



VULNERABILIDAD PERCIBIDA EN LOS ACCIDENTES DE TRAFICO: Un estudio piloto

Autores:

A. Reig, J. Soler y F. Tortosa

Departamento de Psicología General
UNIVERSIDAD DE VALENCIA

Departamento de Psicología
UNIVERSIDAD DE ALICANTE

1. INTRODUCCION

EN las investigaciones sobre Seguridad Vial aparece, cada vez con mayor insistencia, el hecho de que los accidentes de tráfico no son el resultado de un factor simple, sino más bien el producto de una conjunción de muchos factores (Sivark, 1985).

Por supuesto, no tiene la misma importancia cada variable del entramado multifactorial en la causa de los accidentes. Al menos en los Estados Unidos de Norteamérica los factores de riesgo más importantes de los accidentes con vehículo a motor son, en primer lugar, el alcohol, la no utilización de los cinturones de seguridad y la velocidad, y, en segundo lugar, el diseño de la carretera y la ingeniería del vehículo (Harris, 1981). Estrechamente asociado a estos factores de riesgo aparece otro dato: los conductores atribuyen las causas de los accidentes, así como las fuentes potenciales de peligro, en mayor medida a la conducta de los demás conductores, y en menor grado a las características técnicas o mecánicas del vehículo o a las condiciones ambientales (Knapper y Cropley, 1980, citado en Prieto, 1985). Esto nos lleva a pensar, como acertadamente ha señalado Prieto (1985), que más que la interpretación objetiva, es la subjetiva (es decir, los juicios de valor) la que incide en la decisión a adoptar en las situaciones críticas que se producen en la conducción de vehículos.

Todos los que conducimos sabemos que en esta tarea incorporamos no sólo nuestras habilidades sensoriomotrices (Soler y Tortosa, 1985), sino también nuestras expectativas, actitudes, emociones y motivaciones (Tortosa y Soler, 1985). El elemento subjetivo (percepciones, expectativas, atribuciones) en la conducción se convierte así en una variable psicológica de enorme importancia a la hora de poder diseñar campañas de seguridad vial. En el área de la salud, y desde la propia psicología de la salud, se ha venido insistiendo en la necesidad de que la persona reconozca los riesgos para su salud, las fuentes potenciales de riesgo, a fin de que pueda prevenir la enfermedad o pueda solicitar la ayuda profesional necesaria. No obstante, también desde la psicología de la salud ha aparecido lo que se ha denominado como «optimismo irrealista» (Weinstein, 1982), es decir, la gente cree que son los demás, y no ellos mismos, los que tienen una probabilidad mayor de tener cualquier problema grave de sa-

lud. Este optimismo irrealista en seguridad vial sería, pues, característico de aquellas personas que opinan que sus posibilidades de tener un accidente de tráfico son significativamente menores que las posibilidades de sus semejantes, así como también que uno mismo es mejor conductor (más hábil y más seguro) que la media general de conductores.

lación entre la susceptibilidad individual a los accidentes de tráfico y el grado de preocupación en el caso de tenerlos.

c) Y en tercer lugar, estudiar qué variables de personalidad predicen mejor las percepciones de vulnerabilidad a los accidentes de tráfico, así como el grado de preocupación.



La importancia de esta variable reside en que parece ser que las percepciones de susceptibilidad a los problemas de salud predicen acciones conductuales de tipo preventivo (Kasl, 1975; Cummings, Jette, Brock y Haefner, 1979), de modo que cuanto más consciente esté una persona de sus posibles o actuales factores de riesgo, realizará más conductas de tipo preventivo. Desde esta posición de realismo se puede, como ha señalado Wilde (1985), intensificar la seguridad en el tráfico incrementando el deseo de la gente a no tener accidentes.

Con la finalidad de explorar la vulnerabilidad percibida a los accidentes de tráfico, hemos querido estudiar dos de los determinantes de las acciones preventivas, según el Modelo de Creencias de Salud (Becker y Maiman, 1975), la probabilidad del riesgo y la seriedad del riesgo. Por lo tanto los objetivos específicos de este estudio serán:

- En primer lugar, analizar la vulnerabilidad percibida a los accidentes de tráfico en una muestra joven.
- En segundo lugar, explorar la re-

2. METODO

Han participado en esta investigación un grupo de 185 estudiantes de medicina de la Universidad de Alicante. La media de edad es de 19'79 años, con una desviación típica de 1'49. El rango de edades oscila entre los 18 y los 33 años. El 47% de la muestra son mujeres, mientras que el 53% restante son varones. No existe una diferencia significativa en cuanto a la distribución de la muestra por edades y sexo ($\chi^2 = 0'962$; g. l. = 2; probab. = 0'618).

La participación en esta investigación por parte de los sujetos ha sido voluntaria y anónima, realizándose durante los dos últimos años (1984 y 1985), a lo largo de varias sesiones con un código individual de identificación que conocía cada persona. El grupo entrevistado en 1984 fue de 92, y en 1985 de 93 individuos.

La susceptibilidad percibida a los accidentes de automóvil ha sido analizada dentro de una investigación más amplia sobre susceptibilidad a diversos problemas de salud. Los problemas de salud analizados

fueron: diabetes, ataque cardíaco, problemas con la bebida, intento de suicidio, cáncer de pulmón, otras formas de cáncer, asalto violento (robo, intimidación...), accidente de automóvil, hipertensión, caries dental y úlcera. Estas variables han sido analizadas por otros investigadores (Weinstein, 1982), no presentado dificultades a la hora de su interpretación ni en cuanto a su incidencia en ambos sexos. Siguiendo también la metodología de aquel investigador, hemos utilizado las dos variables más importantes, en nuestra opinión, del Modelo de Creencias de Salud, el grado de probabilidad o vulnerabilidad percibida y el grado de preocupación. Las preguntas en relación a estas dos

cinco alternativas de respuesta: nada preocupado (1), ligeramente preocupado (2), moderadamente preocupado (3), muy preocupado (4) y extremadamente preocupado (5).

Los cuestionarios y escalas de personalidad utilizados han sido los siguientes:

— «El inventario de personalidad de Eysenck» (Eysenck y Eysenck, 1964).

— «El cuestionario de ansiedad Rasgo-Estado» (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).

— «El cuestionario de depresión de Zung» (Zung, 1965).

— «La escala de represión de Welsh» (Welsh, 1965).

— «La escala de tipo A de Fra-

mingham» (MacDougall, Dembroski y Musante, 1979; Reig, 1984).

— «La escala de adjetivos de Tipo A de Gough» (MacDougall et al., 1979; Reig, 1984).

— «La escala de actividad de tipo A de Thurstone» (MacDougall et al., 1979; Reig, 1984).

— «El inventario del Locus de Control» (Rotter, 1966).

— «La escala del Locus de Control de Salud» (Wallston, Wallston, Kaplan y Maides, 1976).

1'07; $p > 0'05$), por lo que la muestra no presenta un sesgo en la dirección del optimismo irrealista. En cuanto a porcentajes, el 3'2% de la muestra afirma tener una probabilidad muy por debajo de la media; el 10'8% por debajo de la media; el 10'8% ligeramente por debajo de la media; el 49'7% como la media; el 17'3% ligeramente por encima de la media, y el 8'1% por encima de la media. Ni un solo sujeto responde a esta cuestión señalando la categoría «muy por encima de la media».

Tampoco en relación al sexo de los individuos aparece una diferencia significativa en las respuestas a esta cuestión (media para los varones = 3'78, d. t. = 1'36; media para las mujeres = 4'05, d. t. = 0'84). En el análisis de varianza realizado aparece un valor F de 2'58, asociado a una probabilidad no significativa de 0'1098.

El grado de preocupación en el caso de tener un accidente de automóvil arroja un valor medio de 3'22, con una desviación típica de 0'91. Así, el 2'2% de la muestra afirma que no estaría nada preocupado; el 20%, ligeramente preocupado; el 37'3%, moderadamente preocupado; el 34'1%, muy preocupado, y el 6'5%, extremadamente preocupado.

Tampoco aparece una diferencia significativa en cuanto a la variable sexo y grado de preocupación (media para los varones, de 3'14, d. t. = 0'97, $n = 98$; media para las mujeres, de 3'32, d. t. = 0'84, $n = 87$). El análisis de varianza muestra un valor F. de 1'77, con una probabilidad de 0'1855.

Con la finalidad de conocer las relaciones existentes entre una mayor susceptibilidad a los accidentes de automóvil o un mayor grado de preocupación en el caso de tenerlos y los restantes problemas de salud, hemos calculado los coeficientes de correlación entre estas variables (ver tabla I).

En este cuadro aparecen las correlaciones obtenidas en cada uno de los grupos analizados. En primer lugar podemos ver que un mayor grado de susceptibilidad a sufrir un accidente de automóvil se asocia significativamente, en ambos grupos, con un grado de probabilidad mayor a tener otros problemas de salud (con $N = 185$, $r = 0'36$, $p < 0'001$). Del mismo modo, a mayor grado de preocupación en el caso de sufrir un accidente de automóvil se asocia un mayor grado de preocupación en otros problemas de salud ($N = 185$, $r = 0'64$, $p < 0'001$). No aparece, sin embargo, ninguna asociación significa-



cuestiones se formularon de la siguiente manera:

Grado de susceptibilidad: «En comparación con los demás estudiantes de la Universidad de Alicante, de mi mismo sexo, mis posibilidades de... (en este caso, sufrir un accidente de automóvil) son...». El individuo tenía que responder a esta pregunta señalando una de las siete alternativas siguientes: muy por debajo de la media (1), por debajo de la media (2), ligeramente por debajo de la media (3), como la media (4), ligeramente por encima de la media (5), por encima de la media (6) y muy por encima de la media (7).

Grado de preocupación: «¿Qué grado de preocupación le supondría tener... (en este caso, un accidente de automóvil)?, respondiéndose a esta cuestión con una de las siguientes

mingham» (MacDougall, Dembroski y Musante, 1979; Reig, 1984).

— «La escala de adjetivos de Tipo A de Gough» (MacDougall et al., 1979; Reig, 1984).

— «La escala de actividad de tipo A de Thurstone» (MacDougall et al., 1979; Reig, 1984).

— «El inventario del Locus de Control» (Rotter, 1966).

— «La escala del Locus de Control de Salud» (Wallston, Wallston, Kaplan y Maides, 1976).

3. RESULTADOS

En relación al grado de probabilidad de tener un accidente de automóvil, el grupo de estudiantes universitarios aparece con una media de 3'91 (desviación típica de 1'15). Esta media no es significativamente distinta de la media hipotética (prueba $t =$

TABLA I

Análisis relacional (r de Pearson) entre el grado de susceptibilidad a tener un accidente de tráfico y el grado de preocupación en el caso de tenerlo, y los grados de probabilidad y de preocupación de los restantes problemas de salud

Problemas de salud		Grado probabilidad		Grado preocupación	
		r Pearson		r Pearson	
		A	B	A	B
Grado probabilidad	Diabetes	.13	-.12	.03	-.16
	Ataque cardíaco	.06	-.07	-.05	.03
	Problemas con la bebida	-.00	.03	-.16	.12
	Intento de suicidio	.23 (1)	.05	.00	-.12
	Cáncer de pulmón	.12	.02	.12	-.00
	Otras formas de cáncer	.15	.05	.21 (1)	.13
	Asalto con violencia	.42 (3)	.19	.09	.09
	Accidente de automóvil	—	—	.10	.05
	Presión sanguínea alta	.17	.09	.23 (1)	.03
	Caries dental	.23 (1)	.06	.08	.01
	Úlcera	.28 (2)	.07	.04	-.01
Grado preocupación	Diabetes	.15	-.10	.22 (1)	.19
	Ataque cardíaco	.08	-.12	.17	.27 (2)
	Problemas con la bebida	.07	-.11	.26 (1)	.43 (3)
	Intento de suicidio	-.05	-.01	.23 (1)	.34 (3)
	Cáncer de pulmón	.05	.08	.17	.38 (3)
	Otras formas de cáncer	-.00	.08	.19	.45 (3)
	Asalto con violencia	-.00	.10	.43 (3)	.46 (3)
	Accidente de automóvil	.10	.04	—	—
	Presión sanguínea alta	.24 (1)	-.07	.28 (2)	.25 (1)
	Caries dental	-.04	.10	.39 (3)	.23 (1)
	Úlcera	-.02	-.09	.17	.25 (1)
Puntuación global en probabilidad		.43 (3)	.23 (1)	.12	.03
Puntuación global en preocupación		.09	.01	.60 (3)	.68 (3)

Nota: (1) = $p \leq 0.05$; (2) = $p \leq 0.01$; (3) = $p \leq 0.001$.

A = Grupo entrevistado en 1984, N = 92. B = Grupo entrevistado en 1985; N = 93.

tiva entre el grado de susceptibilidad y el nivel de preocupación.

En relación a los problemas de salud específicos, únicamente aparecen correlaciones significativas en el grupo A, entrevistado en el año 1984. En la tabla I podemos ver que la gente que opina presenta una susceptibilidad mayor a: sufrir un asalto con violencia ($r = 0.42$, $p < 0.001$), padecer una úlcera ($r = 0.28$, $p < 0.001$), un intento de suicidio ($r = 0.23$, $p < 0.05$), y presentar caries dental ($r = 0.24$, $p < 0.05$). En la misma línea, una mayor vulnerabilidad a tener accidentes de automóvil correlaciona significativamente con una preocupación mayor de ser hipertenso ($r = 0.24$, $p < 0.05$).

Una mayor preocupación en el caso de sufrir un accidente de automóvil se asocia también en el caso del

grupo A con una mayor susceptibilidad a ser hipertenso ($r = 0.23$, $p < 0.05$). No obstante, la no replicabilidad de estos resultados en el grupo B, así como el valor de los coeficientes de correlación, hace que no podamos sacar conclusiones claras de estos resultados. Sí parece, por el contrario, confirmarse en ambos grupos que la creencia subjetiva de una mayor preocupación en el caso de tener un accidente de automóvil se asocia con un nivel más alto de preocupación en los restantes problemas de salud: asalto con violencia ($r = 0.45$, $p < 0.001$, N = 185), problemas con la bebida ($r = 0.34$, $p < 0.001$, N = 185), otras formas de cáncer ($r = 0.33$, $p < 0.001$, N = 185), caries dental ($r = 0.30$, $p < 0.001$, N = 185), cáncer de pulmón ($r = 0.29$, $p < 0.001$, N = 185), intento de suicidio (r

$= 0.28$, $p < 0.01$, N = 185), presión sanguínea alta ($r = 0.26$, $p < 0.001$, N = 185), ataque cardíaco ($r = 0.22$, $p < 0.01$, N = 185), úlcera ($r = 0.20$, $p < 0.01$, N = 185) y diabetes ($r = 0.20$, $p < 0.01$, N = 185).

Finalmente, queremos conocer qué variables de personalidad se asocian con el grado de susceptibilidad y con el nivel de preocupación. En la tabla II mostramos el análisis relacional aparecido.

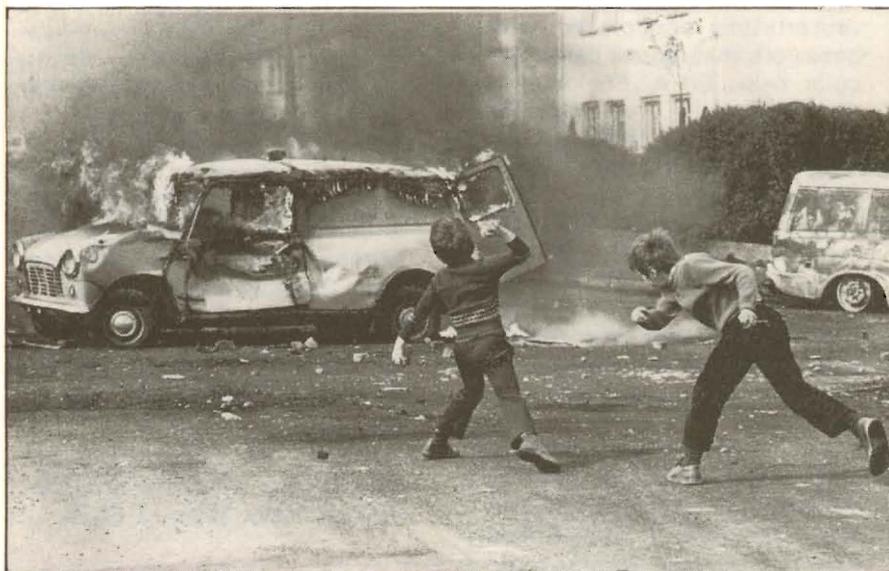
Las variables de personalidad que se asocian significativamente con una mayor susceptibilidad a los accidentes de automóvil son el neuroticismo, la ansiedad de rasgo y estado, y dos escalas de Tipo A: la Escala de Actividad y la Escala de Framingham. En el grupo A, una mayor susceptibilidad a los accidentes de automóvil

TABLA II

Análisis relacional entre el grado de susceptibilidad y preocupación en los accidentes de automóvil y los cuestionarios que se especifican

	Cuestionarios	\bar{x}	dt	n	Grado probab.	Grado preocup.
					r	r
Locus de control	ELCS	40'2	5'8	185	-.00	.06
	ILC	12'4	4	185	.11	.11
TIPO A	EATAT	65'1	8'2	185	.19 (2)	-.06
	EATAG	30'7	4'7	185	-.07	-.01
	ETAF	20'2	3	185	.18 (1)	.04
EPI	N	11'3	4'2	93	.26 (1)	.31 (2)
	E	10'7	3'6	93	-.13	.24 (1)
	S	6'5	1'4	93	.13	.18
STAI	RAS	28'3	10'1	92	.23 (1)	.37 (3)
	SIT	36'8	10'5	92	.22 (1)	.38 (3)
Depresión	EDZ	40'1	7'3	92	.18	.22 (1)
Represión	ERW	16'4	3'5	92	.12	-.17

Nota: (1) = $p \leq 0'05$. (2) = $p \leq 0'01$. (3) = $p \leq 0'001$.



se asocia con una orientación en locus de control externo medido con el inventario de Rotter ($r = 0'20$, $p < 0'05$); sin embargo, este dato no aparece en el grupo B. Finalmente, las personas que puntúan alto en ansiedad de rasgo y estado, en neuroticismo, en depresión y en extraversión aparecen con un nivel de preocupación más alto en el caso de sufrir un accidente de automóvil.

4. DISCUSION

Una primera conclusión que podemos sacar a la vista de los resultados es que, al menos en esta muestra, no aparece un sesgo significativo en la línea del optimismo irrealista en relación a los accidentes de automóvil. El dato, aunque similar al aparecido en el estudio de Weinstein (1982), no concuerda con los análisis de otros

investigadores, que afirman que la gente se considera mejor conductor (más seguro y hábil) que la media de conductores y, desde aquí, que tendría una probabilidad significativamente menor de tener un accidente de tráfico (Svenson, 1981).

Probablemente la inclusión de los accidentes de automóvil junto con problemas de salud graves, como suicidio, cáncer, alcoholismo o infarto de miocardio, produzca un mayor realismo en la probabilidad similar a la media de tener un accidente de automóvil. Los problemas de salud anteriores, junto con los de diabetes, asalto con violencia e hipertensión, aparecen en esta muestra con sesgos irrealistas en la línea optimista. Por ello, el análisis de los accidentes de tráfico aisladamente podría aportar un resultado distinto. Otra explicación podría ser que realmente en este problema de salud la gente se considere con los riesgos reales de sufrir un accidente de tráfico, o, en otras palabras, que en muestras universitarias aparezca un realismo perceptivo en accidentabilidad.

La segunda conclusión que aparece en este estudio es que a mayor vulnerabilidad a los accidentes de tráfico no se asocia un grado más alto de preocupación en el caso de tenerlos, ni tampoco que a mayor grado de preocupación se asocie una probabilidad más baja de poder sufrir un accidente de tráfico.

No obstante, la gente que se preocupa por un problema de salud determinado parece preocuparse por otros problemas de salud distintos.

Un resultado interesante es la tendencia a la asociación entre neuroticismo, ansiedad y depresión con susceptibilidad y preocupación. Un correlato hipotético de este hecho apuntaría en la línea de que las personas que más se pueden beneficiar de las campañas de seguridad vial en las que se recomiende prudencia, moderación en la velocidad o respeto a las indicaciones de la Dirección General de Tráfico, sean los individuos más preocupados o con una inestabilidad emocional más acusada.

El papel poco clarificador que juega el constructo del locus de control en la predicción de la vulnerabilidad a los accidentes de tráfico nos parece, a la luz de los resultados obtenidos, algo decepcionante. De especial interés, sin embargo, son los datos aparecidos en relación al patrón conductual de tipo A. Esta constelación conductual se caracteriza por una excesiva urgencia de tiempo e impaciencia, por una nece-

sidad casi constante por competir, por hostilidad, ambición y agresividad, así como también por una mayor inestabilidad emocional y paranoidismo (Reig, 1984). A puntuaciones más altas en la Escala de Actividad (EATAT) y en la Escala de Framingham (ETAF) aparece una susceptibilidad mayor a tener un accidente de automóvil, y no asociándose estas características conductuales con el grado de preocupación. El tipo A, frente al tipo B, se consideraría más vulnerable a los accidentes de tráfico debido precisamente a sus características conductuales de impulsividad, dominio, impaciencia, urgencia de tiempo, agresividad y competitividad. Synodinos y Papacostas (1985) han obtenido en una muestra de 234 estudiantes de la Universidad de Hawai una correlación entre la Escala de Actividad de Jenkins (SJAS) y un cuestionario sobre conductas en el tráfico (BIT) de 0'32, pero sólo en las mujeres, y de 0'04 en los varones. Es decir, las puntuaciones en aquella escala de tipo A se asocian positivamente con los hábitos de conducción en las estudiantes, mientras que los hábitos de conducción en los varones serían independientes de la conducta de tipo A manifiesta. En nuestro caso no existe diferencia en relación al sexo, así que tanto las mujeres como los varones con características de tipo A perciben un riesgo mayor de sufrir un accidente de tráfico.

Finalmente, las personas que puntúan alto en el nivel de preocupación en el caso de sufrir un accidente de tráfico presentan unas características de personalidad de tipo ansioso (ansiedad de rasgo y estado, neuroticismo), tendencia a la depresión reactiva y de extraversión. Aunque estos resultados no se deben generalizar al resto de la población, nos revelan, al menos, la importancia de incluir determinadas variables en el diseño de estudios posteriores (por ejemplo, el tipo A).

El hecho de que las tasas de mortalidad más altas en accidentes con vehículos a motor se den en los grupos de jóvenes, así como que entre ellos exista un número mayor de decisiones arriesgadas, con peligro para ellos mismos y para los demás conductores, hace que debamos seguir estudiando este grave problema de salud. Los datos acerca de cómo los jóvenes utilizan los vehículos (Williams, Lund y Preusser, 1985) y de con qué nivel de seguridad conducen harán, sin lugar a dudas, que las medidas preventivas en seguridad vial sean mucho más eficaces.

NOTA: Estos trabajos se enmarcan en el contexto de la investigación que se está realizando sobre la toma de decisiones arriesgadas en la conducción de automóviles, subvencionada por el Comité Conjunto Hispano-Norteamericano para la Investigación Científica y Tecnológica.

BIBLIOGRAFIA

- BECKER, M. y MAIMAN, L., «Socio-behavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations». *Medical Care*, 1975, 13, 10-24.
- CUMMINGS, K.; JETTE, A.; BROCK, B., y HAEFNER, D., «Psychosocial determinants of immunization behavior in a swine influenza campaign». *Medical Care*, 1979, 17, 639-649.
- EYSENCK, H. J. y EYSENCK, S. B., *Eysenck Personality Inventory*. University of London Press, 1964.
- HARRIS, P., *Health United States 1980*. U. S. Department of Health and Human Services, Pub. No. (PHS) 81-1.232. U. S. Government Printing Office, 1981.
- KASL, S., «Social psychological characteristics associated with behaviors that reduce cardiovascular risk». En A. Enelow y J. Henderson (ed.). *Applying behavioral science to cardiovascular risk*, American Heart Association, 1975.
- MACDOUGALL, J., DEMBROSKI, Th., y MUSANTE, L., «The structured interview and questionnaire methods of assessing coronary prone behavior in male and female college students». *Journal of Behavioral Medicine*, 1979, 2, 71-83.
- PRIETO, J. M., «La intervención psicológica en seguridad vial». En M. V. del Barrio, J. Escobedo, M. Jordan, J. M. Prieto, J. Soler, F. Tortosa y G. Wilde: *II Seminario de Formación Vial*, Monografías del Dpto. de Psicología General, Valencia, 1985.
- REIG, A., «Personalidad y conducta de predisposición coronaria». *Trabajo presentado en el I Congreso Nacional de Evaluación Psicológica*, Madrid, 1984.
- ROTTER, J., «Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement». *Psychological Monographs*, 1966, 80 (1, Whole, N.º 609).
- SIVAK, M., «Multiple ergonomic interventions and transportation sa-

fety». *Ergonomics*, 1985, 28, 1.143-1.153.

- SOLER, J. y TORTOSA, F., «El conductor como procesador de información». En M. V. del Barrio et al., *II Seminario de Formación Vial*, Monografías del Dpto. de Psicología General, Valencia, 1985.
- SPIELBERGER, G., GORSUCH, R. y LUSHENE, R., *The State-Trait Anxiety Inventory*. Florida State University, 1970.
- SVENSON, O., «Are we all less risky and more skillful than our fellow drivers?». *Acta Psychologica*, 1981, 47, 142-148.
- SYNODINOS, N. y PAPANICOLAOU, C., «Driving habits and behaviour patterns of university students». *International Review of Applied Psychology*, 1985, 34, 241-257.
- TORTOSA, F. y SOLER, J., «Conducción y factores motivacionales». En M. V. del Barrio et al., *II Seminario de Formación Vial*. Monografías del Dpto. de Psicología General, Valencia, 1985.
- WALLSTON, B.; WALLSTON, K.; KAPLAN, G., y MAIDES, S., «Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1976, 44, 580-585.
- WEINSTEIN, N., «Unrealistic optimism about susceptibility to health problems». *Journal of Behavioral Medicine*, 1982, 4, 441-460.
- WILDE, G., «Risk Homeostasis Theory and its implications for highway safety». En M. V. del Barrio et al., *II Seminario de Formación Vial*, Monografías del Dpto. de Psicología General, Valencia, 1985.
- WILLIAMS, A.; LUND, A., y PREUSSER, D., «Driving behavior of licensed and nonlicensed teenagers». *Journal of Public Health Policy*, 1985, 6, 379-393.
- ZUNG, W., «A self-rating depression scale». *Archives of General Psychiatry*, 1965, 12, 63-70.