

Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés

Alfonso Martínez-Correa, Gustavo A. Reyes del Paso, Ana García-León y María Isabel González-Jareño
Universidad de Jaén

Estudios recientes confirman que el *pesimismo disposicional* está relacionado con un peor estado de salud física, en comparación con el *optimismo disposicional*. En esta relación, la eficacia de las *estrategias de afrontamiento del estrés* ha sido considerada como un mecanismo mediador. El objetivo del presente estudio es analizar en una muestra de estudiantes universitarios (n= 200) la asociación entre el optimismo/pesimismo disposicional y diferentes categorías de *síntomas somáticos autoinformados*, y evaluar la posible mediación de las estrategias de afrontamiento del estrés en esta vinculación. Los resultados indican que: 1) el pesimismo está positivamente relacionado con el informe de síntomas físicos, mientras que el optimismo está asociado negativamente con las quejas somáticas; y 2) esta vinculación puede ser explicada principalmente por la utilización diferencial de la estrategia de afrontamiento denominada *autocrítica* (característica del pesimismo).

Relationship between dispositional optimism/pessimism and stress coping strategies. Recent studies confirm that *dispositional pessimism* is related with a worse state of physical health, in comparison with *dispositional optimism*. The efficacy of *stress coping strategies* has been considered as a mediating mechanism in this relationship. The aim of the present study is to analyze in a sample of university students (n = 200) the association between dispositional optimism/pessimism and different categories of *self-reported somatic symptoms*, and evaluate the possible mediation of the stress coping strategies in this relationship. The results indicate that: 1) pessimism is positively related with the report of physical symptoms, whereas optimism is negatively associated to somatic complaints; and 2) this relationship can be mainly explained by the differential utilization of the coping strategy denominated *self-criticism* (characteristic of pessimism).

Actualmente, dentro del ámbito de la Psicología de la Salud, existe la opinión compartida de que algunos factores de personalidad están relacionados con la incidencia de la enfermedad física (Eysenck, 1994). En relación con este aspecto, uno de los rasgos de personalidad que últimamente ha acaparado un mayor interés ha sido el del *optimismo disposicional*, que hace referencia a expectativas positivas generalizadas de resultado, es decir, la creencia de que el futuro depara más éxitos que fracasos (Carver y Scheier, 2001; Chang, 2001; Scheier, Carver y Bridges, 2001). En este sentido, algunos autores han diferenciado el optimismo disposicional de los conceptos de *control* y *autoeficacia*. Así, el optimismo posee una definición operativa más amplia que la de los otros dos términos, ya que incluye las expectativas de control sobre los resultados de nuestras propias acciones, las expectativas sobre la posibilidad de alcanzar resultados positivos en el futuro, así como un cierto componente de eficacia personal (Gillham, Shatté, Reivich y Seligman, 2001). Por otro lado, estas creencias o expectativas podrían resultar beneficiosas para la salud, en la me-

didada en que posibilitan los procesos de ajuste vital de los individuos (Scheier y Carver, 1992).

Son numerosos los estudios que muestran la vinculación de este constructo con respecto al estatus de salud y bienestar físicos. En efecto, se ha encontrado en estudiantes universitarios que el pesimismo disposicional está relacionado con la mayor experiencia de síntomas físicos (Chang, 1998; Chang, Maydeu-Olivares y D'-Zurilla, 1997). Además, el optimismo disposicional ha sido identificado como un índice de buen pronóstico o recuperación en pacientes coronarios (Davidson y Prkachin, 1997; King, Rowe, Kimble y Zerwic, 1998; Shepperd, Maroto y Pbert, 1996) y cancerosos (Friedman, Weinberg, Webb, Cooper y Bruce, 1995; Johnson, 1996; Schou, Ekeberg, Ruland, Sandvik y Karesen, 2004), habiéndose sugerido como uno de los posibles mecanismos subyacentes de tal relación la utilización de estrategias de afrontamiento del estrés más o menos adaptativas (Carver et al, 1993; Stanton y Zinder, 1993).

En general, existe un gran cúmulo de evidencia que muestra la influencia de ciertas estrategias de afrontamiento en la determinación del curso o pronóstico de algunas enfermedades (véase Augusto y Martínez, 1998). Concretamente, se ha constatado que la *negación* y la *evitación* tienen un efecto negativo en fases avanzadas de enfermedades hepáticas, cáncer o infarto de miocardio, bien porque conllevan la búsqueda tardía de atención médica (Lazarus, Cohen, Folkman y Schaefer, 1980; Moreno, 1985), bien porque

conducen a la elicitación y larga perduración de estados emocionales negativos considerados de riesgo para el empeoramiento del estado de salud del paciente (Kunzendorff, Wilhelm, Scholl y Scholl, 1991). Por otra parte, en una serie de estudios realizados con pacientes cancerosos se ha observado que los sujetos pesimistas mostraban un mayor número de estrategias de afrontamiento pasivo, tales como la negación de la situación y la evitación cognitiva (Carver et al, 1993; Stanton y Zinder, 1993), así como una mayor manifestación de afectividad negativa (ansiedad y desesperanza/indefensión) (Schou et al, 2004).

Partiendo de la evidencia anteriormente revisada, los objetivos del presente estudio han sido:

- 1) El análisis en una muestra de estudiantes universitarios de la vinculación del optimismo/pesimismo disposicional con la incidencia de diferentes categorías de síntomas físicos autoinformados. Teniendo en cuenta los estudios anteriormente expuestos, nuestra hipótesis de trabajo viene definida por la afirmación de que los sujetos optimistas disposicionales deben informar, de manera general, de un mejor estado de salud física, en comparación con los pesimistas disposicionales.
- 2) Por otro lado, se ha intentado determinar si la relación de este constructo de personalidad con el estatus de salud autoinformada puede deberse a la posible mediación del uso de estrategias de afrontamiento del estrés de mayor o menor eficacia (estrategias de afrontamiento activo vs. afrontamiento pasivo). En este sentido, considerando los resultados apuntados por la literatura pertinente al respecto, cabe plantearse la hipótesis de la manifestación por parte de los sujetos pesimistas de un repertorio conductual caracterizado por la mayor utilización de estrategias de afrontamiento pasivo del estrés, en contraposición al grupo de los optimistas, en los que predominará el uso de las estrategias de afrontamiento activo. Además, en nuestro estudio, dicho estilo de afrontamiento podrá ser considerado como un mecanismo mediador en la medida en que, por un lado, 2a) el control estadístico de la influencia del mismo se traduzca en una reducción significativa de la magnitud de la relación del optimismo/pesimismo disposicional con el estado de salud física autoinformada, y, por otro, 2b) las estrategias referentes al afrontamiento del estrés predigan conjuntamente con el optimismo/pesimismo disposicional los informes de incidencia de las distintas categorías sintomáticas.

Método

Participantes

La muestra del estudio estuvo formada por 200 estudiantes del primer curso de la licenciatura de Psicología de la Universidad de Jaén (166 mujeres y 34 varones), con edades comprendidas entre los 18 y los 20 años.

Instrumentos

Los cuestionarios administrados en el estudio fueron los siguientes:

- *Test de orientación vital-Revisado* (LOT-R) de Scheier, Carver y Bridges (1994) en su versión española (Otero, Luenigo, Romero, Gómez-Fraguela y Castro, 1998). Formado por

10 ítems con formato de respuesta tipo Likert (tres positivos, tres negativos y cuatro de relleno), que miden teóricamente el optimismo/pesimismo disposicional como constructo unidimensional, si bien algunos estudios han apuntado la existencia de una estructura del cuestionario constituida por dos factores: uno formado por los ítems de optimismo y otro por los de pesimismo (Chang, 2001; Ferrando, Chico y Tous, 2002). Los análisis factoriales confirmatorios efectuados en la muestra de nuestro estudio (método de los componentes principales y rotación varimax) ponen de manifiesto la mayor adecuación de una estructura teórica de un único factor en el LOT-R (46,7% de varianza total explicada), al saturar todos sus ítems en dicha dimensión (con pesos factoriales entre .41 y .81). Los estudios psicométricos realizados con el inventario evidencian que su consistencia interna (α de Cronbach) oscila entre .74 (Schou et al, 2004) y .78 (Scheier et al, 1994). En cuanto a las propiedades psicométricas de la versión española, un estudio reciente ha confirmado una adecuada validez del cuestionario al correlacionar positivamente con los informes de afecto positivo (PANAS) y negativamente con el rasgo de neuroticismo (N-EPQR), estrés percibido (PSS) y afecto negativo (PANAS) (Ferrando et al, 2002). Respecto a su fiabilidad, en la muestra de nuestro estudio se ha obtenido un valor de α de .75.

- *Inventario de estrategias de afrontamiento* (CSI) de Tobin, Holroyd y Reynolds (1984) en su versión española (Otero et al, 1998). Constituido por 40 ítems con formato de respuesta tipo Likert, que miden el grado de utilización de estrategias de afrontamiento activo del estrés (o dirigidas a la acción —resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión de emociones y apoyo social—) y de afrontamiento pasivo (o no dirigidas a la acción —evitación de problemas, pensamientos ansiosos, autocrítica y retirada social—). Los estudios sobre la estructura factorial del cuestionario muestran la existencia de 4 subescalas secundarias (dirigida a la acción centrada en el problema —resolución de problemas y reestructuración cognitiva—, dirigida a la acción centrada en la emoción —apoyo social y expresión de emociones—, no dirigida a la acción centrada en el problema —evitación de problemas y pensamientos ansiosos—, y no dirigida a la acción centrada en la emoción —retirada social y autocrítica—) y 2 subescalas terciarias (dirigida a la acción y no dirigida a la acción) (Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal, 1989). En la muestra de nuestro estudio se han obtenido unos valores de consistencia interna (α de Cronbach) de .68 en resolución de problemas, .81 en reestructuración cognitiva, .87 en expresión de emociones, .91 en apoyo social, .55 en evitación de problemas, .63 en pensamientos ansiosos, .84 en autocrítica y .73 en retirada social.
- *Escala de síntomas somáticos-Revisada* (ESS-R) de Sandín y Chorot (1991) (véase Sandín, Valiente y Chorot, 1999). Contiene 90 ítems con formato de respuesta tipo Likert, relacionados con la incidencia en el último año de determinadas categorías de síntomas somáticos autoinformados (inmunológico general, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, neurosensorial, musculoesquelético, piel-alergia, genitourinario y reproductor femenino o menstrual). En cuanto a sus propiedades psicométricas, se han encontrado niveles aceptables de consistencia interna para cada subescala y una alta validez

predictiva (relación con otros indicadores de salud física, tales como autoinformes sobre enfermedades graves y leves, y criterios externos de salud, como diagnósticos clínicos) (Sandín y Chorot, 1991).

Procedimiento

Justo antes de la administración colectiva de los cuestionarios (en grupos de 50 personas aproximadamente), los participantes recibieron una charla en la que se trataron aspectos como la explicación de los principales objetivos del estudio y recomendaciones sobre la forma más adecuada de responder a los ítems de dichos instrumentos de evaluación.

Los participantes fueron categorizados en dos grupos respecto a la variable optimismo/pesimismo disposicional, según su puntuación fuera inferior/igual (pesimismo disposicional) o superior (optimismo disposicional) al percentil 50 de la distribución.

El análisis estadístico de los resultados se ha realizado mediante correlaciones bivariadas y parciales de Pearson (controlando la influencia de terceras variables), comparación de medias con muestras independientes y análisis de regresión múltiple (método de pasos sucesivos). El nivel de significación se ha fijado en $p < .01$.

Resultados

Relación del optimismo/pesimismo disposicional con la sintomatología física autoinformada

En la tabla 1 aparecen las correlaciones del optimismo disposicional con las diferentes categorías de síntomas físicos autoinformados. Se puede apreciar la relación negativa significativa del optimismo disposicional con todas las categorías sintomáticas.

La tabla 2 muestra la media, la desviación típica y el valor del estadístico de contraste t correspondiente a la comparación de medias con muestras independientes entre los grupos de pesimismo y optimismo disposicional bajo cada una de las categorías de síntomas físicos. Los resultados indican que existen diferencias significativas en los informes de quejas somáticas entre el grupo de pesimistas y optimistas (mayor puntuación media en pesimismo) en las categorías sintomáticas inmunológica, cardiovascular, gastrointestinal, neurosensorial, dérmico-alérgica, genitourinaria y menstrual (no, en cambio, en las categorías respiratoria y musculoesquelética).

Análisis de la mediación de las estrategias de afrontamiento del estrés en la relación entre el optimismo/pesimismo disposicional y la sintomatología física autoinformada

El análisis de las relaciones entre el optimismo disposicional y las estrategias de afrontamiento activo del estrés indica que las correlaciones son significativas en el caso de la resolución de problemas ($r = .37$) y la reestructuración cognitiva ($r = .47$). Con respecto a las estrategias de afrontamiento pasivo, el optimismo se asocia negativamente con los pensamientos ansiosos ($r = -.22$) y la autocrítica ($r = -.44$).

Los resultados de la comparación de medias con muestras independientes entre los grupos de pesimismo y optimismo disposicional bajo cada una de las estrategias de afrontamiento ($t_{.01, 198} -2,345$ y $t_{.99, 198} 2,345$) ponen de manifiesto que los optimistas obtienen puntuaciones significativamente mayores en resolución de problemas ($3,37 \pm 0,74$ versus $3,02 \pm 0,62$, $t = 3,69$) y reestructuración cognitiva ($3,62 \pm 0,77$ versus $2,98 \pm 0,68$, $t = 6,22$), y puntuaciones significativamente menores en autocrítica ($2,43 \pm 0,79$ versus $3,04 \pm 0,96$, $t = -4,88$). No se han encontrado diferen-

	IG	CV	RS	GI	NS	PA	ME	GU	RF
LOT	-.37*	-.26*	-.23*	-.28*	-.34*	-.33*	-.24*	-.29*	-.26*
	(<i>-.32*</i>)	(<i>-.24*</i>)	(<i>-.16</i>)	(<i>-.22*</i>)	(<i>-.30*</i>)	(<i>-.29*</i>)	(<i>-.18*</i>)	(<i>-.20*</i>)	(<i>-.28*</i>)
	<i>-.29*</i>	<i>-.21*</i>	<i>-.17</i>	<i>-.22*</i>	<i>-.29*</i>	<i>-.26*</i>	<i>-.25*</i>	<i>-.17</i>	<i>-.15</i>
	<i>-.23*</i>	<i>-.16</i>	<i>-.17</i>	<i>-.19*</i>	<i>-.21*</i>	<i>-.21*</i>	<i>-.19*</i>	<i>-.10</i>	<i>-.18</i>
	-.16	-.13	-.10	-.13	-.17	-.15	-.17	-.07	-.14

Nota: LOT= puntuación total en optimismo, IG= síntomas inmunológicos, CV= síntomas cardiovasculares, RS= síntomas respiratorios, GI= síntomas gastrointestinales, NS= síntomas neurosensoriales, PA= síntomas dérmico-alérgicos, ME= síntomas musculoesqueléticos, GU= síntomas genitourinarios, RF= síntomas del aparato reproductor femenino (menstruales); las cifras entre paréntesis se refieren a las correlaciones parciales en las que se controla el efecto de la resolución de problemas; las cifras subrayadas se refieren a las correlaciones parciales en las que se controla el efecto de la reestructuración cognitiva; las cifras en cursiva se refieren a las correlaciones parciales en las que se controla el efecto de la autocrítica; las cifras en negrita se refieren a las correlaciones parciales en las que se controla conjuntamente el efecto de la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva y la autocrítica; * $p < .01$.

	IG		CV		RS		GI		NS		PA		ME		GU		RF	
	M	DT																
GP (4-15)	11,34	4,87	7,50	5,47	10,88	6,81	14,21	7,05	10,87	6,27	13,16	6,60	12,75	8,40	9,21	6,40	15,34	6,40
GO (16-28)	8,93	4,19	5,46	4,80	9,20	6,44	11,50	6,47	7,73	5,07	10,04	5,63	11,32	7,52	6,32	6,34	12,53	6,58
t	3,76*		2,80*		1,80		2,85*		3,91*		3,60*		1,27		3,25*		3,09*	

Nota: Se han utilizado las mismas abreviaturas que en la Tabla 1; GP= grupo de pesimistas (n= 103) y GO= grupo de optimistas (n= 97); * $t_{.01, 198} \leq -2,345$ y $t_{.99, 198} \geq 2,345$.

cias significativas en las restantes estrategias de afrontamiento (t -1,07 y t 2,05; p .04).

En la tabla 3 aparecen representadas las correlaciones de las estrategias de afrontamiento (resolución de problemas, reestructuración cognitiva y autocrítica) con las diferentes categorías sintomáticas. Se puede apreciar la relación negativa de la resolución de problemas con los informes de la sintomatología inmunológica, respiratoria, gastrointestinal, dérmico-alérgica y musculoesquelética; y de la reestructuración cognitiva con la sintomatología inmunológica, gastrointestinal, neurosensorial, dérmico-alérgico y menstrual. La autocrítica correlaciona positivamente con la mayoría de las categorías sintomáticas (a excepción de la sintomatología musculoesquelética).

Cuando se controla estadísticamente el efecto de la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva y la autocrítica por separado, las relaciones entre el optimismo disposicional y las distintas categorías sintomáticas siguen siendo significativas, a excepción de la sintomatología respiratoria en el control de la resolución de problemas; de la sintomatología respiratoria, genitourinaria y menstrual en el control de la reestructuración cognitiva; y de la sintomatología cardiovascular, respiratoria, genitourinaria y menstrual en el control de la autocrítica. Al controlarse conjuntamente el efecto de la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva y la autocrítica, las correlaciones entre el optimismo disposicional y las categorías de síntomas físicos dejan de ser significativas (Tabla 1).

	IG	CV	RS	GI	NS	PA	ME	GU	RF
RP	-.22*	-.09	-.22*	-.22*	-.17	-.18*	-.19*	-.14	-.06
RC	-.26*	-.17	-.16	-.18*	-.18*	-.21*	-.03	-.09	-.28*
AUT	.41*	.28*	.18*	.26*	.37*	.35*	.17	.24*	.25*

Nota: Se han utilizado las mismas abreviaturas que en la Tabla 1; RP= resolución de problemas, RC= reestructuración cognitiva, AUT= autocrítica; * $p < .01$.

Modelos explicativos	R ² corregida
IG= AUT-LOT	.21
CV= AUT-LOT	.09
RS= LOT-RP	.06
GI= LOT-AUT	.09
NS= AUT-LOT	.17
PA= AUT-LOT	.15
ME= LOT	.05
GU= AUT	.06
RF= RC-AUT	.10

Nota: Se han utilizado las mismas abreviaturas que en las Tablas 1 y 3.

En la tabla 4 se presentan los principales modelos de regresión (pasos sucesivos) referidos a la predicción conjunta del optimismo disposicional y las estrategias de afrontamiento (resolución de problemas, reestructuración cognitiva y autocrítica) en relación con el informe de las diferentes categorías sintomáticas. Dentro de cada modelo, las variables predictoras han sido ordenadas de mayor a menor aportación al porcentaje de varianza explicado. Como puede apreciarse, la autocrítica forma parte de la mayoría de los modelos sintomáticos (a excepción de la sintomatología respiratoria y musculoesquelética), principalmente como primera variable (sintomatología inmunológica, cardiovascular, neurosensorial, dérmico-alérgica y genitourinaria) y también como segunda variable en los síntomas gastrointestinales y menstruales. El optimismo queda incluido en la mayor parte de los modelos sintomáticos (a excepción de los síntomas genitourinarios y menstruales), como primera variable (sintomatología respiratoria, gastrointestinal y musculoesquelética) y segunda variable (sintomatología inmunológica, cardiovascular, neurosensorial y dérmico-alérgica). La resolución de problemas (segunda variable) y la reestructuración cognitiva (primera variable) aparecen en los modelos sintomáticos respiratorio y menstrual, respectivamente.

Discusión y conclusiones

El objetivo de este estudio ha sido el análisis de la relación del optimismo/pesimismo disposicional con la sintomatología física autoinformada, así como la naturaleza de los mecanismos que subyacen a tal vinculación. Los resultados evidencian que este constructo mantiene correlaciones negativas con la totalidad de las categorías sintomáticas evaluadas, es decir, los sujetos optimistas informan de haber experimentado un menor número de síntomas físicos en el último año, en comparación con los pesimistas. Igualmente, un segundo análisis estadístico referente a la comparación de medias pone de manifiesto un mayor número de quejas somáticas en el grupo de los pesimistas que en el de los optimistas, si bien no se han encontrado diferencias con respecto a la sintomatología respiratoria y musculoesquelética. En definitiva, estos resultados apoyan la evidencia aportada por otros estudios, especialmente la de aquellos también realizados en población universitaria, según la cual el pesimismo disposicional, en contraposición al optimismo disposicional, está asociado con un peor estado de salud física (Chang, 1998; Chang et al, 1997).

En lo que respecta al estilo de afrontamiento del estrés, los datos de nuestro estudio constatan la correlación positiva del optimismo con determinadas estrategias de afrontamiento activo (resolución de problemas y reestructuración cognitiva), siendo esta relación negativa con respecto a algunas estrategias de afrontamiento pasivo, tales como los pensamientos ansiosos y, sobre todo, la autocrítica. Por su parte, el análisis de la comparación de medias confirma que existen diferencias en el repertorio conductual entre el grupo de pesimistas y optimistas en relación con las estrategias de resolución de problemas, reestructuración cognitiva (ambas características del optimismo) y autocrítica (característica del pesimismo). Estos datos corroboran los resultados obtenidos en otros estudios, según los cuales los sujetos optimistas manifiestan un estilo de afrontamiento del estrés definido en términos de una mayor utilización de estrategias de afrontamiento activo, en comparación con los pesimistas, que optan por las estrategias de afrontamiento pasivo (Avia y Vázquez, 1998; Carver y Scheier, 2001). En esta línea, una investigación recientemente realizada

por Chico (2002) en una muestra de estudiantes universitarios, en la que se ha evaluado el optimismo disposicional con la misma versión del LOT-R que la utilizada en nuestro estudio, ha aportado evidencia concerniente a un repertorio de afrontamiento del estrés por parte de los sujetos optimistas conformado por estrategias como la *planificación*, la *reinterpretación positiva* y el *crecimiento personal* (afrontamiento activo), caracterizándose los pesimistas, por el contrario, por el uso de estrategias de afrontamiento pasivo, tales como la *negación* y el *distanciamiento conductual*.

Con la finalidad de analizar la posible mediación de las estrategias de afrontamiento del estrés en la vinculación del optimismo con el estado de salud física autoinformada, se han llevado a cabo correlaciones parciales controlándose el efecto de la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva y la autocrítica. La solución estadística indica que, al controlarse independientemente la influencia de dichas estrategias, las relaciones entre el optimismo y las categorías sintomáticas siguen siendo significativas en la mayoría de los casos. Sin embargo, cuando se controla el efecto de estas estrategias conjuntamente, las correlaciones entre el optimismo y los informes de la sintomatología física dejan de ser significativas en su totalidad. Estos resultados son una evidencia a favor del papel del afrontamiento del estrés como proceso mediador entre el optimismo disposicional y el estado de salud física, lo cual había sido sugerido por otros autores con anterioridad (Carver et al, 1993; Stanton y Zinder, 1993).

Este estilo de afrontamiento mediador podría ser definido en términos de la conjunción de los efectos de las estrategias de resolución de problemas, reestructuración cognitiva y autocrítica. Ello equivale a afirmar que el peor estado de salud física mostrado por los sujetos pesimistas se fundamenta en la utilización de la autocrítica, considerada como un índice de vulnerabilidad a la enfermedad (que se relaciona positivamente con las categorías sintomáticas), y en la omisión de la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva, calificadas como índices de preservación de la enfermedad (relación negativa con las categorías sintomáticas), pudiéndose explicar el menor número de quejas somáticas de los optimistas por el mantenimiento de un patrón de afrontamiento del estrés opuesto.

Sin embargo, no se debe ignorar el hecho de que la autocrítica es la estrategia que correlaciona con un mayor número de categorías sintomáticas (relación positiva con todas las categorías sintomáticas, salvo la musculoesquelética), y considerar, además, que el control estadístico, por separado, de la influencia de la misma es el que produce un mayor decremento en la magnitud de la relación del optimismo con los informes de sintomatología física (las correlaciones dejan de ser significativas en los síntomas cardiovasculares, respiratorios, genitourinarios y menstruales), en comparación con el control individual de la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva. En definitiva, ello sugiere que la autocrítica es el componente de afrontamiento del estrés con un mayor peso específico en la mediación de la vinculación del optimismo disposicional con el estado de salud física autoinformada, sin que, por ello, se deba descartar, en este sentido, la relativa influencia de la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva en dicho proceso.

Con la intención de dotar de mayor robustez empírica a la anterior afirmación, se han efectuado una serie de análisis de regresión de pasos sucesivos en los que se han incluido como predictores el optimismo disposicional y las tres estrategias de afrontamiento mencionadas, considerándose como variable dependiente los infor-

mes de quejas somáticas. La solución estadística revela que el optimismo queda incluido en la mayoría de los modelos sintomáticos (a excepción de la sintomatología genitourinaria y menstrual) con una aportación al porcentaje de varianza explicado que en algún caso supera el 7% (sintomatología gastrointestinal), debiéndose considerar tal valor como un indicador de la notable capacidad predictiva de dicho rasgo en relación con los informes de sintomatología física. Estos resultados adquieren mayor significación a tenor de la opinión de algunos autores de que el análisis de la relación entre personalidad y enfermedad debe realizarse desde la perspectiva de un *paradigma de variables múltiples*, donde se tenga en cuenta una «red» de factores que pueden estar influyendo, incluso de manera interactiva, en la determinación y desarrollo de este fenómeno multicausal —rasgos de personalidad, afrontamiento del estrés, estilo de vida, contaminación ambiental, predisposición genética, etc.— (Engel, 1977; Eysenck, 1994), gran parte de los cuales han sido obviados u omitidos en nuestro estudio.

No obstante, el dato de mayor relevancia en este caso se refiere a la constatación de la inclusión de la autocrítica en la mayoría de los modelos sintomáticos (a excepción de la sintomatología respiratoria y musculoesquelética), con una aportación significativa a la predicción de la sintomatología física que es superior, incluso, a la explicada por el optimismo, al ser el componente que aparece un mayor número de veces en la solución estadística como primera variable. En resumidas cuentas, estos resultados evidencian la importancia de la autocrítica como variable predictora (de vulnerabilidad) del desarrollo de la sintomatología somática con independencia de su asociación con el rasgo de personalidad optimismo disposicional. Por otro lado, teniendo en cuenta que esta estrategia de afrontamiento predice conjuntamente con el optimismo los informes de un buen número de categorías sintomáticas (síntomas inmunológicos, cardiovasculares, gastrointestinales, neurosensoriales y dérmico-alérgicos), cabe argumentar la importancia de la misma como mecanismo mediador de la relación entre dicho rasgo de personalidad y el estado de salud física. Si se considera, además, la débil presencia de la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva como predictores en los modelos sintomáticos (resolución de problemas en sintomatología respiratoria, y reestructuración cognitiva en sintomatología menstrual), la anterior afirmación concerniente a la predominancia o mayor peso específico de la autocrítica en dicha mediación queda justificada.

La principal limitación de nuestro estudio se sustenta en la evaluación realizada de la enfermedad física, basada en la cuantificación mediante una escala de síntomas autoinformados. La utilización en este caso de la Escala de síntomas somáticos-Revisada obedece al motivo de que la muestra del estudio estaba compuesta por participantes con un rango de edad (18-20 años) que no era considerado de riesgo para el desarrollo de trastornos orgánicos de mayor gravedad a los presentados en este cuestionario. Como señalan algunos autores, la medición realizada a partir de este tipo de instrumentos puede estar sesgada en el sentido de abarcar un componente de afectividad negativa, que puede llevar a exagerar o «inflar» el grado de vinculación entre los síntomas orgánicos y los rasgos de personalidad (Watson y Pennebaker, 1989). Pese a ello, al igual que otros autores (Santed, Sandín, Chorot y Olmedo, 2000), recientemente hemos obtenido evidencia a partir de un análisis factorial que muestra que las categorías sintomáticas de esta escala forman parte de factores en los que no saturan ciertos tipos de personalidad (tipos A, B y C), el estrés (estrés asociado a suce-

sos vitales y estrés diario) y la emotividad negativa (ansiedad, depresión e ira), lo que indica la ausencia de confusión de medidas por parte del cuestionario (Martínez-Correa y Reyes del Paso, 2004, 2003).

Para finalizar, con el objetivo de aportar un punto de referencia para futuras directrices, sugerimos en investigaciones venideras la consideración, además del afrontamiento del estrés, de otros posibles mecanismos mediadores en la vinculación del optimismo disposicional con la sintomatología física, tales como el mantenimiento de hábitos o comportamientos nocivos para la salud, teniendo en cuenta que en un estudio reciente se ha aportado evidencia referente a la tendencia de los sujetos pesimistas al consumo de drogas y alcohol (Chico, 2002). Por otra parte, se hace necesario subrayar la necesidad de la replicación de los resultados de nuestro estudio, en primer lugar, mediante un diseño prospectivo en el que la medición de la personalidad se realice antes de co-

menzar el seguimiento de la muestra (lo que permitiría el establecimiento de relaciones de causa-efecto); en segundo lugar, atendiendo a una evaluación del estrés y la emotividad negativa que permita el análisis directo concerniente a la mediación de estas variables en la asociación del optimismo/pesimismo disposicional con la enfermedad orgánica, debiéndose prestar atención especialmente a ciertas dimensiones de dicha afectividad, como el estrés asociado a sucesos vitales, cuya vinculación con la sintomatología inmunológica, entre otras quejas somáticas (Martínez-Correa y Reyes del Paso, 2003, 2002), y con algunos de los mecanismos neuroendocrinos subyacentes a la misma, como el incremento en la secreción de cortisol (García de la Banda, Martínez-Abascal, Riesco y Pérez, 2004), ha sido constatada; y, por último, adoptando un criterio clasificatorio del estado de salud física que se fundamente en índices objetivos como el diagnóstico médico o medidas de registro psicofisiológico.

Referencias

- Augusto, J.M. y Martínez, R. (1998). Afrontamiento al estrés y salud: panorama actual de la investigación. *Boletín de Psicología*, 58, 31-48.
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L. y Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effects of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Carver, C.S. y Scheier, M.F. (2001). Optimism, pessimism and self-regulation. En E.C. Chang (ed.): *Optimism and pessimism. Implications for theory, research and practice* (pp. 31-51). Washington: American Psychological Association.
- Chang, E.C. (2001). Introduction: optimism and pessimism and moving beyond the most fundamental question. En E.C. Chang (ed.): *Optimism and pessimism. Implications for theory, research and practice* (pp. 4-12). Washington: American Psychological Association.
- Chang, E.C. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1,109-1.120.
- Chang, E.C., Maydeu-Olivares, A. y D'Zurilla, T.J. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: relations to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 23, 433-440.
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14 (3), 544-550.
- Davidson, K. y Prkachin, D. (1997). Optimism and unrealistic optimism have an interacting impact of health-promoting behaviour and knowledge changes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 617-625.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Eysenck, H.J. (1994). *Tabaco, personalidad y estrés*. Barcelona: Herder (orig. 1991).
- Ferrando, P.J., Chico, E. y Tous, J.M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14 (3), 673-680.
- Friedman, L.C., Weinberg, A.D., Webb, J.A., Cooper, H.P. y Bruce, S. (1995). Skin cancer prevention and early detection intentions and behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 11, 59-65.
- García de la Banda, G., Martínez-Abascal, M.A., Riesco, M. y Pérez, G. (2004). La respuesta de cortisol ante un examen y su relación con otros acontecimientos estresantes y con algunas características de personalidad. *Psicothema*, 16 (2), 294-298.
- Gillham, J.E., Shatté, A.J., Reivich, K.J. y Seligman, M.E.P. (2001). Optimism, pessimism and explanatory style. En E.C. Chang (ed.): *Optimism and pessimism. Implications for theory, research and practice* (pp. 53-75). Washington: American Psychological Association.
- Johnson, J.E. (1996). Coping with radiation therapy: optimism and the effect of preparatory interventions. *Research in Nursing and Health*, 19, 3-12.
- King, K.B., Rowe, M.A., Kimble, L.P. y Zerwic, J.J. (1998). Optimism, coping and long-term recovery from coronary artery bypass in women. *Research in Nursing and Health*, 21, 15-26.
- Kunzendorff, E., Wilhelm, M., Scholl, V. y Scholl, M. (1991). Coping processes in selected groups of chronically ill patients. *Z. Gesamte. Inn. Med.*, 46 (8), 690-696.
- Lazarus, R.S., Cohen, J.B., Folkman, S. y Schaefer, C. (1980). Psychological stress and adaptation: some unresolved issues. En H. Selye (ed.): *Guide to stress research* (pp. 91-117). New York: Van Nostrand Reinhold Co.
- Martínez-Correa, A. y Reyes del Paso, G.A. (2004). Personalidad y factores clásicos de riesgo en la predicción de la enfermedad somática: un análisis de la validez convergente y discriminante del modelo de Eysenck y Grossarth-Maticek en sujetos análogos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30 (131), 349-403.
- Martínez-Correa, A. y Reyes del Paso, G.A. (2003). Desarrollo y validación de una escala de sucesos vitales para estudiantes universitarios. *Clínica y Salud*, 14 (3), 281-299.
- Martínez-Correa, A. y Reyes del Paso, G.A. (2002). Comparación de la eficacia de diferentes métodos de medición del estrés en la predicción de la enfermedad somática. Comunicación presentada en el IV Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, 19-21 de septiembre, Benidorm (España).
- Moreno, L.F. (1985). Tratamiento con C.A.F. en cáncer de mama avanzado. Comunicación presentada en el IV Congreso Cubano de Medicina Interna, 27-30 de noviembre, La Habana (Cuba).
- Otero, J.M., Luengo, A., Romero, E., Gómez-Fraguela, J.A. y Castro, C. (1998). *Psicología de la Personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.
- 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).
- Sandín, B., Valiente, R.M. y Chorot, P. (1999). Evaluación del estrés psicosocial: material de apoyo. En B. Sandín (ed.): *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas* (pp. 245-316). Madrid: Klinik.
- Santed, M.A., Sandín, B., Chorot, P. y Olmedo, M. (2000). Predicción de la sintomatología somática a partir del estrés diario: un estudio prospectivo controlando el efecto del neuroticismo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 165-178.
- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. y Bridges, M.W. (2001). Optimism, pessimism and psychological well-being. En E.C. Chang (ed.): *Optimism and pes-*

- simism. Implications for theory, research and practice* (pp. 189-216). Washington: American Psychological Association.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. y Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery and self-esteem): a reevaluation of Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1.063-1.078.
- Schou, I., Ekeberg, Ø., Ruland, C.M., Sandvik, L. y Karesen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-oncology*, 13, 309-320.
- Shepperd, J.A., Maroto, J.J. y Pbert, L.A. (1996). Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. *Journal of Research in Personality*, 30, 517-534.
- Stanton, A.L. y Zinder, P.R. (1993). Coping with breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology*, 12, 16-23.
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A. y Reynolds, R.V.C. (1984). *Users manual for coping strategies inventory*. Ohio: University Press.
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V.C. y Wigan, J.K. (1989). The hierarchical factor structures of the coping strategies inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-361.
- Watson, D. y Pennebaker, J.W. (1989). Health complaints, stress and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.