



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Estilos atribucionales optimistas-pesimistas y su relación con la ansiedad, depresión, afectividad y síntomas somáticos

Alumno: M^a Teresa Caballano Pérez-Cacho

Tutor: Gustavo Reyes del Paso

Dpto: Personalidad, evaluación y tratamiento
psicológico.

Junio, 2016

Índice

1. Introducción.....	4
1.1 Psicología positiva.....	4
1.2 Estilo explicativo –Atributivo Optimista Pesimista.....	7
1.3 Optimismo y su relación con la salud.....	8
1.4 Optimismo, depresión, ansiedad y afecto.....	9
2. Objetivos.....	11
3. Método.....	11
3.1 Muestra.....	11
3.2 Instrumentos de medida.....	12
3.3 Procedimiento.....	14
3.4 Análisis estadísticos.....	15
3.5 Resultados.....	15
3.5.1 Datos descriptivos.....	16
3.5.2. Asociaciones entre optimismo y las demás variables.....	16
4. Discusión.....	21
5. Referencias.....	24

Resumen

Con este estudio se pretende investigar cómo el optimismo, desde la perspectiva del estilo atribucional, puede predecir en un tiempo de cuatro años la depresión, ansiedad, afecto positivo-negativo y el informe de síntomas somáticos en estudiantes de la Universidad de Jaén. Para ello se utilizaron distintas escalas: Cuestionario de estilo atribucional (ASQ), Escala hospitalario de ansiedad y depresión (HAD), Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI), Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS) y Escala de síntomas somáticos-revisada (ESS-R) y se realizaron correlaciones bivariadas para comprobar si el optimismo se asociaba con estas variables. Los resultados pretenden demostrar que un estilo atributivo optimista supondrá en un futuro una menor propensión a padecer depresión, ansiedad, afecto negativo y menor informe de síntomas somáticos.

Palabras clave: optimismo, depresión, ansiedad, afecto, síntomas somáticos.

1. Introducción

1. 1. Psicología positiva: Concepto de optimismo

¿Qué se entiende hoy en día por optimismo? Actualmente circula por el ámbito de la Psicología el concepto de *Psicología positiva*, con la intención de analizar y promover las distintas fortalezas humanas que pueden actuar como amortiguadores de las vicisitudes de la vida. Estas características positivas, como por ejemplo la perseverancia, la resiliencia, y el optimismo, pueden ser esenciales para evitar padecer un trastorno mental.

A este respecto Beatriz Vera Poseck (2006) escribe:

“En palabras de Martin Seligman, la psicología positiva surge como un intento de superar la resistente barrera del 65% de éxito que todas las psicoterapias han sido incapaces de sobrepasar hasta hoy. Las técnicas que surgen de la investigación en Psicología positiva vienen a apoyar y complementar las ya existentes. Gracias a la investigación teórica en torno a este área, el abanico de la intervención se verá ampliamente enriquecido. En este sentido, la relación de variables como el optimismo, el humor o las emociones positivas en los estados físicos de salud se alza como uno de los puntos clave de la investigación en Psicología positiva. A lo largo de los próximos años es de esperar una gran cantidad de resultados empíricos que vayan dando forma a una nueva teoría de la psicología” (p. 4).

El interés por el optimismo surge al estudiarse el papel que jugaba el pesimismo dentro de la depresión. Desde ese momento, se han llevado a cabo multitud de estudios que señalan que el optimismo posee un valor predictivo sobre el bienestar y la salud, además de subsanar de alguna manera los eventos estresantes, aliviando parte del sufrimiento y el malestar en aquellas personas que sufren, poseen estrés o padecen enfermedades graves (Peterson, Seligman y Vaillant, 1988). Aunque también, el optimismo puede potenciar el bienestar en aquellas personas que, simplemente, pretenden mejorar su calidad de vida.

El interés por estudiar las características psicológicas positivas que posee el ser humano ha ido en aumento con el paso de los años. Generalmente, se entiende que las personas que son más optimistas tienden a estar de mejor humor, a ser más constantes y a tener más éxito, además de tener una buena salud física. Dentro de la literatura científica, uno de los resultados más sólidos es que las personas que tienen unos niveles de optimismo elevados, y también de esperanza (ya que ambos están relacionados con la expectativa de obtener un resultado positivo en el futuro y la creencia sobre sus capacidades para conseguir sus propósitos) tienden a ser más fuertes y a encontrar el lado positivo en situaciones negativas y estresantes (Hervás, 2009).

En el presente trabajo, se estudia más concretamente el optimismo, el cual se puede definir como una característica disposicional de personalidad que media entre los sucesos externos y la interpretación personal de éstos. Sin embargo, esta definición puede quedarse algo escueta, ya que el optimismo puede explicarse desde distintas perspectivas. Puede entenderse como la tendencia de las personas a esperar resultados positivos y favorables en sus vidas y como una expectativa generalizada de resultado positivo (Scheier y Carver, 1993; Scheier, Weintraub y Carver, 1986), denominándose optimismo disposicional. También puede definirse como una estrategia en la cual la persona tiene bajas expectativas de éxito, a pesar de tener una experiencia de logros (Norem y Cantor, 1986), es decir, pensar en negativo es una forma de psicología positiva en el sentido de que nos ayuda a alcanzar nuestros objetivos, la cual se conoce como pesimismo defensivo.

Por otro lado, también se define como una tendencia o disposición relativamente estable a realizar un tipo particular de atribuciones en situaciones y dominios distintos, ésta corresponde a la concepción de estilos explicativos optimista-pesimista (Seligman, 2002). Según la explicación de Seligman, una persona con estilo explicativo optimista ante un suceso negativo tiende a explicarlo mediante causas externas, inestables y específicas.

Estas tres concepciones son las que más apoyo empírico han obtenido, aunque también hay otros, como el optimismo irreal, definido como la tendencia a subestimar la probabilidad de que sucedan acontecimientos negativos en el futuro (Weinstein, 1980); el optimismo “militante”, que puede considerarse como la creencia de que existen

posibilidades de cambio mediante el esfuerzo; el optimismo ingenuo, definido como la creencia de que las cosas mejoraran independientemente de lo que se haga o no (Fernández-Ríos, 1997); y el optimismo ilusorio, considerado como la tendencia general a que sucederán cosas positivas (Taylor y Brown, 1988).

De las tres concepciones principales, la última que se ha citado acerca del optimismo proviene de la teoría de la indefensión aprendida de Abramson, Seligman y Teasdale (1978), como una manera de explicar las respuestas de afrontamiento ante sucesos negativos que les ocurren a las personas en sus vidas. Estos autores hablan acerca de dos estilos explicativos: optimista y pesimista. Ambos estilos se diferencian en varios aspectos el uno del otro, por ejemplo, el estilo optimista defiende que la persona optimista se siente responsable de lo que le ocurre, y por lo tanto, piensa acerca de qué puede hacer para cambiar su situación; mientras que el estilo pesimista explica que la persona pesimista se siente tan impotente que espera a que sea lo de su alrededor lo que cambie, sin que él haga nada para conseguirlo. Otra diferencia es que los optimistas perciben el aspecto positivo de todo lo que le rodea, de los demás e incluso de sí mismo, mientras que el pesimista es únicamente consciente de los aspectos negativos. Otra posible diferencia es que las personas que presentan un estilo pesimista poseen un mayor riesgo de padecer problemas emocionales, debido a esas emociones negativas que le invaden, como puede ser el sentimiento de culpabilidad o impotencia, que hace les hace ser más conscientes de la percepción de la imposibilidad del cambio y la sensación de fracaso. Por otro lado, las personas que poseen un estilo optimista, suelen ser más perseverantes y ven los errores como oportunidades para aprender y mejorar en un futuro. Es importante señalar que las personas optimistas no olvidan sus preocupaciones ni niegan tener problemas, sino que ponen en marcha estrategias para afrontarlos y superarlos en la medida que les sea posible.

En definitiva, las personas pesimistas se caracterizan por una autoestima más baja, se suelen rendir con mayor facilidad ante las vicisitudes e incluso su actividad inmunológica es menor; mientras que el perfil de la persona optimista se caracterizaría por todo lo contrario, tiene una alta autoestima, al ser constantes llegan a conseguir sus metas y sus defensas inmunológicas tienden a estar alerta (Flores-Lozano, 2006). Sin embargo, se sabe que una pequeña dosis de pesimismo tiene cierto valor adaptativo (Fernández, 2001), por ejemplo para prevenir riesgos a la hora de tomar una decisión;

pero nunca debe sobrepasar ese límite, ya que si esa dosis es demasiado elevada, puede conllevar una falta de iniciativa en las decisiones.

1. 2. Estilo Explicativo-Atributivo Optimista-Pesimista

Como se ha explicado anteriormente, esta concepción de optimismo se basa en la teoría de la indefensión aprendida reformulada por Abramson, Seligman y Teasdale (1978). Esta reformulación surge porque la anterior teoría no explicaba algunas características notorias de la depresión. Abramson, Seligman y Teasdale postularon que la simple exposición a situaciones de incontrolabilidad no basta por sí sola para producir la sintomatología depresiva, sino que debía existir algo más. Aclararon que cuando se experimenta tal situación, las personas tienden a explicarse la posible causa de la incontrolabilidad. Propusieron que las personas que poseen un estilo atribucional negativo poseían una mayor vulnerabilidad a la hora de desarrollar una sintomatología depresiva ante situaciones estresantes.

Por lo tanto, de acuerdo con Peterson y Seligman en 1984 (Remor, 2006); el estilo explicativo pesimista (EEP) se define como la “tendencia a explicar los malos sucesos o eventos negativos ocurridos en la vida cotidiana, con una causa interna a uno mismo, estable en el tiempo y con un efecto global a todos los ámbitos de la vida de la persona”; en contraposición, el estilo explicativo optimista (EEO) se refiere a la “tendencia a explicar los malos sucesos con una causa externa a uno mismo, inestable en el tiempo y específico de ese ámbito concreto que afecta.”

La diferencia entre ambos estilos explicativos se basan en tres dimensiones (Camuñas, 2005):

a) Internalidad-Externalidad: grado en que uno se considera responsable de un suceso; es decir atribuir causas externas o internas a los acontecimientos positivos o negativos. Esta dimensión está mayormente relacionada con la autoestima.

b) Estabilidad-Inestabilidad: duración que le otorgamos en el tiempo a las causas de los acontecimientos positivos o negativos. Esta dimensión puede apreciarse cuando una persona usa a menudo los polos siempre-nunca.

c) Globalidad-Especificidad: cuando el acontecimiento afecta a todos los demás aspectos de la vida de la persona o, si por el contrario,

simplemente alude a un aspecto concreto de la vida de esa persona. Se suele referir a esta dimensión con tener mala o buena suerte.

En resumen, los optimistas atribuyen las causas de la incontabilidad a factores externos, inestables y específicos; mientras que los pesimistas se guiarían por todo lo contrario, atribuyéndolos a factores internos, estables y globales.

Estos estilos atribucionales no están prefijados en la persona, sino que se aprenden durante la infancia a partir de tres vías:

- Por observación: viendo como los padres analizan los sucesos cotidianos.
- El tipo de críticas que se han recibido de los padres, familiares o profesores.
- Pérdidas o problemas en períodos vulnerables del desarrollo evolutivo.

Según la teoría de la desesperanza de la depresión, la cual fue reformulada a partir de la teoría de la atribución de Abramson, Seligman y Teasdale (1978), también se propone como factor importante la existencia de una vulnerabilidad cognitiva. Ésta se caracteriza por la tendencia a explicar los sucesos negativos mediante causas estables y globales; la realización de inferencias negativas sobre las consecuencias que provocan los acontecimientos negativos; y el atribuir el problema a una causa interna, es decir, la creencia de que el problema reside dentro uno mismo.

En otras palabras, las personas pesimistas hacen una interpretación catastrófica de los problemas que les suceden, creyendo que no tienen solución o que no hay nada en su mano para poder arreglarlos, y que por supuesto, las consecuencias negativas son inevitables, afectando a todos los ámbitos de su vida.

Los beneficios del optimismo son numerosos. Se asocia a índices más bajos de enfermedad, de depresión y de suicidio, y a niveles más elevados de rendimiento académico y deportivo, adaptación profesional y calidad de vida familiar (Gillham, 2000; Seligman, 1998; Seligman, Reivich, Jaycox, y Gillham, 2005). También se considera un factor protector del consumo de sustancias en situaciones estresantes (Torres Jiménez, Robert, Tejero, Boget y Pérez de los Cobos, 2006).

1.3. Optimismo y su relación con la salud

Podemos hablar de “optimismo” como un rasgo de la personalidad que actúa como un escudo protector frente a numerosas enfermedades. Según algunos estudios, el optimismo es un potente predictor psicológico de salud y de longevidad. El optimismo disminuye la sintomatología depresiva, modera la tensión arterial, refuerza el sistema inmune y disminuye la aparición de los síntomas de ansiedad (Flores-Lozano, 2005).

Este enfoque posibilita mantener un buen estado anímico que proporciona una fuerte resistencia psicológica contra los estados depresivos.

En general, se puede apreciar que los sujetos optimistas superan sus dificultades mediante estrategias de afrontamiento centradas en el problema, a diferencia de los pesimistas. También saben sacar partido de las situaciones negativas y suelen buscar apoyo social. Sin embargo, las personas optimistas no afrontan bien las vicisitudes por el simple hecho de ser optimistas, sino por las expectativas que poseen frente a éstas y por comprometerse para poder esforzarse en cambiar la situación.

Por otro lado, también es importante recalcar que el optimismo puede provocar ciertos problemas de salud, como por ejemplo, no asistir al médico cuando es necesario, no obedecer las prescripciones recetadas por los médicos, o que surja mayor frustración cuando las cosas no van por el camino deseado.

1.4. Optimismo y depresión, ansiedad y afecto

El estilo explicativo positivo se refiere, como hemos citado ya anteriormente, a la tendencia relativamente estable a explicar las situaciones negativas mediante causas externas, inestables y específicas. Numerosos estudios han relacionado el estilo opuesto, es decir, el estilo explicativo negativo, con depresión clínica, ansiedad y algunas emociones negativas. Dichos estudios han demostrado que si se controla el afecto negativo, las relaciones existentes entre el estilo explicativo negativo y los síntomas de ansiedad y depresión disminuían, mientras que si se controlaban los síntomas de la ansiedad y la depresión, la relación entre el afecto negativo y el estilo explicativo negativo se mantenía. Por lo tanto, se puede decir que el estilo explicativo negativo no es específico de la depresión, sino que constituye un estilo cognitivo asociado al malestar psicológico.

Sin embargo, ¿cómo adquirimos tales estilos explicativos? No es a causa de la genética, ni cuestión de temperamento, lo que va a determinar que tengamos un estilo u otro, sino el aprendizaje. Éste se produce en la niñez, por ejemplo, por el modo en que una madre le explica a su hijo los sucesos, o como los adultos critican la conducta de otros niños, o simplemente cómo esos niños hayan superado los problemas importantes de su vida (Zuazua, 2007). El optimismo puede ser fácil de enseñar, explicándole a los niños por qué los acontecimientos ocurren como ocurren, diciéndoles que hay que aceptar la realidad, pero no resignarte a ésta, sino trabajar para provocar un cambio que mejore su situación. Es fundamental educarlos desde un estilo explicativo optimista, dándoles explicaciones acerca de la causa y las consecuencias de una situación negativa, aclarándoles que no tiene por qué ser duradera, y de que somos responsables si se trata de algo positivo.

Tanto el estilo optimista como el pesimista son simplemente interpretaciones que hacemos para explicarnos la realidad. Cada persona se explica sus eventos vitales, y tal explicación causará efectos diferentes sobre sus vidas. El estilo explicativo pesimista, al predecir resultados negativos, puede hacer que nos rindamos fácilmente ante los desafíos que nos encontramos en la vida, provocando que evitemos posibles situaciones que podrían ser exitosas (Blas, 2016).

El centrarnos únicamente en lo negativo de las situaciones y de las personas que nos rodean, puede suponer una ruptura de nuestros vínculos emocionales y no beneficia a la creación de futuras relaciones.

Debido a los pensamientos negativos que produce este estilo pesimista, tendemos a padecer estados de ánimo desesperanzadores que nos conducen a la baja autoestima, a la depresión, a la ansiedad, etc..

Por otro lado, el estilo explicativo optimista permite afrontar todos los retos con mayor alegría, aumenta nuestra autoeficacia y nos hace tener fe en que lograremos nuestras metas, estimulando estados de ánimo positivos y una mejor adaptación.

Como se ha mencionado al principio, el optimismo puede considerarse un recurso psicológico, entendiendo esto como un factor de protección que se relaciona positivamente con el bienestar y la salud, que nos otorga resistencia ante las vicisitudes, ya que nos permite una apropiada evaluación de éstas (Remor, 2006). Por consiguiente, el tener una actitud positiva nos permite utilizar nuestros recursos en situaciones complicadas, convirtiéndolas en situaciones de crecimiento y superación personal. Por

esta razón, esta actitud nos hace ver cuáles son los recursos personales que debemos mejorar.

Finalmente podemos identificar tres tipos de creencias optimistas (Fournier, Ridder y Bensing, 2002):

✚ Expectativas positivas del resultado, es decir, la creencia de experimentar buenos resultados.

✚ Expectativas positivas de eficacia, es decir, la creencia de poder afrontar situaciones complicadas.

✚ Pensamiento poco realista positivo, es decir, la creencia de que se tiene más probabilidad de ocurrencia de sucesos positivos a ellos mismo que a los demás.

2. Objetivos

El objetivo general de esta investigación es estudiar la capacidad predictiva a largo plazo (de al menos 3-4 años) del optimismo basado en estilos atribucionales sobre la ansiedad, depresión, afectividad positiva-negativa, y el informe de síntomas somáticos.

3. Método

3.1 Muestra

La muestra ha estado compuesta por 112 estudiantes de Psicología de la Universidad de Jaén, 14 varones y 98 mujeres, con un rango de edad situado entre 21 y 46 años ($X=23,63$; $DT=3,74$). Todos los participantes pertenecen a la Licenciatura de Psicología, habiéndose recogido los datos durante los cursos 2005-2006, 2007-2008, 2008-2009 y 2009-2010.

3.2 Instrumentos de medida

- *Cuestionario de Estilo Atribucional (ASQ)*; Seligman, Reivich, Jaycox y Gillham, 2005).

Compuesto por 48 ítems que describen situaciones hipotéticas con dos explicaciones causales contrapuestas de elección forzosa. Las dimensiones atribucionales de personalización, duración y amplitud están representadas por 16 cuestiones cada una, una mitad referidas a situaciones favorables y otra a situaciones adversas. Las respuestas internas, estables o globales se puntúan con uno y las respuestas externas, inestables o específicas con cero. Se obtienen sendas puntuaciones de estilo explicativo de situaciones positivas (EESP) y negativas (EESN), de modo que restando EESN a EESP se calcula el estilo explicativo general, que es más optimista cuanto mayor sea la diferencia.

El instrumento presenta una buena consistencia interna para el compuesto positivo, ($\alpha= 0,75$) y también para el compuesto negativo ($\alpha= 0,72$) (Schwartz, Kaslow, Seeley y Lewinsohn, 2000; Seligman, Peterson, Kaslow, Tanenbaum, Alloy y Abramson, 1984). A partir de las repuestas de estos ítems se obtienen las puntuaciones de los participantes en seis escalas:

- Interna negativa.
- Estable negativa.
- Global negativa.
- Interna positiva.
- Estable positiva.
- Global positiva.

- *Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS)* (Watson, D. Clark., L., y Tellegen, A. (1988).

Esta escala evalúa la afectividad tanto negativa como positiva. Consta de veinte ítems que describen sentimientos y emociones, diez de ellos expresan afectividad positiva, como por ejemplo entusiasmo, felicidad... mientras que los otros diez restantes muestran afectividad negativa, como por ejemplo malestar, enfado... Cada

grupo de ítems se suman de manera separada, obteniendo así las puntuaciones de cada escala. Se presentan en escala tipo Likert, siendo 1 nada o casi nada, y 5 muchísimo. El instrumento presentan unas buenas propiedades psicométricas, con una consistencia interna de $\alpha=0,85$ para la afectividad positiva y $\alpha=0,81$ para la negativa..

- *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo, STAI.* (C.D. Spielberger, Gorsuch R.L y Lushene R.E. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Manual, (2ª edición) Madrid: TEA Ediciones; 1986).

Su función es la de evaluar los dos conceptos de la ansiedad, estado y rasgo, y cada uno de ellos se mide con veinte ítems. La ansiedad rasgo caracteriza a individuos con la tendencia de percibir las situaciones como amenazadoras, mientras que la ansiedad estado se considera como un estado transitorio, representado por sentimientos subjetivos, que son conscientemente percibidos como cierta preocupación del sistema nervioso autónomo. Este cuestionario ha mostrado niveles de consistencia interna que oscilan entre 0,84 y 0,93.

- *Escala hospitalaria de ansiedad y depresión, HAD* de Zigmong, A.S. y Snaith R.P. (1983).

Consta de catorce ítems y fue diseñado para evaluar la ansiedad y la depresión en hospitales. Por lo tanto, posee dos escalas, una para la ansiedad y otra para la depresión. Una de sus principales virtudes es que se suprimen los síntomas somáticos para poder evaluar de manera independiente de la enfermedad que puedan padecer. La escala de depresión presenta una consistencia interna de 0,82 y la escala de ansiedad de 0,84.

- *Escala de síntomas somáticos- Revisada, ESS-R* de Sandin y Chorot (1991).

Es un inventario desarrollado para evaluar los síntomas físicos relacionados con la salud. Está compuesto por noventa ítems en formato de respuesta tipo Likert relacionados con la ocurrencia de distintos síntomas recopilados en las siguientes nueve categorías: Cardiovascular, Gastrointestinal, Respiratorio, Inmunológico general, Músculo-esquelético, Piel-Alergia, Neuro-Sensorial, Reproductor femenino, Génito-Urinario, y al final, se consigue una categoría denominada Total del síntomas.

Respecto a sus propiedades psicométricas, los índices de consistencia interna (α de Cronbach) oscilan entre 0,79 y 0,84).

3. 3. Procedimiento

Este trabajo presenta una pequeña parte de un estudio longitudinal llevado a cabo en la Universidad de Jaén, en el que se pretende indagar en la relación de los diversos tipos de optimismo con distintas variables relacionadas con la salud, la depresión, la ansiedad y el afecto tanto positivo como negativo. Los alumnos a los que se les pasaron los cuestionarios en la primera ocasión estaban en 1º, es decir, en el comienzo de sus estudios, y después se les volvieron a pasar cuando estaban en 4º, es decir, en la finalización de sus estudios. El intervalo de tiempo pues entre la primera y segunda evaluación fue de al menos 3 o 4 años.

Los cuestionarios de evaluación del optimismo referido a estilos atribucionales (ASQ), evaluación de la depresión y la ansiedad (el HAD y el STAI), la afectividad (PANAS), y los síntomas físicos (ESS-R) fueron completados al inicio de los estudios, y cuatro años después, ya estando en su último año académico, volvieron a responder a los cuestionarios ya citados anteriormente, menos al ASQ.

De todos los universitarios que habían participado en el 1º curso de Psicología, 112 han completado la segunda evaluación, siendo éstos los participantes del presente trabajo.

La clasificación de los estudiantes en pesimistas u optimistas según el ASQ, es decir, el optimismo según el estilo Explicativo-Atributivo, se ha realizado en función del percentil 25 (pesimistas) y 75 (optimistas).

3.4. Análisis Estadísticos

Para los análisis estadísticos, además de los análisis descriptivos, se han aplicado correlaciones bivariadas de Pearson para el estudio de la relación entre el optimismo y la depresión, ansiedad, afecto positivo y negativo, y los síntomas somáticos. También se ha realizado una comparación de medias entre los grupos de participantes optimistas ($ASQ \geq 75$, $n = 40$) y pesimistas ($ASQ \leq 25$, $n = 48$) utilizando ANOVAs de un factor entre-sujetos (grupo). Para la realización de estos análisis se ha empleado el programa estadístico SPSS 21.

3.5. Resultados

3.5.1. Datos descriptivos

A continuación se recogen en la Tabla 1 los estadísticos descriptivos de las variables evaluadas a partir de las puntuaciones totales en las distintas escalas que conforman cada cuestionario (ASQ, ESSR, STAI, PANAS, HAD).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las diferentes variables evaluadas.				
Escalas	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
ASQESTNEG	,00	8,00	3,32	1,50
ASQESTPOSIT	2,00	7,00	4,51	1,19
ASQGLOBNEG	1,00	8,00	4,13	1,22
ASQGLOBPOSIT	1,00	7,00	4,51	1,35
ASQINTNEG	1,00	8,00	5,14	1,54
ASQINTPOSIT	1,00	7,00	4,03	1,22
essrBTIn	,00	25,00	8,05	4,92
essrBTCV	,00	21,00	4,75	4,73
essrBTR	,00	33,00	9,03	6,36
essrBTG	,00	24,00	12,61	6,24
essrBTNS	,00	21,00	5,70	4,70
essrBTME	,00	33,00	10,26	6,14
essrBTPA	,00	28,00	10,59	6,46
essrBTGU	,00	33,00	5,74	6,27
essrBTRF	,00	27,00	11,34	7,60
AnsRasg	6,00	45,00	19,08	10,07
AnsEst	,00	41,00	17,02	10,46
AfectoPostPANAS	17,00	50,00	34,72	6,68

AfectoNegtPANAS	10,00	33,00	18,12	5,48
hadd2total	,00	23,00	2,55	3,19
hada2total	,00	24,00	6,66	3,70

Nota: ASQESTNEG (Eventos negativos): Estabilidad negativa; ASQESTPOS (Eventos positivos): Estabilidad positiva; ASQGLOBNEG (Eventos negativos): Globalidad negativa. ASQGLOBPOSIT (Eventos positivos): Globalidad positiva; ASQINTNEG (Eventos negativos): Internalidad negativa; ASQINTPOSIT (Eventos positivos): Internalidad positiva. ESSRB TIN: Inmunológico General; ESSRBTCV: Cardiovascular; ESSRBTR: Respiratorio; ESSRTG: Gastrointestinal; ESSRB TNS: Neurosensorial, ESSRB TME: Músculo-Esquelético, ESSRBTPA: Piel-Alergia; ESSRB TGU: Genito-Urinario; ESSRBTRF: Reproductor Femenino; AnsRasg: Ansiedad Rasgo STAI; AnsEst: Ansiedad Estado STAI; AfectoPostPANAS: Afecto Positivo PANAS; AfectoNegtPANAS: Afecto Negativo PANAS; hadd2total: HAD Depresión; hada2total: HAD Ansiedad.

3.5.2. Asociaciones entre optimismo y las demás variables

Como se puede observar en la Tabla 2, existe una fuerte correlación negativa entre la dimensión de internalidad positiva del ASQ y la dimensión de ansiedad rasgo del STAI, es decir, si una persona tiene la creencia de que un evento positivo se debe a causas internas, va a padecer menos ansiedad.

	AnsRasgo	AnsEstado
ASQEST(-)	,112	-,114
ASQEST(+)	-,159	-,076
ASQGLOB(-)	-,045	-,166
ASQGLOB(+)	-,172	-,116
ASQINT(-)	,003	-,031
ASQINT(+)	-,347**	,081

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nota: AnsRasgo: Ansiedad rasgo STAI; AnsEstado: Ansiedad estado STAI;

ASQEST(-) (Eventos negativos): Estabilidad negativa; ASQEST(+ (Eventos positivos): Estabilidad positiva; ASQGLOB(-) (Eventos negativos): Globalidad negativa; ASQGLOB(+ (Eventos positivos): Globalidad positiva; ASQINT(-) (Eventos negativos): Internalidad negativa; ASQINT(+ (Eventos positivos): Internalidad positiva.

Como se puede apreciar en la Tabla 3, existe una correlación negativa entre la dimensión del ASQ de estabilidad en buenos momentos y la dimensión de afecto negativo del PANAS, al igual que con la dimensión del ASQ de internalidad en momentos positivos. También se observa una correlación positiva entre la dimensión de globalidad para eventos positivos del ASQ con el afecto positivo. Todo esto indica que cuando una persona le otorga más duración en el tiempo a los acontecimientos positivos y menos tiempo a los negativos, su afecto negativo, es decir, el hecho de sentir emociones negativas, se ve reducido; al igual que si una persona se atribuye las causas de un evento positivo y atribuye las causas de un acontecimiento negativo a factores externos, su afecto negativo también se reduce. Por otro lado, cuando una persona tiene la creencia de que un acontecimiento positivo afecta a todas las áreas de su vida, su afecto positivo, es decir, el hecho de sentir emociones positivas, aumenta.

Tabla 3. Correlación ASQ y PANAS.		
	AfectoPostPANAS	AfectoNegtPANAS
ASQEST(-)	,000	,069
ASQEST(+)	,096	-,230*
ASQGLOB(-)	,010	-,094
ASQGLOB(+)	,197*	-,149
ASQINT(-)	-,129	,074
ASQINT(+)	,153	-,209*

Nota: ASQEST(-) (Eventos negativos): Estabilidad negativa; ASQEST(+)
(Eventos positivos): Estabilidad positiva; ASQGLOB(-) (Eventos negativos):
Globalidad negativa; ASQGLOB(+)
(Eventos positivos): Globalidad positiva; ASQINT(-) (Eventos negativos): Internalidad negativa; ASQINT(+)
(Eventos positivos): Internalidad positiva. AfectoPostPANAS: Afecto Positivo PANAS; AfectoNegtPANAS: Afecto Negativo PANAS.

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como se puede observar en la Tabla 4 se observa una correlación negativa entre la dimensión de globalidad del ASQ para sucesos positivos y los niveles de depresión, es decir, si la persona tiene la creencia de que los eventos positivos afectan a todas las

áreas de su vida, pues la posibilidad de padecer una depresión, disminuye. Mientras que hay una correlación negativa muy consistente entre la dimensión de internalidad en sucesos positivos y la depresión, es decir, si la persona achaca las causas de los acontecimientos buenos de su vida a factores internos, disminuye la probabilidad de padecer depresión.

Tabla 4. Correlación ASQ y HAD.		
	HADD2	HADA2
ASQEST(-)	,094	,035
ASQEST(+)	-,120	-,150
ASQGLOB(-)	-,012	,011
ASQGLOB(+)	-,211*	-,175
ASQINT(-)	-,074	,015
ASQINT(+)	-,262**	-,162

Nota: ASQEST(-) (Eventos negativos): Estabilidad negativa; ASQEST(+)
(Eventos positivos): Estabilidad positiva; ASQGLOB(-) (Eventos negativos):
Globalidad negativa; ASQGLOB(+)
(Eventos positivos): Globalidad positiva; ASQINT(-) (Eventos negativos): Internalidad negativa; ASQINT(+)
(Eventos positivos): Internalidad positiva. HADD2: HAD Depresión; HADA2: HAD Ansiedad.

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Finalmente, en la Tabla 5 encontramos las correlaciones entre las dimensiones del ASQ y las categorías de síntomas somáticos. La dimensión de estabilidad del ASQ para eventos positivos se asocia negativamente con los síntomas inmunológicos, los síntomas músculo-esqueléticos y los relacionados con la piel y la alergia; es decir, si la persona tiene la creencia de que los acontecimientos positivos tienen una larga duración en el tiempo, los síntomas inmunológicos, los síntomas músculo-esqueléticos y los que están relacionados con la piel y la alergia, disminuyen. También, existe una correlación negativa entre la dimensión de estabilidad del ASQ para eventos negativos y síntomas gastrointestinales, es decir, si la persona tiene la creencia de que los acontecimientos negativos tienen una larga estabilidad temporal, disminuirán los síntomas gastrointestinales. Asimismo, ocurre también lo mismo con la dimensión de globalidad

para eventos negativos del ASQ y los síntomas neurosensoriales, es decir, si la persona tiene la creencia de que un acontecimiento negativo afectará a todas las áreas de su vida, los síntomas neurosensoriales disminuirán.

Tabla 5. Correlación ASQ y ESSR (9)									
	Essr TIn	Essr TCV	Essr TR	Essr TG	Essr TNS	Essr TME	Essr TPA	Essr TGU	Essr TRF
ASQES T(-)	-,098	-,035	-,005	-,229*	-,161	-,077	-,167	-,118	-,040
ASQES T(+)	-,203*	-,104	-,139	-,039	-,179	-,250**	-,309**	-,064	-,053
ASQGL OB(-)	-,103	-,036	,084	-,054	-,203*	-,189	,134	-,059	-,096
ASQGL OB(+)	-,186	-,037	,033	-,057	-,062	-,032	,031	-,082	,007
ASQIN T(-)	,089	-,066	,044	-,030	-,025	-,026	-,042	-,119	-,057
ASQIN T(+)	-,079	-,169	-,033	-,025	-,156	-,122	-,028	,073	-,109

Nota: ASQEST(-) (Eventos negativos): Estabilidad negativa; ASQEST(+)
(Eventos positivos): Estabilidad positiva; ASQGLOB(-) (Eventos negativos):
Globalidad negativa; ASQGLOB(+)
(Eventos positivos): Globalidad positiva; ASQINT(-) (Eventos negativos):
Internalidad negativa; ASQINT(+)
(Eventos positivos): Internalidad positiva. ESSRB TIN: Inmunológico General; ESSRBTCV:
Cardiovascular; ESSRBTR: Respiratorio; ESSRTG: Gastrointestinal; ESSRB TNS:
Neurosensorial, ESSRB TME: Músculo-Esquelético, ESSRB TPA: Piel-Alergia;
ESSRB TGU: Genito-Urinario; ESSRB TRF: Reproductor Femenino

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

3.5.3. Diferencias de medias entre los grupos extremos de pesimistas versus optimistas

En la Tabla 6 se presentan las medias y desviaciones típicas y los resultados de los ANOVAs realizados para la comparación de medias entre los participantes con estrategias optimistas (percentil en el ASQ ≥ 75) y estrategias pesimistas (percentil en el ASQ ≤ 25).

Los resultados sólo muestran que existen diferencias significativas, es decir $p < ,05$ en síntomas gastrointestinales del ESS-R y, también diferencias marginalmente significativas, es decir $p < 1$ en síntomas neurosensoriales del ESS-R.

	essrBTIN		essrBTCV		essrBTR		essrBTG		essrBTNS		essrBTME	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Opt.	10,30	6,36	7,23	6,13	11,00	7,29	16,51	4,71	7,53	5,65	11,30	6,40
Pes.	6,66	3,60	2,44	1,87	10,33	8,26	12,55	7,19	3,11	2,31	9,33	2,91
F	1,240		2,057		,296		4,369		2,470		,404	
Sig.	,301		,142		,746		,020		,098		,671	

	essrBTPA		essrBTGU		essrBTRF	
	M	DT	M	DT	M	DT
Opt.	12,69	8,54	7,38	7,26	13,61	7,29
Pes.	10,66	7,53	3,00	2,95	11,44	7,14
F	,733		1,346		1,882	
Sig.	,487		,272		,166	

	AnsRasg		AnsEst		HADD2		HADA2		AfectoPost PANAS		AfectoNeg PANAS	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Opt.	16,2	6,31	20,37	11,12	1,30	2,13	6,00	3,39	37,92	8,42	17,92	5,25
Pes.	24,3	14,18	16,40	11,26	1,66	1,80	5,66	2,82	33,11	6,66	17,44	5,57
F	,946		,229		1,144		,031		1,987		,159	
Sig.	,410		,797		,329		,970		,151		,854	

Nota: ESSRB TIN: Inmunológico General; ESSRBTCV: Cardiovascular; ESSRBTR: Respiratorio; ESSRTG: Gastrointestinal; ESSRB TNS: Neurosensorial,

ESSRBTME: Músculo-Esquelético, ESSRBTPA: Piel-Alergia; ESSRBTGU: Genito-Urinario; ESSRBTRF: Reproductor Femenino; AnsRasg: Ansiedad Rasgo STAI; AnsEst: Ansiedad Estado STAI; AfectoPostPANAS: Afecto Positivo PANAS; AfectoNegtPANAS: Afecto Negativo PANAS; HADD2: HAD Depresión; HADA2: HAD Ansiedad.

4. Discusión

El principal objetivo de esta investigación era estudiar la capacidad de predicción a largo plazo del optimismo atribucional sobre la ansiedad, la depresión, el afecto positivo y negativo, y el informe de distintos síntomas somáticos. A partir de las pruebas empíricas obtenidas por este estudio se han podido mostrar distintas relaciones.

En primer lugar, el hecho de tener un estilo atributivo optimista basado en la internalidad de los hechos provocará que la ansiedad rasgo, el afecto negativo y la posibilidad de padecer una depresión disminuyan, es decir, si se atribuye la causa de un acontecimiento positivo a factores internos, en un futuro la tendencia estable de esa persona a mostrar ansiedad ira desvaneciéndose, al igual que el hecho de experimentar emociones negativas como la rabia o la tristeza, y por lo tanto se reducirá la probabilidad de sufrir una depresión.

En segundo lugar, el poseer un estilo atributivo optimista basado en la globalidad de las situaciones influirá en el afecto positivo, la ansiedad, la depresión, y síntomas neurosensoriales, es decir, si se tiene la creencia de que un evento positivo puede beneficiar a todas las áreas de la vida de una persona, esto va a suponer en un futuro un incremento en experimentar emociones positivas como la alegría o el orgullo, una disminución de padecer trastornos como la ansiedad o la depresión. Por tanto, podríamos decir que la explicación optimista amortigua el impacto perjudicial de la adversidad y protege de la depresión, mientras que el estilo pesimista aumenta el riesgo (Nolen-Hoeksema, Girgus y Seligman, 1992; Seligman et al., 1984).

En tercer lugar, el mostrar un estilo atributivo optimista basado en la estabilidad de los acontecimientos positivos contribuirá negativamente tanto en el afecto negativo,

ya que se tendrá menos propensión a experimentar emociones negativas; como en síntomas inmunológicos, músculo-esqueléticos, dermatológicos y alérgicos; es decir, si se piensa que la duración temporal de los eventos positivos es elevada, se experimentarán menos síntomas inmunológicos, músculo-esqueléticos y aquellos que estén relacionados con la piel o la alergia; sin embargo, si se tiene la creencia de que un suceso negativo ocurre con frecuencia en el tiempo, es decir, si se tiene un estilo atributivo pesimista en cuanto a la duración de un evento negativo en el tiempo, se producirá una disminución de los síntomas gastrointestinales. En otros estudios se ha encontrado que las personas con estilo atributivo pesimista, comparadas con las que se caracterizan por un estilo atributivo optimista, informan de más enfermedades (Jackson, Sellers y Peterson, 2002; Peterson, 1988), además de padecer también más enfermedades (Peterson, Seligman y Vaillant, 1988), y que su sistema inmunológico presenta una peor eficiencia (Brennan y Charnetski, 2000; Peterson y Bossio, 2001).

Todos estos datos demuestran que el optimismo tiene una capacidad predictiva muy fuerte en cuanto al informe de los síntomas somáticos, al contrario que ocurre con la depresión, la ansiedad y la afectividad, con las cuales se relaciona de manera muy pobre. Por lo tanto se puede decir que los estilos atribucionales positivos muestran una relación con un funcionamiento óptimo de la salud, así como una mejor evolución, y por el contrario, tal y como ha quedado demostrado en otras investigaciones, el presentar estilos atribucionales pesimistas reflejan un peor funcionamiento de la salud y por lo tanto una peor evolución (Peterson, Seligman y Vaillant, 1988; Peterson y Seligman, 1984; Sweeney, Anderson y Bailey, 1986; Seligman, Abramson, Semmel y Von Baeyer, 1979; Dykema, Bergbower y Peterson, 1995; Everson, Goldberg, Kaplan, Cohen, Pukkala, Tuomilehto y Salonen, 1996; Everson, Kaplan, Goldbrg, Salonen y Salonen, 1997).

Asimismo, también queda demostrado que un estilo atribucional positivo haría que en un futuro se mostraran más emociones positivas y muchas menos negativas, provocando al mismo tiempo que se reduzcan las probabilidades de padecer depresión o ansiedad. Además, algo sorprendente de los resultados es que lo que más predice es tener un estilo atributivo optimista, es decir, se muestran muchas más asociaciones que si se tiene un estilo atributivo pesimista.

Esta investigación cuenta con muchos más participantes pero en este estudio se trabaja únicamente con una muestra de todos los que en su día participaron en este proyecto, por lo tanto es importante tener en cuenta que es complicado generalizar estos resultados al resto de la población. El hecho de que sea un estudio longitudinal ya es de por sí un punto fuerte, ya que la mayoría de los trabajos que han estudiado estas variables son transversales. Además, sería interesante explorar la influencia de los estilos atribucionales en, por ejemplo, el rendimiento académico, proporcionándose así distintas claves relacionadas con el optimismo que puedan llevar a una mejora en los estudios.

5. Referencias

Barra, E. (2003). Influencia del estado emocional en la salud física. Universidad de Concepción, Chile. *Terapia Psicológica*, Vol. 21, 55-60.

Beck, A. (1967). Depression: clinical, experimental and theoretical aspects. Nueva York: Hoeber.

Blas, V. (2016). La inteligencia optimista. Buenos Aires: V&R Editoras.

Camuñas, N., Pérez Nieto, M., Ferrándiz, P., Miguel- Tobal, J., Cano-Vindel, A., & Iruarrizaga, I. (1999). Ansiedad, depresión e ira: relaciones entre el estilo atribucional y las emociones negativas. *Ansiedad y Estrés*, Vol. 5, pp. 175-189.

Camuñas, N., & Tobal, J. J. M. (2005). Dimensiones atribucionales asociadas a la depresión. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 4(2), 179-197.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical psychology review*, 30(7), 879-889.

Contreras, F & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitias*, Vol. 2, pp. 311-319.

Fernández, E. & Bermúdez, J. (2001). Pesimismo defensivo, optimismo y dificultad de la tarea: un análisis del papel de las expectativas. *Revista de Psicología*, Vol. 54, pp. 371-388.

Fernández-Ríos, L., Cornes, J., & Codesido, F. (1999). Psicología preventiva: situación actual. *Psicología preventiva: Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Pirámide, 59-78.

Flores-Lozano, J. (2006, julio). Optimismo y salud. *JANO*, Vol. 1616, p. 60.

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S. & Muñiz, J.. (2012). Propiedades psicométricas del "cuestionario de ansiedad estado-rasgo" (STAI) en universitarios. *Psicología Conductual*, Vol. 20, pp. 547-561.

Fournier, M., Ridder, D., & Bensing, J. (Noviembre, 2002). How optimism contributes to the adaptation of chronic illness. A prospective study into the enduring effects of optimism on adaptation moderated by the controllability of chronic illness. *Personality and Individual Differences*, Vol. 33, pp. 1163-1183.

Gillham, J. E., Shatté, A. J., Reivich, K. J., & Seligman, M. E. (2001). Optimism, pessimism, and explanatory style.

Jackson, B., Sellers, R. M., & Peterson, C. (2002). Pessimistic explanatory style moderates the effect of stress on physical illness. *Personality and Individual Differences*, 32(3), 567-573.

Jiménez, A., Robert, A., Tejero, A., Boget, T., & de los Cobos, J. P. (2006). Indefensión aprendida y dependencia de sustancias. *Trastornos adictivos*, 8(3), 168-175.

Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: a 5-year longitudinal study. *Journal of abnormal psychology*, 101(3), 405.

Norem, J. K. (2008). Defensive Pessimism, Anxiety, and the Complexity of Evaluating Self-Regulation. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(1), 121-134.

Ortiz, J., Ramos, N., Vera, P.(2003). Optimismo y salud: estado actual e implicaciones para la psicología clínica y de la salud. *Suma Psicológica*, Vol. 10, pp. 119-134.

Peterson, C.; Seligman, M. and Vaillant, G. (1988). Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness: a thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.

Peterson, C., & Bossio, L. (2001). Optimism and physical well-being.

Quintana, J. M., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui, I., Bilbao, A., & Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(3), 216-221.

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.

Sanjuán, P.; Pérez-García, A.; Rueda B., & Ruiz. A.. (2008). Estilos explicativos y afecto negativo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, Vol. 13, pp. 45-52.

Robles, R., & Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud mental*, 26(1), 69-75.

Segerstrom, S., Taylor, S., Kemeny, M., & Fahey, J. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of personality and social psychology*, 74(6), 1646.

Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Nueva York: Free Press.

Seligman, M. (1999). *Niños optimistas: como prevenir la depresión en la infancia*. Barcelona: Grijalbo.

Smith, T., Pope, M., Rhodewalt, F., & Poulton, J. (1989). Optimism, neuroticism, coping, and symptom reports: An alternative interpretation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(4), 640.

Taylor, S. (1989). *Positive Illusions*. Nueva York: Basic books.

Taylor, S., & Brown, J. (1988). Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological bulletin*, 103(2), 193.

Valverde, C., Torres, G., Rahona, J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud* (5), 15-28.

Vázquez, C., Hervás, G., & Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología conductual*, 14(3), 401-432.

Weinstein, N. (1982). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. *Journal of behavioral medicine*, 5(4), 441-460.

Zuazua, A.. (2007). *El proyecto de autorrealización: cambio, curación y desarrollo*. Barcelona : Editorial Club Universitario.