



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
*Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación*

## Trabajo Fin de Grado

### **Relación del Optimismo Disposicional con la Ansiedad, Depresión, Afectividad y Síntomas Somáticos.**

**Alumno: María Jesús Mendoza Vera**

Tutor: Gustavo. A Reyes del Paso

Dpto: Psicología

Junio, 2016

## **ÍNDICE**

|   |    |
|---|----|
| RESUMEN .....   | 3  |
| 1. INTRODUCCIÓN .....   | 4  |
| 1.1. <i>Definición de Optimismo</i> .....                         | 4  |
| 1.2. <i>Optimismo Disposicional/Pesimismo Disposicional</i> ..... | 5  |
| 1.3. <i>Afecto Positivo/Afecto Negativo</i> .....                 | 7  |
| 1.4. <i>Optimismo y Salud</i> .....                               | 9  |
| 1.5. <i>Estrategias de Afrontamiento</i> .....                    | 11 |
| 2. OBJETIVOS .....  | 13 |
| 3. METODOLOGÍA .....  | 14 |
| 3.1. <i>Participantes</i> .....                                   | 14 |
| 3.2. <i>Instrumentos de medida</i> .....                          | 14 |
| 3.3. <i>Procedimiento</i> .....                                   | 16 |
| 3.4. <i>Análisis estadísticos</i> .....                           | 16 |
| 4. RESULTADOS .....   | 17 |
| 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....                                 | 21 |
| 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                               | 25 |

### **RESUMEN**

El presente trabajo es un estudio transversal en el que se analiza la relación que se establece entre el optimismo disposicional y distintas variables evaluadas relacionadas con la salud como: el optimismo disposicional (LOT-R), ansiedad rasgo y ansiedad estado (STAI), afecto positivo y afecto negativo (PANAS), síntomas somáticos (ESS-R) y ansiedad y depresión (HAD). La muestra estuvo compuesta por 112 participantes (14 hombres y 98 mujeres), estudiantes de psicología de 4º de carrera. Para el análisis de los datos hemos realizado análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas), correlaciones bivariadas de Pearson y ANOVAs de un factor entre dos grupos extremos (sujetos altos y bajos en optimismo disposicional). Los resultados muestran que el optimismo disposicional presenta correlaciones negativas significativas con las diferentes categorías de síntomas somáticos, ansiedad, depresión, afecto negativo (y asociaciones positivas con afecto positivo) y ansiedad rasgo y estado. Los análisis de diferencias de medias entre los grupos extremos de en optimismo disposicional muestran mayores niveles de estas variables (excepto en afecto positivo) en el grupo de bajo optimismo. Estos resultados corroboran que el optimismo es un predictor del estado de salud.

**Palabras clave:** Optimismo disposicional, Afecto positivo, Ansiedad, Síntomas somáticos.

### **ABSTRACT**

This is cross study designed to analyse the connection between dispositional optimism and different variables such us dispositional optimism (LOT-R), state anxiety and trait anxiety (STAI), positive affect and negative affect (PANAS), somatic symptoms (ESS-R) and anxiety and depression (HAD) have been evaluated. Two surveys have been carried out and 112 participants have been involved (14 men and 48 women). They were first and fourth year Psychology students, respectively. In order to analyse the data, descriptive analyses (averages and standard deviation), Pearson bivariate correlations and ANOVAs have been carried out. Two opposite groups of participants have been tested: those who show a higher level and those who show a lower level of dispositional optimism. The results show that dispositional optimism displays very significant negative correlations with the different categories of somatic symptoms, anxiety, depression, negative affect and state and trait anxiety. These findings confirm the results of previous researches which demonstrated that optimism is a health predictor.

**Key words:** Dispositional optimism, Positive affect, Anxiety, Somatic symptoms.

## **1. INTRODUCCIÓN.**

### ***1.1 Definición de optimismo.***

El término optimismo viene del latín “optimum” que hace referencia a “lo mejor”, “lo bueno”. Hoy en día, según distintos investigadores este concepto puede ser confundido con otros términos como felicidad, afecto positivo, el control, la autoeficacia o el humor. En algunas fuentes de conocimiento el optimismo se razona cómo la manera de afrontar y confiar en las cosas favorablemente, por lo que lleva a enfrentarse a las situaciones problemáticas con un estado de ánimo positivo. De manera que nos permite buscar alternativas y soluciones a los problemas que se presentan (Dominio y Conway, 2001).

El concepto opuesto al optimismo, es el pesimismo. Este al igual que el optimismo proviene del latín “Pessimus” que hace referencia a “Muy malo”. El término pesimismo se entiende como la propensión a considerar y ver de manera desfavorable y negativamente las cosas.

Por otra parte, cuando los conceptos de pesimismo y optimismo son usados dentro de la psicología, dependiendo de los procesos psicológicos considerados, se puede distinguir múltiples variaciones. Así mismo, varios autores aluden a ellos como un estilo explicativo o atributivo que repercute en la respuesta que aportan los sujetos a los sucesos negativos (Peterson y Seligman, 1987). Otros investigadores lo entienden como estrategias cognitivas que mitigan el efecto de situaciones desfavorables en la autoestima, distinguiendo dos tipos de estrategias: el optimismo estratégico- que hace referencia al adelanto de expectativas elevadas ante el afrontamiento de una situación y una reorganización una vez que se sabe el resultado (Norem y Cantor, 1986) y -pesimismo defensivo- que comprende un adelantamiento de expectativas negativas ante el afrontamiento de una situación de manera defensora de la autoestima. Además el optimismo ha sido explicado como la propensión a esperar resultados favorables (optimismo disposicional) o desfavorables (pesimismo disposicional).

El optimismo que vamos a estudiar en la presente investigación es el optimismo disposicional, uno de lo que más apoyo empírico ha obtenido.

### ***1.2 Optimismo disposicional/ pesimismo disposicional.***

Uno de los rasgos de personalidad que está tomando un creciente interés es el optimismo disposicional que hace referencia a las expectativas positivas, es decir al pensamiento de que el futuro proporciona más éxitos que fracasos.

Sin embargo, el pesimismo disposicional alude a las expectativas negativas, es decir el pensamiento de que el futuro proporciona más fracasos que éxitos (Suárez y Magallanes, 2006). Por lo que los individuos tienden a reducir el esfuerzo, transformándolo en pasividad, y a renunciar al logro de sus objetivos.

Según diversos estudios, se ha demostrado que los individuos pesimistas presentan estrategias de afrontamiento pasivo, como la evitación cognitiva y la negación de la situación, además de estar más aislados y recibir menos apoyo social. Podemos decir que los sujetos más pesimistas atraen más la depresión y diferentes enfermedades (dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, entre otros) (Scheier, Caver, Bridges, 1994).

El termino optimismo y pesimismo disposicional parte del modelo que autorregula el comportamiento (Scheier et al., 1994). Según nos muestra este modelo, cuando hay problemas, las expectativas positivas incrementan el afán de los sujetos por superar o vencer estos problemas y lograr sus objetivos o metas. De manera contraria, las expectativas negativas disminuyen el esfuerzo, dejando de perseguir la meta que se desea (Armor y Taylor, 1998; Caver y Scheier, 1990).

Los términos optimismo y pesimismo se basan en la expectativas dirigidas para el futuro, relacionándose con el modelo expectativa-valor de la motivación (Rasmussen y Wallio, 2008). La teoría expectativa-valor supone que la conducta es la que muestra la localización de los objetivos hacia los estados que se quieren obtener o deseados (Caver, Scheier y Segerstrom, 2010). Siguiendo en esta misma línea, algunos autores piensan que la conducta está encaminada a metas y objetivos, pudiendo ser deseables o no deseados. De manera que los individuos se distanciarán de esa meta, cuando ésta es no deseada. Mientras que los individuos aproximarán su conducta hacia la meta, cuando dicho objetivo es deseable. En caso de presentarse problemas la persona se muestra más motivada para la acción cuando evalúa positivamente el objetivo que desea. Por lo que se puede decir que la expectativas positivas aumentan los esfuerzos de los sujetos para obtener las metas, mientras que las

expectativas negativas disminuyen estos esfuerzos, incluso llegando al alejamiento radical de dicha meta (Caver et al., 2010; Rasmussen et al., 2008; Suárez et al., 2006).

Por otra parte, bajo la perspectiva de los autores comentados en el párrafo anterior, se ha visto que el optimismo disposicional tiene un fuerte vínculo con la esperanza, ya que las dos están asociadas con las expectativas favorables en el futuro y el pensamiento de obtener las metas deseadas. De manera que el sujeto obtendrá con mayor éxito su meta, si cree en él mismo para alcanzar dicha meta y dirige sus esfuerzos hacia la adquisición de la misma. De manera contraria el sujeto estará menos motivado e incluso puede abandonar el esfuerzo por conseguir la meta deseada, si no confía en él mismo para la obtención de dicha meta perseguida. Así mismo los pesimistas confían menos en ellos mismos y presentan diversas dudas ante cualquier situación. De manera contraria, los optimistas creen y confían más en ellos mismos, y siguen intentándolo e insistiendo ante los problemas. Por esto se puede decir que en el optimismo disposicional, el concepto de expectativa es un elemento esencial, siendo estas expectativas las que provocan distintos tipos de afrontamientos de los problemas. Por lo que se puede decir que los pesimistas utilizan un afrontamiento más pasivo y los optimistas un afrontamiento más activo (Caver et al., 2010; Rasmussen et al., 2008; Suárez et al., 2006).

El test utilizado en esta investigación es el Test de Orientación Vital Revisado (LOT-R).

Tanto el optimismo como pesimismo disposicional medidos por el LOT-R presentan una clara relación con el neuroticismo, la autoestima y la desesperación (Fontaine y Jones, 1997; Scheier y Carver, 1985; Scheier et al., 1994). Pero a pesar de esto, se ha demostrado que las mayores asociaciones se encuentran con la autoestima y neuroticismo (afecto negativo) (Scheier et al., 1994; Smith, Pope, Rhodewalt y Poulton, 1989).

Para muchos autores, parece claro que la autoestima y el optimismo disposicional presentan algún componente en común, pero no obstante también presentan diferencias. Así mismo la influencia de ambos es independiente del pensamiento suicida (Negron, Piacentini, Graae, Davies y Shaffer, 1997) y de la predicción de depresión después del parto (Fontaine et al., 1997).

### **1.3 Afecto positivo y Afecto negativo.**

El afecto puede ser positivo o negativo, entendiéndose como una propiedad de las emociones. Estas dos dimensiones forman la estructura básica de afecto, como demuestran múltiples estudios (Watson, Wiese, Vadya, Tellegen, 1999).

El afecto positivo muestra entusiasmo, energía, emociones de alegría, participación activa y motivadora. Sin embargo, el afecto negativo representa malestar subjetivo, que abarca estados de ánimo aversivos como miedo, tristeza, culpa, ira, nerviosismo, entre otros (Watson, Clark y Tellegen, 1988).

Se han obtenido relaciones favorables entre actitudes hipocondriacas y el afecto negativo (Fernández-Martínez y Fernández-Rodríguez, 1998), descubriéndose una tendencia hacia la atención autofocalizada o la intropectividad, de esta forma, los individuos mostrarían una atención pronunciada a las señales de su organismo, haciendo atribuciones desproporcionadas ante estas sintomatologías (Clark y Watson 1991; Mechanic, 1986).

Así mismo, hay que resaltar la asociación que se establece entre el estatus de salud de las personas y la afectividad, de manera que los hallazgos muestran una relación positiva entre autoinformes de problemas somáticos y la intensidad afectiva negativa, observándose un mayor malestar somático en personas con mayor intensidad afectiva negativa que a su vez se muestra un aumento en síntomas físicos (Larsen y Diener, 1987).

Algunos mecanismos que explican la asociación que se establece entre la afectividad negativa y preocupación somática son:

-Los estados emocionales negativos muestran manifestaciones psicofisiológicas que proporcionarían un aumento en sensaciones somáticas.

-Las sensaciones corporales pueden incrementar el malestar, cuando se hace valoraciones negativas de éstas (Botella y Martínez, 1998).

-La propensión a focalizar la atención en determinadas señales físicas en un principio inofensivas es un rasgo propio de la afectividad negativa (Clark et al., 1991, Mechanic et al., 1986).

-Los problemas de salud acumulados producen cambios generales en la personalidad y específicamente aumentos en la afectividad negativa, según plantea la hipótesis de la discapacidad (Watson, Pennebaker, 1989).

Por otra parte, se ha ido acumulando una fuerte evidencia de asociación entre afecto negativo y el neuroticismo, descubriendo fuertes relaciones entre este constructo y rasgos explicativos característicos del neuroticismo como son la ansiedad, preocupación, alienación y la reacción al estrés. Esto lleva a sugerir que el afecto negativo es una variable que media entre las estrategias de afrontamiento, los informes de salud y el optimismo disposicional (Hotard, MacFatter, McWhirter y Stergall, 1989; Meyer y Shack, 1989).

Investigaciones más recientes presentan que el neuroticismo/afectividad negativa podrían mostrar asociaciones con el pesimismo disposicional (Chico, 2002).

Múltiples estudios muestran que los niveles más bajos de afecto positivo y los niveles más altos de afecto negativo y depresión están relacionados con el pesimismo disposicional (Karademas, 2006; Scheier y Caver, 1994).

En nuestra investigación, hemos aplicado la Escala de síntomas somáticos (ESSR), como medición de la salud. En este instrumento los factores psicológicos repercuten en la medición e interpretación de los síntomas físicos, lo que hace que dependiendo de factores como el afecto negativo, dos personas que poseen igual patología pueden cambiar su percepción e informe de los síntomas.

Por otro lado, la asociación que se establece entre la afectividad positiva y negativa, la ansiedad y la depresión hay que diferenciarla. Así mismo, el modelo tripartito (Clark y Watson 1991; Joiner, Catanazaro, Laurent, 1996; Watson, Clark, Weber, Assenheimer, Strauss y McCormick, 1995) diferencia tres tipos de factores: nivel de arousal, afecto negativo y afecto positivo.

De esta manera, las personas que poseen ansiedad están caracterizadas por niveles altos de afecto negativo y de arousal, mientras que la depresión está caracterizada por personas que muestran niveles altos de afecto negativo y niveles bajos de afecto positivo.



#### **1.4 Optimismo y Salud.**

Muchas de las investigaciones han demostrado el impacto positivo que hay entre el optimismo y la salud, y el bienestar físico o psicológico (Seligman, Castellon, Cacciola, Schulman, Luborsky, Ollove, Downing, 1988; Scheier y Caver 1992).

También se muestra en investigaciones sobre el bienestar subjetivo la relación existente entre el optimismo y la satisfacción con la vida (Chen, Cheung, Bond, Leung, 2006).

Más concretamente, se ha mostrado que un fuerte predictor de la satisfacción vital es el optimismo disposicional (Curbow, Somerfield, Baker, Wingard & Legro, 1993) mientras que la depresión y un decremento en satisfacción se han relacionado con el pesimismo disposicional (Sahin, Batigun & Sahin, 1998).

Diferentes estudios presentan que los estudiantes pesimistas dispocionales muestran más síntomas físicos, mientras que los optimistas dispocionales muestran menores síntomas físicos (Chang, Maydeu-Olivares y Zurilla, 1997).

Otras investigaciones indican cómo influye positivamente el optimismo disposicional en el bienestar de personas sujetas a cirugía de la arteria coronaria, presentando una recuperación con menos complicaciones médicas y más rápida comparado con los pesimistas (Scheier et al., 1992), además de acrecentar la satisfacción de las personas que están en tratamiento tras retirarse al poco tiempo del hospital (Barry, Lichtman, Spertus, Rumsfeld, Vaccarino, Jones y Krumholz, 2007).

En un estudio longitudinal, en el que se valoraba el optimismo disposicional, se deducía que dicho constructo se mantenía y estaba asociado a la inversa con el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular (Giltay, Kamphuis, Kalmijn, Zitman, Krombout, 2006).

También se relaciona los niveles más disminuidos de presión sanguínea con el optimismo disposicional (Ostir, Berges, Markides y Ottenbacher, 2006) observándose en situaciones de puro estrés y en la vida diaria niveles más altos de presión arterial en personas pesimistas (Räkkönen, Matthews Flory, Owens, Gump, 1999; Williams, Riels y Roper, 1990). En un estudio con mujeres que padecen cáncer de ovarios y estaban con tratamiento de

quimioterapia, se halló que el optimismo disposicional reducía el estrés psicológico y se relacionaba con una enriquecedora calidad de vida de las pacientes (De Moor, De Moor, Basen-Engquist, Kudelka, Bevers y Cohen, 2006).

Por otro lado, en las tareas estresantes de los optimistas dispocionales se encontró una respuesta de inmunocompetencia reducida, mientras que otros estudios han hallado en personas pesimistas un decremento en la respuesta inmunológica en el estrés (Cohen, Herbert, 1996).

Siguiendo esta misma línea, parece que esto depende del tipo de estrés al que el individuo se ve sujeto y al nivel de realismo de las creencias que sostiene. Así mismo, diferentes estudios presentan que en situaciones de estrés agudo el optimismo disposicional sería positivo, pero en el estrés crónico el caso podría ser diferente (Tomakowsky, Lumley, Markowitz y Frank, 2001).

Así, el optimismo es investigado en distintos contextos, asociándose a la salud, indicándose que las personas optimistas muestran un nivel más pequeño de detrimento inmunológico, al igual que una reducida sintomatología (Rees, Ingledew y Hardy, 2005; Remor, Amorós y Carrobles, 2006).

En cuanto al optimismo disposicional, se ha demostrado que cuando surgen problemas y se emplean expectativas favorables, aumentan los esfuerzos de los individuos para obtener su meta, mientras que si empleamos expectativas desfavorables ante los problemas, disminuyen los esfuerzos para alcanzar el objetivo. Por lo que se puede confirmar que las personas pesimistas manifiestan su propia vida de manera desfavorable y negativa, mientras que los optimistas manifiestan su vida con unas expectativas favorables y positivas (Scheier et al., 1994)

Respecto a la relación que se establece entre optimismo y ansiedad, se deduce que el individuo optimista poseerá un nivel más pequeño tanto de ansiedad estado como rasgo (Kavussanu y McAuley, 1995; Sumy, Horie y Hayakawa, 1997).

Así, se ha visto que los individuos sometidos a situaciones difíciles de salud que muestran una actitud optimista de la enfermedad, obtienen mejor calidad de vida y alargan

más su vida que aquellos individuos que tienen una actitud pesimista (Taylor, Kennedy, Reed, Bower y Gruenewald, 2000).

Siguiendo en la misma línea, hay que decir que los individuos optimistas afrontan mejor la enfermedad y obtienen mejores resultados en la evaluación de la salud, mientras que los individuos pesimistas muestran un nivel mayor de deterioro tanto en su bienestar como en su salud (Peterson, Maier y Seligman, 1993).

### ***1.5 Estrategias de afrontamiento y optimismo disposicional.***

Partiendo de que las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas o desadaptativas, siendo estas últimas las que disminuyen el estrés en un periodo corto de tiempo y dañan la salud, y las primeras las que disminuyen el estrés e impulsan la salud en un periodo largo de tiempo (Everly, 2012).

Diversos investigadores indican la relación entre las estrategias de afrontamiento pasivas o evitativas y niveles altos de malestar psicológico y trastornos emocionales (Mendoza, Ramírez y Morales, 2013) mal funcionamiento inmunológico, elevado deterioro general (Leserman, Petitto, Golden, Gaynes, Perkins, 2000) e repercusión desfavorable en el avance de enfermedades como el cáncer y SIDA (Permas, Castillo, Bermejo, Besabe, Paez y Cabarcos, 2001). Además se han encontrado relaciones positivas entre los niveles de reactividad cardiovascular y las estrategias de afrontamiento pasivas.

Contrariamente se ha visto que las estrategias de afrontamiento activo se asocian con consecuencias más positivas, como menos trastornos depresivos, estrés y cambios favorables en el sistema inmunológico de enfermos con SIDA (Flores-Sarazúa, Mas, Gregorio, 2006; Petrie, Booth y Pennebaker, 1998; Schmitz y Crystal, 2000). Otros investigadores hallan que el afrontamiento activo se asocia con la reactividad cardiovascular de manera positiva (incremento de la presión sanguínea) frente a eventos estresantes (Smith, Ruiz, y Uchino, 2000).

Diferentes estudios presentan el efecto positivo de optimismo disposicional sobre las estrategias de afrontamiento, siendo considerado como un factor primordial en situaciones de estrés para incrementar la probabilidad de que se dé un afrontamiento exitoso (Scheier et al., 1992).

Siguiendo en la misma línea, se puede decir que los optimistas usan estrategias activas, asumiendo la realidad en situaciones que son incontrolables y basándose en el problema cuando es controlable la situación. Sin embargo los pesimistas usan estrategias pasivas, centradas en la negación y alejamiento del problema (Andersson, 1996; Chico et al., 2002 y Carver et al., 1989).

En investigaciones empleando el LOT-R con una muestra de estudiantes de universidad, se halló que el optimismo disposicional se asociaba positivamente con las estrategias de resolución de problemas, es decir empleaban estos optimistas estrategias activas, mientras que en los pesimistas disposicionales se asociaban negativamente con la autocrítica y pensamientos de ansiedad, por lo que usaban estrategias pasivas (Martínez Correa, Reyes del Paso, García-León y González-Jareño, 2006).

Por último, se ha hallado en diferentes estudios que una variable que media entre el optimismo disposicional y estrategias de afrontamiento es el neuroticismo (Smith et al., 1989). Se intuye que un mediador potente entre el optimismo y las estrategias de afrontamiento es el neuroticismo-afectividad negativa (Meyer et al., 1989).

## **2. OBJETIVOS**

El objetivo general de esta investigación es analizar las asociaciones entre el optimismo disposicional y el estado de salud física y mental. Para ello recurriremos al análisis del constructo de optimismo disposicional y su relación con otras variables como son: síntomas somáticos autoinformados, afecto positivo y negativo, ansiedad y depresión, y ansiedad estado y ansiedad rasgo.

Tendremos en cuenta una serie de objetivos más específicos:

1) Estudiar la asociación que hay entre el optimismo disposicional y las distintas categorías de síntomas somáticos. Como se ha comentado en la introducción, los síntomas físicos autoinformados son un indicador del estado de salud de las personas, de modo que se espera hallar una asociación negativa significativa entre el optimismo disposicional y estos síntomas somáticos, de manera que a mayor optimismo se espera observar una menor sintomatología de síntomas somáticos autoinformados.

2) Estudiar la relación que hay entre el optimismo y pesimismo disposicional con la afectividad positiva/negativa. Según diferentes estudios, se espera obtener que los sujetos más optimistas obtenga más afectividad positiva y los sujetos menos optimistas obtengan de afectividad negativa.

3) Comprobar la relación que hay entre el optimismo disposicional y los niveles de depresión y ansiedad. Como se indica en la literatura, los sujetos optimistas además de tener un buen estado de salud física, adquieren un estado positivo de salud mental o emocional. Por lo que se espera obtener que los sujetos más optimistas tengan una menor ansiedad y depresión.

4) Estudiar la relación del optimismo disposicional con la ansiedad rasgo y estado. Cabe esperar que los sujetos optimistas disposicionales obtengan menores niveles de ansiedad rasgo y estado.

5) Analizar las posibles diferencias de medidas en las variables comentadas anteriormente entre grupos extremos en los niveles del optimismo disposicional (participantes con alto optimismo disposicional y participantes con bajo optimismo disposicional). Según las

predicciones anteriores, esperamos encontrar menores niveles de síntomas somáticos, ansiedad rasgo y estado, afectividad negativa y depresión (y niveles de afectividad positiva) en los participantes de alto optimismo en comparación con los de bajo optimismo disposicional.

### **3. METODOLOGÍA**

#### ***3.1. Participantes.***

Esta investigación se ha realizado con una muestra de 112 estudiantes de psicología de la universidad de Jaén. De estos 112 participantes hay un total de 14 hombres y 98 mujeres. Las edades están comprendidas entre los 18 y 24 años. Los participantes corresponden al curso 4º de psicología perteneciente al año 2007.

#### ***3.2. Instrumentos de medida.***

- *Escala de síntomas somáticos – revisada (ESS-R) de Sandin y Chorot (1991).*

Es un inventario desarrollado con el objetivo de medir diferentes quejas físicas asociadas con la salud. Está formado por 90 ítems de respuesta tipo Likert (1 nada y 5 siempre) asociados con síntomas autoinformados agrupados en las siguientes categorías: Reproductor femenino (RF), Inmunológico general (IG), cardiovascular (CV), respiratorio (CR), gastrointestinal (GI), neuro-sensorial (NS), musculo-esquelético (ME), piel-alergia (PA), genito-urinario (GU). Las investigaciones presentan niveles de consistencia interna aceptables de 0,72 y 0,87, y una media de 0,80.

-*Versión Española del cuestionario de afecto positivo y afecto negativo (PANAS) de Watson, Clark y Tellegan, (1988).*

Es un inventario formado por 20 ítems que desarrollan diferentes sentimientos y emociones, de manera que 10 de estos pertenecen a la afectividad negativa y los otros 10 pertenecen a la afectividad positiva. La respuesta es de tipo Likert, en la que una puntuación de 1 es nada y de 5 mucho. Hay que decir que según diversos estudios su consistencia interna está en torno a 0.88 para afecto positivo y 0.87 para afecto negativo.

*-Test de orientación vital revisado (LOT-R) de Scheier, Carver y Bridges (1994).  
Pertenece a la versión (Otero, Luengo, Gomez-Franguela y Castro, 1998)*

Está formado por 10 ítems con respuesta de tipo Likert. Las puntuaciones van de 0-4, en las que 0 que indica desacuerdo y 4 totalmente de acuerdo. De estos 10 ítems, cuatro son de relleno por lo que no se suman a la hora de realizar la corrección, tres de ellos son de sentido positivo, optimismo y otros 3 en sentido negativo, pesimismo. Hay dos tipos de mediciones, la bidimensional y la unidimensional. En nuestra investigación se llevará a cabo la dimensión unidimensional. En distintos estudios se muestra que la consistencia interna está en una puntuación 0,74 y 0,78 (Scheier et al., 1994).

*-Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) de Zigmond y Snaith (1983).*

Este instrumento evalúa la ansiedad y depresión sin recurrir al uso de síntomas de tipo somático. Esta escala consta de 14 ítems divididos en dos subescalas, Depresión y Ansiedad, cada una tiene 7 ítems. La respuesta es de tipo Likert, en las que sus puntuaciones van de 0 a 3; 0 hace referencia a nada de intensidad y 3 a mucha intensidad. Tanto para la ansiedad como para la depresión una puntuación de once o más indica caso cierto de ansiedad o depresión, y con una puntuación de ocho a diez es caso probable. Una puntuación de siete hacia abajo se considera normal. Se halla en distintos estudios que la consistencia interna ronda entre 0,80 y 0,86.

*-State trait Anxiety Inventory- STAI (inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970.*

El mismo está dividido por dos subescalas formadas por 20 ítems cada una de ellas, que miden la ansiedad como rasgo (STAI-T) y la ansiedad como estado (STAI-S). La subescala de Ansiedad Estado (STAI-S) trata de evaluar la ansiedad transitoria, por lo que los sujetos deben de responder como se perciben ellos mismos en el momento actual. El STAI-S contiene una puntuación de 0 a 3, donde 0 hace referencia a nada y 3 mucho. En la subescala de Ansiedad Rasgo (STAI-T) se trata de evaluar la ansiedad constante, por lo que los sujetos contestan en relación a como perciben ellos su ansiedad. El STAI-T contiene una puntuación igual que la anterior de 0 a 3, en la que 1 significa nada y 3 siempre. Según diferentes fuentes de información tiene una consistencia interna de 0,84 y 0,93.

### **3.3. Procedimiento**

Esta investigación forma parte de un estudio longitudinal en el que se busca explorar la asociación del optimismo disposicional con diferentes variables indicadoras del estado de salud. En nuestro estudio hemos usado una sección transversal de dicho estudio, en concreto cuando los alumnos fueron evaluados al terminar sus estudios en 4º de carrera.

Los alumnos fueron evaluados mediante los siguientes cuestionarios: optimismo/pesimismo (LOT-R), Depresión y Ansiedad (HAD), Afectividad positiva/negativa (PANAS), Síntomas somáticos (ESS-R) y escala estado-rasgo (STAI). Se corresponde a los cursos 2007-2008. Los alumnos que respondieron a los test en esta ocasión fueron 112 estudiantes que son los que han participado en este estudio.

Se han pasado al SPSS los valores de los ítems de cada uno de los cuestionarios que se analizan en nuestro estudio. Estos cuadernos son de hace 5 años, que fue la última vez que estos sujetos rellenaron estos tests.

### **3.4. Análisis estadísticos**

Los datos han sido analizados mediante el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows. En primer lugar se han realizado análisis descriptivos para hallar las medias y desviaciones típicas de cada una de las variables evaluadas. Con el propósito de estudiar la asociación que hay entre el optimismo disposicional (LOT-R) y las diferentes variables (PANAS, HAD, STAI, ESS-R).

Se ha procedido a la realización de correlaciones bivariadas de Pearson.

Por último se han realizado ANOVAs de un factor para analizar posibles diferencias de medidas en las variables anteriores entre grupos extremos de optimismo disposicional. Los extremos utilizados han sido  $\geq$  del centil 75 (para los altos en optimismo) y  $\leq$  al centil 25 (para los bajos en optimismo).



#### **4. RESULTADOS**

##### **1. MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LAS DIFERENTES ESCALAS.**

En la tabla 1 se muestran los estadísticos descriptivos de medias y desviaciones típicas de las distintas variables evaluadas en nuestro estudio.

*Tabla 1. Media y desviación típica de las distintas escalas.*

|                   | <b>MEDIA</b> | <b>DT</b> |
|-------------------|--------------|-----------|
| <b>LORT total</b> | 16,38        | 4,14      |
| <b>HA</b>         | 6,66         | 3,70      |
| <b>HD</b>         | 2,55         | 3,19      |
| <b>AP</b>         | 34,72        | 6,67      |
| <b>AN</b>         | 18,12        | 5,48      |
| <b>AR</b>         | 22,73        | 11,11     |
| <b>AE</b>         | 18,23        | 10,96     |
| <b>ESSCR</b>      | 9,03         | 6,35      |
| <b>ESSPA</b>      | 10,59        | 6,46      |
| <b>ESSGU</b>      | 5,74         | 6,26      |
| <b>ESSRF</b>      | 11,34        | 7,59      |
| <b>ESSIG</b>      | 8,05         | 4,92      |
| <b>ESSCV</b>      | 4,75         | 4,73      |
| <b>ESSGI</b>      | 12,61        | 6,24      |
| <b>ESSNS</b>      | 5,70         | 4,70      |
| <b>ESSME</b>      | 10,26        | 6,15      |
| <b>ESST</b>       | 78,28        | 37,09     |

Optimismo disposicional (LORT T), Ansiedad (HA), Depresión (HD), Afecto positivo (AP), Afecto negativo (AN), Ansiedad rasgo (AR), Ansiedad Estado (AE), Síntomas somáticos respiratorios (ESSCR), Síntomas somáticos piel-alergia (ESSPA), Síntomas somáticos genito-urinario (ESSGU), Síntomas somáticos reproductor femenino (ESSRF), Síntomas somáticos inmunológicos general (ESSIG), Síntomas somáticos cardiovascular (ESSCV), Síntomas somáticos gastro-intestinal (ESSGI), Síntomas somáticos neurosensorial (SSNS), Síntomas somáticos musculoesquelético (ESSME) y Síntomas somáticos totales (ESST).

##### **2. CORRELACIONES DE LAS DISTINTAS ESCALAS CON LA PUNTUACIÓN TOTAL LOT-R.**

Como puede apreciarse en la Tabla 2, las correlaciones entre el LOT-R y las escalas de ansiedad, depresión, afecto positivo, afecto negativo, ansiedad rasgo, ansiedad estado, síntomas somáticos inmunológicos y síntomas somáticos gastro-intestinal muestran una gran correlación significación. De manera que a medida que aumenta el optimismo disposicional, disminuye la ansiedad, depresión, afecto negativo, ansiedad rasgo, ansiedad estado, síntomas

somáticos inmunológicos y síntomas somáticos gastro-intestinal. Sin embargo la afectividad positiva aumenta a medida que aumenta el optimismo disposicional.

Por otro lado, también se encuentran relaciones significativas con las escalas; síntomas somáticos piel-alergia, síntomas somáticos genito-urinario, síntomas somáticos reproductor femenino, síntomas somáticos cardiovascular, síntomas somáticos neurosensorial, síntomas somáticos musculo-esqueléticos y síntomas somáticos totales. Excepcionalmente la escala de síntomas somáticos respiratorios (ESSCR) no presenta correlación significativa con el optimismo disposicional.

*Tabla 2. Correlación de las distintas escalas con el LORT*

|              | <b>L</b>           | <b>(Sig.bilateral)</b> |
|--------------|--------------------|------------------------|
|              | <b>Correlación</b> |                        |
|              | <b>Pearson</b>     |                        |
| <b>HA</b>    | -0,503**           | <0,001                 |
| <b>HD</b>    | -0,426**           | <0,001                 |
| <b>AP</b>    | 0,486**            | <0,001                 |
| <b>AN</b>    | -0,554**           | <0,001                 |
| <b>AR</b>    | -0,590**           | <0,001                 |
| <b>AE</b>    | -0,477**           | <0,001                 |
| <b>ESSCR</b> | <b>-0,157</b>      | 0,099                  |
| <b>ESSPA</b> | -0,233*            | 0,013                  |
| <b>ESSGU</b> | -0,245**           | 0,009                  |
| <b>ESSRF</b> | -0,256**           | 0,005                  |
| <b>ESSIG</b> | -0,401**           | <0,001                 |
| <b>ESSCV</b> | -0,246**           | 0,009                  |
| <b>ESSGI</b> | -0,350**           | <0,001                 |
| <b>ESSNS</b> | -0,217*            | 0,022                  |
| <b>ESSME</b> | -0,208*            | 0,028                  |
| <b>ESST</b>  | -0,363**           | 0,002                  |

Optimismo disposicional total (LORT), Ansiedad (HA), Depresión (HD), Afecto positivo (AP), Afecto negativo (AN), Ansiedad rasgo (AR), Ansiedad estado (AE), Síntomas somáticos respiratorios (ESSCR), Síntomas somáticos piel-alergia (ESSPA), Síntomas somáticos genito-urinario(ESSGU), Síntomas somáticos reproductor femenino (ESSRF), Síntomas somáticos inmunológicos general (ESSIG), Síntomas somáticos cardiovascular (ESSCV), Síntomas somáticos gastro-intestinal (ESSGI), Síntomas somáticos neurosensorial (SSNS), Síntomas somáticos musculo-esquelético (ESSME) y Síntomas somáticos totales (ESST).

### 3. RESULTADOS DEL ANOVAS DE UN FACTOR.

Se ha realizado ANOVAs de un factor para hacer comparaciones de medias entre sujetos con alto y bajo optimismo disposicional (a partir de los centiles 75 y 25).

*Tabla 3. Medias, desviaciones típicas, F y significación de las distintas escalas.*

|                 | <b>OP ALTO<br/>MEDIA/DT</b> | <b>OP BAJO<br/>MEDIA/DT</b> | <b>F</b> | <b>P</b> |
|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|----------|----------|
| <b>ESSIG</b>    | M 5,84<br>DT 3,72           | M10,70<br>DT5,01            | 18,02    | <0,001   |
| <b>ESSCV</b>    | M 3,68<br>DT 3,03           | M 6,72<br>DT 5,98           | 6,32     | 0,015    |
| <b>ESSCR</b>    | M 7,70<br>DT 6,63           | M 10,93<br>DT 6,73          | 3,49     | 0,068    |
| <b>ESSGI</b>    | M 11,06<br>DT 6,54          | M 17,10<br>DT 5,18          | 15,56    | <0,001   |
| <b>ESSNS</b>    | M 4,38<br>DT 3,72           | M 7,86<br>DT 5,57           | 8,17     | 0,006    |
| <b>ESSME</b>    | M 9,00<br>DT 4,40           | M 13,10<br>DT 6,67          | 8,019    | 0,006    |
| <b>ESSPA</b>    | M 9,26<br>DT 7,11           | M 13,70<br>DT 6,36          | 6,43     | 0,014    |
| <b>ESSGU</b>    | M 4,06<br>DT 3,80           | M 9,13<br>DT 8,50           | 9,11     | 0,004    |
| <b>ESSRF</b>    | M 9,53<br>DT 6,63           | M 14,82<br>DT 7,61          | 7,98     | 0,007    |
| <b>ESSTOTAL</b> | M 63,00<br>DT33,30          | M98,11<br>DT38,72           | 8,77     | 0,005    |
| <b>AR</b>       | M 13,53<br>DT 5,48          | M 30,22<br>DT 10,38         | 29,28    | <0,001   |
| <b>AE</b>       | M 11,91<br>DT 8,40          | M 23,82<br>DT 10,19         | 16,38    | <0,001   |
| <b>AP</b>       | M 39,19<br>DT 5,20          | M 30,07<br>DT 6,57          | 35,77    | <0,001   |
| <b>AN</b>       | M 15,00<br>DT 3,35          | M 23,06<br>DT 5,22          | 51,54    | <0,001   |
| <b>HA</b>       | M 4,43<br>DT 2,19           | M 9,03<br>DT 3,11           | 43,36    | <0,001   |
| <b>HD</b>       | M ,87<br>DT 1,41            | M 4,48<br>DT 2,76           | 40,60    | <0,001   |

Optimismo disposicional total (LORT), Ansiedad (HA), Depresión (HD), Afecto positivo (AP), Afecto negativo (AN), Ansiedad rasgo (AR), Ansiedad estado (AE), Síntomas somáticos respiratorios (ESSCR), Síntomas somáticos piel-alergia (ESSPA), Síntomas somáticos genito-urinario(ESSGU), Síntomas somáticos reproductor femenino (ESSRF), Síntomas somáticos inmunológicos general (ESSIG), Síntomas somáticos cardiovascular (ESSCV), Síntomas somáticos gastro-intestinal (ESSGI), Síntomas somáticos neurosensorial (SSNS), Síntomas somáticos músculo-esquelético (ESSME) y Síntomas somáticos totales (ESST).

Como se puede apreciar en la Tabla 3 hay diferencias con una significación de  $p < 0,001$  en variables de síntomas somáticos inmunológicos, síntomas somáticos gastrointestinales, ansiedad rasgo, ansiedad estado, afecto positivo, afecto negativo, ansiedad y depresión con una puntuación todas de estas variables. También se puede observar diferencias significativas a un nivel de  $p < 0,05$  para las variables de síntomas somáticos cardiovasculares, síntomas somáticos neurosensorial, síntomas somáticos musculoesquelético, síntomas somáticos piel-alergia, síntomas somáticos genito-urinario, síntomas somáticos reproductor femenino y síntomas somáticos totales.

Sin embargo en cuanto a los síntomas somáticos respiratorios no se halla una diferencia significativa.

Con estas puntuaciones en las distintas variables, se puede apreciar que hay diferencias significativas en ambos grupos extremos, a excepción de la variable síntomas somáticos respiratorios en la que la diferencia no llega al nivel de significación. Por lo que se puede decir que un sujeto poco optimista disposicional es más propenso al aumento de las variables que hemos evaluado, a excepción del afecto positivo que obtiene una disminución. Mientras que un sujeto muy optimista disposicional es más propenso a la disminución de las variables evaluadas, y un aumento significativo de la variable afecto positivo.

## **5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.**

El objetivo principal del presente estudio consistía en analizar la asociación que se establece entre el optimismo disposicional con el estado de salud física y mental.

Respecto a nuestro primer objetivo más específico, los resultados hallados suponen una confirmación de que el optimismo disposicional se asocia con una disminución de la sintomatología somática en el futuro. En el análisis correlacional se puede apreciar esta asociación en la Tabla 2. Específicamente hemos hallado una relación significativamente negativa con los síntomas somáticos totales y el optimismo disposicional. Concretando más, hay una asociación negativa no muy significativa con los síntomas somáticos respiratorios y en menor medida con los síntomas somáticos piel-alergia.

Por otro lado hemos evaluado la relación del optimismo disposicional y los síntomas somáticos mediante el ANOVAs entre grupos extremos (más altos de optimismo y grupos más bajo de optimismo mediante los percentiles 25 y 75). Los resultados encontrados en este análisis ponen en evidencia que los sujetos que tienen una puntuación alta en optimismo disposicional tienden a un número más pequeño de síntomas somáticos totales, al igual que los síntomas somáticos inmunológicos y gastrointestinales ( $p < 0.001$ ), contrariamente a los sujetos que tienen una puntuación baja de optimismo, es decir estos sujetos que puntúan bajo tienden a mayor sintomatología somática totales. Igualmente comentado anteriormente en la correlación, se puede afirmar que no hay diferencias significativas en cuanto a los síntomas somáticos respiratorios.

Los resultados obtenidos son acordes con la evidencia encontrada en distintos estudios; se puede decir que los sujetos que tienen una mayor puntuación en optimismo disposicional poseen una sintomatología física autoinformada menor (Andersson et al., 1996; Scheier et al., 1985; Suárez et al., 2006).

Siguiendo en la misma línea, los síntomas somáticos que mejor correlación significativa negativa tienen con el optimismo disposicional son los síntomas somáticos inmunológicos y los gastrointestinales. De acuerdo a diferentes investigaciones comentadas anteriormente, el optimismo se asocia positivamente en la salud con personas enfermas de cáncer y SIDA (Permas et al., 2001) teniendo las mismas una recuperación más rápida y

positiva. De esta forma los optimistas dispocionales tienden a tener mejor calidad de vida en periodo de enfermedad, como por ejemplo cáncer de mama (De Moor et al., 2006).

De este primer objetivo podemos concluir que los optimistas dispocionales tienen un fuerte vínculo con la salud, apreciándose que los optimistas tienen una salud autoinformada más óptima, contrariamente a los pesimistas. Estos resultados se corresponde con los estudios hallados en la literatura (Remor et al., 2006; Suárez et al., 2006). Así mismo, los individuos más optimistas consiguen mejores resultados en la evaluación de la salud y afrontan positivamente la enfermedad mientras que los sujetos pesimistas presentan peor salud y bienestar, como se pone de evidencia en la literatura (Peterson et al., 1993).

En cuanto a nuestro segundo objetivo de estudiar la relación que hay entre el optimismo dispocional y la afectividad positiva y negativa, hemos obtenido lo que esperábamos, como se puede apreciar en la tabla 2 de correlaciones hay una asociación significativa negativa en cuanto al afecto negativo y una asociación significativa positiva en el afecto positivo.

En cuanto a los resultados obtenidos en ANOVAs, podemos afirmar que hay diferencias bastantes significativas con los grupos extremos. En cuanto los optimistas dispocionales tienen una puntuación más alta en la afectividad positiva y los sujetos menos optimistas (pesimistas dispocionales) tienen una puntuación más alta en la afectividad negativa.

Los resultados obtenidos concuerdan con la literatura manifestada, ya que diferentes estudios presentan que los sujetos más optimistas dispocionales muestran estados de ánimos más favorables que los sujetos menos optimistas. De manera que los optimistas dispocionales tienden a una mayor afectividad positiva presentando más energía, felicidad, entusiasmo y satisfacción con la vida. Mientras que los pesimistas dispocionales tienden más afectividad negativa presentando estados más aversivos como culpa, nerviosismo, tristeza, entre otros (Watson et al., 1988).

A modo de conclusión en cuanto a esta hipótesis, podemos decir que los sujetos optimistas dispocionales serán más felices y estarán más satisfechos con su vida, ya que tienden a una mayor afectividad positiva. Sin embargo los sujetos menos optimistas

(pesimistas disposicionales) estarán menos satisfechos con su vida e incluso serán menos felices ya que tienden a mayores niveles de afecto negativo.

El estudio de la relación existente que hay entre el optimismo disposicional y los niveles de depresión y ansiedad propuesto en el tercer objetivo, encontramos los resultados esperados. Ya que como se puede apreciar en la Tabla 2, se muestra que el optimismo disposicional tiene una correlación negativa significativa con la ansiedad y la depresión, habiendo más nivel de ansiedad y depresión en pesimistas disposicionales y menor nivel de ansiedad y depresión en optimistas disposicionales.

Respecto al análisis de varianza (ANOVA) se hallan resultados similares a los encontrados en la correlación, ya que los sujetos que puntúan alto en optimismo disposicional obtienen unos niveles de ansiedad y depresión menores en comparación con los sujetos menos optimistas (pesimistas disposicionales) que obtienen unos niveles más elevados de ansiedad y depresión.

Los resultados obtenidos confirman lo que diferentes investigaciones previas muestran, indicando que los optimistas disposicionales presentan menores síntomas de ansiedad y depresión y los pesimistas disposicionales presentan mayor sintomatología de ansiedad y depresión (Karademas et al., 2006; Scheier et al., 1985; Scheier et al., 1994).

A modo de conclusión en cuanto a los resultados obtenidos de nuestro tercer objetivo planteado podemos decir que los sujetos optimistas disposicionales tienen una mejor y favorable salud mental ya que poseen unas puntuaciones de ansiedad y depresión más pequeñas. Sin embargo los sujetos menos optimistas tienden a una peor salud mental al tener mayores niveles de ansiedad y depresión.

Nuestra última y cuarta hipótesis era analizar la relación entre el optimismo disposicional y la ansiedad rasgo y la ansiedad estado. Los resultados han sido congruentes con lo que esperábamos. Como se puede apreciar en la Tabla 2, hay una correlación negativa bastante significativa con el optimismo disposicional, ya que se hallan menores niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado a medida que los sujetos son más optimistas disposicionales. De manera contraria los pesimistas disposicionales tendrían mayores niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado.

En cuanto al análisis de variable (ANOVA), los resultados obtenidos nos señalan que los sujetos más optimistas disposicionales muestran menores puntuaciones en ansiedad rasgo y ansiedad estado, de manera contraria a las mayores puntuaciones de ansiedad rasgo y estado en sujetos menos optimistas (pesimistas disposicionales).

Como se corrobora en la literatura, en cuanto a la relación que se halla entre el optimismo y la ansiedad, se puede deducir que los individuos optimistas disposicionales obtendrán un nivel menor tanto ansiedad estado como rasgo (Kavussanu et al., 1995; Sumy et al., 1997).

Así, los individuos que presentan una conducta optimista de la enfermedad ante los problemas de salud, alargan más su vida y tienen mejor calidad vital que los individuos que actúan con una conducta pesimista (Taylor et al., 2000).

Podemos concluir en cuanto a los resultados recogidos que los participantes pesimistas disposicionales tienden a mayores niveles de ansiedad rasgo y estado por su bajo optimismo, contrariamente los sujetos optimistas disposicionales tendrán menores niveles de ansiedad rasgo y estado, al ver los problemas de manera más positivamente y favorablemente que los pesimistas.



## 6. REFERENCIAS

- Andersson, G. (1996). The benefits of optimism: A meta-analytic review of the Life Orientation Test. *Personality and Individual Differences*, 21(5), 719-725.
- Armor, D. A., & Taylor, S. E. (1998). Situated optimism: Specific outcome expectancies and self-regulation. En X. Zanna (Ed). *Advances in Experimental Social Psychology*, (309-379). Washington: American Psychological Association.
- Barry, L. C., Lichtman, J. H., Spertus, J. A., Rumsfeld, J. S., Vaccarino, V., Jones, P. G., & Krumholz, H. M. (2007). Patient satisfaction with treatment after acute myocardial infarction: Role of Psychosocial Factors. *Psychosomatic Medicine*, 69(2), 115-123.
- Botella, C., & Martínez, M. P. (1998). Cognitive behavioural treatment for hypochondriasis. *International Handbook of Cognitive and Behavioural Treatments for Psychological Disorders*, 313-361.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879-889.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2001). Optimism, pessimism, and self-regulation. En E.C. Chang (Ed). *Optimism and pessimism. Implications for theory, research and practice* (31-51). Washington: American Psychological Association.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97(1), 19-34.
- Cohen, S., & Herbert, T. B. (1996). Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47(1), 113-142.
- Chang, E. C., Maydeu-Olivares, A., & D'Zurilla, T. J. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: Relationship to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 23, 433-440.
- Chen, S. X., Cheung, F. M., Bond, M. H., & Leung, J. P. (2006). Going beyond self-esteem to predict life satisfaction: The Chinese case. *Asian Journal of Social Psychology*, 9, 24-35.
- Chico Librán, E. C. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14, 544-550.
- Curbow, B., Somerfield, M. R., Baker, F., Wingard, J. R., & Legro, M. W. (1993). Personal changes, dispositional optimism, and psychological adjustment to bone marrow transplantation. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(5), 423-443.

- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). General affective dispositions in physical and psychological health. *Handbook of Social and Clinical Psychology*, 221, 245.
- De Moor, J. S., De Moor, C. A., Basen-Engquist, K., Kudelka, A., Bevers, M. W., & Cohen, L. (2006). Optimism, distress, health-related quality of life, and change in cancer antigen 125 among patients with ovarian cancer undergoing chemotherapy. *Psychosomatic Medicine*, 68(4), 555-562.
- Domino, B., & Conway, D. W. (2001). Optimism and pessimism from a historical perspective. In E. C. Chang (ED.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (13-30). Washington, DC: American Psychological Association.
- Everly Jr, G. S., & Lating, J. M. (2012). *A clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. Springer Science & Business Media.
- Fernández-Martínez, R., & Fernández-Rodríguez, C. (1998). Actitudes hipocondríacas, síntomas somáticos y afecto negativo. *Psicothema*, 10(2), 259-270.
- Fontaine, K. R., & Jones, L. C. (1997). Self-esteem, optimism, and postpartum depression. *Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 59-63.
- Flores-Sarazúa, E., Mas, M. B., & San Gregorio, M. A. P. (2006). Estrategias de afrontamiento en varones con SIDA, con antecedentes de poliotoxicomanía y en situación de exclusión social. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 285-300.
- Giltay, E. J., Kamphuis, M. H., Kalmijn, S., Zitman, F. G., & Kromhout, D. (2006). Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death: the Zutphen Elderly Study. *Archives of Internal Medicine*, 166(4), 431-436.
- Hotard, S. R., McFatter, R. M., McWhirter, R. M., & Stegall, M. E. (1989). Interactive effects of extraversion, neuroticism, and social relationships on subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 321-331.
- Joiner Jr, T. E., Catanzaro, S. J., & Laurent, J. (1996). Tripartite structure of positive and negative affect, depression, and anxiety in child and adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 401-409.
- Karademas, E. C. (2006). Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences*, 40, 1281-1290.
- Kavussanu, M., & McAuley, E. (1995). Exercise and optimism: are highly active individuals more optimistic? *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17, 246-246.

- Larsen, R. J., Diener, E., & Cropanzano, R. S. (1987). Cognitive operations associated with individual differences in affect intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*, 767-774.
- Leserman, J., Petitto, J. M., Golden, R. N., Gaynes, B. N., Gu, H., Perkins, D. O., ... & Evans, D. L. (2000). Impact of stressful life events, depression, social support, coping, and cortisol on progression to AIDS. *American Journal of Psychiatry*, *157*(8), 1221-1228.
- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G.A, García-León, A., y González-Jareño, M.I. (2006). Optimismo/Pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento al estrés. *Psicothema*, *18*(1), 66-72.
- Martínez, M. P., & Belloch, A. (1993). Relaciones de los miedos y creencias hipocondríacas con ansiedad, depresión y síntomas somáticos. *Análisis y Modificación de Conducta*, *19*(66), 461-478.
- Mechanic, D. (1986). The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine*, *16*, 1-7.
- Mendoza, J. E. V., Ramírez, M. C., & Morales, J. E. A. (2013). Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicología y Salud*, *19*(2), 215-221.
- Meyer, G. J., & Shack, J. R. (1989). Structural convergence of mood and personality: Evidence for old and new directions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 691-706.
- Negron, R., Piacentini, J., Graae, F., Davies, M., & Shaffer, D. (1997). Microanalysis of adolescent suicide attempters and ideators during the acute suicidal episode. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(11), 1512-1519.
- Norem, J. K., & Cantor, N. (1986). Anticipatory and post hoc cushioning strategies: Optimism and defensive pessimism in "risky" situations. *Cognitive Therapy and Research*, *10*(3), 347-362.
- Otero-López, J. M., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J. A., & Castro, C. (1998). Psicología de la Personalidad. *Manual de prácticas. Barcelona: Ariel Practicum*.
- Ostir, G. V., Berges, I. M., Markides, K. S., & Ottenbacher, K. J. (2006). Hypertension in older adults and the role of positive emotions. *Psychosomatic Medicine*, *68*(5), 727-733.
- Peterson, C., Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1993). *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. Oxford University Press, USA.

- Pernas, A., Castillo, I. I., Bermejo, P., Basabe, N., Carou, M., Paez, D., & Cabarcos, A. (2001). Formas de afrontamiento y afectividad en personas con VIH/SIDA. Diferencias entre toxicómanos y no toxicómanos. *Adicciones*, *13*(4), 393-398.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (1987). Explanatory style and illness. *Journal of Personality*, *55*(2), 237-265.
- Petrie, K. J., Booth, R. J., & Pennebaker, J. W. (1998). The immunological effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*(5), 1264-1272.
- Raikkonen, K., Matthews, K. A., Flory, J. D., Owens, J. F., & Gump, B. B. (1999). Personality processes and individual differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, *76*(1), 104-113.
- Rasmussen, H. N., & Wallio, S. C. (2008). The health benefits of optimism. *Positive psychology: Exploring the Best in People*, *1*, 131-149.
- Rees, T., Ingledew, D. K., & Hardy, L. (2005). Attribution in sport psychology: Seeking congruence between theory, research and practice. *Psychology of Sport and Exercise*, *6*(2), 189-204.
- Remor, E., Amorós, M., & Carrobes, J. A. (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Anales de Psicología*, *22*(1), 37-44.
- Sandín, B., y Chorot, P. (1991). Escala de síntomas somáticos. Comunicación presentada en el III Congreso de Evaluación Psicológica, 25-28 de septiembre, Barcelona (España).
- Şahin, N. H., Batigün, A. D., & Şahin, N. (1998). Reasons for living and their protective value: A Turkish sample. *Archives of Suicide Research*, *4*(2), 157-168.
- Seligman, M. E., Castellon, C., Cacciola, J., Schulman, P., Luborsky, L., Ollove, M., & Downing, R. (1988). Explanatory style change during cognitive therapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *97*, 13-18.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research. Special Issue: Cognitive Perspectives in Health Psychology*, *16*, 201-228.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, *4*(3), 219-247.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*(6), 1063-1078.

- Schmitz, M. F., & Crystal, S. (2000). Social Relations, Coping, and Psychological Distress Among Persons With HIV/AIDS1. *Journal of Applied Social Psychology, 30*(4), 665-685.
- Smith, T. W., Ruiz, J. M., & Uchino, B. N. (2000). Vigilance, active coping, and cardiovascular reactivity during social interaction in young men. *Health Psychology, 19*(4), 382-392.
- Smith, T. W., Pope, M. K., Rhodewalt, F., & Poulton, J. L. (1989). Optimism, neuroticism, coping, and symptom reports: An alternative interpretation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(4), 640-648.
- Suárez, P. S., & Magallanes, A. (2006). Estudio del efecto del optimismo disposicional en el bienestar físico y psicológico desde una perspectiva longitudinal [Study of the effect of dispositional optimism on physical and psychological well-being from a longitudinal perspective]. *Acción Psicológica, 4*(1), 47-55.
- Sumi, K., Horie, K., & Hayakawa, S. (1997). Optimism, Type A behavior, and psychological well-being in Japanese women. *Psychological Reports, 80*(1), 43-48.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist, 55*(1), 99-109.
- Tomakowsky, J., Lumley, M. A., Markowitz, N., & Frank, C. (2001). Optimistic explanatory style and dispositional optimism in HIV-infected men. *Journal of Psychosomatic Research, 51*(4), 577-587.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 10-63.
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review, 96*(2), 234-254.
- Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J., & Tellegen, A. (1999). The two general activation systems of affect: Structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*(5), 820-838.
- Watson, D., Clark, L. A., Weber, K., Assenheimer, J. S., Strauss, M. E., & McCormick, R. A., (1995). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology, 104*(1), 15-25.

Williams, R. D., Riels, A. G., & Roper, K. A. (1990). Optimism and distractibility in cardiovascular reactivity. *The Psychological Record*, 40(3), 451-457.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.