento general y en sus capacidades críticas científicas. Con estudiantes de Psicología formaron al azar un grupo de línea base que se examinó al comienzo del semestre, otro evaluados después de completar los cursos de las materias citadas y un tercero que, aparte de completar los de métodos de investigación y estadística, recibió tres sesiones tutoriales que enfatizaban específicamente en la transferencia de lo aprendido con los materiales del curso al hecho de razonar en un contexto más general. Tomaron como grupo control un conjunto de estudiantes de humanidades. Todos fueron examinados con tests de razonamiento general y de capacidades críticas, así como con un cuestionario que evaluaba la buena disposición a refrendar fenómenos infundados científicamente. Los resultados hallaron que los cursos de métodos de investigación y de estadística, por sí mismos, no estimulaban el razonamiento general y la capacidad crítica de los estudiantes. Sin embargo, el grupo que recibió las sesiones tutoriales sí rindió significativamente mejor que el de línea base. La buena disposición en los fenómenos infundados no se vio influida por los cursos.

El reciente estudio de Furnham y Hughes (2014), citado previamente, obtiene unos resultados en la misma línea de lo mayoritariamente expuesto hasta aquí. Examinaron la frecuencia de los mitos psicológicos y concepciones erróneas entre estudiantes de psicología y el público en general, con un cuestionario de 249 ítems. La muestra fue amplia ($n = 829$). Los resultados mostraron, como es habitual, la existencia de numerosos mitos arraigados, algunos de los cuales pueden tener consecuencias negativas para las personas. Los estudiantes de psicología reconocieron más mitos que la población general; sin embargo, los tamaños del efecto fueron pequeños, de lo que puede deducirse que la educación formal sólo tiene un éxito limitado en disminuir los mitos y concepciones erróneas psicológicos.

Brown (1983) y Lamal (1979) argumentan que no son sorprendentes los resultados poco alentadores porque los estudiantes llevan mucho tiempo expuestos a

creencias sobre la Psicología erróneas a través de los medios de comunicación, padres y compañeros.

Hay algunas excepciones más prometedoras en lo que ha modificación de los mitos se refiere, cuya única diferencia con respecto a los estudios previamente citados es el empleo de métodos de refutación -esto es, presentar evidencia directamente contraria a la creencia¹⁸- o bien, en la misma línea, el desarrollo de un pensamiento crítico. Kowalski y Taylor (2009) encontraron un incremento promedio en las puntuaciones de reconocimiento de mitos por parte de los estudiantes del 38,5% al 66,3% mediante el métodos de refutación. Esto es interesante, si bien antes hay que identificar los mitos. Por otra parte, Burke, Sears, Kraus y Roberts-Cady (2014), comparando a estudiantes no graduados en cursos de pensamiento crítico en psicología, otros cursos de psicología o de filosofía, hallaron una reducción significativa en las creencias en fenómenos paranormales, al final de un semestre, en los que estaban en el grupo de pensamiento crítico y filosofía con respecto a los de otros cursos de psicología, utilizando la forma S del *Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal*, una prueba que, como los autores comentan, tal vez no evalúe totalmente el pensamiento crítico en psicología.

¹⁸ El libro de Lilienfeld et al. (2010) puede considerarse un ejemplo del método de refutación.

Otras variables del estudio

La parte central del presente estudio se dedica a lo relacionado con los mitos psicológicos y entre sus objetivos está la posibilidad de encontrar variables que puedan ayudar a entender en qué grupos es más posible que se den, qué asociaciones tiene con ellas y, si es posible, cuáles son las que pueden ser buenas predictoras de los mismos. Como se ha venido mostrando en la investigación había una serie de bloques que se han denominado de la siguiente forma: 1) asistencia y utilización de servicios de Psicología y/o Psiquiatría, 2) lectura de libros o revistas de divulgación científica de Psicología o de autoayuda, 3) valoración de la Psicología, 4) autovaloraciones, 5) fuentes de información, 6) mitos psicológicos, y 7) estado de salud. En este apartado se abordarán, si ser exhaustivos, algunos temas relacionados con dichos bloques, con excepción del de mitos previamente expuesto.

Asistencia y utilización de servicios de Psicología y/ o Psiquiatría

De manera ascendente, la Psicología, se ha ido convirtiendo en una profesión con peso social. Hace no demasiadas décadas apenas se conocían cuáles eran los servicios que podían prestar sus profesionales. Sin embargo, con el paso del tiempo se ha ido consolidando y ya es demandada para muy diversos contextos y aplicaciones (terapias individuales, escuelas, empresas, etc.). De todas formas, la especialidad de Psicología clínica es la que continúa abarcando la mayor parte del imaginario social sobre lo que es esta disciplina. Por otra parte, los itinerarios de asignaturas que corresponden a esta rama son, quizás, los más solicitados por los estudiantes.

Un tema interesante en este ámbito es la cuantificación de la asistencia o uso de los servicios psicológicos por parte de la población. En principio, hay que señalar que se tienen algunos datos acerca de variables sociodemográficas de los psicólogos españoles y de cómo trabajan o de quiénes son usuarios de servicios concretos, como las unidades clínicas en campus universitarios, o de modalidades como son por vía de Internet (Labrador, Estupiñá, & García, 2010; Santolaya, Berdullas, & Fernández, 2001; Vallejo et al., 2008). Labrador et al. (2010), por ejemplo, en su estudio incluyen a todos los solicitaron consulta en la Clínica de Psicología de la Universidad Complutense, desde

su inicio en 1998 hasta 2008. La totalidad de pacientes fue de 1.325. No está el dato de cuántos alumnos se matricularon en ese periodo para saber el grado de la demanda asistencia. A primera vista, podría deducirse que el porcentaje sería más bien o muy bajo.

Otro de los trabajos iniciales en relación con la asistencia y valoración de los servicios psicológicos fue el de Berenguer y Quintanilla (1994). Los objetivos que se propusieron fueron evaluar las diferencias en las imágenes de distintas profesiones, incluyendo la Psicología; el posicionamiento de la imagen del psicólogos en tres vertientes: profesional, personal y social; evaluación del conocimiento de los requisitos para el ejercicio profesional; y, por último, la constatación de la existencia o de diferencias significativas en la imagen entre diferentes colectivos poblacionales, diferentes especialidades de la Psicología, entre usuarios y no usuarios, así como entre distintas comunidades autónomas. El dato que obtuvieron y que aquí es el que puede resultar relevante es el de que estimaron que un 21,07% de personas de la población general habían tenido contacto con el psicólogo.

En el trabajo citado de Buela-Casal et al. (2005), la asistencia al psicólogo fue algo mayor, aunque menos en los varones. Ante la pregunta de si había acudido alguna vez a consulta psicológica, el 27,3% de las mujeres respondieron afirmativamente y un 22,9% los varones. Asimismo, se pidió que informaran acerca de si habían ido a consulta psiquiátrica. En este caso, los porcentajes fueron menores: un 16,5% y un 13,3%, de las mujeres y de los varones, dijeron que sí, respectivamente. En cuanto al hecho de ser estudiante, los porcentajes cambiaron más con respecto al psiquiatra: el 24,2% admitieron haber asistido a consulta psicológica y sólo un 4,2% a la del psiquiatra. Por intervalos de edad, tanto para la consulta de Psicología como para la de Psiquiatría, el máximo se encontraba entre los 38-56 años (30,2%, Psicología, y 20,1%, Psiquiatría). Para el grupo de 18 a 37 años, los porcentajes correspondientes fueron de 26,8% y de 9,4%.

Lectura de libros o revistas de divulgación científica de Psicología o de autoayuda

Antes de entrar en los apartados concretos de divulgación científica y de autoayuda se proporcionarán algunos datos del *Barómetro de diciembre 2014*, elaborado por el

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), con una muestra de 2.477 entrevistas, en 237 municipios y 49 provincias, en el que se formularon preguntas relativas a la lectura que conviene tener presente en este trabajo a la hora de efectuar comparaciones con lo aquí obtenido. Una de ellas fue la que se pedía que respondieran a en qué medida le interesaban una serie de ámbitos de la cultura. Por lo que respecta a la lectura los resultados fueron los siguientes: el 27,60% contestó mucho; el 34,10%, bastante; el 27,60%, poco; y el 10,40%, nada. No sabe fue el 0,10% y, no contesta, el 0,20%. Por tanto, entre el mucho y el bastante acaparan el 61,70%, una cifra relativamente alta. Ahora bien, cuando se les demandó acerca de su creencia de lo que la gente leía en España, el 66,10% dijo que poco, aunque ahora se leía bastante más que hace diez años (26,30%) o más o menos igual (26,50%).

En cuanto a la frecuencia de lectura de libros, indicaron que lo hacían todos los días el 29,30% (el valor mayor de las seis alternativas presentadas) y casi nunca el 19,80%. Las razones más mencionadas por las que nunca o casi nunca se leían libros era porque no le gustaban ni le interesaban (42,00%) o por falta de tiempo (23,20%). En el *Barómetro de junio de 2015*, también del CIS, donde preguntaron acerca de la lectura de *El Quijote*, con una muestra de 1.029 personas que habían dicho que no habían leído tal obra, un 31,90% dio como motivo el que no le gustaba leer en general o no le interesaba la lectura.

Por otro lado, el 42,10% señaló que en los últimos doce meses habían leído entre 2 y 4 libros. Las otras opciones (1 libro, de 5 a 8 libros, de 9 a 12 libros, etc.) alcanzaron porcentajes más bajos. La que quedó en segundo lugar fue la de 5 a 8 libros, con un 21,90%.

Divulgación científica. En los textos, ya clásicos, de McGuigan (1968/1979, 1993/1996), sobre Psicología experimental, a la hora de exponer cómo se aplicaba el método científico en la experimentación psicológica¹⁹, planteaba al final, como decisivo, que los resultados de la investigación científica se comunicaran a otros

¹⁹ Los pasos que indicaba eran los siguientes: planteamiento del problema, formulación de una hipótesis, selección de participantes, asignación de participantes a grupos y tratamientos (condiciones), leyes de estímulo-respuesta, determinación de la influencia de una variable independiente, control de variables extrañas, cómo se hacen pruebas estadísticas, generalización de las hipótesis, las predicciones, la explicación, y diseminación de los descubrimientos.

interesados y citaba, como primer vehículo de transmisión de la comunicación, la publicación en las revistas científicas.

Por supuesto, que es importante que aquellos que trabajan dentro de un campo conozcan lo que hacen sus colegas y los resultados que obtienen. Sin embargo, hoy en día, tal vez, haya que añadir que, en la medida de las posibilidades existentes, se divulguen los conocimientos científicos a toda la sociedad. En buena medida, el movimiento, que se conoce por su expresión en inglés, *open access* y que se podría traducir por acceso abierto o, quizás, más aproximado al español, como acceso libre, se sustenta en esta filosofía, en definitiva, el que no haya impedimento, ni siquiera la existencia de pagos económicos, para cualquier material académico, especialmente cuando las investigaciones, trabajos o lo que sea hayan recibido financiación pública. Por tanto, el acceso y divulgación de la ciencia constituyen elementos característicos de las sociedades modernas y desarrolladas.

Ahora bien, esa tendencia no ha sido exclusiva del siglo XX y XXI. Incluso admitiendo que lo que en la actualidad se denomina ciencia es relativamente reciente²⁰, existen antecedentes que demuestran que el deseo de acceso a ella y de su divulgación es lejano en el tiempo. En realidad, la imagen de los científicos como un grupo aislado es relativamente reciente. Francis Bacon (1561-1626), por ejemplo, afirmaba que los filósofos naturales debían ser hombres de mundo y no académicos enclaustrados. Con esa perspectiva se crearon sociedades científicas en el siglo XVII, donde se discutía y se daban conferencias sobre ciencia como elemento que debía entrar dentro de la cultura general de las personas. No obstante, estas actividades no quedaron ahí, se extendieron, en el XVIII, a los cafés, donde se realizaban demostraciones y experimentos; en definitiva, se hacía espectáculo científico. Asimismo, hubo conferencias en teatros. Pero detrás de esto también había un interés económico. Era un modo más de obtener algún dinero, como cuando se ofrecían conferencias cobrando al público de pago, o se procuraba encontrar un mecenas que apoyara nuevos inventos y proyectos. En este ambiente, no fueron raras las extravagancias y cualquier maniobra que cautivara a los asistentes. Todo esto se produjo tanto en Europa como en Estados Unidos. Se asumió

²⁰ El término científico se acuñó en 1833 por William Whewell, quien publicó una imponente *Historia de las Ciencias Inductivas*, aunque pasó cierto tiempo hasta que se utilizara de manera generalizada (Bowler & Morus, 2007/2005).

que esta clase de actuaciones públicas eran algo inherente a la práctica de la ciencia (Bowler & Morus, 2005/2007). Pero hay que tener en cuenta, como afirman Bowler y Morus (2005/2007, p. 471), que *«Era algo más que un modo de ganarse la vida – aunque desde luego también se trataba de eso-; era lo que hacían los hombres de ciencia»*.

Pues bien, como se decía, hoy existe un interés especial en la divulgación de la ciencia pero, además, también lo tiene un buen sector del público como consecuencia de la importancia social y política que ha adquirido la ciencia. En principio, puede valorarse esta circunstancia como positiva. Sin embargo, ahondando un poco se perciben algunos riesgos en cuanto a lo que sucede por la propia situación de la ciencia y por la manipulación que de ella se hace. Ovejero (2001), por ejemplo, señala acertadamente que la ciencia contemporánea es de difícil divulgación, entre otras cosas, por las dificultades derivadas de la magnitud del empeño, por su alejamiento de la experiencia común, por la propia formulación de las teorías, por sus propios resultados que, a veces, violentan intuiciones compartidas y no encuentran anclaje sencillo en la imaginación popular... No obstante, a pesar de esto, nunca la ciencia se ha divulgado tanto y este hecho ha ido unido a una serie de exigencias que han suscitado problemas, como el estrechamiento del vínculo entre ciencia básica y tecnología²¹. En la actualidad existe una presión enorme por resultados tangibles y rentables y, por eso, si es necesario se miente y se hacen fraudes. Por otra parte, la divulgación se ha convertido en un instrumento para conseguir recursos. Calar en la opinión pública, posibilita las financiaciones, esto lleva a que se empleen trucos, se falsifiquen datos o lo que sea, lo importante es captar la atención. Como afirma el citado autor, las comunidades científicas están lejos de resultar comunidades de ángeles.

De todo lo expuesto no se libra ninguna disciplina y, por supuesto, la Psicología no es una excepción. Se trata de una disciplina que suele interesar socialmente y, por ello, ha habido un gran crecimiento de su divulgación. Ahora bien, con frecuencia, lo publicado no reúne los requisitos científicos, por lo que lejos de favorecer la acertada comprensión de lo que es y de lo que se puede hacer desde la Psicología lo que hacen

²¹ Ovejero (2001) menciona a este respecto algunos ejemplos: la fotografía tardó en desarrollarse 115 años; el teléfono, 56; la radio, 35; la bomba atómica, 6.

muchas veces es distorsionar el conocimiento y, probablemente, facilitar la creación de mitos psicológicos.

En el Barómetro de diciembre de 2014, ante la pregunta de cuáles eran los géneros literarios que más les gustaban, los libros de divulgación o información fueron citados en primer lugar por el 7,40% y, en segundo, por el 7,90%.

Autoayuda. La literatura de autoayuda, sea a través de revistas o de libros, se ha convertido en un icono de la cultura actual, con un gran éxito de ventas, abarcando muchas esferas (salud, ocio, relaciones, hobbies, etc.) (Cherry, 2008). Arkowitz y Lilienfeld (2006) mencionan que sólo en 2003, los editores estadounidenses colocaron más de 3.500 nuevos títulos de autoayuda, registrándose más de 650 millones de dólares en ventas.

De manera similar al tema de la divulgación de la ciencia y, en particular, de la Psicología, la literatura de autoayuda tiene una larga trayectoria, si bien hay que reconocer que en las últimas décadas, de nuevo, ha aumentado su popularidad y aceptación. Hay quienes sitúan este crecimiento desde hace más de 70 años (Cherry, 2008). Sassoon (2006/2006), al tratar el triunfo de la cultura burguesa en el periodo de 1830 a 1880, destaca que la expansión de las clases medias impulsó más aún el mercado de los libros de autoayuda; esto es, de algo que ya existía previamente. Los libros de consejos se seguían vendiendo bastante bien, como ocurría desde el siglo XVI. Era un género consolidado. Como ejemplo, puede ponerse el caso de un libro concreto:

De todos estos libros, el que mayor éxito obtuvo fue el de Samuel Smiles, titulado Self-Help, cuyas traducciones a 53 idiomas, entre los que figuraban el urdu y el hindi, además del armenio y el siamés, ejemplifican el modo en que se exportaron a todo el mundo las actitudes inglesas. El texto, publicado en 1859, vendió veinte mil ejemplares en el primer año de su publicación, y ciento cincuenta mil en los treinta años siguientes. La mayor parte del libro está integrada por anécdotas sobre grandes hombres, unas anécdotas que se proponen demostrar que el éxito es consecuencia de los propios esfuerzos. Parece que este mensaje resultó atractivo hasta en Japón, donde en el año 1912

el libro ya había logrado vender un millón de ejemplares (Sassoon, 2006/2006, p. 632).

En general, los temas de autoayuda contemplados no eran en exclusividad de Psicología sino de muy diversas disciplinas. El complejo de inferioridad de la burguesía frente a la aristocracia, comenta Sassoon, la condujo a la búsqueda de patrones de comportamiento que la hiciera sentirse más competente. Asimismo, también aquella se planteó la necesidad de adquirir conocimientos en áreas como ciencia, historia, política, literatura y geografía. Por otro lado, la nueva y la pequeña burguesía sintieron una gran afición por el aprendizaje del comportamiento social y la conversación inteligente.

Con el paso del tiempo, este género no decayó entre el público; pero no sólo eso, también se fue apuntalando como un medio terapéutico utilizado por los profesionales. Arkowitz y Lilienfeld (2006) citan una investigación de Norcross et al. en la que se afirma que, en la actualidad, el 80% o más de los psicoterapeutas recomiendan tales libros a sus pacientes. Es lo que ha dado en llamarse biblioterapia.

A mediados del siglo XX, se estimó la necesidad de validar esta clase de literatura. Con ese objetivo, Tyson (1948) llevó a cabo un estudio, empleando la expresión *literatura de higiene mental* refiriéndose con ella a cualquier materia de lectura diseñada para mantener, mejorar o restaurar el ajuste emocional. Sus conclusiones fueron las siguientes: 1) los psicoterapeutas están a favor de la biblioterapia, con reservas referentes al grado de inadaptación y método de uso; 2) la lectura de autoayuda parece estar apoyada por un estudio de una muestra de estudiantes sobre una base de autoevaluación; 3) es tentativamente sugerido que la literatura de higiene mental académica y popular puede ser efectiva; y 4) se necesita validación adicional de la literatura de higiene mental, con vistas a un uso más amplio de esta ayuda psicoterapéutica económica. De todas formas, su estudio adolece de algunas debilidades metodológicas, entre otras, un tamaño muy pequeño de la muestra que impide su generalización.

En cuanto a la conveniencia o no de la biblioterapia, en general, las opiniones no son coincidentes. Están los que ven en esa clase de literatura beneficios y están los que no la aprecian. Entre los primeros se halla, por ejemplo, Bergsma (2008), que afirma,

como efectos positivos, que los mensajes de los libros de autoayuda se ajustan bastante bien con las condiciones observadas para la felicidad y que pueden alentar el afrontamiento activo. También, destaca que existe cierta evidencia de la eficacia de la biblioterapia en el tratamiento de trastornos psicológicos.

Por otra, se encuentran los que argumentan que esta clase de literatura puede acabar creando lo que se ha etiquetado como codependencia y que más que ayudar puede provocar que los lectores tengan la necesidad de ese material para satisfacer sus necesidades (Justman, 2005; Salerno, 2005; Tiede, 2001; citados en Cherry, 2008). Algunos son escépticos acerca de los libros de autoayuda y manifiestan que proporcionan falsas esperanzas e, incluso, pueden ser perjudiciales.

Bergsma (2008), en un intento de ir aclarando el tema, realizó un análisis de 57 libros que eran superventas –si bien, también ofreció algunos datos de revistas- de Psicología, en los Países Bajos, cuyo objetivo fundamental era aliviar los síntomas de los trastornos psicológicos y, a la vez, estimular las fuerzas y el funcionamiento, y cuyos temas comunes eran el desarrollo personal, las relaciones personales, el afrontamiento con el estrés y la identidad. Sus conclusiones fueron que hay alguna evidencia de que la lectura de libros de autoayuda centrados en el problema tienden a ser útiles para las personas con problemas específicos. Por otro lado, que todavía no existe evidencia sólida acerca de la efectividad de la lectura de libros orientados hacia el crecimiento. Declara que la falta de conocimiento en este ámbito es una omisión lamentable de la Psicología académica.

Algunos de los datos sugerentes que proporciona de un documento no publicado de 2004 acerca de los lectores de *Psychology Magazine*, en los Países Bajos, fueron los datos sociodemográficos: el 73% eran mujeres, preferentemente de 20 a 49 años (37% entre los 20-34 años y 36% entre los 35 y los 49 años), de ingresos por encima de la media (48%) –después los de por debajo de la media (23%)- y de educación superior (49%) o educación secundaria (45%).

Menchola, Arkowitz y Burke (2007) comprobaron, con problemas graves – depresión mayor y trastorno de pánico- que, en general, la biblioterapia era mejor que el no tratamiento pero que la psicoterapia era superior a aquella.

Con un sentido crítico, las puntualizaciones de Arkowitz y Lilienfeld (2006), ante esa idea de que los resultados demuestran que la biblioterapia conduce a más grandes mejoras de salud mental que el no tratamiento y que, a menudo, sus beneficios son iguales que los obtenidos por la psicoterapia, son muy interesantes de tener en cuenta. Señalan que las limitaciones de estas investigaciones son las siguientes: 1) tamaños pequeños de las muestras (sólo un diminuto porcentaje de libros de autoayuda ha sido evaluado y muestras más grandes pueden mostrar efectos diferentes); 2) problemas menores (muchos estudios han empleado sujetos con problemas relativamente menores, como miedos moderados de hablar en público, que son más dóciles para las estrategias de autoayuda); 3) resultados desiguales (las mejoras ocurren en algunas pero no en todas las personas y muchas de las que dicen que están mejor permanecen con síntomas significativos); 4) las condiciones de los estudios favorecen un mayor éxito (suelen ser realizados con voluntarios motivados; aparte, los sujetos pueden ser especialmente estimulados a leer los libros porque los investigadores los llaman para verificar si lo han hecho y cuánto tiempo); y 5) los tratamientos son combinados (una revisión encontró que los participantes de los estudios sobre biblioterapia también acudía a terapeuta, haciendo difícil separar cuánto de los efectos positivos eran atribuibles a la psicoterapia frente a la biblioterapia). Por otro lado, como cuestión bastante negativa, también indican que los pacientes, al no poder conseguir lo que les prometen en muchos libros de autoayuda pueden verse frustrados y abatidos y considerarse a sí mismos como casos perdidos.

Con respecto a los libros de autoayuda, en el Barómetro de diciembre de 2014, del CIS, las cifras descendieron comparadas con las de divulgación o información en el apartado de cuáles géneros literarios les gustaban más: un 1,90%, los citó en primer lugar, y un 3,20%, en segundo.

Es difícil encontrar datos acerca de los libros y revistas científicos de Psicología o de autoayuda. En las listas de ventas suelen aparecer habitualmente un grupo de ellos, casi todos o, prácticamente, todos de autoayuda. Por ejemplo, la publicada en el periódico *La Vanguardia*, que recogía los 50 más vendidos entre enero de 2014 y marzo de 2015 (fuente: Nielsen) (VangData, 2015) se encontraban: *Las gafas de la felicidad*, de Rafael

Santandreu (2014) que, de enero de 2014 a marzo de 2015, ha vendido 97.198 ejemplares; *Adulterio*, de Paulo Coelho (2015), 82.745; *Gente tóxica*, de Bernardo Stamateas (2013), 75.841; *El arte de no amargarse la vida*, de Rafael Santandreu (2014), 64.717; y *El poder del ahora*, de Eckhart Tolle (2007), 64.032.

Valoración de la Psicología

Tal como recoge Buela-Casal et al. (2005), en los últimas décadas se han realizado estudios sobre la imagen de la Psicología entre la población general en muchos países (Estados Unidos, Austria, Finlandia, Francia...). Sin embargo, en España se han efectuado pocos. Globalmente, puede afirmarse que la imagen existente sobre las actitudes hacia la Psicología es positiva, si bien, no es de esta forma en todos los países. Por ejemplo, Hartwing y Delin (2003) mencionan cómo en las investigaciones realizadas en Australia se percibe una renuencia por parte del público a buscar ayuda psicológica y a percibir a los psicólogos como menos útiles o valorables que otros profesionales de la salud. Sus propuestas es que, posiblemente, esté influyendo el modo en el que se evalúan el grado de favor o aceptación hacia los psicólogos, planteando que los métodos directos arrojan más negatividad que los procedimientos indirectos.

En España se han desarrollado algunos intentos por conocer la imagen y valoración de la Psicología, aparte de otras cuestiones relacionadas con ellas. En principio, hubo algunas aportaciones a través de comunicaciones a congresos y, poco a poco, fueron publicándose artículos. Entre estos últimos pueden citarse, por orden cronológico, los de Seisdedos (1983), Sierra y Freixa (1993), Berenguer y Quintanilla (1994) y Buela-Casal et al. (2005).

Relativo a la percepción de utilidad, Seisdedos (1983) introdujo en una escala para medir actitudes psicosociales una parte dedicada a la utilidad de la Psicología y se la aplicó a una muestra de más mil sujetos de público en general ($n = 1.076$). La mayoría estuvo de acuerdo con la idea de la utilidad de la ciencia psicológica. En concreto, el 42,75% se pronunció de acuerdo y el 48,79%, muy de acuerdo. Por tanto, un 8,45% no se posicionaron en ese sentido.

Más recientemente, Buela-Casal et al. (2005) llevaron a cabo un estudio sobre la imagen de la Psicología como profesión sanitaria entre la población general con 1.562 personas, de diferentes provincias españolas. El trabajo no es exactamente el tema de la Psicología en general pero sí orienta en cuanto al grado de aceptación de la Psicología. Así, por ejemplo, hay una serie de preguntas que apuntan positivamente: *En su opinión, ¿los psicólogos pueden ayudar a prevenir problemas de salud?* El 84,7% de las mujeres dijeron que sí y el 85,2% de los varones también; *Desde su punto de vista, ¿los psicólogos están capacitados para diagnosticar problemas mentales?* Afirmativamente respondieron el 73,0% de las mujeres y el 74,5% de los varones; *En su opinión, ¿el psicólogo está capacitado para tratar los problemas emocionales y mentales que afectan a la salud?* (respondieron sí el 86,0%, de las mujeres y el 83,9% de los varones); y *¿Cree que la Psicología puede ayudar a mejorar la salud de las personas?* (el 91,3% de las mujeres estuvieron de acuerdo y el 90,8% de los varones).

Por su parte, en cuanto al grado de cientificidad de la Psicología, Sierra y Freixa (1993) aplicaron un cuestionario con 21 preguntas cerradas, con cinco apartados diferentes, a 224 estudiantes de Psicología, del primer al tercer ciclo. Los bloques se referían a autores más importantes que han contribuido al desarrollo de la Psicología, aspectos importantes de la Psicología, concepciones acerca de la Psicología, concepciones filosóficas subyacentes a esta posición, y posición respecto a la ciencia y la tecnología en general. Para la investigación presente, lo que más interesa es la pregunta número 7: *La Psicología, ¿es o debería ser científica?* Las opciones de respuesta fueron 5, dos de ellas conteniendo el no; otras dos, el sí; y una para cuando no hubiera respuesta. Las dos primeras fueron: a) *No. Lo importante es el contacto humano*, y b) *No. Es el individuo en lo que tiene de individualidad lo que importa en Psicología*. Las siguientes son: c) *Sí. La Psicología debe intentar ser tan científica como lo son las ciencias de la naturaleza (Física, Biología)*, d) *Sí. La Psicología debe intentar ser científica tal como lo son las ciencias humanas (Sociología, Economía...)*, y e) *Sin respuesta*. El sí obtuvo mayoría en los tres ciclos. La suma de los porcentajes de los síes para c y d fueron 78,48%; 88,88%; y 93,48%. La alternativa d alcanzó un mayor porcentaje (41,77%; 62,62% y 47,83%). En el caso del tercer ciclo las opciones c y d fueron muy similares (45,65% y 47,83%).

En este aspecto hay quienes han obtenido resultados del cien por cien, con estudiantes de Costa Rica. Así, Domínguez y Campos (2010), en un estudio sobre la construcción de ciencia en estudiantes de Psicología, encontraron que tanto los alumnos iniciales como los avanzados consideraron que esta disciplina aplicaba el método científico, concibiendo el mismo desde una visión empírico-positivista.

Autovaloraciones

Las autovaloraciones relativas a las percepciones personales sobre determinados estados o características se están convirtiendo, poco a poco, en un modo de evaluación habitual, al margen de la aplicación tradicional de pruebas más sofisticadas para medir aquellos. Normalmente, se suele preguntar a la persona que responda, en función de una escala (por ejemplo, desde muy mala a muy buena, con varias opciones), sobre cómo se considera que está o cómo es. En algunas ocasiones se ha optado por una fórmula de combinación pero, asimismo, con muy pocos ítems como, o por el empleo de una escala analógica visual (Hirosaki et al., 2011; Parrot, 1993).

La razón por la que se ha reiterado la recurrencia este tipo de procedimiento evaluador es porque en más de una ocasión se ha hallado que esas valoraciones subjetivas pueden ser importantes para describir, explicar o predecir otras variables o circunstancias.

Salud. Una de las variables a las que más se ha aplicado este sistema de autovaloración simple ha sido a la salud (Wade, Pevalin, & Vingilis, 2000). Es relativamente fácil encontrar trabajos dónde aparezca una autovaloración de la salud, a veces, como tema central de la investigación y, otras, como complemento. De manera algo menor, aunque también es posible su localización, se hallan trabajos en los que la pregunta se hace más específicamente, mencionando la salud física o la salud psicológica o mental.

Como se ha mencionado, la autovaloración de la salud se ha empleado muy ampliamente y se ha encontrado útil su evaluación. Sin embargo, hay que ser precavido en la utilización de la salud mental autopercebida como una representación conveniente del trastorno mental. Se ha hallado que la autovaloración de la salud mental presenta

una dimensión cualitativamente diferente del trastorno mental y que es dos veces más importante que la autovaloración física en predecir la salud global autopercibida (Levinson & Kaplan, 2014).

Una pregunta habitual ha sido, más o menos, *En general, ¿cómo es su salud?*, con cinco alternativas de respuesta, aunque hay algunas variantes (Torres & Wallace, 2013). Quizás los resultados aparecidos con respecto a la salud hayan estimulado su aplicación a otras variables. Por ejemplo, se ha comprobado que la autovaloración de la salud es un buen indicador de la calidad de vida y que es un poderoso e independiente predictor de la morbilidad y mortalidad en adultos (Idler & Benyamini, 1997), aunque las relaciones entre los componentes fisiológicos y psicológicos de la salud y la enfermedad y entre los componentes objetivos y subjetivos de estos estados son complejas. Kivinen, Halonen, Eronen y Nissinen (1998) hallaron que, después del ajuste de las condiciones médicas, la edad no se relacionaba con la salud autopercibida, mientras que les apareció una asociación significativa entre la edad y las valoraciones de los médicos. En este estudio se les pidió a los participantes que informaran sobre cuál era su opinión acerca de su salud, en base a tres opciones: sentirse muy saludable, moderadamente saludable o no saludable. Por su parte, los médicos juzgaron el estatus de salud en cinco categorías, desde muy buena muy pobre.

Según los datos de encuestas sucesivas se aprecia una tendencia positiva del estado de salud autopercibido desde 1987 a 2014; esto es, en la suma de los que lo valoran como bueno y muy bueno, en general más elevado en los varones. En estos últimos ha pasado del 73,3%, en 1987, al 75,1% en 2014 y, en las mujeres, del 63,1%, en el primer año citado, al 67,0%, en el segundo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a).

Por otro lado, la Encuesta Europea de Salud en España 2014, ante la pregunta sobre la valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses, en una población de 15 o más años, proporcionó los siguientes resultados: muy bueno, el 21,34%; bueno, el 49,65%; regular, el 20,51%; malo, el 6,25%; y muy malo, el 2,25%. Dado que para esta investigación interesan los datos de personas jóvenes, se ofrecen los que corresponden al grupo de edad que va desde los 15 a 24 años, para las respectivas valoraciones anteriores han sido de: 44,62%; 46,16%; 7,93%; 0,99%; y 0,45%; con una

mayores puntuaciones los varones en las categorías positivas y mayor en las mujeres en la de regular (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015b).

Al parecer, la salud física autovalorada está afectada por factores demográficos, económicos, sociales, psicológicos y de competencia, según encontraron Vingilis, Wade y Adlaf (1998). Para evaluar dicha salud física autopercibida recurrieron a un simple ítem, preguntando a los estudiantes por su salud física, en una escala de 5 puntos, que iba desde pobre a excelente. Con una muestra de 840 estudiantes de Ontario obtuvieron una media de 3,72 ($DE = 0,96$).

De Castro, Rue y Takeuchi (2010) utilizaron las autovaloraciones en salud física y mental para examinar las relaciones entre ambas y la frustración en el empleo, con una muestra de 1.181 personas, inmigrantes asiáticos, participantes en el Estudio Nacional Latino y Asioamericano. La pregunta fue la típica de cómo consideraba globalmente la salud pero una vez añadiendo física y, otra, mental. Los valores iban desde 1 que significaba mala a 5, excelente. Para la salud física los resultados fueron mala, el 1,8%; algo, 10,1%; buena, 37,0%; muy buena, 33,7%; y excelente, 17,5%. Las tres últimas alternativas, de carácter positivo, sumaron el 88,2% de la muestra. Para la salud mental, los datos fueron aún algo mejores, en mala se situó el 1,0%; en algo, el 6,8%; en buena, el 25,9%; en muy buena, el 33,2%; y en excelente, el 33,1%. La suma en este caso de lo positivo fue del 92,2%.

El uso de una medida única global para medir la salud física ha sido establecido en estudios previos (Idler & Angel; Idler & Benyamini, 1997; Idler, Hudson, & Leventha, 1999). El de la salud mental se ha empleado bastante menos (Zuvekas & Fleishman, 2008). Ambas medidas sean utilizado en estudios de asioamericanos (de Castro, Gee, & Takeuchi, 2009; Huh, Prause, & Dooley, 2008; Zhang & Ta, 2009).

Felicidad. Otro de los ámbitos en los que se ha empleado esta clase de evaluación, pero en menor medida que en el campo de la salud, ha sido el de la felicidad; alguna que otra vez, relacionada con temas de economía y, más veces, con la calidad de vida.

En relación con la felicidad, un detalle a tener en cuenta es cómo se define. Uno de los trabajos donde es utilizada la felicidad autovalorada o autopercebida (Sujarwoto & Tampubolon, 2015) la definió como el grado en el que los individuos juzgan la calidad global de sus vidas como favorables de acuerdo con una encuesta (IFLS) longitudinal que comenzó a pasarse en Indonesia en 1993 y de donde toman la pregunta sobre cómo le va la vida en esos días, si *muy feliz*, *bastante feliz*, *no demasiado feliz* o *muy infeliz*. Como señalan Sujarwoto y Tampubolon (2015), este ítem ha sido ampliamente utilizado y validado en estudios previos (Krueger & Schkade, 2008; Oswald & Wu, 2011). Por cierto, la mayoría de los respondedores (85%) suelen señalar en alguna de las categorías de *feliz*.

En un estudio sobre el bienestar y la felicidad de la juventud española, Javaloy et al. (2007), con una muestra de 1.448 sujetos, preguntaron cuál era el grado de felicidad que se percibían en ellos en una escala de 1 a 7, desde *nada feliz* a *muy feliz*. La puntuación media para los varones fue de 5,17 y la de las mujeres de 5,23. Por grupo de edad, para los de 15 a 19 años, fue de 5,32; para los de 20 a 24, de 5,11; y para los de 25 a 29, de 5,19.

La calidad de vida, a menudo, se mide a través de preguntas relacionadas con la felicidad. Se supone que los respondedores son capaces de juzgar su vida. Aunque existen instrumentos específicos para evaluar la felicidad, a veces, también se utiliza la autovaloración con una sola pregunta. Bergsma, Veenhoven, ten Have y de Graaf (2011) emplearon para este fin una de las preguntas del Cuestionario de Salud SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992; citado en Bergsma et al., 2011; Vilagut et al., 2005), acerca de la frecuencia de estados de ánimo felices durante las pasadas cuatro semanas, con una puntuación que iba de 1 (*nunca me siento feliz*) a 6 (*siempre me siento feliz*). La muestra con la que trabajaron pertenece al Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), con sujetos entre los 18 y los 64 años. La media de la felicidad autopercebida fue de 4,77 ($DE = 1,06$). En el caso de las personas con trastornos mentales ($n = 1.135$) la media bajó un poco, se situó en 4,12 ($DE = 1,35$).

También se han utilizado para valorar este concepto una escala analógica visual de 100 mm, que iba de peor (puntuación de 0) a mejor (puntuación de 100). La pregunta efectuada fue *¿Cómo valoraría su nivel de felicidad subjetiva?* (Hirosaki et al., 2011).

En esta investigación de Hirosaki et al. (2011), la mediana alcanzó el valor de 64 y definieron a los participantes por encima de ese valor como altos en felicidad autovalorada y a los de puntuación inferior como de baja felicidad autopercibida. Con estos dos grupos llevaron a cabo un análisis de regresión logística pero no proporcionaron datos relativos a frecuencias, porcentajes o medias.

En el Barómetro de diciembre de 2014, del CIS, en la pregunta *En términos generales, ¿en qué medida se considera Ud. Una persona feliz o infeliz?*, con una escala de 0 a 10, donde 0 significaba completamente infeliz y 10 completamente feliz, las mayores puntuaciones se obtuvieron en el valor 8 (28,10%) y, a continuación, en el 7 (22,10%), con una media de 7,31 ($DE = 1,78$). En de junio de 2015, los resultados fueron, prácticamente, iguales. El 8 fue elegido por el 28,10% y el 7 por el 21,80%. La media se situó en 7,33 ($DE = 1,78$).

Satisfacción vital. Por lo que concierne a la satisfacción vital, en principio, puede afirmarse que hay un notable déficit, a juzgar por la búsqueda que se ha realizado y que ha resultado bastante infructuosa. De los pocos existentes se puede mencionar el de Al-Windi (2005). Utilizó, con una muestra de 470 pacientes adultos que asistían a un centro de atención primaria, una escala de 1 a 7 puntos, desde *muy mala* a *excelente, no podría ser mejor*, recodificándola después para hacer tres puntuaciones, con fines de análisis de regresión logística: baja satisfacción vital, los que puntuaron entre 1 y 2; media, entre 3 y 4; y alta, entre 5 y 7. En el primer de esos subgrupos se situaron 45 sujetos (9,68%²²); en el segundo, 128 (27,53%); y en el tercero, 292 (62,80%). Por otra parte, Al-Windi encontró que la autovaloración de la satisfacción vital era el mejor predictor de la salud autopercibida.

En el trabajo de Bergsma et al. (2011) también se evaluó la satisfacción vital autopercibida en distintos dominios (en la actividad más importante, las relaciones con los amigos, la vida familiar, el ocio y el hogar, los ingresos) y en la vida en general. La cuantificación fue desde 1: muy insatisfecho hasta 5: muy satisfecho. Añadieron a esto uno de los ítems de la Escala de Autoestima de Rosenberg, el ítem séptimo que dice En general, estoy satisfecho conmigo mismo y se puntúa como *muy de acuerdo, de*

²² Por lo que parece, hay 5 casos perdidos. Los porcentajes se obtienen a partir del total evaluado, 465 participantes.

acuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo. Posteriormente, transformaron las puntuaciones en una escala de seis puntos a efectos de comparación. La puntuación media en 7.075 individuos fue de 5,13 ($DE = 0,94$). En las personas con trastornos mentales, lo mismo que con la felicidad autopercebida, la media descendió a 4,55 ($DE = 1,24$).

Optimismo. Este caso ha sido el que parece menos estudiado. La búsqueda bibliográfica sí que ha sido infructuosa. Uno de los trabajos localizado, en el que se solicitó una autovaloración del optimismo fue el de Grau, Suñer y García (2005) con 1.086 profesionales sanitarios. Cuantificaron el grado de optimismo mediante una escala analógica visual, yendo desde 0 (nada optimista) a 10 (totalmente optimista). La pregunta fue *¿Se considera una persona optimista?* Los resultados se codificaron a posteriori como nivel de optimismo inferior (NoI) para valores de 0 a 5; nivel de optimismo medio (NoM), entre 6 y 8) y nivel superior (NoS) para los valores 9 y 10. La mediana de optimismo fue un valor de 7, con un percentil 25 de 6 y un percentil 75 de 8. Un 19,20% se ubicó en NoI y un 18,00% en NoS. Otros resultados indicaron que los profesionales sanitarios con un mayor nivel de optimismo obtuvieron mayores niveles de calidad de vida en todas las dimensiones del SF-36, menor desgaste profesional y una mejor percepción del clima organizacional.

Estrés. Por otra parte, también hay investigaciones en las que se pide a los participantes que valoren su percepción de estrés. No obstante, el número de trabajos es bastante menor que los de felicidad y, sobre todo, de salud.

Parrot (1993), para medir el estrés autovalorado tomaron, de la Lista Abreviada de Adjetivos (SACL) de (1978), el factor relativo al estrés (con dos ítems) que contenía dos ítems, cada uno una escala bipolar. En una de ellas, los extremos eran *tenso* frente a *relajado* y, en la otra, *nervios* frente a *calma*. El sujeto tenía cinco opciones de respuesta (fuertemente, levemente, nada, levemente y fuertemente) entre un término y otro. La puntuación de estrés se obtenía combinando los valores de tenso-relajado y de nervios-calma y podía oscilar desde 2 a 10. Dado que la investigación era de tipo experimental los valores que presenta de las autovaloraciones del estrés varía según las condiciones. Los mismos se movieron entre 3,0 y 5,9.

Otro ejemplo más podría ser el caso del trabajo sobre la comunicación social y los juicios de atracción de Little, McPherson, Dennington y Jones (2011). Estudios previos han indicado que varios rasgos sociales pueden estar relacionados con la salud mental y física y que hay alguna evidencia de que las personas son capaces de juzgar los antecedentes de salud sobre la base de la apariencia facial. Pues bien, Little et al. investigaron la relación entre dicha apariencia y el estrés autoinformado y la salud. Demostraron que, efectivamente, los individuos podían juzgar el estrés y la salud física de los demás a través de su apariencia facial con tasas mayores que las que serían esperables tan solo por el azar. Tal acierto podría reflejar las presiones de la selección para identificar parejas sociales libres de estrés y saludables. Little et al. (2011) ofrecieron datos acerca de la media y desviación típica de la autovaloración del estrés.

Fuentes de información

La idea que se forma una persona acerca de cualquier tema, objeto o circunstancia está mediatizada por las fuentes de información sobre las cuales construye la representación mental que acaba realizando. En este proceso, la calidad del contenido de las mismas afectará al grado de certeza de dicha idea, lo cual podrá repercutir positiva o negativamente en comportamientos, tomas de decisiones, reacciones emocionales y otros aspectos cuando existan condiciones con las que se relacione. No es lo mismo, por ejemplo, el conocimiento que cree poseer alguien sobre una determinada enfermedad si su fuente de información ha sido a través de conversaciones con amigos no expertos que el que pueda tener quien haya consultado a un profesional de la salud.

En general, los seres humanos, para muchos asuntos de lo que le acontece o que, incluso, le importa, no hace búsquedas exhaustivas sino que suele ir conformándose con la información que le llega. No obstante, sí existen algunos a los que, a veces, dedican una especial atención y van más allá para ampliar o profundizar su conocimiento. Tanto en un caso como en otro, es aplicable lo mencionado anteriormente; según las fuentes de información y la calidad de éstas las conclusiones que extraiga o ideas que se forme serán más o menos exactas.

Siendo este un campo importante, hay que admitir que, globalmente, se ha investigado poco, habiendo un cierto déficit en él. Uno de los campos donde más se ha

tenido en cuenta lo que son las fuentes de información ha sido el de la representaciones mentales de la enfermedad o modelos de sentido común de la enfermedad (Diefenbach, s.f.; Lau & Hartman, 1983; Leventhal, H., Leventhal, & Contrada, 1998). La investigación al respecto, de acuerdo con Diefenbach (s.f.), ha identificado seis atributos o componentes de representaciones de enfermedad: identidad (el nombre o etiqueta), duración (trayectoria temporal –aguda, crónica, cíclica), consecuencias (menores o mayores), causa (mecanismos causales –herencia, externo, interno), control/cura (qué puede hacer para controlar la amenaza) y coherencia de la enfermedad (lo que una persona cree acerca de la amenaza de un modo coherente). Se ha indicado que en la elaboración de estos modelos de enfermedad, las personas utilizan cuatro fuentes de información: 1) las experiencias corporales del paciente con sus síntomas, 1) las concepciones predominantes sobre la enfermedad en la cultura del individuo, 3) la comunicación social, y 4) las experiencias personales del pasado con la enfermedad (Beneit & Latorre, 1994).

Más específicamente, en el terreno de la salud, el tema de las fuentes de información ha interesado más especialmente en los trabajos sobre el cáncer. Es común que la comunicación de su diagnóstico al paciente genere respuestas emocionales y, qué duda cabe, que éstas estarán influidas por la imagen que posea de ese conjunto de enfermedades. Pero una vez transmitido, también es usual que más de un afectado o familiar busque más información sobre tal patología. Al respecto, en la actualidad existen trabajos que dan cuenta de las posibles consecuencias de los tipos de fuentes de información abordadas (Ankem, 2006; Ferguson et al., 2009; Kelly et al., 2010; Miyawaki, Shibata, Ishii, & Oka, 2015; Raupach & Hiller, 2002). Las abordadas han sido de distinta índole, las cuales, siguiendo a Ankem (2006) podrían entrar dentro de algunas de las siguientes categorías: 1) profesionales sanitarios; 2) profesionales de áreas cercanas, como trabajadores sociales; 3) medios audiovisuales, como televisión y radio, e impresos, como periódicos y magazines; 4) libros y revistas; 5) materiales educativos en diversos formatos, incluyendo panfletos; 6) grupos de apoyo; 7) familia y/o amigos; 8) otros pacientes con cáncer; 9) Internet; 10) bibliotecas; y 11) otras fuentes de información. Es evidente que la mayoría de estas categorías pueden aplicarse a ámbitos muy diferentes.

Resulta innegable que lo normal es que cuando alguien decida matricularse en una carrera universitaria tenga formada una idea de la disciplina o profesión que conlleva la finalización de un plan de estudio concreto. En el caso de la Psicología es de suponer que así será y, asimismo, lo esperable que no todos los que accedan a ella las concepciones que tengan sean lo suficientemente correctas. Los datos erróneos, distorsiones, exageraciones o reduccionismos a los que hayan estado expuestos previamente los alumnos, según sus fuentes de información sobre la Psicología, facilitarán la formación de creencias falsas o mitos psicológicos, que habrán de ser modificados o eliminados antes de la finalización de sus estudios, para que el conocimiento que divulguen o apliquen esté de acuerdo con lo contrastado o verificado científicamente. Por ello, parece deseable y conveniente la existencia de instrumentos de los mismos sobre fuentes de información.

Estado de salud

El término de salud comparte con otros dentro del campo de la Psicología de la salud la dificultad de definirlo y, prueba de ello es, por un lado, que a lo largo de la historia se ha ido modificando su concepción y, por otro, el que no se ha llegado a una definición de consenso. Es escurridizo en este sentido y, tal vez, esa sea la razón que ha llevado a que se haya recurrido tantas veces a definirlo como la ausencia de enfermedad o de trastornos, lo cual no es incorrecto pero excluye otros elementos que son, precisamente, los que más problemas ofrecen a la hora de aprehenderlos. Teniendo en cuenta lo anterior se entiende que se acuda regularmente a tratar de ver el estado de salud en función de la ausencia, déficit o presencia de cualquier tipo de problema físico o psicológico²³. Un instrumento que se ha utilizado ampliamente dentro de esta línea ha sido el Cuestionario General de Salud, de Golberg, en su versión de 28 ítems que suele conocerse como GHQ 28, que permite evaluar cuatro dimensiones: 1) trastornos somáticos; 2) ansiedad e insomnio, 3) disfunción social, y 4) depresión grave. Asimismo, se obtiene la puntuación total del cuestionario. En él a mayor puntuación global o en cualquiera de sus dimensiones significa peor estado de salud.

²³ No obstante, conviene que indicar que no siempre hay garantía de que las enfermedades o trastornos estén suficientemente bien definidos o delimitados.

Se ha utilizado en muy variados contextos, como cribaje en atención primaria (De la Revilla, de los Ríos, & Luna, 2004), con pacientes con fibromialgia (Vallejo, Rivera, Esteve-Vives, Rodríguez-Muñoz, & grupo ICAF, 2014), en la relación de la tipología circadiana con síntomas psicológicos (Prat & Adan, 2013), etc. En el contexto de estudiantes, se han efectuado más de un estudio con el GHQ 28. Así, por ejemplo, se puede citar el de Benítez, de las Cuevas, Rodríguez, García-Estrada y González de Rivera (1989) en el que se compararon las puntuaciones de estudiantes de Medicina con los de otras titulaciones. En este caso, los primeros obtuvieron valores superiores en la puntuación total y, prácticamente, en todas las dimensiones.

Por otra parte, también se ha utilizado cuando el objetivo era evaluar la relación entre dimensiones de perfeccionismo y la ideación suicida en estudiantes universitarios, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los del grupo de ideación suicida y los que no (Hamilton & Schweitzer, 2000). También se ha aplicado para estudiar la relación entre estrés académico, apoyo social y rendimiento académico (Feldman, Goncalves, Chacón-Puignau, Zaragoza, Bagés, & de Pablo, 2008).

En el trabajo de Vallejo, Mañanes, Comeche y Díaz (2008) se compara, entre otras cosas, las respuestas en función de si se aplica vía Internet o, clásicamente, en papel. La muestra se dividió en dos grupos que se balancearon en las condiciones. En este caso, prácticamente, no hubo diferencias en ninguna de las dimensiones, salvo en disfunción social y depresión grave cuando la secuencia era primero Internet y, después, papel (AB). Cuando el orden fue papel-Internet (BA) sólo hubo diferencia estadísticamente significativa en disfunción social. Las puntuaciones medias para las dimensiones según la secuencia (AB o BA) y con cuál se había iniciado cada grupo. Para trastornos somáticos la media osciló entre 4,70 y 6,70; para ansiedad e insomnio, entre 4,95 y 5,90; para disfunción social, entre 3,30 y 8,20; y para depresión grave, entre 1,05 y 2,15.

Con el GHQ 28 se han encontrado diferencias en función del sexo en diversos estudios (Chung et al., 2002; Matud, Guerrero, & Matías, 2006).

ESTUDIO EMPÍRICO

ESTUDIO EMPÍRICO

La exposición anterior puede dar una idea acerca de la importancia de estudiar los mitos psicológicos, tanto por su repercusión a nivel general como más específico con los profesionales. Por ello, es importante conocer cuáles son los mitos más imperantes que han sido aceptados y asumidos por aquellos estudiantes que han elegido la carrera de Psicología, con el fin de intentar actuar sobre ellos modificándolos, y, a su vez, verificar si son similares en número y tipo con respecto a los que deciden optar por otras titulaciones. Por otro lado, resulta necesario saber si el proceso educativo universitario favorece la disminución de la aceptación de mitos psicológicos. Por ello, procedería contrastar *el cómo entran* en este particular con *el cómo salen* los estudiantes de Psicología y ver si hay diferencias entre éstos y los de otros estudios. Fundamentalmente, en base a todo esto se ha diseñado este trabajo.

Por otra parte, se ha pretendido no quedarse únicamente en el terreno descriptivo sino que se ha perseguido aportar alguna luz en algo que es actualmente deficitario, el conocer si existen variables que ayuden a predecir la aceptación de mitos psicológicos; en definitiva, tratar de descubrir la existencia de vulnerabilidades que hagan más probables la creencia en los mismos, más allá de las fuentes de adquisición expuestas en el marco teórico, como el boca a boca, el deseo de respuestas fáciles y soluciones rápidas, la percepción y memoria selectivas, etc. Esto permite entender mejor el porqué de la estructura del diseño con el que se ha trabajado. En primer lugar, las preguntas sobre el uso de servicios psicológicos o psiquiátricos van encaminadas a tratar de verificar si el haber tenido contacto con ellos influye en algún sentido, bien como protector frente a los mitos psicológicos o bien como facilitador. Con el mismo sentido, se ha incluido el resto de los bloques y cabría, pues, plantearse cuestiones tales como ¿qué papel puede jugar, en esa vulnerabilidad a los mitos, la valoración de la eficacia o la consideración científica que posee la Psicología; las percepciones personales sobre la salud, felicidad y otros aspectos; la procedencia del supuesto conocimiento de la Psicología; o el estado general de salud que tenga el sujeto? Se procurará dar respuesta a estos interrogantes y dado el déficit de conocimiento indicado no se partirá de hipótesis concretas.

Objetivos

La presente investigación persigue diversos objetivos centrados, especialmente, en lo relativo a los mitos psicológicos, si bien, se atenderán a otras variables y se compararán estudiantes de Psicología con los de otras titulaciones. Se enumeran a continuación:

- describir una muestra de estudiantes de primero del grado de Psicología en cuanto a características sociodemográficas, uso de servicios psicológicos o psiquiátricos, lecturas relacionadas con la Psicología, autovaloraciones de algunos aspectos psicológicos, fuentes de información vinculadas a sus concepciones sobre temas psicológicos, aceptación de mitos psicológicos y estado general de salud.
- encontrar diferencias estadísticamente significativas en la aceptación de los mitos psicológicos en función del sexo y de otras variables.
- hallar diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables estudiadas en función del sexo y de otras variables.
- averiguar las posibles relaciones de mitos psicológicos con otras variables.
- predecir la aceptación de mitos psicológicos en base a otras variables.
- comparar los resultados obtenidos anteriormente –con excepción de algunas características sociodemográficas que pudieran no proceder- con los respectivos en las mismas variables cuando los estudiantes de primero alcancen el último curso del grado de Psicología.
- comparar los estudiantes de primero de grado de Psicología con los de primero de grado de otras titulaciones diferentes en el uso de servicios psicológicos o psiquiátricos, lecturas relacionadas con la Psicología, autovaloraciones de algunos aspectos psicológicos, fuentes de información vinculadas a sus concepciones sobre temas psicológicos, aceptación de mitos psicológicos y estado general de salud.

- comparar los estudiantes de primero de grado de titulaciones diferentes de Psicología con los de cuarto de grado de otras titulaciones también distintas de Psicología en el uso de servicios psicológicos o psiquiátricos, lecturas relacionadas con la Psicología, autovaloraciones de algunos aspectos psicológicos, fuentes de información vinculadas a sus concepciones sobre temas psicológicos, aceptación de mitos psicológicos y estado general de salud.
- comparar los estudiantes de cuarto de grado de Psicología con los de cuarto de grado de otras titulaciones diferentes en el uso de servicios psicológicos o psiquiátricos, lecturas relacionadas con la Psicología, autovaloraciones de algunos aspectos psicológicos, fuentes de información vinculadas a sus concepciones sobre temas psicológicos, aceptación de mitos psicológicos y estado general de salud.

Método

Participantes

Muestra de primero del grado de Psicología. Los alumnos a los que se aplicaron los distintos instrumentos durante el curso 2011/2012 fueron un total de 165, de los que 33 (20%) eran varones y 132 (80%) mujeres. La edad media global fue de 21,01 años ($DE = 7,08$), con una mediana de 19 y una moda de 18 años, yendo desde los 17 a los 59 años. Los valores para los varones fue de una media de 23,79 años ($DE = 11,23$), una mediana y una moda de 19 años. Y para las mujeres fue de 20,32 ($DE = 5,44$) de media, 19 de mediana y 18 de moda.

Muestra de primero del grado de otras titulaciones diferentes de Psicología. En este caso, la muestra de alumnos son en total 342, de los cuales 47 (13,7%) son de la Facultad de Empresariales, 50 (14,6%) de la Derecho y 245 (71,6%) de la de Ciencias de Empresariales. Por otra parte, 139 (40,6%) son varones y 203 (59,4%) mujeres. La edad media ha sido de 20,70 años, con una mediana de 19 y una moda de 18. Comprendió desde los 17 a los 68 años, en la muestra total. Con los varones la media ha sido de 20,68 ($DE = 4,37$) y para las mujeres de 20,73 ($DE = 5,82$). En ambos, la mediana y la moda coincidieron con las de la muestra total.

Muestra de cuarto del grado de Psicología. A los alumnos evaluados durante el curso 2011/2012, cuando llegaron al cuarto de grado, en el curso 2014/2015, se les volvió a aplicar el mismo protocolo de preguntas y pruebas, incluyendo los mitos psicológicos. En total fueron 126 sujetos, de los cuales 19 (15,1%) eran varones y 107 (84,9%) mujeres. La media de edad de los varones fue de 24,00 años ($DE = 5,76$), mediana la misma edad y la moda igual a 23,00, y la de las mujeres 24,04 años ($DE = 5,16$), siendo la media 24,04 y la moda 23 años. La de la muestra total fue de 24,03 ($DE = 5,23$), yendo desde los 20 a los 54 años. La mediana se situó en 23,00 y la moda en 21,00 años.

Muestra de cuarto de grado de otras titulaciones diferentes de Psicología. Por dificultades en la extracción de la muestra de cuarto, durante el curso 2014/2015, hay que indicar que no es prácticamente coincidente como la de cuarto de Psicología. Estuvo compuesta por 94 participantes, 43 varones (45,7%) y 51 mujeres (54,3%). Del total, 7 (7,4%) eran de la Facultad de Experimentales, 26 (27,7%) de la de Derecho y 61 (64,9%) de la de Empresariales. La edad media de los varones fue de 24,09 ($DE = 3,31$) y la mediana y la moda igual a 23,00, oscilando las edades desde los 20 a los 34 años. En cuanto a las mujeres la media de edad fue de 24,37 años ($DE = 5,16$), con una mediana de 22,00 y una moda de 21,00, yendo desde los 20 a los 44 años. Para la muestra total los datos son: media de edad de 24,24 años, mediana de 23 y moda de 21,00 años, con un mínimo de 20 y un máximo de 44 años.

Medidas

Características sociodemográficas. Dadas las circunstancias y particularidades de la investigación, tan solo se tomaron la edad, sexo, titulación y curso.

Uso de servicios psicológicos o psiquiátricos. Para conocer este aspecto se formularon cinco preguntas con dos opciones de respuesta, *sí* o *no*. En concreto fueron las siguientes: 1) *En el pasado, ¿ha acudido alguna vez a un psicólogo?* 2) *En el pasado, ¿ha acudido alguna vez a un psiquiatra?* 3) *En el pasado, ¿le han recetado alguna vez fármacos por problemas psicológicos?* 4) *Actualmente, ¿asiste a terapia psicológica?* y 5) *Actualmente, ¿toma medicación por problemas psicológicos?*

Lecturas relacionadas con la Psicología. Se ha diferenciado entre literatura de divulgación científica y la de autoayuda. A los participantes, en el protocolo escrito, se les ofrecieron las siguientes aclaraciones:

*Los libros y revistas de **divulgación científica** son aquellos cuyo objetivo es difundir la ciencia en cualquiera de sus ámbitos.*

*Los libros y revistas de **autoayuda** son aquellos que tratan de ayudar a las personas a mejorarse, modificarse o a comprender de otra manera sus características físicas o personales.*

Pueden existir libros y revistas que sean tanto de divulgación como de autoayuda. En ese caso, para las preguntas que vienen a continuación considérense como si fueran exclusivamente de autoayuda.

A partir de este texto se le preguntaba *¿Ha leído o lee libros o revistas de divulgación de Psicología?* En caso de respuesta afirmativa, *¿Con qué frecuencia lee libros o revistas de divulgación de Psicología? (elija sólo una opción).* Las alternativas de respuesta eran siete e iban desde *diariamente* a *menos de una vez al año*. A continuación, lo mismo pero sustituyendo lo de divulgación por autoayuda.

Valoración de la Psicología. La valoración de esta disciplina se realizó a través de dos preguntas, con las mismas posibilidades de respuesta (*nada, algo [un poco], bastante, y mucho*). La primera fue *¿Cree que la Psicología es eficaz en la resolución de los problemas psicológicos?* y, la segunda, *¿Considera que la Psicología es una disciplina científica?*

Autovaloraciones. En este apartado, se le preguntó a los participantes sobre sus autovaloraciones en relación con la salud, en general, y a continuación, más específicamente, sobre la salud física y la psicológica. Las alternativas de respuesta fueron cinco, yendo desde *muy mala* a *muy buena*. Similarmente, se solicitaron sus percepciones sobre sí mismos en cuanto a su sensación de felicidad, satisfacción vital, optimismo y nivel de estrés. También fueron cinco opciones de respuesta, pero que iban desde *nada* o *ninguno* hasta *muchísimo*.

Fuentes de información. Ante la infructuosa búsqueda de algún instrumento adecuado, se confeccionó ad hoc un listado de posibles fuentes de información (Revuelta-Pérez & Rodríguez-Fernández, 2011). A los participantes se les pidió que indicaran cuánto creían que había influido en lo que sabían de Psicología cada una de las fuentes de información que se les presentaban, en una escala que comprendía *nada*, *algo*, *bastante* y *mucho*. En total fueron 24 ítems, uno de ellos abierto. Además, se ofrecía la posibilidad de que mencionaran aquellas que estimaran oportunas y que no estaban presentes en dicha lista. El contenido recogía fuentes, entre otras, como libros científicos de Psicología, de divulgación, periódicos, sitios o páginas web, reflexión personal, información o conversaciones con profesionales, etc. Con esta escala se llevaron a cabo diferentes análisis factoriales, los cuales no produjeron resultados satisfactorios por lo que se utilizó sólo a partir de sus ítems individuales y la puntuación total.

Cuestionario de mitos psicológicos. Este cuestionario contiene los 50 mitos que relacionan Lilienfeld et al. (2010), en su libro *50 great myths of popular psychology*. Si bien se ha utilizado la versión original, para la traducción del enunciado de los mitos se ha reproducido la de la versión publicada en español en el mismo año de la edición en inglés. Se colocaron siete alternativas de respuesta que oscilaban desde *totalmente en desacuerdo* a *totalmente de acuerdo*. Los mitos psicológicos están agrupados en once bloques de mitos acerca: 1) del cerebro y la percepción (del 1 al 5), 2) del desarrollo y el envejecimiento (del 6 al 10), 3) de la memoria (del 11 al 14), 4) de la inteligencia y el aprendizaje (del 15 al 18), 5) de la conciencia (del 19 al 22), 6) de la emoción y motivación (del 23 al 26), 7) de la conducta interpersonal (del 27 al 30), 8) de la personalidad (del 31 al 36), 9) de la salud mental (del 37 al 42), 10) de la Psicología y la ley (del 43 al 46), y 11) de los tratamientos psicológicos (del 47 al 50), comprendiendo cada uno, como puede verse, entre cuatro y seis mitos. Esta relación de mitos ha sido utilizada por otros autores. Además del sistema de puntuación indicado por cada mito, se ha recodificado cada uno de los valores en ellos (de 1 a 7) en tres puntuaciones, con un 1 las que eran de 1 a 3, agrupándose los desacuerdo; con un 2, las de 4, las dudas; y con un 3, las de 5 a 7, las de acuerdo con el mito psicológico.

Estado general de salud. Para esta variable se ha recurrido al Cuestionario General de Salud, de Goldberg, en su versión de 28 ítems (GHQ 28). Esta prueba es un

test de cribaje, cuyo objetivo es detectar trastornos psíquicos no psicóticos en la población general. Tiene distintas formas en función del número de ítems. Como se ha indicado, aquí se ha optado por la de 28, en la versión en español de Lobo y Muñoz (1996). Aparte de una puntuación con carácter global, se obtienen otras cuatro correspondientes a las dimensiones de: trastornos somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. En cuanto a la interpretación hay que indicar que a mayor puntuación en las dimensiones y en la total, peor estado de salud. De las diversas formas de puntuación propuestas se ha elegido la que corresponde a 0, 1, 2 y 3.

Procedimiento

Con todas las muestras se empleó el mismo procedimiento. Una vez concedido el permiso de los profesores se le aportó la información pertinente a los alumnos. En primer lugar, se les transmitía e insistía en lo que venía por escrito en la primera página del protocolo con el conjunto de preguntas y pruebas, que se refería a que la participación era voluntaria, a que se mantendría el anonimato de los que decidieran responder, a que sólo se solicitaba la edad y sexo, por motivos de análisis estadístico y a que se garantizaba la confidencialidad de todas las respuestas. A continuación, se entregaban los cuadernillos confeccionados y se resolvían las dudas que pudieran aparecer. Dada la población de la que se extraían las muestras no se estableció ningún filtro en ningún sentido, salvo la aceptación de la colaboración. Por tanto, no hubo ni requisitos de inclusión –a excepción la de ser alumno del curso- ni de exclusión. Una vez finalizado se agradecía la contribución al estudio. Las pruebas de los alumnos de primero se pasaron durante el curso 2011/2012 y las de cuarto en el periodo 2014/2015.

Análisis estadístico

Las respuestas de los sujetos fueron trasladadas a una base de datos, utilizando el programa estadístico SPSS. Para el análisis se han obtenido frecuencia y porcentajes. Además se ha aplicado la prueba de χ^2 , con corrección de continuidad, para verificar el grado de independencia de dos variables y se han utilizado técnicas de contraste de hipótesis, como la *t* de Student y análisis de varianza de una vía (ANOVA), así como las no paramétricas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Por otro lado, para las

relaciones entre variables la correlación de Pearson y para la predicción regresión múltiple y regresión logística.

Para los tamaños del efecto al emplear la χ^2 se ha recurrido al coeficiente phi, utilizando como criterios los propuestos por Cohen (1988) (citado en Pallant, 2010) (0,10 = pequeño; 0,30 = medio; y 0,50 = grande). Asimismo, el valor de eta al cuadrado, en el caso de la *t* de Student, para dos muestras independientes, con la fórmula = $t^2 / t^2 (n_1 + n_2 - 2)$ y, para muestras relacionadas, $t^2 / t^2 (n - 1)$. Igualmente, con los criterios de Cohen (0,01 = pequeño; 0,06 = moderado; y 0,14 = grande). Para ANOVA, eta al cuadrado con la fórmula = Suma de cuadrados intergrupos / total suma de cuadrados. Cohen clasifica los tamaños del efecto así obtenidos como 0,01 = pequeño; 0,06 = medio; y 0,14 = grande. Para la U de Mann-Whitney, el valor de *r* resultante de $z / \text{raíz cuadrada de } n$, donde *n* es el número total de casos. Los criterios, en este caso, son: 0,1 = pequeño; 0,3 = medio; y 0,5 = grande. Y, por último, para la prueba de Kruskal-Wallis, en cada uno de los grupos que se comparan al aplicar el ajuste de Bonferroni, se calculará el tamaño del efecto siguiendo el procedimiento del test de Mann-Whitney (Pallant, 2010).

Resultados

Análisis descriptivo del primer curso del grado de Psicología

Análisis descriptivo del primer curso del grado de Psicología

Asistencia y utilización de servicios de Psicología y/o Psiquiatría

Las primeras preguntas del protocolo utilizado hacen referencia a cuestiones relacionadas con el hecho de si el alumno ha acudido o acude a un psicólogo o psiquiatra y si ha tenido o tiene algún tipo de intervención de los ámbitos propios de los profesionales citados. A este respecto, en el ítem *En el pasado, ¿ha acudido alguna vez a un psicólogo?*, un total de 45 (27,3%), de los 165 participantes, han respondido afirmativamente, siendo de ellos 35 mujeres y 10 varones. Cuando la pregunta se refiere al psiquiatra la cifra fue bastante inferior, contestando positivamente sólo 10 (6,1%) (3 varones y 7 mujeres). Todos los que señalaron haber asistido a consulta del psiquiatra habían estado también en la del psicólogo. En cuanto al ítem siguiente, *En el pasado, ¿le han recetado alguna vez fármacos por problemas psicológicos?*, 18 (10,9%) han dicho que sí (5 varones y 13 mujeres). Por otra parte, lo referido a si *Actualmente, ¿asiste a terapia psicológica?* 12 (7,3%) han dicho que sí (2 varones y 10 mujeres) y, por último, si *Actualmente, ¿toma medicación por problemas psicológicos?*, sólo 6 (3,6%) lo han admitido (1 varón y 5 mujeres). En la Tabla 4 pueden verse ampliados los datos sobre este apartado.

Lectura de libros o revistas de divulgación científica de Psicología o de autoayuda

A la pregunta de si había leído o leía libros o revistas de divulgación de la Psicología, 115 participantes (69,70% de la muestra total) respondieron afirmativamente, de los cuales 24 eran varones y 91 mujeres. El resto, 50 (30,30%), contestaron que no. No obstante, hay que tener presente que de los que contestaron que sí, 54 señalaron la opción que se refería a *menos de una vez al año*, que es, prácticamente, nada o casi nada. A continuación, se solicitó que informaran sobre la frecuencia con que lo hacían. En concreto, se obtuvo 5,79 ($DE = 2,13$) para los varones, 6,57 ($DE = 1,82$) para las mujeres y 6,41 ($DE = 1,91$) para la muestra total. El 6 hacía referencia a *Varias veces al año, pero no mensualmente* y el 7, *Una vez al año*.

Los resultados sobre los libros o revistas de autoayuda no fueron muy diferentes. Un total de 106 sujetos (64,20%) afirmaron su lectura, de los que 19 eran varones y 87 mujeres. Igualmente, a lo expuesto anteriormente: 52 señalaron la alternativa *menos de una vez al año*. En este caso, las cifras fueron, respectivamente, 6,68 ($DE = 1,86$); 6,63 ($DE = 1,86$) y 6,64 ($DE = 1,85$). En este caso, las frecuencias medias están igual que con la divulgación, entre *Varias veces al año, pero no mensualmente* y *Una vez al año*.

Tabla 4

Frecuencias y porcentajes de respuestas afirmativas o negativas a los ítems referidos a haber acudido y/o recibido tratamiento profesional en Psicología o Psiquiatría

En el pasado, ¿ha acudido alguna vez a un psicólogo?			
	Sí	No	Total
Varones	10 (30,3%)	23 (68,7%)	33 (20,0%)
Mujeres	35 (26,5%)	97 (73,5%)	132 (80,0%)
Total	45 (27,3%)	120 (72,7%)	
En el pasado, ¿ha acudido alguna vez a un psiquiatra?			
	Sí	No	Total
Varones	3 (9,1%)	30 (90,9%)	33 (20,0%)
Mujeres	7 (5,3%)	125 (94,7%)	132 (80,0%)
Total	10 (6,1%)	155 (93,9%)	
En el pasado, ¿le han recetado alguna vez fármacos por problemas psicológicos?			
	Sí	No	Total
Varones	5 (15,2%)	28 (84,8%)	33 (20,0%)
Mujeres	13 (9,8%)	119 (90,2%)	132 (80,0%)
Total	18 (10,9%)	147 (98,1%)	
Actualmente, ¿asiste a terapia psicológica?			
	Sí	No	Total
Varones	2 (6,1%)	31 (93,9%)	33 (20,0%)
Mujeres	10 (7,6%)	122 (92,4%)	132 (80,0%)
Total	12 (7,3%)	153 (92,7%)	
Actualmente, ¿toma medicación por problemas psicológicos?			
	Sí	No	Total
Varones	1 (3,0%)	32 (97,0%)	33 (20,0%)
Mujeres	5 (3,8%)	127 (96,2%)	132 (80,0%)
Total	6 (3,6%)	159 (96,4%)	

Valoración de la Psicología

Este bloque lo forman dos preguntas que tienen que ver con la estimación o valoración que los sujetos tienen de la Psicología, en cuanto a su eficacia en la resolución de problemas psicológicos y su consideración como disciplina científica. Las medias y desviaciones típicas (entre paréntesis), para el primero de los ítems, *¿Cree que la Psicología es eficaz en la resolución de problemas psicológicos?* han sido, respectivamente, para varones, mujeres y muestra total las que siguen: 3,58 (0,50); 3,66 (0,49); y 3,64 (0,49). El 3 representaba *bastante* y el 4 *mucho*.

Para el segundo, *¿Considera que la Psicología es una disciplina científica?*, han resultado ser algo menores, asimismo respectivamente como anteriormente: 3,45 (0,56); 3,34 (0,66); y 3,36 (0,64). El 3 significaba *bastante*.

Autovaloraciones

Las medias obtenidas en las autovaloraciones sobre la salud en general, la salud física, la salud psicológica, el sentirse feliz, la satisfacción con la vida y el optimismo han tendido a ser superiores a 3, lo cual se traduce en que oscilan desde *normal* a algo más que *bueno*. En el conjunto de ítems sobre la salud, con una valoración diferente, la media de la muestra total ha sido de 4,13 ($DE = 0,67$), siendo el valor de 4 el correspondiente a *ni buena ni mala*. Algo menores han sido las más específicas de la salud física y la psicológica: 3,83 ($DE = 0,66$) y 3,85 ($DE = 0,75$), respectivamente.

Por su parte, la media sobre el estrés autopercebido ha sido hacia abajo –en concreto, 2,46, que equivale aproximadamente a *poco*-. En la Tabla 5 pueden observarse las medias y desviaciones típicas correspondientes.

Tabla 5
Medias y desviaciones típicas para varones, mujeres y muestra total de las autovaloraciones

	Varones	Mujeres	Muestra total
	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>
Salud (en general)	4,0303 (0,72822)	4,1591 (0,65183)	4,1333 (0,66748)
Salud física	3,9394 (0,70442)	3,8106 (0,64361)	3,8364 (0,65603)
Salud psicológica	3,9697 (0,72822)	3,8182 (0,75985)	3,8485 (0,75390)
Sentirse feliz	3,4545 (0,79415)	3,5530 (0,79420)	3,5333 (0,79275)
Satisfacción con la vida	3,5152 (0,90558)	3,5530 (0,84992)	3,5455 (0,85863)
Optimismo	3,4848 (0,87039)	3,1742 (1,07360)	3,2364 (1,04117)
Estrés	2,2121 (0,73983)	2,5415 (0,81270)	2,4757 (0,80737)

Nota. Las desviaciones típicas entre paréntesis.

Fuentes de información

En general, las puntuaciones medias de cada uno de los ítems fueron bajas. Para la muestra total, sólo superaron el valor de 2 (que representa *bastante*) dos ítems: el 14 (*La reflexión personal*) y el 15 (*La experiencia directa personal, mis propias circunstancias*). Por encima del valor 1, sin alcanzar el 2, estuvieron los ítems:

- 9. *La televisión*
- 10. *Sitios o páginas web*
- 11. *Youtube o plataformas similares*
- 13. *La literatura*
- 16. *Un familiar ([o varios]) que no es psicólogo, psiquiatra o médico*
- 17. *Un amigo (o varios) que no es psicólogo, psiquiatra o médico*
- 19. *La información o conversaciones con profesionales de la Psicología*
- 25. *La transmisión cultural*

Por otro lado, en los varones, también los ítems 14 y 15 fueron los que tuvieron medias mayores a 2. Igualaron o sobrepasaron el valor 1 sin llegar al 2 un total de seis ítems:

- 9. *La televisión*
- 10. *Sitios o páginas web*
- 13. *La literatura*
- 17. *Un amigo [o varios] que no es psicólogo, psiquiatra o médico*

- 19. *La información o conversaciones con profesionales de la Psicología*
- 25. *La transmisión cultural*

Este resultado también se dio en las mujeres, con los mismos ítems, más dos adicionales: el 11 (*Youtube o plataformas similares*) y el 16 (*Un familiar [o varios] que no es psicólogo, psiquiatra o médico*). Con la muestra total se repitió lo obtenido con las mujeres.

En cuanto al orden de mayor a menor puntuación, en los cuatro primeros hubo coincidencia entre varones, mujeres y muestra total: 1.º) *La reflexión personal*; 2.º) *La experiencia directa personal, mis circunstancias personales*; 3.º) *Sitios o páginas web*; y, 4.º) *La televisión*. A partir de aquí, no hubo muchas divergencias. En la Tabla 6 están los diez ítems ordenados según su valor a partir de la muestra total. La media total de esta escala fue de 23,65 ($DE = 9,03$).

Mitos psicológicos

Análisis teniendo en cuenta el grado de acuerdo o desacuerdo. Las medias obtenidas en cada uno de los mitos psicológicos oscilan entre 2,24 ($DE = 1,43$), del ítem 42 (*Los ingresos en los hospitales psiquiátricos y el número de delitos aumentan cuando hay luna llena*), y 6,05 ($DE = 1,29$), del ítem 5 (*Los mensajes subliminales pueden persuadir a la gente a comprar cosas*), para la muestra total. Para los varones, entre 2,21 ($DE = 1,14$), del ítem 43 (*La mayoría de las personas mentalmente enfermas son violentas*), y 6,03 ($DE = 0,64$), del ítem 18 (*Los estudiantes aprenden mejor cuando los estilos de enseñanza se adecuan a los estilos de aprendizaje*); y, para las mujeres, entre 2,08 ($DE = 1,26$), del ya mencionado ítem 42, y 6,16 ($DE = 1,20$), del también citado ítem 5.

Para la muestra total, son 21 (42%) los mitos psicológicos que han obtenido puntuaciones medias por debajo de 4, que indica desacuerdo con ellos, y 29 (58%) que han superado dicha puntuación, lo que indicaría dudas y aceptación de los mitos. Un modo alternativo para permitir ver los resultados sería agrupándolos en tres grupos: 1) aquellos mitos que han obtenido una puntuación media de 1 a 3,5; 2) los que la han tenido por encima de 3,5 a 4,5; y 3) los que han superado el 4,5 de media hasta 7. Pues

bien, resultaría que 10 (20%) estarían en el primer grupo; 20 (40%) en el segundo; y 20 (40%), en el tercero. Eso significaría que el 80% de los mitos han obtenido puntuaciones medias que entrarían dentro de la duda o de estar de acuerdo con ellos.

Por otra parte, para varones, las medias de ítems que puntúan por debajo de 4 – esto es, que están en desacuerdo en algún grado- son 23, lo que representa un 46%, y las que igualan o están por encima de 4 son 27 (54%). Entre estos últimos hay 2 que tienen de media exactamente 4,0 y otros 7 que no superan 4,5 (véase la Tabla 7 para todos los valores).

Como puede observarse en la Tabla 8, los mitos con mayores puntuaciones, superiores a 5, fueron, prácticamente, los mismos para varones, mujeres y muestra total. En el caso de los varones, los ítems son los mismos con respecto a la muestra total, pero con las siguientes excepciones: a) no aparece el ítem 20, y b) están incluidos, además, los ítems 1 (*La mayoría de la gente utiliza solamente el 10% de su capacidad cerebral*) y 8 (*La mayoría de las personas experimentan una crisis a los cuarenta años o poco después de cumplir los cincuenta*). Como era esperable el orden no fue totalmente coincidente con el de la muestra total.

En cuanto a las mujeres, similarmente a lo anterior, coinciden con la muestra total los ítems salvo: a) que no está el ítem 36, y b) se encuentra, también, el ítem 35 (*La forma en que reacciona una persona ante una simple mancha de tinta nos dice mucho acerca de la personalidad*). El orden, asimismo, fue algo diferente al de la muestra total. En cuanto a los bloques temáticos que pertenecían los de la muestra total, 3 eran del de personalidad y 2 de psicología y ley. El resto, todos con uno sólo eran de cerebro y percepción, desarrollo y envejecimiento, memoria, inteligencia y aprendizaje, conciencia y tratamientos psicológicos.

Por otra parte, se han calculado las medias de las puntuaciones totales. Para los varones fue de 211,58 ($DE = 26,21$); para las mujeres de 215,92 ($DE = 22,61$) y para la muestra total de 215,02 ($DE = 23,38$).

Tabla 7

Medias y desviaciones típicas de los mitos psicológicos ordenados por de mayor a menor media en la muestra total

Ítem	Varón		Mujer		Muestra total	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
5.	5,6364	1,57754	6,1591	1,19688	6,0545	1,29377
18.	6,0303	0,63663	5,8030	1,02219	5,8485	0,96022
13.	5,9697	1,18545	5,7197	1,30363	5,7697	1,28131
44.	6,0000	1,11803	5,6515	1,18505	5,7212	1,17695
33.	5,6667	1,10868	5,7273	1,11267	5,7152	1,10876
34.	5,7273	0,94448	5,5833	1,17896	5,6121	1,13475
7.	5,3333	1,47196	5,5379	1,28648	5,4970	1,32345
45.	5,4848	1,27772	5,2348	1,19068	5,2848	1,20874
50.	5,3939	1,32144	5,0758	1,34005	5,1394	1,33844
20.	4,9091	1,37758	5,1061	1,26163	5,0667	1,28373
36.	5,3333	1,36168	4,9773	1,31036	5,0485	1,32429
35.	4,5455	1,43812	5,0152	1,37583	4,9212	1,39681
8.	5,0909	1,28364	4,8485	1,33356	4,8970	1,32345
10.	4,7576	1,50063	4,9242	1,29957	4,8909	1,33899
16.	4,4848	1,69781	4,9167	1,56801	4,8303	1,59887
30.	4,6061	1,47774	4,7879	1,39809	4,7515	1,41165
1.	5,0909	1,94235	4,6364	1,68637	4,7273	1,74385
19.	4,7879	1,38649	4,6742	1,24481	4,6970	1,27080
17.	4,0000	1,62019	4,6822	1,50512	4,5432	1,54879
49.	3,8788	1,29319	4,6818	1,25594	4,5212	1,30004
2.	4,1818	2,03799	4,5379	1,57947	4,4667	1,68035
11.	3,7879	2,02728	4,6183	1,62414	4,4512	1,73843
12.	4,9091	1,30776	4,2652	1,45602	4,3939	1,44702
24.	4,2424	1,76830	4,4242	1,76099	4,3879	1,75856
37.	4,4242	1,50063	4,3712	1,23811	4,3818	1,29008
46.	3,7879	1,93258	4,5227	1,61324	4,3758	1,70133
6.	4,0909	1,33144	4,2273	1,64661	4,2000	1,58576
27.	3,8788	1,86677	4,1212	1,71224	4,0727	1,74105
39.	3,6364	1,72877	4,1769	1,70028	4,0675	1,71460
47.	4,0000	1,98431	3,9470	1,52993	3,9576	1,62433
31.	4,0303	1,61022	3,8561	1,68121	3,8909	1,66389
9.	3,9394	1,73096	3,8321	1,63685	3,8537	1,65134
25.	3,8182	1,72218	3,8485	1,43822	3,8424	1,49369
29.	3,5758	1,65888	3,9091	1,64133	3,8424	1,64521
28.	3,5455	2,18075	3,8561	1,94243	3,7939	1,98929
14.	2,9394	1,83609	4,0076	1,59434	3,7939	1,69467
48.	4,2727	1,77258	3,6565	1,49240	3,7805	1,56671
3.	3,2727	1,30558	3,8931	1,21054	3,7683	1,25125
41.	3,6364	1,22010	3,7803	1,09345	3,7515	1,11752
15.	3,8182	1,30993	3,6288	1,18131	3,6667	1,20635
21.	3,7273	1,46357	3,1970	1,59407	3,3030	1,57892
38.	3,3030	1,70449	3,2652	1,61510	3,2727	1,62812
26.	3,9394	2,06063	3,0909	1,73185	3,2606	1,82762
40.	3,0909	1,48668	3,3030	1,45644	3,2606	1,46044
22.	3,0909	1,64628	3,2803	1,63135	3,2424	1,63107
32.	3,2424	1,80330	3,1742	1,49041	3,1879	1,55229
4.	2,5152	1,43878	3,3130	1,49401	3,1524	1,51311
23.	3,0606	1,63820	3,0076	1,56535	3,0182	1,57524
43.	2,2121	1,13901	2,9015	1,48715	2,7636	1,44784
42.	2,8788	1,83299	2,0758	1,26383	2,2364	1,42662

Tabla 8

Mitos psicológicos que superan la puntuación de 5, por orden decreciente, en función del tamaño de la media para la muestra total, varones y mujeres, y bloque al que pertenecen

Orden en la MT	Orden en V	Orden en M	Bloque	Mito psicológico
1.	6.	1.	1	5. Los mensajes subliminales pueden persuadir a la gente a comprar cosas
2.	1.	2.	4	18. Los estudiantes aprenden mejor cuando los estilos de enseñanza se adecuan a los estilos de aprendizaje
3.	3.	4.	3	13. Los individuos normalmente reprimen el recuerdo de las experiencias traumáticas
4.	2.	5.	10	44. La elaboración de un perfil psicológico de los criminales es útil para resolver casos
5.	5.	3.	8	33. La baja autoestima es una de las principales causas de problemas psicológicos
6.	4.	6.	8	34. La mayoría de personas que han sido víctimas de abusos sexuales en la infancia desarrollan graves alteraciones de personalidad en la adultez
7.	9.	7.	2	7. La adolescencia es inevitablemente un tiempo de confusión psicológica
8.	7.	8.	10	45. Una gran proporción de criminales utilizan con éxito una defensa basada en una supuesta enajenación mental
9.	8.	10.	11	50. La terapia electroconvulsiva (electroshock) es un tratamiento brutal y físicamente peligroso
10.		9.	5	20. Los investigadores han demostrado que los sueños tienen un significado simbólico
11.	10.		8	36. Nuestra letra revela rasgos de nuestra personalidad

Notas: MT = muestra total, V = varones y M = mujeres.

Bloques: 1 = cerebro y percepción; 2 = desarrollo y envejecimiento; 3 = memoria; 4 = inteligencia y aprendizaje; 5 = conciencia; 8 = personalidad; 10 = psicología y ley; y 11 = tratamientos psicológicos.

Análisis global con las puntuaciones recodificadas. Con el segundo sistema de puntuación, en el que los valores de 1 a 3 pasan a 1 (donde el participante está en desacuerdo con el mito psicológico en alguna medida), los de 4 se transforman en 2 (ni está en desacuerdo ni de acuerdo) y los de 5 a 7 se modifican a 3 (están de acuerdo en algún grado), los resultados se simplifican haciendo referencia a cuántos desacuerdos, dudas y de acuerdos. En este sentido, son los que siguen a continuación. Tal como puede comprobarse sumando la columna de los 1 (desacuerdos), se obtiene que globalmente, los sujetos identificaron correctamente como falsos el 31,33% de los mitos; por otro, tuvieron dudas en el 17,58%; y tomaron como correctos –erróneamente– el 51,17% de los mitos. Esto significa que en el 68,75% de los mitos tuvieron dudas o los aceptaron como correctos.

Análisis tomando como puntos de corte el 50% y el 66,66%. En la muestra total, 25 ítems son citados con algún grado de acuerdo por el 50% o más de los participantes (véase la Tabla 9). Aparte, habría que tener en cuenta que 3 (6%) superan también el 50% de los participantes en cuanto a la duda de si es cierto o no el mito.

Si se eleva un poco el criterio hasta los dos tercios eso supondría que 36 mitos – el 72%– son citados por el 33,3% o más de los participantes. Además, como antes, habría que contemplar tres ítems más (6%) que estarían entre los que puntúan en la duda. Cuatro de ellos (los ítems 33, 34, 35 y 36) del bloque de personalidad. Tres de cada uno de los siguientes bloques: cerebro y percepción (ítems 1, 2 y 5), desarrollo y envejecimiento (ítems 7, 8, 10), memoria (ítems 11, 12 y 13), psicología y ley (ítems 44, 45 y 46). Dos de los siguientes: inteligencia y aprendizaje (ítems 16 y 18), conciencia (ítems 19 y 20), conducta interpersonal (ítems 27 y 30) y tratamientos psicológicos (ítems 49 y 50). Por último, uno de emoción y motivación (ítem 24).

Tabla 9

Frecuencia y porcentajes de desacuerdos (1), ni en desacuerdo ni de acuerdo (2) y de acuerdos (3) globales de cada uno de los ítems de mitos psicológicos para la muestra total

Mito	1	2	3
5.	12 (7,3%)	1 (0,6%)	152 (92,1%)
33.	9 (5,5%)	5 (3,0%)	151 (91,5%)
44.	8 (4,8%)	7 (4,2%)	150 (90,9%)
13.	11 (6,7%)	5 (3,0%)	149 (90,3%)
18.	3 (1,8%)	13 (7,9%)	149 (90,3%)
34.	13 (7,9%)	8 (4,8%)	144 (87,3%)
7.	19 (11,5%)	9 (5,5%)	137 (83,0%)
36.	20 (12,1%)	16 (9,7%)	129 (78,2%)
45.	10 (6,1%)	28 (17,0%)	127 (77,0%)
35.	28 (17,0%)	13 (7,9%)	124 (75,2%)
20.	21 (12,7%)	25 (15,2%)	119 (72,1%)
8.	21 (12,7%)	29 (17,6%)	115 (69,7%)
16.	31 (18,8%)	19 (11,5%)	115 (69,7%)
50.	16 (9,7%)	42 (25,5%)	107 (64,8%)
10.	21 (12,7%)	41 (24,8%)	103 (62,4%)
1.	42 (25,5%)	21 (12,7%)	102 (61,8%)
24.	53 (32,1%)	10 (6,1%)	102 (61,8%)
30.	35 (21,2%)	30 (18,2%)	100 (60,6%)
11.	60 (36,4%)	7 (4,2%)	97 (58,8%)
49.	36 (21,8%)	35 (21,2%)	94 (57,0%)
19.	15 (9,1%)	60 (36,4%)	90 (54,5%)
2.	36 (21,8%)	41 (24,8%)	88 (53,3%)
12.	39 (23,6%)	38 (23,0%)	88 (53,3%)
46.	61 (37,0%)	18 (10,9%)	86 (52,1%)
27.	63 (38,2%)	19 (11,5%)	83 (50,3%)
31.	75 (45,5%)	11 (6,7%)	79 (47,9%)
39.	53 (32,1%)	31 (18,8%)	79 (47,9%)
17.	31 (18,8%)	53 (32,1%)	78 (47,3%)
37.	30 (18,2%)	59 (35,8%)	76 (46,1%)
29.	75 (45,5%)	15 (9,1%)	75 (45,5%)
6.	49 (29,7%)	42 (25,5%)	74 (44,8%)
28.	85 (51,5%)	9 (5,5%)	71 (43,0%)
9.	74 (44,8%)	21 (12,7%)	69 (41,8%)
47.	68 (41,2%)	28 (17,0%)	69 (41,8%)
14.	72 (43,6%)	29 (17,6%)	64 (38,8%)
25.	70 (42,4%)	31 (18,8%)	64 (38,8%)
26.	90 (54,5%)	22 (13,3%)	53 (32,1%)
48.	84 (50,9%)	28 (17,0%)	52 (31,5%)
38.	48 (59,4%)	20 (12,1%)	47 (28,5%)
21.	85 (51,5%)	37 (22,4%)	43 (26,1%)
23.	110 (66,7%)	13 (7,9%)	42 (25,5%)
32.	108 (65,5%)	16 (9,7%)	41 (24,8%)
40.	101 (61,2%)	23 (13,9%)	41 (24,8%)
22.	82 (49,7%)	49 (29,7%)	34 (20,6%)
3.	44 (26,7%)	88 (53,3%)	32 (19,4%)
43.	124 (75,2%)	11 (6,7%)	30 (18,2%)
4.	83 (50,3%)	52 (31,5%)	29 (17,6%)
15.	51 (30,9%)	89 (53,9%)	25 (15,2%)
41.	39 (23,6%)	101 (61,2%)	25 (15,2%)
42.	121 (73,3%)	32 (19,4%)	12 (7,3%)

Nota. 1 = en desacuerdo, en cualquier intensidad. 2 = ni en desacuerdo ni de acuerdo. 3 = de acuerdo, en cualquier grado.

En el caso de los varones fueron 24 y casi los mismos. Ha habido un mito psicológico, el 18 (*Los estudiantes aprenden mejor cuando los estilos de enseñanza se adecuan a los estilos de aprendizaje*) que fue citado por el 100% de ellos. Faltaron con respecto a la muestra total, por orden del número de citas, los ítems 11 (*La memoria humana funciona como una grabadora o una videocámara y registra con precisión los hechos que experimentamos*), 49 (*Todas las psicoterapias efectivas obligan a la gente a buscar las causas “fundamentales” de sus problemas en la infancia*), 46 (*Prácticamente todas las personas que confiesan ser culpables de un crimen lo han efectivamente cometido*) y el 27 (*Los contrarios se atraen: nos sentimos románticamente atraídos por aquellas personas que son más diferentes de nosotros*), pero incluyeron el 31 (*Educar a niños de un modo similar lleva a que de adultos sus personalidades sean muy parecidas*), 37 (*Las etiquetas psiquiátricas son perjudiciales porque estigmatizan a las personas*) y el 48 (*La abstinencia es el único objetivo realista para el tratamiento de los alcohólicos*) (véase la Tabla 1 en el apéndice de tablas).

En cuanto a las mujeres la cifra fue de 26, no contemplando, de los de la muestra total, solamente el 12, pero entrando en la lista el 17 (*El rasgo definitorio de la dislexia es el hecho de invertir las letras*) y el 39 (*Las personas con esquizofrenia tienen múltiples personalidades*). Tanto para varones como para mujeres, sus respectivos órdenes de citas no fueron iguales a los de la muestra total o entre ellos (véase la Tabla 2 en el apéndice de tablas).

En la Tabla 10 pueden verse los ítems que han sido citados por más del 50% de los sujetos, así como el orden de citas para la muestra total, varones y mujeres. Y, en la Tabla 11, los que lo han sido por menos del 50%.

Tabla 10

Mitos psicológicos que han sido citados por el cincuenta por ciento o más de los participantes, por orden decreciente, en la muestra total, y orden correspondiente en varones y mujeres

MT	V	M	Mito psicológico
1.	6.	1.	5. Los mensajes subliminales pueden persuadir a la gente a comprar cosas (92,1%)
2.	4.	2.	33. La baja autoestima es una de las principales causas de problemas psicológicos (91,5%)
3.	2.	4.	44. La elaboración de un perfil psicológico de los criminales es útil para resolver casos (90,9%)
4.	1.	5.	18. Los estudiantes aprenden mejor cuando los estilos de enseñanza se adecuan a los estilos de aprendizaje (90,3%)
5.	3.	3.	13. Los individuos normalmente reprimen el recuerdo de las experiencias traumáticas (90,3%)
6.	7.	6.	34. La mayoría de personas que han sido víctimas de abusos sexuales en la infancia desarrollan graves alteraciones de personalidad en la adultez (87,3%)
7.	9.	7.	7. La adolescencia es inevitablemente un tiempo de confusión psicológica (83,0%)
8.	8.	9.	36. Nuestra letra revela rasgos de nuestra personalidad (78,2%)
9.	5.	10.	45. Una gran proporción de criminales utilizan con éxito una defensa basada en una supuesta enajenación mental (77,0%)
10.	16.	8.	35. La forma en que reacciona una persona ante una simple mancha de tinta nos dice mucho acerca de la personalidad (75,2%)
11.	13.	11.	20. Los investigadores han demostrado que los sueños tienen un significado simbólico (72,1%)
12.	14.	12.	16. Si no está seguro de sus respuestas al someterse a un test, lo mejor es guiarse intuitivamente por la corazonada inicial (69,7%)
13.	12.	13.	8. La mayoría de las personas experimentan una crisis a los cuarenta años o poco después de cumplir los cincuenta (69,7%)
14.	15.	15.	50. La terapia electroconvulsiva (electroshock) es un tratamiento brutal y físicamente peligroso (64,8%)
15.	17.	16.	10. En la fase terminal de la vida, las personas pasan por una serie universal de etapas psicológicas (62,4%)
16.	18.	18.	24. La felicidad de una persona viene principalmente determinada por circunstancias externas (61,8%)
17.	10.	20.	1. La mayoría de la gente utiliza solamente el 10% de su capacidad cerebral (61,8%)
18.	19.	19.	30. Es mejor exteriorizar la ira que reprimirla (60,6%)
19.	29.	17.	11. La memoria humana funciona como una grabadora o una videocámara y registra con precisión los hechos que experimentamos (58,8%)
20.	39.	14.	49. Todas las psicoterapias efectivas obligan a la gente a buscar las causas “fundamentales” de sus problemas en la infancia (57,0%)
21.	21.	22.	19. La hipnosis es un estado “de trance” excepcional de una naturaleza diferente al estado de vigilia (54,5%)
22.	11.	27.	12. La hipnosis es útil para recuperar el recuerdo de cosas que habíamos olvidado (53,3%)
23.	20.	23.	2. Algunas personas son cerebralmente diestras y otras cerebralmente zurdas (53,3%)
24.	32.	21.	46. Prácticamente todas las personas que confiesan ser culpables de un crimen lo han efectivamente cometido (52,1%)
25.	30.	24.	27. Los contrarios se atraen: nos sentimos románticamente atraídos por aquellas personas que son más diferentes de nosotros (50,3%)

Notas. Referido al orden por número de citaciones MT = en la muestra total. V = en varones. M = en mujeres. El número delante del mito psicológico es su orden dentro del protocolo utilizado. Entre paréntesis: porcentaje de citaciones por los participantes en la muestra total. Las parejas de ítems que se citan a continuación tienen el mismo valor en porcentajes en la muestra total: 13-18, 8-16, 24-1 y 2-12. En los mismos valores de porcentajes.

Análisis en función de los participantes. Por otra parte, se ha calculado, por cada sujeto, el número de mitos psicológicos que califican dentro del conjunto de desacuerdos (con valor 1), por un lado, por el de ni en desacuerdo ni de acuerdo (con valor 2), por otro, y, por último, de acuerdo (con valor 3). En este caso, el resultado es que de los 165 participantes, 94 (56,97%) están de acuerdo en un 50% o más con los mitos presentados. A otro nivel, 4 sujetos (2,42%) superaban el 75% de acuerdo con el conjunto de los mitos psicológicos presentados; 90 (54,55%) se situaban entre un 75% y un 50%; 67 (40,61%), entre el 50% y el 25%; y, 4 (2,42%), por debajo del 25%. Para más detalles véase la Tabla 12.

Tabla 11

Mitos psicológicos que han sido citados por menos del cincuenta por de los participantes, por orden decreciente, en la muestra total, y orden correspondiente en varones y mujeres

MT	V	M	Mito psicológico
26.	35.	25.	17. El rasgo definitorio de la dislexia es el hecho de invertir las letras (49,1%)
27.	22.	28.	31. Educar a niños de un modo similar lleva a que de adultos sus personalidades sean parecidas (47,9%)
28.	33.	26.	39. Las personas con esquizofrenia tienen múltiples personalidades (47,9%)
29.	23.	31.	37. Las etiquetas psiquiátricas son perjudiciales porque estigmatizan a las personas (46,1%)
30.	34.	30.	29. Varones y mujeres se comunican de forma completamente diferente (45,5%)
31.	36.	28.	6. Hacer escuchar a los bebés música de Mozart mejora su inteligencia (44,8%)
32.	31.	32.	28. Cuantos más, mejor: cuanto mayor sea el número de personas presentes en una emergencia, mayor es la probabilidad de que alguien intervenga (43,0%)
33.	25.	34.	9. La vejez se asocia generalmente con una mayor insatisfacción y senilidad (41,8%)
34.	26.	35.	47. El juicio y la intuición de un experto son los mejores métodos para la toma de decisiones clínicas (41,8%)
35.	40.	33.	14. La mayoría de las personas con amnesia olvidan todos los detalles de sus vidas anteriores (38,8%)
36.	27.	36.	25. Las úlceras las provoca principal o totalmente el estrés (38,8%)
37.	28.	37.	26. Una actitud positiva puede evitar el cáncer (32,1%)
38.	24.	39.	48. La abstinencia es el único objetivo realista para el tratamiento de los alcohólicos (31,5%)
39.	38.	38.	38. Solamente las personas profundamente deprimidas se suicidan (28,5%)
40.	37.	41.	21. Es posible adquirir información nueva, por ejemplo, aprender un idioma, mientras se duerme (26,1%)
41.	41.	40.	23. El test del polígrafo (detector de mentiras) es un buen método para detectar la deshonestidad (25,5%)
42.	42.	42.	32. El hecho de que un rasgo sea heredable significa que es imposible cambiarlo (24,8%)
43.	43.	43.	40. Los hijos adultos de un alcohólico exhiben un perfil característico de síntomas (24,8%)
44.	46.	45.	22. Durante las experiencias “extracorporales” de una persona, la conciencia abandona su cuerpo (20,6%)
45.	49.	44.	3. La percepción extrasensorial (PES) es un fenómeno científicamente bien establecido (19,4%)
46.	50.	46.	43. La mayoría de las personas mentalmente enfermas son violentas (18,2%)
47.	48.	47.	4. Las percepciones visuales van acompañadas de unas diminutas emisiones que salen de los ojos (17,6%)
48.	44.	19.	15. Los tests del cociente intelectual (CI) están sesgados en contra de determinados grupos (15,2%)
49.	47.	48.	41. Últimamente se ha producido una epidemia masiva de autismo infantil (15,2%)
50.	45.	50.	42. Los ingresos en los hospitales psiquiátricos y el número de delitos aumentan cuando hay luna llena (7,3%)

Notas. Referido al orden por número de citaciones MT = en la muestra total. V = en varones. M = en mujeres. El número delante del mito psicológico es su orden dentro del protocolo utilizado. Entre paréntesis: porcentaje de citaciones por los participantes en la muestra total. Las parejas de ítems que se citan a continuación tienen el mismo valor en porcentajes en la muestra total: 31-39, 9-47, 14-25, 32-40 y 15-41. En varones y mujeres también se dan otras parejas de ítems con los mismos valores de porcentajes

Tabla 12

Frecuencias y porcentajes de algún grado de acuerdo con el conjunto de los 50 mitos psicológicos presentados

Frecuencia de algún grado de acuerdo	Porcentaje	Sujetos con dicha frecuencia
41	82,0	1
39	78,0	1
38	76,0	2
37	74,0	2
36	72,0	3
35	70,0	2
34	68,0	2
33	66,0	4
32	64,0	8
31	62,0	9
30	60,0	5
29	58,0	13
28	56,0	12
27	54,0	8
26	52,0	13
25	50,0	9
24	48,0	8
23	46,0	19
22	44,0	11
21	42,0	3
20	40,0	6
19	39,0	1
18	36,0	4
17	34,0	4
16	32,0	2
15	30,0	6
14	28,0	2
13	26,0	1
12	24,0	3
8	16,0	1

Índices de salud general

En la Tabla 13 pueden verse los valores mínimos, máximos, medias y desviaciones típicas tanto de cada una de las dimensiones del GHQ 28 como de la puntuación total, habiéndose elegido como puntuación de los ítems los valores 0, 1, 2 y 3.

Por otro lado, se han obtenido los percentiles 25, 50 y 75 para la puntuación total, cuyos valores son, respectivamente, 9,0; 15,0, y 21,0. Dividida la muestra total a partir de ellos se forman cuatro subgrupos que contienen: 42 (25,5%) participantes (11 varones y 31 mujeres) el primer cuartil; 45 (27,3%) (7 varones y 38 mujeres), el segundo; 40 (24,2%) (8 varones y 32 mujeres), el tercero; y, 38 (23,0%) (7 varones y 31 mujeres), el cuarto. En las Tablas 3 a 6 del apéndice de tablas pueden verse las diferentes medias y desviaciones típicas para la muestra total y en función del sexo y del cuartil.

Tabla 13

Valores mínimos y máximos, medias y desviaciones típicas de cada una de las dimensiones del GHQ 28 y de la puntuación total

	Varón		Mujer		Muestra total	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Síntomas somáticos	4,4848	3,25117	5,2770	3,52019	5,1186	3,47300
Ansiedad e insomnio	4,4848	4,66450	4,9015	4,31376	4,8182	4,37464
Disfunción social	6,1515	2,67069	5,6591	2,29114	5,7576	2,37146
Depresión grave	1,4848	2,57538	1,3409	2,64093	1,3697	2,62080
Total GHQ 28	16,6061	9,43709	17,1785	9,85796	17,0640	9,74962

Análisis del primer curso de grado de Psicología en función del sexo

Asistencia a profesionales de la Psicología o Psiquiatría

Para todo el conjunto de estos ítems se han obtenido los valores de χ^2 para comprobar el grado de relación o independencia de los mismos con respecto a la variable sexo. Tal como puede comprobarse en la Tabla 14, ninguno de los aparecidos son estadísticamente significativos. Puede, pues, concluirse que no existe razón suficiente para considerar que haya relación entre alguna de las variables medidas y el sexo de los participantes.

Tabla 14

Pruebas de χ^2 para comprobar si existe relación entre cada uno de los ítems relativos a la asistencia psicológica o psiquiátrica y el sexo

	χ^2	<i>p</i>
En el pasado, ¿ha acudido alguna vez a un psicólogo?	0,191	0,662
En el pasado, ¿ha acudido alguna vez a un psiquiatra?	0,665	0,415
En el pasado, ¿le han recetado alguna vez fármacos por problemas psicológicos?	0,764	0,382
Actualmente, ¿asiste a terapia psicológica?	0,090	0,764
Actualmente, ¿toma medicación por problemas psicológicos?	0,043	0,835

Lectura de libros o revistas de divulgación científica de Psicología o de autoayuda

Por lo que respecta a la pregunta *¿Ha leído o lee libros o revistas de divulgación de Psicología?* se ha obtenido una $\chi^2 = 0,179$ ($p = 0,672$), con la corrección por continuidad igual a 0,045 ($p = 0,832$). Por su parte, cuando el ítem hace referencia a las publicaciones de autoayuda, la χ^2 ha sido de 0,798 ($p = 0,372$) y con corrección de continuidad igual a 0,477 ($p = 0,490$). En ambos casos puede concluirse que no se confirma relación entre cada una de las variables y el sexo de los participantes.

En cuanto a la frecuencia de lectura de libros o revistas de divulgación o de autoayuda, no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre las medias al comparar los varones con las mujeres. Los valores encontrados para los de divulgación

fueron los de $t = 0,486$, con una $p = 0,627$. Y para los de autoayuda, $t = 0,762$, con una $p = 0,447$.

Valoración de la Psicología

No se han obtenido diferencias estadísticamente significativas, en función del sexo, ni para el ítem *¿Cree que la Psicología es eficaz en la resolución de problemas psicológicos?* ni para la pregunta *¿Considera que la Psicología es una disciplina científica?* En relación con la eficacia, el valor de la t de Student fue de $0,867$ ($p = 0,387$) y, con respecto a la científicidad de la Psicología $t = -0,905$ ($p = 0,367$).

Autovaloraciones

Por lo que atañe a las autovaloraciones de los participantes con respecto a la salud en general; la salud física; la salud psicológica; el sentirse feliz; la satisfacción con la vida; y el optimismo no han aparecido diferencias estadísticamente significativas en función del sexo. Sí lo ha sido en la percepción personal del nivel de estrés, con una media superior por parte de las mujeres ($2,5415$ frente a $2,2121$) ($t = 2,119$; $p = 0,036$). El valor de eta al cuadrado fue de $0,027$, un tamaño del efecto pequeño (véase Tabla 15).

Tabla 15

Prueba t de Student para las autopercepciones de salud, en general; salud física, salud psicológica, felicidad, satisfacción vital, optimismo y estrés, en función del sexo

	t	p	Eta ²
Salud autopercebida, en general	0,991	0,323	0,006
Salud física autopercebida	-1,009	0,315	0,006
Salud psicológica autopercebida	-1,033	0,303	0,007
Felicidad autopercebida	0,637	0,525	0,002
Satisfacción vital autopercebida	0,226	0,821	0,000
Optimismo autopercebido	-1,539	0,126	0,014
Estrés autopercebido	2,119	0,036	0,027

Fuentes de información

No han aparecido diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en ninguno de los ítems, salvo en el número 3 (*Los libros de autoayuda de Psicología*),

con una $t = 2,309$ ($p = 0,024$), puntuando más alto las mujeres ($0,79$; $DE = 0,99$) frente a los varones ($0,45$; $DE = 0,67$). El valor de eta al cuadrado fue de $0,032$, un tamaño del efecto pequeño. Tampoco se obtuvieron diferencias significativas en la puntuación total de la escala (véase Tabla 7 en el apéndice de tablas).

Mitos psicológicos

Con el primer sistema de corrección (puntuaciones de 1 a 7) se aplicó la t de Student para comprobar si había diferencias estadísticamente significativas en los distintos ítems relativos a los mitos psicológicos en función del sexo. Surgieron en 11 ítems. Tres con medias superiores en los varones que fueron:

- 12. *La hipnosis es útil para recuperar el recuerdo de cosas que habíamos olvidado*
- 26. *Una aptitud positiva puede evitar el cáncer*
- 42. *Los ingresos en los hospitales psiquiátricos y el número de delitos aumentan cuando hay luna llena*

En el resto, las mujeres alcanzaron medias más altas, en concreto, en los ítems:

- 3. *La percepción extrasensorial [PES] es un fenómeno científicamente establecido*
- 4. *Las percepciones visuales son acompañadas de una diminutas emisiones que salen de los ojos*
- 11. *La memoria humana funciona como una grabadora o videocámara y registra con precisión los hechos que experimentamos*
- 14. *La mayoría de las personas con amnesia olvidan todos los detalles de sus vidas anteriores*
- 17. *El rasgo definitorio de la dislexia es el hecho de invertir las letras*
- 43. *La mayoría de las personas mentalmente enfermas son violentas*
- 46. *Prácticamente todas las personas que confiesan ser culpables de un crimen lo han efectivamente cometido*
- 49. *Todas las psicoterapias efectivas obligan a la gente a buscar las causas “fundamentales” de sus problemas en la infancia*

Con la puntuación total no hubo diferencias estadísticamente significativas. Los valores de eta al cuadrado para las diferencias estadísticamente significativas oscilaron desde 0,028 hasta 0,064, lo que significa tamaños del efecto de medio bajos a moderados (Tabla 16).

Para la segunda forma de puntuación, en la que se transforman las puntuaciones en tres grupos (en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, y de acuerdo) se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. En doce mitos psicológicos el nivel de significación fue significativo. En 5 de ellos los rangos promedios más elevados, indicativos de una mayor mediana, eran de los varones, y en el resto lo fueron de las mujeres. Los ítems correspondientes a los de los varones han sido:

- 12. *La hipnosis es útil para recuperar el recuerdo de cosas que habíamos olvidado*
- 18. *Los estudiantes aprenden mejor cuando los estilos de enseñanza se adecuan a los estilos de aprendizaje*
- 26. *Una actitud positiva puede evitar el cáncer*
- 42. *Los ingresos en los hospitales psiquiátricos y el número de delitos aumentan cuando hay luna llena*
- 45. *Una gran proporción de criminales utiliza con éxito una defensa basada en una supuesta enajenación mental*

Y los de las mujeres:

- 3. *La percepción extrasensorial (PES) es un fenómeno científicamente bien establecido*
- 4. *Las percepciones visuales van acompañadas de unas diminutas emisiones que salen de los ojos*
- 11. *La memoria humana funciona como una grabadora o una videocámara y registra con precisión los hechos que experimentamos*
- 14. *La mayoría de las personas con amnesia olvidan todos los detalles de sus vidas anteriores*
- 17. *El riesgo definitorio de la dislexia es el hecho de invertir las letras*
- 43. *La mayoría de las personas mentalmente enfermas son violentas*

- 49. *Todas las psicoterapias efectivas obligan a la gente a buscar las causas “fundamentales” de sus problemas en la infancia*

La dirección de la diferencia puede verse en las columnas de los rangos promedios en la Tabla 17. Los valores mayores en ellos es indicativo del grupo más alto.

Índices de salud general

Con la prueba t de Student no se han dado diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en ninguna de las dimensiones, así como tampoco en la puntuación total del GHQ 28. Similarmente sucedió a nivel de los diferentes grupos formados con los cuartiles (véase las Tablas 18 y 19).

Tabla 16

Medias y desviaciones típicas en los mitos psicológicos, por sexo; prueba *t* de Student y valor de eta al cuadrado

Mito	Varones		Mujeres		<i>t</i>	<i>p</i>	Eta ²
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
1.	5,0909	1,94235	4,6364	1,68637	-1,343	0,181	0,011
2.	4,1818	2,03799	4,5379	1,57947	0,936	0,355	0,005
3.	3,2727	1,30558	3,8925	1,20593	2,597	0,010	0,040
4.	2,5152	1,43878	3,3118	1,48836	2,768	0,006	0,045
5.	5,6364	1,57754	6,1591	1,19688	1,780	0,082	0,019
6.	4,0909	1,33144	4,2273	1,64661	0,500	0,619	0,002
7.	5,3333	1,47196	5,5379	1,28648	0,793	0,429	0,004
8.	5,0909	1,28364	4,8485	1,33356	-0,941	0,348	0,005
9.	3,9394	1,73096	3,8319	1,63059	-0,334	0,738	0,001
10.	4,7576	1,50063	4,9242	1,29957	0,638	0,524	0,002
11.	3,7879	2,02728	4,6142	1,61861	2,175	0,035	0,028
12.	4,9091	1,30776	4,2652	1,45602	-2,317	0,022	0,032
13.	5,9697	1,18545	5,7197	1,30363	-1,003	0,318	0,006
14.	2,9394	1,83609	4,0076	1,59434	3,337	0,001	0,064
15.	3,8182	1,30993	3,6288	1,18131	-0,806	0,422	0,004
16.	4,4848	1,69781	4,9167	1,56801	1,392	0,166	0,012
17.	4,0000	1,62019	4,6790	1,48793	2,303	0,023	0,032
18.	6,0303	0,63663	5,8030	1,02219	-1,599	0,114	0,015
19.	4,7879	1,38649	4,6742	1,24481	-0,458	0,647	0,001
20.	4,9091	1,37758	5,1061	1,26163	0,787	0,432	0,004
21.	3,7273	1,46357	3,1970	1,59407	-1,736	0,084	0,018
22.	3,0909	1,64628	3,2803	1,63135	0,595	0,552	0,002
23.	3,0606	1,63820	3,0076	1,56535	-0,172	0,863	0,000
24.	4,2424	1,76830	4,4242	1,76099	0,530	0,597	0,002
25.	3,8182	1,72218	3,8485	1,43822	0,093	0,926	0,000
26.	3,9394	2,06063	3,0909	1,73185	-2,420	0,017	0,035
27.	3,8788	1,86677	4,1212	1,71224	0,714	0,476	0,003
28.	3,5455	2,18075	3,8561	1,94243	0,801	0,424	0,004
29.	3,5758	1,65888	3,9091	1,64133	1,041	0,299	0,007
30.	4,6061	1,47774	4,7879	1,39809	0,661	0,510	0,003
31.	4,0303	1,61022	3,8561	1,68121	-0,537	0,592	0,002
32.	3,2424	1,80330	3,1742	1,49041	-0,225	0,822	0,000
33.	5,6667	1,10868	5,7273	1,11267	0,280	0,780	0,000
34.	5,7273	0,94448	5,5833	1,17896	-0,651	0,516	0,003
35.	4,5455	1,43812	5,0152	1,37583	1,738	0,084	0,018
36.	5,3333	1,36168	4,9773	1,31036	-1,385	0,168	0,012
37.	4,4242	1,50063	4,3712	1,23811	-0,211	0,833	0,000
38.	3,3030	1,70449	3,2652	1,61510	-0,119	0,905	0,000
39.	3,6364	1,72877	4,1765	1,68726	1,637	0,104	0,016
40.	3,0909	1,48668	3,3030	1,45644	0,745	0,457	0,003
41.	3,6364	1,22010	3,7803	1,09345	0,661	0,510	0,003
42.	2,8788	1,83299	2,0758	1,26383	-2,379	0,022	0,034
43.	2,2121	1,13901	2,9015	1,48715	2,485	0,014	0,037
44.	6,0000	1,11803	5,6515	1,18505	-1,528	0,129	0,014
45.	5,4848	1,27772	5,2348	1,19068	-1,063	0,289	0,007
46.	3,7879	1,93258	4,5227	1,61324	2,246	0,026	0,030
47.	4,0000	1,98431	3,9470	1,52993	-0,143	0,887	0,000
48.	4,2727	1,77258	3,6617	1,48788	-1,826	0,075	0,020
49.	3,8788	1,29319	4,6818	1,25594	3,266	0,001	0,061
50.	5,3939	1,32144	5,0758	1,34005	-1,223	0,223	0,009
Total	211,5758	26,20953	215,8267	22,26881	0,946	0,346	0,005

Tabla 17

Valores de la *U* de Mann-Whitney, *z*, significación, rangos promedio en cada uno de los mitos psicológicos en función del sexo

Mito	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	Rango promedio	
				varones	mujeres
3.	1699,00	-2,159	0,031	68,48	86,63
4.	1711,00	-2,086	0,037	68,85	86,54
11.	1724,50	-2,135	0,033	69,26	86,44
12.	1628,50	-2,468	0,014	99,65	78,84
14.	1718,50	-2,027	0,043	69,08	86,48
17.	1611,00	-2,517	0,012	65,82	87,30
18.	1914,00	-2,097	0,036	91,00	81,00
26.	1695,50	-2,195	0,028	97,62	79,34
42.	1558,50	-3,264	0,001	101,77	78,31
43.	1812,50	-1,973	0,048	71,92	85,77
45.	1821,50	-1,978	0,048	93,80	80,30
49.	1411,00	-3,504	< 0,001	59,76	88,81

Tabla 18

Valores de la prueba de Levene y de la *t* de Student al comparar las medias en las distintas dimensiones y en la puntuación total del GHQ 28, en función del sexo

	Varones		Mujeres		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>ME</i>	<i>DE</i>		
Síntomas somáticos	4,4848	3,25117	5,2770	3,52019	1,173	0,242
Ansiedad e insomnio	4,4848	4,66450	4,9015	4,31376	0,488	0,626
Disfunción social	6,1515	2,67069	5,6591	2,29114	-1,067	0,287
Depresión grave	1,4848	2,57538	1,3409	2,64093	-0,281	0,779
GHQ 28 total	16,6061	9,43709	17,1785	9,85796	0,301	0,764

Tabla 19

Valores de la *t* de Student al comparar las medias de las dimensiones y de la puntuación total del GHQ en cada uno de los cuartiles en función del sexo

	Cuartil 1		Cuartil 2		Cuartil 3		Cuartil 4	
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
A	1,719	0,093	-1,824	0,075	1,300	0,202	1,006	0,321
B	0,817	0,419	0,417	0,679	0,115	0,909	-0,447	0,657
C	-2,194	0,034	-1,242	0,221	-0,479	0,634	0,338	0,738
D	0,842	0,405	-0,271	0,788	-1,188	0,242	-0,077	0,939
Total	-0,976	0,335	-2,774	0,008	0,391	0,698	0,237	0,814

Notas. A = Síntomas somáticos. B = Ansiedad e insomnio. C = Disfunción social. D = Depresión grave. Total = puntuación total en el GHQ 28.

Análisis del primer curso de grado de Psicología en función de otras variables²⁴

Análisis del primer curso de grado de Psicología en función de si en el pasado, ¿ha acudido alguna vez a un psicólogo?

En función de si el sujeto respondió sí o no a esta cuestión, en cuanto al tema de lecturas, no se han hallado diferencias estadísticamente significativas, ni en lo que se refiere a divulgación científica ni a autoayuda. Lo mismo hay que decir en relación con la valoración de la Psicología, tanto a la creencia de su eficacia como en su grado de científicidad.

En el grupo de autovaloraciones sí han surgido dos diferencias estadísticamente significativas utilizando la prueba *t* de Student; una, en la salud, en general, autopercibida ($t = 2,117$; $p = 0,036$) y, otra, en el nivel de estrés autopercibido ($t = -3,372$; $p < 0,001$). En el primer caso, el valor de la media más alto fue para aquellos que manifestaron que no habían acudido al psicólogo previamente ($M = 4,20$; $DE = 0,64$ frente a $M = 3,96$; $DE = 0,71$). En el caso del estrés fue al contrario; indicaron un mayor nivel de estrés los que sí habían acudido al psicólogo ($M = 2,34$; $DE = 0,75$ frente a $M = 2,84$; $DE = 0,85$). La eta al cuadrado para el ítem de salud, en general, fue de 0,027 (tamaño del efecto pequeño) y, para el de estrés, 0,065, moderado.

Por otro lado, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en Fuentes de Información en los siguientes ítems:

- 2. *Los libros de divulgación de Psicología*
- 3. *Los libros de autoayuda de Psicología*
- 15. *La experiencia directa personal, mis propias circunstancias*
- 18. *La experiencia personal a través de un trabajo [remunerado o no] que ha tenido o tiene que ver con la Psicología*

²⁴ Dada la baja frecuencia de participantes que respondieron afirmativamente a las preguntas 3 a 6 se ha desistido de hacer comparaciones entre las medias de aquellos que respondieron sí con respecto a los que contestaron no.

- 19. *La información o conversaciones con profesionales de la Psicología*
- 20. *La información o conversaciones con profesionales de la Psiquiatría*

También en la puntuación media total hubo diferencias estadísticamente significativas. En todos los casos los valores fueron superiores en aquellos que manifestaron haber acudido a un psicólogo. Eta al cuadrado osciló entre 0,027 y 0,169. Como puede observarse en la Tabla 20, se ha dado un tamaño del efecto pequeño (ítem 2); uno medio bajo (ítem 18); tres moderados (ítems 3 y 20 y puntuación total); uno, prácticamente grande (ítem 19); y uno grande (ítem 15).

En relación con los mitos psicológicos tan solo se han dado tres diferencias estadísticamente significativas, en los ítems:

- 16. *Si no está seguro de sus respuestas al someterse a un test, lo mejor es guiarse intuitivamente por la corazonada inicial*
- 38. *Solamente las personas profundamente deprimidas se suicidan*
- 41. *Últimamente se ha producido una epidemia masiva de autismo infantil*

En los tres casos, la mayor puntuación era de aquellos que habían respondido el no acudir al psicólogo. Los tamaños del efecto fueron medio bajos (0,051; 0,052 y 0,027; respectivamente (Tabla 20).

Con los tres niveles, aparecieron diferencias estadísticamente significativas con la U de Mann-Whitney en los mitos:

- 6. *Hacer escuchar a los bebés música de Mozart mejora su inteligencia*
- 16. *Si no está seguro de sus respuestas al someterse a un test, lo mejor es guiarse intuitivamente por la corazonada inicial*
- 38. *Solamente las personas profundamente deprimidas se suicidan*

El rango promedio fue superior para aquellos que habían acudido al psicólogo frente a los que no en el mito 6 (78,53 frente a 94,91) y en los otros dos al contrario,

superiores en los que no había acudido: 87,85 frente a 70,07 y 87,92 frente a 69,88, para el mito 16 y el 38, respectivamente (véase Tabla 21).

Tabla 20

Diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de diversas variables en función de haber ido o no al psicólogo

	Acudir al psicólogo		No acudir al psicólogo		<i>t</i>	<i>p</i>	Eta ²
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
Ítem 12	3,9556	0,70568	4,2000	0,64300	2,117	0,036	0,027
Ítem 18	2,8444	0,85162	2,3374	0,74797	-3,732	<0,001	0,065
FI 2	0,9111	0,84805	0,6167	0,77982	-2,109	0,037	0,027
FI 3	1,1556	1,08619	0,5583	0,82804	-3,342	0,001	0,064
FI 15	2,6444	0,60886	1,8845	1,04689	-5,766	<0,001	0,169
FI 18	1,1280	1,23692	0,5917	1,01663	-2,598	0,011	0,040
FI 19	1,9778	1,11781	1,0667	1,04305	-4,900	<0,001	0,128
FI 20	0,8667	1,12006	0,2167	0,62421	-3,684	0,001	0,077
FI total	27,2304	9,24317	21,8034	8,77382	-3,487	0,001	0,069
Mito 16	4,2444	1,68085	5,0500	1,51658	2,949	0,004	0,051
Mito 38	2,6667	1,55212	3,5000	1,60357	2,999	0,003	0,052
Mito 41	3,4222	1,27009	3,8750	1,03358	2,140	0,036	0,027
Síntomas somáticos	6,1556	4,07852	4,7297	3,14853	-2,120	0,038	0,027
Depresión grave	2,3778	3,95594	0,9917	1,77516	-2,266	0,028	0,031
GHQ 28 total	20,2667	13,00594	15,8630	7,94496	-2,127	0,038	0,027

Notas. Ítem 12 = En general, ¿cómo considera que es su salud? Ítem 18 = En general, ¿cuánto estrés cree o considera que tiene? FI 2: ítem 2 (*Los libros de divulgación de la Psicología*). FI 3: ítem 3 (*Los libros de autoayuda de Psicología*). FI 15: ítem 15 (*La experiencia directa personal, mis propias circunstancias*). FI 18: ítem 18 (*La experiencia personal a través de un trabajo [remunerado o no] que ha tenido o tiene que ver con la Psicología*). FI 19: ítem 19 (*La información o conversaciones con profesionales de la Psicología*). FI 20: ítem 20 (*La información o conversaciones con profesionales de la Psiquiatría*). Mito 16: mito psicológico n.º 16 (*Si no está seguro de sus respuestas al someterse a un test, lo mejor es guiarse intuitivamente por la corazonada inicial*). Mito 38: mito psicológico n.º 38 (*Solamente las personas profundamente deprimidas se suicidan*). Mito 41: mito psicológico n.º 41 (*Últimamente se ha producido una epidemia masiva de autismo infantil*). Síntomas somáticos: dimensión Síntomas somáticos del GHQ 28. Depresión grave: dimensión Depresión grave del GHQ 28. GHQ 28 total: puntuación total media del GHQ 28.

En el GHQ-28 se han obtenido tres diferencias estadísticamente significativas: en Síntomas somáticos ($t = -2,120$; $p = 0,038$), Depresión grave ($t = -2,266$; $p = 0,028$) y la puntuación total ($t = -2,127$; $p = 0,038$). La puntuación mayor correspondió a los que sí habían acudido al psicólogo con anterioridad. Los tamaños del efecto tendieron a ser pequeños (véase Tabla 20).

Tabla 21

Valores de la U de Mann-Whitney, z, significación, rangos promedio en cada uno de los mitos psicológicos en función de asistencia al psicólogo

Mito	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	Rango promedio asistencia	Rango promedio no asistencia
6	2164,00	-2,106	0,035	94,91	78,53
16	2118,00	-2,635	0,008	70,07	87,85
38	2109,50	-2,469	0,014	69,88	87,92

Notas: mito 6: Hacer escuchar a los bebés música de Mozart mejora su inteligencia; mito 16: Si no está seguro de sus respuestas al someterse a un test, lo mejor es guiarse intuitivamente por la corazonada inicial. Mito 38: Solamente las personas profundamente deprimidas se suicidan.

Análisis del primer curso de grado de Psicología en función de si ha leído o lee libros o revistas de divulgación de Psicología

En función de si se ha leído o se leen libros o revistas de divulgación de Psicología en el aspecto de asistencia a servicios o tratamientos de Psicología o Psiquiatría no han aparecido diferencias estadísticamente significativas.

Por lo que respecta a la frecuencia de lectura de libros o revistas de autoayuda de Psicología, los que indicaron que habían leído o leían de divulgación tuvieron una media mayor ($M = 5,50$; $DE = 3,14$) diferente estadísticamente significativa ($t = - 8,081$; $p < 0,001$) frente a los que no indicaron esta opción ($M = 1,42$; $DE = 2,60$). Eta al cuadrado fue de 0,286; un tamaño del efecto grande.

En cuanto a la valoración de la Psicología, en el primer ítem, referido a la creencia de eficacia de la Psicología, se dio, prácticamente, una diferencia estadísticamente significativa al nivel de $p = 0,05$, en función de esta variable ($t = - 1,993$; $p = 0,050$), con una mayor puntuación por parte de los que afirmaron haber leído o que leían libros o revistas de divulgación frente a los que no ($M = 3,70$; $DE = 0,77$; frente a $M = 3,52$; $DE = 0,54$, respectivamente). En el caso del ítem sobre la científicidad no surgió diferencia significativa.

En relación con las autovaloraciones, surgió una diferencia estadísticamente significativa en el ítem de felicidad autopercebida ($t = - 2,761$; $p = 0,006$) con una media superior en los que señalaron el sí frente a los que lo hicieron en el no ($M = 3,64$; $DE = 0,81$; frente a $M = 3,28$; $DE = 0,70$, respectivamente). Eta al cuadrado ha sido 0,045, un valor medio bajo. Por otro lado, en el ítem referido a la salud en general autopercebido casi hubo diferencia estadísticamente significativa ($t = - 1,963$; $p = 0,051$). También con mayor media los del sí frente a los del no ($M = 4,20$; $DE = 0,60$; frente a $M = 3,98$; $DE = 0,80$, respectivamente).

En Fuentes de Información, siempre con mayor puntuación los que habían leído o leían, aparecieron diferencias estadísticamente significativas en los ítems:

- 1. *Los libros científicos de Psicología*
- 2. *Los libros de divulgación de Psicología*
- 4. *Las revistas científicas de Psicología*
- 5. *Las revistas de divulgación de Psicología*

Los valores de eta al cuadrado fueron 0,055; 0,164; 0,113 y 0,174; tamaños del efecto, prácticamente, grandes con excepción del primero que es moderado.

Asimismo, en la puntuación total de la escala. La eta al cuadrado fue de 0,044 (valor medio bajo).

Con una puntuación menor los del sí, aparecieron diferencias estadísticamente significativas en los mitos, con el primer sistema de puntuación, en:

- 14. *La mayoría de las personas con amnesia olvidan todos los detalles de sus vidas anteriores)*
- 47. *El juicio y la intuición de un experto son los mejores métodos para la toma de decisiones clínicas*

Los valores de eta cuadrado han sido pequeños (0,028 y 0,027, respectivamente).

Con la recodificación, tan solo en el mito 3 (*La percepción extrasensorial [PES] es un fenómeno científicamente bien establecido*). El valor de la U de Mann-Whitney fue de 2314,500; el de z, - 2,199; y el nivel de significación igual a 0,028. El rango promedio de los que sí habían contestado que sí a la lectura de divulgación de Psicología fue de 78,21 y, de los que no, 94,21.

También, con una puntuación menor los del sí en la dimensión Disfunción social del GHQ 28. El valor de eta al cuadro ha sido algo pequeño (0,030) (véase Tabla 22).

Tabla 22

Diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de diversas variables en función si se han leído o se leen libros o revistas de divulgación de Psicología

	Leer divulgación Psicología		No leer divulgación Psicología		<i>t</i>	<i>p</i>	Eta ²
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
Ítem 8.2	5,5043	3,13546	1,4200	2,59584	-8,081	< 0,001	0,286
Ítem 15	3,6435	0,80776	3,2800	0,70102	-2,761	0,006	0,045
FI 1	0,6957	0,79664	0,3600	0,56279	-3,083	0,003	0,055
FI 2	0,8783	0,84964	0,2800	0,49652	-5,651	0,001	0,164
FI 4	0,5954	0,69745	0,2000	0,40406	-4,568	< 0,001	0,113
FI 5	0,7615	0,83057	0,1800	0,43753	-5,866	< 0,001	0,174
FI total	24,5566	9,04403	20,3553	8,97162	-2,749	0,007	0,044
Mito 14	3,6087	1,65727	4,2200	1,65727	2,153	0,033	0,028
Mito 47	3,7826	1,61018	4,3600	1,60051	2,121	0,035	0,027
Disfunción social	5,4870	2,73966	6,3800	2,73966	2,250	0,026	0,030

Notas. Ítem 8.2: ¿Con qué frecuencia lee libros o revistas de autoayuda? Ítem 15: felicidad autopercebida. FI 1: ítem 1 (*Los libros científicos de Psicología*) de Fuentes de Información. FI 2: ítem 2 (*Los libros de divulgación de Psicología*) de Fuentes de Información. FI 4: ítem 4 (*Las revistas científicas de Psicología*) de Fuentes de Información. FI 5: ítem 5 (*Las revistas de divulgación de Psicología*) de Fuentes de Información. FI puntuación total: puntuación total media en Fuentes de Información. Mito 14: mito psicológico n.º 14 (*La mayoría de las personas con amnesia olvidan todos los detalles de sus vidas anteriores*). Mito 47: mito psicológico n.º 47 (*El juicio y la intuición de un experto son los mejores métodos para la toma de decisiones clínicas*). Disfunción social: dimensión Disfunción social del GHQ 28.

Análisis del primer curso de grado de Psicología en función de si ha leído o lee libros o revistas de autoayuda

En el apartado de asistencia y uso de servicios psicológicos o psiquiátricos sólo aparece una asociación estadísticamente significativa, entre el ítem 5 y el haber leído o leer libros o revistas de autoayuda. No obstante, este dato se desecha porque los subgrupos formados eran muy pequeños (1 frente a 11) y, además, uno de ellos tan solo contenía a un sujeto.

Similarmente a lo obtenido con la variable anterior, los que respondieron que sí al preguntársele sobre la lectura de autoayuda tuvieron una media más alta que los que contestaron que no en la lectura de libros o revistas de divulgación científica ($M = 5,86$; $DE = 2,72$; los que sí, frente a $M = 1,97$; $DE = 2,92$; los que no; $t = - 8,582$; $p < 0,001$). Eta al cuadrado tuvo valor de 0,311, un tamaño del efecto grande.

Por otra parte, ni en la valoración de la Psicología ni en las autovaloraciones aparecieron diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a las fuentes de información en los ítems:

- 2. *Los libros de divulgación de Psicología*
- 3. *Los libros de autoayuda de Psicología*
- 4. *Las revistas científicas de Psicología*
- 5. *Las revistas de divulgación de Psicología*
- 18. *La experiencia personal a través de un trabajo (remunerado o no), que ha tenido que ver con la Psicología*

Asimismo, con mayor puntuación media los del sí, en la suma total de Fuentes de Información. Los valores de eta al cuadrado fueron, respectivamente, 0,031; 0,334; 0,046; 0,029; 0,030; y 0,032. Como puede observarse el único tamaño del efecto grande es el del ítem 3 (*Los libros de autoayuda de Psicología*).

Por otra parte, con una puntuación menor aquellos que habían leído o leen libros o revistas de autoayuda con respecto a los que no en los mitos psicológicos, con el primer sistema de cuantificación:

- 19. *La hipnosis es un estado de “trance” excepcional con una naturaleza diferente al estado de vigilia*
- 24. *La felicidad de una persona viene principalmente determinada por circunstancias externas*

El mito psicológico 16 (*Si uno no está seguro de sus respuestas al someterse a un test, lo mejor es guiarse intuitivamente por la corazonada inicial*) estuvo próximo a alcanzar una significación igual a 0,50 ($t = 1,964$; $p = 0,051$), con una mayor puntuación los que respondieron no (véase Tabla 23).

Con la recodificación de las puntuaciones de los mitos surgieron significaciones estadísticas por debajo de 0,05 únicamente en dos mitos psicológicos, en el 10 (*En la fase terminal de la vida, las personas pasan por una serie universal de etapas psicológicas*) y en el 35 (*La forma en que reacciona una persona ante una simple mancha de tinta nos dice mucho acerca de la personalidad*). Los valores estadísticos, respectivamente han sido: U de Mann-Whitney = 2595,00; $z = - 2,103$; $p = 0,035$; y U de Mann-Whitney = 2568,00, $z = - 2,517$; $p = 0,012$. El rango promedio en relación con el mito 10 fue de 77,98 para los que se pronunciaron por el sí y de 92,02 para los que se pronunciaron por el no.; por lo que respecta al mito 35, respectivamente, fue de 77,73 y 92,47.

En cuanto a los resultados del GHQ 28 no aparecieron diferencias estadísticamente significativas ni en las dimensiones ni en la puntuación total (véase Tabla 24).

Tabla 23

Diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de diversas variables en función de si se han leído o se leen libros o revistas de autoayuda

	Leer autoayuda		No leer autoayuda		<i>t</i>	<i>p</i>	Eta ²
	Media	DT	Media	DT			
Ítem 7.2	5,8585	2,71658	1,9661	2,92413	-8,582	<0,001	0,311
FI 2	0,8019	0,78582	0,5085	0,81733	-2,266	0,025	0,031
FI 3	1,0660	0,98821	0,1017	0,35695	-9,043	<0,001	0,334
FI 4	0,5705	0,70186	0,3051	0,50015	-2,816	0,006	0,046
FI 5	0,6846	0,78462	0,4068	0,74553	-2,219	0,028	0,029
FI 18	0,8751	1,14394	0,4915	0,98913	-2,255	0,026	0,030
FI total	24,5002	9,13994	21,0976	8,97633	-2,307	0,022	0,032
MPS 19	4,5377	1,29596	4,9831	1,18163	2,182	0,031	0,028
MPS 24	4,1792	1,75009	4,7627	1,72546	2,063	0,041	0,025

Notas. Ítem 7.2: ¿Con qué frecuencia lee libros o revistas de divulgación de Psicología? FI 2: ítem 2 (*Los libros de divulgación de Psicología*) de Fuentes de Información. FI 3: ítem 3 (*Los libros de autoayuda de Psicología*) de Fuentes de Información. FI 4: ítem 4 (*Las revistas científicas de Psicología*) de Fuentes de Información. FI 5: ítem 5 (*Las revistas de divulgación de Psicología*) de Fuentes de Información. FI 18: ítem 18 (*La experiencia personal a través de un trabajo [remunerado o no], que ha tenido o tiene algo que ver con la Psicología*). FI total: puntuación total media en Fuentes de Información. Factor I. MPS 19: mito psicológico n.º 19 (*La hipnosis es un estado “de trance” excepcional de una naturaleza diferente al estado de vigilia*). MPS 24: mito psicológico n.º 24 (*La felicidad de una persona viene principalmente determinada por circunstancias externas*).

Tabla 24

Medias y desviaciones típicas en el GHQ 28 de primero de Psicología, prueba t de Student y nivel de significación en función de si se ha leído o no literatura de autoayuda

	Leer autoayuda		No leer autoayuda		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Síntomas somáticos	5,1091	3,35117	5,1356	3,71139	0,047	0,963
Ansiedad e insomnio	4,9057	4,39378	4,6610	4,37316	-0,343	0,732
Disfunción social	5,6509	2,01444	5,9492	2,91502	0,698	0,487
Depresión grave	1,4528	2,73646	1,2203	2,41452	-0,545	0,587
GHQ 28 total	17,1185	9,59574	16,9661	10,10286	-0,096	0,924

Análisis del primer curso de grado de Psicología en función de los índices de salud general

La muestra de sujetos se dividió en cuatro subgrupos a partir de los percentiles 25, 50 y 75 del GHQ 28. Con respecto al bloque de asistencia y uso de servicios psicológico y psiquiátricos no se aplicó ninguna técnica por el bajo número de participantes en cada subgrupo formado. Por otra parte, no aparecieron asociaciones estadísticamente significativas entre haber leído o leer libros de divulgación de Psicología y la pertenencia a los cuartiles del GHQ 28. Tampoco si era en relación con la autoayuda. Igualmente, en la frecuencia de lectura de ambos tipos de literatura. Esto se repitió con la valoración de la Psicología.

En lo que sigue, cuando han sido necesarias pruebas post-hoc se han utilizado Tukey, cuando había homogeneidad de las varianzas, y, Games-Howell, cuando no

Utilizando ANOVA sí se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en todos los ítems, de las autovaloraciones:

- 12. *salud, en general, autopercebida*
- 13. *salud física autopercebida*
- 14. *salud psicológica autopercebida*
- 15. *felicidad autopercebida*
- 16. *satisfacción con la vida autopercebida*
- 17. *optimismo autopercebido*
- 18. *estrés autopercebido*

En todos los casos, las medias van descendiendo del cuartil 1 al 4 (véase Tabla 25). En las autovaloraciones de la salud general, salud física, salud psicológica, felicidad, satisfacción vital y optimismo, a menor cuartil mayor puntuación media. En la autovaloración del estrés la relación es positiva; i. e., a menor cuartil, menor puntuación media y a mayor cuartil, mayor puntuación media

Por otro lado, también en los ítems de Fuentes de Información:

- 5. *Las revistas de divulgación de Psicología*
- 6. *Otras revistas*
- 18. *La experiencia personal a través de un trabajo [remunerado o no], que ha tenido o tiene algo que ver con la Psicología*
- 19. *La información o conversaciones con profesionales de la Psicología*
- 20. *La información o conversaciones con profesionales de la Psiquiatría*

En la puntuación total también se apreció diferencias estadísticamente significativas. En este caso las diferencias estadísticamente significativas siempre han sido entre uno de los tres primeros grupos con respecto al cuarto y este último siempre ha tenido una media superior, con excepción del ítem 5 que la ha presentado entre el 2 y el 3; y el 3 y el 4, siendo en el primer caso mayor la puntuación del ítem 2. Los tamaños del efecto han sido moderadamente altos (Tabla 25).

En cuanto a los mitos psicológicos, se han dado diferencias estadísticamente significativas en los siguientes:

- 14. *La mayoría de las personas con amnesia olvidan todos los detalles de sus vidas anteriores*
- 24. *La felicidad de una persona viene principalmente determinada por circunstancias externas*
- 26. *Una actitud positiva puede evitar el cáncer*
- 34. *La mayoría de personas que han sido víctimas de abusos sexuales en la infancia desarrollan graves alteraciones de personalidad en la adultez*
- 47. *El juicio y la intuición de un experto son los mejores métodos para la toma de decisiones clínicas*
- 49. *Todas las psicoterapias efectivas obligan a la gente a buscar las causas “fundamentales” de sus problemas en la infancia*

Salvando el número 26, a mayor cuartil, mayor puntuación media (Tabla 25).

Con el mito psicológico *La forma en que reacciona una persona ante una simple mancha de tinta nos dice mucho acerca de la personalidad* el valor de F fue, prácticamente, significativo ($F = 2,639, p = 0,051$).

Se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas con el segundo sistema de puntuación; esto es, cuando se han reducido las puntuaciones a tres, considerando si había respondido en algún grado a estar en desacuerdo con el mito, ni en desacuerdo ni de acuerdo o de acuerdo. El valor de la chi-cuadrado obtenido ha sido de 138,820, con una $p < 0,001$. Las puntuaciones medias aumentaban del cuartil 1 al 4 (106,26; 108,98; 110,90, y 113,66, respectivamente). Para analizar qué grupos diferían entre sí se empleó la prueba de Mann-Whitney para dos muestras independientes, pero acompañándose de la corrección de Bonferroni, con el fin de controlar la tasa de error (la probabilidad de cometer errores tipo I). Esta corrección supone si se adopta un nivel de significación de 0,05 dividirlo por el número de comparaciones a realizar. En este caso, eran seis tomadas de dos en dos (1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4 y 3-4). Por tanto, se tomarán las decisiones a partir de un nivel de significación de $0,05/6$, que es igual a 0,0083 (Pardo & Ruiz, 2002). Aplicando este criterio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ningún grupo.

Tabla 25

Diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de diversas variables en función del grupo de pertenencia a partir de los cuartiles del GHQ 28

	<i>F</i>	<i>p</i>	Grupos	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Eta</i> ²
Ítem 12	11,027	<0,001	1-3	4,4048-3,9000	0,49680-0,67178	0,170
			1-4	4,4048-3,7895	0,49680-0,74100	
			2-3	4,3778-3,9000	0,53466-0,67178	
			2-4	4,3778-3,7895	0,53466-0,74100	
Ítem 13	6,214	0,001	2-3	4,0667-3,6250	0,44721-0,70484	0,293
			2-4	4,0667-3,6053	0,44721-0,71809	
Ítem 14	22,311	<0,001	1-3	4,1905-3,8000	0,45468-0,60764	0,211
			1-4	4,1905-3,1579	0,45468-0,13871	
			2-4	4,1556-3,1579	0,60135-0,13871	
Ítem 15	14,355	<0,001	1-3	3,9524-3,3500	0,66083-0,76962	0,166
			1-4	3,9524-3,0000	0,66083-0,77110	
			2-3	3,7556-3,3500	0,64511-0,76962	
			2-4	3,7556-3,0000	0,64511-0,77110	
Ítem 16	10,677	<0,001	1-3	3,9524-3,3000	0,76357-0,82275	0,084
			1-4	3,9524-3,0789	0,76357-0,85049	
			2-3	3,7778-3,3000	0,82275-0,82275	
			2-4	3,7778-3,0789	0,82275-0,85049	
Ítem 17	4,909	0,003	1-3	3,6429-2,9500	0,82111-1,10824	0,223
			1-4	3,6429-2,9211	0,82111-1,09992	
Ítem 18	15,354	<0,001	1-2	2,0000-2,3778	0,58438-0,61633	0,223
			1-3	2,0000-2,5121	0,58438-0,74669	
			1-4	2,0000-3,0789	0,58438-0,81809	
			2-4	2,3778-3,0789	0,61633-0,81809	
			3-4	2,5121-3,0789	0,74669-0,81809	
FI 5	2,664	0,050	2-3	0,7111-0,3000	0,84267-0,51640	0,047
			3-4	0,3000-0,7255	0,51640-0,79393	
FI 6	3,442	0,018	1-4	0,5714-1,1011	0,63025-1,00856	0,060
FI 18	5,227	0,002	1-4	0,5238-1,3358	0,89000-1,26032	0,089
			2-4	0,5778-1,3358	1,07638-1,26032	
			3-4	0,5750-1,3358	1,00989-1,26032	
FI 19	2,822	0,041	1-4	1,0952-1,7632	0,95788-1,19536	0,050
FI 20	5,629	0,001	1-4	0,1667-0,8421	0,48973-1,21980	0,095
			3-4	0,2250-0,8421	0,53048-1,21980	
FI total	5,214	0,002	1-4	21,4228-28,2194	7,71185-9,94359	0,089
			2-4	22,4222-28,2194	9,53341-9,94359	
			3-4	21,5170-28,2194	8,09959-9,94359	

(Continúa)

Tabla 25 (Continuación)

Diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de diversas variables en función del grupo de pertenencia a partir de los cuartiles del GHQ 28

	<i>F</i>	<i>p</i>	Grupos	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Eta</i> ²
MPS 14	2,933	0,035	1-4	3,1905-4,2632	1,74241-1,71927	0,052
MPS 24	5,088	0,002	1-3	3,7143-4,9500	1,68618-1,70895	0,087
			1-4	3,7143-4,8684	1,68618-1,61364	
MPS 26	3,192	0,025	3-4	3,8250-2,7105	1,79583-1,62594	0,056
MPS 34	4,790	0,003	1-4	5,2619-6,1053	1,08334-0,79829	0,082
			3-4	5,3750-6,1053	1,39021-0,79829	
MPS 47	3,032	0,031	1-4	3,4286-4,5000	1,54829-1,63987	0,053
MPS 49	3,517	0,017	1-3	3,9762-4,7250	1,37021-1,03744	0,061
			1-4	3,9762-4,7632	1,37021-1,28261	

Notas. Ítem 12: salud general autopercibida. Ítem 13: salud física autopercibida. Ítem 14: salud psicológica autopercibida. Ítem 15: felicidad autopercibida. Ítem 16: satisfacción vital autopercibida. Ítem 17: optimismo autopercibido. Ítem 18: estrés autopercibido. FI 5: ítem 5 (*Las revistas de divulgación de Psicología*) de Fuentes de Información. FI 6: ítem 6 (*Otras revistas*) de Fuentes de Información. FI 18: ítem 18 (*La experiencia personal a través de un trabajo [remunerado o no], que ha tenido o tiene algo que ver con la Psicología*). FI 19: ítem 19 (*La información o conversaciones con profesionales de la Psicología*). FI 20: ítem 20 (*La información o conversaciones con profesionales de la Psiquiatría*). FI total: puntuación total media en Fuentes de Información. MPS 14: mito psicológico n.º 14 (*La mayoría de las personas con amnesia olvidan todos los detalles de sus vidas anteriores*). Mito 24: mito psicológico n.º 24 (*La felicidad de una persona viene principalmente determinada por circunstancias externas*). Mito 26: mito psicológico n.º 26 (*Una actitud positiva puede evitar el cáncer*). Mito 34: mito psicológico n.º 34 (*La mayoría de personas que han sido víctimas de abusos sexuales en la infancia desarrollan graves alteraciones de personalidad en la adultez*). Mito 47: mito psicológico n.º 47 (*El juicio y la intuición de un experto son los mejores métodos para la toma de decisiones clínicas*). Mito 49: mito psicológico n.º 49 (*Todas las psicoterapias efectivas obligan a la gente a buscar las causas “fundamentales” de sus problemas en la infancia*).

Análisis del primer curso de grado de Psicología como muestras relacionadas

Diferencias en valoración de la Psicología

Se han comparado los dos ítems referidos a la valoración de la Psicología. La media para la pregunta *¿Cree que la Psicología es eficaz en la resolución de problemas psicológicos?* ha sido de 3,64 ($DE = 0,49$), un valor mayor que la que resulta en *¿Considera que la Psicología es una disciplina científica?* (media = 3,36; $DE = 0,64$). Llevado a cabo un análisis de comparación de medias para muestras relacionadas con este par de ítems, la t alcanza un valor de 4,803, con una $p < 0,001$. Por tanto, se puede rechazar la hipótesis de nulidad y concluir que el promedio de la creencia en la eficacia de la Psicología a la hora de resolver problemas psicológicos es mayor de manera estadísticamente significativa que la consideración de la misma como disciplina científica. Sin embargo, el tamaño del efecto es muy pequeño ($\eta^2 = 0,006$).

Diferencias en autovaloraciones

Por otra parte, también ha habido interés en conocer si se daba o no una mejor o peor valoración de su salud física frente a la salud psicológica autopercibidas (medias igual a 3,84, con una $DE = 0,66$, y 3,85, con una $DE = 0,75$, respectivamente) o viceversa. En este caso, no hubo diferencias estadísticamente significativas. Se obtuvo una t de Student para muestras relacionadas igual a - 0,174 ($p = 0,862$).

Relaciones entre variables

A continuación se presentan los coeficientes de correlación de Pearson entre las variables edad, lecturas de libros o revistas de divulgación de Psicología y de autoayuda, valoración de la Psicología, autovaloraciones, Fuentes de Información, Mitos Psicológicos e índices de salud general. No se incluirán los relativos a los ítems individuales de Fuentes de Información y de Mitos Psicológicos. Tampoco, los coeficientes de las correlaciones entre los ítems de estos instrumentos (véase Tabla 26 y en los apéndices las Tablas 8 y 9, ordenadas según la segunda variable y el valor de r , respectivamente).

Variables sociodemográficas

Con edad no surgió ninguna correlación estadísticamente significativa

Lectura de libros o revistas de divulgación científica de Psicología o de autoayuda

En este caso fueron dos los coeficientes estadísticamente significativos. Por un lado, el ítem referido a la frecuencia de lectura de libros o revistas de divulgación científica de Psicología que correlacionó con el ítem que reflejaba la frecuencia de lectura de libros o revistas de autoayuda ($r = 0,627$; $p < 0,001$); y, por otro la primera de las variables citadas (frecuencia de lectura de divulgación científica) con el ítem de salud en general autopercibida ($r = 0,163$; $p = 0,037$).

Valoración de la Psicología

La creencia en la eficacia de la Psicología en la resolución de problemas psicológicos correlacionó de manera estadísticamente significativa con la consideración de que la misma es una disciplina científica ($r = 0,162$; $p = 0,038$), también con la salud en general autopercibida ($r = 0,183$; $p = 0,019$) y con la felicidad autopercibida ($r = 0,163$; $p = 0,036$).

En cuanto al ítem que preguntaba sobre el grado de científicidad de la Psicología, correlacionó de manera estadísticamente significativa con: 1) el ítem de salud física autopercebida ($r = 0,214$; $p = 0,006$); 2) de felicidad autopercebida ($r = 0,227$; $p = 0,003$); 3) de satisfacción vital autopercebida ($r = 0,190$; $p = 0,014$); 4) de optimismo autopercebido ($r = 0,244$; $p = 0,002$); 5) la dimensión Depresión grave, del GHQ 28, ($r = - 0,188$; $p = 0,015$); y 6) la puntuación total del GHQ 28 ($r = - 0,164$; $p = 0,036$). Estas dos últimas, como ha podido observarse, con valores negativos.

Previamente, se ha indicado la correlación estadísticamente significativa con el ítem de creencia en la eficacia de la Psicología.

Autovaloraciones

Salud en general autopercebida. Por lo que respecta a la salud general autopercebida, por un lado, se encontraron relaciones estadísticamente significativa con el ítem de salud física autopercebida ($r = 0,579$; $p < 0,001$); de salud psicológica autopercebida ($r = 0,331$; $p < 0,001$); de felicidad autopercebida ($r = 0,337$; $p < 0,001$); de satisfacción vital autopercebida ($r = 0,277$; $p < 0,001$); y de estrés autopercebido, esta última con un valor negativo, ($r = - 0,237$; $p = 0,002$). Por otro, también todas negativamente, las cuatro dimensiones (Síntomas somáticos, $r = - 0,359$; $p < 0,001$); Ansiedad e insomnio ($r = - 0,215$ $p = 0,006$); Disfunción social ($r = - 0,199$, $p = 0,010$); Depresión grave, $r = - 0,293$; $p < 0,001$) y la puntuación total del GHQ 28 ($r = - 0,352$; $p < 0,001$).

Las correlaciones citadas anteriormente con este ítem fueron con el ítem 7-2 y con el n.º 9.

Salud física autopercebida. El ítem de salud física autopercebida correlacionó, por un lado, de forma estadísticamente significativa con el de salud psicológica autopercebida ($r = 0,196$, $p = 0,012$) y de felicidad autopercebida ($r = 0,169$, $p = 0,030$); por otro, con valores negativos, con tres dimensiones del GHQ 28, Síntomas somáticos ($r = - 0,283$, $p < 0,001$), Ansiedad e insomnio ($r = - 0,155$, $p = 0,047$) y Depresión grave ($r = - 0,170$, $p = 0,029$); y, por último, con la puntuación total del GHQ 28 ($r = - 0,223$, $p = 0,004$).

Las correlaciones mencionadas antes fueron con el ítem de científicidad de la Psicología y con el de salud autopercebida, en general.

Salud psicológica autopercebida. Con este ítem aparecieron diversas correlaciones estadísticamente significativas. Las primeras con las otras autovaloraciones: 1) felicidad autopercebida ($r = 0,585, p < 0,001$), 2) satisfacción vital autopercebida ($r = 0,468, p < 0,001$), 3) optimismo autopercebido ($r = 0,434, p < 0,001$), y 4) estrés autopercebido, con valor negativo, ($r = - 0,362, p < 0,001$). Y, las segundas, de forma negativa, con todas las dimensiones del GHQ 28 (Síntomas somáticos, $r = - 0,341, p < 0,001$; Ansiedad e insomnio, $r = - 0,458, p < 0,001$; Disfunción social, $r = - 0,416, p < 0,001$; Depresión grave, $r = - 0,536, p < 0,001$) y la puntuación total en este instrumento ($r = - 0,572, p < 0,001$).

Las correlaciones ya indicadas han sido con el ítem de salud autopercebida en general y con el autovaloración de la salud física.

Felicidad autopercebida. De manera similar, correlacionó de manera estadísticamente significativa la felicidad autopercebida con la satisfacción vital autopercebida ($r = 0,654, p < 0,001$), con el optimismo autopercebido ($r = 0,482, p < 0,001$) y, negativamente, con el estrés autopercebido ($r = - 0,304, p < 0,001$). Asimismo, con valores negativos, con todas las dimensiones del GHQ 28 (Síntomas somáticos, $r = - 0,282, p < 0,001$; Ansiedad e insomnio, $r = - 0,397, p < 0,001$; Disfunción social, $r = - 0,385, p < 0,001$; y Depresión grave, $r = - 0,486, p < 0,001$); y con la puntuación total de la citada prueba ($r = - 0,503, p < 0,001$).

Las otras correlaciones señaladas antes fueron con los ítems creencia en la eficacia de la Psicología, grado de científicidad, salud autopercebida en general, autovaloración de la salud física y salud psicológica autopercebida.

Satisfacción vital autopercebida. Con este ítem aparecieron, por una parte, correlaciones estadísticamente significativas con el optimismo autopercebido ($r = 0,441, p < 0,001$) y, negativamente, con el de estrés autopercebido ($r = - 0,209, p = 0,007$). Por otra, asimismo con valores negativos, en cuanto al GHQ 28, con Síntomas somáticos (r

= - 0,232, $p = 0,003$), Ansiedad e insomnio ($r = - 0,345$, $p < 0,001$), Disfunción social ($r = - 0,327$, $p < 0,001$), Depresión grave ($r = - 0,456$, $p < 0,001$) y la puntuación total en el mismo ($r = - 0,440$, $p < 0,001$).

Las demás ya se reflejaron antes: con los ítems de científicidad de la Psicología, salud autopercebida en general, autovaloración de la salud psicológica y felicidad autopercebida.

Optimismo autopercebido. Esta variable, con valores negativos, correlacionó de forma estadísticamente significativa con el estrés autopercebido ($r = - 0,240$, $p = 0,002$), con las dimensiones del GHQ 28 (Ansiedad e insomnio, $r = - 0,223$, $p = 0,004$; Disfunción social, $r = - 0,229$, $p = 0,003$; y Depresión grave, $r = - 0,184$, $p = 0,018$), y con la puntuación total en este instrumento ($r = - 0,250$, $p = 0,001$).

Otras correlaciones indicadas previamente han sido con los ítems de científicidad de la Psicología, salud psicológica autopercebida, autovaloración de la felicidad y satisfacción vital autopercebida.

Estrés autopercebido. Con el estrés autopercebido se hallaron correlaciones estadísticamente significativas, por un lado, con la puntuación total de la Escala Fuentes de Información ($r = 0,298$, $p < 0,001$). Y, por último, con todas las dimensiones del GHQ 28 (Síntomas somáticos, $r = 0,367$, $p < 0,001$; Ansiedad e insomnio, $r = 0,423$, $p < 0,001$; Disfunción social, $r = 0,190$, $p = 0,015$; Depresión grave, $r = 0,301$, $p < 0,001$) y con la puntuación total ($r = 0,447$, $p < 0,001$).

Hubo otras correlaciones que anteriormente se han informado: con los ítems salud autopercebida en general, autovaloración de la salud psicológica, felicidad autopercebida, satisfacción vital autopercebida y autovaloración del optimismo.

Fuentes de Información. Con la puntuación total de este instrumento se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas con tres de las dimensiones del GHQ 28: Síntomas somáticos ($r = 0,262$, $p = 0,001$), Ansiedad e insomnio ($r = 0,262$, $p = 0,001$) y Depresión grave ($r = 0,239$, $p = 0,002$). Por otro lado, también con la puntuación global del GHQ 28 ($r = 0,267$, $p = 0,001$). En otro lugar anterior, también se

indicaron las correlaciones de esta puntuación con los ítems de creencia de eficacia de la Psicología y del nivel de estrés autopercebido.

Mitos Psicológicos. Hay que indicar que la puntuación total en los mitos psicológicos no correlacionó de forma estadísticamente significativa con ninguna de las variables habidas de la matriz de datos, salvo con dos ítems de la Escala de Fuentes de Información, el 14 (*La reflexión personal*) ($r = 0,189$; $p = 0,015$) y el 17 (*Un amigo [o varios] que no es psicólogo, psiquiatra o médico*) ($r = 0,176$; $p = 0,024$)²⁵.

Índices de salud general. Al margen de los coeficientes de correlación estadísticamente significativos entre las distintas dimensiones y entre éstas y la puntuación total en el GHQ 28, no se hallaron otras, con excepción de las detalladas anteriormente.

Las correlaciones estadísticamente significativas reflejadas previamente han sido las de Síntomas somáticos con los ítems de salud autopercebida en general, autovaloración de la salud física, salud psicológica autopercebida, felicidad autopercebida, autovaloración de la satisfacción vital y nivel de estrés autopercebido. También con la puntuación total de Fuentes de Información.

Los de Ansiedad e insomnio fueron con los ítems relativos a las autovaloraciones (salud en general, felicidad, etc., incluido el nivel de estrés autopercebido).

Por su parte, Disfunción social han sido con todos los ítems de las autovaloraciones, incluido el nivel de estrés autopercebido, con excepción del de salud física.

En cuanto a Depresión grave como se especificó anteriormente, con todos los ítems de las autovaloraciones, incluyendo el del nivel de estrés autopercebido. Igualmente, con la puntuación total de la Escala de Fuentes de Información reducida.

²⁵ Se incluyen estos datos de los ítems por razones de predicción de los mitos psicológicos.

Por último, se ha presentado en otros lugares cómo la puntuación total del GHQ 28 correlacionó de forma estadísticamente significativa con todos los ítems de las autovaloraciones y con la puntuación total de Fuentes de Información.

Tabla 26

Correlaciones de Pearson entre las distintas variables

Variable 1	Variable 2	<i>r</i>	<i>p</i>
Frecuencia lectura divulgación	Frecuencia lectura autoayuda	0,627	<0,001
Lectura divulgación científica	Salud, en general, autopercebida	0,163	0,037
Eficacia Psicología	Cientificidad de la Psicología	0,162	0,038
Eficacia Psicología	Salud, en general, autopercebida	0,183	0,019
Eficacia Psicología	Felicidad autopercebida	0,163	0,038
Cientificidad Psicología	Salud física autopercebida	0,214	0,006
Cientificidad Psicología	Felicidad autopercebida	0,227	0,003
Cientificidad Psicología	Satisfacción vital autopercebida	0,190	0,014
Cientificidad Psicología	Optimismo autopercebido	0,244	0,002
Cientificidad Psicología	Depresión grave GHQ 28	-0,188	0,015
Cientificidad Psicología	GHQ 28 total	-0,164	0,036
Salud, en general, autopercebida	Salud física autopercebida	0,576	<0,001
Salud, en general, autopercebida	Salud psicológica autopercebida	0,331	<0,001
Salud, en general, autopercebida	Felicidad autopercebida	0,337	<0,001
Salud, en general, autopercebida	Satisfacción vital autopercebida	0,227	<0,001
Salud, en general, autopercebida	Estrés autopercebido	-0,237	0,002
Salud, en general, autopercebida	Síntomas somáticos GHQ 28	-0,359	<0,001
Salud, en general, autopercebida	Ansiedad e insomnio GHQ 28	-0,215	0,006
Salud, en general, autopercebida	Disfunción social GHQ 28	-0,199	0,010
Salud, en general, autopercebida	Depresión grave GHQ 28	-0,293	<0,001
Salud, en general, autopercebida	GHQ 28 total	-0,352	<0,001
Salud física autopercebida	Salud psicológica autopercebida	0,196	0,012
Salud física autopercebida	Felicidad autopercebida	0,169	0,030
Salud física autopercebida	Síntomas somáticos GHQ 28	-0,283	<0,001
Salud física autopercebida	Ansiedad e insomnio GHQ 28	-0,155	0,0047
Salud física autopercebida	Depresión grave GHQ 28	-0,170	0,029
Salud física autopercebida	GHQ 28 total	-0,223	0,004
Salud psicológica autopercebida	Felicidad autopercebida	0,585	<0,001
Salud psicológica autopercebida	Satisfacción vital autopercebida	0,468	<0,001
Salud psicológica autopercebida	Optimismo autopercebido	0,434	<0,001
Salud psicológica autopercebida	Estrés autopercebido	-0,362	<0,001
Salud psicológica autopercebida	Síntomas somáticos GHQ 28	-0,341	<0,001
Salud psicológica autopercebida	Ansiedad e insomnio GHQ 28	-0,458	<0,001
Salud psicológica autopercebida	Disfunción social GHQ 28	-0,416	<0,001
Salud psicológica autopercebida	Depresión grave GHQ 28	-0,536	<0,001
Salud psicológica autopercebida	GHQ 28 total	-0,572	<0,001

(Continúa)

Tabla 26 (continuación)
Correlaciones de Pearson entre las distintas variables

Variable 1	Variable 2	<i>r</i>	<i>p</i>
Felicidad autopercebida	Satisfacción vital autopercebida	0,654	<0,001
Felicidad autopercebida	Optimismo autopercebido	0,482	<0,001
Felicidad autopercebida	Estrés autopercebido	-0,304	<0,001
Felicidad autopercebida	Síntomas somáticos GHQ 28	-0,282	<0,001
Felicidad autopercebida	Ansiedad e insomnio GHQ 28	-0,397	<0,001
Felicidad autopercebida	Disfunción social GHQ 28	-0,385	<0,001
Felicidad autopercebida	Depresión grave GHQ 28	-0,486	<0,001
Felicidad autopercebida	GHQ 28 total	-0,503	<0,001
Satisfacción vital autopercebida	Optimismo autopercebido	0,441	<0,001
Satisfacción vital autopercebida	Estrés autopercebido	-0,209	0,007
Satisfacción vital autopercebida	Síntomas somáticos GHQ 28	-0,232	0,003
Satisfacción vital autopercebida	Ansiedad e insomnio GHQ 28	-0,345	<0,001
Satisfacción vital autopercebida	Disfunción social GHQ 28	0,327	<0,001
Satisfacción vital autopercebida	Depresión grave GHQ 28	-0,456	<0,001
Satisfacción vital autopercebida	GHQ 28 total	-0,440	<0,001
Optimismo autopercebido	Estrés autopercebido	-0,240	0,002
Optimismo autopercebido	Ansiedad e insomnio GHQ 28	-0,223	0,004
Optimismo autopercebido	Disfunción social GHQ 28	-0,229	0,003
Optimismo autopercebido	Depresión grave GHQ 28	-0,184	0,018
Optimismo autopercebido	GHQ 28 total	-0,250	0,001
Estrés autopercebido	Fuentes de Información total	0,298	<0,001
Estrés autopercebido	Síntomas somáticos GHQ 28	0,367	<0,001
Estrés autopercebido	Ansiedad e insomnio GHQ 28	0,423	<0,001
Estrés autopercebido	Disfunción social GHQ 28	0,190	0,015
Estrés autopercebido	Depresión grave GHQ 28	0,301	<0,001
Estrés autopercebido	GHQ 28 total	0,447	<0,001
Fuentes de Información total	Síntomas somáticos GHQ 28	0,262	0,001
Fuentes de Información total	Ansiedad e insomnio GHQ 28	0,262	0,001
Fuentes de Información total	Depresión grave GHQ 28	0,239	0,002
Fuentes de Información total	GHQ 28 total	0,267	0,001
Mitos psicológicos total	Ítem 14 FI (<i>La reflexión personal</i>)	0,189	0,015
Mitos psicológicos total	Ítem 17 FI (<i>Un amigo...</i>)*	0,176	0,024

Nota. * = Ítem 17 FI (*Un amigo [o varios] que no es psicólogo, psiquiatra o médico*)

Predicción de Mitos Psicológicos

Regresión lineal múltiple

Uno de los objetivos del presente trabajo se ha encontrado con algunas limitaciones, en el sentido de no hallarse un coeficiente de determinación de una mediana o elevada magnitud a la hora de predecir la puntuación total de Mitos Psicológicos. Tal como se indicó en el apartado correspondiente de las correlaciones, dicha puntuación no ha correlacionado con nada incluido en la base de datos. Teniendo en cuenta esta circunstancia también se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre la puntuación total de Mitos Psicológicos y cada uno de los ítems de Fuentes de Información para comprobar cuál de los ítems se relacionaba con más fuerza con los mitos psicológicos. Aparecieron tan solo dos que fueran estadísticamente significativos, los números 14 (*La reflexión personal*) y 17 (*Un amigo [o varios] que no es psicólogo, psiquiatra o médico*).

La información apuntaba a que los ítems 14 y 17 podrían ser, quizás, las variables predictoras a utilizar en el análisis de regresión múltiple. Aún así, se llevaron a cabo diversas combinaciones. El mejor resultado se alcanzó incluyendo, únicamente, los dos ítems señalados. Se empleó el procedimiento *Introducir*, que construye la ecuación de regresión utilizando todas las variables seleccionadas en la lista de independientes. Con él, se obtuvo una $R = 0,243$, que al cuadrado se transforma en 0,59 y corregida en 0,047. El error típico de la estimación ha sido de 22,53443. En el ANOVA para ver si existe o no relación lineal significativa entre la variable dependiente y el conjunto de las predictoras, el valor del estadístico F fue de 5,079, con un nivel de significación igual a 0,007, con lo cual puede afirmarse que hay un buen ajuste, que las variables están relacionadas linealmente (en la Tabla 27 pueden verse los coeficientes obtenidos). Por tanto:

Puntuación total en Mitos Psicológicos = 199,656 + 5,084 ítem 14 de FI + 3,548 ítem 17 de FI

Esto viene a significar, por ejemplo con el ítem 14, que a un aumento de una unidad en dicho ítem (*La reflexión personal*), manteniendo constante el resto de

términos de la ecuación, le corresponde un aumento de 5,084 puntos en Mitos Psicológicos. Por su parte, los coeficientes *Beta*, basados en las puntuaciones típicas son comparables entre sí, indicando la cantidad de cambio, en puntuaciones típicas, que se producirá en la variable dependiente por cada cambio de una unidad en la independiente, como antes, manteniendo constante al resto de las variables. Como puede observarse en la Tabla 27, la importancia relativa del ítem 14 en el modelo es mayor que la del ítem 17. Por último, los niveles de significación de la prueba *t* son menores de 0,05, lo que viene a indicar que las dos variables contribuyen de forma significativa al ajuste del modelo o, dicho de otro modo, a explicar lo que ocurre con la variable puntuación total en Mitos Psicológicos (Pardo & Ruiz, 2002).

Tabla 27

Coefficientes no estandarizados y tipificados para el modelo de ecuación de regresión obtenido para la puntuación total en Mitos Psicológicos

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	<i>t</i>	Sig.
	<i>B</i>	Error típ.	Beta		
Constante	199,656	5,627		35,482	< 0,001
Ítem 14	5,084	2,318	0,169	2,193	0,030
Ítem 17	3,548	1,774	0,154	2,000	0,047

Notas: ítem 14 = *La reflexión personal*; ítem 17 = *Un amigo (o varios) que no es psicólogo, psiquiatra o médico.*

Regresión logística

A la vista de las limitaciones encontradas con el análisis de regresión lineal múltiple, se intentó la posibilidad de predicción de mitos psicológicos desde otra perspectiva, barajándose dos procedimientos: el análisis discriminante y el de regresión logística (RL). Ambos son muy similares y pretenden predecir un resultado pero no de puntuaciones sino en función de variables categóricas. Se optó por el análisis de regresión logística y dentro de éste se ha seleccionado el que la variable dependiente contemplara sólo dos valores. Se llevaron a cabo análisis con cuatro valores pero los resultados eran menos convenientes. Por otro lado, hay que señalar que la RL presenta menos asunciones que el análisis discriminante y, dadas las circunstancias es preferible.

En primer lugar, se creó una nueva variable, que se denominó MEDIANA_MPS_TOTAL, en la que se reflejaba a qué grupo pertenecía cada sujeto, si al “1” que comprendía a todos los que habían sacado una puntuación total en el Cuestionario de Mitos Psicológicos por debajo del valor de la mediana o si al “2” para los que lo superaban.

Para la selección de variables, siguiendo a Kinnear y Gray (2011), se realizó una exploración de los datos, calculando los coeficientes de correlación de Pearson²⁶ de la nueva variable creada, a la que se denominó MEDIANA_MPS_TOTAL, con el resto de las variables de las que se dispone, incluyendo los ítems individuales de Fuentes de Información. No apareció ningún coeficiente estadísticamente significativo para un nivel de 0,05. Los dos ítems que presentaban valores más cercanos fue el 9, relativo a la creencia sobre la eficacia de la Psicología para resolver problemas psicológicos ($r = 0,131$, $p = 0,093$) y el 15 de Fuentes de Información (*La experiencia directa personal, mis propias circunstancias*) ($r = 0,141$, $p = 0,072$). También podría haberse tomado otros caminos, como los que vienen a continuación. En el mismo sentido resultan si se comparan las medias de todas las variables, tomando como variable dependiente la correspondiente a los dos grupos formados de altos y bajos en la puntuación de Mitos Psicológicos. No hubo ninguna diferencia estadísticamente significativa, con la prueba t de Student. Las dos variable que más se acercaron fueron los citados ítems 9, de

²⁶ En realidad, no es el coeficiente de correlación de Pearson el que habría que utilizar. De todas formas, sus resultados sirven para los propósitos que se persiguen. Si se emplea el coeficiente Eta, que mide la relación entre dos variables cuando una es cuantitativa y la otra categórica, los resultados son los mismos en valor absoluto que los de Pearson.

valoración de la Psicología, y 15, de Fuentes de Información ($t = -1,690$, $p = 0,093$; $t = -1,812$, $p = 0,072$; respectivamente). Asimismo, estudiándose la capacidad discriminante de todas las variables por separado, comprobando si existían diferencias estadísticamente significativas entre los valores de las medias de los grupos. Se utilizó una prueba de significación basada en el estadístico de lambda de Wilks, que puede ser transformado en un valor F , que en este caso de una sola variable, coincide con la razón F del análisis univariado de la varianza. El grado de significación asociado a los valores de F permite rechazar o no la hipótesis nula de igualdad de varianzas (Gil, García & Rodríguez, 2001). Los valores de lambda de Wilks fueron cercanos a 1, lo que indica una mala separación entre grupos y los relativos a la significación de F fueron todos superiores a 0,05, por lo que a este nivel no se confirman valores medios diferentes en los grupos. Sólo dos variables tuvieron niveles de significación inferiores a 0,10, los citados ítems 15 de Fuentes de Información ($p = 0,072$) e ítem 9 ($p = 0,093$).

A la vista de la anterior, queda claro la dificultad de obtener una ecuación con un alto poder de predicción y confiable. No obstante, aún así, se llevó a cabo un análisis de regresión logística binomial con la variable que reflejaba un alto o bajo en la puntuación de Mitos Psicológicos, con el método Introducir, para indagar hasta dónde se llegaba. El total de los casos procesados fueron 165 y se partió de un porcentaje de predicción global del 50,3%. Las pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo dieron una chi-cuadrado igual a 5,039, con una significación de 0,081, lo cual es indicativo de que el modelo no mejoraba sustancialmente con la inclusión de las variables independientes.

Por otro lado, el valor obtenido en la R^2 de Cox y Snell fue de 0,030 y en la R^2 de Nagelkerke de 0,040. Estos coeficientes son equivalentes a la R^2 de la regresión múltiple y son, por tanto, aproximaciones útiles. Por tanto, se puede concluir que el modelo da cuenta sólo de entre un 3% y un 4% de la varianza, una cifra muy baja. Por otra parte, la prueba de Hosmer y Lemeshow arroja una chi-cuadrado igual a 4,835, con una significación de 0,565. No obstante, en este caso, al ser superior a 0,05, está indicando que el modelo se ajusta a los datos.

En cuanto a reflejado de la tabla de clasificación (véase Tabla 28) hay que señalar una mejor clasificación para el grupo 2 (por encima de la mediana): el

porcentaje correcto clasificado para el grupo 1 fue del 55,4%, para el 2 del 59,8%, y global del 57,6%.

Tabla 28

Tabla de clasificación del análisis de regresión logística para la variable MEDIANA_MPS_TOTAL

Grupo	Pronosticado		Porcentaje correcto
	MEDIANA_MPS_TOTAL		
	Grupo 1	Grupo 2	
1	46	37	55,4
2	33	49	59,8
Porcentaje global			57,6

En la Tabla 29 pueden verse los datos relativos a las variables en la ecuación. En la segunda columna aparecen los coeficientes de cada variable predictora. El estadístico de Wald y sus valores no son significativos a un nivel de 0,05, por lo que puede afirmarse que las variables independientes correspondientes no tienen un efecto significativo. Los intervalos de confianza de Exp(B) incluyen el valor 1, por lo que, también, puede concluirse que las variables independientes no poseen un efecto significativo. Como se indicó previamente, no se logra una aceptable y confiable predicción.

Tabla 29

Variables en la ecuación

	<i>B</i>	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para Exp(B)	
							Inferior	Superior
FI 15	0,239	0,163	2,150	1	0,143	1,270	0,923	1,749
Ítem 9	0,436	0,331	1,735	1	0,188	1,547	0,808	2,961
Constante	-2,104	1,199	3,080	1	0,079	0,122		

Notas. FI 15: ítem 15 de Fuentes de Información. Ítem 9: ¿Cree que la Psicología es eficaz en la resolución de problemas psicológicos?

**Comparación entre primero de grado de Psicología y cuarto
de grado de Psicología**

Comparación de primero de grado de Psicología con cuarto de grado de Psicología

Muestras

Como era de esperar ha habido una diferencia estadísticamente significativa en la edad de los participantes, por la propia evolución de los años ($t = -4,021$; $p < 0,001$). En cuanto al sexo no ha aparecido una asociación estadísticamente significativa, aplicando la χ^2 , entre dicha variable y la pertenencia a un curso o a otro.

Asistencia y utilización de servicios de Psicología y/o Psiquiatría

Tampoco, con χ^2 , por lo que respecta a los ítems donde se preguntaba si había acudido al psicólogo, psiquiatra o se estaba con algún tipo de tratamiento.

Lectura de libros o revistas de divulgación científica de Psicología o de autoayuda

En cuanto a la respuesta de los participantes si leen libros o revistas de divulgación científica no aparecieron asociación estadísticamente significativas entre primero y cuarto curso de Psicología (χ^2 , con corrección de continuidad de Yates = 0,000; $p = 1,000$; $phi = 0,002$). No ocurrió así cuando se preguntó acerca de las publicaciones de autoayuda; sí hubo asociación estadísticamente significativa (χ^2 , con corrección de continuidad = 7,393; $p = 0,007$; $phi = -0,166$). En el primer curso 106 (63,9%) de los participantes manifestaron que leían sobre dicho tema y en cuarto fueron 60 (36,1%). No obstante, el valor de phi, considerado como tamaño del efecto, entraría dentro de la categoría de pequeño.

Por lo que respecta a la frecuencia se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en ambos casos. Para el ámbito de divulgación científica los valores encontrados fueron $t = 2,554$ ($p = 0,011$), con mayor puntuación en primero ($M = 4,2667$; $DE = 3,52021$, en primero, frente a $M = 3,2698$; $DE = 3,66696$, en cuarto). El valor de eta cuadrado ha sido de 0,022, por lo que puede decirse que el tamaño del efecto también es pequeño. Y para el de autoayuda la t de Student fue de 2,351 ($p =$

0,019), igualmente, con mayor puntuación en primero ($M = 4,4667$; $DE = 3,35416$, en primero, frente a $M = 3,5309$; $DE = 2,88512$, en cuarto). El tamaño del efecto fue pequeño (0,019).

Valoración de la Psicología

En la primera de las preguntas de este grupo, relativa a creencia de efectividad de la Psicología para resolver problemas, no se han producido diferencias estadísticamente significativas ($t = - 1,203$; $p = 0,230$). Sí, sin embargo, en la siguiente, la que se refiere al grado de científicidad de la disciplina ($t = - 3,972$; $p < 0,001$). Los de cuarto obtuvieron una mayor puntuación ($M = 3,3636$; $DE = 0,64478$, en primero, frente a $M = 3,6508$; $DE = 0,58402$, en cuarto). Eta al cuadrado fue 0,052, un tamaño del efecto, prácticamente, moderado.

Autovaloraciones

En este grupo de ítems, referidos a la salud, en general; salud física; salud psicológica, felicidad; satisfacción vital; optimismo y estrés no surgieron en ninguno de ellos diferencias estadísticamente significativas entre primero y cuarto curso (véase Tabla 30).

Tabla 30
Comparación de las autovaloraciones entre el primer y el cuarto curso del grado de Psicología

	Curso 2011/2012		Curso 2014/2015		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Salud, en general	4,1333	0,66748	4,1111	0,58271	0,297	0,767
Salud física	3,8364	0,65603	3,9206	0,67650	-1,071	0,285
Salud psicológica	3,8485	0,75390	3,9841	0,68099	-1,585	0,114
Felicidad	3,5333	0,79275	3,6587	0,73933	-1,376	0,170
Satisfacción vital	3,5455	0,85863	3,5838	0,81176	-0,387	0,699
Optimismo	3,2364	1,04117	3,3352	0,94614	-0,834	0,405
Estrés	2,4757	0,80737	2,6407	0,80403	-1,731	0,085

Fuentes de información

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en 15 ítems del cuestionario desarrollado. Asimismo, en la puntuación total. Los que obtuvieron mayores puntuaciones en el primer curso fueron los ítems:

- 7. *Los periódicos*
- 8. *La radio*
- 9. *La televisión*
- 14. *La reflexión personal*
- 16. *Un familiar (o varios) que no es psicólogo, psiquiatra o médico*
- 17. *Un amigo (o varios) que no es psicólogo, psiquiatra o médico*

De ellos, sólo el 9 superó el nivel de moderado (0,06) en el valor eta al cuadrado (tamaño del efecto).

Por su parte, los ítems que fueron más elevados en el cuarto curso fueron:

- 1. *Los libros científicos de Psicología*
- 2. *Los libros de divulgación de Psicología*
- 4. *Las revistas científicas de Psicología*
- 5. *Las revistas científicas de Psicología*
- 13. *La literatura*
- 18. *La experiencia personal a través de un trabajo [remunerado o no], que ha tenido o tiene algo que ver con la Psicología*
- 19. *La información o conversaciones con profesionales de la Psicología*
- 20. *La información o conversaciones con profesionales de la Psiquiatría*
- 24. *Cursos, jornadas, congresos, etc.*

También la puntuación total fue superior en primero. Los tamaños del efecto fueron todos grandes, con excepción del ítem 13, que fue moderado, del 20 que fue pequeño y de la puntuación total que casi fue grande (véase Tabla 31).

Tabla 31

Comparación de fuentes de información entre el primer y el cuarto curso del grado de Psicología

Ítem	Curso 2011/2012		Curso 2014/2015		<i>t</i>	<i>p</i>	Eta cuadrado
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
1.	0,5939	0,74814	1,8730	0,91200	-12,795	<0,001	0,362
2.	0,6970	0,80716	1,3730	0,91856	-6,667	<0,001	0,133
3.	0,7212	0,94086	0,5794	0,79351	1,393	0,165	0,007
4.	0,4756	0,64818	1,8245	0,89502	-14,295	<0,001	0,414
5.	0,5853	0,78011	1,3889	0,90308	-8,130	<0,001	0,186
6.	0,8657	0,85200	0,8810	0,80605	-0,155	0,877	0,000
7.	0,6788	0,79624	0,3766	0,61536	3,652	<0,001	0,044
8.	0,6727	0,83494	0,4048	0,62198	3,137	0,002	0,033
9.	1,4424	0,88588	0,8480	0,81049	5,953	<0,001	0,109
10.	1,8788	0,91590	1,9444	0,81295	-0,636	0,525	0,001
11.	1,1515	0,95385	1,0079	0,90771	1,299	0,195	0,006
12.	0,8162	0,89216	0,7612	0,80410	0,543	0,587	0,001
13.	1,1818	0,93882	1,6872	1,00734	-4,408	<0,001	0,063
14.	2,2683	0,76587	2,0247	0,86226	2,545	0,011	0,022
15.	2,0918	1,00496	2,1424	0,81706	-0,473	0,636	0,001
16.	1,0800	1,08752	0,7501	0,80623	2,971	0,003	0,030
17.	1,0677	1,00079	0,6905	0,79462	3,476	0,001	0,040
18.	0,7380	1,10356	1,6746	1,21213	-6,788	<0,001	0,138
19.	1,3152	1,13592	2,3200	0,86348	-8,574	<0,001	0,203
20.	0,3939	0,83882	0,6349	1,02452	-2,147	0,033	0,016
21.	0,8110	0,98507	0,9286	0,92242	-1,037	0,301	0,004
24.	0,5035	0,80680	1,7439	0,92869	-11,941	<0,001	0,330
25.	1,2532	0,85762	1,0813	0,76518	1,801	0,073	0,011
Total	23,2835	9,20090	28,9409	8,32948	-5,413	<0,001	0,092

Mitos psicológicos

Análisis teniendo en cuenta el grado de acuerdo o desacuerdo. De los 50 mitos psicológicos presentados, en 7 de ellos no se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre primero y cuarto:

- 2. *Algunas personas son cerebralmente diestras y otras cerebralmente zurdas*
- 5. *Los mensajes subliminales pueden persuadir a la gente a comprar cosas*
- 17. *El rasgo definitorio de la dislexia es el hecho de invertir las letras*
- 25. *Las úlceras las provoca principal o totalmente el estrés*
- 26. *Una actitud positiva puede evitar el cáncer*

- 30. *Es mejor exteriorizar la ira que reprimirla*
- 40. *Los hijos adultos de un alcohólico exhiben un perfil característico de síntomas*

Por otro lado, en 4 aumenta la puntuación en los de cuarto, con diferencias estadísticamente significativas, con respecto a los de primero:

- 15. *Los tests del cociente intelectual (CI) están sesgados en contra de determinados grupos*
- 18. *Los estudiantes aprenden mejor cuando los estilos de enseñanza se adecuan a los estilos de aprendizaje*
- 37. *Las etiquetas psiquiátricas son perjudiciales porque estigmatizan a las personas*
- 50. *La terapia electroconvulsiva (electroshock) es un tratamiento brutal y físicamente peligroso*

Con el mito 50 se obtiene un tamaño del efecto pequeño; los mitos 15 y 18, tamaños moderados; y el 37 tamaño grande.

En el resto, 39 en total se produce un descenso en sus puntuaciones. Ahora bien, únicamente 7 de ellos, tenían tamaños del efecto grandes. El resto eran pequeños o moderados (véase Tabla 32).

Resumiendo todo el conjunto: en 7 (14,0%) no hubo diferencias estadísticamente significativas y en 4 (8,0%) hay mayores puntuaciones a favor del mito en cuarto de Psicología. Por tanto, en 11 (22,0%) no ha habido ni modificación ni descenso y, por otra parte, en los 39 (78,0%), 15 (30,0%) tenían tamaños del efecto pequeños; 17 (34%), moderados; y sólo 7 (14%), grandes.

Tabla 32

Comparación de medias mitos psicológicos entre el primer y el cuarto curso del grado de Psicología

Ítem	Curso 2011/2012		Curso 2014/2015		<i>t</i>	<i>p</i>	Eta cuadrado
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
1.	4,7273	1,74385	3,1921	2,21521	6,409	<0,001	0,124
2.	4,4667	1,68035	4,2381	1,83490	1,105	0,270	0,004
3.	3,7686	1,24743	2,8580	1,51120	5,485	<0,001	0,094
4.	3,1524	1,50849	2,1905	1,55802	5,314	<0,001	0,089
5.	6,0545	1,29377	5,9127	1,30243	0,924	0,356	0,003
6.	4,2000	1,58576	3,8116	1,69138	2,011	0,045	0,014
7.	5,4970	1,32345	4,5952	1,92740	4,503	<0,001	0,066
8.	4,8970	1,32345	4,2381	1,75922	3,513	0,001	0,041
9.	3,8534	1,64630	3,0556	1,66520	4,076	<0,001	0,054
10.	4,8909	1,33899	4,4407	1,67047	2,478	0,014	0,021
11.	4,4490	1,73337	3,0794	1,75546	6,642	<0,001	0,132
12.	4,3939	1,44702	3,1995	1,72047	6,279	<0,001	0,120
13.	5,7697	1,28131	4,8571	1,45720	5,574	<0,001	0,097
14.	3,7939	1,69467	2,7540	1,70029	5,180	<0,001	0,085
15.	3,6667	1,20635	4,4921	1,76520	-4,506	<0,001	0,066
16.	4,8303	1,59887	3,6587	1,88537	5,604	<0,001	0,098
17.	4,5432	1,53456	4,4603	1,88319	0,403	0,688	0,001
18.	5,8485	0,96022	6,3016	0,75121	-4,372	<0,001	0,062
19.	4,6970	1,27080	3,8156	1,67993	4,913	<0,001	0,077
20.	5,0667	1,28373	2,9206	1,76908	11,500	<0,001	0,314
21.	3,3030	1,57892	2,8175	1,54610	2,623	0,009	0,023
22.	3,2424	1,63107	2,1825	1,52526	5,648	<0,001	0,099
23.	3,0182	1,57524	2,2950	1,34481	4,130	<0,001	0,056
24.	4,3879	1,75856	2,7063	1,70208	8,195	<0,001	0,189
25.	3,8424	1,49369	3,8333	1,52184	0,051	0,959	0,000
26.	3,2606	1,82762	3,2857	1,78374	-0,117	0,907	0,000
27.	4,0727	1,74105	2,8810	1,58799	6,008	<0,001	0,111
28.	3,7939	1,98929	2,5238	1,68150	5,895	<0,001	0,107
29.	3,8424	1,64521	3,1825	1,73621	3,310	0,001	0,037
30.	4,7515	1,41165	4,5635	1,62232	1,055	0,292	0,004
31.	3,8909	1,66389	2,9365	1,71928	4,779	<0,001	0,073
32.	3,1879	1,55229	2,6651	1,50175	2,887	0,004	0,028
33.	5,7152	1,10876	5,2619	1,25334	3,265	0,001	0,036
34.	5,6121	1,13475	4,9762	1,24877	4,534	<0,001	0,066
35.	4,9212	1,39681	3,3016	1,69361	8,709	<0,001	0,208
36.	5,0485	1,32429	3,3492	1,69384	9,298	<0,001	0,230
37.	4,3818	1,29008	5,5476	1,37758	-7,417	<0,001	0,160
38.	3,2727	1,62812	2,0397	1,44444	6,827	<0,001	0,139
39.	4,0685	1,70415	2,6746	1,67250	6,969	<0,001	0,144
40.	3,2606	1,46044	3,1373	1,59678	0,677	0,499	0,002
41.	3,7515	1,11752	3,2460	1,69558	2,900	0,004	0,028
42.	2,2364	1,42662	1,6905	1,31736	3,378	0,001	0,038
43.	2,7636	1,44784	1,8175	1,05376	6,450	<0,001	0,126
44.	5,7212	1,17695	5,3254	1,16502	2,855	0,005	0,027
45.	5,2848	1,20874	4,8095	1,33095	3,181	0,002	0,034
46.	4,3758	1,70133	3,7143	1,41341	3,620	<0,001	0,043
47.	3,9576	1,62433	3,0875	1,66862	4,475	<0,001	0,065
48.	3,7839	1,56253	3,0884	1,65417	3,668	<0,001	0,044
49.	4,5212	1,30004	2,6726	1,72408	10,050	<0,001	0,259
50.	5,1394	1,33844	5,4718	1,47825	-2,006	0,046	0,014
Total	214,9765	23,08811	179,1557	32,22085	10,577	<0,001	0,279

Análisis global con las puntuaciones recodificadas. Uno de los datos que se han obtenido tanto en primero como en cuarto de grado de Psicología ha sido la frecuencia y porcentaje de sujetos que, en cualquier grado, estaban de acuerdo con el conjunto de mitos psicológicos, así como los mismos valores referidos a las dudas (ni en desacuerdo ni de acuerdo) más los acuerdos con los mitos –lo que se ha denominado *segundo sistema de puntuación*-. Tal como puede observarse, los estudiantes de cuarto rechazaron globalmente un 49,28% de los mitos, tuvieron dudas en el 11,16% de ellos y aceptaron un 39,55% de ellos, lo que significa que aceptaron o dudaron en aproximadamente un 51% de los mitos psicológicos. Por tanto, hubo variaciones de primero a cuarto (véase Tabla 33).

Tabla 33

Porcentajes de mitos psicológicos rechazados, dudados y aceptados en primero de grado y en cuarto de grado de Psicología

	Primero de Psicología	Cuarto de Psicología
Rechazados	31,33	49,28
Dudados	17,58	11,16
Aceptados	51,17	39,55
Dudados más aceptados	68,75	50,71

Se aplicó U de Mann-Whitney para comprobar si había diferencias estadísticamente significativas entre el primer y el cuarto curso. El valor obtenido para los acuerdos con los mitos fue de 633,50, una z de $-4,251$, y una $p < 0,001$. Similarmente, la suma de dudas y desacuerdos también ofreció un valor estadísticamente significativo (U de Mann-Whitney = 378,00; $z = -6,012$; $p < 0,001$). El tamaño del efecto es medio con un valor igual a 0,38.

Análisis tomando como puntos de corte el 50% y el 66,66%. Teniendo en cuenta dichos datos se han establecido dos puntos de corte para saber cuántos sujetos quedaban por debajo y por encima en los respectivos cursos de grado.

El punto de corte al que se recurrió fue el de 25, que equivale al 50%. Por tanto, aquellos que tuvieran mayor frecuencia se colocaban en la mitad superior y, lo que menos, en la inferior.

Tomando únicamente los acuerdos, los datos fueron que en primero estaban en el grupo superior un total de 85 participantes (51,5%) y, en cuarto, 24 (19,0%) (Tabla 34).

Tabla 34

Frecuencias y porcentajes de participantes por debajo o por encima de un cincuenta por ciento de acuerdo con los mitos en cualquiera de sus opciones totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo o algo de acuerdo)

Puntuación	Primer curso	Cuarto curso
Inferior a 25	80 (48,5%)	102 (81,0%)
Superior a 25	85 (51,5%)	24 (19,0%)

La χ^2 fue de 32,148 ($p < 0,001$), con corrección de continuidad igual a 30,777 ($p < 0,001$) y el coeficiente phi fue de - 0,332 (tamaño del efecto medio).

Considerando además las dudas (ni en desacuerdo ni de acuerdo), la frecuencia en primero fue de 151 participantes, en el grupo superior de duda o acuerdo con los mitos, un 91,5%, y de 60, en cuarto, un 47,6% (Tabla 35).

Tabla 35

Frecuencias y porcentajes de participantes por debajo o por encima de un cincuenta por ciento de acuerdo o de dudas con los mitos en cualquiera de sus opciones totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo o algo de acuerdo)

Puntuación	Primer curso	Cuarto curso
Inferior a 25	14 (8,5%)	66 (52,4%)
Superior a 25	151 (91,5%)	60 (47,6%)

Los valores resultantes han sido de $\chi^2 = 69,060$ ($p < 0,001$), corrección de continuidad: 66,876 ($p < 0,001$) y el coeficiente phi = - 0,487 (un tamaño del efecto casi grande).

En segundo lugar, dividió a la muestra a partir de un valor de 16,5 que representa el 33,33%; esto es, quienes sacaban menos de dicha frecuencia en estar de acuerdo con los mitos psicológicos, en cualquiera de sus grados (totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo o algo de acuerdo) se situaban, por tanto, en el tercio inferior. Los que sobrepasaban aquella cifra es que estaban en los dos tercios superiores; es decir,

entre aquellos que más estaban de acuerdo con el conjunto de mitos. Pues bien, 15 sujetos (9,1%), en el primer curso, y 44 (34,9%), en cuarto, se ubicaban en el tercio inferior; y 150 (90,9%), en primero, y 82 (65,1%), en cuarto, en los dos tercios superiores (véase Tabla 36).

Tabla 36

Frecuencias y porcentajes de participantes por debajo o por encima de un tercio de acuerdo con los mitos en cualquiera de sus opciones totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo o algo de acuerdo)

Puntuación	Primer curso	Cuarto curso
Inferior a 16,5	15 (9,1%)	44 (34,9%)
Superior a 16,5	150 (90,9%)	82 (65,1%)

Aplicada la χ^2 se obtuvo un resultado de 29,488 ($p < 0,001$), con corrección de continuidad igual a 27,912 ($p < 0,001$). El coeficiente phi fue de $-0,318$, lo que viene a indicar un tamaño del efecto medio.

Por otra parte, también se realizó lo mismo pero teniendo en cuenta también los casos que pueden llamarse de duda; esto es, aquellos que responden en la opción de ni en desacuerdo ni de acuerdo. En este caso, ningún participante estuvo en el tercio inferior en primero y sólo 13 (10,3%) en cuarto (véase Tabla 37).

Tabla 37

Frecuencias y porcentajes de participantes por debajo o por encima de un tercio de acuerdo o de dudas con los mitos en cualquiera de sus opciones totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo o algo de acuerdo)

Puntuación	Primer curso	Cuarto curso
Inferior a 16,5	0 (0,0%)	13 (10,3%)
Superior a 16,5	165 (100,0%)	113 (89,7%)

Nuevamente, se utilizó la χ^2 ; su valor fue de 17,820 ($p < 0,001$) y con corrección de continuidad: 15,484 ($p < 0,001$). El coeficiente Phi fue igual a $-0,247$ (tamaño del efecto medio-bajo).

Análisis en función de los participantes. En los de cuarto, 33 sujetos (26,19%) señalaron estar de acuerdo con más del 50% de los mitos presentados. Por otro lado, 3

(2,38%) lo hicieron en el 75% o más; 30 (23,81%) entre el 50% y el 75%; 75 (59,52%) entre el 50% y el 25%; y 18 (14,29%) por debajo del 25%.

En primero, las cifras fueron más altas. El 56,97% estaban de acuerdo con el 50% o más y ahora el 26,19%.

En las Tablas 10, 11 y 12 del apéndice de tablas pueden verse las frecuencias y porcentajes de cada participante.

Índices de salud general

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del GHQ 28 entre el primer curso y el cuarto del grado de Psicología, salvo en la dimensión Disfunción social, con mayor puntuación en el cuarto curso ($M = 5,7576$; $DE = 2,37146$, en primero, frente a $M = 6,3871$; $DE = 2,43187$; $t = - 2,209$, $p = 0,028$). No obstante, el tamaño del efecto es muy pequeño (0,017) (véase Tabla 33).

Tabla 38
Comparación de las dimensiones y de la puntuación total del GHQ 28 entre el primer y el cuarto curso del grado de Psicología

	Curso 2011/2012		Curso 2014/2015		<i>t</i>	<i>p</i>	Eta cuad.
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
Síntomas somáticos	5,1186	3,47300	4,7585	3,24268	0,897	0,370	0,003
Ansiedad e insomnio	4,8182	4,37464	5,0161	4,40802	-0,379	0,705	0,001
Disfunción social	5,7576	2,37146	6,3871	2,43187	-2,209	0,028	0,017
Depresión grave	1,3697	2,62080	0,8710	1,81667	1,909	0,057	0,013
GHQ 28 total	17,0640	9,74962	17,0327	9,40586	0,027	0,978	0,000

Predicción en los alumnos de cuarto curso de grado de Psicología y comparación con el primer curso

Se ejecutó un análisis de regresión múltiple, por el método introducir, para evaluar la capacidad de una serie de ítems para predecir la puntuación total del Cuestionario de Mitos Psicológicos. Como variables predictoras se utilizaron tres ítems de Fuentes de

Información (1, 11 y 17). Los análisis preliminares aseguraron la no violación de las asunciones necesarias para efectuar la regresión múltiple. El valor de R obtenido fue de 0,514; al cuadrado (R^2) igual a 0,264; y corregida, 0,246. En el ANOVA para ver si existe o no relación lineal significativa entre la variable independiente y el conjunto de las predictoras, el valor del estadístico F fue de 14,607, con un nivel de significación igual a $p < 0,001$, con lo que puede afirmarse que hay un buen ajuste, que las variables están relacionadas linealmente. En la Tabla 39 pueden verse los coeficientes no estandarizados y tipificados para el modelo de ecuación de regresión obtenido, con los datos de los estudiantes de cuarto de Psicología. La importancia relativa es mayor para el ítem 1, después para el 17 y, por último, para el 11. También cómo la aportación de cada una de las variables introducidas hacen una contribución significativa al modelo.

Tabla 39

Coefficientes no estandarizados y tipificados para el modelo de ecuación de regresión obtenido para la puntuación total en Mitos Psicológicos con estudiantes de cuarto de grado de Psicología

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		Sig.
	B	Error típ.	Beta	t	
Constante	186,069	6,583		28,264	< 0,001
Ítem FI 1	-12,279	2,753	-0,348	-4,460	< 0,001
Ítem FI 11	8,537	2,795	0,240	3,054	0,003
Ítem FI 17	10,834	3,198	0,267	3,388	0,001

Notas: ítem FI 1 = *Los libros científicos de Psicología*; ítem FI 11 = *Youtube o plataformas similares*; ítem FI 17 = *Un amigo (o varios) que no es psicólogo, psiquiatra o médico*.

Con los alumnos de primero de grado, después de realizar diversos procedimientos, el mejor resultado para la predicción fue con dos ítems, también de Fuentes de Información, el 14 (*La reflexión personal*) y el 17 (*Un amigo (o varios) que no es psicólogo, psiquiatra o médico*). Sin embargo, el valor de R^2 corregida fue bajísimo, sólo 0,047, mientras que con los de cuarto es de 0,246, lo que significa explicar el 24,6% de la varianza frente a únicamente un 4,7%, aunque todavía no es un valor muy alto.

**Comparación de primero de grado de Psicología con primero
de grado de otras titulaciones diferentes de Psicología**

Comparación de primero de grado de Psicología con primero de grado de otras titulaciones diferentes de Psicología

Muestras

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la edad los estudiantes de Psicología y los de otras titulaciones diferentes ($t = 0,568$; $p = 0,570$). Sin embargo, en cuanto al sexo sí una asociación estadísticamente significativa (χ^2 , con corrección de continuidad, igual a 20,248; $p < 0,001$). El valor de phi fue de 0,204 ($p < 0,001$), un tamaño del efecto entre pequeño y medio. En Psicología eran varones 33 sujetos (20,0%) y en las otras titulaciones 139 (40,6%).

Asistencia y utilización de servicios Psicología y/o Psiquiatría

Menos en el ítem 2 (*En el pasado, ¿ha acudido alguna vez a un psicólogo?*) y en el 3 (*En el pasado, ¿ha acudido alguna vez a un psiquiatra?*), en los que no hay asociación estadísticamente significativa entre dicho ítem y la pertenencia a una u otras titulaciones²⁷, en el resto de las preguntas sí las ha habido. En el ítem 4 (*En el pasado, ¿le han recetado alguna vez fármacos por problemas psicológicos?*), χ^2 , con corrección de continuidad, fue igual a 6,748 ($p = 0,009$) (18, [10,9%] en Psicología y 15 [4,4%] en las otras titulaciones). En el 5 (*Actualmente, ¿asiste a terapia psicológica?*), χ^2 , con corrección de continuidad, igual a 7,040 ($p = 0,008$) (12, [7,3%] en Psicología y 7 [2,0%] en las otras titulaciones). Y en el 6 (*Actualmente, ¿toma medicación por problemas psicológicos?*) χ^2 , con corrección de continuidad, fue 4,854 ($p = 0,028$) (6, [3,6%] en Psicología y 2 [0,64%] en las otras titulaciones). Los coeficientes phi fueron, respectivamente, de - 0,124; - 0,129; y - 0,115; indicativos de tamaños de efecto pequeño.

²⁷ En el 2 ha sido al aplicar la corrección de continuidad ($\chi^2 = 4,003$; $p = 0,045$; con corrección de continuidad = 3,558; $p = 0,059$).

Lectura de libros o revistas de divulgación científica de Psicología o de autoayuda

En la pregunta relativa a si los participantes habían leído o leían libros o revistas de divulgación científica no se ha probado la hipótesis de independencia en relación con el tipo de titulación cursada. Puede afirmarse que existe una asociación estadísticamente significativa entre la variable lectura y la pertenencia a las titulaciones. 115 sujetos (69,7%) de Psicología respondieron afirmativamente, y 203 (59,3%) de no Psicología, lo hicieron negativamente. La χ^2 , con corrección de continuidad, fue de 4,657; $p = 0,031$; $\phi = -0,100$. El tamaño del efecto es grande. No ocurrió así con respecto a la lectura de autoayuda. Del total, 106 (64,2%) de Psicología dijeron que sí y 195 (57,0%) de no Psicología, que no ($\chi^2 = 3,163$; $p = 0,206$).

De todas formas, no hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la frecuencia en ninguno de los dos ítems. Para el de divulgación la M fue 4,47 ($DE = 3,35$) de los alumnos de Psicología y de 4,26 ($DE = 3,70$) para los que no eran de Psicología. El valor de la t de Student fue de 0,637 ($p = 0,525$). Y, con respecto a la autoayuda las medias fueron, respectivamente, para los de Psicología y los que no lo eran de $M = 4,27$ ($DE = 3,52$) y de 4,16 ($DE = 3,76$). Aquí t fue de 0,319 ($p = 0,750$).

Valoración de la Psicología

Tanto en la eficacia como en la consideración de la Psicología como ciencia hubo una mayor puntuación por parte de los estudiantes de Psicología. En concreto, para la primera de las cuestiones, su eficacia, la M fue de 3,64 ($DE = 0,49$), de los estudiantes de dicha disciplina, frente a 3,05 ($DE = 0,64$) de los que no lo eran. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($t = 10,394$; $p < 0,001$; con una η^2 al cuadrado de 0,176, un tamaño del efecto grande).

En cuanto a la científicidad de la Psicología, las medias fueron de 3,36 ($DE = 0,64$) y de 2,96 ($DE = 0,76$), respectivamente, para los de Psicología y los que no lo eran. También dicha diferencia fue estadísticamente significativa ($t = 5,360$; $p < 0,001$; con una η^2 al cuadrado de 0,054, valor prácticamente moderado o medio).

Autovaloraciones

En el grupo de ítems relacionados con autovaloraciones personales (salud, en general; salud física; salud psicológica; felicidad; satisfacción vital; optimismo; y estrés), sólo se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en el que hacía alusión al nivel de estrés autopercebido ($M = 2,48$; $DE = 0,81$; para los de Psicología, frente a $M = 2,94$; $DE = 1,03$; para los de no Psicología). En este caso el valor de la t de Student fue de $-5,581$ ($p < 0,001$). Eta al cuadrado fue de $0,058$, un valor medio o moderado.

Fuentes de información

No ha aparecido diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total en las fuentes de información. Sí las ha habido en algunos ítems. En concreto, en once de ellos. En siete, han obtenido mayor puntuación los que son de Psicología:

- 1. *Los libros científicos de Psicología*
- 2. *Los libros de divulgación de Psicología*
- 10. *Sitios o páginas web*
- 14. *La reflexión personal*
- 18. *La experiencia personal a través de un trabajo [remunerado o no], que ha tenido o tiene algo que ver con la Psicología*
- 19. *La información o conversaciones con profesionales de la Psicología*
- 25. *La transmisión cultural*

Por otra parte, tuvieron más puntuación los que no eran de Psicología y con diferencias estadísticamente significativas los ítems:

- 6. *Otras revistas*
- 7. *Los periódicos*
- 8. *La radio*
- 9. *La televisión*

Los tamaños del efecto fueron mayoritariamente moderados y sólo dos se acercaron a moderados (véase Tabla 40).

Tabla 40

Medias y desviaciones típicas de alumnos de primero de grado, de Psicología y de otras titulaciones en Fuentes de Información; prueba t de Student y valores de eta al cuadrado

Ítem	Primero de Psicología		Primero de no Psicología		t	p	Eta ²
	M	DE	M	DE			
1.	0,5939	0,74814	0,4172	0,73928	2,508	0,012	0,012
2.	0,6970	0,80716	0,4586	0,75857	3,240	0,001	0,021
3.	0,7212	0,94086	0,5799	0,85498	1,629	0,104	0,005
4.	0,4756	0,64818	0,4524	0,72111	0,351	0,726	0,000
5.	0,5853	0,78011	0,4837	0,77068	1,382	0,168	0,004
6.	0,8657	0,85200	1,0566	0,93072	-2,219	0,027	0,010
7.	0,6788	0,79624	1,0805	0,91938	-4,801	0,000	0,044
8.	0,6727	0,83494	1,1420	0,98231	-5,578	0,000	0,058
9.	1,4424	0,88588	1,7515	1,00610	-3,360	0,001	0,022
10.	1,8788	0,91590	1,6805	1,07782	2,148	0,032	0,009
11.	1,1515	0,95385	1,1278	1,09696	0,249	0,803	0,000
12.	0,8162	0,89216	0,7308	0,96296	0,956	0,339	0,002
13.	1,1818	0,93882	1,0180	0,93703	1,840	0,066	0,007
14.	2,2683	0,76587	1,9969	0,90662	3,310	0,001	0,021
15.	2,0918	1,00496	1,9286	1,03116	1,680	0,094	0,006
16.	1,0800	1,08752	1,2312	1,05058	-1,499	0,135	0,004
17.	1,0677	1,00079	1,2101	1,02455	-1,475	0,141	0,004
18.	0,7380	1,10356	0,5237	0,88814	2,174	0,031	0,009
19.	1,3152	1,13592	0,8632	1,05023	4,293	0,000	0,035
20.	0,3939	0,83882	0,3817	0,74245	0,167	0,868	0,000
21.	0,8110	0,98507	0,7544	0,93700	0,626	0,532	0,001
24.	0,5035	0,80680	0,5106	0,77942	-0,094	0,925	0,000
25.	1,2532	0,85762	1,0142	0,88536	2,872	0,004	0,016
Total	23,2835	9,20090	22,3939	10,64763	0,919	0,359	0,002

Mitos psicológicos

En la relación de mitos los estudiantes de primero de Psicología tendieron a puntuar menos que los de otras titulaciones. En total se dieron en ellos 28 diferencias estadísticamente significativas. En todos los casos los valores de los de Psicología fueron menores. En concreto en: los mitos:

- 3. *La percepción extrasensorial (PES) es un fenómeno científicamente bien establecido*
- 4. *Algunas personas son cerebralmente diestras y otras cerebralmente zurdas*
- 9. *La vejez se asocia generalmente con una mayor insatisfacción y senilidad*
- 10. *En la fase terminal de la vida, las personas pasan por una serie universal de etapas psicológicas*
- 11. *La memoria humana funciona como una grabadora o una videocámara y registra con precisión los hechos que experimentamos*
- 13. *Los individuos normalmente reprimen el recuerdo de las experiencias traumáticas*
- 14. *La mayoría de las personas con amnesia olvidan todos los detalles de sus vidas anteriores*
- 22. *Durante las experiencias “extracorporales” de una persona, la conciencia abandona su cuerpo*
- 23. *El test del polígrafo [detector de mentiras] es un buen método para detectar la deshonestidad*
- 25. *Las úlceras las provoca principal o totalmente el estrés*
- 27. *Los contrarios se atraen: nos sentimos románticamente atraídos por aquellas personas que son más diferentes de nosotros*
- 28. *Cuanto más, mejor: cuanto mayor sea el número de personas presentes en una emergencia, mayor es la probabilidad de que alguien intervenga*
- 29. *Varones y mujeres se comunican de forma completamente diferente*
- 31. *Educar a niños de un modo similar lleva a que de adultos sus personalidades sean parecidas*
- 32. *El hecho de que un rasgo sea heredable significa que es imposible cambiarlo*
- 38. *Solamente las personas profundamente deprimidas se suicidan*
- 39. *Las personas con esquizofrenia tienen múltiples personalidades*
- 40. *Los hijos adultos de un alcohólico exhiben un perfil característico de síntomas*
- 41. *Últimamente se ha producido una epidemia masiva de autismo infantil*
- 42. *Los ingresos en los hospitales psiquiátricos y el número de delitos aumentan cuando hay luna llena*
- 43. *La mayoría de las personas mentalmente enfermas es violenta*

- 44. *La elaboración de un perfil psicológico de los criminales es útil para resolver casos*
- 46. *Prácticamente todas las personas que confiesan ser culpables de un crimen lo han efectivamente cometido*
- 47. *El juicio y la intuición de un experto son los mejores métodos para la toma de decisiones clínicas*
- 48. *La abstinencia es el único objetivo realista para el tratamiento de los alcohólicos*
- 49. *Todas las psicoterapias efectivas obligan a la gente a buscar las causas “fundamentales” de sus problemas en la infancia*
- 50. *La terapia electroconvulsiva (electroshock) es un tratamiento brutal y físicamente peligroso*

Los tamaños del efecto fueron, en general, pequeños y pequeño grupo medio bajos, siendo sólo algo más elevados entre moderados y moderado alto los correspondientes a los mitos 23 (*El test del polígrafo [detector de mentiras] es un buen método para detectar la deshonestidad*) y 43 (*La mayoría de las personas mentalmente enfermas es violenta*).

Por otro lado, también se dio una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación total ($M = 214,98$; $DE = 23,09$; los de Psicología, frente a $M = 226,06$; $DE = 28,16$; los que no lo son; $t = - 4,387$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,037$, tamaño del efecto medio bajo) (véase Tabla 41).

Como puede observarse en la Tabla 35, hubo un mito donde casi aparece una diferencia estadísticamente significativa, con una $p = 0,051$, y con mayor puntuación para los estudiantes de primero de Psicología (33. *La baja autoestima es una de las principales causas de problemas psicológicos*).

Tabla 41

Medias y desviaciones típicas de alumnos de primero de grado, de Psicología y de otras titulaciones en mitos psicológicos; prueba *t* de Student y valores de eta al cuadrado

Ítem	Primero de Psicología		Primero de no Psicología		<i>t</i>	<i>p</i>	Eta ²
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
1.	4,7273	1,74385	4,6154	1,81324	0,658	0,511	0,001
2.	4,4667	1,68035	4,5045	1,79038	-0,227	0,821	0,000
3.	3,7686	1,24743	4,1461	1,22273	-3,230	0,001	0,020
4.	3,1524	1,50849	3,9291	1,67925	-5,032	<0,001	0,048
5.	6,0545	1,29377	5,8964	1,57255	1,196	0,232	0,003
6.	4,2000	1,58576	4,2692	1,71440	-0,436	0,663	0,000
7.	5,4970	1,32345	5,5845	1,54444	-0,625	0,532	0,001
8.	4,8970	1,32345	4,9024	1,39070	-0,042	0,967	0,000
9.	3,8534	1,64630	4,1864	1,65877	-2,119	0,035	0,009
10.	4,8909	1,33899	5,2308	1,38881	-2,607	0,009	0,013
11.	4,4490	1,73337	5,0382	1,67058	-3,622	<0,001	0,026
12.	4,3939	1,44702	4,2281	1,61542	1,118	0,264	0,002
13.	5,7697	1,28131	5,2294	1,61356	4,067	<0,001	0,032
14.	3,7939	1,69467	4,2857	1,75043	-2,989	0,003	0,018
15.	3,6667	1,20635	3,8155	1,25002	-1,268	0,205	0,003
16.	4,8303	1,59887	4,5740	1,76401	1,631	0,104	0,005
17.	4,5432	1,53456	4,5643	1,66110	-0,137	0,891	0,000
18.	5,8485	,96022	5,7811	1,19817	0,680	0,497	0,001
19.	4,6970	1,27080	4,4955	1,37403	1,582	0,114	0,005
20.	5,0667	1,28373	5,1805	1,47380	-0,847	0,397	0,001
21.	3,3030	1,57892	3,4438	1,84683	-0,887	0,376	0,002
22.	3,2424	1,63107	3,7071	1,54459	-3,052	0,002	0,018
23.	3,0182	1,57524	3,8580	1,69235	-5,343	<0,001	0,054
24.	4,3879	1,75856	4,5246	1,84878	-0,791	0,429	0,001
25.	3,8424	1,49369	4,1627	1,39738	-2,306	0,022	0,011
26.	3,2606	1,82762	3,5964	1,87686	-1,900	0,058	0,007
27.	4,0727	1,74105	4,4521	1,77122	-2,268	0,024	0,010
28.	3,7939	1,98929	4,1805	1,85689	-2,091	0,037	0,009
29.	3,8424	1,64521	4,5828	1,75179	-4,539	<0,001	0,039
30.	4,7515	1,41165	4,9110	1,61716	-1,081	0,280	0,002
31.	3,8909	1,66389	4,3817	1,76998	-2,977	0,003	0,017
32.	3,1879	1,55229	3,5325	1,77030	-2,231	0,026	0,010
33.	5,7152	1,10876	5,4704	1,66319	1,957	0,051	0,008
34.	5,6121	1,13475	5,5473	1,46951	0,544	0,587	0,001
35.	4,9212	1,39681	4,7529	1,46029	1,231	0,219	0,003
36.	5,0485	1,32429	5,1302	1,57340	-0,610	0,542	0,001
37.	4,3818	1,29008	4,4970	1,40843	-0,885	0,377	0,002
38.	3,2727	1,62812	3,7189	1,86352	-2,749	0,006	0,015
39.	4,0685	1,70415	4,7538	1,59242	-4,428	<0,001	0,038
40.	3,2606	1,46044	3,9817	1,55218	-4,986	<0,001	0,047
41.	3,7515	1,11752	4,0680	1,13147	-2,958	0,003	0,017
42.	2,2364	1,42662	2,8576	1,64791	-4,353	<0,001	0,036
43.	2,7636	1,44784	3,8907	1,70324	-7,725	<0,001	0,106
44.	5,7212	1,17695	5,4353	1,33540	2,445	0,015	0,012
45.	5,2848	1,20874	5,3705	1,36363	-0,715	0,475	0,001
46.	4,3758	1,70133	4,7713	1,51879	-2,534	0,012	0,013
47.	3,9576	1,62433	4,3862	1,51328	-2,911	0,004	0,017
48.	3,7839	1,56253	4,1227	1,44123	-2,341	0,020	0,011
49.	4,5212	1,30004	4,7902	1,30895	-2,169	0,031	0,009
50.	5,1394	1,33844	4,7262	1,59451	3,048	0,002	0,018
Total	214,9765	23,08811	226,0612	28,16014	-4,387	<0,001	0,037

Con la recodificación de las puntuaciones se obtiene que, globalmente, los estudiantes de otras titulaciones diferentes a la Psicología identificaron como falsos el 23,28% de los mitos, dudaron de 24,9% y estuvieron de acuerdo con 52,19%. La suma de los dos últimos datos es de 77,09%. Resultados algo peores resultados que los de primero de Psicología, cuyas cifras fueron, respectivamente, 31,33%, 17,58% y 51,17%, sumando las dudas y acuerdos un 68,75%.

Índices de salud general

En todas las dimensiones del GHQ 28 (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave), así como en su puntuación total, los estudiantes de primero de otras titulaciones alcanzaron puntuaciones más elevadas, con diferencias estadísticamente significativas con respecto a los estudiantes de Psicología. Los tamaños del efecto, salvo el correspondiente a síntomas somáticos, tendieron a ser moderados (Tabla 42).

Tabla 42
Medias y desviaciones típicas de primero de Psicología y de primero de otras titulaciones; prueba *t* de Student y *eta* al cuadrado

	Primero de Psicología		Primero de no Psicología		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Eta</i> ²
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
Síntomas somáticos	5,1186	3,47300	6,0345	3,96845	-2,525	0,012	0,013
Ansiedad e insomnio	4,8182	4,37464	7,0370	5,21048	-4,996	<0,001	0,048
Disfunción social	5,7576	2,37146	7,3721	3,06781	-6,471	<0,001	0,078
Depresión grave	1,3697	2,62080	2,5977	3,66255	-4,294	<0,001	0,036
GHQ 28 total	17,0640	9,74962	23,0413	13,07014	-5,732	<0,001	0,062

**Comparación de primero de grado de otras titulaciones
diferentes de Psicología con cuarto de grado de otras
titulaciones diferentes de Psicología**

Comparación de primero de grado de otras titulaciones diferentes de Psicología con cuarto de grado de otras titulaciones diferentes de Psicología

Muestras

En la comparación de ambas muestras no hubo asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la pertenencia al curso (139 [40,6%] eran varones, en primero, y 43 [45,7%], en cuarto). Sí, como era esperable, una mayor edad con diferencia estadísticamente significativa ($t = -6,237$; $p < 0,001$).

Asistencia y utilización de servicios de Psicología y/o Psiquiatría

En este bloque de preguntas no se han encontrado ninguna asociación estadísticamente significativa en la asistencia y utilización de servicios de Psicología y/o Psiquiatría

Lectura de libros o revistas de divulgación científica de Psicología o de autoayuda

Un total de 203 (59,4%) de los estudiantes de primero afirmaron leer libros o revistas de divulgación científica de Psicología, frente a 52 (55,3%) de cuarto. No obstante, el valor de χ^2 no fue significativo; en concreto: $\chi^2 = 0,495$; $p = 0,482$ y con la corrección por continuidad 0,343, con $p = 0,558$. Algo similar con respecto a si el ámbito era el de la autoayuda: 195 (57,4%), de primero, dijeron que sí frente a 53 (56,4%), de cuarto. La χ^2 fue igual a 0,028 ($p = 0,866$) y con la corrección por continuidad, 0,003 ($p = 0,960$).

En cuanto a la frecuencia tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. La media para la divulgación científica fue de 4,26 ($DE = 3,70$), en primero, y de 4,00 ($DE = 3,77$), en cuarto. La t de Student fue 0,595 ($p = 0,552$). Por lo que respecta, a la autoayuda, las medias fueron para primero y cuarto, respectivamente, de 4,16 ($DE = 3,76$) y de 4,15 ($DE = 3,82$). La t de Student alcanzó un valor de 0,020 ($p = 0,984$).

Valoración de la Psicología

Tampoco hay modificación entre primero y cuarto en cuanto a la valoración de la Psicología, ni por lo que respecta a su eficacia para resolver problemas, ni en lo que se refiere al grado de cientificidad otorgado a la Psicología. La media de primero para el tema de la eficacia fue de 3,05 ($DE = 0,64$) y la de cuarto de 2,95 ($DE = 0,78$). Por otra parte, la t de Student ha sido de 1,347 ($p = 0,179$).

En cuanto a la segunda de las cuestiones, la media alcanzada por primero ha sido de 2,96 ($DE = 0,76$) y, por los estudiantes de cuarto, de 2,99 ($DE = 0,85$). La t de Student fue de -0,292 ($p = 0,770$).

Autovaloraciones

En este bloque de preguntas –referidas a la salud, en general; salud física, salud psicológica; felicidad; satisfacción vital; optimismo; y estrés- no se obtuvo ninguna diferencia estadísticamente significativas entre los estudiantes de primero y los de cuarto (Tabla 43).

Tabla 43

Medias y desviaciones típicas de las autovaloraciones y prueba t de Student entre estudiantes de primero y de cuarto grado de titulaciones diferentes a la de Psicología

	Primer curso		Cuarto curso		t	p
	M	DE	M	DE		
Salud, en general	4,0468	0,67475	4,1489	0,54787	-1,350	0,178
Salud física	3,7953	0,80990	3,9362	0,70036	-1,667	0,097
Salud psicológica	3,7749	0,88265	3,7128	0,81151	0,614	0,539
Felicidad	3,5585	0,89693	3,3936	0,85783	1,593	0,112
Satisfacción vital	3,4181	0,89181	3,3191	0,88248	0,955	0,340
Optimismo	3,1170	1,09293	3,2128	1,04596	-0,760	0,448
Estrés	2,9444	1,03025	3,1170	0,98217	-1,453	0,147

Fuentes de información

Han aparecido siete diferencias estadísticamente significativas entre los de primero y de cuarto de titulaciones diferentes a la de Psicología. En todos los casos con puntuaciones

mayores los del primer curso a excepción del ítem 16, que ha sido al contrario, con valor más elevado la media de los de cuarto.

Los ítems donde han puntuado más los de primer curso han sido los siguientes:

- 4. *Las revistas científicas de Psicología*
- 5. *Las revistas de divulgación de Psicología*
- 7. *Los periódicos*
- 8. *La radio*
- 9. *La televisión*
- 12. *Soportes informáticos (CD, DVD, ...), en general*

El ítem donde la puntuación mayor ha sido para los de cuarto es el número 16 (*Un familiar [o varios] que no es psicólogo, psiquiatra o médico*).

Ahora bien, los valores de eta al cuadrado han oscilado desde 0,010 hasta 0,019, lo que indica tamaños del efecto pequeños (véase Tabla 44).

Mitos psicológicos

En la relación de mitos psicológicos han aparecido nueve diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de primero y los de cuarto. De ellos, en siete se daba una media mayor en los de primer curso y en dos en los de cuarto. Con puntuación más elevada los del curso inicial:

- 13. *Los individuos normalmente reprimen el recuerdo de las experiencias traumáticas*
- 14. *La mayoría de las personas con amnesia olvidan todos los detalles de sus vidas anteriores*
- 23. *El test del polígrafo [detector de mentiras] es un buen método para detectar la deshonestidad*
- 24. *La felicidad de una persona viene principalmente determinada por circunstancias externas*
- 32. *El hecho de que un rasgo sea heredable significa que es imposible cambiarlo*

- 38. *Solamente las personas profundamente deprimidas se suicidan*
- 43. *La mayoría de las personas mentalmente enfermas es violenta*

Tabla 44

Medias y desviaciones típicas en Fuentes de Información, de estudiantes de titulaciones diferentes de Psicología, en función del curso (primero y cuarto de grado)

Ítem	Primero no Psicología		Cuarto no Psicología		<i>t</i>	<i>p</i>	Eta ²
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
1.	0,4172	0,73928	0,3763	0,60638	0,489	0,625	0,001
2.	0,4586	0,75857	0,4194	0,72715	0,445	0,656	0,000
3.	0,5799	0,85498	0,5699	0,83923	0,100	0,920	0,000
4.	0,4524	0,72111	0,2921	0,52226	2,397	0,017	0,013
5.	0,4837	0,77068	0,3333	0,57735	2,058	0,041	0,010
6.	1,0566	0,93072	0,9985	0,93259	0,533	0,594	0,001
7.	1,0805	0,91938	0,8387	0,92420	2,243	0,025	0,012
8.	1,1420	0,98231	0,8143	0,88382	2,909	0,004	0,019
9.	1,7515	1,00610	1,4839	0,92798	2,309	0,021	0,012
10.	1,6805	1,07782	1,7419	0,95443	-0,534	0,594	0,001
11.	1,1278	1,09696	1,0558	0,95976	0,621	0,536	0,001
12.	0,7308	0,96296	0,5142	0,74516	2,320	0,021	0,012
13.	1,0180	0,93703	1,1613	1,04559	-1,196	0,234	0,003
14.	1,9969	0,90662	2,1290	0,84988	-1,261	0,208	0,004
15.	1,9286	1,03116	2,0645	0,89451	-1,254	0,212	0,004
16.	1,2312	1,05058	1,4898	1,03731	-2,107	0,036	0,010
17.	1,2101	1,02455	1,3594	0,96215	-1,260	0,208	0,004
18.	0,5237	0,88814	0,4301	0,72828	0,933	0,351	0,002
19.	0,8632	1,05023	1,1209	1,15014	-1,949	0,053	0,009
20.	0,3817	0,74245	0,4301	0,83923	-0,541	0,589	0,001
21.	0,7544	0,93700	0,8387	0,94743	-0,767	0,444	0,001
24.	0,5106	0,77942	0,6244	0,80682	-1,238	0,216	0,004
25.	1,0142	0,88536	0,9934	0,81444	0,204	0,838	0,000
Total	22,3939	10,64763	22,0800	10,77389	0,251	0,802	0,000

Con media superior los del último curso:

- 1. *La mayoría de la gente utiliza solamente el 10% de su capacidad cerebral*
- 37. *Las etiquetas psiquiátricas son perjudiciales porque estigmatizan a las personas*

Ahora bien, si se observan todos los valores de eta al cuadrado son bajos, lo que es indicativo de que los tamaños del efecto son pequeños (Tabla 45).

Tabla 45

Medias y desviaciones típicas del primer y cuarto curso de titulaciones diferentes a la Psicología, prueba *t* de Student y valor de *eta* al cuadrado

Mito	Primer curso		Cuarto curso		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Eta</i> ²
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
1.	4,6154	1,81324	5,1064	1,63607	-2,512	0,013	0,014
2.	4,5045	1,79038	4,7128	1,63050	-1,016	0,310	0,002
3.	4,1461	1,22273	4,2340	1,31514	-0,607	0,544	0,001
4.	3,9291	1,67925	4,1064	1,79885	-0,891	0,373	0,002
5.	5,8964	1,57255	5,9681	1,49157	-0,395	0,693	0,000
6.	4,2692	1,71440	4,5426	1,57032	-1,392	0,165	0,004
7.	5,5845	1,54444	5,5213	1,51501	0,353	0,724	0,000
8.	4,9024	1,39070	4,8085	1,40105	0,578	0,564	0,001
9.	4,1864	1,65877	3,9894	1,58280	1,029	0,304	0,002
10.	5,2308	1,38881	5,1302	1,29708	0,630	0,529	0,001
11.	5,0382	1,67058	5,0957	1,64002	-0,296	0,767	0,000
12.	4,2281	1,61542	4,3298	1,56843	-0,543	0,587	0,001
13.	5,2294	1,61356	4,7553	2,00369	2,111	0,037	0,010
14.	4,2857	1,75043	3,8298	1,57014	2,282	0,023	0,012
15.	3,8155	1,25002	3,9894	1,59633	-0,976	0,331	0,002
16.	4,5740	1,76401	4,7753	1,64045	-0,993	0,321	0,002
17.	4,5643	1,66110	4,7128	1,80574	-0,752	0,452	0,001
18.	5,7811	1,19817	5,9362	1,24269	-1,101	0,271	0,003
19.	4,4955	1,37403	4,4468	1,31670	0,307	0,759	0,000
20.	5,1805	1,47380	4,9574	1,55138	1,283	0,200	0,004
21.	3,4438	1,84683	3,6809	1,79133	-1,108	0,269	0,003
22.	3,7071	1,54459	3,9787	1,56562	-1,504	0,133	0,005
23.	3,8580	1,69235	3,4468	1,57683	2,114	0,035	0,010
24.	4,5246	1,84878	4,0745	1,68637	2,127	0,034	0,010
25.	4,1627	1,39738	4,2898	1,49250	-0,768	0,443	0,001
26.	3,5964	1,87686	3,4204	1,91388	0,801	0,424	0,001
27.	4,4521	1,77122	4,6383	1,74042	-0,905	0,366	0,002
28.	4,1805	1,85689	4,0000	1,83748	0,835	0,404	0,002
29.	4,5828	1,75179	4,7979	1,54210	-1,079	0,281	0,003
30.	4,9110	1,61716	4,8511	1,44399	0,325	0,745	0,000
31.	4,3817	1,76998	4,0319	1,80473	1,687	0,092	0,007
32.	3,5325	1,77030	2,8936	1,57581	3,167	0,002	0,023
33.	5,4704	1,66319	5,7021	1,42806	-1,230	0,219	0,004
34.	5,5473	1,46951	5,5426	1,37305	0,028	0,977	0,000
35.	4,7529	1,46029	4,7234	1,35523	0,176	0,861	0,000
36.	5,1302	1,57340	5,1058	1,50609	0,134	0,893	0,000
37.	4,4970	1,40843	4,8830	1,17186	-2,432	0,015	0,014
38.	3,7189	1,86352	3,3404	1,51376	2,033	0,043	0,010
39.	4,7538	1,59242	4,4362	1,61684	1,705	0,089	0,007
40.	3,9817	1,55218	4,0106	1,62305	-0,158	0,874	0,000
41.	4,0680	1,13147	3,9149	1,15153	1,156	0,248	0,003
42.	2,8576	1,64791	2,8298	1,63719	0,145	0,885	0,000
43.	3,8907	1,70324	3,2660	1,64072	3,170	0,002	0,023
44.	5,4353	1,33540	5,4681	1,25896	-0,213	0,831	0,000
45.	5,3705	1,36363	5,3936	1,48265	-0,142	0,887	0,000
46.	4,7713	1,51879	4,7340	1,56009	0,209	0,834	0,000
47.	4,3862	1,51328	4,5213	1,69584	-0,699	0,486	0,001
48.	4,1227	1,44123	4,2766	1,62907	-0,830	0,408	0,002
49.	4,7902	1,30895	4,5957	1,28112	1,280	0,201	0,004
50.	4,7262	1,59451	4,9787	1,50253	-1,375	0,170	0,004
Total	226,0612	28,16014	224,7746	31,05592	0,383	0,702	0,000

Con la recodificación de los mitos, los porcentajes que se obtienen en cuanto a la identificación de mitos falsos, dudas y aceptación de los mitos psicológicos son muy similares entre primero y cuarto. Las cifras han sido las siguientes: rechazaron globalmente en primero el 23,28% de los mitos frente al 24,95% en cuarto; dudaron del 27,9%, en primero frente al 21,98%, en cuarto; y aceptaron el 52,19%, en primero, frente al 53,07%, en cuarto. La suma de las dudas y las aceptaciones globales fueron en primero del 77,09% y, en cuarto, del 75,05%.

Índices de salud general

En cuanto a los índices de salud, evaluados a través del GHQ 28, en ninguna de las dimensiones (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave), así como en la puntuación total han aparecido diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes del primer curso y los de cuarto (Tabla 46).

Tabla 46
Medias y desviaciones típicas de primero de Psicología y de primero de otras titulaciones; prueba t de Student y eta al cuadrado

	Primero de Psicología		Primero de no Psicología		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Síntomas somáticos	6,0345	3,96845	5,7542	3,84443	0,609	0,543
Ansiedad e insomnio	7,0370	5,21048	6,5851	4,57532	0,762	0,446
Disfunción social	7,3721	3,06781	7,4362	2,79615	-0,182	0,856
Depresión grave	2,5977	3,66255	2,0957	3,36353	1,194	0,233
GHQ 28 total	23,0413	13,07014	21,8712	11,21085	0,790	0,430

**Comparación de cuarto curso de grado de Psicología con
cuarto curso de grado de otras titulaciones diferentes de
Psicología**

Comparación de cuarto curso de grado de Psicología con cuarto curso de grado de otras titulaciones diferentes de Psicología

Muestras

En cuanto al sexo se ha encontrado asociación estadísticamente significativa. El número de varones en la muestra de cuarto curso de grado de Psicología era de 19 (15,1%) y en el de cuarto de grado de otras titulaciones diferentes de 4, (45,7%). La χ^2 ha sido de 25,013 ($p < 0,001$) y con corrección de continuidad de 23,521 ($p < 0,001$). El valor de phi ha sido de 0,337, lo que significa un tamaño del efecto medio.

Con respecto a la edad, como era de esperar no se ha obtenido una diferencia estadísticamente significativa ($t = - 0,318$; $p = 0,751$).

Asistencia y utilización de servicios de Psicología y/o Psiquiatría

En relación con el ítem 2, sobre la asistencia al psicólogo, 37 sujetos (29,4%) de cuarto de Psicología manifestaron haber asistido a consulta de Psicología y 16 (17,0%) los de otras titulaciones diferentes. La χ^2 obtuvo un valor de 4,486 ($p = 0,034$) y con la corrección de continuidad se sitúa, prácticamente, en estadísticamente significativa; en concreto, 3,386 ($p = 0,050$). El coeficiente phi fue de $- 0,143$, un valor pequeño. En el resto de los ítems de este bloque no se produjo ninguna otra asociación estadísticamente significativa.

Lectura de libros o revistas de divulgación científica de Psicología o de autoayuda

Por lo que respecta a la lectura de libros o revistas de divulgación científica, respondieron afirmativamente 88 (69,8%) estudiantes de cuarto de Psicología respondieron afirmativamente y 52 (55,3%) de las otras titulaciones. El valor de χ^2 fue de 4,906 ($p = 0,027$) y con la corrección de continuidad 4,299 ($p = 0,038$). Esta asociación estadísticamente significativa según pertenencia a una titulación no se dio

para la lectura de autoayuda. Un total de 60 (47,6%) de los estudiantes de Psicología y 53 (56,4%) de las otras titulaciones contestaron que sí leían esa clase de literatura. La χ^2 obtuvo un valor de 1,655 ($p = 0,198$) y con la corrección de continuidad fue de 1,323 ($p = 0,250$).

En cuanto a la frecuencia de lectura por parte que sí leían divulgación de Psicología y autoayuda, no hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos casos. Para la divulgación los datos obtenidos han sido, para Psicología; una media de 3,53 ($DE = 2,89$) y para los de otras titulaciones, una media de 4,00 ($DE = 3,77$). La t de Student fue de $-1,006$ ($p = 0,316$). Para la autoayuda, los resultados han sido de una media de 3,27 ($DE = 3,67$), para Psicología y de 4,15 ($DE = 3,82$), para los de otras titulaciones. El valor alcanzado por t fue de $-1,728$ ($p = 0,085$).

Valoración de la Psicología

No sucedió lo mismo con la valoración de la Psicología. La primera de las preguntas, relativa a la creencia en la eficacia de esta disciplina para resolver problemas sí dio como resultado una diferencia estadísticamente significativa ($M = 3,71$; $DE = 0,52$; para Psicología, frente a $M = 2,95$; $DE = 0,78$; para otras titulaciones; $t = 8,261$; $p < 0,001$; eta al cuadrado = 0,238. Tamaño del efecto grande). La puntuación mayor fue de los estudiantes de Psicología.

Similarmente, ocurrió con el grado de científicidad otorgado a la Psicología ($M = 3,65$; $DE = 0,58$; para Psicología, frente a $M = 2,99$; $DE = 0,85$; para otras titulaciones; $t = 6,495$; $p < 0,001$; eta al cuadrado = 0,162. Tamaño del efecto = grande). Igualmente, la puntuación más elevada correspondió a los estudiantes de Psicología.

Autovaloraciones

En este ámbito, se han obtenido cuatro diferencias estadísticamente significativas, siendo en tres de ellas las puntuaciones mayores en los estudiantes de cuarto de Psicología frente a los de otras titulaciones. En concreto en salud psicológica, felicidad y satisfacción vital. Los valores de eta al cuadrado han oscilado desde 0,024 a 0,031, más o menos, tamaño del efecto medio bajos. En la que han sido superiores en la media

los estudiantes de otras titulaciones ha sido en el nivel de estrés percibido con un tamaño del efecto moderado (Tabla 47).

Tabla 47

Medias y desviaciones típicas de las autovaloraciones y prueba t de Student entre estudiantes de cuarto de grado de Psicología y de cuarto grado de titulaciones diferentes a la de Psicología

	Cuarto de Psicología		Cuarto no Psicología		<i>t</i>	<i>p</i>	Eta ²
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
Salud, en general	4,1111	0,58271	4,1489	0,54787	-0,489	0,626	0,001
Salud física	3,9206	0,67650	3,9362	0,70036	-0,166	0,868	0,000
Salud psicológica	3,9841	0,68099	3,7128	0,81151	2,625	0,009	0,031
Felicidad	3,6587	0,73933	3,3936	0,85783	2,404	0,017	0,026
Satisfacción vital	3,5838	0,81176	3,3191	0,88248	2,305	0,022	0,024
Optimismo	3,3352	0,94614	3,2128	1,04596	0,907	0,365	0,004
Estrés	2,6407	0,80403	3,1170	0,98217	-3,952	<0,001	0,067

Fuentes de información

Han surgido 15 diferencias estadísticamente significativas en Fuentes de Información entre los estudiantes de cuarto de grado de Psicología y los de cuarto de grado de otras titulaciones diferentes.

Con una puntuación superior en la media de los primeros han sido los ítems:

- 1. *Los libros científicos de Psicología*
- 2. *Los libros de divulgación de Psicología*
- 4. *Las revistas científicas de Psicología*
- 5. *Las revistas científicas de Psicología*
- 12. *Soportes informáticos (CD, DVD), en general*
- 13. *La literatura*
- 18. *La experiencia personal a través de un trabajo (remunerado o no), que ha tenido o tiene algo que ver con la Psicología*
- 19. *La información o conversaciones con profesionales de la Psicología*
- 24. *Cursos, jornadas, congresos, etc.*

Además la puntuación total de Fuentes de Información.

En cuanto a eta al cuadrado los valores han tendido a ser de medios bajos a moderados en los seis primeros citados, aumentando bastante, sobre todo en los tres restantes ítems, y en la puntuación total.

Con una puntuación media más elevada por parte de los estudiantes de cuarto de otras titulaciones diferentes han sido los ítems:

- 7. *Los periódicos*
- 8. *La radio*
- 9. *La televisión*
- 16. *Un familiar (o varios) que no es psicólogo, psiquiatra o médico*
- 17. *Un amigo (o varios) que no es psicólogo, psiquiatra o médico*

Los tamaños del efecto en los dos primeros ítems de los mencionados (7 y 8) han sido moderados y el resto grandes (ítems 9, 16 y 17) (véase Tabla 48).

Tabla 48

Medias y desviaciones típicas en Fuentes de Información de cuarto de grado de Psicología y de cuarto de grado de otras titulaciones; prueba t de Student y eta al cuadrado

Ítem	Cuarto de Psicología		Cuarto de no Psicología		t	p	Eta ²
	M	DE	M	DE			
1.	1,8730	0,91200	0,3763	0,60638	14,568	<0,001	0,494
2.	1,3730	0,91856	0,4194	0,72715	8,570	<0,001	0,253
3.	0,5794	0,79351	0,5699	0,83923	0,085	0,932	0,000
4.	1,8245	0,89502	0,2921	0,52226	15,899	<0,001	0,538
5.	1,3889	0,90308	0,3333	0,57735	10,526	<0,001	0,338
6.	0,8810	0,80605	0,9985	0,93259	-0,997	0,320	0,005
7.	0,3766	0,61536	0,8387	0,92420	-4,186	<0,001	0,075
8.	0,4048	0,62198	0,8143	0,88382	-3,824	<0,001	0,063
9.	0,8480	0,81049	1,4839	0,92798	-5,285	<0,001	0,114
10.	1,9444	0,81295	1,7419	0,95443	1,651	0,100	0,012
11.	1,0079	0,90771	1,0558	0,95976	-0,376	0,707	0,001
12.	0,7612	0,80410	0,5142	0,74516	2,317	0,021	0,024
13.	1,6872	1,00734	1,1613	1,04559	3,758	<0,001	0,061
14.	2,0247	0,86226	2,1290	0,84988	-0,891	0,374	0,004
15.	2,1424	0,81706	2,0645	0,89451	0,670	0,504	0,002
16.	0,7501	0,80623	1,4898	1,03731	-5,719	<0,001	0,131
17.	0,6905	0,79462	1,3594	0,96215	-5,468	<0,001	0,121
18.	1,6746	1,21213	0,4301	0,72828	9,444	<0,001	0,291
19.	2,3200	0,86348	1,1209	1,15014	8,449	<0,001	0,248
20.	0,6349	1,02452	0,4301	0,83923	1,624	0,106	0,012
21.	0,9286	0,92242	0,8387	0,94743	0,704	0,482	0,002
24.	1,7439	0,92869	0,6244	0,80682	9,514	<0,001	0,294
25.	1,0813	0,76518	0,9934	0,81444	0,818	0,414	0,003
Total	28,9409	8,32948	22,0800	10,77389	5,116	<0,001	0,108

Mitos psicológicos

En general, en todos los mitos se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes de Psicología y los de otras titulaciones, puntuando más estos últimos, si bien hay algunas excepciones. Así, hay 7 mitos en los que no hay diferencias estadísticamente significativas y 4 mitos donde la media de puntuación es mayor en los estudiantes de Psicología. Por tanto, en 11 (22%) o no hay diferencias o creen más en ellos los estudiantes de Psicología. Por otra parte, está la cuestión de los tamaños del efecto. En los 39 mitos restantes, en los que han puntuado más los de otras titulaciones con respecto a los de Psicología, en 10 de ellos (20%), el tamaño del efecto es pequeño; en 12 (24%), moderado; y en 17 (34%), grande. En la puntuación total el tamaño del efecto también fue grande.

Los mitos en los que puntúan más los estudiantes de cuarto de Psicología son:

- 15. *Los tests del cociente intelectual (CI) están sesgados en contra de determinados grupos*
- 18. *Los estudiantes aprenden mejor cuando los estilos de enseñanza se adecuan a los estilos de aprendizaje*
- 37. *Las etiquetas psiquiátricas son perjudiciales porque estigmatizan a las personas*
- 50. *La terapia electroconvulsiva (electroshock) es un tratamiento brutal y físicamente peligroso*

Para más detalles véase la Tabla 49.

Índices de salud general

Tanto en todas las dimensiones (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave) como en la puntuación total del GHQ 28 han aparecido diferencias estadísticamente significativas, con tamaños del efecto medio bajos y moderados (Tabla 50).

Tabla 49

Medias y desviaciones de los mitos psicológicos en estudiantes de cuarto de grado de Psicología y de otras titulaciones diferentes, prueba *t* de Student y valor de eta al cuadrado

Mito	Psicología		No Psicología		<i>t</i>	<i>p</i>	Eta ²
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
1.	3,1921	2,21521	5,1064	1,63607	-7,372	<0,001	0,200
2.	4,2381	1,83490	4,7128	1,63050	-1,989	0,048	0,018
3.	2,8580	1,51120	4,2340	1,31514	-7,200	<0,001	0,192
4.	2,1905	1,55802	4,1064	1,79885	-8,443	<0,001	0,246
5.	5,9127	1,30243	5,9681	1,49157	-0,293	0,770	0,000
6.	3,8116	1,69138	4,5426	1,57032	-3,269	0,001	0,047
7.	4,5952	1,92740	5,5213	1,51501	-3,989	<0,001	0,068
8.	4,2381	1,75922	4,8085	1,40105	-2,676	0,008	0,032
9.	3,0556	1,66520	3,9894	1,58280	-4,202	<0,001	0,075
10.	4,4407	1,67047	5,1302	1,29708	-3,446	0,001	0,052
11.	3,0794	1,75546	5,0957	1,64002	-8,753	<0,001	0,260
12.	3,1995	1,72047	4,3298	1,56843	-5,072	<0,001	0,106
13.	4,8571	1,45720	4,7553	2,00369	0,417	0,677	0,001
14.	2,7540	1,70029	3,8298	1,57014	-4,796	<0,001	0,095
15.	4,4921	1,76520	3,9894	1,59633	2,208	0,028	0,022
16.	3,6587	1,88537	4,7753	1,64045	-4,683	<0,001	0,091
17.	4,4603	1,88319	4,7128	1,80574	-1,001	0,318	0,005
18.	6,3016	0,75121	5,9362	1,24269	2,527	0,013	0,028
19.	3,8156	1,67993	4,4468	1,31670	-3,123	0,002	0,043
20.	2,9206	1,76908	4,9574	1,55138	-9,069	<0,001	0,274
21.	2,8175	1,54610	3,6809	1,79133	-3,827	<0,001	0,063
22.	2,1825	1,52526	3,9787	1,56562	-8,543	<0,001	0,251
23.	2,2950	1,34481	3,4468	1,57683	-5,835	<0,001	0,135
24.	2,7063	1,70208	4,0745	1,68637	-5,921	<0,001	0,139
25.	3,8333	1,52184	4,2898	1,49250	-2,219	0,028	0,022
26.	3,2857	1,78374	3,4204	1,91388	-0,537	0,592	0,001
27.	2,8810	1,58799	4,6383	1,74042	-7,792	<0,001	0,218
28.	2,5238	1,68150	4,0000	1,83748	-6,190	<0,001	0,149
29.	3,1825	1,73621	4,7979	1,54210	-7,281	<0,001	0,196
30.	4,5635	1,62232	4,8511	1,44399	-1,362	0,174	0,008
31.	2,9365	1,71928	4,0319	1,80473	-4,576	<0,001	0,088
32.	2,6651	1,50175	2,8936	1,57581	-1,093	0,275	0,005
33.	5,2619	1,25334	5,7021	1,42806	-2,427	0,016	0,026
34.	4,9762	1,24877	5,5426	1,37305	-3,189	0,002	0,045
35.	3,3016	1,69361	4,7234	1,35523	-6,913	<0,001	0,180
36.	3,3492	1,69384	5,1058	1,50609	-8,111	<0,001	0,232
37.	5,5476	1,37758	4,8830	1,17186	3,769	<0,001	0,061
38.	2,0397	1,44444	3,3404	1,51376	-6,473	<0,001	0,161
39.	2,6746	1,67250	4,4362	1,61684	-7,838	<0,001	0,220
40.	3,1373	1,59678	4,0106	1,62305	-3,985	<0,001	0,068
41.	3,2460	1,69558	3,9149	1,15153	-3,481	0,001	0,053
42.	1,6905	1,31736	2,8298	1,63719	-5,540	<0,001	0,123
43.	1,8175	1,05376	3,2660	1,64072	-7,485	<0,001	0,204
44.	5,3254	1,16502	5,4681	1,25896	-0,868	0,386	0,003
45.	4,8095	1,33095	5,3936	1,48265	-3,066	0,002	0,041
46.	3,7143	1,41341	4,7340	1,56009	-5,063	<0,001	0,105
47.	3,0875	1,66862	4,5213	1,69584	-6,261	<0,001	0,152
48.	3,0884	1,65417	4,2766	1,62907	-5,305	<0,001	0,114
49.	2,6726	1,72408	4,5957	1,28112	-9,492	<0,001	0,292
50.	5,4718	1,47825	4,9787	1,50253	2,430	0,016	0,026
Total	179,1557	32,22085	224,7746	31,05592	-10,549	<0,001	0,338

Tabla 50

Medias y desviaciones típicas en el GHQ 28 de cuarto de Psicología y de cuarto de otras titulaciones; prueba t de Student y eta al cuadrado

	Cuarto de Psicología		Cuarto de no Psicología		<i>t</i>	<i>p</i>	Eta ²
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
Síntomas somáticos	4,7585	3,24268	5,7542	3,84443	-2,024	0,044	0,019
Ansiedad e insomnio	5,0161	4,40802	6,5851	4,57532	-2,560	0,011	0,029
Disfunción social	6,3871	2,43187	7,4362	2,79615	-2,956	0,003	0,039
Depresión grave	0,8710	1,81667	2,0957	3,36353	-3,195	0,002	0,045
GHQ 28 total	17,0327	9,40586	21,8712	11,21085	-3,461	0,001	0,053

Discusión

Discusión

Muestras

Como se mencionó anteriormente, el presente trabajo pretende aportar alguna luz sobre los mitos psicológicos más allá de la frecuencia y porcentaje que logra cada uno de ellos cuando se les pide a un conjunto de participantes que respondan. Por ello, se ha estudiado un grupo de características de la muestra inicial de estudiantes de primero de Psicología, así como las posibles diferenciaciones dentro de ellos en función del sexo y de otras variables, las potenciales relaciones y se ha intentado encontrar variables predictoras que permitieran alguna aproximación al hecho de aceptar más o menos los mitos psicológicos. Adicionalmente, aparte de este estudio, se les volvió a hacer las mismas preguntas y a aplicar las mismas pruebas en el último curso de la carrera para comprobar si se daba un descenso en el número de mitos y en la fortaleza de la creencia en ellos, dada la importancia del momento, puesto que la mayoría se sitúa a las puertas de obtener el título y convertirse en profesionales de la Psicología. Hubiera sido deseable haber tenido identificado con un código a cada sujeto en primero para que fuera utilizado también en cuarto y, de esa forma, haber realizado análisis con muestras relacionadas. No fue posible porque inicialmente no se pensó realizar esta investigación de forma longitudinal. Sin embargo, puede afirmarse que, prácticamente, la totalidad de los alumnos eran los mismos, con lo cual puede darnos una idea muy aproximada de la evolución en los objetivos que se han pretendido.

Con respecto a las muestras de estudiantes de otras titulaciones distintas a las de Psicología, el control para poder aplicar las pruebas a los mismos alumnos que se les pasó en primero fue harto difícil. Influyeron varias cuestiones, una de ellas eran los planes de estudio que hacía que en más de un caso los estudiantes estuvieran de prácticas y otra que los profesores que colaboraron en primero no todos daban clases en cuarto y el acceso a otros no siempre fue posible. De todas formas, teniendo en cuenta que se trata de estudiantes de grado y que fueron en las mismas titulaciones desde una perspectiva transversal puede ser totalmente aceptable.

Relativa al primer curso de grado de Psicología

Asistencia y utilización de servicios de Psicología y/o Psiquiatría

Los porcentajes encontrados en la muestra de primero de grado de estudiantes de Psicología, en cuanto a la asistencia a servicios psicológicos, fueron algo mayores que los informados anteriormente. Así, en Berenguer y Quintanilla (1994) se habla de un 21,07% mientras que en este grupo es un 27,30%. En relación con este aumento podría argumentarse que, tal vez, pudiera ser debido a que con el paso de los años haya habido una mayor aceptación del rol del psicólogo y, por tanto, se acuda más él. Se trata de una diferencia de, aproximadamente unos 17 años. No obstante, los resultados aquí hallados también son algo superiores con respecto a los de Buela-Casal et al. (2005) que aportan las cifras de un 27,30% para las mujeres y de un 22,90% para los varones frente a un 26,50% y un 30,30% en esta investigación. En esta ocasión, son sólo unos 6 años de distancia con los de ellos. Todo esto en lo que corresponde a los datos globales, pero es posible que la edad esté influyendo algo en estas discrepancias. Por ejemplo, en Buela-Casal et al. (2005), los estudiantes –asociado a menos años- alcanzaron la cifra de un 22,9%, lo que significa una diferencia con esta muestra de 3,1 puntos, y si se compara con el grupo de 18 a 37 años, que podría ser el más similar a estos de primero de grado de Psicología, es de únicamente 0,50 puntos; esto es, porcentajes muy similares. Por tanto, los datos obtenidos no se apartan mucho de los de otros estudios.

En cuanto a las diferencias en función del sexo, aunque se ha documentado una mayor cantidad de visitas médicas por parte de las mujeres (Sarafino, 2008), por lo que respecta a los psicólogos o psiquiatras no se da esta circunstancia ni tampoco las relativas a tratamientos habidos o en curso. Similarmente, parece no haber influido el que existan datos que sugieren la idea de que la mujer tiene una imagen más positiva de los psicólogos que los varones (Buela-Casal et al., 2005). En los demás contrastes efectuados en función de la lectura de divulgación de la Psicología y en base a los cuatro grupos del GHQ 28 no han aparecido diferencias estadísticamente significativas en la cuestión de asistencia a servicios psicológicos. Como se dijo anteriormente, la baja frecuencia en los grupos de terapia en función de la lectura de literatura de autoayuda hizo que se desechara realizar análisis.

Lectura de libros o revistas de divulgación científica de Psicología o de autoayuda

Divulgación científica. En la muestra de estudiantes de primero de grado de Psicología el número de sujetos que afirmaron que leían libros o revistas de divulgación científica de Psicología fue elevado, 115, lo que supone el 69,70%. Sin embargo, podría aplicarse lo mismo que con los resultados de la lectura en general. En el Barómetro de diciembre 2014, del CIS, un 61,70% respondió que leía mucho o bastante; sin embargo, cuando se le requirió que opinaran sobre lo que cuánto se leía en España un 66,10% dijo que poco. Es decir, parece que los participantes presentan un cierto grado de deseabilidad social hacia la lectura, aplicable también a lo de la divulgación científica, probablemente. Y se afirma esto por los datos que después aparecen en relación con la frecuencia. De los que respondieron que sí, 54 de los 115, manifestaron que lo hacían menos de una vez al año, lo que representa un, prácticamente, nada o, con un poco de generosidad, casi nada. Para la frecuencia de lectura, la media fue de 6,41; es decir, la frecuencia de lectura se sitúa entre varias veces al año y una vez al año. Poco o muy poco, lo que, posiblemente, podría indicar no mucho interés y, aunque aquí no se ha preguntado a los participantes cuánto le gusta este género literario la frecuencia parece estar en coherencia con ese bajo 7,40% que decía que más le gustaba, en primer lugar, del Barómetro anterior.

Los que habían leído o leían libros de divulgación científica de Psicología tuvieron una media mayor en la frecuencia de lectura de literatura de autoayuda que los que no lo hacían, además con un tamaño del efecto grande. Es un resultado comprensible por cuanto, por un lado, la frontera en Psicología entre libros o revistas de divulgación y de autoayuda no siempre es clara y hay materiales que podrían ubicarse en ambas categorías y, por otro, porque para muchas personas pueden ser afines.

Autoayuda. Con respecto a la autoayuda habría que decir algo muy similar a lo anterior. El 64,20% afirmó que había leído o leía libros o revistas de autoayuda pero, 52 señalaron la alternativa de menos de una vez al año. Por otro lado, las medias de las frecuencias de lectura de esta clase de literatura fueron también similares, situándose entre *Varias veces al año, pero no mensualmente* y *Una vez al año*. Puede, pues, trasladarse los comentarios previos con la divulgación científica a este otro apartado de

la autoayuda. En este caso particular, en el Barómetro de diciembre de 2014, los que les gustaba más que nada la autoayuda sólo fueron un 1,90% de los que la colocaron en primer lugar y un 3,20%, en segundo, lo que podría ser coherente con el tema de las frecuencias de lectura.

Similarmente a lo ocurrido con la literatura de divulgación de la Psicología, aquellos que afirmaron que habían leído o leían temas de autoayuda tuvieron una media más alta que los que manifestaron que no. También el tamaño del efecto fue grande y pueden repetirse las mismas explicaciones o hipótesis.

Valoración de la Psicología

Eficacia. En esta investigación, los estudiantes que comienzan la carrera de Psicología tienen una alta tendencia a considerar que la Psicología es útil. En una escala de 1 (*nada*) a 4 (*mucho*), la media obtenida en este aspecto ha sido de 3,64; es decir casi llegando a *mucho*. Aunque la cuantificación ha sido distinta, estos resultados no difieren los que obtuvo Seisdedos (1983), pues el 91,54% de los 1.076 sujetos que entrevistó estuvo de acuerdo o muy de acuerdo en la utilidad de la Psicología. También, todo esto va en la misma línea de los datos aportados por Buela-Casal et al. (2005) donde porcentajes muy altos –superiores al 70%– expresaban su confianza en la prevención de los problemas de salud, el diagnóstico de problemas mentales, el tratamiento de los problemas emocionales y mentales que afectan a la salud, y la mejora de la salud de las personas. En definitiva, puede aceptarse sin duda que existe una confianza en la capacidad y utilidad de la Psicología en sus aplicaciones y en la preparación de sus profesionales, en unos casos por parte de personas ajenas a la disciplina y, en otras, de sujetos con cierta implicación como son los estudiantes en este trabajo. No se encontró en esta cuestión ninguna otra diferencia estadísticamente significativa en función de las variables utilizadas para tal fin.

Cientificidad. En este estudio, el grado de cientificidad otorgado a la Psicología también ha salido alto. En concreto, asimismo con una escala de 1 (*nada*) a 4 (*mucho*), la media obtenida ha sido muy alta, aunque un poco menos que en aspecto de utilidad (3,36) lo que significa superar el nivel de *bastante*. Estos datos siguen, más o menos, el patrón de otras investigaciones con estudiantes de Psicología, como han sido los de

Sierra y Freixa (1983), en la que en los tres ciclos de estudios el sí a la científicidad de la Psicología superaba el 78,48% de acuerdos, llegando al 93,48% en los del tercer ciclo (estudiantes de doctorado), y el de Domínguez y Campos (2010) cuyos resultados fueron del cien por cien. Puede concluirse que por parte de los alumnos de Psicología existe una valoración alto de la científicidad de la disciplina. En cuanto a la misma, tampoco se han hallado diferencias estadísticamente significativas en función de las distintas variables que se han utilizado.

Comparados ambos aspectos, ha resultado que dentro de la muestra se valora más el grado de eficacia que el de la científicidad de la Psicología; no obstante, el tamaño del efecto ha sido muy pequeño. Posiblemente, sea el desconocimiento de la propia disciplina lo que provoque esa ligera tendencia a favor de la valoración de la eficacia frente a la científicidad.

Autovaloraciones

Salud, en general. Comparada la muestra de estudiantes de primero de grado de Psicología con la Encuesta Europea de Salud en España 2014 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015b), en cuanto a la valoración de la salud percibida, en la suma de las categorías de bueno y muy bueno hay una diferencia de 18,11 puntos a favor de los estudiantes²⁸. Los de la población fueron un 70,99% frente a un 89,1% de los estudiantes. Ahora bien, es conveniente hacerlo con el grupo que presente una edad más parecida y se elige el que comprende entre los 15 y los 24 años. En éste el 90,78% califica de buena o muy buena su salud siendo, pues, la diferencia muy pequeña. No obstante, sí fueron distintos los porcentajes de las categorías para ese subgrupo de edad: para buena, 46,16% (población) frente a 62,4% (estudiantes); y para muy buena, 44,62% (población) frente a 26,7% (estudiantes). De todas formas, hay que decir que, globalmente, se sigue la tendencia general.

Por otra parte, en la autovaloración de la salud en general aparecieron diferencias estadísticamente significativas en función de haber acudido al psicólogo,

²⁸ En los resultados se ofrecieron sólo las medias y desviaciones típicas de los estudiantes, por parecer datos más interesantes que las frecuencias y porcentajes en este particular. A efectos comparativos, en la muestra de estudiantes, un 0,6% valoró su salud como muy mala; un 1,2% como mala; un 9,1 como regular; un 62,4% como buena; y un 26,7% como muy buena.

siendo la media más alta en los que no habían asistido a este profesional. Podría especularse, por un lado, un beneficio del hecho de haber recurrido a él; sin embargo, también podría ser un resultado por el azar. El tamaño del efecto fue pequeño y esto hay que tenerlo presente.

Asimismo, surgieron entre los cuatro grupos formados del GHQ 28 en base a sus percentiles; en concreto, entre el 1 y el 3; el 1 y el 4; el 2 y el 3; y el 2 y el 4. A medida que se elevaban las medias en la salud en general autopercebida descenden, lo cual entra dentro de la lógica, no es un resultado extraño, pues los del cuarto grupo tienen peores niveles de salud en el GHQ 28.

Salud física. De una forma más específica, cuando se pregunta por la salud física los resultados son similares. En esta investigación la media, en la escala de 1 (*muy mala*) a 4 (*muy buena*), la media ha sido de 3,84 ($DE = 0,66$) y en el de Vingilis et al. (1998) fue muy parecida, una media de 3,72 ($DE = 0,96$). Por otra parte, el sistema de cuantificación de De Castro et al. (2010) fue diferente al utilizado en este trabajo y no permite una comparación en sentido estricto. Ofrecieron cinco alternativas de respuesta pero no iba desde muy mala a muy buena en la salud física autopercebida sino desde mala a excelente, pasando por algo, buena y muy buena. Sin embargo, se aprecia una coincidencia en cuanto a las valoraciones positivas. Si en ellos, el 88,2% se situó entre buena y excelente, en la investigación que se presenta fue el 76,4% en buena y muy buena²⁹.

Con la salud física autopercebida un fenómeno similar al de la salud general, aunque sólo se dieran con las pruebas post hoc del ANOVA entre el 2 y el 3 y el 2 y el 4 de los grupos formados del GHQ 28. La explicación puede ser la misma.

Salud psicológica o mental. Los resultados fueron muy similares en lo que se refiere a la salud psicológica o mental, una media de 3,85 y una desviación típica de 0,75. Similarmente, a lo anterior de la salud física, la mayoría de los participantes (74,0%) señalaron como alternativas bueno y muy bueno. En el trabajo de De Castro et al. (2010) los que puntuaron entre buena, muy buena y excelente fueron el 92,20%. Con

²⁹ Lo mismo que en la nota a pie de página anterior, en los resultados se reflejaron la media (3,84) y la desviación típica (0,66).

la misma prudencia que antes habría que decir que hay la misma tendencia pero los resultados no son idénticos. Es muy probable que las diferencias encontradas se deban al distinto formato de respuesta en ambos trabajos.

Similarmente a lo dicho con las anteriores. Con la salud psicológica o mental se han dado diferencias estadísticamente significativas, prácticamente, entre los mismos grupos del GHQ 28 que en la autovaloración de la salud en general y la explicación puede ser muy similar.

Por otra parte, interesó verificar si los participantes valoraban más su salud física frente a su salud mental o psicológica autopercibidas. En este caso, utilizando la prueba *t* de Student para muestras relacionadas no ha aparecido diferencia estadísticamente significativa, lo que indica una valoración igual en ambos aspectos.

Felicidad. La comparación de los resultados de la felicidad autopercibida no es del todo fácil por cuanto las cuantificaciones han sido distintas según las investigaciones. En unas han sido de 1 a 4, en otras de 1 a 7; de 1 a 6; de 0 a 100; o de 0 a 10, entre otros procedimientos. De todas formas, sí puede verse la tendencia. En el caso de la investigación que aquí se presenta, la media total fue de 3,53 (para los varones de 3,45 y para las mujeres de 3,55). Teniendo en cuenta que la escala utilizada iba de 1 (*nada*) a 5 (*muchísimo*), significa que se situaba entre *bastante* y *mucho*. Por tanto, estos resultados son equiparables a los de otros autores. Por ejemplo, Sujarwoto y Tampubolon (2015) indicaron que el 85% de los respondedores señalaban alguna de las categorías de feliz. En la investigación presente ha sido el 91,5%³⁰. Javaloy et al. (2007) emplearon una escala de 1 a 7, desde *nada feliz* a *muy feliz*, la media para los varones fue de 5,17 y la de las mujeres de 5,23. Puede, pues, estimarse como equivalentes. Lo mismo puede afirmarse del trabajo de Bergsma et al. (2011), cuya media en la felicidad autopercibida fue de 4,77 y, cuando las personas padecían trastornos mentales, de 4,12. Con la investigación de Hirosaki et al. (2011), por su falta de datos, la comparación es más difícil, por lo que se obvia. Por último, en el Barómetro de diciembre 2014, del CIS, en una escala de 0 a 10, el 28,10% asignó el valor de 8 y el 22,10%, el de 7, siendo

³⁰ Lo mismo que en los casos anteriores, en los resultados sólo se reflejó la media y la desviación típica. Las frecuencias y porcentajes fueron para la felicidad autopercibida: 0% (*nada*); 8,5% (*poco*); 40,0% (*bastante*); 41,2% (*mucho*); 10,3% (*muchísimo*).

la media de 7,31. Puede admitirse que hay una tendencia general a puntuar alto en la autovaloración de la felicidad.

Por lo que respecta a diferencias estadísticamente significativas en función de algunas variables han aparecido en la lectura de material de divulgación científica de Psicología y entre los cuatro grupos del GHQ 28 en base a sus percentiles. En el primer caso obtuvieron la media más alta aquellos que sí habían leído o leían esa clase de literatura frente a los que no. Podría ser que fuera beneficioso el contenido de dichos libros de cara a sentirse bien. Además, en los últimos tiempos se ha producido un auge de la llamada Psicología positiva. El tamaño del efecto fue medio bajo lo que podría indicar un cierto apoyo a lo expuesto.

Con respecto a la felicidad autopercebida las diferencias se produjeron entre los mismos grupos formados del GHQ 28 cuando se habló de la autovaloración de la salud en general. Pueden adaptarse y aplicarse las mismas explicaciones dadas en ese momento.

Satisfacción vital. Es evidente que no son exactamente comparables los resultados de Al-Windi (2005) con los aquí obtenidos, pero sí se ve una tendencia. En el del citado autor los sujetos que se situaron en el grupo bajo de satisfacción vital autopercebida fueron el 9,68%; en el medio, el 27,53%; y en el alto, el 62,80%. En éste han sido 11,5% puntuaron en poco; 35,2% en bastante; 40,6%, en mucho; y 12,7% en muchísimo. La suma de estos dos últimos porcentajes sería 53,3%, algo más bajo que los datos de Al-Windi, tal vez, podría influir la edad, más adulta, de su muestra.

El trabajo de Bergsma et al. (2011) es relativamente comparable a esta investigación. Las medias obtenidas en aquel, en una escala de seis puntos fueron de 5,13, para individuos sin trastornos mentales, y de 4,55, para los que sí los tenían. Aquí se ha obtenido una media de 3,55, que se situaría entre *bastante* y *mucho*, sin llegar a *muchísimo*; mientras que en Bergsma et al., para las personas sin trastornos, la media se colocaría tendente a lo máximo.

Con respecto a la autovaloración de la satisfacción vital y en relación con los grupos formados con el GHQ 28 puede repetirse lo mismo que en los casos anteriores de la salud en general, la salud mental o la felicidad autopercibidas.

Optimismo. Grau et al. (2005), con una muestra de profesionales sanitarios, obtuvieron una mediana de 7 dentro de una escala de 0 a 10 pero no aportan valores de la media. En el trabajo que aquí se presenta, la mediana se sitúa en 3 y la media en 3,24. Puede suponerse que en aquella investigación la media tiende a ser más alta ya que el valor de 7 supera el valor medio de la escala con la que se evaluó.

También con la autovaloración del optimismo y en relación con los grupos formados con el GHQ 28 pueden darse los mismos argumentos que en los casos anteriores de las autopercpciones. Los grupos donde aparecen las diferencias estadísticamente significativas son el 1 con el 3 y el 1 con el 4. La puntuación media mayor del nivel de optimismo autopercibido es mayor en el grupo 1, también entra dentro de lo esperable que quienes tienen una peor salud, de acuerdo con el GHQ 28, tenga un optimismo autopercibido menor.

Estrés. En este estudio, los estudiantes se han calificado mayoritariamente como teniendo poco estrés (57%). La media se ha situado en 2,48 ($DE = 0,81$). Otra cuestión sería averiguar que cuál es el concepto lego de estrés que manejan donde puede haber diferencias entre unos y otros (Revuelta-Pérez, Rodríguez-Fernández, Atienza y Losada, 2013). No obstante, en principio, habría que afirmar que se trata de una muestra cuyos integrantes se consideran a sí mismos poco estresados, a pesar de considerarse al estrés como un fenómeno cultural de amplio espectro (Barley & Knight, 1992).

Las mujeres han tenido una media superior a los varones; sin embargo, el tamaño del efecto es pequeño. De todas formas, en relación con este resultado hay que decir que en principio es habitual que las mujeres informen de experimentar más estresores mayores y menores que los varones; pero, como ocurre en otros ámbitos, la explicación no tiene por qué venir de que realmente haya una diferencia en función del sexo sino por el hecho de que, en general, tengan menos o ningún inconveniente en manifestarlo. Sin embargo, hay estudios en los que se ha comprobado que en los varones la activación fisiológica dura más tiempo en volver a los niveles basales que en

las mujeres una vez que el estresor ha acabado (Earle, Linde, & Weinberg, 1999). No obstante, también se podría pensar que más que algo condicionado biológicamente por el sexo lo sea por los roles que se suelen desempeñar. Aquí, como lo que se pide ha sido el estrés autopercebido, puede afirmarse que los resultados siguen la pauta general establecida.

Cuando lo que se tuvo en cuenta como variable independiente fueron los grupos formados con el GHQ 28, las diferencias estadísticamente significativas lo fueron, prácticamente, entre todos los grupos, salvo el 2 con el 3 –los de intensidad media-. Las puntuaciones, en este caso, comprensiblemente fueron menores en los grupos más bajos del GHQ 28: los que tenían menor nivel de estrés autopercebido puntuaban menos en el GHQ 28.

Fuentes de Información

Es algo llamativo que en la muestra de estudiantes de primero de grado de Psicología lo que más se haya puntuado como fuentes de información a partir de las cuales se cree que se ha adquirido el conocimiento que se posee sobre la disciplina sean dos ítems relacionados con lo personal e, incluso, lo íntimo. En concreto, con el ítem 14, cuyo contenido es *La reflexión personal*, y con el 15, *La experiencia directa personal, mis propias circunstancias*. Esto puede ser debido a una idea ingenua acerca de lo que es la Psicología, en el sentido de poco elaborada, a pesar de que puntuaran alto en lo que respecta a la científicidad de la misma y, por lo que se ve, no es incompatible que se alberguen ambos pensamientos en una misma persona. Algunos de los ítems que salen son coherentes con los estilos de vida y disponibilidades de las sociedades actuales. Por tanto, no es extraño que también hayan superado la puntuación de 1, que representaba *algo*, ítems tales como *Sitios o páginas web, la televisión o Youtube o plataformas similares*. Por otro lado, parece que las conversaciones también son consideradas como fuentes de información, en primer lugar, con los profesionales y, en segundo, con los familiares o amigos (ítems 19, *La información o conversaciones con profesionales de la Psicología*; 16, *Un familiar [o varios] que no es psicólogo, psiquiatra o médico*; y 17. *Un amigo [o varios] que no es psicólogo, psiquiatra o médico*). Por último, hay dos ítems que tienen que ver con cultura (25. *La transmisión cultural*, y 11. *La literatura*). En resumidas cuentas, se tendrían cuatro grupos en relación con las fuentes de

información más habituales en esta muestra de primero de Psicología: 1) lo personal, 2) lo tecnológico, 3) lo conversacional, y 4) lo cultural.

A nivel de diferencias en función del sexo únicamente se ha encontrado con el ítem número 3, que hace referencia a los libros de autoayuda como una de las fuentes de donde le viene el conocimiento de la Psicología que posee en ese momento. En este caso las mujeres frente a los varones presentan una mayor puntuación si bien hay que indicar que el tamaño del efecto es pequeño. Sería interesante, como una extensión de este resultado, verificar si ante determinados problemas personales, realmente las mujeres suelen hacer más uso de la biblioterapia que los varones.

En cuanto a las diferencias estadísticamente significativas en función de haber acudido alguna vez al psicólogo se han generado en seis ítems que forman tres grupos bien delimitados: 1) lecturas (2. *Los libros de divulgación de Psicología* y 3. *Los libros de autoayuda de Psicología*), 2) experiencia personal (15. *La experiencia directa personal, mis propias circunstancias* y 18. *La experiencia personal a través de un trabajo [remunerado o no] que ha tenido o tiene que ver con la Psicología*), y 3) conocimiento a través de profesionales de la salud (19. *La información o conversaciones con profesionales de Psicología* y 20. *La información o conversaciones con profesionales de la Psiquiatría*). También en la puntuación total. Los tamaños del efecto ha sido variados desde pequeños a grande. Las medias más altas se han dado entre aquellos que afirmaron haber acudido al psicólogo. Podría entenderse que hay una fuente de información más formal, precisamente, por haber ido a un profesional de la Psicología y, a la vez, por un interés en conocer mejor aquello que le ocurre, sobre todo, a partir de las diferencias en el grupo 1 y el 3.

Por lo que respecta al hecho de la lectura o no de libros o revistas de divulgación se dieron cuatro diferencias estadísticamente significativas. Obviamente, si no sería una contradicción, en los ítems relativos a 2. *Los libros de divulgación de Psicología* y 5. *Las revistas de divulgación de la Psicología*. También fueron en otros dos ítems de forma totalmente coherente: 1. *Los libros científicos de Psicología* y 4. *Las revistas científicas de Psicología*. Salvo el ítem 1, que moderado, los tamaños del efecto son moderados. Otro asunto sería saber qué entienden los respondedores por *científico*, pero eso es otra cuestión que podría evaluarse y analizarse en otra investigación. Por lo que

se refiere a la puntuación total, donde también tienen una mayor puntuación los que se han pronunciado en la lectura de divulgación y con un tamaño del efecto medio bajo, el resultado parece indicar que suelen ser personas interesadas en la Psicología y que, por ello, recurren a más fuentes de información.

Por otra parte, con la lectura de autoayuda también una serie de ítems en los que puntuaron más aquellos que afirmaron haberla leído o que la leían. En concreto en los ítems 2. *Los libros de divulgación de Psicología*; 3. *Los libros de autoayuda de Psicología* –como en el caso anterior, hubiera sido una anomalía que este resultado no se hubiese dado-; 4. *Las revistas científicas de Psicología*; 5. *Las revistas de divulgación de Psicología*; y 18. *La experiencia personal a través de un trabajo (remunerado o no), que ha tenido ver con la Psicología*. Es probable, salvo el ítem 18, que el interés por la autoayuda también lleve a la lectura de la literatura de divulgación de la Psicología. Es coherente. Por otra parte, en cuanto a la mayor puntuación en la media de todo el instrumento puede ofrecerse la misma explicación que en el caso anterior, cuando la variable independiente ha sido la lectura de divulgación científica de Psicología. No obstante, a todo esto, hay que tener en cuenta que los tamaños del efecto son todos pequeños, con El otro ítem tiene más que ver con circunstancias personales.

En base a los cuatro grupos formados a partir de los percentiles 25, 50 y 75 del GHQ 28 surgieron diferencias estadísticamente significativas en cinco ítems y la puntuación total, con puntuaciones mayores en el cuartil cuarto, con excepción del ítem 5. También ha sucedido lo mismo con la puntuación total, mayor valor el grupo cuarto. El resultado con los ítems es similar a lo expuesto a cuando la variable independiente era el haber acudido o no al psicólogo. Se aprecian los tres grupos: 1) lecturas (5. *Las revistas de divulgación de Psicología* y 6. *Otras revistas*), 2) experiencia personal (18. *La experiencia personal a través de un trabajo [remunerado o no] que ha tenido o tiene que ver con la Psicología*), y 3) conocimiento a través de profesionales de la salud (19. *La información o conversaciones con profesionales de Psicología* y 20. *La información o conversaciones con profesionales de la Psiquiatría*). Aquí, quizás, podría entenderse que un mayor número o intensidad de problemas de salud llevara a recurrir a fuentes de información más establecidas o formales.

Mitos psicológicos

Habría que decir varias cuestiones en relación con los resultados de los mitos psicológicos. En primer lugar, que ha habido un número importante cuyas medias superan la puntuación de 4, que significaría o estar de acuerdo con ellos o tener dudas. En total han sido 29, esto es, un 58%. Obviamente, el número se acrecienta si se agrupan las medias de 1 a 3,5; por encima de 3,5 hasta 4,5; y por encima de 4,5 a 7. En ese caso, los porcentajes serían, respectivamente, 10%, 40% y 40%, por lo que el 80% tenderían a ser mitos aceptados.

No obstante, se ve mucho mejor si se recodifican las puntuaciones a 1, 2 y 3, según el sujeto puntúe cada mito, para el 1, de 1 a 3; un 2 si señala el 4; y un 3 si el participante señala de 5 a 7. Los promedios de porcentajes también salen altos, de manera global, los estudiantes sólo identificaron como falsos el 31,33% de los mitos, sobre el 17,58% tenían dudas y consideraron verdaderos el 51,17% de los mitos psicológicos. La suma de estos dos últimos grupos da un total de un 68,75%. Estos resultados van en la línea de Furnham y Hughes (2014) quienes encontraron que el 37% identificó correctamente que los enunciados eran falsos, que el 43% creyeron que eran erróneamente verdaderos y que un 20% tuvieron dudas.

También los resultados son similares a los de Standing y Huber (2003) quienes concluyeron que fueron rechazados el 29% de los mitos y aceptados el 71% en la prueba que aplicaron.

Asimismo, esto permite, a nivel de análisis del nivel de los ítems, verificar que 25 mitos son citados en algún grado de acuerdo por el 50% de los participantes, una cifra bastante alta y si se eleva el criterio a los dos tercios, eso supondría que 36 mitos, el 72%, serían citados como que están de acuerdo por el 33,3% o más de los participantes. Habría que tener en cuenta otros tres mitos más que estarían el grupo categorizado con un 2, lo que sería un 6% añadido. Por tanto, con 39 mitos, el 78% de ellos o se está de acuerdo o se tiene dudas sobre su falsedad.

En cuanto a los bloques temáticos no ha habido una preponderancia de unos sobre otros sino que se distribuyen, aproximadamente, de forma similar los mitos psicológicos citados con mayor frecuencia.

Cifras, obviamente, muy altas y que indican que los estudiantes vienen con un buen número de ideas erróneas acerca de temas de Psicología.

Los datos para los estudiantes de primero de Psicología apuntan a que las mujeres presentan un mayor número de creencias en los mitos psicológicos. Utilizando el primer sistema de cuantificación –desde muy en desacuerdo a muy de acuerdo-, los varones puntuaron más, con diferencias estadísticamente significativas, en 3 mientras que las mujeres en 8. Con la recodificación en tres grupos –en desacuerdo, duda y de acuerdo con los mitos- ocurrió lo mismo. Las mujeres presentaron estuvieron más de acuerdo en número que los varones. Estos últimos aceptaron más que las mujeres 5 mitos psicológicos, mientras que al contrario fueron 7. Estos resultados no van en la línea de estudios previos, en los que no se relacionó la creencia en los mitos con el sexo (Gray, 1990; Standing & Huber, 2003). No obstante, como ya se comentó en otro lugar, hay pocos datos al respecto para poder comparar. Con respecto, al tipo de mito en el que puntúan cada uno de ellos de manera superior, es difícil sacar conclusiones pues se distribuyen entre los distintos bloques temáticos de Psicología y no parecen guardar, en principio, mucha relación de unos con otros.

El hecho de haber acudido a un psicólogo no parece influir mucho en la creencia de los mitos pues tan solo aparecieron tres diferencias, con una mayor puntuación en aquellos que no habían tenido contacto con un profesional de la Psicología, en 3 mitos psicológicos. Lo mismo sucedió cuando se recodificaron las respuestas, incluso en uno de los ítems del cuestionario de mitos la puntuación fue mayor en los que sí habían ido al psicólogo, en concreto, en el que hacía referencia a que *Hacer escuchar a los bebés música de Mozart mejora su inteligencia*. Posiblemente, tampoco resulte extraño este resultado, el psicólogo trata temas, muchas veces, específicos y se dirige a ellos y no a que el cliente tenga una visión global o científica de la Psicología.

Tampoco parece influir mucho el hecho de leer o no literatura de divulgación de la Psicología. En este aspecto, sólo han surgido diferencias estadísticamente

significativas en dos mitos, con tamaños del efecto pequeños, y con mayor puntuación en los mayor los que no leían dicha literatura. Con la recodificación, sólo se ha dado una nivel de significación inferior a 0,05, con un ítem. Es posible que en la muestra lo que consideran divulgación científica de Psicología no tenga la calidad y exactitud temática que se exige. Convendría un análisis de lo que estiman que está dentro de ese género.

Lo mismo cabe decir con respecto a la literatura de ayuda, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas nada más que en dos ítems, tanto en con un sistema de puntuación como cuando se recodificaron las respuestas y, podría argumentarse lo mismo en el caso anterior.

En base a los grupos formados con el GHQ 28 han aparecido 6 diferencias estadísticamente significativas con respecto a los mitos psicológicos. En general, salvo con el mito número 26 (*Una actitud positiva puede evitar el cáncer*) en el resto las medias han sido mayores en los grupos más elevados en función de los percentiles que los delimitan. En principio, puede decirse con que hay una tendencia de que a mayores problemas de salud, de acuerdo con el GHQ 28, mayor posibilidad de creencia en un grupo de mitos. No obstante, esta cuestión habría que afinarla más. Cuando se analizaron las respuestas recodificadas (segundo sistema de puntuación), con la prueba de Kruskal-Wallis, no surgieron diferencias estadísticamente significativas.

Estado de salud

Las puntuaciones medias obtenidas con el Cuestionario de Salud General de Golberg, GHQ 28 son similares a las de otros trabajos que utilizan el mismo tipo de corrección (0, 1, 2 y 3). A nivel de comparaciones, el problema surge porque en más de una investigación no se especifica la clase de cuantificación que han elegido de las posibles. Como suele ser habitual, el valor de la dimensión de depresión grave es más bajo que los del resto de las subescalas.

Aparecieron diferencias estadísticamente significativas en función de haber ido o no al psicólogo; en concreto en síntomas somáticos, depresión grave y puntuación total del GHQ 28, con mayores puntuaciones entre los que afirmaron haber asistido.

Quizás, por la obviedad de que por eso van al psicólogo. Además, también entre los que respondieron que leían literatura de divulgación de Psicología, en la dimensión de disfunción social, con una mayor puntuación los que no la leían. Es difícil poder asegurar que la lectura les ayudó. En todos los casos los tamaños del efecto tendieron a ser pequeños.

En el resto de los resultados relativos a diferencias estudiadas no han aparecido ninguna que fuera estadísticamente significativa, ni en relación con el sexo, a pesar de otros trabajos en los que sí se han dado (Chung et al., 2002; Matud et al., 2006). Tampoco en función de la lectura de literatura de autoayuda.

Relaciones entre variables

Han aparecido un buen número de correlaciones de Pearson estadísticamente significativas entre las distintas variables estudiadas. Ahora bien, como se acostumbra a recomendar, no sólo interesa ese dato sino el valor de r para comprobar realmente la fuerza de la relación entre las variables. Por ello, en este apartado tan solo se va a hacer referencia a aquellas correlaciones que superen el valor de 0,40, lo que implica la explicación mínima del 16% de la varianza. No alcanzan esa cifra, aunque sean estadísticamente significativas, correlaciones con otras variables de la eficacia de la Psicología, la científicidad de la misma, la puntuación total de Fuentes de Información y dos mitos psicológicos con dos ítems de fuentes de información.

En este aspecto hay que resaltar que, con excepción de la correlación estadísticamente significativa, con un valor de $r = 0,627$ –el segundo más alto de todos– el resto por encima de 0,40 tiene que ver con las autovaloraciones. Así, la salud en general autopercebida lo hace con la salud física autopercebida. Por otra parte, la autovaloración de la salud psicológica con la satisfacción vital, optimismo, ansiedad e insomnio, disfunción social, depresión grave y GHQ 28 total. Por otro lado, la felicidad autopercebida con satisfacción vital y optimismo autopercebidos, y con depresión grave y GHQ 28 total. Por lo que respecta a la autovaloración de la satisfacción vital con optimismo autopercebido, depresión grave y GHQ 28 total. Por último, el estrés autopercebido con ansiedad e insomnio y GHQ 28 total.

Como puede observarse las correlaciones con una cierta entidad tienen que ver con las propias autovaloraciones entre sí, lo cual parece bastante coherente en lo que se refiere a los estados positivos, y con las dimensiones y puntuación total del GHQ como índices de salud, además todo con los signos positivos o negativos dentro de toda lógica, lo cual fortalece la idea de la importancia de las autovaloraciones como depositarias de información acerca de quienes las emiten.

Predicción de mitos psicológicos

Uno de los objetivos del presente trabajo ha sido tratar de obtener datos que permitan predecir quienes son las personas que son más vulnerables a la creencia en los mitos psicológicos; sin embargo, el resultado no es nada satisfactorio en cuanto a lo conseguido. El valor de R fue muy bajo con las variables introducidas en el análisis de regresión múltiple, en concreto 0,243, que al cuadrado se convierte en 0,59 y corregida en 0,047. Eso implica que sólo se explica el 0,22 de la varianza, que es, prácticamente, igual a nada.

Con la regresión logística binaria efectuada, una vez recodificados las puntuaciones, el resultado fue muy similar. La R^2 de Cox fue de 0,030 y la R^2 de Nagelkerke de 0,040, valores muy bajos, aunque un poco mejor que en el caso anterior.

Por tanto, queda, pues, todavía labor en este sentido; tal vez, con otras variables de personalidad u otras dimensiones.

Relativa a la comparación del primer curso de grado de Psicología con cuarto de grado de Psicología

Los datos apuntan a que no hay diferencias en el hecho de leer o no literatura de divulgación científica de Psicología pero sí que hay un descenso de la de literatura de autoayuda, aunque con un tamaño del efecto pequeño. Sin embargo, las frecuencias de lectura en ambas sí evidencian un descenso en cuarto. Esto podría interpretarse como algo positivo por cuanto mucho de lo que hay bajo esas rúbricas no es literatura de buena calidad científica y a muchos estudiantes les falta todavía la experiencia para discriminar las buenas de las malas obras editadas.

En la valoración de la Psicología los estudiantes mantienen su creencia en la eficacia de la misma cuando llegan a cuarto, pero aumentan su convicción de que se trata de una disciplina científica, con un tamaño del efecto moderado.

En las autovaloraciones no se ha producido ningún cambio. Sí en las fuentes de información y puede apreciarse una evolución hacia una adquisición de conocimiento más formal o reglada. En primero puntuaban más alto en los periódicos, la radio, la televisión, la reflexión personal, un familiar (o varios) que no es psicólogo, psiquiatra o médico y un amigo (o varios) que no es psicólogo, psiquiatra o médico. No obstante, sólo tuvo un tamaño del efecto moderado la televisión, los otros fueron pequeños. Y, en cuarto, tienen mayores medias los ítems sobre los libros científicos de Psicología; los de divulgación; las revistas científicas de Psicología: la literatura; la experiencia personal a través de un trabajo (remunerado o no), que ha tenido o tiene algo que ver con la Psicología; la información o conversaciones con profesionales de la Psicología; lo mismo pero de la Psiquiatría; y cursos, jornadas, congresos, etc. También en la puntuación total fue superior en primero, lo que sugiere una concentración en donde es más procedente la adquisición del saber psicológico. A diferencia de los ítems en los que alcanzaron una media mayor los de primero, en los de cuarto, los tamaños del efecto tendieron a ser grades, salvo el ítem 20 que fue pequeño y el 13, moderado.

Los resultados de las diferencias en el tema de los mitos hay que tomarlos muy en consideración puesto que los alumnos de cuarto pronto saldrán de la universidad para

ir convirtiéndose en profesionales. De los 50 mitos expuestos, en 7 (14%) no se han hallado diferencias; esto es, quedan igual y en 4 (8%) aumenta la puntuación en los de cuarto; es decir, están más de acuerdo. Por tanto, ya se tiene que en un 22% se queda o igual o se empeora. Además, de los últimos cuatro mencionados, sólo en uno de ellos hay un tamaño del efecto pequeño, el 50. En dos es moderado (15 y 18) y uno grande (37). Con el resto, 39 mitos psicológicos, hay descenso en las puntuaciones pero únicamente 7 tienen tamaños del efecto grandes; en los otros 32, eran moderados 17 (34%) y pequeños 15 (30%). Los datos globales no son muy halagadores por lo que puede comprobarse.

Con la recodificación de los datos los resultados no son alentadores. De manera global, rechazaron el 49,28% de los ítems, pero tuvieron dudas en el 11,16% de ellos y aceptaron un 39,55%. Por lo tanto, en aproximadamente, un 51,00% hay dudas o son aceptados. Por otra parte, 33 sujetos (26,19%) –esto es, algo más de un cuarto– aceptaban un 50 por ciento o más de los mitos, 3 de ellos por encima del 75% y 30 (23,81%) de los participantes, aceptaban entre un 50% y un 25% de los mitos.

A la vista de estos resultados caben preguntarse algunas cuestiones. ¿Son adecuados? Mas bien, no. ¿Los mitos presentados son poco importantes de cara al conocimiento científico psicológico? Habría que decir que un buen número de ellos son importantes por sus consecuencias a distintos niveles. ¿Fallan los alumnos? Es posible. ¿Fallan los profesores? También, es probable. ¿Falla el sistema? Casi con toda seguridad.

Por lo que respecta a la predicción de la puntuación total del Cuestionario de Mitos Psicológicos, teniendo en cuenta las siete alternativas de respuesta, con los de cuarto de Psicología se mejora el modelo de la ecuación de regresión múltiple, se pasa de un 4,7% de la varianza explicada a un 24,6%; esto es, se mejora pero todavía sería conveniente detectar variables con las que se obtengan un coeficiente más alto. De todas formas eso no excluye el que se siga indagando en el tema de las fuentes de información, pues nuevamente, se ha recurrido a los ítems del instrumento que aquí se ha empleado. Uno de ellos ha coincidido, el 17 (*Un amigo [o varios] que no es psicólogo, psiquiatra o médico*).

En cuanto al tema de la salud, tan solo se ha producido una diferencia estadísticamente significativa entre el primer y el cuarto curso, en disfunción social. No obstante, el tamaño del efecto es pequeño. Sorprende un poco que con más años, los alumnos puntúen más alto en esta dimensión. Otra cuestión es que pueda estar influyendo, a juzgar por el contenido de los ítems del GHQ 28, el hecho de que estaban próximos a finalizar la carrera y ello le genere algunos problemas o preocupaciones.

Relativa a la comparación del primer curso de grado de Psicología con primero de otras titulaciones diferentes de Psicología

Al objeto de ver si las similitudes y diferencias entre los que entraban a estudiar Psicología y otros que fueran de otras titulaciones se aplicaron las mismas preguntas y pruebas a alumnos de estudios sin relación con la citada disciplina. Una de las primeras cosas que se advirtió es que a los de Psicología habían sido recetados más veces que los de las demás carreras, que asistían más a terapia y que tomaban más medicación por problemas psicológicos. Ahora bien, hay que efectuar algunas matizaciones. Una, que los tamaños de efecto fueron pequeños. Otra, que los subgrupos formados con estas cuestiones eran, asimismo, muy pequeños. Y, otra, que aunque hubiera esa tendencia, sin embargo, los resultados del Cuestionario de Salud General, GHQ 28, dieron mejores resultados los estudiantes de Psicología en todas las dimensiones (trastornos somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave), así como en la puntuación total. Además, salvo en la primera de las dimensiones, con valores medios de los tamaños de efecto o cercanos. También en las autovaloraciones los estudiantes de Psicología se valoraron con menor nivel de estrés, con tamaño del efecto medio. Por tanto, se quiebra esa idea de personas con más problemas en Psicología, por lo menos, a nivel general.

En cuanto a la lectura de material de divulgación o de autoayuda de Psicología, se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre el hecho de leer divulgación psicológica y la titulación, con mayor frecuencia los de Psicología, cosa lógica en cuanto a preferencias de elección de carrera; ahora bien, en los que se refirió a frecuencia no hubo diferencias estadísticamente significativas, como cabría esperar. De todas formas, no hay que olvidar los bajos índices de lectura en Andalucía y España.

También puede parecer lógico el que los estudiantes de Psicología valoren más aquella carrera que han elegido; así, con un tamaño del efecto grande, han obtenido una mayor media y lo mismo en la consideración de su cientificidad, con un tamaño del efecto medio. No obstante, eso no ha sido indicativo de unas bajas puntuaciones, en general, por parte de los que se matricularon en otras titulaciones en la cuestión de la

eficacia. Otra cosa es que sí existe un grupo con *desconfianza* en su eficacia (un 17,6%) y otro que no le *reconoce* científicidad (un 25,10%), puntuando en ambos casos en *nada* y, sobre todo, en *poco*.

En cuanto a las diferencias en las fuentes de información de la adquisición del conocimiento de la Psicología, en los estudiantes de esta disciplina se dan mayores puntuaciones en ítems que parecen evidenciar más interés por la materia. Así, citan los libros, sitios web, conversaciones... mientras que donde puntúan más los de otras titulaciones son menos específicas (otras revistas, periódicos, radio y televisión). Los tamaños del efecto fueron moderados, en general.

A pesar del buen número de mitos psicológicos aceptados por los estudiantes de Psicología, los de las otras titulaciones se dieron nada menos que 28 diferencias estadísticamente significativas entre unos y otros, puntuando menos los de esta disciplina. Los tamaños del efecto fueron pequeños y medio bajos, con pocos medios. También se dio la diferencia en la puntuación total. Sólo uno donde puntuaron menos los de las otras titulaciones, el 33 (*La baja autoestima es una de las principales causas de problemas psicológicos*). Este resultado puede ser debido a que aunque con imperfecciones en las conclusiones que extraigan de sus lecturas y fuentes de información, los alumnos de Psicología vayan con un poco mejor de preparación en la materia por el interés en ella.

Relativa a la comparación del primer curso de grado de otras titulaciones diferentes de Psicología con cuarto de otras titulaciones diferentes de Psicología

No se ha encontrado asociación en la asistencia a servicios psicológicos o psiquiátricos con la pertenencia a los cursos. Tampoco en la lectura de literatura de divulgación o de autoayuda de Psicología. Se ve que no hay ni mayor concienciación de la utilidad del psicólogo ni mayor interés por el contenido de la disciplina, al margen de los citados bajos índices generales de lectura. Asimismo, permanece sin diferencias estadísticamente significativas entre primero y cuarto de otras titulaciones lo que es la valoración de la Psicología; esto es, no mejora ni la consideración de su eficacia ni de su cientificidad. Y también, no hay diferencias en la cuestión de las autovaloraciones.

En cuanto a las fuentes de información, los de primer curso señalaron con más frecuencia las revistas científicas y de divulgación de Psicología, los periódicos, la radio, la televisión y los soportes informáticos. En sólo un ítem puntuaron más los de cuarto, en el que hacía referencia a *Un familiar (o varios) que no es psicólogo, psiquiatra o médico*. No obstante, los tamaños del efecto fueron pequeños. Es posible que así sea, en parte por una mayor concentración en los distintas carreras que cursan.

Por lo que respecta a los mitos psicológicos, se hallaron nueve diferencias estadísticamente significativas entre primero y cuarto, dándose una mayor puntuación entre los de primero en siete ellas. En cierto modo, puede ser indicativo de un cierto desarrollo del pensamiento crítico el hecho de que los de cuarto sólo superen a los de primero en dos mitos psicológicos en cuanto a puntuación, aunque sólo sea un poco. De todas maneras, los tamaños del efecto fueron pequeños.

Por últimos, en los índices de salud no se apreciaron diferencias entre los de primero y los de cuarto.

Relativa a la comparación del cuarto curso de grado de Psicología con cuarto curso de grado de otras titulaciones diferentes de Psicología

Como ya se ha visto con los de primero de Psicología frente a los de primero de otras titulaciones, en el caso del cuarto curso también aparece una diferencia en la asistencia al psicólogo que es casi significativa. Más específicamente, 37 sujetos (29,4%) de Psicología dijeron haber acudido y 16 (17,0%) de las otras titulaciones. Tal diferencia fue estadísticamente significativa con la χ^2 ($p = 0,034$), pero con corrección de continuidad la p fue igual a 0,050; esto es, prácticamente significativa, lo que indica que hay una tendencia a que los estudiantes de Psicología recurran más a los servicios de sus profesionales, lo que puede ser indicativo de una lógica aceptación de normalidad el ir al psicólogo como a otros profesionales, sin ningún prejuicio negativo.

En cuanto al pronunciamiento sobre la lectura de divulgación de la Psicología, comprensiblemente los alumnos de Psicología puntuaron más alto y hubo diferencias estadísticamente significativas. Esto no apareció al preguntarse sobre la literatura de autoayuda, que se ha puesto muy de moda. Por lo que respecta la frecuencia de lectura, ni en un caso ni en otro (divulgación o autoayuda) hubo diferencias estadísticamente significativas entre los que afirmaban que sí la leían o habían leído.

Con la valoración de la Psicología sucedió lo mismo que entre los de primero de Psicología y los de otras titulaciones. Sacaron medias superiores los de dicha disciplina. Igualmente, existen grupos, dentro de los de otras titulaciones, que la valoran poco; en cuanto a la eficacia un 24,5% y a la cientificidad un 27,7% la valoraban *nada o poco*.

En las autovaloraciones se acentúa lo que surgió cuando se compararon los primeros. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en salud psicológica o mental, felicidad y satisfacción vital, con puntuaciones más elevadas en los estudiantes de Psicología y, además, en un nivel de estrés autopercebido menor. Los tamaños del efecto han sido medio bajos. A esto hay que unir los resultados en el GHQ 28. En todas las dimensiones y en la puntuación total del mismo los de Psicología han presentando una mejor salud que los de otras titulaciones, con tamaños del efecto

pequeños y medios. Nuevamente, habrá que manifestar lo expresado anteriormente, esto rompe la idea de problemas de salud en el colectivo de psicólogos como estereotipo.

En relación con las fuentes de información, dentro de toda lógica, los estudiantes de Psicología han puntuado en más ítems y la puntuación total, circunscribiéndose los de otras titulaciones a fuentes menos específicas (periódicos, radio, televisión y conversaciones con no expertos). Los tamaños del efecto se han distribuido en diversos valores más o menos grandes.

Por último, como era de esperar, se han hallado diferencias estadísticamente significativas en muchos mitos psicológicos entre los estudiantes de Psicología y los de otras titulaciones, puntuando más éstos últimos. Si bien, se dan algunas excepciones. Hay 7 en los que no surgen esas diferencias y 4 en las que puntúan más los de Psicología. La suma de estos dos grupos es de 11; es decir, en un 22% de los mitos o no hay diferencias o es mayor su aceptación en los de Psicología. Por otra parte, de los 39 restantes, los tamaños del efecto grandes son sólo en el 34%, el resto son moderados (24%) o pequeños (20%). Esto hace cuestionar, como se hizo previamente, el resultado final de la docencia que, sin ser desastrosa sí es cierto que parece tener sus debilidades. ¿Por parte de quién o de qué? Habrá que meditarlo.

Unas palabras finales

A modo de reflexión

Unas palabras finales. A modo de reflexión

El núcleo central de esta investigación ha sido el estudio de la incidencia de los mitos psicológicos en estudiantes de Psicología comparándolos con los de otras titulaciones. No obstante, se ha hecho un esfuerzo por localizar variables que pudieran relacionarse con su aceptación. Por esa razón, se hicieron los bloques de preguntas sobre asistencia a servicios psicológicos o psiquiátricos, lectura de divulgación de Psicología o de autoayuda, valoración de la Psicología, autovaloraciones y estado de salud. Los resultados pueden invitar a hacer algunas reflexiones.

En primer lugar, es que la imagen de la Psicología parece bastante aceptable; sin embargo, a pesar de ello y aunque haya aumentado, situándose entre un 20% y un 30%, la asistencia a sus profesionales no es la que correspondería a los problemas psicológicos que afectan a las sociedades actuales, sin que por ello se esté desde aquí propiciando, ni mucho menos, una patologización de hechos y comportamientos que forman parte de una vida normal, como los intentos que se hacen desde un sector de la industria farmacéutica y valgan como ejemplo, la timidez o la supuesta hiperactividad. A esto habría que añadir, lo cual también incide en el tema de la asistencia, a la falta de presencia real del psicólogo como un servicio más dentro del sistema público de salud, pero no sólo dentro de la clásica atención en salud mental sino también en centros de atención primaria, salas de cardiología, oncología y otras secciones. Aquí es primordial la labor como colectivo y, dentro de éste, del Colegio Oficial de Psicólogos.

En relación con el tema de la literatura sea de divulgación científica o de autoayuda de la Psicología, en principio, hay que felicitar por el número de publicaciones -sobre todo, de la segunda- de publicaciones anuales. No obstante, el problema es la gran cantidad de obras y de revistas que se lanzan que carecen no sólo de un poco sino de mucho de unos criterios mínimos de calidad. No es cuestión de decir no a la divulgación ni a la autoayuda sino de mejorarla porque pueden cumplir un papel muy importante y, adicionalmente, podría servir para una mayor prestación de los servicios psicológicos, así como para una más adecuada demanda de los mismos, sabiendo qué es lo que pueden hacer los psicólogos y cuáles son sus limitaciones profesionales y éticas, como tiene cualquier otro profesional en su campo.

Por lo que atañe a la valoración, similarmente, se puede estar satisfecho de manera general. Sin embargo, continúa existiendo sectores con alguna desconfianza en cuanto a su eficacia y poco reconocimiento por lo que respecta a su grado de científicidad. En estos aspectos, vendría bien una mayor implicación social por parte de los psicólogos, aprovechando los medios de comunicación, pero, eso sí, sin que la necesidad de hablar para un público heterogéneo en su formación haga que se abandone el rigor exigible y necesario para hablar de Psicología. La credibilidad no se gana únicamente mostrando o respaldándose en un título universitario sino demostrando que se es competente, íntegro y responsable en el quehacer profesional y en la difusión que se le da a los temas sobre los que trata. A veces, algunas opiniones que se dan sobre determinados acontecimientos hubiera sido mejor que nunca se hubieran pronunciado.

Por lo que respecta a las autovaloraciones de salud, felicidad, satisfacción vital, optimismo y nivel de estrés autopercebido, así como al estado de salud evaluado con el GHQ 28 habría que señalar que los resultados son algo llamativos si se cae en la cuenta de algunas insinuaciones o declaraciones explícitas que se hacen sobre la salud mental los profesionales de la Psicología –si bien es verdad también las han padecido antes y las padecen los psiquiatras-. Los datos apuntan a que son mejores los de los estudiantes de Psicología que los de otras titulaciones, especialmente, al llegar a cuarto, al punto de finalizar los estudios. Sin que suponga echar los trastos a otros profesionales sí puede ser adecuado ir también destruyendo ese mito negativo que pende sobre los psicólogos. Eso no es óbice para admitir que existen diferencias individuales y que tal como se dice en estadística los *outliers* son más que probables de que existan y podemos dar fe de ello.

En lo de las fuentes de información llama la atención el papel que juega en más de un sujeto la reflexión personal y la experiencia directa, por un lado, y las conversaciones con amigos, familiares u otros legos como fuentes de adquisición de conocimiento de la Psicología. Posiblemente, a pesar de que se le admita un grado de científicidad, por su identificación con lo que se piensa y siente personalmente y con el diálogo sobre temas, básicamente, personales; como si con lo que se trabaja en Psicología no requiriese de comprobación empírica o de someterse a una metodología de estudio que reduzca al máximo la posibilidad de error.

Por último, sobre el tema central, el de los mitos psicológicos. Son comunes a todas las ciencias pero, tal vez, en Psicología se de algo más. Muchas veces, es considerada como algo que todos tenemos. Hay quienes dicen que tienen mucha psicología, que son muy buenos psicólogos o que no van al psicólogo porque él sabe lo que tiene, no le va a decir nada nuevo o porque sabe lo que tiene que hacer. Se ve, con frecuencia, como algo cercano pues todos pensamos, sentimos, actuamos, nos comportamos... Por tanto, teniendo en cuenta lo que se vierte en todas esas fuentes de información que se han ido mencionando, así como la dosis del sentido común de cada cual, más la corazonada que se tiene, se crea un campo bien abonado para que germinen los mitos psicológicos. Cuando llegan los estudiantes a iniciarse en Psicología, lo hacen con una buena carga de mitos psicológicos, de los que se van aligerando pero los resultados indican que cuando se acaba la carrera se sale con muchos todavía y, en más de una ocasión, se podría pensar si realmente lo que ha pasado, por los tamaños del efecto, es que han sustituido una creencia falsa que tenía por otra falsa, aunque un poco menos o, sencillamente, por algo que le ha repetido el profesor o los profesores durante unos años, pero sin desarrollar un auténtico espíritu crítico como correspondería a un graduado universitario, porque si no cómo se explicaría la aceptación de determinadas ideas de Psicología que no son sostenibles apenas se aplique un poco el método científico. Queda mucho por reflexionar sobre este asunto y, como se anunció en la discusión, ¿fallan los alumnos, los profesores o el sistema? Y volviendo al lenguaje estadístico, ¿qué parte de la varianza explica cada una de esas variables? De momento, no hay respuestas, por lo menos suficientes, para resolver la cuestión.

Conclusiones

Conclusiones

Perfil de los estudiantes que se inician en el grado de Psicología

- Muestra compuesta por 165 participantes, de los que 33 eran varones (20%) y 132 mujeres (80%)
- Edad media de 21,01 años ($DE = 7,08$)

- Un 27,3% de los estudiantes de primero han acudido previamente al psicólogo
- Un 6,1%, al psiquiatra
- A un 10,9% le han recetado fármacos por problemas psicológicos
- Un 7,3% asiste a terapia psicológica
- Un 3,6% toma medicación actualmente

- Un 69,7% afirma leer literatura de divulgación de Psicología
- La media de frecuencia de lectura de literatura de divulgación se situó en una media equivalente a lo categorizado como *Varias veces al año pero no mensualmente*
- Un 64,20% manifiesta leer literatura de autoayuda de Psicología
- La media de la frecuencia fue equivalente a lo categorizado como *Una vez al año*

- La eficacia de la Psicología fue valorada como *mucho*
- La científicidad de la Psicología, como *bastante*

- La salud en general autopercebida fue valorada como *buena*
- La salud física autopercebida como *buena*
- La salud mental autopercebida como *buena*
- La felicidad autopercebida como *buena*
- La satisfacción vital autopercebida como *buena*
- El optimismo autopercebido como *ni bueno ni malo*
- El nivel de estrés autopercebido como *bastante*

- Las fuentes de información donde más creen que han adquirido el conocimiento sobre la Psicología son, por orden de importancia:
 - La reflexión personal
 - La experiencia directa personal, mis propias circunstancias
 - Sitios y páginas web
 - La televisión
 - La información o conversaciones con profesionales de la Psicología
 - La transmisión cultural
 - La literatura
 - Youtube o plataformas similares
 - Un familiar (o varios) que no es psicólogo, psiquiatra o médico
 - Un amigo (o varios) que no es psicólogo, psiquiatra o médico

- Los cinco mitos psicológicos que han recibido mayor aceptación han sido
 - 5. *Los mensajes subliminales pueden persuadir a la gente a comprar cosas*
 - 18. *Los estudiantes aprenden mejor cuando los estilos de enseñanza se adecuan a los estilos de aprendizaje*
 - 13. *Los individuos normalmente reprimen el recuerdo de las experiencias traumáticas*
 - 44. *La elaboración de un perfil psicológico de los criminales es útil para resolver casos*
 - 33. *La baja autoestima es una de las principales causas de los problemas psicológicos*

- Globalmente, los estudiantes identificaron como falsos el 31,33% de los mitos psicológicos, dudaron del 17,48% y estuvieron de acuerdo con el 51,17%. La suma de dudas y aceptación son el 68,75%

- Las puntuaciones en las dimensiones del GHQ 28 (trastornos somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave) son similares a las resultantes en otros trabajos

Diferencias en función del sexo³¹

Mayor puntuación los varones:

- Teniendo en cuenta el grado de acuerdo, en 3 mitos psicológicos
- Recodificando la puntuación, en 5 mitos psicológicos

Mayor puntuación las mujeres:

- En el nivel de estrés autopercebido
- En el ítem 3 de FI (*Los libros de autoayuda de Psicología*)
- Teniendo en cuenta el grado de acuerdo, en 8 mitos psicológicos
- Recodificando la puntuación, en 7 mitos psicológicos

Diferencias en función de haber acudido alguna vez a un psicólogo

Mayor puntuación los que sí habían acudido:

- Nivel de estrés autopercebido
- En 6 ítems de fuentes de información y en la puntuación total
- Recodificando la puntuación, en 1 mitos psicológicos
- En síntomas somáticos, depresión grave y puntuación total del GHQ 28

Mayor puntuación los que no habían acudido:

- En salud, en general, autopercebida
- Teniendo el grado de acuerdo, en 3 mitos psicológicos
- Recodificando la puntuación, en 2 mitos psicológicos

Diferencias en función de la lectura de literatura de divulgación de Psicología

Mayor puntuación los que afirmaron leer literatura de divulgación:

- Afirman leer literatura de autoayuda
- En la creencia de la eficacia de la Psicología
- En 4 ítems de Fuentes de Información
- Puntuación total de Fuentes de Información

³¹ Únicamente se harán referencia a las que hayan salido estadísticamente significativas

Mayor puntuación en los que no leían literatura de divulgación:

En 2 mitos psicológicos

- Recodificando la puntuación, en un 1 mito psicológico
- En disfunción social del GHQ 28

Diferencias en función de si ha leído o lee literatura de autoayuda

Mayor puntuación los que afirmaron leer literatura de divulgación:

- En lectura de literatura de divulgación científica de Psicología
- En 5 ítems de fuentes de información
- Puntuación total de Fuentes de Información

Mayor puntuación los que afirmaron no leer literatura de divulgación:

- En 2 mitos psicológicos
- Recodificando la puntuación, en 2 mitos psicológicos

Diferencias en función de los índices de salud general

Mayor puntuación a medida, en general, que el grupo es del cuartil más bajo:

- En salud, en general autopercebida
- En salud física autopercebida
- En salud mental autopercebida
- En felicidad autopercebida
- En satisfacción vital autopercebida
- En optimismo autopercebido
- En 11 comparaciones entre los grupos del GHQ 28 de 5 ítems de Fuentes de Información
- En 1 mito psicológico

Mayor puntuación, en general, a medida que el grupo es del cuartil más alto:

- En nivel de estrés autopercebido

- En 1 comparación entre dos grupos del GHQ S8 de 1 ítem de Fuentes de Información
- En 5 mitos psicológicos

Diferencias como muestras relacionadas

- Mayor puntuación en la creencia de la eficacia de la Psicología que en su científicidad

Relaciones entre variables³²

- Lectura divulgación científica con frecuencia lectura autoayuda
- Salud, en general autopercebida con salud física autopercebida
- Salud psicológica autopercebida con satisfacción vital autopercebida
- Salud psicológica autopercebida con optimismo autopercebido
- Salud psicológica autopercebida con ansiedad e insomnio del GHQ 28 (-)³³
- Salud psicológica autopercebida con disfunción social autopercebida del GHQ 28 (-)
- Salud psicológica autopercebida con depresión grave del GHQ 28 (-)
- Salud psicológica autopercebida con GHQ 28 total (-)
- Felicidad autopercebida con satisfacción vital autopercebida
- Felicidad autopercebida con optimismo autopercebido
- Felicidad autopercebida con depresión grave del GHQ 28 (-)
- Felicidad autopercebida con GHQ 28 total (-)
- Satisfacción vital autopercebida con optimismo autopercebido
- Satisfacción vital autopercebida con depresión grave del GHQ 28 (-)
- Satisfacción vital autopercebida con GHQ 28 total (-)
- Estrés autopercebido con ansiedad e insomnio del GHQ 28
- Estrés autopercebido con GHQ 28 total

³² Sólo se citan las que el coeficiente de correlación de Pearson es superior a 0,40.

³³ Se especifican entre paréntesis sólo las que son de signo negativo, no las positivas.

Predicción de mitos psicológicos

- Baja predicción de la puntuación de mitos psicológicos en primero. R^2 corregida = 0,047
- Mejor predicción en cuarto de grado. R^2 corregida = 0,246

Comparación entre primero de grado de Psicología con cuarto de grado de Psicología

Mayor puntuación los de primer curso de grado de Psicología:

- Confirmación de lectura de literatura de autoayuda
- Frecuencia de lectura de literatura de divulgación
- Frecuencia de lectura de autoayuda en primero
- En 5 ítems de Fuentes de Información
- En la puntuación total de Fuentes de Información
- En 39 mitos psicológicos
- Recodificando, dudan o aceptan el 68,75% de los mitos psicológicos

Mayor puntuación los de cuarto curso de grado de Psicología:

- Valoración de la Psicología como disciplina científica
- En 9 ítems de Fuentes de Información
- En 4 mitos psicológicos
- En disfunción social del GHQ 28

Otros datos:

- En 7 mitos no se dan diferencias entre primero y cuarto
- En cuarto dudan o aceptan el 51% de los mitos psicológicos

Comparación entre primero de grado de Psicología con primero de grado de otras titulaciones diferentes de Psicología

Mayor puntuación primero de grado de Psicología:

- En el pasado ¿le han recetado alguna vez fármacos por problemas psicológicos?

- Actualmente, ¿asiste a terapia psicológica?
- Actualmente, ¿toma medicación por problemas psicológicos?
- Confirmación lectura de literatura de divulgación científica de Psicología
- Valoración de la eficacia de la Psicología
- Valoración de la Psicología como disciplina científica
- En 6 ítems de Fuentes de Información

Mayor puntuación primero de grado de otras titulaciones diferentes de Psicología:

- Nivel de estrés autopercebido
- En 4 ítems de Fuentes de Información
- En 28 mitos psicológicos
- En la puntuación total de mitos psicológicos
- Recodificando, dudan o aceptan el 77,09% de los mitos psicológicos
- Síntomas somáticos del GHQ 28
- Ansiedad e insomnio del GHQ 28
- Disfunción social del GHQ 28
- Depresión grave del GHQ 28
- GHQ 28 total

Comparación entre primero de grado de otras titulaciones diferentes de Psicología con cuarto de grado de otra titulaciones diferentes de Psicología

Mayor puntuación en los de primero de grado de otras titulaciones diferentes de Psicología:

- En 6 ítems de Fuentes de Información
- En 7 mitos psicológicos
- Recodificando, dudan o aceptan el 77,09% de los mitos psicológicos (muy poca diferencia con cuarto -75,05%-)

Mayor puntuación en los de cuarto de grado de otras titulaciones diferentes de Psicología:

- En 1 ítem de Fuentes de información
- En 2 mitos psicológicos

Comparación entre cuarto curso de grado de Psicología con cuarto de grado de otras titulaciones diferentes de Psicología

Mayor puntuación los de cuarto curso de grado de Psicología:

- Asistencia al psicólogo (prácticamente, significativa)
- Confirmación lectura literatura de divulgación científica
- Valoración de la eficacia de la Psicología
- Valoración de la científicidad de la Psicología
- Salud mental autopercebida
- Felicidad autopercebida
- Satisfacción vital autopercebida
- En 9 ítems de Fuentes de Información
- Puntuación total de Fuentes de Información

Mayor puntuación los de cuarto curso de grado de otras titulaciones diferentes de Psicología:

- En 5 ítems de Fuentes de Información
- Recodificando, dudan o aceptan el 75,05% de los mitos psicológicos
- Síntomas somáticos del GHQ 28
- Ansiedad e insomnio del GHQ 28
- Disfunción social del GHQ 28
- Depresión grave del GHQ 28
- GHQ 28 total

A modo de resumen sobre los mitos psicológicos

Porcentajes los mitos psicológicos que, globalmente, identificaron los estudiantes como falsos (rechazaron), los dudaron o los aceptaron como verdaderos

	Primero Psicología	Primero no Psicología	Cuarto Psicología	Cuarto no Psicología
Rechazaron	31,33%	23,28%	49,28%	24,95%
Dudaron	17,58%	27,90%	11,16%	21,98%
Aceptaron	51,17%	52,19%	39,55%	53,07%
Dudaron o aceptaron	68,75%	77,09%	50,71%	75,05%

REFERENCIAS

Referencias

- Abdulrahim, S., & Baker, W. (2009). Differences in self-rated health by immigrant status and language preference among Arab Americans in the Detroit Metropolitan Area. *Social Science and Medicine*, 68, 2097-2103.
- Akbas, Y., & Gençtürk, E. (2011). The effect of conceptual change approach to eliminate 9th grade high school students' misconceptions about air pressure. *Educational Sciences: Theory & Practices*, 11, 2217-2222.
- Al-Windi, A. (2005). The relation between symptoms, somatic and psychiatric conditions, life satisfaction and perceived health. A primary care based study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3:28. Doi: 10.1186/1477-7525-3-28
- Albee, G. W. (2002). Exploring a controversy. *American Psychologist*, 57, 161-164. doi: 10.1037//0003-066X.57.3.161
- AlGhamdi, K. M., & Moussa, N. A. (2011). Misconceptions about laser treatment among dermatology patients. *International Journal of Dermatology*, 50, 1411-1416.
- Alparsian, C., Tekkaya, C., Geban, Ó. (2003). Using the conceptual change instruction to improve learning. *Journal of Biological Education*, 37, 133-137.
- American Heritage Dictionary of the English Language. *Myth*. Recuperado de <http://ahdictionary.com/word/search.html?q=MYTH>
- Ankem, K. (2006). Use of information sources by cancer patients: Results of a systematic review of the research literature. *Information Research*, 11. Recuperado de <http://www.informationr.net/ir/11-3/paper254.html>
- Armstrong, K. (2005/2005). *Breve historia del mito* (Trad. G. Rovira Ortega). Barcelona: Publicaciones y Ediciones Salamandra.

- Arntzen, E., Lokke, J., Lokke, G., & Eilertsen, D. E. (2010). On misconceptions about behavior analysis among university students and teachers. *Psychological Record, 60*, 325-336.
- Barlett, F. C. (1927). [Revisión del libro *Behaviorism*, por J. B. Watson]. *Mind, 36*, 77-83.
- Barley, S. R., & Knight, D. B. (1992). Toward a cultural theory of stress complaints. *Research in Organizational Behaviour, 14*, 1-48.
- Bast, A., & Haenen, R. M. M. (2013). Ten misconceptions about antioxidants. *Trends in Pharmacological Sciences, 34*, 430-436.
- Belsky, J., Vandell, D. L., Burchinal, M., Clarke-Stewart, K. A., McCartney, K., & Owen, M. T. (2007). Are there long-term effects on early child care? *Child Development, 78*, 681-701. doi: 10.1111/j.1467-8624.2007.01021.x
- Beneit Medina, P. J., & Latorre Postigo, J. M. (1994). La representación mental de la enfermedad. En J. M. Latorre Postigo, & P. J. Beneit Medina (Coords.), *Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud* (pp. 215-224). Buenos Aires: Lumen.
- Benítez, M. H., de las Cuevas Castresana, C., Rodríguez Pulido, F., García-Estrada Pérez, A., & González de Rivera Revuelta, J. L. (1989). Estudio psicopatológico comparativo en estudiantes universitarios. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines, 17*, 373-376.
- Berenguer Contri, G., & Quintanilla Pardo, I. (1994). La imagen de la Psicología y los psicólogos en el Estado español. *Papeles del Psicólogo, 58*, 41-68.
- Bergsma, A. (2008). Do self-help books help? *Journal of Happiness Studies, 9*, 341-360. Doi: 10.1007/s10902-006-9041-2

- Berlin, I. (1959/1997). John Stuart Mill y los fines de la vida (Trad. N. Rodríguez Salmones). En J. S. Mill (1859/1997). *Sobre la libertad* (Trad. P. de Azcárate) (pp. 23-78). Madrid: Alianza Editorial.
- Bochenski, I. M. (1975). *La filosofía actual* (Trad. E. Ímaz). México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Bowler, P. J., & Morus, I. R. (2007/2005). *Panorama general de la ciencia moderna* (Trad. J. Soler). Barcelona: Crítica.
- Brown, L. T. (1983). Some more misconceptions about psychology among introductory psychology students. *Teaching of Psychology, 10*, 207-210.
- Buela-Casal, G., Teva, I., Sierra, J. C., Bretón-López, J., Agudelo, D., Bermúdez, M. P., & Gil Roales-Nieto, J. (2005). Imagen de la Psicología como profesión sanitaria entre la población general. *Papeles del Psicólogo, 26*, 30-38.
- Bunge, M. (1984). What is pseudoscience? *Skeptical Inquirer, 9*, 36–46.
- Bunge, M. (1991). A skeptic's beliefs and disbeliefs. *New Ideas in Psychology, 9*, 131-149.
- Burke, B. L., Sears, S. R., Kraus, S., Roberts-Cady, S. (2014). Critical analysis: A comparison of critical thinking changes in psychology and philosophy classes. *Teaching in Psychology, 41*, 28-36. doi: 10.1177/0098628313514175
- Campbell, J. (1988/1991). *El poder del mito* (C. Aira, trad.). Barcelona: Emecé Editores.
- Chakrapani, V., Newman, P. A., Singhal, N., Nelson, R., & Shunmugam (2013). “If it’s not working, why would they be testing it?: Mental models of HIV vaccine trials and preventive misconception among men who have sex with men in India. *BMC Public Health, 13*, 731-742.

- Chemtob, C. M., Tolin, D. F., van der Kolk, B. Z., & Pitman, R. K. (2003). Desensibilización por movimiento ocular y reprocesamiento. En E. B. Foa, T. M., Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Tratamiento del estrés postraumático* (pp. 169-186). Barcelona: Ariel.
- Cherry, S. (2008). The ontology of a self-help book: A paradox of its own existence. *Social Semiotics, 18*, 337-348.
- Chung, M. C., Farmer, S., Grant, K., Newton, R., Payne, S., Perry, M.,... Stone, N. (2002). Diferencias entre los estilos de amar que tienen hombres y mujeres y sus reacción de estrés postraumático tras la ruptura de su relación. *European Journal of Psychiatry, 16*, 204-215.
- Cohen, P., & Cohen, J. (1984). The clinician's illusion. *Archives of General Psychiatry, 41*, 1178-1182.
- Conklin, E. S. (1919). Superstitious belief and practice among college students. *American Journal of Psychology, 30*, 83-102.
- Conklin, E. S. (1921). A further word on superstitiousness. *American Journal of Psychology, 21*, 158-159.
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CIS) (2014). *Barómetro de diciembre 2014. Avance de resultados. Estudio n.º 3047*. Recuperado de http://datos.cis.es/pdf/Es3047mar_A.pdf
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CIS) (2015). *Barómetro de junio 2015. Avance de resultados. Tabulación por variables sociodemográficas Estudio n.º 2101*. Recuperado de http://datos.cis.es/pdf/Es3101sd_A.pdf
- Cruz Cruz, J. (1971). Sentido antropológico del mito. *Anuario Filosófico, 4*, 31-84.
- Dawes, R. M. (1994). *House of cards: Psychology and psychotherapy built on myth*. Nueva York: Free Press.

- De Castro, A. b., Gee, G. C., & Takeuchi, D. T. (2010). Examining alternative measures of social disadvantage among Asian Americans: The relevance of economic opportunity, subjective social status, and financial strain for health. *Journal of Immigrants and Minority Health, 12*, 659-671.
- De Castro, A. B., Rue, T., & Takeuchi, D. T. (2010). Associations of employment frustration with self-rated physical and mental health among Asian American immigrants in the U.S. labor forcé. *Public Health Nursing, 27*, 492-503.
- De Cuenca, L. A. (1976). *Necesidad del mito*. Barcelona: Planeta.
- De la Revilla Ahumada, L., de los Ríos Álvarez, A. M., & Luna del Castillo, J. D. (2004). Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria, 33*, 417-425.
- Diccionario de la Lengua Española. *Heurística*. Recuperado de lema.rae.es/drae/?val=heurística
- Diefenbach, M. A. (s.f.). Illness representations. Recuperado de http://cancercontrol.cancer.gov/Brp/constructs/illness_representations/illness_representations.pdf
- Domínguez Mora, R., & Campos Saborío, N. (2010). La construcción de concepciones de ciencia en estudiantes de Psicología. *Actualidades Investigativas en Educación, 10*, 1-30.
- Domínguez, S. D. (2013). Gadir, la fortaleza fenicia en Iberia. *Memoria, XLVIII*, 53-60.
- Dresslar, F. B. (1907). *Superstition and education*. Berkeley University Press.
- Dresslar, F. B. (1910). Suggestions on the psychology of superstition. *American Journal of Insanity, 67*, 213-226.

- El libro de la filosofía* (Trad. M. Asensio & A. Corriente) (2011). Madrid: Akal.
- Earle, T. L., Linden, W., & Weinberg, J. (1999). Differential effects of harassment on cardiovascular and salivary cortisol stress reactivity and recovery in women and men. *Journal of Psychosomatic Research*, *46*, 125-141.
- Eysenck, H. J. (1981). *La desigualdad del hombre* (Trad. N. Sánchez Sáinz-Trapaga). Madrid: Alianza.
- Fara, P. (2009/2009). *Breve historia de la ciencia* (Trad. F. Pedrosa). Barcelona: Ariel.
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N., & de Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, *7*, 739-751.
- Ferguson, E., Spence, A., Townsend, E., Prowse, C., Palmer, J., Fleming, P., & Van Hilten, J. A. (2009). What type of information is trusted by whom? A multilevel analysis of the stability of the information source-trust association for blood transfusion. *Transfusion*, *49*, 1637-1648. Doi: 10.1111/j.1537-2995.2009.02179.x
- Fernández-Muñoz, J. (2014). [Revisión del libro *Tao. Las enseñanzas del sabio oculto*, por J. M. Romero]. *Revista de Filosofía*, *49*, 351-354.
- Flensmark, J. (2004). Is there an association between the use of heeled footwear and schizophrenia? *Medical Hypotheses*, *63*, 740-747.
- Furnham, A. (1992). Prospective psychology students' knowledge of psychology. *Psychological Reports*, *70*, 375-382.

- Furnham, A., Callahan, I., & Rawles, R. (2003). Adults' knowledge of general psychology. *European Psychologist*, 8, 101-116. doi: 10.1027//1016-9040.8.2.101
- Furnham, A., & Hughes, D. J. (2014). Myths and misconceptions in popular psychology: Comparing psychology students and the general public. *Teaching of Psychology*, 41, 256-261. doi: 10.1177/0098628314537984
- Furnham, A., Thompson, C., & Baluch, B. (1998). Measuring psychological "knowledge" by means of instructors' test manuals: An issue for concern? *European Psychologist*, 3, 185-191.
- Gadamer, H. G. (1993/2010). *Mito y razón* (5.^a ed.) (Trad. J. F. Zúñiga García, trad.). Barcelona: Paidós.
- Gardner, R. M. & Dalsing, S. (1986). Misconception about psychology among college students. *Teaching of Psychology*, 13, 32-34.
- Gardner, R. M. & Hund, R. M. (1983). Misconceptions of psychology among academicians. *Teaching of Psychology*, 10, 20-22.
- Gardner, R. M., & Brown, D. L. (2013). A test of contemporary misconceptions in psychology. *Learning and Individual Differences*, 24, 211-215.
- Gladwell, M. (2005). *Inteligencia intuitiva: ¿por qué sabemos la verdad en dos segundos?* (Trad. G. Mengual Cabezón). Madrid: Taurus.
- González Pardo, H., & Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Madrid: Alianza.
- Gottfredson, L. S. (2009). Logical fallacies used to dismiss the evidence on intelligence testing. En R. Phelps (Ed.), *Correcting fallacies about educational and psychological testing* (pp. 11–65). Washington, DC: American Psychological Association.

Recuperado de

<http://www.udel.edu/educ/gottfredson/reprints/2009fallacies.pdf>

- Gould, R. L. (1921). Superstitions among Scottish college girls. *Pedagogical Seminary*, 28, 203-248.
- Grau, A., Suñer, R., & García, M.^a M. (2005). El optimismo de los profesionales sanitarios y su relación con la calidad de vida, el *burnout* y el clima organizacional. *Revista de Calidad Asistencial*, 20, 370-376.
- Gray, T. (1990). Gender differences in belief in scientifically unsubstantiated phenomena. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 22, 181-190.
- Griggs, R. A., & Ransdell, S. E. (1987). Misconceptions test sor misconceived tests? *Teaching of Psychology*, 14, 210-214.
- Grisales Vargas, A. L. (2011). La experiencia de lo otro. Una mirada hermenéutica. *Cultura y Droga*, 16, 265-281.
- Gu, J., Xu, H., Lau, J. T. F., Hao, Y. Zhong, Y., Fan, L.,... Ling, W. (2012). Misconceptions predict dropout and poor adherence prospectively among newly admitted first-time methadone maintenance treatment clients in Guangzhou, China. *Addiction*, 107, 1641-1649.
- Gutman, A. (1979). Misconception of psychology and performance in the introductory course. *Teaching of Psychology*, 6, 159-161.
- Gutteridge, J. M. C., & Halliwell, B. (2010). Antioxidants: Molecules, medicines, and myths. *Biochemical and Biophysics Research Communication*, 393, 561-564.
- Guttmacher, A. E. (Dir.). *The NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. Findings for children up to age 4½ years*. National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). Recuperado de https://www.nichd.nih.gov/publications/pubs/documents/seczyd_06.pdf

- Haidt, J. (2001). The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgement. *Psychological Review*, *108*, 814-834.
- Hamilton, T. K., & Schweitzer, R. D. (2000). The cost of being perfect: Perfectionism and suicide ideation in university students. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *34*, 829-835.
- Hammer, D. (1996). More than misconceptions: Multiple perspectives on student knowledge and reasoning, and an appropriate role for education research. *American Journal of Physics*, *64*, 1316-1325.
- Hartwig, S. G., & Delin, C. (2003). How unpopular are we? Reassessing psychologist' public image with different measures of favourability. *Australian Psychologist*, *38*, 68-72.
- Herbert, J. D., Lilienfeld, S. O., Lohr, J. M., Montgomery, R. W., O'Donohue, W. T., Rosen, G. M., & Tolin, D. F. (2000). Science and pseudoscience in the development of eye movement desensitization and reprocessing: Implications for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, *20*, 945-971.
- Hernández de la Fuente, D. (2005). *La mitología contada con sencillez*. Madrid: Maeva Ediciones.
- Hirosaki, M., Ishimoto, Y., Kasahara, Y., Konno, A., Kimura, Y., Fukutomi, E.,... Matsubayashi, K. (2011). Self-rated happiness is associated with functional ability, mood, quality of life and income, but not with medical condition in community-dwelling elderly in Japan. *Geriatrics & Gerontology International*, *11*, 531-533. doi: 10.1111/j.1447-0594.2011.00697.x
- Hoover, R. N. (2012). That recognised risk factors can explain past n present International differences in breast cancer incidence: Misconceptions 5. *British Journal of Cancer*, *107*, 408-410.

- Horgan, J. (12 de agosto de 2005). In defense of common sense. *The New York Times*. Recuperado de http://www.nytimes.com/2005/08/12/opinion/12horgan.html?_r=0&pagewanted=print
- Huh, J., Prause, J. A., & Dooley, D. (2008). The impact of nativity on chronic diseases, self-rated health and comorbidity status of Asian and Hispanic immigrants. *Journal of Immigrant and Minority Health, 14*, 1014-1022.
- Idler, E. L., & Angel, R. J. (1990). Self-rated and mortality in the NHANES-I Epidemiologic Follow-Up Study. *American Journal of Public Health, 80*, 446-452.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior, 38*, 21-37.
- Idler, E. L., Hudson, S. V., & Leventhal, H. (1999). The meanings of self-ratings of health. A qualitative and quantitative approach. *Research on Aging, 21*, 458-476.
- Jameson, F. (1984). *El posmodernismo o la lógica cultural del capitalismo avanzado* (Trad. J. L. Pardo Torio). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Javaloy, F. (Coord.) (2007). *Bienestar y felicidad de la juventud española*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Juventud.
- Judson, H. F. (2004/2006). *Anatomía del fraude científico* (Trad. D. León). Barcelona: Crítica.
- Kelly, B., Hornik, R., Romantan, A., Schwartz, J. S., Armstrong, K., DeMichele, A.,... Wong, N. (2010). Cancer information scanning and seeking in the general population. *Journal of Health Communication, 15*, 734-753. Doi: 10.1080/10810730.2010.514029

- Kivinen, P., Halonen, P., Eronen, & Nissinen, A. (1998). Self-rated health, physician-rated health and associated factors among elderly men: The Finnish cohorts of the Seven Countries Study. *Age and Ageing*, 27, 41-47.
- Kowalski, P., & Taylor, A. K. (2009). The effect of refuting misconceptions in the introductory psychology class. *Teaching of Psychology*, 36, 153-159.
- Küçük, M., Aksu, H., & Sezer, S. D. (2012). Misconceptions about the side effects of combined oral contraceptive pills. *Gynecological Endocrinology*, 28, 282-285.
- Kuhn, T. S. (1962/1975). *La estructura de las revoluciones científicas* (Trad. A. Contín). México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Kuhn, T. S. (1987/1995). *¿Qué son las revoluciones científicas?* (Trad. J. Romo Feito). Barcelona: Altaya.
- Labrador, F. J., Estupiñá, F. J., & García Vera, M.^a P. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22, 619-626.
- Lamal, P. (1979). College students' common beliefs about psychology. *Teaching of Psychology*, 6, 155-158.
- Lau, R. R., & Hartman, K. A. (1983). Common sense representations of common illness. *Health Psychology*, 2, 167-185.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology and Health*, 13, 717-733.
- Levinson, D., & Kaplan, G. (2014). What does self rated mental health represent. *Journal of Public Health Research*, 3, 122-127.

- Lilienfeld, S. O. (2002). When worlds collide. Social science, politics, and the Rind et al. (1998) child sexual abuse meta-analysis. *American Psychologist*, *57*, 176-188. doi: 10.1037//0003-066X.57.3.176
- Lilienfeld, S. O. (2010). Can psychology become a science? *Personality and Individual Differences*, *49*, 281-288.
- Lilienfeld, S. O. (2010a). Confronting psychological misconceptions in the classroom. *APS Observer*, *23*. Recuperado de <http://www.psychologicalscience.org/index.php/publications/observer/2010/september-10/confronting-psychological-misconceptions-in-the-classroom.html>
- Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., Ruscio, & Beyerstein, B. L. (2010). *50 great myths of popular psychology. Shattering widespread misconceptions about human behavior*. Chichester; West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Little, A. C., McPherson, J., Dennington, L., & Jones, B. C. (2011). Accuracy in assessment of self-reported stress and a measure of health from static facial information. *Personality and Individual Differences*, *51*, 693-698. Doi: 10.1016/j.paid.2011.06.010
- Liu, T. C. (2010). Developing simulation-based computer assisted learning to correct students' statistical misconceptions base don cognitive conflict theory, using "correlation" as an example. *Educational Technology & Society*, *13*, 180-192.
- Loftus, E. F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist*, *48*, 518-537.
- Loftus, E. F., (2003). The dangers of memory. En R. J. Sternberg (Ed.), *Psychologist defying the crowd* (pp. 105-117). Washington, D.C.: American Psychological Association. Recuperado de <https://webfiles.uci.edu/eloftus/LoftusInSternbergDangersOfMemory03.pdf?uniq=nlr3ji>

- Lynch, K. A. (2013). Survey reveals myths and misconceptions abundant among hiring managers about the the capabilities of people who are visually impaired. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 107, 408-410.
- Manhart, K. (2005). Likely history. *Scientific American Mind*, 16(4), 58-63.
- Matud, M.^a P., Guerrero, K., & Matías, R. G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 7-21.
- McGuigan, F. J. (1968/1976). *Psicología experimental* (5.^a reimp. en español, Trad. A. M.^a Fabre y del Rivero y G. Rodríguez de Arizmendi). México: Trillas.
- McGuigan, F. J. (1993/1996). *Psicología experimental. Métodos de investigación* (6.^a ed.) (Trad. J. A. Barrientos Silva). Naucalpan de Juárez, México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- McKeachie, W. J. (1960). Changes in score on the Northwestern Misconceptions Test in six elementary psychology courses. *Journal of Eductional Psychology*, 51, 240-244.
- McKeachie, W. J. (1960). Changes in score on the Northwestern Misconceptions Test in six elementary psychology courses. *Journal of Eductional Psychology*, 51, 240-244.
- Menchola, M., Arkowitz, H. S., & Burke, B. L. (2007). Efficacy of self-administered treatments for depression and anxiety. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 421-429.
- Michael, J. (2002). Misconceptions - What students think they know. *Advances in Physiology Education*, 26, 5-6.

- Mill, D., Gray, T., & Mandel, D. (1994). Influence of research methods and statistics courses on everyday reasoning, critical abilities, and belief in unsubstantiated phenomena. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 26, 246-258.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015a). *Tendencias de salud en 30 indicadores*. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015b). *Estado de salud*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/pdf/MODULO1RELATIVOweb.pdf>
- Minot, C. S. (Chairman). (1887). First report of the Committee on Experimental Psychology. *Proceedings of the American Society for Physical Research*, 1, 218-223.
- Miyawaki, R., Shibata, A., Ishii, K., & Oka, K. (2015). Obtaining information about cáncer: prevalence and preferences among Japanese adults. *BMC Public Health*, 15:145 Doi: 10.1186/s12889-015-1510-2
- Montero Martín, M.^a del P. (1988). Mito. En S. Sánchez Cerezo (Dir.), *Diccionario de las ciencias de la educación* (ed. revisada y actualizada) (pp. 958-959). Madrid: Santillana.
- Neira, F., & Ortega J. L. (2004). Antagonistas de los receptores glutamatérgicos NMDA en el tratamiento del dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11, 210-222.
- Nixon, H. K. (1925). Popular answers to some psychological questions. *American Journal of Psychology*, 36, 418-423. doi:10.2307/1414166

- Olantuji, B. O., Parker, L. M., & Lohr, J. M. (2005/2006). Pseudoscience in contemporary psychology. Professional issues and implications. *The Scientific Review of Mental Health Practice*, 4, 19-36.
- Ovejero Lucas, F. (2001). Razones de la divulgación o razones de la ciencia. *Treballs de la Societat Catalana de Biologia*, 51, 23-34.
- Özmen, H. (2004). Some student misconceptions in chemistry: A literature review of chemical bonding. *Journal of Science Education and Technology*, 13, 147–159.
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Pardo Merino, A., & Ruiz Díaz, M. Á. (2002). *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. Aravaca (Madrid): McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Parrot, A. C. (1993). Cigarette smoking: Effects upon self-rated stress and arousal over the day. *Addictive Behaviors*, 18, 389-395.
- Parsons, P. (2009/2012). Introducción. En P. Parsons (Dir.), *50 teorías científicas revolucionarias e imaginativas* (2.^a reimp., Trad. Rodríguez Arias) (pp. 9-10). Barcelona: Blume.
- Paulus, T., & Spence, M. (2010). Using blogs to identify misconceptions in a large undergraduate nutrition course. *TechTrends*, 54, 62-68.
- Pérez Álvarez, M. (2012). La invención de los trastornos psicológicos y sus implicaciones para la validación de tratamientos. En F. J. Labrador, & M. ^a Crespo López (Coords.), *Psicología clínica basada en la evidencia* (pp. 37-45). Madrid: Pirámide.
- Peters, I. L. (1916). Superstitions among American girls. *Pedagogical Seminary*, 23, 445-451.
- Pinillos, J. L. (1975). *Principios de psicología*. Madrid: Alianza.

- Prat, G. & Adan, A. (2013). Relationships among circadian typology, psychological symptoms, and sensation seeking. *Chronobiology International*, 30, 942-949.
- Raupach, J. C. A., & Hiller, J. E. (2002). Information and support for women following the primary treatment of breast cancer. *Health Expectations*, 5, 289-301.
- Real Academia Española. *Mito*. Recuperado de http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=mito
- Revuelta-Pérez, F., & Rodríguez-Fernández, L. M.^a (2011). *Fuentes de información*. Documento no publicado.
- Revuelta-Pérez, F., Rodríguez-Fernández, L. M.^a, Atienza Martín, F. J., & Losada Ruiz, C. (2013). Concepto lego de estrés en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 39, 1-15.
- Reynoso Erazo, L., Seligson Nisenbaum, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Rind, B., Tromovitch, P., & Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*, 124, 22-53.
- Ross, L., & Ward, A. (1996). Naive realism: Implications for social conflict and misunderstanding. En T. Brown, E. Reed, & E. Turiel (Eds.), *Values and knowledge* (pp. 103-135). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sagan, C. (1977/1982). *Los dragones del Edén. Especulaciones sobre la evolución de la inteligencia humana* (Trad. R. Andreu). Buenos Aires, Argentina: Grijalbo.
- Sankey, H. (2010). Ciencia, sentido común y realidad. *Discusiones Filosóficas*, 11, 41-58.

- Santolaya Ochando, F., Berdullas Temes, M., & Fernández Heminda, J. R. (2001). The decade 1989-1998 in Spanish Psychology: An analysis of development of professional Psychology in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, 4, 237-252.
- Sapolsky, R. M. (2004/2008). *¿Por qué las cebras no tienen úlcera? Una guía del estrés* (2.ª ed., Trad. C. González y M. Á. Coll). Madrid: Alianza.
- Sarafino, E. P. (2008). *Health psychology. Biopsychosocial interactions* (6th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Sassoon, D. (2006/2006). *Cultura. El patrimonio común de los europeos* (Trad. B. Eguibar, F. Esteve, T. Fernández Aúz, & A. P. Moya. Barcelona: Crítica.
- Science News (7 de noviembre de 2008). *Sound reasoning requires statistical understanding*. Recuperado de <https://www.sciencenews.org/article/sound-reasoning-requires-statistical-understanding>
- Seco, M., Andrés, O. y Ramos, G. (1999). *Diccionario del español actual*. Vol. I. Madrid: Grupo Santillana de Ediciones.
- Seco, M., Andrés, O. y Ramos, G. (1999). *Diccionario del español actual*. Vol. II. Madrid: Grupo Santillana de Ediciones.
- Seisdedos Cubero, N. (1983). Utilidad de la ciencia psicológica. *Papeles del Psicólogo*, 10-11, 27-34.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- Sierra, J. C., & Freixa i Baqué, E. (1993). Estudio preliminar de la evolución de la imagen de la Psicología en estudiantes españoles de esta carrera. *Psicothema*, 5, 67-82.

- Sirigatti, S., Stefanile, C., & Nardone, G. (2011). *El descubrimiento y los hallazgos de la Psicología* (Trad. J. C. Gentile Vitale). Madrid: Espasa Libros.
- Solomon, R. C. (2009). *El pequeño libro de filosofía* (Trad. N. Fernández Matienzo). Barcelona: Ariel.
- Standing, L. G. & Huber, H. (2003). Do psychology courses reduce belief in psychological myths? *Social Behavior and Personality*, *31*, 585-592.
- Standing, L., & Keays, G. (1987). Do the Barnum effect and paranormal belief involve a general gullibility factor? *Psychological Reports*, *61*, 435-438.
- Sternberg, R. J. (2002). Everything you need to know to understand the current controversies you learned from psychological research. A comment to the Rind and Lilienfeld controversies. *American Psychologist*, *57*, 193-197. doi: 10.1037//0003-066X.57.3.193
- Sujarwoto, S., & Tampubolon, G. (2015). Decentralisation and citizen happiness: A multilevel analysis of self-rated happiness in Indonesia. *Journal of Happiness Studies*, *16*, 455-475.
- Szasz, T. S. (1970/2014). *Ideología y enfermedad mental* (Trad. L. Wolfson). Buenos Aires: Amorrortu.
- Taylor, A. K., & Kowalski, P. (2004). Naïve psychological science: The prevalence, strength, and sources of misconceptions. *Psychological Record*, *54*, 15-25.
- Taylor, A. K., & Kowalski, P. (2014). Student misconception: Where do they come from and what can we do? En V. A. Benassi, C. E. Overson, & C. Hakala (Eds.), *Applying science of learning in education: Infusing psychological science into the curriculum* (pp. 259-273). Washington, DC: American Psychological Association.

- Taylor, H. F. (1983). *El juego del cociente intelectual. Una investigación metodológica sobre la controversia* (Trad. M.^a E. Sebastián Gascón). Madrid: Alianza.
- Torres, J. M., & Wallace, S. P. (2013). Migration circumstances, psychological distress, and self-rated physical health for Latino immigrants in the United States. *American Journal of Public Health, 103*, 1619-1627. Doi: 10.2105/AJPH.2012.301195
- Tupper, V., & Williams, R. J. (1986). Unsubstantiated beliefs among beginning psychology students: 1925, 1952, 1983. *Psychological Reports, 58*, 383-388.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Sciences, 185*, 1124-1131.
- Tyson, R. (1948). The validation of mental hygiene literature. *Journal of Clinical Psychology, 4*, 304-306.
- Vallejo Pareja, M. Á., Jordán Cristobal, C. M., Díaz García, M. I., Comeche Moreno, M.^a I., Ortega Pardo, J., Amor Andrés, P. J., & Zubeidat, I. (2008). Perfil sociodemográfico de los usuarios de un servicio de asistencia psicológica online. *Psicothema, 20*, 610-615.
- Vallejo, M. Á., Mañanes, G., Comeche, M.^a I., & Díaz, M. I. (2008). Comparison between via Internet and paper-and-pencil administration of two clinical instruments: SCL-90-R and GHQ-28. *Journal of Behavior Therapy, 39*, 201-208.
- Vallejo, M. Á., Rivera, J., Esteve-Vives, J., Rodríguez-Muñoz 2014, & grupo ICAF (2014). El cuestionario general de salud (GHQ-28) en pacientes con fibromialgia: propiedades psicométricas y adecuación. *Clínica y Salud, 25*, 105-110.
- VangData (23 de octubre de 2015). Los 50 libros más vendidos en España. *La Vanguardia*. Recuperado de

<http://www.lavanguardia.com/vangdata/20150423/54430140577/los-50-libros-mas-vendidos-en-espana.html>

- Vaughan, E. D. (1977). Misconceptions about psychology among introductory psychology students. *Teaching of Psychology, 4*, 138-141.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., ... Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria, 19*, 135-50.
- Vingilis, E., Wade, T. J., & Adlaf, E. (1998). What factors predict student self-rated physical health? *Journal of Adolescence, 21*, 83-97.
- Vosniadou, S., & Brewer, W. F. (1987). Theories of knowledge restructuring in development. *Review of Educational Research, 57*, 51-67.
- Wade, T. J., Pevalin, D. J., & Vingilis, E. (2000). Revisiting student self-rated physical health. *Journal of Adolescence, 23*, 785-791.
- Walker, S. (2010). Young people's mental health: The spiritual power of fairy stories, myths and legends. *Mental Health, Religion & Culture, 13*, 81-92.
- Watson, J. B. (1925). *Behaviorism*. Londres: Kegan Paul, Trend, Trubner & Co.
- Zhang, W., & Ta, V. M. (2009). Social connections, immigration-related factors, and self-rated physical and mental health among Asian Americans. *Social Science & Medicine, 68*, 2104-2112.
- Zukevas, S. H., & Fleisman, J. A. (2008). Self-rated mental health and racial/ethnic disparities in mental health services use. *Medical Care, 46*, 915-923.

APÉNDICE 1

Tablas

Tabla 1

Frecuencia y porcentajes de citaciones de cada uno de los ítems de mitos psicológicos varones

Mito	Desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Acuerdo
	1	2	3
1.	8 (24,2%)	0 (0,0%)	25 (75,8%)
2.	11 (33,3%)	4 (12,1%)	18 (54,5%)
3.	12 (36,4%)	19 (57,6%)	2 (6,1%)
4.	22 (66,7%)	8 (24,2%)	3 (9,1%)
5.	4 (12,1%)	0 (0,0%)	29 (87,9%)
6.	9 (27,3%)	13 (39,4%)	11 (33,3%)
7.	4 (12,1%)	2 (6,1%)	27 (81,8%)
8.	3 (9,1%)	6 (18,2%)	24 (72,7%)
9.	14 (42,4%)	3 (9,1%)	16 (48,5%)
10.	5 (15,2%)	9 (27,3%)	19 (57,6%)
11.	17 (51,5%)	2 (6,1%)	14 (42,4%)
12.	4 (12,1%)	5 (15,2%)	24 (72,3%)
13.	2 (6,1%)	0 (0,0%)	31 (93,9%)
14.	20 (60,6%)	4 (12,1%)	9 (27,3%)
15.	8 (24,2%)	16 (48,5%)	9 (27,3%)
16.	8 (24,2%)	3 (9,1%)	22 (66,7%)
17.	13 (39,4%)	8 (24,2%)	12 (36,4%)
18.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	33 (100,0%)
19.	3 (9,1%)	12 (36,4%)	18 (54,5%)
20.	4 (12,1%)	6 (18,2%)	23 (69,7%)
21.	13 (39,4%)	9 (27,3%)	11 (33,3%)
22.	16 (48,5%)	12 (36,4%)	5 (15,2%)
23.	21 (63,6%)	3 (9,1%)	9 (27,3%)
24.	9 (27,3%)	5 (15,2%)	19 (57,6%)
25.	16 (48,5%)	1 (3,0%)	16 (48,5%)
26.	13 (39,4%)	4 (12,1%)	16 (48,5%)
27.	14 (42,4%)	5 (15,2%)	14 (42,4%)
28.	17 (51,5%)	2 (6,1%)	14 (42,4%)
29.	17 (51,5%)	3 (9,1%)	13 (39,4%)
30.	9 (27,3%)	5 (15,2%)	19 (57,6%)
31.	14 (42,4%)	2 (6,1%)	17 (51,5%)
32.	24 (72,7%)	0 (0,0%)	9 (27,3%)
33.	3 (9,1%)	0 (0,0%)	30 (90,9%)
34.	0 (0,0%)	4 (12,1%)	29 (87,9%)
35.	8 (24,2%)	4 (12,1%)	21 (63,6%)
36.	3 (9,1%)	2 (6,1%)	28 (84,8%)
37.	5 (15,2%)	11 (33,3%)	17 (51,5%)
38.	19 (57,6%)	4 (12,1%)	10 (30,3%)
39.	14 (42,4%)	6 (18,2%)	13 (39,4%)
40.	21 (63,6%)	3 (9,1%)	9 (27,3%)
41.	7 (21,2%)	22 (66,7%)	4 (12,1%)
42.	18 (54,5%)	6 (18,2%)	9 (27,3%)
43.	29 (87,9%)	2 (6,1%)	2 (6,1%)
44.	1 (3,0%)	0 (0,0%)	32 (97,0%)
45.	2 (6,1%)	1 (3,0%)	30 (90,9%)
46.	17 (51,5%)	3 (9,1%)	13 (39,4%)
47.	15 (45,5%)	2 (6,1%)	16 (48,5%)
48.	15 (45,15%)	1 (3,0%)	17 (51,5%)
49.	11 (33,3%)	13 (39,4%)	9 (27,3%)
50.	1 (3,0%)	10 (30,3%)	22 (66,7%)

Tabla 2

Frecuencia y porcentajes de citas de cada uno de los ítems de mitos psicológicos en mujeres

Mito	Desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Acuerdo
	1	2	3
1.	34 (25,8%)	21 (15,9%)	77 (58,3%)
2.	25 (18,9%)	37 (28,0%)	70 (53,0%)
3.	32 (24,2%)	69 (52,3%)	30 (22,7%)
4.	61 (46,2%)	44 (33,3%)	26 (19,7%)
5.	8 (6,1%)	1 (0,8%)	123 (93,2%)
6.	40 (30,3%)	29 (22,0%)	63 (47,7%)
7.	15 (11,4%)	7 (5,3%)	110 (83,3%)
8.	18 (13,6%)	23 (17,4%)	91 (68,9%)
9.	60 (45,5%)	18 (13,6%)	53 (40,2%)
10.	16 (12,1%)	32 (24,2%)	84 (63,6%)
11.	43 (32,6%)	5 (3,8%)	83 (62,9%)
12.	35 (26,5%)	33 (25,0%)	64 (48,5%)
13.	9 (6,8%)	5 (3,8%)	118 (89,4%)
14.	52 (39,4%)	25 (18,9%)	55 (41,7%)
15.	43 (32,6%)	73 (55,3%)	16 (12,1%)
16.	23 (17,4%)	16 (12,1%)	93 (70,5%)
17.	18 (13,6%)	45 (34,1%)	66 (50,0%)
18.	3 (2,3%)	13 (9,8%)	116 (87,9%)
19.	12 (9,1%)	48 (36,4%)	72 (54,5%)
20.	17 (12,9%)	19 (14,4%)	96 (72,7%)
21.	72 (54,5%)	28 (21,2%)	32 (24,2%)
22.	66 (50,0%)	37 (28,0%)	29 (22,0%)
23.	89 (67,4%)	10 (7,6%)	33 (25,0%)
24.	44 (33,3%)	5 (3,8%)	83 (62,9%)
25.	54 (40,9%)	30 (22,7%)	48 (36,4%)
26.	77 (58,3%)	18 (13,6%)	37 (28,0%)
27.	49 (37,1%)	14 (10,6%)	69 (52,3%)
28.	68 (51,5%)	7 (5,3%)	57 (43,2%)
29.	58 (43,9%)	12 (9,1%)	62 (47,0%)
30.	26 (19,7%)	25 (18,9%)	81 (61,4%)
31.	61 (46,2%)	9 (6,8%)	62 (47,0%)
32.	84 (63,6%)	16 (12,1%)	32 (24,2%)
33.	6 (4,5%)	5 (3,8%)	121 (91,7%)
34.	13 (9,8%)	4 (3,0%)	115 (87,1%)
35.	20 (15,2%)	9 (6,8%)	103 (78,0%)
36.	17 (12,9%)	14 (10,6%)	101 (76,5%)
37.	25 (18,9%)	48 (36,4%)	59 (44,7%)
38.	79 (59,8%)	16 (12,1%)	37 (28,0%)
39.	39 (29,5%)	25 (18,9%)	66 (50,0%)
40.	80 (60,6%)	20 (15,2%)	32 (24,2%)
41.	32 (24,2%)	79 (59,8%)	21 (15,9%)
42.	103 (78,0%)	26 (19,7%)	3 (2,3%)
43.	95 (72,0%)	9 (6,8%)	28 (21,2%)
44.	7 (5,3%)	7 (5,3%)	118 (89,4%)
45.	8 (6,1%)	27 (20,5%)	97 (73,5%)
46.	44 (33,3%)	15 (11,4%)	73 (55,3%)
47.	53 (40,2%)	26 (19,7%)	53 (40,2%)
48.	69 (52,3%)	27 (20,5%)	35 (26,5%)
49.	25 (18,9%)	22 (16,7%)	85 (64,4%)
50.	15 (11,4%)	32 (24,2%)	85 (64,4%)

Tabla 3

Medias y desviaciones típicas en el cuartil primero en las dimensiones y en la puntuación total del GHQ 28 en varones, mujeres y muestra total

	Varones		Mujeres		Muestra total	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Síntomas somáticos	1,7273	1,19087	2,3226	0,90874	2,1667	1,01011
Ansiedad e insomnio	0,7273	0,78625	1,0000	1,00000	0,9286	0,94721
Disfunción social	5,6364	1,50151	4,1613	2,03465	4,5476	2,00247
Depresión grave	0,0909	0,30151	0,2258	0,49730	0,1905	0,45468
GHQ28 total	8,1818	1,25045	7,7097	1,41877	7,8333	1,37781

Tabla 4

Medias y desviaciones típicas en el cuartil segundo en las dimensiones y en la puntuación total del GHQ 28 en varones, mujeres y muestra total

	Varones		Mujeres		Muestra total	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Síntomas somáticos	4,5714	1,51186	3,3684	1,61782	3,5556	1,64532
Ansiedad e insomnio	2,7143	1,38013	3,0000	1,70848	2,9556	1,65083
Disfunción social	6,0000	1,29099	5,1842	1,64161	5,3111	1,60712
Depresión grave	0,4286	0,53452	0,3684	0,54132	0,3778	0,53466
GHQ28 total	13,7143	0,95119	11,9211	1,65025	12,2000	1,68685

Tabla 5

Medias y desviaciones típicas en el cuartil tercero en las dimensiones y en la puntuación total del GHQ 28 en varones, mujeres y muestra total

	Varones		Mujeres		Muestra total	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Síntomas somáticos	4,7500	2,81577	6,1739	2,76120	5,8891	2,79572
Ansiedad e insomnio	5,3750	3,20435	5,5312	3,49178	5,5000	3,39683
Disfunción social	6,2500	1,58114	5,9375	1,66438	6,0000	1,63299
Depresión grave	2,1250	2,64237	1,1250	1,99596	1,3250	2,14102
GHQ28 total	18,5000	1,85164	18,7676	1,70119	18,7141	1,71101

Tabla 6

Medias y desviaciones típicas en el cuartil cuarto en las dimensiones y en la puntuación total del GHQ 28 en varones, mujeres y muestra total

	Varones		Mujeres		Muestra total	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Síntomas somáticos	8,4286	3,20713	9,6452	2,82310	9,4211	2,89110
Ansiedad e insomnio	11,1429	4,33699	10,4839	3,33538	10,6053	3,48386
Disfunción social	7,0000	5,32291	7,4516	2,56695	7,3684	3,15733
Depresión grave	4,0000	3,74166	3,8710	4,07220	3,8947	3,96464
GHQ28 total	30,5714	9,76144	31,4516	8,66733	31,2895	8,74537

Tabla 7

Medias y desviaciones típicas de Fuentes de Información de varones y mujeres y prueba t de Student

Ítem	Varones		Mujeres		t	p
	M	DE	M	DE		
1.	0,7273	0,83937	0,5606	0,72320	-1,146	0,254
2.	0,6970	0,88335	0,6970	0,79059	0,000	1,000
3.	0,4545	0,66572	0,7879	0,98872	2,309	0,024
4.	0,4992	0,66145	0,4697	0,64724	-0,234	0,816
5.	0,6537	0,81444	0,5682	0,77354	-0,562	0,575
6.	0,9952	0,93582	0,8333	0,83040	-0,976	0,330
7.	0,8485	0,87039	0,6364	0,77433	-1,372	0,172
8.	0,5455	0,83258	0,7045	0,83564	0,979	0,329
9.	1,5455	0,90453	1,4167	0,88276	-0,746	0,457
10.	1,6970	1,01504	1,9242	0,88776	1,277	0,203
11.	0,9697	0,84723	1,1970	0,97636	1,226	0,222
12.	0,6364	0,78335	0,8611	0,91453	1,297	0,196
13.	1,0000	0,86603	1,2273	0,95383	1,246	0,215
14.	2,1818	0,80834	2,2899	0,75654	0,724	0,470
15.	2,0303	1,10354	2,1072	0,98269	0,392	0,696
16.	0,9726	1,04560	1,1068	1,09998	0,633	0,528
17.	1,0909	0,94748	1,0619	1,01706	-0,149	0,882
18.	0,5079	0,86722	0,7955	1,15076	1,587	0,117
19.	1,0606	1,22320	1,3788	1,10881	1,444	0,151
20.	0,4545	0,93845	0,3788	0,81522	-0,463	0,644
21.	0,6309	0,85763	0,8561	1,01239	1,176	0,241
24.	0,4404	0,74758	0,5193	0,82287	0,501	0,617
25.	1,1818	0,76871	1,2711	0,88026	0,533	0,594
Total	21,8212	9,87544	23,6490	9,02698	1,021	0,309

Tabla 8

Correlaciones estadísticamente significativas entre las distintas variables, ordenadas por la variable 2

Variable 1	Variable 2	<i>r</i>	<i>p</i>
Salud, en general, autopercebida	Ansiedad e insomnio GHQ 28	-0,215	0,006
Salud física autopercebida	Ansiedad e insomnio GHQ 28	-0,155	0,0047
Salud psicológica autopercebida	Ansiedad e insomnio GHQ 28	-0,458	<0,001
Felicidad autopercebida	Ansiedad e insomnio GHQ 28	-0,397	<0,001
Satisfacción vital autopercebida	Ansiedad e insomnio GHQ 28	-0,345	<0,001
Optimismo autopercebido	Ansiedad e insomnio GHQ 28	-0,223	0,004
Estrés autopercebido	Ansiedad e insomnio GHQ 28	0,423	<0,001
Fuentes de Información total	Ansiedad e insomnio GHQ 28	0,262	0,001
Eficacia Psicología	Cientificidad de la Psicología	0,162	0,038
Cientificidad Psicología	Depresión grave GHQ 28	-0,188	0,015
Salud, en general, autopercebida	Depresión grave GHQ 28	-0,293	<0,001
Salud física autopercebida	Depresión grave GHQ 28	-0,170	0,029
Salud psicológica autopercebida	Depresión grave GHQ 28	-0,536	<0,001
Felicidad autopercebida	Depresión grave GHQ 28	-0,486	<0,001
Satisfacción vital autopercebida	Depresión grave GHQ 28	-0,456	<0,001
Optimismo autopercebido	Depresión grave GHQ 28	-0,184	0,018
Estrés autopercebido	Depresión grave GHQ 28	0,301	<0,001
Fuentes de Información total	Depresión grave GHQ 28	0,239	0,002
Salud, en general, autopercebida	Disfunción social GHQ 28	-0,199	0,010
Salud psicológica autopercebida	Disfunción social GHQ 28	-0,416	<0,001
Felicidad autopercebida	Disfunción social GHQ 28	-0,385	<0,001
Satisfacción vital autopercebida	Disfunción social GHQ 28	0,327	<0,001
Optimismo autopercebido	Disfunción social GHQ 28	-0,229	0,003
Estrés autopercebido	Disfunción social GHQ 28	0,190	0,015
Salud, en general, autopercebida	Estrés autopercebido	-0,237	0,002
Salud psicológica autopercebida	Estrés autopercebido	-0,362	<0,001
Felicidad autopercebida	Estrés autopercebido	-0,304	<0,001
Satisfacción vital autopercebida	Estrés autopercebido	-0,209	0,007
Optimismo autopercebido	Estrés autopercebido	-0,240	0,002
Eficacia Psicología	Felicidad autopercebida	0,163	0,038
Cientificidad Psicología	Felicidad autopercebida	0,227	0,003
Salud, en general, autopercebida	Felicidad autopercebida	0,337	<0,001
Salud física autopercebida	Felicidad autopercebida	0,169	0,030
Salud psicológica autopercebida	Felicidad autopercebida	0,585	<0,001
Lectura divulgación científica	Frecuencia lectura autoayuda	0,627	<0,001
Estrés autopercebido	Fuentes de Información total	0,298	<0,001
Cientificidad Psicología	GHQ 28 total	-0,164	0,036
Salud, en general, autopercebida	GHQ 28 total	-0,352	<0,001
Salud física autopercebida	GHQ 28 total	-0,223	0,004
Salud psicológica autopercebida	GHQ 28 total	-0,572	<0,001
Felicidad autopercebida	GHQ 28 total	-0,503	<0,001
Satisfacción vital autopercebida	GHQ 28 total	-0,440	<0,001
Optimismo autopercebido	GHQ 28 total	-0,250	0,001
Estrés autopercebido	GHQ 28 total	0,447	<0,001
Fuentes de Información total	GHQ 28 total	0,267	0,001
Mitos psicológicos total	Ítem 14 FI (<i>La reflexión personal</i>)	0,189	0,015
Mitos psicológicos total	Ítem 17 FI (<i>Un amigo...</i>)*	0,176	0,024

(Continúa)

Tabla 9
Correlaciones estadísticamente significativas entre las distintas variables, en orden descendente según r en valor absoluto

Variable 1	Variable 2	r	p
Salud, en general, autopercebida	Depresión grave GHQ 28	-0,293	<0,001
Salud física autopercebida	Síntomas somáticos GHQ 28	-0,283	<0,001
Felicidad autopercebida	Síntomas somáticos GHQ 28	-0,282	<0,001
Salud, en general, autopercebida	Satisfacción vital autopercebida	0,277	<0,001
Fuentes de Información total	GHQ 28 total	0,267	0,001
Fuentes de Información total	Síntomas somáticos GHQ 28	0,262	0,001
Fuentes de Información total	Ansiedad e insomnio GHQ 28	0,262	0,001
Optimismo autopercebido	GHQ 28 total	-0,250	0,001
Cientificidad Psicología	Optimismo autopercebido	0,244	0,002
Optimismo autopercebido	Estrés autopercebido	-0,240	0,002
Fuentes de Información total	Depresión grave GHQ 28	0,239	0,002
Salud, en general, autopercebida	Estrés autopercebido	-0,237	0,002
Satisfacción vital autopercebida	Síntomas somáticos GHQ 28	-0,232	0,003
Optimismo autopercebido	Disfunción social GHQ 28	-0,229	0,003
Cientificidad Psicología	Felicidad autopercebida	0,227	0,003
Salud física autopercebida	GHQ 28 total	-0,223	0,004
Optimismo autopercebido	Ansiedad e insomnio GHQ 28	-0,223	0,004
Salud, en general, autopercebida	Ansiedad e insomnio GHQ 28	-0,215	0,006
Cientificidad Psicología	Salud física autopercebida	0,214	0,006
Satisfacción vital autopercebida	Estrés autopercebido	-0,209	0,007
Salud, en general, autopercebida	Disfunción social GHQ 28	-0,199	0,010
Salud física autopercebida	Salud psicológica autopercebida	0,196	0,012
Cientificidad Psicología	Satisfacción vital autopercebida	0,190	0,014
Estrés autopercebido	Disfunción social GHQ 28	0,190	0,015
Mitos psicológicos total	Ítem 14 FI (<i>La reflexión personal</i>)	0,189	0,015
Cientificidad Psicología	Depresión grave GHQ 28	-0,188	0,015
Optimismo autopercebido	Depresión grave GHQ 28	-0,184	0,018
Eficacia Psicología	Salud, en general, autopercebida	0,183	0,019
Mitos psicológicos total	Ítem 17 FI (<i>Un amigo...</i>)*	0,176	0,024
Salud física autopercebida	Depresión grave GHQ 28	-0,170	0,029
Salud física autopercebida	Felicidad autopercebida	0,169	0,030
Cientificidad Psicología	GHQ 28 total	-0,164	0,036
Lectura divulgación científica	Salud, en general, autopercebida	0,163	0,037
Eficacia Psicología	Felicidad autopercebida	0,163	0,038
Eficacia Psicología	Cientificidad de la Psicología	0,162	0,038
Salud física autopercebida	Ansiedad e insomnio GHQ 28	-0,155	0,047

Nota. * = *Un amigo [o varios] que no es psicólogo, psiquiatra o médico*

Tabla 9
Correlaciones estadísticamente significativas entre las distintas variables, en orden descendente según r en valor absoluto

Variable 1	Variable 2	r	p
Felicidad autopercebida	Satisfacción vital autopercebida	0,654	<0,001
Lectura divulgación científica	Frecuencia lectura autoayuda	0,627	<0,001
Salud psicológica autopercebida	Felicidad autopercebida	0,585	<0,001
Salud, en general, autopercebida	Salud física autopercebida	0,576	<0,001
Salud psicológica autopercebida	GHQ 28 total	-0,572	<0,001
Salud psicológica autopercebida	Depresión grave GHQ 28	-0,536	<0,001
Felicidad autopercebida	GHQ 28 total	-0,503	<0,001
Felicidad autopercebida	Depresión grave GHQ 28	-0,486	<0,001
Felicidad autopercebida	Optimismo autopercebido	0,482	<0,001
Salud psicológica autopercebida	Satisfacción vital autopercebida	0,468	<0,001
Salud psicológica autopercebida	Ansiedad e insomnio GHQ 28	-0,458	<0,001
Satisfacción vital autopercebida	Depresión grave GHQ 28	-0,456	<0,001
Estrés autopercebido	GHQ 28 total	0,447	<0,001
Satisfacción vital autopercebida	Optimismo autopercebido	0,441	<0,001
Satisfacción vital autopercebida	GHQ 28 total	-0,440	<0,001
Salud psicológica autopercebida	Optimismo autopercebido	0,434	<0,001
Estrés autopercebido	Ansiedad e insomnio GHQ 28	0,423	<0,001
Salud psicológica autopercebida	Disfunción social GHQ 28	-0,416	<0,001
Felicidad autopercebida	Ansiedad e insomnio GHQ 28	-0,397	<0,001
Felicidad autopercebida	Disfunción social GHQ 28	-0,385	<0,001
Estrés autopercebido	Síntomas somáticos GHQ 28	0,367	<0,001
Salud psicológica autopercebida	Estrés autopercebido	-0,362	<0,001
Salud, en general, autopercebida	Síntomas somáticos GHQ 28	-0,359	<0,001
Salud, en general, autopercebida	GHQ 28 total	-0,352	<0,001
Satisfacción vital autopercebida	Ansiedad e insomnio GHQ 28	-0,345	<0,001
Salud psicológica autopercebida	Síntomas somáticos GHQ 28	-0,341	<0,001
Salud, en general, autopercebida	Felicidad autopercebida	0,337	<0,001
Salud, en general, autopercebida	Salud psicológica autopercebida	0,331	<0,001
Satisfacción vital autopercebida	Disfunción social GHQ 28	0,327	<0,001
Felicidad autopercebida	Estrés autopercebido	-0,304	<0,001
Estrés autopercebido	Depresión grave GHQ 28	0,301	<0,001
Estrés autopercebido	Fuentes de Información total	0,298	<0,001

(Continúa)

Tabla 9
Correlaciones estadísticamente significativas entre las distintas variables, en orden descendente según r en valor absoluto

Variable 1	Variable 2	r	p
Salud, en general, autopercebida	Depresión grave GHQ 28	-0,293	<0,001
Salud física autopercebida	Síntomas somáticos GHQ 28	-0,283	<0,001
Felicidad autopercebida	Síntomas somáticos GHQ 28	-0,282	<0,001
Salud, en general, autopercebida	Satisfacción vital autopercebida	0,277	<0,001
Fuentes de Información total	GHQ 28 total	0,267	0,001
Fuentes de Información total	Síntomas somáticos GHQ 28	0,262	0,001
Fuentes de Información total	Ansiedad e insomnio GHQ 28	0,262	0,001
Optimismo autopercebido	GHQ 28 total	-0,250	0,001
Cientificidad Psicología	Optimismo autopercebido	0,244	0,002
Optimismo autopercebido	Estrés autopercebido	-0,240	0,002
Fuentes de Información total	Depresión grave GHQ 28	0,239	0,002
Salud, en general, autopercebida	Estrés autopercebido	-0,237	0,002
Satisfacción vital autopercebida	Síntomas somáticos GHQ 28	-0,232	0,003
Optimismo autopercebido	Disfunción social GHQ 28	-0,229	0,003
Cientificidad Psicología	Felicidad autopercebida	0,227	0,003
Salud física autopercebida	GHQ 28 total	-0,223	0,004
Optimismo autopercebido	Ansiedad e insomnio GHQ 28	-0,223	0,004
Salud, en general, autopercebida	Ansiedad e insomnio GHQ 28	-0,215	0,006
Cientificidad Psicología	Salud física autopercebida	0,214	0,006
Satisfacción vital autopercebida	Estrés autopercebido	-0,209	0,007
Salud, en general, autopercebida	Disfunción social GHQ 28	-0,199	0,010
Salud física autopercebida	Salud psicológica autopercebida	0,196	0,012
Cientificidad Psicología	Satisfacción vital autopercebida	0,190	0,014
Estrés autopercebido	Disfunción social GHQ 28	0,190	0,015
Mitos psicológicos total	Ítem 14 FI (<i>La reflexión personal</i>)	0,189	0,015
Cientificidad Psicología	Depresión grave GHQ 28	-0,188	0,015
Optimismo autopercebido	Depresión grave GHQ 28	-0,184	0,018
Eficacia Psicología	Salud, en general, autopercebida	0,183	0,019
Mitos psicológicos total	Ítem 17 FI (<i>Un amigo...</i>)*	0,176	0,024
Salud física autopercebida	Depresión grave GHQ 28	-0,170	0,029
Salud física autopercebida	Felicidad autopercebida	0,169	0,030
Cientificidad Psicología	GHQ 28 total	-0,164	0,036
Lectura divulgación científica	Salud, en general, autopercebida	0,163	0,037
Eficacia Psicología	Felicidad autopercebida	0,163	0,038
Eficacia Psicología	Cientificidad de la Psicología	0,162	0,038
Salud física autopercebida	Ansiedad e insomnio GHQ 28	-0,155	0,047

Nota. * = *Un amigo [o varios] que no es psicólogo, psiquiatra o médico*

Tabla 10

Frecuencias y porcentajes por cada participante de primero de grado de Psicología según haya señalado en el conjunto de mitos psicológicos en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o de acuerdo

Sujeto	En desacuerdo		Ni en desacuerdo ni de acuerdo		De acuerdo	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
1	11	22,0	17	34,0	22	44,0
2	21	42,0	8	16,0	21	42,0
3	16	32,0	3	6,0	31	62,0
4	19	38,0	3	6,0	28	56,0
5	14	28,0	7	14,0	29	58,0
6	15	30,0	4	8,0	31	62,0
7	14	28,0	10	20,0	26	52,0
8	16	32,0	5	10,0	29	58,0
9	15	30,0	4	8,0	31	62,0
10	3	6,0	6	12,0	41	82,0
11	2	4,0	16	32,0	32	64,0
12	26	52,0	6	12,0	18	36,0
13	10	20,0	12	24,0	28	56,0
14	18	36,0	10	20,0	22	44,0
15	15	30,0	6	12,0	29	58,0
16	10	20,0	16	32,0	24	48,0
17	10	20,0	10	20,0	30	60,0
18	11	22,0	8	16,0	31	62,0
19	27	54,0	8	16,0	15	30,0
20	19	38,0	3	6,0	28	56,0
21	28	56,0	5	10,0	17	34,0
22	21	42,0	8	16,0	21	42,0
23	19	38,0	8	16,0	23	46,0
24	20	40,0	7	14,0	23	46,0
25	17	34,0	10	20,0	23	46,0
26	18	36,0	10	20,0	22	44,0
27	9	18,0	6	12,0	35	70,0
28	15	30,0	3	6,0	32	64,0
29	21	42,0	6	12,0	23	46,0
30	13	26,0	8	16,0	29	58,0
31	14	28,0	16	32,0	20	40,0
32	19	38,0	8	16,0	23	46,0
33	14	28,0	14	28,0	22	44,0
34	20	40,0	6	12,0	24	48,0
35	7	14,0	14	28,0	29	58,0
36	10	20,0	17	34,0	23	46,0
37	25	50,0	13	26,0	12	24,0
38	15	30,0	11	22,0	24	48,0
39	18	36,0	10	20,0	22	44,0
40	18	36,0	7	14,0	25	50,0

(Continúa)

Tabla 10 (continuación 1)

Frecuencias y porcentajes por cada participante de primero de grado de Psicología según haya señalado en el conjunto de mitos psicológicos en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o de acuerdo

Sujeto	En desacuerdo		Ni en desacuerdo ni de acuerdo		De acuerdo	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
41	17	34,0	5	10,0	28	56,0
42	22	44,0	3	6,0	25	50,0
43	28	56,0	2	4,0	20	40,0
44	6	12,0	8	16,0	36	72,0
45	17	34,0	7	14,0	26	52,0
46	14	28,0	9	18,0	27	54,0
47	26	52,0	8	16,0	16	32,0
48	24	48,0	4	8,0	22	44,0
49	25	50,0	11	22,0	14	28,0
50	18	36,0	7	14,0	25	50,0
51	20	40,0	7	14,0	23	46,0
52	30	60,0	2	4,0	18	36,0
53	9	18,0	11	22,0	30	60,0
54	24	48,0	3	6,0	23	46,0
55	8	16,0	10	20,0	32	64,0
56	20	40,0	7	14,0	23	46,0
57	21	42,0	21	42,0	8	16,0
58	17	34,0	6	12,0	27	54,0
59	16	32,0	4	8,0	30	60,0
60	11	22,0	9	18,0	30	60,0
61	12	24,0	11	22,0	27	54,0
62	17	34,0	6	12,0	27	54,0
63	29	58,0	3	6,0	18	36,0
64	19	38,0	8	16,0	23	46,0
65	22	44,0	5	10,0	23	46,0
66	8	16,0	13	26,0	29	58,0
67	14	28,0	8	16,0	28	56,0
68	13	26,0	13	26,0	24	48,0
69	15	30,0	9	18,0	26	52,0
70	13	26,0	9	18,0	28	56,0
71	13	26,0	8	16,0	29	58,0
72	9	18,0	11	22,0	30	60,0
73	8	16,0	20	40,0	22	44,0
74	9	18,0	16	32,0	25	50,0
75	11	22,0	13	26,0	26	52,0
76	20	40,0	4	8,0	26	52,0
77	16	32,0	10	20,0	24	48,0
78	17	34,0	11	22,0	22	44,0
79	22	44,0	13	26,0	15	30,0
80	19	38,0	6	12,0	25	50,0

(Continúa)

Tabla 10 (continuación 2)

Frecuencias y porcentajes por cada participante de primero de grado de Psicología según haya señalado en el conjunto de mitos psicológicos en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o de acuerdo

Sujeto	En desacuerdo		Ni en desacuerdo ni de acuerdo		De acuerdo	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
81	13	26,0	8	16,0	29	58,0
82	18	36,0	9	18,0	23	46,0
83	18	36,0	4	8,0	28	56,0
84	9	18,0	13	26,0	28	56,0
85	15	30,0	10	20,0	25	50,0
86	17	34,0	6	12,0	27	54,0
87	7	14,0	9	18,0	34	68,0
88	19	38,0	5	10,0	26	52,0
89	20	40,0	7	14,0	23	46,0
90	16	32,0	5	10,0	29	58,0
91	16	32,0	22	44,0	12	24,0
92	9	18,0	14	28,0	27	54,0
93	19	38,0	2	4,0	29	58,0
94	19	38,0	14	28,0	17	34,0
95	11	22,0	6	12,0	33	66,0
96	14	28,0	13	26,0	23	46,0
97	20	40,0	11	22,0	19	38,0
98	12	24,0	3	6,0	35	70,0
99	31	62,0	7	14,0	12	24,0
100	13	26,0	12	24,0	25	50,0
101	10	20,0	3	6,0	37	74,0
102	23	46,0	12	24,0	15	30,0
103	21	42,0	2	4,0	27	54,0
104	16	32,0	5	10,0	29	58,0
105	14	28,0	12	24,0	24	48,0
106	30	60,0	3	6,0	17	34,0
107	10	20,0	6	12,0	34	68,0
108	16	32,0	2	4,0	32	64,0
109	14	28,0	10	20,0	26	52,0
110	11	22,0	7	14,0	32	64,0
111	12	24,0	5	10,0	33	66,0
112	8	16,0	5	10,0	37	74,0
113	28	56,0	5	10,0	17	34,0
114	23	46,0	4	8,0	23	46,0
115	23	46,0	12	24,0	15	30,0
116	18	36,0	9	18,0	23	46,0
117	11	22,0	13	26,0	26	52,0
118	15	30,0	9	18,0	26	52,0
119	22	44,0	3	6,0	25	50,0
120	18	36,0	9	18,0	23	46,0

(Continúa)

Tabla 10 (continuación 3)

Frecuencias y porcentajes por cada participante de primero de grado de Psicología según haya señalado en el conjunto de mitos psicológicos en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o de acuerdo

Sujeto	En desacuerdo		Ni en desacuerdo ni de acuerdo		De acuerdo	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
121	32	64,0	4	8,0	14	28,0
122	10	20,0	14	28,0	26	52,0
123	12	24,0	6	12,0	32	64,0
124	8	16,0	14	28,0	28	56,0
125	16	32,0	10	20,0	24	48,0
126	11	22,0	8	16,0	31	62,0
127	7	14,0	10	20,0	33	66,0
128	2	4,0	15	30,0	33	66,0
129	18	36,0	4	8,0	28	56,0
130	20	40,0	7	14,0	23	46,0
131	12	24,0	17	34,0	21	42,0
132	7	14,0	12	24,0	31	62,0
133	14	28,0	13	26,0	23	46,0
134	16	32,0	5	10,0	29	58,0
135	14	28,0	5	10,0	31	62,0
136	23	46,0	11	22,0	16	32,0
137	6	12,0	13	26,0	31	62,0
138	6	12,0	5	10,0	39	78,0
139	10	20,0	2	4,0	38	76,0
140	17	34,0	10	20,0	23	46,0
141	9	18,0	5	10,0	36	72,0
142	10	20,0	20	40,0	20	40,0
143	16	32,0	8	16,0	26	52,0
144	11	22,0	7	14,0	32	64,0
145	9	18,0	19	38,0	22	44,0
146	16	32,0	8	16,0	26	52,0
147	18	36,0	8	16,0	24	48,0
148	11	22,0	14	28,0	25	50,0
149	10	20,0	8	16,0	32	64,0
150	15	30,0	9	18,0	26	52,0
151	13	26,0	10	20,0	27	54,0
152	24	48,0	11	22,0	15	30,0
153	8	16,0	24	48,0	18	36,0
154	14	28,0	0	0,0	36	72,0
155	16	32,0	3	6,0	31	62,0
156	24	48,0	11	22,0	15	30,0
157	18	36,0	12	24,0	20	40,0
158	14	28,0	22	44,0	14	28,0
159	14	28,0	8	16,0	28	56,0
160	18	36,0	9	18,0	23	46,0

(Continúa)

Tabla 10 (continuación 4)

Frecuencias y porcentajes por cada participante de primero de grado de Psicología según haya señalado en el conjunto de mitos psicológicos en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o de acuerdo

Sujeto	En desacuerdo		Ni en desacuerdo ni de acuerdo		De acuerdo	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
161	9	18,0	12	24,0	29	58,0
162	1	2,0	11	22,0	38	76,0
163	19	38,0	11	22,0	20	40,0
164	26	52,0	4	8,0	20	40,0
165	11	22,0	11	22,0	28	56,0

Nota. Frec. = frecuencia. Porc. = porcentaje.

Tabla 11

Frecuencias y porcentajes por cada participante de cuarto de grado de Psicología según haya señalado en el conjunto de mitos psicológicos en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o de acuerdo

Sujeto	En desacuerdo		Ni en desacuerdo ni de acuerdo		De acuerdo	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
1	23	46,0	2	4,0	25	50,0
2	9	18,0	3	6,0	38	76,0
3	24	48,0	9	18,0	17	34,0
4	20	40,0	11	22,0	19	38,0
5	27	54,0	0	0	23	46,0
6	17	34,0	8	16,0	25	50,0
7	21	42,0	5	10,0	24	48,0
8	33	66,0	4	8,0	13	26,0
9	42	84,0	2	4,0	6	12,0
10	16	32,0	13	26,0	21	42,0
11	33	66,0	2	4,0	15	30,0
12	28	56,0	2	4,0	20	40,0
13	30	60,0	2	4,0	18	36,0
14	22	44,0	6	12,0	22	44,0
15	27	54,0	5	10,0	18	36,0
16	18	36,0	7	14,0	25	50,0
17	16	32,0	8	16,0	26	52,0
18	34	68,0	4	8,0	12	24,0
19	15	30,0	7	14,0	28	56,0
20	4	8,0	7	14,0	39	78,0
21	19	38,0	16	32,0	15	30,0
22	14	28,0	7	14,0	29	58,0
23	42	84,0	2	4,0	6	12,0
24	29	48	0	0	21	42
25	37	74	0	0	13	26
26	33	66,0	5	10,0	12	24,0
27	17	34,0	8	16,0	25	50,0
28	24	48,0	11	22,0	15	30,0
29	34	68,0	5	10,0	11	22,0
30	21	42,0	2	4,0	27	54,0
31	23	46,0	5	10,0	22	44,0
32	25	50,0	2	4,0	23	46,0
33	25	50,0	2	4,0	23	46,0
34	23	46,0	5	10,0	22	44,0
35	34	68,0	1	2,0	15	30,0
36	25	50,0	4	8,0	21	42,0
37	26	52,0	3	6,0	21	42,0
38	22	44,0	8	16,0	20	40,0
39	17	34,0	13	26,0	20	40,0
40	10	20,0	11	22,0	29	58,0

(Continúa)

Tabla 11 (continuación 2)

Frecuencias y porcentajes por cada participante de cuarto de grado de Psicología según haya señalado en el conjunto de mitos psicológicos en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o de acuerdo

Sujeto	En desacuerdo		Ni en desacuerdo ni de acuerdo		De acuerdo	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
41	19	38,0	3	6,0	28	56,0
42	31	62,0	5	10,0	14	28,0
43	14	28,0	1	2,0	35	70,0
44	21	42,0	6	12,0	23	46,0
45	24	48,0	0	0	26	52,0
46	20	40,0	6	12,0	24	48,0
47	29	58,0	7	14,0	14	28,0
48	28	56,0	4	8,0	18	36,0
49	16	32,0	2	4,0	32	64,0
50	23	46,0	1	2,0	26	52,0
51	24	48,0	10	20,0	16	32,0
52	14	28,0	0	0,0	36	72,0
53	29	58,0	6	12,0	15	30,0
54	21	42,0	7	14,0	22	44,0
55	26	52,0	10	20,0	14	28,0
56	26	52,0	4	8,0	20	40,0
57	16	32,0	5	10,0	29	58,0
58	27	54,0	4	8,0	19	38,0
59	18	36,0	6	12,0	26	52,0
60	27	54,0	2	4,0	21	42,0
61	8	16,0	9	18,0	33	66,0
62	23	46,0	11	22,0	16	32,0
63	23	46,0	3	6,0	24	48,0
64	32	64,0	11	22,0	7	14,0
65	28	56,0	10	20,0	12	24,0
66	17	34,0	4	8,0	29	58,0
67	30	60,0	6	12,0	14	28,0
68	31	62,0	4	8,0	15	30,0
69	21	42,0	4	8,0	25	50,0
70	30	60,0	7	14,0	13	26,0
71	21	42,0	9	18,0	20	40,0
72	34	68,0	1	2,0	15	30,0
73	29	58,0	8	16,0	13	26,0
74	30	60,0	5	10,0	15	30,0
75	26	52,0	0	0,0	24	48,0
76	18	36,0	2	4,0	30	60,0
77	32	64,0	4	8,0	14	28,0
78	25	50,0	0	0,0	25	50,0
79	25	50,0	7	14,0	18	36,0
80	24	48,0	7	14,0	19	38,0

(Continúa)

Tabla 11 (continuación 3)

Frecuencias y porcentajes por cada participante de cuarto de grado de Psicología según haya señalado en el conjunto de mitos psicológicos en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o de acuerdo

Sujeto	En desacuerdo		Ni en desacuerdo ni de acuerdo		De acuerdo	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
81	28	56,0	3	6,0	19	38,0
82	39	78,0	2	4,0	9	18,0
83	32	64,0	5	10,0	13	26,0
84	22	44,0	3	6,0	25	50,0
85	25	50,0	7	14,0	18	36,0
86	30	60,0	11	22,0	9	18,0
87	28	56,0	5	10,0	17	34,0
88	27	54,0	3	6,0	20	40,0
89	32	64,0	3	6,0	15	30,0
90	16	32,0	9	18,0	25	50,0
91	25	50,0	14	28,0	11	22,0
92	16	32,0	17	34,0	17	34,0
93	23	46,0	10	20,0	17	34,0
94	31	62,0	1	2,0	18	36,0
95	9	18,0	3	6,0	38	76,0
96	38	76,0	4	8,0	8	16,0
97	31	62,0	8	16,0	11	22,0
98	37	74,0	2	4,0	11	22,0
99	12	24,0	21	42,0	17	34,0
100	32	64,0	8	16,0	10	20,0
101	23	46,0	6	12,0	21	42,0
102	29	58,0	1	2,0	20	40,0
103	26	52,0	2	4,0	22	44,0
104	32	64,0	9	18,0	9	18,0
105	11	22,0	12	24,0	27	54,0
106	12	24,0	6	12,0	32	64,0
107	30	60,0	2	4,0	18	36,0
108	41	82,0	0	0	9	18,0
109	29	58,0	6	12,0	15	30,0
110	22	44,0	3	6,0	25	50,0
111	24	48,0	3	6,0	23	46,0
112	20	40,0	12	24,0	18	36,0
113	9	18,0	7	14,0	34	68,0
114	22	44,0	2	4,0	26	52,0
115	25	50,0	12	24,0	13	26,0
116	20	40,0	12	24,0	18	36,0
117	24	48,0	4	8,0	22	44,0
118	27	54,0	5	10,0	18	36,0
119	21	42,0	11	22,0	18	36,0
120	36	72,0	0	0,0	14	28,0

(Continúa)

Tabla 11 (continuación 4)

Frecuencias y porcentajes por cada participante de cuarto de grado de Psicología según haya señalado en el conjunto de mitos psicológicos en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o de acuerdo

Sujeto	En desacuerdo		Ni en desacuerdo ni de acuerdo		De acuerdo	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
121	31	62,0	3	6,0	16	32,0
122	33	66,0	9	18,0	8	16,0
123	36	72,0	2	4,0	12	24,0
124	30	60,0	4	8,0	16	32,0
125	26	52,0	7	14,0	17	34,0
126	14	28,0	6	12,0	30	60,0

APÉNDICE 2

Instrumentos

PREGUNTAS ACERCA DE LA PSICOLOGÍA³⁴

³⁴ Se han eliminado una serie de preguntas abiertas que forman parte de otra investigación de carácter cualitativo.

PRESENTACIÓN

Lo que sigue a continuación es, básicamente, un conjunto de preguntas que queremos hacerle en relación con la Psicología y algunas otras cuestiones. No se trata de ningún examen. Lo que se pretende es, sencillamente, que refleje lo que cree, piensa, sabe u opina acerca del tema. Asimismo, se le solicita que nos informe acerca de si ha tenido determinados problemas o molestias en las últimas semanas.

En algunos casos, habrá de contestar simplemente colocando un aspa (X) en una casilla, eligiendo la opción que corresponde a su respuesta y, en otros, tendrá que escribir algo. Si desea realizar alguna observación, hágalo al final, donde aparece un apartado para tal fin.

Este cuestionario es totalmente anónimo y en ningún momento se le identificará. La petición de datos, como sexo, edad o cualquier otro es por motivos de investigación.

Las preguntas son muy fáciles y no exigen apenas tiempo para dar una respuesta.

Por favor, responda con toda sinceridad y PROCURE NO DEJAR NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR.

Gracias por su colaboración

Edad: _____ Sexo: _____
Varón:
Mujer:

Titulación: _____ Curso: _____

2. En el pasado, ¿ha acudido alguna vez a un psicólogo?: Sí: No:

3. En el pasado, ¿ha acudido alguna vez a un psiquiatra?: Sí No:

4. En el pasado ¿Le han recetado alguna vez fármacos por problemas psicológicos?: Sí: No:

5. Actualmente, ¿asiste a terapia psicológica?: Sí: No:

6. Actualmente, ¿toma medicación por problemas psicológicos?: Sí: No:

Los libros y revistas de **divulgación científica** son aquellos cuyo objetivo es difundir la ciencia en cualquiera de sus ámbitos.

Los libros y revistas de **autoayuda** son aquellos que tratan de ayudar a las personas a mejorarse, modificarse o a comprender de otra manera sus características físicas o personales.

Pueden existir libros y revistas que sean tanto de divulgación como de autoayuda. En ese caso, para las preguntas que vienen a continuación considérense como si fueran exclusivamente de autoayuda.

7. ¿Ha leído o lee libros o revistas de divulgación de Psicología Sí: No:

7.2.. ¿Con qué frecuencia lee libros o revistas de divulgación de Psicología? (elija sólo una opción):

- Diariamente.....
 - Algunos días de la semana, pero no diariamente.....
 - Un día a la semana.....
 - Varias veces al mes, pero menos de una vez a la semana...
 - Una vez al mes.....
 - Varias veces al año, pero no mensualmente.....
 - Una vez al año.....
 - Menos de una vez al año.....
-

8. ¿Ha leído o lee libros o revistas de autoayuda?: Sí: No:

8.2.. ¿Con qué frecuencia lee libros o revistas de autoayuda? (elija sólo una opción):

- Diariamente.....
 - Algunos días de la semana, pero no diariamente.....
 - Un día a la semana.....
 - Varias veces al mes, pero menos de una vez a la semana...
 - Una vez al mes.....
 - Varias veces al año, pero no mensualmente.....
 - Una vez al año.....
 - Menos de una vez al año.....
-

9. ¿Cree que la Psicología es eficaz en la resolución de problemas psicológicos? (elija sólo una opción):

- Nada
- Algo (un poco)
- Bastante
- Mucho

10. ¿Considera que la Psicología es una disciplina científica? (elija sólo una opción):

- Nada
- Algo (un poco)
- Bastante
- Mucho

12. En general, ¿cómo considera que es su salud? (elija sólo una opción):

- Muy mala.....
- Mala.....
- Ni buena ni mala
- Buena.....
- Muy buena.....

13. Más en concreto, en general, ¿cómo considera que es su salud física? (elija sólo una opción):

- Muy mala.....
- Mala.....
- Ni buena ni mala
- Buena.....
- Muy buena.....

14. Más en concreto, en general, ¿cómo considera que es su salud psicológica? (elija sólo una opción):

- Muy mala.....
- Mala.....
- Ni buena ni mala
- Buena.....
- Muy buena.....

15. En general, ¿cuánto se siente o se considera de feliz? (elija sólo una opción):

- Nada.....
- Poco.....
- Bastante...
- Mucho.....
- Muchísimo

16. En general, ¿cuánto se siente o se considera satisfecho con la vida? (elija sólo una opción):

- Nada.....
- Poco.....
- Bastante...
- Mucho.....
- Muchísimo

17. En general, ¿cuánto se siente o se considera de optimista? (elija sólo una opción):

- Nada.....
- Poco.....
- Bastante...
- Mucho.....
- Muchísimo

18. En general, ¿cuánto estrés cree o considera que tiene? (elija sólo una opción):

- Ninguno....
- Poco.....
- Bastante...
- Mucho.....
- Muchísimo

Lo más probable es que Vd. tenga algunas ideas sobre la Psicología. Lo que se le pide es que nos indique cuánto ha podido contribuir o tenido que ver en lo que sabe sobre la misma lo que a continuación se le presenta. En definitiva, de dónde le viene el conocimiento que tiene sobre la Psicología. Hágalo de acuerdo con la siguiente valoración:

0 = Nada 1 = Algo 2 = Bastante 3 = Mucho

1. Los libros científicos de Psicología.....	0	1	2	3
2. Los libros de divulgación de Psicología.....	0	1	2	3
3. Los libros de autoayuda de Psicología.....	0	1	2	3
4. Las revistas científicas de Psicología.....	0	1	2	3
5. Las revistas de divulgación de Psicología.....	0	1	2	3
6. Otras revistas.....	0	1	2	3
7. Los periódicos.....	0	1	2	3
8. La radio.....	0	1	2	3
9. La televisión.....	0	1	2	3
10. Sitios o páginas web.....	0	1	2	3
11. Youtube o plataformas similares.....	0	1	2	3
12. Soportes informáticos (CDs, DVDs,...), en general.....	0	1	2	3
13. La literatura.....	0	1	2	3
14. La reflexión personal.....	0	1	2	3
15. La experiencia directa personal, mis propias circunstancias.....	0	1	2	3
16. Un familiar (o varios) que no es psicólogo, psiquiatra o médico....	0	1	2	3
17. Un amigo (o varios) que no es psicólogo, psiquiatra o médico.....	0	1	2	3
18. La experiencia personal a través de un trabajo (remunerado o no), que ha tenido o tiene algo que ver con la Psicología.....	0	1	2	3
19. La información o conversaciones con profesionales de la Psicología.....	0	1	2	3
20. La información o conversaciones con profesionales de la Psiquiatría.....	0	1	2	3
21. La información o conversaciones con profesionales de la Medicina.....	0	1	2	3
22. Otros profesionales, ¿cuáles?:	0	1	2	3
_____	0	1	2	3
_____	0	1	2	3
24. Cursos, jornadas, congresos, etc.....	0	1	2	3
25. La transmisión cultural.....	0	1	2	3
Otros medios (especifíquelos):				
26. _____	0	1	2	3
27. _____	0	1	2	3
28. _____	0	1	2	3
29. _____	0	1	2	3

A continuación le aparecen una serie de frases. Su tarea consiste sencillamente en señalar la casilla correspondiente a su grado de acuerdo o desacuerdo con ellas, según la siguiente valoración:

TD =	Totalmente en desacuerdo
BD =	Bastante en desacuerdo
AD =	Algo en desacuerdo
N =	Neutral (ni en desacuerdo ni de acuerdo)
AA =	Algo de acuerdo
BA =	Bastante de acuerdo
TA =	Totalmente de acuerdo

Posiblemente, en algunos casos puede decir que no sabe o no tiene ni idea. En esas situaciones responda de acuerdo con su intuición, en lo que le parece que, con más probabilidad, podría ser.

1. La mayoría de la gente utiliza solamente el 10% de su capacidad cerebral

TD BD AD N AA BA TA

2. Algunas personas son cerebralmente diestras y otras cerebralmente zurdas

TD BD AD N AA BA TA

3. La percepción extrasensorial (PES) es un fenómeno científicamente bien establecido

TD BD AD N AA BA TA

4. Las percepciones visuales van acompañadas de unas diminutas emisiones que salen de los ojos

TD BD AD N AA BA TA

5. Los mensajes subliminales pueden persuadir a la gente a comprar cosas

TD BD AD N AA BA TA

6. Hacer escuchar a los bebés música de Mozart mejora su inteligencia

TD BD AD N AA BA TA

7. La adolescencia es inevitablemente un tiempo de confusión psicológica

TD BD AD N AA BA TA

8. La mayoría de las personas experimentan una crisis a los cuarenta años o poco después de cumplir los cincuenta

TD BD AD N AA BA TA

9. La vejez se asocia generalmente con una mayor insatisfacción y senilidad

TD BD AD N AA BA TA

10. En la fase terminal de la vida, las personas pasan por una serie universal de etapas psicológicas
- TD BD AD N AA BA TA
11. La memoria humana funciona como una grabadora o una videocámara y registra con precisión los hechos que experimentamos
- TD BD AD N AA BA TA
12. La hipnosis es útil para recuperar el recuerdo de cosas que habíamos olvidado
- TD BD AD N AA BA TA
13. Los individuos normalmente reprimen el recuerdo de las experiencias traumáticas
- TD BD AD N AA BA TA
14. La mayoría de las personas con amnesia olvidan todos los detalles de sus vidas anteriores
- TD BD AD N AA BA TA
15. Los tests del cociente intelectual (CI) están sesgados en contra de determinados grupos
- TD BD AD N AA BA TA
16. Si no está seguro de sus respuestas al someterse a un test, lo mejor es guiarse intuitivamente por la corazonada inicial
- TD BD AD N AA BA TA
17. El rasgo definitorio de la dislexia es el hecho de invertir las letras
- TD BD AD N AA BA TA
18. Los estudiantes aprenden mejor cuando los estilos de enseñanza se adecuan a los estilos de aprendizaje
- TD BD AD N AA BA TA
19. La hipnosis es un estado “de trance” excepcional de una naturaleza diferente al estado de vigilia
- TD BD AD N AA BA TA
20. Los investigadores han demostrado que los sueños tienen un significado simbólico
- TD BD AD N AA BA TA
21. Es posible adquirir información nueva, por ejemplo, aprender un idioma, mientras se duerme
- TD BD AD N AA BA TA

22. Durante las experiencias “extracorporales” de una persona, la conciencia abandona su cuerpo
- TD BD AD N AA BA TA
23. El test del polígrafo [detector de mentiras] es un buen método para detectar la deshonestidad
- TD BD AD N AA BA TA
24. La felicidad de una persona viene principalmente determinada por circunstancias externas
- TD BD AD N AA BA TA
25. Las úlceras las provoca principal o totalmente el estrés
- TD BD AD N AA BA TA
26. Una actitud positiva puede evitar el cáncer
- TD BD AD N AA BA TA
27. Los contrarios se atraen: nos sentimos románticamente atraídos por aquellas personas que son más diferentes de nosotros
- TD BD AD N AA BA TA
28. Cuantos más, mejor: cuanto mayor sea el número de personas presentes en una emergencia, mayor es la probabilidad de que alguien intervenga
- TD BD AD N AA BA TA
29. Varones y mujeres se comunican de forma completamente diferente
- TD BD AD N AA BA TA
30. Es mejor exteriorizar la ira que reprimirla
- TD BD AD N AA BA TA
31. Educar a niños de un modo similar lleva a que de adultos sus personalidades sean parecidas
- TD BD AD N AA BA TA
32. El hecho de que un rasgo sea heredable significa que es imposible cambiarlo
- TD BD AD N AA BA TA
33. La baja autoestima es una de las principales causas de problemas psicológicos
- TD BD AD N AA BA TA
34. La mayoría de personas que han sido víctimas de abusos sexuales en la infancia desarrollan graves alteraciones de personalidad en la adultez
- TD BD AD N AA BA TA

35. La forma en que reacciona una persona ante una simple mancha de tinta nos dice mucho acerca de la personalidad
- TD BD AD N AA BA TA
36. Nuestra letra revela rasgos de nuestra personalidad
- TD BD AD N AA BA TA
37. Las etiquetas psiquiátricas son perjudiciales porque estigmatizan a las personas
- TD BD AD N AA BA TA
38. Solamente las personas profundamente deprimidas se suicidan
- TD BD AD N AA BA TA
39. Las personas con esquizofrenia tienen múltiples personalidades
- TD BD AD N AA BA TA
40. Los hijos adultos de un alcohólico exhiben un perfil característico de síntomas
- TD BD AD N AA BA TA
41. Últimamente se ha producido una epidemia masiva de autismo infantil
- TD BD AD N AA BA TA
42. Los ingresos en los hospitales psiquiátricos y el número de delitos aumentan cuando hay luna llena
- TD BD AD N AA BA TA
43. La mayoría de las personas mentalmente enfermas son violentas
- TD BD AD N AA BA TA
44. La elaboración de un perfil psicológico de los criminales es útil para resolver casos
- TD BD AD N AA BA TA
45. Una gran proporción de criminales utilizan con éxito una defensa basada en una supuesta enajenación mental
- TD BD AD N AA BA TA
46. Prácticamente todas las personas que confiesan ser culpables de un crimen lo han efectivamente cometido
- TD BD AD N AA BA TA

47. El juicio y la intuición de un experto son los mejores métodos para la toma de decisiones clínicas

TD BD AD N AA BA TA

48. La abstinencia es el único objetivo realista para el tratamiento de los alcohólicos

TD BD AD N AA BA TA

49. Todas las psicoterapias efectivas obligan a la gente a buscar las causas “fundamentales” de sus problemas en la infancia

TD BD AD N AA BA TA

50. La terapia electroconvulsiva (electroshock) es un tratamiento brutal y físicamente peligroso

TD BD AD N AA BA TA

Por favor, lea esto cuidadosamente:

Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, *durante las últimas semanas*. Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando simplemente la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado.

Es importante que intente contestar TODAS las preguntas.
Muchas gracias por su colaboración.

ÚLTIMAMENTE:

A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------------

A. 2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

A. 3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

A. 4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

A. 5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

A. 6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que le cabeza le va a estallar?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

A. 7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

B. 1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

B. 2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

B. 3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

B. 4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

B. 5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

B. 6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

B. 7. ¿Se ha notado nervioso y «a punto de explotar» constantemente?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

C. 1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
-----------------------------------	------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

C. 2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

Más rápido que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo que lo habitual
-----------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	---

C. 3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

Mejor que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
------------------------------	---	-----------------------------	-----------------------------------

C. 4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

Más satisfecho que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos satisfecho que lo habitual	Mucho menos satisfecho
---------------------------------------	---	---	-------------------------------

C. 5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

Más tiempo que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
-----------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

C. 6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
----------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------------

C. 7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
----------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------------

D. 1. ¿Ha pensado que Vd. es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

D. 2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

D. 3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

D. 4. ¿Ha pensado en la posibilidad de «quitarse de en medio»?

Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado
-----------------------	-------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

D 5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

D 6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

D 7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?

Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado
-----------------------	-------------------------	--------------------------------------	---------------------------------