

El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico

Eduardo Remor*, Montserrat Amorós y José Antonio Carrobes

Universidad Autónoma de Madrid (España)

Resumen: El presente artículo se dirige al estudio de la relación entre el optimismo y la experiencia de la ira con la frecuencia e intensidad del malestar físico percibido. Para ello, 86 estudiantes universitarios fueron evaluados mediante cuestionarios (LOT-R, STAXI-2, EASQ) y un auto registro de síntomas de malestar en una única sesión. Los resultados indicaron que un mayor optimismo se asociaba a una menor frecuencia e intensidad de síntomas físicos experimentados en la última semana, comparado con los estudiantes con menor optimismo. Así mismo, altas puntuaciones en la experiencia de ira se asoció a una mayor frecuencia e intensidad de síntomas percibidos. Mediante un análisis de regresión, ambas variables optimismo y experiencia de ira se mostraron predictoras de la frecuencia de síntomas informados. No obstante, para la intensidad de estos síntomas, el optimismo fue el único predictor. Los resultados sugieren, por lo tanto, que altos niveles de optimismo y una baja experiencia de ira pueden actuar como factores protectores de la experiencia de síntomas de malestar físico.

Palabras clave: Optimismo; ira; salud; LOT-R; STAXI-2; EASQ.

Title: Relationship between optimism, anger experience and symptoms of physical distress.

Abstract: The aim of this paper was to study the relationship between optimism, anger experience and the frequency and intensity of perception of negative physical symptoms. Eighty-six university students were assessed by questionnaires and self report measure of physical symptoms. Results show that high optimism was associated with low perception and intensity of physical symptoms. Individuals who inform of high levels of anger experience show more frequency and intensity of perception of physical symptoms. We conducted a regression analysis and found that optimism and anger experience predict the perception of physical symptoms. The same analysis for the intensity of symptoms perceived show that dispositional optimism was the unique predictor of intensity of physical symptoms. These results raised Optimism and anger experience may be protector factor for symptoms of physical distress.

Key words: Optimism; anger; health; LOT-R; STAXI-2; EASQ.

En los últimos años, la investigación de los recursos psicológicos que favorecen la salud y el bienestar ha experimentado un aumento considerable (Kamen, Rodin y Seligman, 1987; Scheier, Carver y Bridges, 1994; Seligman, y Csikszentmihalyi, 2000; Snyder y López, 2002) pues el estudio de este ámbito de la psicología permite la identificación y evaluación de qué recursos psicológicos tienen los individuos y cómo éstos pueden contribuir al afrontamiento de las adversidades. Así mismo, permite describir las variables consideradas como recursos psicológicos, y cómo potenciarlas para aumentar los beneficios asociados a éstos (p. ej.: salud y bienestar). Definimos los recursos psicológicos como factores de protección psicológica que se asocian positivamente con la salud y el bienestar y que, a su vez, permiten aumentar la resistencia a la adversidad, pues facilitan una adecuada evaluación y afrontamiento de los cambios o dificultades de los sucesos vitales ocurridos en la vida. Algunas de las variables que han sido descritas como indicadores de recursos psicológicos son: la autoestima (Ensel y Lin, 2004), el sentido de coherencia (Elovainio y Kivimaki, 2000), la capacidad de expresión emocional (Deighton, Fernandez, Deschamps, Paez, y Traue, 2004; Horn, Pössel, Hautzinger y Traue, 2004; Kliegel y Horn, 2003; Salovey, Mayer, Caruso, 2002), el autocontrol emocional (Carver y Scheier, 1998), el optimismo (Fournier, Ridder, y Bensing, 1999; Scheier y Carver, 1992; Seligman, 2003), el apoyo social y la asertividad (Solberg y Scott, 1997). Además de los recursos psicológicos, algunas investigaciones (Janssen, Spinhoven, y Brosschot, 2001; Porter, Stone, y Schwartz, 1999) han sugerido que otros factores como un adecuado manejo de la experiencia y la emo-

ción de la ira, podrían ser también, factores protectores para la salud. No obstante, no está claro todavía los mecanismos psicológicos de interacción entre las variables y su contribución al efecto sobre la salud y el bienestar.

El optimismo como recurso psicológico

El estudio del optimismo como recurso psicológico surge de la reformulación de la teoría de la indefensión aprendida de Abramson, Seligman, y Teasdale (1978), como una forma de explicar las respuestas de afrontamiento a los eventos negativos que les suceden a las personas en sus vidas. Postulando la existencia de dos estilos explicativos, el optimista y el pesimista. Esta característica ha resultado ser un buen predictor de los resultados en la salud y el bienestar (Scheier y Carver, 1989; 1993; Seligman et al, 1988). En este trabajo tomaremos el concepto de optimismo desde dos perspectivas teóricas diferentes aunque complementarias, la inicial del estilo explicativo pesimista-optimista de Peterson y Seligman (1984), y el optimismo disposicional de Scheier y Carver (1985).

El estilo explicativo pesimista-optimista

De acuerdo con Peterson y Seligman (1984), 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 refieren 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. Para establecer las diferencias entre ambos estilos explicativos

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:
Eduardo Remor. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud.
Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. 28049 Madrid (España). E-mail: eduardo.remor@uam.es

se utilizan tres dimensiones descriptivas: (a). Internalidad-Externalidad: definido como el grado en que uno se considera responsable del suceso; (b). Estabilidad-Inestabilidad: cuando la causa del suceso está presente durante todo el tiempo; su contrario sería transitoriedad, o inestabilidad; (c). Globalidad- Especificidad: cuando un aspecto del suceso o de su explicación domina a todos los otros aspectos de la vida de la persona; su opuesto es circunstancial o específico.

De esta forma, los optimistas se definirían como personas con estilos explicativos caracterizados por las dimensiones de externalidad, inestabilidad, y especificidad; en contrapartida, los pesimistas, estarían caracterizados por los polos de internalidad, estabilidad y globalidad. Investigaciones previas sugieren que el EEO predice una mejor salud general, y menos vulnerabilidad a las enfermedades físicas (Kamen, *et al.*, 1987), un mejor funcionamiento del Sistema Inmunológico (Peterson y Avila, 1995), así como una menor tasa de mortalidad (Peterson, Seligman, Yurko, Martín y Friedman, 1998) en comparación con el EEP.

El optimismo disposicional

El optimismo disposicional es definido por Scheier y Carver (1987) como la expectativa o creencia estable, generalizada, de que en la vida ocurrirán cosas positivas. Esta definición se enmarca en el modelo de autorregulación de conducta, de Carver y Scheier (1981), este asume que, cuando surgen dificultades las expectativas favorables incrementan los esfuerzos de las personas para alcanzar los objetivos y las expectativas desfavorables reducen tales esfuerzos, a veces hasta el punto de desentenderse totalmente de la tarea (Armor y Taylor, 1998; Carver y Scheier, 1998). Las distintas investigaciones a partir de los descubrimientos de estos autores, han analizado cómo la variable optimismo influye sobre la salud física y en que medida sitúa a las personas en unas condiciones favorables para afrontar el estrés. Uno de los trabajos de Scheier y Carver (1985) destacó que el optimismo se asociaba negativamente con el informe de síntomas de malestar físico en los dos períodos de evaluación del estudio. Las personas consideradas como optimistas al principio del estudio también eran aquellas que señalaban tener menos síntomas físicos de malestar a lo largo del tiempo. Otro estudio de los mismos autores pero, realizado con pacientes sometidos a operaciones de by-pass encontró que el optimismo ejerce un fuerte y destacado efecto sobre el bienestar de los pacientes, tanto durante como inmediatamente después de la operación. Los optimistas mostraron tener una recuperación más rápida y presentar menos complicaciones médicas que los pesimistas (Scheier y Carver, 1989). Se obtuvieron resultados similares con mujeres con cáncer de mama, en el cual las que puntuaron alto en optimismo se sentían menos angustiadas frente al diagnóstico que las pesimistas (Scheier y Carver, 1993).

La experiencia de la ira y la Salud

Un adecuado manejo de la ira podría considerarse también como un recurso psicológico, ya que existen estudios que señalan la ira como un factor importante en la predisposición a padecer diferentes trastornos de salud física (Diamond, 1982; Suls, Wan y Costa, 1995). Algunas investigaciones informaron cómo los individuos que no expresan normalmente la emoción de ira pueden tener importantes aumentos de la actividad fisiológica, ésta activación mantenida en el tiempo puede producir no sólo trastornos psicofisiológicos, sino también desarreglos en el sistema inmune (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona, 1994; Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel, Spielberger, 2000). En este sentido, la inhibición y el control de las emociones fue asociado a gran número de problemas de salud (Ibáñez, 1991; Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995), o somatización (Deighton *et al.*, 2004).

Según Siegman, Anderson, Herbst, Boyle y Wilkinson (1992), los sujetos que inhiben su experiencia emocional se caracterizan por utilizar mecanismos de evitación, negación, y racionalización de las experiencias amenazantes; mientras que los sujetos que manejan correctamente la ira se caracterizan por utilizar mecanismos de aproximación, intelectualización y rumiación. Así mismo, respecto a la respuesta fisiológica, los primeros presentarían una aceleración de la tasa cardíaca, mientras que los que utilizan un manejo correcto de la ira mostrarían un decremento de la misma.

Por otra parte, en la conceptualización de la experiencia de ira, podemos diferenciar entre el estado de ira y el rasgo de ira. El primero se define como el estado emocional o condición que incluye sensaciones subjetivas de tensión, enojo, irritación, furia o rabia, con activación concomitante o arousal del sistema nervioso autónomo; mientras que el segundo se refiere a la tendencia o propensión individual a reaccionar con estados de ira (Spielberger, Jacobs, Russell y Crane, 1983).

Algunas investigaciones han relacionado el manejo de la ira con indicadores de salud física, como por ejemplo el estudio de Schneider, Egan, Jonson, Drobny y Julius (1986), en el cual observaron que los participantes que tuvieron altas puntuaciones en expresión interna de ira manifestaron haber experimentado presiones de tiempo y/o reacciones airadas intensas ante las situaciones evaluativas o amenazadoras durante el periodo de observación, y tenían una presión arterial significativamente más alta que los que puntuaron bajo en expresión interna de ira. Julkunen *et al.* (1993) investigaron la relación entre los componentes de ira y la presión arterial en una muestra de mujeres que participaban en un programa de promoción de la salud en el norte de Finlandia, encontraron una correlación positiva y significativa entre las puntuaciones de expresión interna de ira y la alta presión arterial, pero sólo en el grupo de mujeres que manifestó que su entorno de trabajo era hostil y tenso.

¿Facilita el optimismo un adecuado manejo de la ira (expresión y control)?

Considerando el optimismo como una característica relativamente estable y un recurso psicológico, nos preguntamos si el optimismo actuaría como un factor protector de la experiencia de ira y de la experiencia de problemas de salud. Así, el presente estudio pretende identificar si los recursos psicológicos: optimismo disposicional (LOT-R), estilo explicativo optimista-pesimista (EASQ) son factores protectores para el malestar físico (medido por la frecuencia e intensidad de síntomas). Además, quiere observar que relación se establece entre la experiencia y emoción de ira con el optimismo. Así como, evaluar las diferencias entre optimismo y pesimismo teniendo en cuenta el malestar físico. Por último, sugerir un modelo explicativo para identificar el efecto predictivo del optimismo-pesimismo y de la experiencia de ira sobre el malestar físico (frecuencia e intensidad).

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 86 estudiantes universitarios (65 mujeres y 21 hombres), con una edad media de 20,3 años ($DT = 2,6$; rango 18-40 años).

Instrumentos y Variables

Optimismo Disposicional (OD): El optimismo disposicional se ha evaluado a través del LOT-R (Life Orientation Test Revised), de Scheier, Carver y Bridges (1994), versión española de Ferrando, Chico y Tous (2002). Altas puntuaciones en este cuestionario indican alto optimismo disposicional, y bajas informan sobre bajo optimismo disposicional. El alpha de Cronbach para el presente estudio fue de 0,75.

Estilo Explicativo Pesimista-Optimista: El estilo explicativo Optimista-Pesimista, se ha evaluado mediante el Cuestionario del Estilo Atribucional Ampliado (EASQ- Expanded Attributional Style Questionnaire), Peterson y Villanova (1988) versión española de Comeche-Moreno, Díaz-García y Vallejo-Pareja (1995). A través de este cuestionario se obtiene las puntuaciones indicativas del estilo explicativo referido a las siguientes dimensiones simples: EASQ Interna-Negativa ($\alpha = 0,64$), EASQ Estable-Negativa ($\alpha = 0,91$), EASQ Global-Negativa ($\alpha = 0,87$), y dos dimensiones compuestas: EASQ Desesperanza y EASQ Compuesta Negativa (suma de las puntuaciones de las tres dimensiones anteriores). El alpha de Cronbach entre paréntesis corresponde a la muestra de este estudio. Altas puntuaciones informan sobre EEP y bajas muestran un EEO.

Experiencia de Ira (Emoción y Expresión de Ira): Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo, versión 2 (STAXI-2) versión española de Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger (2001). Este cuestionario evalúa los diferentes componentes de la ira. Se compone de 6 escalas (Estado de Ira, Rasgo de Ira, Expresión externa de la ira, Expresión interna de la ira, Control externo de la ira y Control interno de la ira) y 5 subescalas (Sentimiento de ira, Expresión física de ira, Expresión verbal de ira, Temperamento y Reacción de ira) y un Índice resumen de expresión de la ira (IEI). Estu-

dios psicometricos independientes previos, han demostrado que el STAXI-2 es una medida fiable y valida para uso en investigación (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger (2000)².

Indicadores de Malestar Físico (Frecuencia e Intensidad): Se han evaluado los síntomas físicos de malestar diario mediante un inventario de auto-informe: el Inventario de Síntomas Físicos de Malestar Diario (frecuencia e intensidad) de Remor, Amorós y Carrobbles (2004) que evalúa los síntomas físicos de malestar diario a partir de un listado de 15 ítems que describen la frecuencia e intensidad de síntomas físicos de malestar diario (p.ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, congestión nasal, Tos/dolor de garganta, alergias, dolor cervical, síntomas de cansancio/fatiga, problemas en la piel, etc.). Los participantes tuvieron que registrar su ocurrencia e intensidad a lo largo de la última semana. A través de este inventario se obtuvo una puntuación directa (suma de las puntuaciones) de la Frecuencia de síntomas físicos de malestar diario (FSFMD) sumando 1 punto por cada síntoma físico señalado, y en lo que se refiere a la Intensidad de los síntomas físicos de malestar diario (ISFMD) también se obtiene una puntuación directa sumando las respuestas en una escala de 1 (poco intenso / poco molesto) a 4 (muy intenso / muy molesto) respecto al síntoma experimentado.

Procedimiento

Todos los sujetos fueron evaluados en las diferentes medidas psicológicas (STAXI-2, EASQ, LOT-R) y además, se les entregó un autoinforme de indicadores de malestar físicos experimentados en la última semana para su cumplimentación. La evaluación se llevó a cabo en la universidad, en el horario académico de los estudiantes, no poniendo límite de tiempo para rellenar los cuestionarios. Antes de la aplicación de cada una de las pruebas se dieron las instrucciones oportunas para poder realizarlas correctamente. La participación de los estudiantes en la investigación fue voluntaria. Los cuestionarios incompletos se han eliminado del análisis estadístico, específicamente, para el análisis comparativo de la frecuencia e intensidad de síntomas de malestar, dos sujetos han sido eliminados del análisis estadístico debido a que el autoinforme de síntomas estaba incompleto. Los datos recogidos fueron tabulados y analizados en el programa SPSS/PC versión 11.0.

Resultados

Asociación de las variables incluidas en el estudio

En la Tabla 1 se presentan las asociaciones entre las variables incluidas en el estudio.

² La corrección del STAXI-2 se ha realizado de forma manual mediante la hoja de respuestas del cuestionario publicado por TEA Ediciones (Miguel-Tobal y cols., 2001), las puntuaciones totales de cada subescala se han trasladado a la base de datos SPSS para el análisis estadístico. Este procedimiento no ha permitido el análisis de la consistencia interna de las subescalas para el presente estudio.

Tabla 1. Correlaciones de Pearson entre las variables incluidas en el estudio

	Frecuencia e Intensidad		Experiencia de Ira													Optimismo-Pesimismo				
	FSFMD	ISFMD	S	EF	EV	T	R	EEI	EII	CEI	CII	EI	RI	IEI	OD	EASQ IN	EASQ EN	EASQ GN	EASQ D	
ISFMD	.76***																			
S	.40***	.43***																		
EF	.24*	.69***	.69***																	
EV	.32**	.80***	.80***	.67***																
T																				
R																				
EEI			.35***	.35***	.44***		.32**													
EII	.39***	.238*	.43***	.30**	.37***		.27*	.25*												
CEI	.22*							-.42***												
CII								-.27*												
EI	.36***	.36***	.93***	.83***	.92***		.42***	.41***												
RI						.936***	.37***	.22*												
IEI	.38***	.22*	.40***	.27**	.39***		.33**	.76***	.51***											
OD	-.40***	-.41***	-.46***	-.31**	-.39***				-.31**											
EASQ-IN																				
EASQ-EN																				
EASQ-GN																				
EASQ-D																				
EASQ-CN																				

Nota: FSFMD=Frecuencia de síntomas de malestar; ISFMD=Intensidad de síntomas de malestar; S=Sentimiento de ira; EF=Expresión física; EV=Expresión verbal; T=Temperamento; R=Reacción de ira; EEI=Expresión externa de ira; EII=Expresión interna de ira; CEI=Control externo de ira; CII=Control interno de ira; EI=Estado de ira; RI=Razo de ira; IEI=Índice de expresión de la ira; OD=Optimismo Disposicional; EASQ-IN=Estilo explicativo interno; EASQ-EN=Estilo explicativo estable; EASQ-GN=Estilo explicativo global; EASQ-D=Estilo explicativo desapezada; EASQ-CN=Estilo explicativo compuesta negativa, *p < .05; **p < .01; ***p < .001

Grado de Optimismo-Pesimismo a partir del nivel de malestar físico

Para identificar las características psicológicas de los sujetos que han informado de un mayor número de síntomas físicos de malestar en la última semana, se realizó un análisis de comparación de medias (*t* test). Se establecieron dos grupos comparativos a partir de la frecuencia de síntomas de malestar (FSFMD), diferenciando los sujetos que presentaban mayor frecuencia de síntomas (superior al percentil 75), y los que presentaban menor frecuencia (inferior al percentil 75). Por otra parte, utilizamos el mismo procedimiento metodológico, para observar las diferencias entre los sujetos que puntuaban alto en intensidad de síntomas físicos (superior al percentil 75) y los sujetos con menos intensidad de síntomas (inferior al percentil 75). En la Tabla 2 se presentan en detalle los resultados.

Tabla 2: Diferencias en las características de personales en función de de la frecuencia de síntomas físicos de malestar ($n=84$).

FRECUENCIA DE SINTOMAS				
	Menor Frecuencia ($n=57$)	Mayor Frecuencia ($n=27$)	<i>t</i>	<i>p</i>
	Media (DT)	Media (DT)		
OD	16.47 (4.11)	12.74 (4.69)	0.318	0.001
EASQ-IN	3.87 (0.64)	3.96 (0.62)	0.12	0.529
EASQ-EN	3.42 (1.05)	3.75 (0.78)	1.309	0.150
EASQ-GN	3.03 (0.86)	3.68 (0.82)	0.002	0.002
EASQ-D	6.46 (1.71)	7.43 (1.11)	6.176	0.003
EASQ-CN	10.33 (2.11)	11.40 (1.49)	4.107	0.010
INTENSIDAD DE SINTOMAS				
	Menor Intensidad ($n=62$)	Mayor Intensidad ($n=22$)	<i>t</i>	<i>p</i>
	Media (DT)	Media (DT)		
OD	16.17 (4.00)	12.72 (5.37)	3.404	0.002
EASQ-IN	3.90 (0.63)	3.91 (0.64)	0.140	0.927
EASQ-EN	3.47 (1.04)	3.68 (0.78)	1.890	0.406
EASQ-GN	3.07 (0.82)	3.72 (0.93)	0.882	0.003
EASQ-D	6.55 (1.64)	7.40 (1.32)	2.542	0.032
EASQ-CN	10.45 (2.00)	11.32 (1.84)	0.983	0.079

Nota: punto de corte para los de mayor FSFMD ≥ 6 (superior al percentil 75) y para los de menor FSFMD < 6 (inferior al percentil 75); punto de corte para los de mayor ISFMD ≥ 12 (superior al percentil 75); y para los de menor ISFMD < 12 (inferior al percentil 75).

Diferencias en la experiencia de malestar físico a partir de la experiencia de ira.

Con el objetivo de analizar las diferencias en la frecuencia e intensidad de síntomas de malestar físico, en los sujetos con mayor experiencia de ira (puntuaciones superior al percentil 75) y en los sujetos con menor experiencia de ira (puntuaciones inferior al percentil 75), se realizaron comparacio-

nes de medias (*t* test) para todas las variables que componen la experiencia de ira (estado de ira, rasgo de ira, expresión externa de la ira, expresión interna de la ira, control externo de la ira, control interno de la ira, sentimiento de ira, expresión física de ira, expresión verbal de ira, temperamento, reacción de ira e un índice de expresión de la ira). Los resultados se presentan en la Tabla 3. Se ha utilizado como punto de corte el percentil 75, teniendo en cuenta el criterio previamente establecido en el manual del STAXI-2 (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Videl y Spielberger, 2000), como punto de corte susceptible de afectar a la salud de forma negativa (ver Tabla 3).

Tabla 3: Diferencias entre los sujetos con mayor y menor experiencia de ira en relación a la frecuencia e intensidad de síntomas ($n=84$).

FRECUENCIA DE SINTOMAS				
	Mayor Frecuencia ($n=57$)	Menor Frecuencia ($n=27$)	<i>t</i>	<i>p</i>
	Media	Media		
Sentimiento de Ira	5.57	4.27	0.105	0.040
Expresión física	5.93	4.40	2.352	0.046
Expresión verbal	5.79	4.23	2.344	0.016
Temperamento	5.50	4.31	0.985	0.061
Reacción de ira	5.30	4.33	1.535	0.116
Expresión externa ira	5.14	4.45	1.349	0.274
Expresión interna ira	6.34	3.93	7.050	0.001
Control externo de ira	3.95	4.92	0.476	0.155
Control interno de ira	4.08	4.90	0.083	0.219
Estado de ira	6.33	4.12	1.927	0.001
Rasgo de ira	5.61	4.25	1.152	0.032
Índice de expresión de ira	6.57	4.04	7.505	0.004
INTENSIDAD DE SINTOMAS				
	Mayor In- tensidad ($n=62$)	Menor In- tensidad ($n=22$)	<i>t</i>	<i>p</i>
	Media	Media		
Sentimiento de ira	11.15	7.80	6.933	0.061
Expresión física	11.06	8.36	3.937	0.209
Expresión verbal	11.04	7.96	4.538	0.085
Temperamento	9.61	8.50	0.133	0.457
Reacción de ira	9.80	8.31	0.400	0.304
Expresión externa ira	9.88	8.35	1.879	0.300
Expresión interna ira	11.73	7.55	1.698	0.004
Control externo de ira	7.38	9.33	0.029	0.222
Control interno de ira	7.39	9.39	0.381	0.197
Estado de ira	12.90	7.49	12.304	0.009
Rasgo de ira	9.92	8.36	0.072	0.297
Índice de expresión de ira	11.76	7.87	1.995	0.014

Diferencias entre pesimistas y optimistas en relación a la experiencia de ira y a los síntomas físicos.

Con el objetivo de analizar las diferencias entre pesimistas y optimistas en las variables que componen la experiencia de ira (estado y rasgo de ira) y el malestar físico (frecuencia e intensidad), realizamos una comparación de medias (*t* test),

utilizando la mediana del optimismo disposicional (LOT-R) y de las variables que forman el estilo explicativo (EASQ), para establecer los grupos de comparación.

En la Tabla 4 se presentan en detalle las diferencias en las variables resultado considerando las diferencias entre optimismo y pesimismo (LOT-R).

Tabla 4: Diferencias en las variables resultados teniendo en cuenta las diferencias entre optimismo y pesimismo evaluado con el LOT-R.

	LOT-R < 16	LOT-R => 16	<i>t</i>	<i>p</i>
	Pesimistas	Optimistas		
	<i>Media (DT)</i>	<i>Media (DT)</i>		
FSFMD	5.67 (3.05)	3.77 (1.93)	5.590	0.001
ISFMD	10.70 (7.54)	7.15 (4.36)	10.361	0.012
Sentimiento de Ira	7.50 (3.29)	5.86 (1.65)	13.384	0.006
Expresión física	6.10 (2.06)	5.20 (1.11)	18.642	0.018
Expresión verbal	7.22 (3.00)	5.72 (1.43)	12.866	0.006
Temperamento	11.07 (11.31)	7.56 (3.10)	2.850	0.051
Reacción	12.55 (3.36)	11.86 (3.92)	0.622	0.320
Expresión externa de ira	12.47 (3.39)	11.84 (2.94)	1.652	0.362
Expresión interna de ira	14.02 (3.92)	11.45 (3.48)	0.497	0.002
Control externo de ira	17.22 (4.53)	17.29 (3.95)	0.221	0.940
Control interno de ira	14.32 (4.03)	13.86 (3.51)	1.235	0.577
Estado de ira	20.82 (7.71)	16.79 (3.42)	15.927	0.004
Rasgo de ira	23.62 (11.40)	19.43 (5.13)	1.560	0.030
Índice de expresión de ira	30.95 (9.61)	28.13 (8.54)	2.070	0.159

Nota: FSFMD = Frecuencia de síntomas de malestar; ISFMD = Intensidad de síntomas de malestar

Para el estilo explicativo pesimista-optimista (medido con el EASQ), se obtuvieron los siguientes resultados: el estilo explicativo global-negativo (EASQ-GN), presentaba diferencias significativas entre la FSFMD ($F=3.564$; $p=.002$) y la ISFMD ($F=1.863$; $p=.007$), en el sentido que los globales (pesimistas) percibían más FSFMD y más ISFMD que los específicos (optimistas). Los mismos resultados se obtuvieron para el indicador de desesperanza (EASQ-D), diferencias significativas entre la FSFMD ($F=4.735$; $p=.002$), y la ISFMD ($F=3.143$; $p=.010$), los que puntuaron alto en desesperanza tenían más intensidad y frecuencia de síntomas que los bajos en esta variable. El estilo explicativo pesimista (EASQ-CN), también presentó diferencias significativas entre FSFMD ($F=4.272$; $p=.006$) e ISFMD ($F=4.773$; $p=.029$), observándose mayor frecuencia e intensidad en los sujetos con puntuaciones altas. No se observaron diferencias significativas para el cruce de las demás variables.

Capacidad predictiva del optimismo-pesimismo, y la experiencia de ira en relación a la frecuencia y la intensidad de síntomas físicos de malestar.

Para analizar la capacidad predictiva de las variables optimismo disposicional (LOT-R), estilo explicativo pesimista (EASQ), y experiencia de ira (STAXI-2) sobre el malestar físico (frecuencia e intensidad), realizamos el análisis de regresión

múltiple controlando por las variables sexo y edad. Se han incluido en el modelo las variables que previamente correlacionaban con las variables criterio (frecuencia e intensidad de síntomas de malestar físico). Para evitar el efecto de colinealidad entre los componentes de la experiencia de ira, solamente se utilizó la variable resumen índice de expresión de la ira (IEI). El mismo procedimiento se realizó con las variables que definen el estilo explicativo pesimista (EASQ), para ello se eligió como variable resumen el estilo explicativo compuesto negativo (EASQ-CN).

El análisis de regresión apuntó los siguientes resultados (ver Tabla 5). El modelo completo predijo un 34% de la varianza en la frecuencia de síntomas físicos ($F(5,74)=7.609$; $p<.001$). Fueron predictoras de la frecuencia de síntomas el optimismo disposicional (LOT-R) y el índice de expresión de la ira (STAXI-2). Las variables control (sexo y edad) no han contribuido a la explicación de la varianza en la variable criterio. Por otra parte, para la predicción de la intensidad de síntomas de malestar se ha mostrado como único predictor el optimismo disposicional. También aquí las variables control no han contribuido para explicar la varianza en la variable criterio. El modelo predijo un 23.5% de la varianza de la intensidad de síntomas de malestar ($F(5,74)=4.550$; $p<.001$).

Tabla 5: Modelos de Regresión múltiple. Modelo predictivo de la Frecuencia e intensidad de síntomas físicos a través del EASQ-CN, OD y IEI.

BLOQUE	BLOQUE 1 β	BLOQUE 1 Y 2 β
VARIABLES CONTROL		
Sexo	-.099	-.166
Edad	-.176	-.003
VARIABLES PSICOLÓGICAS		
EASQ Compuesta-Negativa		.190
Optimismo Disposicional		-.311***
Índice de expresión de la ira		.306***
Variable criterio: Frecuencia de síntomas físicos de malestar diario		
<hr/>		
BLOQUE	BLOQUE 1 β	BLOQUE 1 Y 2 β
VARIABLES CONTROL		
Sexo	-.065	-.140
Edad	-.130	-.007
VARIABLES PSICOLÓGICAS		
EASQ Compuesta-Negativa		.118
Optimismo Disposicional		-.366***
Índice de expresión de la ira		.153
Variable criterio: Intensidad de síntomas físicos de malestar diario		

Nota: β = coeficiente estandarizado de la regresión jerárquica; *** p <.001

Discusión

El presente estudio contiene algunas limitaciones, como por ejemplo, una muestra relativamente pequeña elegida por conveniencia, y un diseño de carácter transversal que no permiten identificar relaciones de causalidad, dificultando así, la generalización de los resultados descritos. No obstante, interesantes hallazgos pueden observarse a partir de este trabajo. Primeramente, como han indicado los resultados, las personas que manifestaban tener un mayor grado de malestar físico (retrospectivo a la última semana) eran aquellas que presentaban como característica personal ser más pesimista que optimista. Y por lo tanto, salvando las limitaciones del carácter transversal del estudio que no permite establecer causalidad, podríamos sugerir que a un perfil optimista está asociado a una menor vulnerabilidad a la experiencia de problemas de salud. Por otra parte, y en la misma línea, los pesimistas presentaron mayor frecuencia e intensidad de malestar físico, informaron de mayor experiencia de emoción de ira (sentimiento, expresión física y expresión verbal de ira), más expresión interna de ira y rasgo de ira en comparación con los optimistas, medido con el LOT-R, lo cual apoya la idea de Scheier y Carver (1985) de que los pesimistas utilizan un estilo de afrontamiento centrado en la emoción, además de presentar un manejo de la ira más controlado e inhibido,

tanto a nivel emocional como expresivo, en comparación con los optimistas.

Al establecer diferencias en el patrón de la experiencia de ira, observamos que los altos en emoción y rasgo de ira eran aquellos que habían experimentado en la última semana más malestar físico, esto nos permite plantear que las personas que presentan un perfil de elevada expresión y emoción de ira (es decir, mayor experiencia de ira en general) presentan en mayor medida problemas de salud (frecuencia) y lo perciben con mayor intensidad (malestar físico). Resultados similares han sido informados por Miguel-Tobal *et al.* (2001).

Por lo que respecta a la capacidad predictiva de las variables estudiadas, el optimismo disposicional y el índice de experiencia de ira predicen, ambos, la frecuencia de síntomas físicos. Por una parte, el optimismo disposicional aparece como un factor protector de la experiencia de malestar físico donde de acuerdo con los resultados, altos índices de OD se asocian a una menor frecuencia de síntomas físicos (Kamen, *et al.* 1987). En cambio, el índice de experiencia de ira aparece como un factor de riesgo para la experiencia de malestar físico, pues altos índices se asocian a un aumento de los síntomas físicos de malestar. Por otra parte, para la predicción de la intensidad de síntomas físicos informados, sólo se mostró predictivo el OD. Altas puntuaciones en OD están asociadas a una menor intensidad con la que se perciben los síntomas de malestar. Así, observamos que el OD es un factor protector para el malestar físico y que la experiencia de ira es un factor de riesgo para la frecuencia de síntomas, ya que contribuye a aumentar la percepción de éstos. En cuanto al estilo explicativo negativo (pesimismo), no mostró ningún efecto predictivo hacia el malestar físico. Parece que es más importante el optimismo (LOT-R) que el pesimismo (EASQ) para predecir la experiencia de malestar físico. Estudios futuros deberían abordar esta cuestión para identificar hasta qué punto el optimismo y el pesimismo se integran dentro de un constructo bi-dimensional o si se refieren a dos constructos independientes. Así mismo, habría que ampliar el modelo predictivo a fin de identificar otras variables que contribuyen a explicar la experiencia de síntomas de malestar, que no se han tenido en cuenta en este estudio. Por ejemplo, el neuroticismo, los aspectos culturales, las habilidades de afrontamiento y la interacción con el medio o la percepción de control. Estudios anteriores han demostrado de forma individual el rol de estas variables en la predicción de la experiencia de problemas de salud o somatización (Asendorp, 2004; Avia y Vazquez, 1999; Deighton *et al.*, 2004). Estas y otras cuestiones son claves para la investigación futura en la línea del rol que tienen los mecanismos psicológicos en la predicción del bienestar y la salud.

Referencias

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J.D. (1978). Learned Helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*, 87, 49-74.
- Avia, M.D. y Vazquez, C. (1999). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Armor, D.A. y Taylor, S.E. (1998). Situated optimism: specific outcome expectancies and self-regulation. In M. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 30, 309-379). San Diego, CA: Academic Press.
- Asendorpf, J.B. (2004). Studying person-environment transition the long way: Methodology and application to health psychology. *Psychology & Health*, 19 (suppl.), 13.
- Carver, C. S. y Scheier, M. F. (1981). *Attention and self-regulation: A control theory approach to human behavior*. New York: Springer Press.
- Carver, C.S. y Scheier, M.F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Comeche, M.I., Díaz-García, M.I. y Vallejo-Pareja, M.A. (1995). *Cuestionarios, Inventarios y Escalas de Ansiedad, depresión y Habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Diamond, E. L. (1982). The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary disease. *Psychological Bulletin*, 92, 410-433.
- Deighton, R., Fernandez, I., Deschamps, J., Paez, D. y Traue, H. (2004). Culture, emotional inhibition, and somatization. *Psychology & Health*, 19 (suppl.), 43.
- Elovainio, M. y Kivimäki, M. (2000). Sense of coherence and social support – Resources for subjective well-being and health of the aged in Finland. *International journal of social welfare*, 9, 128-135.
- Ensel, W.M. y Lin, N. (2004). Physical fitness and the stress process. *Journal of community psychology*, 32 (1), 81-102.
- Ferrando, P.J., Chico, E. y Tous, J.M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicobema*, 14 (3), 673-680.
- Fournier, M., Ridder, D. y Bensing, J. (1999). Optimism and Adaptation to Multiple Sclerosis: What does optimism mean?. *Journal of Behavioral medicine*, 22 (4), 303-331.
- Horn, A.B., Pössel, P., Hautzinger, M. y Traue, H. (2004). Expressive writing and social life. *Psychology & Health*, 19 (suppl.), 81.
- Kliegel, M. y Horn, A. B. (2003). Emotional after-effects on the P3 component of the event-related brain potential. *International Journal of Psychology*, 38 (3), 129-137.
- Ibáñez, E. (1991). (Ed.) *Psicología de la salud y estilos de vida*. Valencia: Promolibro.
- Janssen, S.A., Spinhoven, P. y Brosschot, J.F. (2001). Experimentally induced anger, cardiovascular reactivity, and pain sensitivity. *Journal of Psychosomatic research*, 51, 479-485.
- Julkunen, H., Kurki, P., Kaaja, R., Heikkilä, R., Immonen, I., Chan, E.K.L., Wallgren, E. y Friman, C. (1993). Isolated congenital heart block: Long-term outcome of mothers and characterization of the immune response to SS-A/Ro and to SS-B/La. *Arthritis Rheuma*, 36, 1588-1598.
- Kamen, L.P., Rodin, J. y Seligman, M.E.P. (1987). *Explanatory style and immune functioning*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C.D. (2001). *Manual del Inventario de expresión de ira estado-rasgo*. Madrid: Tea Ediciones.
- Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., Casado, M.I. y Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología*, 10 (2), 199-216.
- Peterson, C., Seligman, M.E.P., Yurko, K.H., Martin, L.R. y Friedman, H.S. (1998). Catastrophizing and untimely death. *Psychological Science*, 9, 49-52.
- Peterson, C., y De Avila, M.E. (1995). Optimistic explanatory style and the perception of health problems. *Journal of Clinical Psychology*, 51(1), 128-132.
- Peterson, C., y Seligman, M.E.P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Peterson, C., y Villanova, P. (1988). An expanded attributional style questionnaire. *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (1), 87-89.
- Porter, L.S., Stone, A.A., Schwartz, J.E. (1999) Anger expression and ambulatory blood pressure: A comparison of state and trait measures. *Psychosomatic Medicine*, 61, 454-463.
- Remor, E., Amorós, M. & Carrobes, J.A. (2004) ¿Es el Optimismo Disposicional un Factor Protector de las Emociones Negativas y del Malestar Físico? En E. Barberá (Ed.), *Motivos, Emociones y Procesos Representacionales de la Teoría a la Práctica*. Valencia: ADEIT.
- Salovey, P., Mayer, J.D. y Caruso, D. (2002). The positive psychology of emotional intelligence. En C.R. Snyder y S.J. López (Ed.), *Handbook of positive psychology* (pp.159-172). Oxford: University Press.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A. y Jiménez, M.P. (1995). Trastornos psicopatológicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*, vol.2. Madrid: McGraw-Hill.
- 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 the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (6), 1063-1078.
- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and Health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of personality*, 55, 169-210.
- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1989). Dispositional Optimism and recovery from Coronary Artery Bypass Surgery: The beneficial effects on Physical and Psychological Well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.
- 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. y Carver, C.S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 26-30.
- Schneider, R.H., Egan, B.M., Johnson, E.H., Drobny, H. y Julius, S. (1986). Anger and anxiety in borderline hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 48 (3), 242-248.
- Seligman, M.E.P. (2003). *La auténtica Felicidad*. Madrid: Ediciones B.
- Seligman, M.E.P., Castellon, C., Cacciola, J., Schulman, P., Luborsky, L., Ollove, M. y Downing, R. (1988). Explanatory style change during cognitive therapy for unipolar depression. *Journal of abnormal psychology*, 97, 13-18.
- Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1) 5-14.
- Siegmán, A.W., Anderson, R.A., Herbst, J., Boyle, S. y Wilkinson, J. (1992). Dimensions of anger-hostility and cardiovascular reactivity in provoked and angered men. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 257-272.
- Snyder, C.R. y López, S.J. (2002). *Handbook of Positive psychology*. Oxford University press.
- Solberg, V. y Scott, U. (1997). Examination of self-efficacy, social support, and stress as predictors of psychological and physical distress among Hispanic college students. *Hispanic Journal of behavioural sciences*, 19 (2), 182-201.
- Spielberger, C.D., Jacobs, G.A., Russell, S.F. y Crane, R.S. (1983). On the relation between family smoking habits and the smoking behavior of college students. *International Review of Applied Psychology*, 32 (1), 53-69.
- Suls, J., Wan, C.K. y Costa, P.T. (1995). Relationship of trait anger to resting blood pressure: a meta-analysis. *Health psychology*, 14(5), 444-456.

(Artículo recibido: 21-1-05; aceptado: 3-1-06)