

# UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA



**Facultad De Psicología**

# **Tesina de licenciatura en Psicología**

**“OPTIMISMO: Análisis comparativo  
del LOT-R y ASQ-A en enfermos  
crónicos”**

Alumna: Belisa Castro  
Directora: Lic. Cristina M. Straniero

JULIO 2009

## Hoja de Evaluación

**Tribunal examinador:**

**Presidente:**

**Vocal:**

**Profesor invitado: Lic. Cristina Straniero**

**Nota:**

### **Agradecimientos:**

*Quiero agradecer en primer lugar a mis padres Gloria y Hugo por su apoyo, amor, contención y presencia incondicional, quienes me ayudaron a lograr este objetivo tan importante en mi vida.*

*A mí querida hermana que además de su cariño y sostén colaboro en este trabajo.*

*A Mauricio que con su amor y paciencia me acompañó en este camino.*

*A Josefa Nicosia, mi maestra de vida, que con su dedicación, cariño, comprensión, y formación me ayudo a caminar no solo el camino de formación académica sino también el camino de la vida.*

*A mis amigas. Las Licenciadas y amigas Josefina y Andrea, por el cariño, estímulo, apoyo que me brindaron siempre; y en especial a Lic. Andrea por su especial colaboración en esta investigación.*

*A mi compañera y vieja amiga Marisa, porque durante este proceso compartimos buenos y malos momentos juntas. A Jakie, Silvia, que siempre hicieron fuerza por mí; a Dolo, Laly, Anabel.*

*A mis Abuelos que siguen vivos en mi corazón y en mi recuerdo.*

*A la licenciada Cristina Straniero, por su interés, generosidad, por brindarme sus conocimientos y su experiencia. Gracias a su ayuda y asesoramiento pude realizar y concluir este trabajo de investigación, el cual cierra un ciclo en mi trayecto como estudiante de Psicología. Es admirable como profesional y persona. Gracias Profe!!!!*

*A todos los que participaron respondiendo los cuestionarios de esta investigación.*

*Y para terminar, quiero agradecer a todas las personas que de alguna manera me apoyaron y estuvieron presentes en esta etapa tan importante de mi vida.*

**Gracias! Muchas Gracias a todos!!!!!!**

## INDICE:

Resumen.....	8
Introducción.....	9

### **PRIMERA PARTE: MARCO TEORICO**

#### **CAPITULO 1**

Psicología Positiva.....	12
1.1 ¿Qué es Psicología Positiva?.....	13
1.2 Antecedentes de Psicología Positiva.....	14
1.3 Objetivos.....	15
1.4 Psicología Positiva Aplicada.....	17
1.5 Retos para el futuro.....	19

#### **CAPÍTULO 2**

Optimismo.....	20
2.1 Introducción.....	21
2.2 El optimismo como recurso psicológico.....	22
2.3 Modelo Teórico de Seligman y colaboradores.....	22
2.3.1 El estilo Explicativo Pesimista-Optimista.....	22
2.3.2 Los estilos atribucionales o Explicativos.....	24
2.3.3 Indefensión aprendida.....	26
2.3.4 Instrumento de medición de los estilos explicativos.....	29
2.3.5 Algunas Investigaciones: Optimismo-Pesimismo/Estilos Atribucionales.....	29
2.4 Modelo Teórico de Carver y Scheier.....	31
2.4.1 Optimismo Disposicional.....	31
2.4.2 Concepto de Personalidad.....	32
2.4.3 Instrumento de medición del Optimismo disposicional.....	37
2.4.4 Optimismo disposicional y enfermedades físicas.....	37

2.4.5 Optimismo disposicional: Sintomatología psicopatológica, estrés y estilos de afrontamiento.....	38
2.5 Síntesis.....	40

### **CAPITULO 3**

Enfermedades Crónicas.....	43
3.1 Salud y enfermedad: Conceptualización de las enfermedades crónicas.....	44
3.2 El proceso de afrontamiento.....	48
3.3 Emociones negativas y depresión en enfermos crónicos.....	49
3.4 Resistencia Emocional.....	50
3.5 La importancia de prevenir enfermedades crónicas.....	51
3.6 Situación en la Argentina.....	53
3.7 El psicólogo en la atención de personas con enfermedades crónicas: Psicología de la Salud.....	54

### **CAPITULO 4**

Construcción y evaluación de un instrumento de medición.....	56
4.1 ¿Qué significa medir?.....	57
4.2 Requisitos que debe cubrir un instrumento de medición.....	57
4.2.1 Confiabilidad.....	58
4.2.2 Validez.....	58
4.2.3 Objetividad.....	60
4.3 ¿Cómo construir un instrumento de medición?.....	61
4.4 Tipos de instrumentos de medición o recolección de datos cuantitativos en la investigación.....	63
4.4.1 Cuestionario.....	63
4.4.2 Escalas para medir actitudes.....	66
4.4.2.1 Escalamiento tipo Likert.....	66
4.4.2.2 Diferencial semántico.....	68
4.4.2.3 Escalamiento de Guttman.....	69

## SEGUNDA PARTE: PARTE APLICADA

### CAPITULO 5

Metodología de la investigación.....	75
5.1 Objetivos de trabajo.....	76
5.2 Hipótesis de investigación.....	76
5.3 Método: Diseño.....	76
5.4 Tipo de muestra.....	76
5.5 Sujetos.....	77
5.6 Instrumentos de medición.....	77
5.6 .1 “Test de Orientación Vital- Revisado” (LOT-R) 1994.....	77
5.6.2 “Cuestionario sobre Estilos Atribucionales” (ASQ-A)1982.....	78
5.7 Procedimiento.....	82
5.8 Definición operacional de variables estudiados.....	82

### CAPITULO 6

Presentación y análisis de resultados.....	84
6.1 Caracterización de la muestra.....	85
6.2 Resultado general del LOT-R.....	87
6.3 Resultado general del ASQ-A.....	88
6.4 Comparación del LOT-R Y ASQ-A.....	89
Conclusiones.....	92
Bibliografía.....	96
Anexo.....	101

## **RESUMEN**

El presente trabajo tiene por objetivo analizar y comparar dos escalas para evaluar el optimismo en enfermos crónicos. Para ello se administró el Test de Orientación Vital revisado (LOT-R; Scheier, Carver y Bridges, 1994) y Cuestionario sobre estilos de Atribuciones (ASQ, Peterson, Semmel, Seligman y Cols, 1982) a una muestra de 30 adultos enfermos crónicos de la provincia de Mendoza. (edad media 38 años)

Los resultados muestran que el optimismo disposicional está ligado al estilo explicativo optimista sólo en eventos positivos. En cambio la escala de estilos explicativos (ASQ) evalúa el optimismo tanto en situaciones positivas como negativas, proporcionando así mayor información.

## **ABSTRACT**

The objective of this research is to analyse and compare two scales for evaluate the Optimism in chronic patients (sick person). Therefore, two sort of scales were used Life Orientation Test-Revised (LOT-R; Scheier, Carver y Bridges, 1994) and Attributional Styles Questionnaire (ASQ-A; Peterson, Semmel, Seligman y cols., 1982). Both scales were adapted to a local sample, a group of thirty adults chonic patients from de province of Mendoza. Average age: thirty eight years old.

Results show that dispositional optimism is related to optimism as attributional style just for positive events. Instead, the Attributional Styles's scale evaluates the optimism in positive events as negative events, giving more information.

## **INTRODUCCIÓN:**

El optimismo es uno de los tópicos que mayor interés ha despertado entre los investigadores de la Psicología Positiva en la actualidad.

La definición de optimismo según Martín Seligman, nos describe a este como un estilo atribucional o explicativo positivo; esto se refiere a una disposición o tendencia a explicar las situaciones negativas a través de causas externas a uno mismo, inestables en el tiempo y específica de esa situación concreta que afecta. Pero el optimismo es definido también por Carver y Scheier como la expectativa o creencia estable generalizada de que en la vida ocurrirán cosas o eventos positivos. Estas expectativas son consideradas según estos investigadores como disposiciones estables de “personalidad”.

Un optimista cuestiona qué es lo que puede hacer para rectificar, mejorar o cambiar determinada situación como lo es, en el caso de este trabajo, una enfermedad crónica. El padecer una enfermedad crónica tiene repercusión en aspectos psicológicos, familiares, laborales y sociales. Por eso se plantea la importancia del optimismo como recurso psicológico, para que una persona pueda asumir, afrontar o aceptar una enfermedad crónica y pueda aprender a vivir con ella de la mejor manera posible. En este sentido, es importante no confundir el optimismo con ingenuidad o negación de la realidad, ya que ser optimista no implica negar los problemas que la realidad presenta, sino asumir su existencia y definir estrategias de acción basadas en la esperanza para afrontar lo que implica padecer una enfermedad crónica.

Frente a lo expuesto anteriormente, el concepto de optimismo puede ser estudiado desde dos perspectivas teóricas diferentes aunque complementarias, la del estilo explicativo pesimista-optimista de Peterson y Seligman (1984), y la del optimismo disposicional de Scheier y Carver (1985). Cada grupo de investigación ha desarrollado un instrumento específico para medir dicho constructo, los cuales no han sido adaptados a la cultura hispana.

Por lo tanto la presente investigación tiene por objetivo, comparar estas dos teorías y sus respectivas escalas ASQ Y LOT-R en una población de

enfermos crónicos de la ciudad de Mendoza. Se pretende además profundizar en las características psicométricas de dichos instrumentos de medición. Cabe destacar que en investigaciones realizadas sobre optimismo no se registran evaluaciones de ambas técnicas administradas a la misma vez.

El aporte que se realiza en esta tesis es sobre la medición y la importancia de poder entender esta medición desde una mirada cualitativa. Esto va a quedar expresado en el capítulo cinco y seis.

El trabajo esta compuesto por 2 partes, la primera corresponde al Marco Teórico. El primer capítulo caracteriza el pensamiento de la Psicología Positiva como disciplina que enmarca los temas ligados a las características positivas de las personas, entre ellos el optimismo. El capítulo número dos describe el optimismo y sus dos modelos teóricos. El modelo de Carver y Scheier, el cual menciona al optimismo disposicional; y el modelo teórico de Seligman y colaboradores el cual plantea el optimismo desde los estilos atribucionales o explicativos. El capítulo número 3 corresponde al las enfermedades crónicas, señala la importancia de estas en la actualidad y como influyen en los sujetos física y psicológicamente. También describe el proceso de afrontamiento de una enfermedad crónica y el rol que juega el psicólogo en dicha enfermedad. Finalizando la primer parte de la investigación se presenta el capítulo número cuatro, este expresa la evaluación y construcción de un instrumento de medición, esto nos posibilita el conocimiento para observar si un instrumento es valido y confiable al momento de medir, en el caso de este trabajo, el optimismo.

La segunda parte muestra el trabajo de campo realizado; primero se explica la metodología de la investigación, y luego se analizan y presentan los datos obtenidos. Y finalmente, se realizan las conclusiones del estudio.

Considero que el presente estudio permite acercarse al conocimiento de ambas escalas con sus respectivas teorías y evaluar sus características a la hora de medir el optimismo -en este caso en enfermos crónicos-, además de observar el nivel de este, en la muestra seleccionada.

# PARTE TEÓRICA

# **Capítulo 1:**

# **PSICOLOGÍA POSITIVA**

El presente trabajo de investigación tiene su foco en comparar dos instrumentos de medición del optimismo, uno proveniente de la Psicología Cognitiva y otro de la Psicología de la Personalidad.

Sin embargo, la mirada que engloba el tema en cuestión en la actualidad es la Psicología Positiva, la cual se constituye como marco de referencia para el estudio de los aspectos saludables de los seres humanos, entre ellos, el optimismo.

### **1.1 ¿Que es la Psicología Positiva?**

La Psicología Positiva es una rama de la psicología de reciente aparición, que se centra en el estudio científico de las experiencias positivas y los rasgos individuales positivos, además de las instituciones que facilitan su desarrollo. Tiene como propósito ampliar el foco de la psicología clínica más allá del sufrimiento y su consecuente alivio (Seligman & cols. 2005). Busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las emociones positivas y a las cualidades propias del ser humano.

La Psicología Positiva da sus primeros pasos en 1998 con la asunción del psicólogo norteamericano Martín Seligman como presidente de la *American Psychological Association*, que, tras 25 años de estudiar los síntomas de la depresión, comenzó a preguntarse por qué, en lugar de deprimirse, muchas personas lograban adoptar una actitud más o menos optimista ante la vida.

El gran descubrimiento de Seligman no fue empeñarse en definir o curar “enfermedades” conocidas obviamente como tales, como podrían ser depresiones o trastornos de ansiedad, sino en investigar qué hacen y sienten las personas que, en sí mismas, se consideran como personas felices. Posteriormente, se ha ocupado de difundir estos pensamientos y actitudes a la comunidad científica y al público en general.

Casullo M.M. (2008) define la Psicología Positiva como el estudio científico del funcionamiento psíquico óptimo. Desde un nivel meta-psicológico, intenta corregir el desbalance histórico en la investigación y la práctica psicológica, llamando la atención sobre los aspectos positivos del funcionamiento y la experiencia humana. En un nivel pragmático, se trata de entender las condiciones, los procesos y los mecanismos que llevan a aquellos estados subjetivos, sociales y culturales que caracterizan una buena vida.

Por lo tanto los psicólogos enrolados en Psicología Positiva, tienen como objetivo ampliar el foco desde la preocupación casi exclusiva por reparar el daño, hacia un énfasis en el fortalecimiento de las cualidades positivas o de desarrollo de las potencialidades humanas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). No pretenden reemplazar sino completar el modelo médico que la ciencia psicológica sostuvo durante la mayor parte de la historia.

Se preocupan por investigar la felicidad humana o mejor dicho el bienestar psíquico y subjetivo. Intentan identificar, medir y promover este bienestar en individuos, grupos y sociedades (Peterson y Seligman, 2004). Se proponen hacer esto con rigurosidad científica tratando de adaptar lo mejor del método científico a los problemas únicos que la conducta humana presenta a aquellos que quieren entenderla en toda su complejidad (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

## **1.2. Antecedentes de la Psicología Positiva:**

Seligman y colaboradores (2005) mencionan como antecedentes los aportes del psicoanálisis, el conductismo, el cognitivismo, la psicología humanística y la existencialista para el actual entendimiento de los aspectos positivos de la experiencia humana. Pero sin duda, entre los antecedentes más destacados, se encuentran en primer lugar los aportes de la Psicología Humanística. A decir de Warmoth y colaboradores (2001) los psicólogos humanistas no sólo investigan acerca del sufrimiento y el trauma, sino también

abordan cuestiones relacionadas al crecimiento, la creatividad, sueños, ética y valores. Los mismos hacen hincapié en las mismas premisas que la Psicología Positiva, las cuales entre las más destacadas se pueden mencionar la voluntad, responsabilidad, esperanza y emoción positiva.

Durante la primera mitad del Siglo XX, lo conciente quedó relegado debido al énfasis puesto por los psicoanalistas en lo inconsciente y excluido por los psicólogos conductistas que sólo se enfocaban en el comportamiento observable y objetivo (Warmoth & cols., 2001). Afortunadamente, poco después comenzaron a surgir nuevas teorías y conceptos. Entre los más relevantes, encontramos a Maslow (1954) que introdujo la teoría de la motivación humana e ideas tales como las de necesidades de desarrollo y autoactualización (self-actualization). Fue este autor quien probablemente haya introducido las bases de Psicología Positiva.

### **1.3. Objetivos:**

La psicología positiva tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales y patologías. La concepción actual focalizada en lo patológico se centra en corregir defectos y reparar aquello que ya se ha roto. Por el contrario, la psicología positiva insiste en la construcción de competencias y en la prevención.

Según 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.

Según Seligman y Csikszentmihalyi (2000) antes de la Segunda Guerra Mundial, la psicología tenía tres misiones:

- curar la enfermedad mental,
- hacer las vidas de las personas más plenas e
- identificar y alimentar el talento.

Sin embargo, los autores consideran que la única que prosperó hasta nuestros días es el estudio y tratamiento de enfermedades mentales, dentro de lo cual se han hecho grandes avances. En tanto, las otras dos misiones, hacer mejor la vida de las personas y fomentar “genios”, han sido completamente olvidadas. Una de las posibles causas que menciona Seligman (1998) es que la psicología ingresó como ciencia de la mano de la medicina y no pudo desligarse del modelo médico basado en el déficit.

Además, las secuelas de la Segunda Guerra Mundial, hicieron necesaria una mayor atención a las enfermedades mentales, relegando a un segundo plano el estudio de los procesos normales.

Desde ese entonces, la psicología sigue el mismo rumbo y como consecuencia se encuentran instaladas creencias erróneas del tipo que la ausencia de enfermedad o su alivio, es suficiente para alcanzar la felicidad o un grado óptimo de funcionamiento.

Esta ciencia y práctica, pretende poder prevenir muchos de los trastornos emocionales fundamentales y reorientar la psicología en sus dos vertientes relegadas: hacer más fuertes y productivas a las personas normales y hacer real el elevado potencial humano. Aunque se reconoce, no es nada nuevo -que han existido elementos de la Psicología Positiva en décadas anteriores (Seligman, 2000), tanto en concepciones teóricas como en la propia práctica psicoterapéutica, que hacían énfasis en algunos aspectos positivos- no es menos cierto que nunca antes se había prestado tanta atención a este enfoque, ni intentado organizar el conocimiento teórico y práctico conformando una nueva disciplina.

En este contexto surge la Psicología Positiva, con el objetivo de investigar acerca de las fortalezas y virtudes humanas y los efectos que éstas tienen en las vidas de las personas y en las sociedades en que viven (Cuadra & Florenzano, 2003).

La Psicología Positiva considera que los principios de construir fuerzas internas en el paciente deben estar en la base de la psicoterapia, es decir, que la psicoterapia debe estimular en el paciente: coraje, habilidades interpersonales, racionalidad, insight, optimismo, honestidad, perseverancia, realismo, capacidad para el placer, para poner los problemas en perspectiva, para encontrar propósito y orientación al futuro.

#### **1.4. Psicología Positiva Aplicada:**

La Psicología Positiva Aplicada, es la aplicación de las investigaciones realizadas en este campo para facilitar el funcionamiento óptimo, donde se trabaja para su promoción y desarrollo, desde el trastorno y la angustia a la salud, a nivel individual, grupal, organizacional y social. Como se mencionó anteriormente, esto no quiere decir que la enfermedad y el trastorno deben ser descuidados, sino que deberían ser tomados como un aspecto más que conforman a un individuo (Linley & Joseph, 2004).

##### Las potenciales aplicaciones de la Psicología Positiva incluyen:

- Aproximaciones terapéuticas que enfatizan lo positivo.
- Currículas educaciones que promuevan la motivación intrínseca y la creatividad.
- Promover la vida familiar y buscar formas alternativas para que las personas puedan hacer sus relaciones más provechosas y gratificantes.
- Mejorar la satisfacción laboral.
- Mejorar las organizaciones para que contribuyan de mejor forma al bienestar individual y su crecimiento.

Para abordar estas cuestiones, la Psicología Positiva investiga diversos aspectos del ser humano:

- Las emociones positivas.
- Las partes positivas de las emociones negativas: función adaptiva del miedo, del asco, que pueden advertir de un peligro, refuerzos sociales en la tristeza, etc.
- Los rasgos positivos de la persona: virtudes y habilidades
- Las instituciones positivas: democracia, familias unidas, libertad de información.
- Su aplicación en los ámbitos de la vida: laboral, pareja, educación de los hijos, escuela, deportes, salud.
- El desarrollo de herramientas de evaluación válidas para medir el bienestar, los recursos y las emociones positivas.

Uno de los tópicos es el OPTIMISMO, tras demostrarse su valor predictivo sobre la salud y el bienestar y su papel modulador sobre los eventos estresantes y los estados de enfermedad. También el HUMOR (por su capacidad como des-estresante), la RESILENCIA (capacidad del ser humano para resistir y rehacerse frente a los embates de la vida pudiendo darse incluso un crecimiento personal) y la CREATIVIDAD (proceso clave para el desarrollo personal, la adaptación y el progreso social y que puede ampliarse y fomentarse en todas las personas).

Las investigaciones demuestran que: (Avia y Vazquez, 1998; Brown 2004; Buzan 2003, Garcia, Laurini 2006, Tierno 2007, Seligman 2002, Perez-Sales 2003)

-LAS EMOCIONES POSITIVAS MEJORAN LA FORMA DE PENSAR, pues facilitan la puesta en marcha de patrones de pensamientos receptivos, flexibles, integradores, más abiertos y complejos, y que hace más creativa, novedosa y acertada la solución de problemas y la toma de decisiones.

-LAS EMOCIONES POSITIVAS SE RELACIONAN CON LA SALUD pues protegen del envejecimiento y prolongan la vida porque protegen la salud (mantienen activado el sistema inmune, producen recuperaciones

cardiovasculares más rápidas tras emociones negativas o menor desgaste del sistema cardiovascular y mejoran el recuerdo de informaciones de riesgos para la salud y potencian el cuidado de la salud).

-LAS EMOCIONES POSITIVAS MEJORAN LA CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO DE LA ADVERSIDAD pues hacen más probable que se desarrollen planes de futuro con objetivos realistas, protegen frente a la depresión y el desamparo, capacitan para reevaluar positivamente los acontecimientos adversos y para valorar positivamente los eventos cotidianos, generan más acción, activan defensas más maduras como el buen humor y el altruismo y frenan defensas inmaduras como la negación o la proyección.

### **1.5. Retos para el futuro**

La psicología tiene que superar los conceptos centrados en la patología y crear una terminología positiva que complemente las abundantes expresiones negativas tan presentes en la psicología tradicional. Tiene también que crear nuevos instrumentos de evaluación, centrados en identificar las fortalezas del individuo, para así orientar la prevención y los tratamientos y potenciar el desarrollo personal de las personas. Y tiene que diseñar programas de intervención y técnicas dirigidas a desarrollar los valiosos recursos que las personas, los grupos y las comunidades sin duda poseen. El impacto de estos desarrollos no sólo tendrá efectos positivos individuales, también tendrá efectos sociales benéficos en un mundo complejo que constantemente plantea nuevos retos para sus habitantes.

# **Capítulo 2:**

# **OPTIMISMO**

## 2.1. Introducción

Como se dijo anteriormente, el optimismo es uno de los tópicos que mayor interés ha despertado entre los investigadores de la Psicología Positiva. Puede definirse como una característica disposicional de personalidad que media entre los acontecimientos externos y la interpretación personal de los mismos. Es la tendencia a esperar que el futuro depare resultados favorables. El optimismo es el valor que ayuda a enfrentar las dificultades con buen ánimo y perseverancia, descubriendo lo positivo que tienen las personas y las circunstancias, confiando en las capacidades y posibilidades junto a la ayuda de un profesional. (Optimismo disposicional, Según Carver y Scheier).

Pero también el optimismo puede definirse desde una teoría diferente a la anterior. Una tendencia o disposición relativamente estable a realizar un tipo particular de atribuciones en situaciones y dominios distintos, es la definición de estilos explicativo optimista-pesimista, (Seligman). Según esta definición una persona con estilo explicativo optimista ante una situación negativa tiende a explicarla a través de causas externas, inestables, y específicas. Por lo tanto desde esta definición podemos decir que el optimista se hace (se aprende) y se sabe responsable de aquello que le sucede.

La principal diferencia que existe entre una actitud optimista y su contraparte –el pesimismo- radica en el enfoque con que se aprecian las cosas: empeñarnos en descubrir inconvenientes y dificultades nos provoca apatía y desánimo. El optimismo supone hacer ese mismo esfuerzo para encontrar soluciones, ventajas y posibilidades.

En general, parece que las personas más optimistas tienden a tener mejor humor, a ser más perseverantes y exitosos e, incluso, a tener mejor estado de salud física. De hecho, uno de los resultados más consistentes en la literatura científica es que aquellas personas que poseen altos niveles de optimismo y esperanza (ambos tienen que ver con la expectativa de resultados positivos en el futuro y con la creencia en la propia capacidad de alcanzar

metas) tienden a salir fortalecidos y a encontrar beneficio en situaciones traumáticas y estresantes.

## **2.2. 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. Estos autores refieren la existencia de dos estilos explicativos, el optimista y el pesimista.

A su vez, el concepto de optimismo puede ser estudiado desde dos perspectivas teóricas diferentes aunque complementarias, la del estilo explicativo pesimista-optimista de Peterson y Seligman (1984), y la del optimismo disposicional como rasgo de personalidad de Scheier y Carver (1985).

## **2.3. Modelo teórico de Seligman y colaboradores: los estilos explicativos**

### **2.3.1. El estilo explicativo pesimista-optimista:**

Martín Seligman, psicólogo de la Universidad de Pensylvania, es considerado uno de los principales expertos en el estudio de las diferencias entre optimistas y pesimistas. Según el autor, el optimismo está muy relacionado con la responsabilidad que asumimos o no las personas ante aquello que nos ocurre. En definitiva, el optimista se hace y se sabe responsable de aquello que le sucede, y, por tanto, se cuestiona qué es lo que puede hacer para rectificar, mejorar o cambiar una determinada situación. Por el contrario, el pesimista tiende a sentirse impotente frente al mundo o incluso frente a sí mismo y espera pasivamente a que sean las circunstancias externas las que cambien. Los optimistas tienden a interpretarse más como causas de

aquello que les ocurre, mientras que los pesimistas tienden a sentirse efectos de las circunstancias exteriores. Otra diferencia interesante es que el optimista tiende a percibir los aspectos positivos de sí mismo, del otro y de la realidad que le rodea, mientras que el pesimista se concentra en los aspectos negativos. En consecuencia, las emociones del optimista se mueven en un espectro que incluye el coraje, el entusiasmo, la pasión, la confianza, la esperanza o el ver los errores como oportunidades para aprender. Por su parte, el pesimista tiene un mayor riesgo de sufrir problemas emocionales, ya que demasiado a menudo, el sentimiento de culpa e impotencia facilita la sensación de fracaso y la percepción de imposibilidad de cambio o mejora. Las personas optimistas tienden a ser más perseverantes y a ver realizados sus proyectos en mayor medida que las pesimistas.

En este sentido, conviene no confundir optimismo con ingenuidad o negación de la realidad, ya que ser optimista no implica negar los problemas que la realidad presenta, sino asumir su existencia y definir estrategias de acción basadas en la esperanza para afrontar la realidad y transformarla.

Por lo tanto se puede decir que las personas optimistas tienden a ser más esperanzadas y perseverantes, tener mejor autoestima y generar acciones más exitosas; mantienen más alerta sus defensas inmunológicas, se muestran más activas frente a las dificultades, toman más decisiones y adoptan mayor cantidad de medidas para crearse una red de apoyo afectivo y social (Seligman, 1991).

Las personas pesimistas tienden a ser más desesperanzadas, tienen autoestima más baja y se dan por vencidas más fácilmente frente a la adversidad, se deprimen con más facilidad y más a menudo, cuentan con una menor actividad inmunológica. Una dosis de pesimismo suave puede tener valor adaptativo y ser útil en la previsión de riesgos, en la toma de decisiones de equipos y grupos ejecutivos, pero un pesimismo alto predispone a los golpes depresivos, la falta de iniciativa y la mala salud y a no poder llegar a los cargos más altos (Seligman, 1991)

### 2.3.2 Estilos atribucionales o explicativos:

Los procesos de atribución hacen referencia a las causas que las personas aducen para explicar las situaciones que experimentan. Aunque estas causas pueden ser muy diversas, como estado de ánimo (positivo o negativo), características de personalidad o forma de ser, esfuerzo (alto o bajo), grado de dificultad de la situación, buena o mala suerte, capacidad o falta de capacidad, etc.

Cuando se habla de estilo atribucional o explicativo se quiere indicar una tendencia o disposición relativamente estable a realizar un tipo particular de atribuciones en un amplio rango de situaciones y dominios distintos (Buchanan y Seligman, 1995). Centrándonos primero en los estilos atribucionales presentados ante las situaciones negativas, se denomina estilo explicativo negativo o pesimista a la tendencia a explicarlas mediante causas internas, estables y globales (Abramson y cols., 1978), mientras que se habla de estilo atribucional positivo a la disposición a explicarlas a través de causas externas, inestables y específicas.

Los estilos explicativos presentados ante las situaciones negativas comenzaron a estudiarse en el marco del Modelo Reformulado de Indefensión Aprendida (Abramson y cols., 1978), desde el que se propuso que las personas con un estilo atribucional negativo tendrían una mayor vulnerabilidad para desarrollar sintomatología depresiva o incluso depresión cuando se enfrentaran a situaciones estresantes.

Entonces, de acuerdo con Peterson y Seligman en 1984 (Remor, Amoros, Carrobes, 2006, 37-38); 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”*.

Para establecer las diferencias entre ambos estilos explicativos 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.

Estas dimensiones pueden ser categorizadas también de la siguiente manera:

(a) **Personalización**: Consiste en atribuir causas internas o externas a los buenos o malos sucesos. Si me siento culpable cuando algo me sale mal ¿Porque yo soy así?, o soy capaz de externalizar el problema y hacerme responsable de producir cambios. Esta dimensión tiene que ver con la autoestima.

(b) **Permanencia**: Qué duración, estabilidad o inestabilidad en el tiempo atribuimos las causas de los buenos o males sucesos. Sus extremos se expresan en el discurso en los polos Siempre-Nunca.

(c) **Penetración**: Cuántas áreas de nuestra vida se ven afectadas por nuestra buena o mala suerte, si estas causas nos afectan de manera global o específica. Se expresa en el discurso en los extremos Todo-Nada. 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 menor vulnerabilidad a las enfermedades físicas (Kamen, 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 estudio del optimismo se inicia con la reformulación de la teoría de la indefensión aprendida de Abramson, Seligman & Teasdale (1978), como una forma de explicar las respuestas de afrontamiento a los acontecimientos negativos que les suceden a las personas en sus vidas, postulando la existencia de dos estilos explicativos: el optimista y el pesimista. (1987).

### **2.3.3 Indefensión aprendida:**

Las personas tienen un monólogo o discurso interno con el cual explican las cosas que les suceden. Este discurso se denomina *atribución causal, estilo atribucional o modelo explicativo*.

Martín Seligman (1991) se preguntó por qué frente a las dificultades algunas personas se dan por vencidas rápidamente y otras perseveran y salen adelante. Y encontró que frente a las dificultades aparecían preferentemente dos tipos de atribuciones causales: el estilo *optimista* y el estilo *pesimista*.

Sus investigaciones muestran cómo las personas optimistas tienden a ser más esperanzadas y perseverantes, tener mejor autoestima y generar acciones más exitosas y, por el contrario, las personas pesimistas tienden a ser más desesperanzadas, tienen autoestima más baja y se dan por vencidas más fácilmente frente a la adversidad.

Cuando las personas, sobre todo en etapas tempranas de la vida, se han visto acorraladas en situaciones altamente aversivas ante las cuales no podían reaccionar o huir (como es el caso de los niños cuya familia les está brindando un patrón de apego disfuncional), aprenden a ser desamparadas. Es decir uno aprende a quedarse paralizado frente a determinadas situaciones aversivas.

El desamparo aprendido está acompañado de pensamientos destructivos. Las tendencias de las personas en esta situación son:

- \* La reacción a bajar los brazos y darse por vencidas,
- \* a no asumir la responsabilidad de producir cambios y
- \* a no contestar frente a las adversidades.

Y esto sucede porque han construido, sin quererlo, una paralizante teoría, la creencia de que: "NO VALE LA PENA HACER NADA, PORQUE HAGA LO QUE HAGA NADA CAMBIA".

La **Indefensión aprendida**, o adquirida, es una condición psicológica en la que un sujeto aprende a creer que está indefenso, que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra y que cualquier cosa que haga es inútil. Como resultado, el sujeto permanece pasivo frente a una situación displacentera o dañina, incluso cuando dispone de la posibilidad real de cambiar estas circunstancias.

¿Cómo surge este concepto? Seligman exponía a dos perros, encerrados en sendas jaulas, a descargas eléctricas ocasionales. Uno de los animales tenía la posibilidad de accionar una palanca con el hocico para detener esa descarga, mientras el otro animal no tenía medios para hacerlo. El tiempo de la descarga era igual para ambos, ya que la recibían en el mismo momento, y cuando el primer perro cortaba la electricidad, el otro también dejaba de recibirla. En cualquier caso, el efecto psicológico en ambos animales era muy distinto; mientras el primero mostraba un comportamiento y un ánimo normal, el otro permanecía quieto, lastimoso y asustado, con lo que la importancia de la sensación de control en el estado de ánimo parecía demostrada. Incluso cuando la situación cambiaba para el segundo animal, y ya sí podía controlar las descargas, era incapaz de darse cuenta y seguía recibiendo descargas sin intentar nada para evitarlo.

La teoría de la indefensión aprendida ha sido utilizada para explicar el mecanismo de la depresión. Cuando estamos deprimidos -dirían los defensores de esta relación-, percibimos que nuestra situación vital es dolorosa, y no distinguimos ninguna solución ni ninguna posible vía de escape a nuestro alcance; nos sentimos mal y no podemos hacer nada para cambiarlo.

El estilo atribucional modula el desamparo aprendido. Esto significa que cuando más pesimistas y extremistas sean las cosas que dicen las personas, más desamparados e indefensos se sentirán y actuarán.

Las personas pesimistas frente a cualquier amenaza o riesgo creen estar indefensas. Al intentar explicar las causas de las situaciones lo hacen en un estilo atribucional permanente, penetrante y personal, y esto a su vez genera desamparo: esperan ser siempre desamparadas. O sea que frente a situaciones similares volverán a quedar indefensas.

El estilo atribucional se adquiere en la infancia a través de tres grandes vías:

- El análisis causal cotidiano, más optimista o más pesimista, que el niño o la niña observaron modelar a sus padres.
- El tipo de crítica que los adultos (padres, maestros, modelos, etc.) realizaban de él o ella. Las etiquetas: "la tonta", "el torpe", etc.
- La realidad de pérdidas o traumas en períodos críticos del desarrollo.

Cuando se falla en algo se sienten desamparados y deprimidos, por lo menos momentáneamente. Pero los optimistas se recuperan más pronto, a poco de haber fallado se recomponen y vuelven a intentarlo. Los pesimistas ven la derrota como algo permanente y penetrante, se deprimen y siguen desamparados por largo tiempo, dejan pasar el tiempo y no vuelven a intentarlo.

El estilo explicativo o atribución causal funciona para individuos o grupos de individuos: equipos, instituciones, comunidades, nacionalidades. Estudios realizados con sujetos mostraron que en los estados depresivos prolongados se agotan las catecolaminas, cuando esto sucede aumentan las endorfinas, el sistema inmunológico lo detecta y reduce su funcionamiento, dejando a la persona más expuesta a enfermedades.

Las personas pesimistas se deprimen con más facilidad y más a menudo, por lo tanto cuentan con una menor actividad inmunológica.

Las personas optimistas no sólo mantienen más alerta sus defensas inmunológicas, se muestran más activas frente a las dificultades, toman más decisiones y adoptan mayor cantidad de medidas para crearse una red de apoyo afectivo y social.

#### **2.3.4. Instrumentos de medición de los Estilos explicativos**

El instrumento que se utiliza en esta teoría, es el Cuestionario sobre Estilos Atribucionales (Peterson, Semmel, Seligman y cols., 1982).

Dicho instrumento mide las explicaciones y el estilo atribucional del sujeto. Para medirlo se utiliza un cuestionario que da puntaje por las explicaciones dadas a los eventos en las dimensiones de internalidad-externalidad, estabilidad-inestabilidad y globalidad- especificidad.

#### **2.3.5. Algunas investigaciones: optimismo-pesimismo/estilos atribucionales.**

Desde esta perspectiva teórica se han hecho muchos estudios que han posibilitado concluir que existe una asociación entre el estilo explicativo negativo y la sintomatología depresiva (Sweeney, Anderson y Bailey, 1986; Sanjuán, 1999), sin embargo, la naturaleza transversal de la gran mayoría de ellos, no permite aclarar si este estilo explicativo es la causa o la consecuencia de la depresión.

Además se ha encontrado que las personas con estilo explicativo negativo, comparadas con las que se caracterizan por un estilo explicativo

positivo, informan de más enfermedades (Jackson, Sellers y Peterson, 2002; Peterson, 1988), realizan más visitas al médico y se sienten menos capaces de controlar su salud (mantener y/o promover) (Peterson, 1988; Peterson y De Ávila, 1995), padecen más enfermedades (Peterson, Seligman y Vaillant, 1988), tienen un mayor número de accidentes (Peterson y cols., 2001), su sistema inmunológico presenta peor eficiencia (Brennan y Charnetski, 2000; Peterson y Bossio, 2001), sobreviven menos tiempo después de haber sufrido un ataque cardíaco (Buchanan, 1995) y tienen un porcentaje de mortalidad más elevado, fundamentalmente cuando se analizan las muertes por accidente (Peterson, Seligman, Yurko, Martín y Friedman, 1998).

Se ha sugerido que el vínculo entre estilo explicativo negativo y malestar, tanto psicológico como físico, puede estar mediado por el empleo de estrategias de afrontamiento inadecuadas (Peterson y Bossio, 2001; Sonoda y Tonan, 1999). Sin embargo, hasta la actualidad apenas existen estudios que analicen esta relación. Sería esperable que las personas con un estilo explicativo negativo presenten problemas de motivación para hacer frente a la adversidad que se traduciría en un estilo de afrontamiento menos efectivo, es decir, en un menor empleo de estrategias dirigidas a solucionar los problemas y en un mayor uso de las estrategias centradas en la emoción.

Los estudios realizados, que como se ha indicado son pocos, parecen apoyar esta idea, pues han encontrado que el estilo explicativo negativo mantiene una relación directa con el empleo de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción después de un fracaso (Mikulincer, 1989; Sellers y Peterson, 1993) y una relación indirecta con el uso de estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución de los problemas (Reilley, Geers, Lindsay, Deronde y Dember, 2005). Voyce (1997) también encontró una asociación de este estilo con el uso de las estrategias de afrontamiento menos efectivas.

El estilo explicativo presentado ante los sucesos positivos ha recibido muy poca atención, sin embargo. Los datos sugieren que puede jugar un rol en el bienestar psicológico. Por un lado, se ha apuntado que explicar las situaciones positivas mediante causas externas, inestables y específicas podría incrementar la vulnerabilidad de las personas con un estilo explicativo negativo

(Abramson y cols., 1978) y ser una tendencia tan característica y asociada al estado de ánimo depresivo como realizar atribuciones internas, estables y globales ante los fracasos (lo que se ha denominado estilo explicativo negativo) (Ahrens y Haaga, 1993; Mineka, Pury y Luten, 1995). En este sentido, existe alguna evidencia que relaciona las atribuciones inestables ante un suceso positivo o ante el éxito en una tarea y el incremento del estado de ánimo depresivo (Ahrens y Haaga, 1993; Sanjuán, 2003).

Por otro lado, ciertos trabajos, desarrollando la hipótesis complementaria, también han propuesto que si bien la tendencia a explicar las situaciones positivas mediante causas externas, inestables y específicas podría aumentar la vulnerabilidad para desarrollar depresión o a manifestar síntomas depresivos, la tendencia a explicarlas mediante causas internas, estables y globales, disposición a la que ha empezado a calificar como *estilo explicativo autoensalzante*, podría representar un factor protector relacionado con los aspectos positivos del funcionamiento psicológico. En esta línea, algunos trabajos han encontrado una relación directa entre la tendencia a realizar atribuciones internas, estables y globales para los sucesos positivos y el éxito en el trabajo (Corr y Gray, 1996), el bienestar psicológico (Cheng y Furnham, 2001, 2003) y una mayor autoestima (Cheng y Furnham, 2003). Además, otros trabajos también muestran como explicar los sucesos positivos mediante causas internas, estables y globales produce una disminución de los síntomas depresivos en pacientes con este trastorno (Johnson, Crofton y Feinstein, 1996; Johnson, Han, Douglas, Johannet y Russell, 1998; Needles y Abramson, 1990; Voelz, Gerald, Joiner y Wagner, 2003).

## **2.4. MODELO TEÒRICO DE SCHEIER Y CARVER:**

### **2.4.1. Optimismo disposicional**

Carver y Scheier son psicólogos, investigadores de la Universidad de Miami. Vienen trabajando desde hace décadas en la temática del optimismo, el cual consideran es un aspecto de la personalidad.

## 2.4. 2. Concepto de Personalidad

Se ha relacionado el concepto de personalidad con el de persona; éste último remonta sus orígenes a las creencias religiosas más antiguas. Persona originalmente era la denominación de la máscara teatral, usada en el drama entre griegos y romanos.

El concepto también ha sido relacionado con la expresión latina "personare" que significa "sonar a través de", refiriéndose al tubo a través del cual el actor griego proyectaba su voz. Así, persona, desde el inicio ha estado relacionada tanto con aspectos vocales como visuales de la máscara.

El concepto de personalidad en psicología ha sido objeto de numerosas definiciones, cada autor posee su propio punto de vista, su método y concepción personal sobre lo que debería ser la personalidad como objeto de estudio. Vamos a entender personalidad como la definen Carver y Scheier, (1997).

*La personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que crean patrones característicos de conducta, pensamientos y sentimientos (Carver y Scheier, 1997: Pág. 71).*

Existen numerosas teorías de personalidad. Carver (1997) las agrupa en diferentes perspectivas:

Perspectiva de las Disposiciones: Se basa como característica fundamental en los rasgos y tipos de personalidad, como cualidades estables e internas. Postulan que la gente muestra consistencia en sus actos, pensamientos y sentimientos a lo largo del tiempo. Las disposiciones del ser humano no cambian de manera abrupta, sino que duran a pesar de los cambios situacionales y ambientales.

Perspectiva Biológica: Las influencias biológicas sobre la personalidad pueden entenderse como proximales (cercanas) o dístales (lejanas). Las influencias dístales plantean que las características de personalidad están determinadas de manera genética, y suponen que la personalidad es consecuencia de las presiones evolutivas que dieron lugar a la especie humana, es decir características heredadas que son transmisibles como parte de la historia evolutiva de nuestra especie. Muchas de estas características son sociobiológicas.

Existen otras influencias biológicas: causa proximales. Son influencias que mantienen la idea de que la conducta humana es producida por un sistema biológico complejo y que los procesos biológicos que lo componen son un reflejo de nuestra organización como seres vivos. Este planteamiento supone que muchos fenómenos biológicos influyen en la conducta. El sistema nervioso y el sistema hormonal inciden directamente en la conducta de los individuos.

Perspectiva Psicoanalítica: Postulan que la personalidad es un conjunto de procesos que están en movimiento permanente. Algunas veces estos procesos trabajan en armonía, otras veces lo hacen en oposición, pero rara vez están inactivos. La personalidad es un estallido del que surgen fuerzas que pueden ser liberadas, canalizadas, modificadas o transformadas.

Perspectiva Neoanalítica: Encontramos dos corrientes básicas, la primera de la Psicología del Yo. Resaltan la importancia de la existencia y el desarrollo de ciertos procesos del yo. Las principales tareas del yo giran en torno a la naturaleza y la calidad de las relaciones del individuo con los demás. La personalidad se configuraría en la interacción con otros individuos y en el modo en que éste es afectado.

La segunda corriente dentro de la perspectiva neoanalítica es la Teoría del Desarrollo Psicosocial, planteada por Erik Erickson, la que propone que la personalidad evoluciona durante toda la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, dándole una gran importancia al impacto que tienen los fenómenos sociales durante toda la vida.

Perspectiva del Aprendizaje: La personalidad sería el conjunto acumulado de las tendencias aprendidas por el individuo en el curso de su experiencia; la personalidad sería moldeada principalmente por los acontecimientos externos, por los estímulos y resultados impuestos por el ambiente, descartando los procesos internos del individuo. Para Skinner, la personalidad son patrones de conducta, que se basan en experiencias previas.

Perspectiva Fenomenológica: Esta perspectiva tiene sus raíces en la unicidad del marco de referencia de cada persona, dándole gran importancia a la experiencia subjetiva de la realidad, y postula que el marco personal de referencia nos hace distintos del resto de la gente y también tiene una influencia sobre cada parte de nuestra vida.

Perspectiva de la Autorregulación Cognoscitiva: Postula que la conducta humana está dirigida fundamentalmente a metas; posee un propósito programado que trata de cumplir, tiene una representación de su meta e intenta dar los pasos que lo aproximen a ella. Todos los actos de los seres humanos estarían al servicio de la obtención de una u otra meta.

### **El optimismo disposicional (OD):**

El optimismo disposicional fue definido por Scheier y Carver 1987(en Remor, Amoros, Carrobles, 2006, Pág. 3) 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), en el que se 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).

Dentro de este modelo, el optimismo y el pesimismo serían considerados como expectativas generalizadas (favorables y desfavorables respectivamente) acerca de las cosas que le suceden a uno en la vida. Tales expectativas se consideran además como disposiciones estables (es decir, rasgos). De aquí que Scheier y Carver hablen de optimismo disposicional.

A partir de los descubrimientos de estos autores, distintas investigaciones han analizado cómo la variable optimismo influye sobre la salud física y en qué 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 los síntomas de malestar físico percibido. 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.

Dentro de este modelo, el optimismo es la tendencia a esperar que en el futuro ocurran eventos positivos y el pesimismo se corresponde a la expectativa de que sucedan acontecimientos desfavorables. Tales expectativas se consideran, además, como disposiciones que permanecen estables, esto es, rasgos, por lo que Scheier & Carver hablan de optimismo disposicional.

Básicamente el modelo desarrollado por estos autores asume que, cuando surgen dificultades, las expectativas favorables incrementan los esfuerzos de las personas para alcanzar objetivos, en tanto que las expectativas desfavorables reducen o anulan tales esfuerzos. Se considera igualmente que el optimismo desempeña un importante papel en el desarrollo de tareas y en las experiencias emocionales.

Los resultados de diferentes estudios sugieren un efecto positivo del optimismo sobre el bienestar psicológico y físico, el afrontamiento conductual y, además, parece ser un buen predictor de la enfermedad, tanto psicológica como física. Asimismo, se ha constatado que el optimismo disposicional está asociado negativamente con las quejas somáticas (Chico, 2002, Martínez-Correa, Reyes Del Paso, García & González, 2006).

Se ha analizado la forma en cómo el OD influye sobre la salud física, por ejemplo, Scheier y Carver (1989), encontraron que en pacientes sometidos a operaciones de by-pass el optimismo ejerce un fuerte y destacado efecto sobre el bienestar, tanto durante como inmediatamente después de la operación. Los optimistas mostraron tener una recuperación más rápida y presentaron menos complicaciones médicas que los pesimistas. Se ha reportado también que el OD se asocia a una menor percepción de dolor en pacientes con artritis reumatoide, (Treharne, Kitas, Lyons, y Booth, 2005).

Por otra parte, Fournier, Ridder y Bensing (2002) demostraron que la capacidad de adaptación a la enfermedad, generada por las creencias optimistas (confianza, esperanza, etc.) se relaciona con una mayor autoeficacia y un mayor empleo de afrontamiento orientado al problema. También se encontró que las creencias optimistas son benéficas cuando los pacientes sufren una enfermedad crónica controlable.

Al respecto, una revisión meta analítica realizada por Solberg y Segerstrom (2006) señala la relación entre OD y el ajuste a distintos estresores. Se encontró que el OD se asoció positivamente a las estrategias de afrontamiento encaminadas a reducir, eliminar o manejar el estrés y las emociones negativas y negativamente se asoció a las estrategias de evitación que buscan ignorar, evitar o distanciarse de los estímulos estresantes.

Otra de las vías en las que opera el optimismo, es en la búsqueda y desarrollo de redes sólidas de apoyo social, lo cual predice un mejor ajuste psicológico, a la transición de los eventos vitales, tal como lo demuestra el estudio realizado por Scheier, Carver y Bissette (2002), quienes exploraron el papel del optimismo sobre el cambio de estilo de vida en un grupo de estudiantes universitarios de nuevo ingreso, encontrando correlaciones positivas entre el optimismo y el ajuste psicológico a las nuevas condiciones de vida.

### **2.4.3. Instrumento de medición del Optimismo disposicional**

En cuanto a la medición de OD, el instrumento más utilizado y que ha sido adaptado para diferentes poblaciones en países distintos es el Life Orientation Test (LOT), de Scheier, Carver y Bridges (1994) en su versión española (Otero, Luengo, Romero, Gómez-Fraguela y Castro, 1998). Mide el optimismo/pesimismo disposicional como constructo unidimensional.

### **2.4.4. Optimismo disposicional y enfermedades físicas**

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, Shatte, Reivich y Seligman, 2001). Por otro lado, estas creencias o expectativas podrían resultar beneficiosas para la salud, en la medida 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 físico. 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, Sandwik y Karesen, 2004), habiéndose sugerido como uno de los posibles mecanismos subyacentes de tal relación la utilización de estrategias de afrontamiento del estrés mas 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 (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).

#### **2.4.5. Optimismo Disposicional: sintomatología psicopatológica, estrés y estilos de afrontamiento**

Recordemos que Scheier y Carver (1985, Pág. 449) definen tanto al optimismo como al pesimismo como “expectativas generalizadas acerca de las cosas que le suceden a uno en la vida”. Tales expectativas se consideran

además como disposiciones estables o rasgos de personalidad. De acuerdo con el modelo de autorregulación de la conducta postulado por los autores, las personas con expectativas positivas en relación con el futuro -los optimistas- tenderán a prolongar sus esfuerzos hacia las metas, aún cuando tengan que enfrentar serios obstáculos. Por el contrario, las personas con poca confianza - los pesimistas- serán más propensas a evitar la adversidad, realizando actividades distractivas temporarias que no ayudan a resolver el problema. Estos esfuerzos por enfrentar o evitar los problemas se traducen en diferentes comportamientos, que constituyen lo que se denomina estrategias de afrontamiento.

El hecho de que los optimistas experimenten menos estrés que los pesimistas al enfrentarse con dificultades en su vida podría deberse al modo particular en que las afrontan, lo cual fomenta una mejor adaptación. En este sentido, los optimistas utilizan más estrategias de afrontamiento centradas en el problema, así como una variedad de estrategias de afrontamiento centradas en emociones positivas, además de trabajar para aceptar la realidad de situaciones difíciles y mirar los acontecimientos de la mejor manera posible (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Fontaine, Manstead & Wagner, 1993; Libram, 2002; Scheier, Weintraub & Carver, 1986). Por su parte, los pesimistas tienden a focalizar en sus emociones negativas. El hecho de que los optimistas experimenten menos estrés que los pesimistas al enfrentarse con dificultades en su vida podría deberse al modo particular en que las afrontan, lo cual fomenta una mejor adaptación. En este sentido, los optimistas utilizan más estrategias de afrontamiento centradas en el problema, así como una variedad de estrategias de afrontamiento centradas en emociones positivas, además de trabajar para aceptar la realidad de situaciones difíciles y mirar los acontecimientos de la mejor manera posible (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Fontaine, Manstead & Wagner, 1993; Libram, 2002; Scheier, Weintraub & Carver, 1986). Por su parte, los pesimistas tienden a focalizar en sus emociones negativas.

La relación entre optimismo y estrés fue examinada en diversos grupos de personas que enfrentaban situaciones difíciles o adversidad, intentando, a

través de múltiples mediciones, determinar si los pesimistas experimentan más estrés que los optimistas antes y después de estos acontecimientos.

El optimismo se halló en todos los casos relacionado con niveles más bajos de estrés al enfrentar los estresores, aún controlando el nivel del mismo previo al evento adverso (Aspinwall & Taylor, 1992; Carver & Gaines, 1987; Carver & Scheier, 2002; Carver., 1993; Cozzarelli, 1993; Given, 1993; Hooker Monahan, Shifren & Hutchinson, 1992; Litt, Tennen, Affleck, & Klock, 1992; Scheier , 1989; Fitzgerald, 1993; Shifren & Hooker, 1995).

## **2.5. Síntesis**

Por todo lo expuesto se nota que existe amplio consenso en la comunidad académica en torno a los beneficios del modo optimista de pensar. Es evidente que este proceso está muy ligado a la forma en que las personas connotan los sucesos de la vida. Partiendo de esta base se podría hipotetizar que haciendo más positiva la manera de connotar (orientándola optimistamente) se podría lograr una disminución de sintomatología psicopatológica.

Con respecto a la posible disminución de sintomatología psicopatológica hay variados dispositivos psicoterapéuticos, entre ellos la psicoterapia cognitiva, que han demostrado ser eficaces en este sentido (Liddon & Jones, 2002)

Finalizando este capítulo, podemos decir que el optimismo es una característica psicológica disposicional, (según la teoría de Carver y Scheier) que remite a expectativas positivas y objetivos de futuro y cuya relación con variables como la perseverancia, el logro, la salud física y el bienestar (Peterson y Bossio, 1991; Scheier y Carver, 1993) han hecho de esta materia uno de los puntos centrales de la psicología positiva.

El interés moderno por el optimismo nace de la constatación del papel jugado por el pesimismo en la depresión (Beck, 1967). Desde entonces son

muchos los estudios que muestran que el optimismo tiene valor predictivo sobre la salud y el bienestar, además de actuar como modulador sobre los eventos estresantes, paliando el sufrimiento y el malestar de aquellos que sufren, tienen estrés o enfermedades graves (Peterson, Seligman y Vaillant, 1988). El optimismo también puede actuar como potenciador del bienestar y la salud en aquellas personas que, sin presentar trastornos, quieren mejorar su calidad de vida (Seligman, 2002).

Desde un punto de vista evolucionista es considerado además como una característica de la especie humana seleccionada por la evolución por sus ventajas para la supervivencia (Taylor, 1989).

El sentido común nos dice que es positivo mirar al futuro con optimismo y numerosos trabajos empíricos apoyan esta idea. Así por ejemplo, estudios con población general muestran una clara tendencia de las personas a sobreestimar el grado de control que tienen sobre las situaciones (Langer, 1975), mientras que las personas deprimidas estimarían de forma muy precisa su grado de control real (Alloy y Abramson, 1979). Esta ilusión de control, junto con otros mecanismos, contribuyen a explicar por qué unas personas no se deprimen y otras sí.

Así, el optimismo promete ser uno de los tópicos más importantes en la investigación en Psicología Positiva.

Frente a todo lo expuesto se puede hacer la siguiente pregunta: **el optimista ¿nace o se hace?** Son muchos los autores en el terreno de la psicología que sostienen que, afortunadamente, el optimismo se puede aprender, aunque, obviamente, está determinado en parte por la herencia y, cómo no, por las primeras experiencias de nuestra vida. De todas formas, es posible, en etapas maduras, aprender a ver las cosas de otra manera. Lo que es, sin duda, muy importante es el modo en que los padres explican a sus hijos por qué las cosas suceden como suceden, enseñándoles a aceptar la realidad, pero no a resignarse, sino a trabajar haciéndose responsables para crear aquellas circunstancias que faciliten el cambio. De alguna manera, el

optimismo o pesimismo que un niño vive en su entorno puede ser una influencia significativa en la construcción de la imagen de sí mismo, de los demás y de la vida que se haga el pequeño.

**Capítulo 3:**

**ENFERMEDADES**

**CRÓNICAS**

Vivir con una enfermedad de larga duración (también denominada crónica) plantea nuevos retos a una persona. Aprender a afrontar esos retos es un proceso largo. Pero entender lo que le ocurre y participar activamente en el cuidado de su salud ayudarán a afrontar esos retos. Mucha gente descubre que el hecho de adoptar un papel activo en el tratamiento de un problema de salud crónico le ayuda a sentirse más fuerte y más preparada para enfrentarse a muchas dificultades y pruebas que les depara la vida.

### **3.1. Salud y enfermedad: conceptualización de las enfermedades crónicas**

Antes de comenzar a desarrollar el siguiente capítulo correspondiente a enfermedades crónicas, se considera importante recordar la definición de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que dice:.

"La salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad"

A partir de esta definición podemos decir que en medicina, se llama **enfermedad crónica** a aquella patología de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica; pero por término medio, *toda enfermedad que tenga una duración mayor a tres meses puede considerarse como crónica.*

El término "crónico", del griego Χρονος (*Chronos*): «dios del tiempo», como su etimología lo indica, se refiere al tiempo de evolución de la enfermedad, pero nada dice acerca de su gravedad. Hay enfermedades crónicas sin gravedad alguna, y otras potencialmente muy graves.

Cuando a una enfermedad se le pone el adjetivo "crónico", se suele pensar en una enfermedad no curable salvo raras excepciones.

En epidemiología se entienden como enfermedades crónicas aquellas enfermedades de alta prevalencia y no curables. En general incluyen enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebrovascular principalmente, hipertensión), enfermedades neoplásicas sin tratamiento curativo, enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma), enfermedades osteoarticulares invalidantes (artritis reumatoides y artrosis severa), enfermedades reumáticas (artritis, osteoartritis), enfermedades renales, digestivas y hepáticas, cáncer, diabetes, obesidad, enfermedades tiroideas (hipertiroidismo-hipotiroidismo) enfermedades del ojo en general, y otras muchas.

Para el año 2005 la OMS calculó que 35 millones de personas murieron por culpa de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad eran mujeres menores de 70 años. También incluye la OMS dentro del concepto de enfermedades crónicas, una serie de minusvalías, como la ceguera o la hipoacusia.

Por lo tanto las enfermedades crónicas (EC) son problemas de salud que requieren manejo durante años. Estas comparten cuestiones fundamentales. El término “enfermedades crónicas”, según Adriana Moiso (2007), abarca las “enfermedades no transmisibles” tradicionales (cardiopatía, diabetes, cáncer y asma), extendiéndose más allá de ellas, e incluye varias enfermedades transmisibles (VIH/SIDA). Las exigencias que estas enfermedades generan en los pacientes, las familias y en el sistema de atención de salud son similares.

Las enfermedades crónicas, por consiguiente, incluyen:

Enfermedades no transmisibles.

Enfermedades transmisibles persistentes.

Trastornos mentales a largo plazo.

Deficiencias físicas o estructurales.

Las enfermedades crónicas ocupan los primeros lugares entre las causas de morbi-mortalidad en todos los grupos de edad, sobre todo a partir de los

adultos jóvenes, aunque el cáncer es la excepción, ya que se puede presentar desde la infancia.

El impacto que tienen estas enfermedades es muy fuerte y rebasa al enfermo, ya que al padecerlas tienen repercusión en aspectos psicológicos, familiares, laborales y sociales, siendo los aspectos psicológicos de gran impacto en la evolución de la enfermedad.

Uno de los mayores temores es la incertidumbre asociada con una enfermedad crónica. La enfermedad puede ser esporádica y durar solo un tiempo breve. O puede ser permanente y empeorarse gradualmente con el paso del tiempo.

Estas pueden forzar muchos cambios de estilo de vida potencialmente estresantes como, por ejemplo, dejar de hacer actividades que una persona disfruta, adaptarse a nuevas limitaciones físicas y necesidades especiales y pagar medicaciones y servicios de tratamiento costosos.

Las *enfermedades crónicas*, se llaman así, porque se van desarrollando poco a poco y de manera silenciosa, es decir, durante las primeras etapas de su desarrollo muchas de ellas no presentan síntomas o signos alarmantes, que hagan suponer que se están desarrollando.

Son irreversibles, porque van ocasionando el deterioro de uno o varios órganos del cuerpo limitando seriamente sus funciones, pero la mayoría, detectadas a tiempo son controlables, hasta el grado de permitir a las personas vivir con calidad y durante mucho tiempo.

Aunque existen factores hereditarios que predisponen a las personas a desarrollarlas, las enfermedades crónicas en su mayoría, no son transmisibles o contagiosas y se originan principalmente por la personalidad, el valor que se otorgue a la salud y a la vida y sobre todo a los estilos de vida adquiridos, es decir los hábitos que desarrollamos cotidianamente, entre los que están: el tipo de alimentación, el consumo o uso de alguna droga, el sedentarismo y falta de ejercicio físico, la adopción de posturas incorrectas al caminar, sentarse o

dormir, la forma de controlar y manejar las emociones y sentimientos, entre otros.

Entre las características comunes de las enfermedades crónicas están:

- Generalmente necesitan de un tiempo considerable para desarrollarse y manifestarse.
- Destruyen progresivamente los tejidos del o de los órganos que dañan.
- Pueden complicarse severamente y desencadenar otro tipo de enfermedades, ya sea también crónicas o infecciosas.
- Son incapacitantes, no porque el enfermo tenga que dejar de hacer todas sus actividades, sino porque las limita severamente.
- Requieren de un control médico sistemático y permanente, lo que origina muchos gastos y problemas económicos, familiares, laborales y sociales.
- El costo de los tratamientos es alto, debido al consumo permanente de fármacos y la realización de estudios de control, así como de terapias y consultas médicas frecuentes.
- Algunas pueden prevenirse fácilmente al cambiar los estilos de vida adoptados.

Otras características a tener en cuenta:

- larga duración con períodos de remisión y recurrencia.
- importancia de factores del estilo de vida y del ambiente físico y social.
- factores de riesgo múltiples.
- Son persistentes y requieren a través del tiempo algún nivel de manejo de atención de salud.
- Aumentan continuamente en todo el mundo, y ningún país es inmune a su repercusión.
- Desafían seriamente la eficacia y competencia de los sistemas de atención de salud actuales
- Engendran consecuencias económicas y sociales cada vez más graves en todo el mundo y amenazan los recursos de atención de salud de los distintos países.

- Aunque las enfermedades crónicas no transmisibles están entre los problemas de salud más comunes y costosos, también están entre los más evitables.

Muchas de las enfermedades crónicas, cuando se descubren están muy avanzadas, y los enfermos y sus familiares pasan por varias etapas psicológicas, que van desde el rechazo, la rabia, la racionalización, la depresión, la aceptación o resignación y la dependencia y en todas ellas y en muchos casos se requiere de ayuda psicológica para poder sobrellevarlas

### **3.2. El proceso de afrontamiento**

La mayoría de las personas atraviesan varias fases en el proceso de asumir que padecen una enfermedad crónica y de aprender a vivir con ella. Cuando a una persona le diagnostican una enfermedad crónica en concreto, puede sentir muchas cosas. Algunas personas se sienten vulnerables, confundidas y preocupadas por su salud y su futuro. Otras se decepcionan y se autocompadecen. Algunas encuentran injusto lo que les ha pasado y se enfadan consigo mismas y con la gente a quien quieren. Estos sentimientos forman parte del principio del proceso de afrontamiento. Cada persona reacciona de una forma diferente, pero todas las reacciones son completamente normales.

La próxima fase del proceso de afrontamiento consiste en aprender cosas sobre la enfermedad. La mayoría de la gente que tiene que vivir con una enfermedad crónica descubre que el conocimiento es poder — cuanto más saben sobre su trastorno, más sienten que controlan la situación y menos les asusta.

La tercera fase del proceso de afrontamiento de una enfermedad crónica consiste en tomar las riendas de la situación. En esta etapa, la persona se siente cómoda con los tratamientos y las herramientas (como los inhaladores y

las inyecciones) que debe utilizar para llevar una vida normal. Por ejemplo, una persona con diabetes, puede experimentar un abanico de emociones cuando le diagnostican la enfermedad. Tal vez crea que no va a ser capaz de pincharse para determinar su nivel de glucosa en sangre o de inyectarse insulina para controlar la enfermedad. Pero, después de trabajar con el personal médico-psicológico y de entender mejor la enfermedad, se familiarizará con todo el proceso. Con el tiempo, controlar la diabetes se convertirá en algo secundario en la vida. Los pasos implicados en el tratamiento de la enfermedad se convertirán en una forma más de cuidar de su cuerpo y mantenerse sano, como lavarse los dientes después de las comidas o ducharse.

No existen límites definidos de tiempo para completar el proceso de afrontamiento — el proceso de hacerse a la idea y aceptar que se padece una enfermedad crónica es diferente en cada persona. De hecho, la mayoría de gente comprobará que tiene las emociones a flor de piel en todas las fases del proceso. Aunque el tratamiento vaya bien, es normal estar triste o preocupado de vez en cuando. Reconocer esas emociones y ser consciente de ellas cuando emergen, forma parte del proceso de afrontamiento.

### **3.3. Emociones negativas y depresión en enfermos crónicos:**

Cuando una persona padece una enfermedad crónica, con el paso del tiempo, se pueden producir tensiones y sentimientos negativos que a su vez pueden restarle la energía emocional necesaria para avanzar en la vida. La falta de progreso en su recuperación o el empeoramiento de los síntomas pueden desencadenar pensamientos negativos que aumentan los sentimientos de ansiedad y tristeza, que con frecuencia llevan a la depresión.

Es esencial actuar rápidamente para tratar la depresión en estas personas. Estudios realizados con pacientes recientemente diagnosticados con diversos tipos de enfermedades crónicas informan que el mayor riesgo de síntomas depresivos se produjo durante los primeros dos años (Dorten, PsyD, ABPP, APA 2007). Si bien estos síntomas suelen disminuir, los pacientes con

enfermedades cardíacas presentan un riesgo considerablemente mayor de depresión hasta ocho años después del diagnóstico (Dorten, PsyD, ABPP, APA 2007). Las limitaciones físicas impuestas por las enfermedades cardíacas y otras enfermedades crónicas como, por ejemplo, la artritis y la enfermedad pulmonar son además una causa común de depresión, sobre todo entre las personas de edad avanzada.

Debido a que la depresión conduce a menudo a malos hábitos alimenticios, falta de ejercicio e higiene inconsistente, puede inclusive complicar su recuperación de una enfermedad crónica y empeorar su estado físico en general.

Aquellos que luchan contra enfermedades cardíacas están particularmente en riesgo. La depresión prolongada en pacientes con enfermedades cardiovasculares es un factor conocido que contribuye a los ataques al corazón y derrames cerebrales. Además, los sobrevivientes de los ataques al corazón que tienen depresión seria son tres a cuatro veces más susceptibles a morir en el término de seis meses (APA, 2007).

### **3.4. Resistencia emocional**

Sobrellevar los desafíos mentales y emocionales de una enfermedad crónica requiere hacerse un planteamiento realista pero también positivo. Adaptarse a su condición o sentirse bien respecto del futuro puede parecer imposible al principio, pero puede lograrse. En un estudio reciente de pacientes con problemas renales, sometidos semanalmente a múltiples tratamientos de diálisis, se descubrió que su estado de ánimo percibido y su satisfacción respecto de la vida no era diferente del de un grupo control de personas sanas (APA, 2007).

Un psicólogo calificado puede ayudar a desarrollar la fortaleza emocional necesaria para aguantar las dificultades de las enfermedades crónicas. Al

trabajar con el médico y otros especialistas, el psicólogo puede ayudar a desarrollar estrategias adecuadas para confrontar la enfermedad, que no sólo fortalecerán el programa de tratamiento sino que además contribuirán a su realización en la vida pese a cualquier limitación física.

### **3.5. La importancia de Prevenir enfermedades crónicas**

Las enfermedades crónicas, son la principal causa de muerte en el mundo. Un esfuerzo mundial para su prevención permitiría salvar la vida a 36 millones de personas de aquí a 2015. Así lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) en su informe *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*. Cada año, unos 17 millones de personas mueren prematuramente a causa de esta epidemia mundial de enfermedades crónicas, entre ellas cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer y diabetes. En los países de ingresos medianos y bajos se producen el 80% de todas las muertes provocadas por este tipo de enfermedades. La OMS estima que si no se adoptan medidas, 338 millones de personas morirán a causa de ellas en los próximos 10 años, y países como China, Rusia o India podrían ver recortada su renta en una cantidad entre 200.000 y 550.000 millones de dólares por esta causa.

Asimismo, la OMS propone un nuevo objetivo mundial: reducir la tendencia prevista para la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en un 2% anual hasta 2015. Esto será posible si todos los sectores, gobierno, industria privada, sociedad civil y comunidades colaboran en ello. Afrontar primero otras enfermedades como el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis, dejando para más tarde las enfermedades crónicas sería un grave error, pues una década después el problema será mucho mayor. La mayoría de las enfermedades crónicas graves se deben al sedentarismo, el consumo de tabaco o una alimentación inadecuada. Sólo con la eliminación de estos tres factores de riesgo se puede prevenir, según la OMS, hasta el 80% de las

cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes y más del 40% de los casos de cáncer. Se deben aplicar una serie de medidas baratas que supondrían rápidas mejoras para la salud. Entre ellas, la reducción de la sal en las comidas, una adecuada alimentación y los impuestos sobre los productos de tabaco. Sin olvidar el problema creciente de la obesidad que ya afecta a mil millones de personas y, según previsiones de la OMS, la cifra superará los 1.500 millones para 2015 si no se adoptan medidas inmediatas.

"Los sistemas de salud de las sociedades industrializadas están diseñados de acuerdo con las necesidades de hace cuarenta años, cuando lo prioritario era atender los procesos agudos: infartos, apendicitis, traumatismos, accidentes vasculares" (Bengoa, R., 2007)

Según Bengoa, Director de Sistemas y Políticas de Salud de la OMS, en actualmente, en las salas de espera de hospitales y consultorios predominan los enfermos con dolencias de larga duración cuya esperanza y calidad de vida estriban en que reciban una atención adecuada.

Los especialistas proponen que el paciente, pasada la fase de mayor gravedad, se convierta en gestor de su propia dolencia. Esto podría abordarse con una formación adecuada, consejos e intervenciones en grupo para que los propios enfermos compartan experiencias y participen en iniciativas de autoayuda. Ante unas sociedades con esperanza de vida creciente, con el desafío del envejecimiento de las poblaciones desarrolladas y estilos de vida inadecuados en muchas ocasiones, el Dr. LEE Jong-Wook, Director General de la OMS afirma con rotundidad que "es fundamental que los países examinen y apliquen las medidas sanitarias que se sabe que pueden reducir las muertes prematuras por enfermedades crónicas.

### 3.6. Situación en la Argentina

En Argentina las enfermedades crónicas se representan de la siguiente manera (Indicadores Básicos Argentina, 2002):

Las enfermedades cardiovasculares representan el 35% de las muertes totales, los tumores ocupan el segundo lugar en frecuencia, con un 20%, y las lesiones representan el 7% del total de las muertes.

Las *enfermedades cardiovasculares* se refieren a una variedad de enfermedades que afectan el corazón y el árbol vascular. Dentro de ellas, las que tienen mayor impacto en la mortalidad son la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebro vascular y la insuficiencia cardíaca. En el año 2000, representaron la primera causa de mortalidad (35% del total), con una tasa bruta de 247,07 x 100.000 habitantes. Al comparar las tasas ajustadas, según distribución geográfica, se observa que en la década 1990-2000, la ciudad de Buenos Aires, la Provincia de Buenos Aires y la de Córdoba fueron las jurisdicciones con mayor riesgo de muerte por insuficiencia cardíaca. Por otro lado, Corrientes, Chaco y Santa Fe fueron las que presentaron mayor riesgo de muerte por accidente cerebro vascular y, finalmente, Córdoba, Mendoza y La Pampa presentaron las mayores tasas de mortalidad ajustadas por enfermedad coronaria.

Los *tumores* constituyeron la segunda causa de muerte con una tasa bruta de 149,85 x 100.000 habitantes, para el año 2000. Las tasas son mayores en hombres que en mujeres y se han mantenido estables en la última década.

En lo que se refiere a las distintas localizaciones, pulmón y mama ocupan los dos primeros lugares. En el sexo masculino, las que predominan son pulmón y próstata; en el sexo femenino las más frecuentes son mama y colon. En las mujeres, aunque no ocupa los primeros lugares, se observa una tendencia creciente de los tumores de pulmón y páncreas, probablemente

relacionado con el creciente hábito de fumar en este grupo. Las provincias de la región del sur, que en el año 2000 presentaron las mayores tasas ajustadas de mortalidad por cáncer fueron Santa Cruz, Chubut y La Pampa.

En los países en vías de desarrollo, como el nuestro, las principales causas son el alcohol, la hipertensión arterial, el tabaco, la obesidad, la hipercolesterolemia y la dieta inadecuada. Habitualmente ocurre que existe interacción entre varios factores de riesgo y eso aumenta el efecto aislado de cada uno de ellos, por ejemplo, la inactividad física junto con la dieta inapropiada y el tabaco pueden explicar el 75% de las enfermedades cardiovasculares. Por otro lado, un mismo factor, como el tabaco, puede aumentar la posibilidad de varios tipos de enfermedades, tal es el caso de las cardiovasculares, tumores o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

### **3.7. El psicólogo en la atención a personas con enfermedades crónicas: Psicología de la Salud**

El desarrollo de la psicología y el aumento de la eficacia en los resultados de sus aplicaciones, han permitido responder a las demandas en el campo de las enfermedades crónicas. Esto se ha realizado desde distintas disciplinas que, con marcos conceptuales diferentes, aplican estrategias de intervención psicológicas a las personas que padecen alguna alteración en su funcionamiento físico o que se someten a intervenciones médicas.

En el desarrollo histórico de la psicología aplicada a los problemas relacionados con los trastornos orgánicos, aparecen múltiples términos que definen otras tantas ramas de aquella: Medicina Psicosomática, Psicología Médica, Medicina conductual. En la actualidad, el concepto más generalizado es el de *Psicología de la Salud*.

La psicología de la salud es una rama de la psicología que nace a finales de los años 70 dentro de un modelo biopsicosocial según el cual la enfermedad física es el resultado no sólo de factores médicos, sino también de factores psicológicos (emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida, estrés) y factores sociales (influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, etc.). Todos estos factores interactúan entre sí para dar lugar a la enfermedad. Se centra fundamentalmente en las enfermedades crónicas, y las investigaciones y desarrollo de planes de intervención se han enfocado en enfermedades tan diversas como la hipertensión, dolor crónico, artritis, asma, diabetes, cáncer, trastornos cardiovasculares, enfermedades reumáticas, diabetes, SIDA, intestino irritable, dolor de cabeza, úlcera, dismenorrea, enfermedad inflamatoria intestinal, etc.

Los marcos de intervención son muy variados: Equipos de Salud Mental, Servicios de Psiquiatría Intrahospitalaria, Servicios Hospitalarios específicos, Asociaciones de Afectados por una enfermedad y Práctica Privada, fundamentalmente. Los objetivos y las actividades que se plantean desde uno y otro marco de intervención suelen ser muy diferentes.

Desde los servicios generales de Salud Mental o Psiquiatría intrahospitalaria, los casos que se atienden suelen ser los derivados por los especialistas que tratan la alteración orgánica. El problema por el que los remiten a estos servicios suele ser la presencia de una alteración conductual grave, normalmente relacionada con síndromes depresivos, con niveles elevados de ansiedad. En numerosas ocasiones esta derivación a servicios de Salud Mental, se realiza por los riesgos que implican algunos comportamientos que pueden poner en peligro la vida del paciente. En numerosas ocasiones estos comportamientos están relacionados con la falta de seguimiento de las indicaciones médicas, lo cual se ha constituido en un problema muy actual: la *adherencia al tratamiento*.

**Capítulo 4:**

**CONSTRUCCIÓN Y  
EVALUACIÓN DE UN  
INSTRUMENTO DE  
MEDICIÓN**

#### **4.1. ¿Que significa medir?**

Según Carmines y Zeller (1991) medir “es el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos”, el cual se realiza mediante un plan explícito y organizado para clasificar (y con frecuencia cuantificar) los datos disponibles (los indicadores), en términos del concepto que el investigador tiene en mente.

En este proceso el instrumento de medición o de recolección de datos tiene un papel central. Sin él no hay observaciones clasificadas.

Esta definición incluye dos consideraciones: la primera desde el punto de vista empírico y se resume en que el centro de atención es la respuesta observable (sea una alternativa de respuesta marcada en un cuestionario, una conducta gravada vía observación o una respuesta dada a un entrevistador). La segunda es desde una perspectiva teórica y se refiere a que el interés se sitúa en el concepto subyacente no observable que se representa por medio de la respuesta (Carmines y Zeller, 1991). Así los registros del instrumento de medición representan valores visibles de conceptos abstractos.

Un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente. En términos cuantitativos: capturo verdaderamente la realidad que deseo capturar. Bostwick y Kyte (2005) señalan que la función de la medición es establecer una correspondencia entre el mundo real y el mundo conceptual. El primero provee evidencia empírica, el segundo proporciona modelos teóricos para encontrar sentido a ese segmento del mundo real que estamos tratando de describir.

#### **4.2. Requisitos que debe cubrir un instrumento de medición:**

Toda medición o instrumento de recolección de datos debe reunir tres requisitos esenciales: confiabilidad, validez y objetividad.

#### **4.2.1. Confiabilidad:**

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales. Es decir que es el grado en el que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes (Hernández Sampieri, Fernandez Collado, 2006).

#### **4.2.2. Validez:**

La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. Kerlinger (1979), plantea la siguiente pregunta ¿el instrumento está midiendo lo que cree que estar midiendo?.

La validez es un concepto del cual pueden tenerse diferentes tipos de evidencia (Bostwick y Kyte, 2005, Creswell, 2005; Wiersma y Jurs, 2005; y Gronlund, 1990):

- *Evidencia relacionada con el contenido:* se refiere al grado en que un instrumento refleja el dominio específico de contenido de lo que se mide. Es el grado en que la medición representa al concepto o variable medida (Bohrnstedt, 1976).

La pregunta que se responde con la validez de contenido es: ¿el instrumento mide adecuadamente las principales dimensiones de la variable en cuestión?

- *Evidencia relacionada con el criterio:* establece la validez de un instrumento de medición al compararla con algún criterio externo que pretende medir lo mismo.

Si el criterio se fija en el presente de manera paralela se habla de validez concurrente. En cambio si el criterio se fija en el futuro se habla de validez predictiva.

Según Bostwick y Kyte (2005), si hay validez de criterio, las puntuaciones obtenidas por ciertos individuos en un instrumento deben estar

correlacionadas y predecir las puntuaciones de estas mismas personas logradas en otro criterio.

La pregunta que se responde con la validez de criterio es: ¿en qué grado el instrumento comparado con otros criterios externos mide lo mismo?, o que tan cercanamente las puntuaciones del instrumento se relacionan con otros resultados sobre el mismo concepto?

- *Evidencia relacionada con el constructo*: es probablemente la más importante, sobre todo desde una perspectiva científica y se refiere a qué tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico (Bostwick y KYTE, 2005).

A esta validez le concierne en particular el significado del instrumento, esto es, qué está midiendo y cómo opera para medirlo. Integra la evidencia que soporta la interpretación del sentido que poseen las puntuaciones del instrumento (Messick, 1995, 1989).

La validez de constructo incluye 3 etapas (Carmines y Zeller, 1991):

1. se establece y especifica la relación teórica entre los conceptos (sobre la base del marco teórico)
2. se correlacionan los conceptos y se analiza cuidadosamente la correlación
3. se interpreta la evidencia empírica de acuerdo con el nivel en el que clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

Las preguntas que se responden con la validez de constructo son: ¿el concepto teórico está realmente reflejado en el instrumento? ¿Qué significan las puntuaciones del instrumento? ¿El instrumento mide el constructo y sus dimensiones?

La *validez total* de un instrumento de medición se evalúa sobre la base de todos los tipos de evidencia. Cuanto mayor evidencia de validez de contenido, de criterio y de constructo tenga un instrumento de medición, este se acercará más a representar las variables que pretende medir.

Es importante resaltar la relación entre confiabilidad y validez, ya que un instrumento de medición puede ser confiable pero no necesariamente válido. Por ello es requisito que el instrumento de medición demuestre ser *confiable* y *válido*.

Hay factores que pueden afectar la confiabilidad y la validez de los instrumentos de medición:

1. La improvisación.
2. A veces se utilizan instrumentos desarrollados en el extranjero que no han sido validados para nuestro contexto: cultura y tiempo.
3. En ocasiones el instrumento resulta inadecuado para las personas a quienes se le aplica: no es empático.
4. Diversas cuestiones vinculadas con estilos personales de los sujetos participantes tales como: deseabilidad social (tratar de dar una impresión muy favorable a través de las respuestas), tendencia a asentir con respecto a todo lo que se pregunta dar respuestas inusuales o contestar siempre negativamente.
5. Las condiciones en las que se aplica el instrumento de medición: el ruido, la iluminación, el frío.
6. Falta de estandarización.

#### **4.2.3. Objetividad:**

Se refiere al grado en que un instrumento es permeable a la influencia de los sesgos y tendencias del investigador o investigadores que lo administran, califican e interpretan (Mertens, 2005).

Por lo tanto la validez, la confiabilidad, y la objetividad no deben tratarse de forma separada. Sin alguna de las tres el instrumento no es útil para llevar a cabo un estudio.

### 4.3. ¿Cómo construir un instrumento de medición?

Existen diversos tipos de instrumentos de medición, cada uno con características diferentes. Sin embargo, el procedimiento general para construirlos es semejante (Hernandez Sampieri, Fernandez-Collado, Baptista Lucio, 2006).

La primer fase de este procedimiento es la de “*redefiniciones fundamentales*” sobre propósitos, definiciones operacionales y participantes.

La segunda fase se denomina “*Revisión enfocada en la literatura*” (instrumentos utilizados para medir las variables de interés). Para este punto se recomienda considerar los siguientes elementos:

- las variables que mide el instrumento o herramienta
- los dominios de contenido de las variables (dimensiones, componentes o indicadores)
- la muestra
- las condiciones de administración
- la información sobre la validez
- la información sobre la objetividad
- los recursos necesarios para administrarlo.

La fase número 3 se refiere a *la identificación del dominio de las variables a medir y sus indicadores*. Se refiere a la definición del dominio de las variables que habremos de medir, fundamentando en la revisión de otros instrumentos; es decir señalar con precisión los componentes, dimensiones o factores que teóricamente integran a la variable.

La fase 4 se denomina “*definiciones clave*”. Esta implica:

1. utilizar un instrumento de medición ya elaborado, adaptarlo o desarrollar uno nuevo.

2. resolver el tipo de instrumento y formato
3. determinar el contexto de administración.

Luego la fase numero 5 corresponde a la “*construcción del instrumento*”. Esta etapa implica la generación de todos los ítems o reactivos y categorías del instrumento. Se debe asegurar tener un número suficiente de los ítems para medir todas las variables en todas sus dimensiones. Al final de esta etapa el producto es una primera versión del instrumento. Una parte importante de esta versión es cómo vamos a registrar los datos y el valor que les habremos de otorgar, a esto se lo conoce como modificación.

Codificar los datos significa asignarles un valor numérico o símbolo que los represente.

*Prueba Piloto* es la fase número 6. Esta prueba consiste en administrar el instrumento a personas con características semejantes a las de la muestra objetivo de la investigación. Se somete a prueba no solo el instrumento de medición, sino también las condiciones de aplicación y los procedimientos involucrados. Se analiza si las instrucciones se comprenden y si los ítems funcionan de manera adecuada, se evalúa el lenguaje y la redacción. Los resultados se utilizan para calcular la confiabilidad inicial y de ser posible la validez del instrumento de medición. La prueba piloto se realiza con una pequeña muestra (inferior a la muestra definitiva). Parte fundamental de la prueba piloto consiste en charlar con los participantes para recoger sus opiniones con respecto al instrumento y al contexto de aplicación (por ejemplo lo consideran largo o corto comprensible obstructivo o no, etc.).

La fase número 7 corresponde a *la Versión Final*. Así con los resultados de la prueba, el instrumento de medición preliminar se modifica, ajusta y mejora (se quitan o agregan ítems, se cambian palabras, se otorga más tiempo para responder, etc.). Se tiene la versión final para administrar, la cual incluye un diseño gráfico atractivo para los participantes.

Posteriormente viene el *Entrenamiento del personal*. Las personas del equipo de investigación que van a administrar y/o calificar el instrumento ya sea que se trate de entrevistadores, observadores, encuestadores o que dirijan las sesiones para aplicarlo, deben recibir entrenamiento.

La fase número 9 se refiere a las *Autorizaciones*. Antes de recolectar los datos es necesario gestionar varias autorizaciones. En primer término por parte de los representantes de las organizaciones a las cuales pertenecen los representantes. Para este fin conviene producir una breve presentación del estudio en algún formato multimedia o de video. En segundo término es conveniente obtener el consentimiento de los propios participantes, particularmente por medio de un escrito.

Por último, la fase número 10 es la *administración del instrumento*. La administración depende del tipo de instrumento que hayamos seleccionado y la experticia de todo el equipo que participa, (escalas de actitudes, cuestionarios registros de contenido y observación).

#### **4.4. Tipos de instrumentos de medición o recolección de datos cuantitativos en la investigación:**

En la investigación hay diversos tipos de instrumentos para medir las variables de interés y en algunos casos llegan a combinarse en varias técnicas de recolección de datos.

##### **4.4.1. Cuestionarios:**

Consisten en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir.

El contenido de las preguntas de un cuestionario es tan variado como los aspectos que mide. Básicamente se consideran 2 tipos de preguntas: abiertas y cerradas.

Las preguntas cerradas contienen categorías u opciones de respuesta que han sido previamente delimitadas. Es decir, se presentan a los participantes las posibilidades de respuesta, quienes deben acotarse a estas. Pueden ser dicotómicas (dos posibilidades de respuestas) o incluir varias opciones de respuesta (tipo Likert).

En las preguntas cerradas las categorías de respuestas son definidas a priori por el investigador y se le muestran al sujeto encuestado, quien debe elegir la opción que describa más adecuadamente su respuesta.

En cambio, las preguntas abiertas, no delimitan de antemano las alternativas de respuesta, por lo cual el número de categorías de respuesta es muy elevado; en teoría es infinito y puede variar de población.

Con respecto a la cantidad de preguntas es recomendable hacer solamente las preguntas necesarias para obtener la información deseada o medir la variable.

Siempre que se pretenda efectuar análisis estadístico se requiere codificar las respuestas de los participantes a las preguntas del cuestionario y esto significa asignarles símbolos o valores numéricos. Cuando se tienen preguntas cerradas es posible codificar a priori o precodificar las opciones de respuesta e incluir esta precodificación en el cuestionario.

Independiente de que las preguntas sean abiertas o cerradas y de que sus respuestas estén precodificadas o no, hay una serie de características:

- Las preguntas tienen que ser claras, precisas y comprensibles para los sujetos encuestados.

- Es aconsejable que las preguntas sean lo más breves posible, porque las preguntas largas suelen resultar tediosas, toman más tiempo y pueden distraer al participante.
- Deben formularse con un vocabulario simple, directo y familiar para los participantes (nivel educativo, socioeconómico, población).
- No pueden incomodar al sujeto encuestado, ni ser percibidas como amenazantes y enjuiciadoras. Se debe inquirir de manera sutil.
- Las preguntas deben referirse preferentemente a un solo aspecto, a una relación lógica.
- Las preguntas no habrán de inducir las respuestas.
- Las preguntas no pueden apoyarse en instituciones, ideas respaldadas socialmente ni en evidencia comprobada.
- Es aconsejable evitar preguntas que nieguen el asunto que se interroga.
- No deben hacerse preguntas racistas o sexistas ni que ofendan a los participantes.
- En las preguntas con varias categorías de respuestas y donde el sujeto participante solo tiene que elegir una, llega a ocurrir que el orden en el que se presentan dichas opciones afecta las respuestas de los participantes.

Un cuestionario está formado por la portada, introducción, instrucciones insertas a lo largo del mismo y agradecimiento final.

#### Tamaño del cuestionario:

No existe una regla al respecto, pero si es muy corto se pierde información y si resulta largo llega a ser tedioso. En este último caso las personas se negarían a responder o al menos lo contestarían en forma incompleta. El tamaño depende del número de variables y dimensiones a medir, el interés de los participantes y de la manera como se administre. Cuestionarios que duren más de 35 minutos suelen resultar fatigosos a menos que los sujetos estén muy motivados para contestar. Una recomendación que

ayuda a evitar un cuestionario más largo de lo requerido es no hacer preguntas innecesarias o injustificadas.

Cabe aclarar que los cuestionarios se aplican de dos maneras fundamentales: autoadministrado y por entrevistas (personal o telefónica).

#### **4.4.2. Escalas para medir actitudes:**

Una actitud es una predisposición aprendida para responder coherentemente, de manera favorable o desfavorable, ante un objeto, ser vivo actividad, concepto, persona o sus símbolos (Fishbein y Ajzen, 1975, Oskamp, 1991, Eagly y Chaiken, 1993).

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos que hacen referencia. Tienen diversas propiedades entre las que se destacan: dirección (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja); estas propiedades forman parte de la medición.

Los métodos más conocidos para medir por escalas las variables que constituyen actitudes son: el método de escalamiento Likert, el diferencial semántico y el escalograma de Guttman.

##### **4.4.2.1. Escalamiento tipo Likert:**

Este método fue desarrollado por Rensis Likert en 1932. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los puntos o categorías de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el participante obtiene una puntuación respecto de la afirmación y al final su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones. Las afirmaciones califican el objeto de actitud que se está

midiendo. Tales frases o juicios deben expresar solo una relación lógica, además es muy recomendable que no excedan de 20 palabras.

Dirección de las afirmaciones: las afirmaciones pueden tener dirección favorable o positiva y desfavorable o negativa. Y esta dirección es muy importante saber cómo se codifican las alternativas de respuestas. Si la afirmación es positiva significa que califica favorablemente el objeto de actitud, de este modo, cuánto más de acuerdo con la afirmación estén los participantes, su actitud será igualmente más favorable.

Forma de obtener puntuaciones: las puntuaciones de las escalas Likert se obtienen sumando los valores alcanzados respecto de cada fase. Por ello se denomina escala aditiva. Una puntuación se considera alta o baja según el número de ítems o afirmaciones.

Cómo se construye una escala Likert: se construye con un elevado número de afirmaciones que califiquen al objeto de actitud y se administra a un grupo piloto para obtener las puntuaciones del grupo en cada afirmación. Estas puntuaciones se correlacionan con las del grupo a toda la escala (la suma de las puntuaciones de todas las afirmaciones), y las afirmaciones cuyas puntuaciones se correlacionan significativamente con las puntuaciones de toda la escala, se seleccionan para integrar el instrumento de medición. Así mismo, como en todo instrumento de medición, debe calcularse la confiabilidad y validez de la escala.

Maneras de aplicar la escala Likert: existen dos formas básicas.

La primera es de manera *autoadministrada*: se le entrega la escala al participante y este marca, respecto de cada afirmación, la categoría que mejor describe su reacción. Es decir, marcan su respuesta.

La segunda forma es la *entrevista*, donde un entrevistador lee las afirmaciones y alternativas de respuesta al sujeto y anota lo que este conteste.

Al construir una escala Likert, debemos asegurarnos de que las afirmaciones y alternativas de respuesta serán comprendidas por los sujetos a los que se le aplicará y que estos tendrán la capacidad de discriminación requerida. Ello se evalúa en la prueba piloto.

#### **4.4.2.2. Diferencial semántico:**

El diferencial semántico fue desarrollado originalmente por Osgood, Suci y Tannenbaum (1957) para explorar las dimensiones del significado. Pero hoy en día consiste en una serie de adjetivos extremos que califican al objeto de actitud, ante los cuales se solicita la reacción del participante. Es decir, este debe calificar el objeto de actitud a partir de un conjunto de adjetivos bipolares, entre cada par de adjetivos, se presentan varias opciones y la persona selecciona aquella que en mayor medida refleje su actitud.

Las maneras de aplicación del diferencial semántico pueden ser autoadministrada o mediante entrevista.

#### Pasos para integrar la versión final:

1. generar una lista de adjetivos bipolares exhaustiva y aplicable al objeto de actitud a medir.
2. construir una versión preliminar de la escala y la administramos a un grupo de sujetos a manera de prueba piloto
3. correlacionar las respuestas de los sujetos para cada par de adjetivos o ítems, así correlacionamos un ítem con o dos los demás
4. calcular la confiabilidad y la validez de la escala total
5. seleccionar los ítems que presenten correlaciones significativas con los demás ítems
6. desarrollamos la versión final de la escala.

#### **4.4.2.3. Escalograma de Guttman:**

Es otro método para medir actitudes. Fue desarrollado por Louis Guttman (1916-1987). Se basa en el principio de que algunos ítems indican en mayor medida la fuerza o intensidad de la actitud.

La escala está constituida por afirmaciones, las cuales poseen las mismas características que el escalamiento tipo Likert. Pero el escalograma garantiza que la escala mida una dimensión única. Es decir, cada afirmación mide la misma dimensión de la misma variable. A esta propiedad se le conoce como unidimensionalidad.

Algunos autores consideran que el escalograma, más que un método de medición de actitudes, es una técnica para determinar si un conjunto de afirmaciones reúnen los requisitos de un tipo particular de escala (Edwards, 1983).

Para construir el escalograma es necesario desarrollar un conjunto de afirmaciones pertinentes al objeto de actitud. Éstas deben variar en intensidad.

Dichas afirmaciones se aplican a una muestra a manera de prueba piloto. Y una vez administradas, se procede a su análisis. Cabe mencionar que las categorías de respuesta para las afirmaciones pueden variar entre dos (“de acuerdo-en desacuerdo”, “sí-no”, etc.) o más categorías (por ejemplo, las mismas categorías que en el caso de Likert).

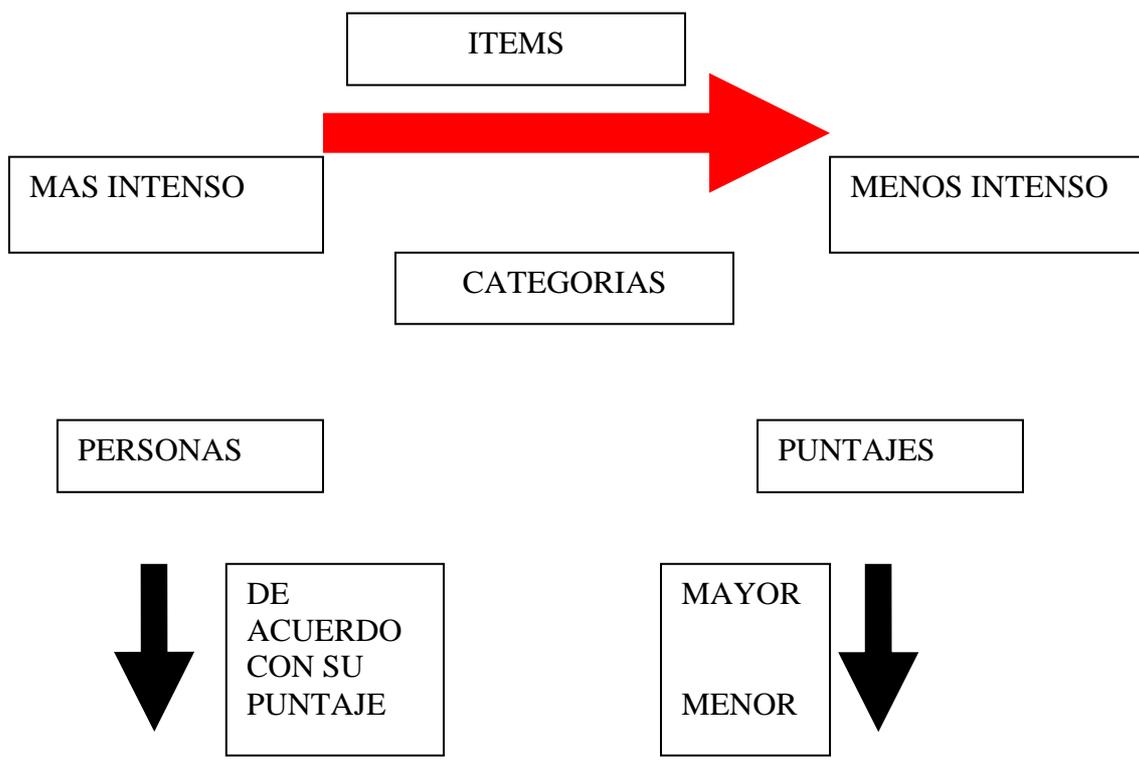
#### Técnica de Cornell

La manera más conocida de analizar los ítems o las afirmaciones y desarrollar el escalograma es la técnica de Cornell (Guttman, 1976). En ella se procede a:

1. Obtener el puntaje total de cada participante o sujeto en la escala.
2. Ordenar a los sujetos o encuestados de acuerdo con su puntaje total (del puntaje mayor al menor, de manera vertical descendente).

3. Ordenar las afirmaciones de acuerdo con su intensidad (de mayor a menor y de izquierda a derecha).
4. Construir un cuadro donde se crucen los puntajes de los sujetos ordenados con los ítems y sus categorías, de manera jerarquizada. Así, tenemos un cuadro donde los sujetos constituyen los renglones y las categorías de los ítems forman las columnas.
5. Analizar el número de errores o rupturas en el patrón ideal de intensidad de la escala.

Manera de disponer los resultados para el análisis de ítems mediante la técnica de Cornell:



Cuando los individuos se escalan de manera perfecta respecto a las afirmaciones, esto quiere decir que los ítems en realidad varían gradualmente en intensidad. Es la prueba empírica de que están escalados por su intensidad. Se le denomina *reproductividad* al grado en que un conjunto de afirmaciones o ítems escalan perfectamente según su intensidad. Esto significa que el patrón

de respuesta de una persona en relación con todos los ítems puede reproducirse con exactitud tan sólo con conocer su puntuación total en la escala completa (Black y Champion, 1976).

La reproductividad ideal se da cuando nadie rompe el patrón de intensidad de la escala. Sin embargo, en la realidad sólo algunas cuantas escalas del tipo de Guttman reúnen la reproductividad ideal; la mayoría contienen inconsistencias o rupturas al patrón de intensidad. El grado en que se alcanza el patrón perfecto de intensidad de la escala, o reproductividad, se determina con el análisis del número de personas o casos que rompen dicho patrón, que es el quinto paso para construir el escalograma de Guttman.

#### Análisis del número de errores o rupturas del patrón ideal de intensidad de la escala

Un error es una inconsistencia en las respuestas de una persona a una escala; es un rompimiento con el patrón ideal de intensidad de la escala.

Los errores se detectan mediante el análisis de las respuestas que rompen el patrón; para ello, se establecen los puntos de corte en el cuadro donde se cruzan las afirmaciones y sus categorías con las puntuaciones totales.

Como se mencionó anteriormente, cuando el número de errores es excesivo la escala no presenta reproductividad y no puede aceptarse. La reproductividad se determina mediante un coeficiente. La fórmula de este coeficiente es:

$$\text{Coeficiente de reproductividad} = 1 - \left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de errores o inconsistencia}}{\text{N}^\circ \text{ total de respuestas}} \right)$$

Donde el número total de respuestas es igual al número de ítems o afirmaciones multiplicado por el número de sujetos.

$$\text{Coeficiente de reproductividad} = 1 - \frac{\text{N}^\circ \text{ de errores o inconsistencia}}{(\text{N}^\circ \text{ de ítems}) (\text{N}^\circ \text{ de sujetos})}$$

El coeficiente de reproductividad oscila entre 0 y 1, cuando equivale a 0.90 o más nos indica que el número de errores es tolerable, además de que la escala es unidimensional y se acepta. Cuando es menor que 0.90 no se acepta la escala.

Originalmente Guttman recomendó administrar un máximo de 10 a 12 ítems o afirmaciones a un mínimo de 100 personas (Black y Champion, 1976).

Una vez determinado el número de errores aceptable mediante el coeficiente de reproductividad, se procede a aplicar la escala definitiva (si dicho coeficiente fue de 0.90 o más; esto es, si el error permitido no excedió 10%) o a realizar ajustes en la escala (reconstruir ítems, eliminar ítems que estén generando errores, etc.).

Los cinco pasos mencionados son una especie de prueba piloto para demostrar que la escala es unidimensional y funciona.

### Codificación de respuestas

Cuando se aplica la versión definitiva de la escala, los resultados se codifican de la misma manera que en la escala Likert, esto depende del número de categorías de respuesta que se incluyan. Al igual que la escala Likert y el diferencial semántico, todos los ítems deben tener el mismo número

de categorías de respuesta. Éste es un requisito de todas las escalas de actitud. Asimismo, se considera una respuesta inválida si se marcan dos o más opciones para una misma afirmación. El escalograma de Guttman es una escala estrictamente ordinal, pero que se suele usar como si fuera de intervalo. Puede aplicarse mediante entrevista (con uso de tarjetas que contengan las opciones o categorías de respuesta) o autoadministrarse.

# Parte Práctica

# **Capítulo 5:**

## **Metodología de la investigación.**

### **5.1. Objetivos del trabajo:**

- Medir el nivel de optimismo disposicional en enfermos crónicos adultos.
- Medir los estilos atribucionales de enfermos crónicos adultos.
- Comparar las dos escalas: observar sus beneficios y dificultades.

### **5.2. Hipótesis de investigación:**

- La escala ASQ hace una evaluación psicológica más detallada del constructo optimismo, que la escala LOT-R.

### **5.3. MÉTODO:**

#### **Diseño:**

Se trata de un estudio cualitativo de tipo instrumental. León y Montero (2007) consideran como pertenecientes a esta categoría todas las investigaciones que se ocupan del diseño (o adaptación) y/o el estudio de las propiedades psicométricas de un instrumento de medición.

#### **5.4. Tipo de muestra**

La muestra utilizada es de carácter intencional (León, O. Y Montero, I., 1993) es decir que se seleccionó a los sujetos porque poseían características que eran de interés para la investigación, en este caso, tener una enfermedad crónica.

Otra característica de la misma es que se trata de una muestra no probabilística (Sampieri y cols, 1998) ya que la elección de los sujetos no dependió de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las posibilidades de la selección, por ende, en esta muestra no todos los sujetos tuvieron las

mismas posibilidades de ser elegidos, sino que se trató de la decisión de los investigadores.

## 5.5. Sujetos

Se trabajó con 30 adultos de ambos sexos con una edad promedio de 38, en su totalidad enfermos crónicos.

## 5.6. Instrumentos de medición:

**5.6.1. Test de orientación Vital revisado (LOT-R; Scheier, Carver y Bridges, 1994):** Sirve para medir el optimismo disposicional o predisposición generalizada hacia las expectativas de resultados positivos, en la versión española de Otero-López, Luengo, Romero, Triñanes, Gómez y Castro (1998).

En su primera versión este cuestionario constaba de 8 ítems (más 4 de relleno) que evaluaba las expectativas generalizadas hacia resultados positivos o negativos. Se pregunta a los sujetos que indiquen el grado de acuerdo o desacuerdo con afirmaciones como «En tiempo difíciles, generalmente espero lo mejor», usando una escala de 5 puntos, desde 0 (*muy en desacuerdo*) hasta 4 (*muy de acuerdo*). De los 8 ítems, 4 están redactados en sentido positivo y 4 en sentido negativo. Después de revertir los ítems redactados en sentido negativo, se logra la puntuación total en optimismo.

En 1994 Scheier, Carver y Bridges revisaron esta medida de optimismo y eliminaron 2 ítems que consideraban que no hacían referencia explícitamente a las expectativas de resultados. El renovado LOT-R consta de 6 ítems (más 4 ítems de relleno) que proporcionan una puntuación de optimismo disposicional. La forma de puntuación se mantuvo igual que en la versión primera.

En la evaluación, se consideran los ítems de enunciados negativos, (3,7, 9), se codifican revertidos antes de la puntuación. Luego se suman a esos

ítems con los ítems positivos (1, 4,10). Por lo tanto los puntajes pueden ir de 0 a 24.

Por lo tanto este test mide el optimismo/pesimismo disposicional como constructo unidimensional.

*A los fines de la interpretación de los resultados se ha categorizado los puntajes de la siguiente manera:*

- 0-4 *Muy pesimista*
- 5-8 *Pesimista*
- 9-15 *Medio*
- 16-20 *Optimista*
- 21-24 *Muy optimista*

### **5.6.2. Attributional Styles Questionnaire (ASQ-A; Peterson, Semmel, Seligman y cols.; 1982):**

Mide las explicaciones y el estilo atribucional del sujeto, de acuerdo a las ideas teóricas de Seligman y sus colaboradores.

Para ello se utiliza un cuestionario que puntúa las explicaciones dadas a los eventos en las dimensiones de internalidad- externalidad, estabilidad- inestabilidad y globalidad- especificidad.

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.

*Por tanto, en esta tesis consideraremos que un puntaje de 3 a 9 en COPOS es pesimista, y un puntaje de 15 a 21 es optimista, mientras que los puntajes de 10 a 14 serían puntajes moderados o medios (ni pesimista, ni optimistas). En relación al CONEG, consideraremos que un puntaje de 3 a 9 sería optimista. Y de 15 a 21 sería propia de un pesimista, en tanto puntajes de 10 a 14 corresponden a un puntaje moderado o medio.*

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.

El cuestionario consta de doce sucesos hipotéticos, seis acontecimientos buenos y seis sucesos aversivos. Acerca de cada uno de ellos se le hacen al sujeto cuatro preguntas. La primera se refiere a qué causa le atribuiría al suceso. Las siguientes tres preguntas corresponden a los registros de las dimensiones de internalidad - externalidad, estabilidad-inestabilidad y globalidad- especificidad en una escala de 7 puntos, donde 1 corresponde al máximo de externalidad, inestabilidad y especificidad, y 7 al máximo de internalidad, estabilidad y globalidad.

La consigna señala que el sujeto debe leer cada situación e imaginarla como que le está sucediendo en ese momento, luego que debe decidir cuál siente que podría ser la causa más importante de la situación y se le pide que la escriba en espacios en blanco destinados para ello. Luego debe responder tres preguntas acerca de la causa, puntuando de 1 a 7 cuán interna o externa, estable o inestable, global o específica es la explicación causal que atribuyó a la situación.

Como mencionamos anteriormente, las puntuaciones van en dirección ascendente en las siguientes 3 dimensiones: internalidad, estabilidad y globalidad.

Los puntajes se analizan de manera separada para los acontecimientos buenos y malos. Los ítems 1, 3, 6, 9,10 y 12 plantean situaciones hipotéticas buenas o favorables. Por el contrario, los ítems 2, 4, 5, 7,8 y 11 presentan acontecimientos malos o aversivos. Entonces para obtener los resultados de la escala se suman los puntajes marcados por el sujeto para eventos malos y buenos (por separado) y se los divide por 6, es decir, se calcula la media de los puntajes asignados en cada ítem en relación a las 3 dimensiones (internalidad-externalidad, estabilidad-inestabilidad y globalidad –especificidad).

En resumen, el cuestionario de estilos atribucionales tiene 6 puntajes en total, correspondientes a las 3 dimensiones (internalidad, estabilidad, globalidad), para eventos buenos y eventos malos. También arroja tres puntajes compuestos que son:

- Compuesto negativo (CONEG): Estilo explicativo negativo. Se calcula sumando los puntajes consignados por el sujeto en los ítems que hacen referencia a eventos negativos o malos (2, 4, 5, 7, 8 y 11), de cada dimensión, y luego este resultado se divide por 6 (obteniendo la media)
- Compuesto positivo (COPOS): Estilo de explicación positivo. Se calcula sumando los puntajes consignados por el sujeto en los ítems que hacen referencia a eventos positivos o buenos (1, 3, 6, 9, 10 y 12), de cada dimensión, y luego este resultado se divide por 6 (obteniendo la media)
- Compuesto positivo-compuesto negativo (CPCN): Es la diferencia entre el compuesto positivo y el compuesto negativo, es decir, se obtiene restando el puntaje de COPOS-CONEG.

Es importante aclarar que el puntaje total que se obtiene en este cuestionario puede oscilar entre -18 y + 18. Mientras más bajo sea el valor de CPCN más cerca estaremos de un estilo explicativo negativo o pesimista. Correspondientemente, mientras más alto sea el valor de CPCN más cerca estaremos de un estilo explicativo positivo u optimista.

*A los fines de interpretar los resultados de este cuestionario se ha categorizado los puntajes de la siguiente manera:*

- -18 a -11: *Muy pesimista*
- -10 a -3: *Pesimista*
- -2 a +2: *Moderado*
- +3 a +10: *Optimista*
- +11 a +18: *Muy optimista*

Además de estos puntajes compuestos, el Cuestionario de estilos atribucionales permite realizar numerosas subescalas de acuerdo a diferentes combinaciones posibles.

Un puntaje muy interesante es el de *Desesperanza* que se obtiene al dividir la suma de los promedios de estabilidad y globalidad para malos eventos por el número de eventos (6 eventos). Análogamente, *Esperanza* es el puntaje que se obtiene al dividir la suma de los promedios de estabilidad y globalidad para buenos eventos por el número de eventos (seis).

Por lo tanto, se puede decir que en un evento o situación positiva el puntaje de esperanza es de 10 a 14, el puntaje de desesperanza es de 2 a 6 y un puntaje moderado corresponde de 7 a 9. A su vez en un evento negativo el puntaje de desesperanza es de 10 a 14, el puntaje de esperanza es de 2 a 6 y un puntaje medio es de 7 a 9.

Otra subescala se puede construir tomando en cuenta seis eventos interpersonales y los seis eventos relacionados a logros. En este caso nos quedan dos eventos interpersonales positivos y cuatro interpersonales negativos y cuatro de de logros positivos y dos de logros negativos, a saber:

- 2 eventos interpersonales positivos:

*Ítem n° 1: “Se encuentra con un amigo o amiga que le da cumplidos o lo felicita por como se lo ve, por la forma en que luce”*

*Ítem n° 9: “Su cónyuge o novia o novio le ha estado tratando con amor y consideración”.*

- 4 interpersonales negativos:

*Ítem n°4: “Un amigo viene a Ud. con un problema y Ud. no trata de ayudarlo”.*

Ítem n°5: “Ud. da una importante charla frente a un grupo y la audiencia reacciona negativamente hacia Ud”.

Ítem n°7: “Se encuentra con un amigo o amiga que actúa hostilmente hacia Ud”.

Ítem n°11: “Sale con alguna o algunas personas (cita, reunión social) y siente que le fue mal.”

- 4 logro positivos:

Ítem n°3: “Tiene mucho éxito y buenos resultados”.

Ítem n°6: “Ud. hace un proyecto que es altamente valorado”.

Ítem n°10: “Aspira ingresar a una actividad que valora, como por ejemplo, un trabajo importante o una admisión en una buena universidad, postula y al final lo obtiene”.

Ítem n°12: “Se le mejoran las condiciones laborales o de situación económica”

- 2 de logro negativos:

Ítem n°2: “Durante este ultimo tiempo, ha estado buscando trabajo sin resultados positivos.”

Ítem n°8: “Ud. no logra hacer el trabajo que los demás esperan de UD”.

## **5.7. Procedimiento**

El trabajo de campo se llevó a cabo con una selección intencional de la muestra, a una determinada población con características antes descritas (enfermos crónicos, ambos sexos edad: adultos entre 20 y 55 años), las cuales se interesaba investigar. Se administraron ambas escalas a la vez en forma individual en presencia del entrevistador.

## **5.8. Definición operacional de variables estudiadas:**

Optimismo disposicional: será aportado por las respuestas que den los sujetos al *Test de orientación Vital* revisado (LOT-R; Scheier, Carver y Bridges, 1994) que puede clasificarse en dirección positivo o negativo; es decir, optimismo (puntajes altos) y pesimismo (puntajes bajos).

Estilo explicativo optimista: se observará a través de las respuestas que los sujetos den al cuestionario de Estilos Atribucionales de Peterson, Semmel, Seligman y cols (1982) cuyas puntuaciones pueden ser ubicadas en el continuo que va desde el estilo explicativo negativo al estilo explicativo positivo”

**Capítulo 6:**

**PRESENTACIÓN Y  
ANÁLISIS DE  
RESULTADOS.**

A los fines del análisis de datos, la tabla 1 presenta algunos datos generales de la muestra y los puntajes obtenidos en las dos escalas.

### **6.1. Caracterización de la muestra:**

En esta investigación han participado 30 adultos, varones y mujeres de edades comprendidas entre 20 y 55 años. El promedio de edad que se observa en la muestra es de 38 años. De las personas encuestadas 23 (77%) son mujeres y 7 (23%) son hombres.

En su mayoría pertenecen a una clase social media, y media baja.

Estos sujetos, en su totalidad enfermos crónicos, padecen enfermedades en su mayoría controlables y no de gravedad relevante. La enfermedad que se observa con mayor prevalencia es el hipotiroidismo (enfermedad tiroidea).

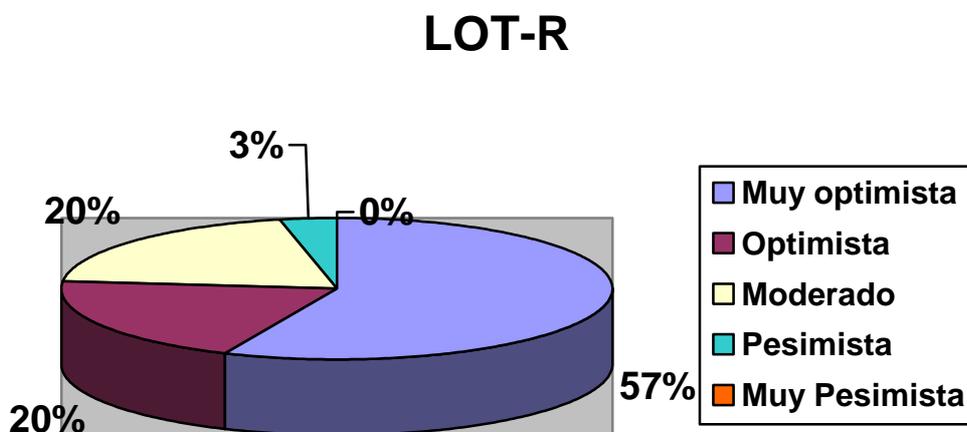
**Tabla 1: Caracterización de la muestra y escalas (LOT/ASQ)**

Sujeto	Edad	Sexo	Tipo EC	LOT	ASQ				
				Pje. Total	Pje. Total	COPOS	CONEG	Esper.	Desesp.
8	53	F	Hipotiroidismo	7	2	19	17	13	11
15	46	F	Artrosis de cadera	11	7	18	12	13	8
11	29	F	Cervicalgia	12	9	20	10	13	7
27	28	M	Alergias, colon irritable	12	4	18	14	12	9
4	52	F	Hipotiroidismo	13	3	15	13	10	7
17	44	F	Espondilitis	14	5	18	13	12	8
12	19	F	Cardiaca	15	2	14	12	10	8
16	20	M	Alergias	16	8	20	13	13	9
26	25	M	Astigmatismo, miopía	16	0	18	18	12	12
2	62	M	Hipertensión	19	4	16	12	13	8
6	32	F	Hipotiroidismo	19	5	20	15	14	9
7	51	M	Hiperuricemia o gota	20	6	20	15	14	9
9	24	F	Síndrome Sjogren	20	5	16	11.5	13	7
5	36	F	Hipotiroidismo	21	7	20	13	14	8
14	48	F	Hipotiroidismo	21	10	18	9	13	5
18	23	F	Psoriasis	21	7	17	10	12	8
19	26	F	Hipotiroidismo	21	10	19	10	13	6
23	45	F	Hipotensa	21	11	19	8	13	5
29	38	M	Artritis de columna	21	8	18	10	12	6
1	27	M	Alergias	22	4	18	14	11	9
13	44	F	Pinzamiento de columna	22	13	21	7	14	5
30	24	F	Hipotiroidismo	22	2	16	14	10	9
10	49	F	Hipotiroidismo	23	12	21	9	14	4
21	49	F	Hipotiroidismo	23	2	18	16	11	11
22	55	F	Hipertensión	23	11	19	8	14	4
24	30	F	Astigmatismo, miopía	23	8	18	11	12	8
3	55	F	Hipotiroidismo	24	12	20	8	13	5
20	19	F	Depresión	24	8	19	11	12	7
25	55	F	Astigmatismo, miopía, talasemia	24	7	18	11	12	8
28	31	F	Endometriosis	24	5	16	11	10	7
Medias	<b>38</b>			<b>19</b>	<b>6</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>7,5</b>

## 6.2. LOT-R:

Como puede observarse, la media de puntaje en esta escala es de 19, lo cual sitúa a los sujetos de nuestra muestra, tomados como grupo, en la categoría de OPTIMISTAS.

En un análisis más desglosado, la distribución de frecuencias de puntajes, dividiría a los sujetos de la siguiente forma:



LOT-R como instrumento de medición: Dentro de la medición existen distintos tipos de instrumentos. El LOT-R es una *escala de tipo Likert*, la cual consta de ítems en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los participantes y a cada categoría se le asigna un valor numérico. Recordemos que las afirmaciones deben calificar el objeto de actitud. Las afirmaciones pueden tener una dirección favorable o positiva y desfavorable o negativa. Esta escala tiene la particularidad que de los 10 ítems, 3 tienen una dirección negativa, pero a la hora de evaluar los resultados, estos se consideran o conmutan invertidos.

### 6.3. Resultado general del ASQ-A

La media de Puntaje Total en esta escala es 6 puntos, lo cual situaría al promedio de los encuestados como OPTIMISTAS.

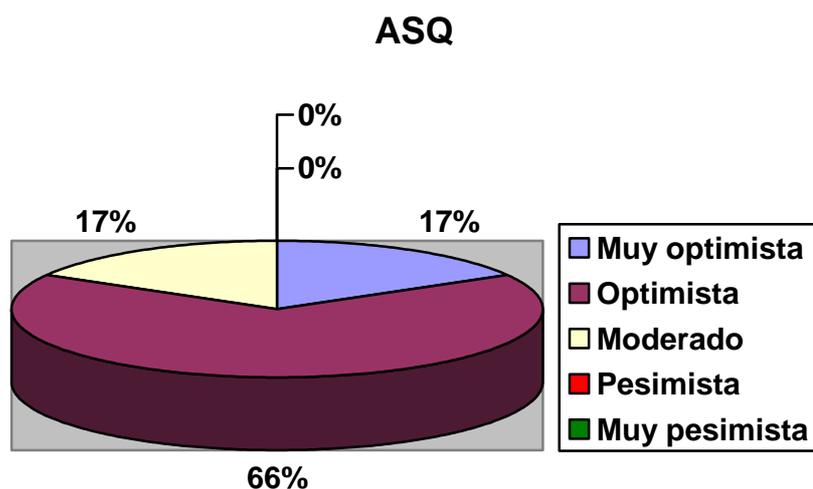
Además esta escala nos arroja otros datos a tener en cuenta:

El Componente Positivo (COPOS) arroja que la mayoría de los sujetos enfermos crónicos son optimistas ante situaciones positivas, con una media de 18.

El Componente Negativo de la escala (CONEG), con una media de 11, nos indica un puntaje moderado o medio, significando que en estas personas no prevalece una explicación causal optimista ni pesimista ante situaciones negativas.

Lo mismo ocurre con los puntajes Desesperanza y Esperanza. El puntaje de esperanza en la mayoría de los sujetos es de 12, indicando que estos tienen esperanza en situaciones positivas. En el caso de la desesperanza en general los sujetos presentan un puntaje de 7,5, esto significa que tienen un puntaje moderado (ni esperanza ni desesperanza) en situaciones negativas.

Los resultados generales de esta escala pueden graficarse de la siguiente manera:



ASQ como instrumento de medición: El ASQ es un *cuestionario* que consta de *preguntas abiertas y cerradas*, esto permite una indagación más profunda del objeto en estudio. Para una correcta medición de la variable en estudio, las preguntas de un cuestionario tienen que ser claras, precisas y comprensibles. Además deben ser breves y con un vocabulario simple, directo y familiar. En la práctica y administración de este cuestionario los sujetos manifestaron en algunos casos, la falta de comprensión de algunas preguntas ya que algunas no eran lo suficientemente claras. Se observó que a los sujetos que no poseían elevados nivel educativo (universitario o más) se les dificultaba la realización de este cuestionario. También los sujetos de la muestra manifestaron que este instrumento llega a ser tedioso ya que es un tanto largo a la hora de realizarlo. Recordemos que cuando son varias categorías -como sucede en este cuestionario-, puede afectar la respuesta de los participantes.

#### **6.4. Comparación del LOT-R y ASQ-A:**

Al analizar cualitativamente ambas escalas, podemos observar que la escala de optimismo disposicional (LOT-R) tiene en cuenta las expectativas que contemplan el componente positivo. En cambio el ASQ tiene en cuenta el optimismo en situaciones positivas y negativas permitiendo así un análisis más profundo a la hora de evaluar el optimismo en un sujeto.

Por tanto con el LOT-R obtenemos una aproximación mas rápida del optimismo, en este caso disposicional evaluando las expectativas del los sujetos, aunque no distingue en qué situación un sujeto es optimista o pesimista, como sí lo hace el ASQ. Este último mide 3 dimensiones y dos componente (optimismo-pesimismo en situaciones positivas o negativas: personalización, permanencia y penetración), en cambio el LOT-R solo nos ofrece una dimensión (optimista-pesimista disposicional).

La mayoría de los sujetos en la escala que mide el optimismo disposicional resultaron optimistas al igual que en la escala de estilos atribucionales. Pero cabe resaltar que la escala de estilos atribucionales de Seligman como se ocupa de dos componentes

(situaciones positivas y negativas), no solo de componentes positivos (LOT-R) nos permite mayor información a la hora de evaluar el optimismo.

Como se explicó anteriormente el puntaje de COPOS Y CONEG (dos componentes del ASQ) pueden ir de un valor de medición de 3 a 21 según la situación. Los valores medios o moderados serían: 10, 11, 12, 13, 14, y según nuestros resultados en las situaciones negativas (CONEG) no hay ningún sujeto que tenga un valor significativo que indique pesimismo en situaciones negativas, sino que en su mayoría se encuentran en puntajes medios o moderados. Por lo tanto al analizar cualitativamente esta medición podría indicarnos que en realidad el puntaje que nosotros anteriormente considerábamos que era un puntaje moderado, en realidad nos indicaría un optimismo realista, o mejor dicho un optimismo esperable o adecuado en una situación negativa, ya que de otra manera se caería en un optimismo ilusorio.

Otro dato a tener en cuenta en este análisis es que los valores de COPOS Y CONEG arrojan los mismos resultados que los valores de esperanza y desesperanza. Es decir que estos últimos, no agregan mayor información que justifique calcularlos.

Recordemos que un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tienen en mente. Por esto es importante analizar cualitativamente estos instrumentos de medición.

Todo instrumento tiene como requisito fundamental, ser confiables, válidos y objetivos. En esta investigación al comparar ambos instrumentos parecerían ser consistentes, es decir, a simple vista (puesto que no se han utilizado estadísticos) parecen mostrar validez de criterio y constructor, puesto que los dos describen a la muestra de enfermos crónicos con niveles similares de optimismo y pesimismo.

Con respecto a la validez de contenido y al compararlos podemos decir que el ASQ mide las principales dimensiones de la variable en cuestión (estilo atributivo) ya que tiene en cuenta el optimismo tanto en situaciones positivas como negativas, y considera

los distintos aspectos teóricos (alcance, duración y personalización). El LOT-R en cambio, solo toma en consideración una dimensión: la creencia de la persona en función de cómo le va a ir en el futuro, lo cual es un acercamiento más superficial al tema en cuestión.

Se pudo observar en la administración de los instrumentos que algunos sujetos elegían las respuestas que ellos pensaban que eran socialmente aceptadas, con esto nos referimos a la deseabilidad social. Este es un punto más que puede perjudicar la validez de los resultados obtenidos, y dado que no hay ítems que midan este tipo de respuestas, sólo nos queda la inferencia.

## CONCLUSIONES

Al recordar los objetivos de esta investigación, decimos que medir el nivel de optimismo disposicional en enfermos crónicos adultos, es uno de ellos.

Este objetivo se llevó a cabo mediante el LOT-R y pudimos observar que el 77% (puntaje entre optimistas y muy optimistas) de los enfermos crónicos tiene optimismo disposicional, es decir expectativas generales de que les pasarán cosas buenas en el futuro, como disposición estable de su personalidad.

El otro objetivo planteado nos habla de la medición de los estilos atribucionales en enfermos crónicos adultos. Se observó que el 83% de estos sujetos son optimistas (puntajes entre optimista y muy optimistas). Es decir que la mayoría de estos enfermos crónicos son optimistas, desde la teoría de Seligman evaluada con el ASQ. Esto significa que la mayor parte de estos sujetos comparten un estilo atribucional o explicativo optimista: 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 y los sucesos buenos con una causa interna, estable.

Si observamos el tercer objetivo propuesto, comparar las 2 escalas y observar sus beneficios y dificultades, podemos decir que a nivel de instrumento metodológico el LOT-R es más rápido en la toma y evaluación (aproximación más rápida) que la escala del ASQ-A. Aunque cabe aclarar que el investigador debería saber que con la escala propuesta por Carver y Scheier (LOT-R) solo se puede investigar *un aspecto* del optimismo. Esto quiere decir que mediante esta escala solo podemos llegar a conocer si la persona, disposicionalmente, es decir como una tendencia estable de la personalidad, tenderá a creer que le pasarán cosas positivas o negativas.

En cambio con el ASQ-A además de conocer si un sujeto tiene una tendencia a ser optimista o pesimista podemos saber como actúa o mejor dicho, qué estilo atribucional utiliza en las distintas situaciones que se presenten ya sean positivas o negativas. Esto

último es importante ya que conocer qué estilo atributivo aplica una persona, en este caso un enfermo crónico, ante una situación negativa, es de gran utilidad para nosotros como psicólogos ya que podemos trabajar desde nuestro rol con nuestros pacientes, para que frente a estas situaciones los sujetos puedan aprender a actuar en forma optimista, pero siempre desde un optimismo realista, que posibilite a las personas, en el caso de esta investigación a enfermos crónicos, a enfrentar las situaciones negativas. Sin negar que el paciente presenta una enfermedad, ya que si seguimos la teoría expresada en capítulos anteriores una persona optimista no es ingenua ni niega la realidad, sino que mira los acontecimientos o sucesos de la mejor manera posible.

Como se cita en investigaciones anteriores, frente a situaciones traumáticas o dificultades -como se supone que sería tener una enfermedad crónica-, las personas optimistas salen fortalecidas. Es decir que, se hacen responsables para mejorar y enfrentar esta situación (transcurso de una enfermedad crónica). En otras palabras, es importante que los enfermos crónicos asuman la existencia de la enfermedad y definan estrategias de acción basadas en la esperanza para afrontar esta realidad de la mejor manera posible.

Sabemos que una persona optimista tiene un mejor funcionamiento del sistema inmunológico, menor vulnerabilidad a enfermedades crónicas, mejor adherencia al tratamiento, se recuperan más rápido, tienen menor percepción del dolor, es decir poseen un mejor estado de salud en general.

Siguiendo con los aportes de esta tesis, al comparar los puntajes de las 2 escalas y comprender en profundidad el significado de los valores encontrados, nos replanteamos las categorizaciones a priori.

Hemos observado que un nuevo aporte que tiene esta investigación es poder ajustar el sistema de clasificación realizado a los fines de este trabajo. Concluimos que en los puntajes del Componente Negativo, obtener un puntaje moderado en esta investigación es indicador de un optimismo realista ya que estamos hablando de situaciones adversas.

Por lo tanto este es uno de los aportes que hace esta investigación sobre la medición, además de entender el valor de la medición al analizar cualitativamente y desmenuzar qué significa un puntaje moderado, y el significado profundo de esos valores hallados; ya que hemos observado que en los trabajos de tesina anteriores realizados con el ASQ (Ramos, A 2005; Vila, C 2008, etc) solo se trabajaron los puntajes numéricos, pero no se alcanza a comprender el sentido profundo de tales datos.

Para concluir podemos decir que en la LOT-R parece ser una escala unidimensional a diferencia del ASQ que toma mas dimensiones, ya que el primero tiene una única dimensión (OD: expectativas que solo estarían contemplando el componente positivo), en cambio en el ASQ tiene en cuenta 3 dimensiones (personalización, permanencia y penetración, y dos componentes: situaciones positivas y negativas).

Con respecto a lo dicho en el párrafo anterior y en la evaluación de los resultados, al analizar cualitativamente ambas escalas se pudo observar que, el Optimismo Disposicional de Carver y Scheier podría estar ligado al estilo atributivo optimista en eventos positivos según Seligman.

Por lo tanto propongo para futuras líneas de investigaciones, continuar esta investigación con análisis factorial y análisis cualitativo exploratorio para ampliar los aspectos de validez de contenido y constructor.

Con respecto a los enfermos crónicos es difícil definir o afirmar que los enfermos crónicos son optimistas ya que en este trabajo no hay un grupo control de sujetos saludables o sin enfermedades crónicas. Por lo tanto, este es otro punto importante que propongo rever en futuras investigaciones.

Finalizando decimos que el optimismo no puede cambiar o negar los más duros pronósticos de una enfermedad o curar una enfermedad crónica, pero si al ser un optimista realista, puede hacer frente a una enfermedad o cualquier situación negativa de la forma más saludable para el paciente y su entorno. Y por eso desde la psicología,

como profesionales de la salud debemos acompañar al paciente en el aprendizaje de una actitud optimista para una mejor calidad de vida.

Nosotros como psicólogos debemos ayudar a desarrollar la fortaleza emocional necesaria para que un enfermo crónico o cualquier sujeto que se encuentra frente a una situación difícil, y junto con el trabajo de otros profesionales de la salud ayudar a elaborar estrategias para confrontar cualquier situación negativa.

Además cabe resaltar que en la actualidad frente al gran auge de las enfermedades infecto-contagiosas no debemos dejar de lado una epidemia mundial del futuro y actual principal causa de muerte en el mundo que son las enfermedades crónicas. Por esto también, es de gran importancia adoptar medidas preventivas cada uno desde su lugar.

## Bibliografía

- Aspinwall, L. G. & Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 755-765.
- Brennan, F.X. y Charnetski, C.J. (2000). Explanatory style and immunoglobulin A (IgA). *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 35, 251-254.
- Brownson R, Smith C, Jorge N, Dean C, Deprima L. Controlling cardiovascular disease: the role of the local health department. *Am J Public Health*, 1992. Ministerio de Salud/OPS/OMS.
- Indicadores Básicos Argentina 2002*, en <http://www.ops.org.ar/>)
- Buchanan, G.M. (1995). Explanatory style and coronary heart disease. *Explanatory style* (pp.: 225-232). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Carbonell, M; Riquelme Marín, M, Lechuga Pallá, A. (2007). Factores psicológicos asociados al reporte de cumplimiento terapéutico en pacientes con múltiples enfermedades somáticas crónicas. *Psicología y Salud. Vol.17*, 63-68.
- Carver, C. S. & Gaines, J. G. (1987). Optimism, pessimism and postpartum depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 449-462.
- Carver, C. Scheier, M. & Ortiz Salinas M, E. (1997). *Teorías de Personalidad*. Segunda Edición. Mexico. Ed. Prentice Hall Hispanoamerica.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L. & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect 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., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989): Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2002). Optimism. En Snyder y López. (Eds.): *Handbook of Positive Psychology* (pp. 231-243). New York: Oxford University Press.
- CASULLO, M.M. (2008). *Prácticas en Psicología Positiva*. Buenos Aires. Ed. Lugar.
- Contreras, F & Esguerra, G (2006). Psicología Positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas*. Vol. 2, N° 2, pp. 311-319
- Cozzarelli, C. (1993). Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1224- 1236.
- Fitzgerald, T. E., Tennen, H., Affleck, G. & Pransky, G. S. (1993). The relative importance of dispositional optimism and control appraisals in quality of life after coronary artery bypass surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 25-43.
- Gimenez Hernández, M. (2005). Optimismo y pesimismo. *Variables asociadas en el contexto escolar*. Vol. 28. pp. 9-23
- Given, C. W., Stommel, M., Given, B., Osuch, J., Kurtz, M. E. & Kurtz, J. C. (1993). The influence of cancer patients' symptoms and functional states on patients' depression and family caregivers' reaction and depression. *Health Psychology*, 12, 277-285.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández-Collado, C; Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. Cuarta edición. México. Ed. McGraw Hill.
- Hooker, K., Monahan, D., Shifren, K. & Hutchinson, C. (1992). Mental and physical health of spouse caregivers: The role of personality. *Psychology and Aging*, 7, 367-375.
- Jackson, B., Sellers, R. y Peterson, C. (2002). Pessimistic explanatory style moderates the effect of stress on physical illness. *Personality and Individual Differences*, 32, 567-573.
- Libran, E, C. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de Afrontamiento. *Psicothema*. 14 (3), 544-550.
- Ferrando, P, J; Chico, E & Tous, J. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*. 14 (3), 673-680.

- Litt, M. D., Tennen, H., Affleck, G. & Klock, S. (1992). Coping and cognitive factors in adaptation to in vitro fertilization failure. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 171-187.
- López Pell, A, F; Kasanzew, A; López, M, B. (2007). Efectos Terapéuticos positivos a través del Aumento del Optimismo. *Ciencias Psicológicas; I (2)*, 179-188.
- Martínez-Correa, A; Reyes del Paso, G; García-León, A &González-Jareno, M, I. (2006) Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*. 18 (1), 66-72
- Martorelli, A & Mustaca, A, E. (2004). Psicología positiva, salud y enfermos renales crónicos. *Nefrol. Dial. Y Traspl.* Vol. 24, N°3. pp. 99-104
- Mercado, A. (2008). *Satisfacción vital y proyectos de vida. Tesis de Licenciatura.* Facultad de Psicología. Universidad Aconcagua.
- Moiso, A. (2007). Enfermedades crónicas. *Fundamentos de salud publica.* La Plata. Argentina.
- Peterson, C. (1988). Explanatory style as a risk factor for illness. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 119-132.
- Peterson, C. y de Avila, M. (1995). Optimistic explanatory style and the perception of health problems. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 128-132.
- Peterson, C. y Bossio, L.M. (2001). Optimism and physical well-being. *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp.: 127-145). Washington, DC: APA.
- Peterson, C., Seligman, M.E.P. y Vaillant, G.E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-fiveyear longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.
- Peterson, C., Seligman, M.E.P., Yurko, K.H., Martin, L.R. y Friedman, H.S. (1998). Catastrophizing and untimely death. *Psychological Science*, 9, 127-130.
- Ramos, A.M. (2005). *Estilos Atribucionales y percepción de autoeficacia en alumnos ingresantes a la universidad.* Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Aconcagua.

- Remor, E; Montserrat Amorós; & Carrobles, J, A. (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Anales de Psicología*. Vol. 22, N° 1, p. 37-44. España.
- Rodríguez, Mg, I. (2006). *Teorías de la Personalidad*. Tesis. Tecana American University Accelerated Degree Program Bachelor of Science in Psychology. Maracaibo.
- Sanjuan, P; Magallanes, A. (2007). Estilos explicativos y estrategias de afrontamiento. *Clínica y salud*. 18 (1).
- Scheier, M. F., Carver, C.S., & Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self –esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test). *Journal of Personality and Social Psychology*. 67, 1063-1078.
- Seligman, M. (1999). *Niños Optimistas: Como prevenir la depresión en la infancia*. Barcelona, España. Ed. Grijalbo.
- Scheier, M., Matthews, K., Owens, J., Magovern, G., Lefebvre, R., Abbott, R. & Carver, C. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.
- Shifren, K. & Hooker, K. (1995). Stability and change in optimism: A study among spouse caregivers. *Experimental Aging Research*, 21, 59-76.
- Vaughan, S.C. (2004). *La psicología del optimismo: el vaso medio lleno o medio vacío*. Barcelona, Buenos Aires, México. Ed. Piados Ibérica, S.A.
- Vázquez, C. (2006). La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*. 27(1), 1-2
- Vecina Jiménez, M, L. (2006). Emociones Positivas. *Papeles del psicólogo*. 27 (1)
- Vera Poseck, B. (2006). Psicología Positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*. 27(1), 3-8
- Vecina Jiménez, M, L (2006). Emociones Positivas. *Papeles del Psicólogo*. 27(1), 9-17
- Vera-Villarroel, P, E; Guerrero, A. (2003). Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. *Universitas Psychologica*. 2 (1), 21-70.

Vila, C. (2008). Estilo atribucional y factores de personalidad en mujeres con cancer de mama.  
*Tesis de Licenciatura*. Facultad de Psicología. Universidad Aconcagua.

**Páginas consultadas:**

[http://es.wikipedia.org/wiki/Car%C3%A1cter\\_\(psicolog%C3%ADa\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Car%C3%A1cter_(psicolog%C3%ADa))

[http://www.tauniversity.org/tesis/tesis\\_idalia\\_Rodriguez\\_informe\\_2doc](http://www.tauniversity.org/tesis/tesis_idalia_Rodriguez_informe_2doc)

<http://www.psicologia-positiva.com/optimismo.html>

[http://es.wikipedia.org/wiki/enfermedad\\_cr%C3%B3nica](http://es.wikipedia.org/wiki/enfermedad_cr%C3%B3nica)

[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html)

[http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

[www.centrodeapoyoapa.org/articulos/articulo.php?id=119](http://www.centrodeapoyoapa.org/articulos/articulo.php?id=119)

[www.epidemiologia.anm.edu.ar/pdf/publicaciones\\_cie/2005/EnfermedadesCronicas\\_No\\_transmisibles\\_2005.pdf-](http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/pdf/publicaciones_cie/2005/EnfermedadesCronicas_No_transmisibles_2005.pdf)

<http://www.saludmed.com/bienestar/cap5/ECronica.html>

# Anexos

**LOT-R (Life Orientation Test-Revised)**

Las siguientes preguntas se refieren a como Usted percibe la vida en general. Después de cada pregunta, díganos, si Usted está de acuerdo o en desacuerdo. No hay respuestas correctas o incorrectas—solo nos interesa su opinión.

**4 = Estoy completamente de acuerdo**

**3= Estoy parcialmente de acuerdo**

**2 = No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**

**1 = Estoy parcialmente en desacuerdo**

**0 = Estoy completamente en desacuerdo**

1. En tiempos de incertidumbre, generalmente pienso que me va a ocurrir lo mejor.....
2. Me es fácil relajarme. ....
3. Si algo malo me puede pasar, estoy segura(o) que me pasará. ....
4. Siempre soy optimista en cuanto al futuro. ....
5. Disfruto de mis amistades. ....
6. Para mí, es importante estar siempre ocupada(o). ....
7. Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera. ....
8. .No me disgusto fácilmente ....
9. No espero que me sucedan cosas buenas ....
10. En general, yo pienso que me van a suceder más cosas buenas que malas. ....

**Datos personales:**

**Nombre:**

**Código:**

**Edad:**

**Sexo:**

**CUESTIONARIO SOBRE EL ESTILO DE ATRIBUCIONES DE PETERSON, SEMMEL, SELIGMAN Y COLS. (1982).**

**Consigna:**

1. Lea cada situación e imagine lo más vividamente posible que le está sucediendo a UD.
2. Cual cree UD. es la causa más importante de la situación en caso que le suceda a UD.
3. Escriba ésta causa en los espacios dejados para ello.
4. Responda 3 preguntas acerca de la causa haciendo un círculo en un número por pregunta.  
No haga circulo en las palabras
5. Pase a la situación siguiente.

**Situaciones:**

- SE ENCUENTRA CON UN AMIGO O AMIGA QUE LE DA CUMPLIDOS O LO FELICITA POR COMO SE LO VE, POR LA FORMA EN QUE LUCE.

1. Escriba la causa más importante de este cumplido

.....  
.....

2. La causa del cumplido que le dio su amigo o amiga es debido a algo acerca de Ud. o algo acerca de otra gente o de otras circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí.

3. En el futuro, cuando éste con su amigo/a, estará presente esta misma causa otra vez?

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente.

4. La causa es algo que sólo afecta o influye en la relación con amigos o amigas, o es algo que influencia también otras áreas de su vida?

Influye sólo ésta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye en todas situaciones en mi vida.

- DURANTE ESTE ÚLTIMO TIEMPO, HA ESTADO BUSCANDO TRABAJO SIN RESULTADOS POSITIVOS.

5. Escriba cual estima que es la causa más importante

.....  
.....

6. La causa de la falta de resultados positivos es debida a algo acerca de Ud. o algo debido a otra gente o circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 totalmente debido a mí.

7. En el futuro, cuando busques trabajo, ésta causa estará otra vez?

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente

8. Esta causa solamente influencia el buscar trabajo, o también influencia otras áreas de su vida?

Influye sólo ésta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye todas las situaciones en mi vida

• TIENE MUCHO ÉXITO Y BUENOS RESULTADOS.

9. Escriba lo que considera es la causa más importante de esto

.....  
.....

10. La causa que tenga éxito en lo que esta emprendiendo es debido a algo acerca de Ud. o acerca de otra gente o circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí.

11. En su futuro, estima que ésta causa estará presente otra vez?

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente.

12. Esta causa es algo que solamente influye en que pueda tener buenos logros o éxitos (dinero o empleo o en el estudio) o también influencia en otras áreas de su vida?

Influye sólo ésta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye todas las situaciones en mi vida.

• UN AMIGO VIENE A UD. CON UN PROBLEMA Y UD. NO TRATA DE AYUDARLO.

13. Escriba la causa más importante

.....  
.....

14. La causa de que Ud. no lo ayude es debido a algo acerca de otra gente o circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí.

15. En el futuro, cuando un amigo venga a Ud. con un problema, ésta causa estará otra vez presente?

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente.

16. La causa es algo que solamente afecta o influye cuando un amigo o amiga se aproxima a Ud. con un problema, o también influencia otras áreas de su vida?

Influye sólo ésta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye todas las situaciones en mi vida.

- UD. DA UNA IMPORTANTE CHARLA FRENTE A UN GRUPO Y LA AUDIENCIA REACCIONA NEGATIVAMENTE HACIA UD.

17. Escriba cual considera es la causa más importante para esto

.....  
.....

18. La causa de la reacción negativa de la audiencia es algo que referido a Ud. o es algo relacionado con otra gente o con otras circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí.

19. En el futuro, cuando de una charla otra vez, ésta causa estará otra vez presente?

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente.

20. La causa es algo que solamente influencia el dar charlas o hablar frente a un grupo, o también influencia otras áreas de su vida?

Influye sólo ésta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye todas las situaciones en mi vida.

- UD. HACE UN PROYECTO QUE ES ALTAMENTE VALORADO.

21. Escriba cual es la causa más importante de esta valoración.

.....  
.....

22. La causa de que sea apreciado y valorado es debida a algo relativo a Ud. o es algo acerca de otra gente o circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí.

23. En el futuro, cuando elabore un proyecto nuevamente, estará la causa presente otra vez?

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente.

24. La causa solamente influye o afecta el hacer proyectos, o también influencia otras áreas de su vida?

Influye sólo esta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye todas las situaciones en mi vida.

- SE ENCUENTRA CON UN AMIGO O AMIGA QUE ACTÚA HOSTILMENTE HACIA UD.

25. Escriba la causa que considera más importante

.....  
 .....

26. La causa de que su amigo actúe hostil es debido a algo acerca de Ud. o a algo debido a otra gente o circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí.

27. En el futuro, cuando interactúe con amigos, ésta causa estará presente otra vez?

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente

28. La causa es algo que solamente influye en la interacción y relación con los amigos, o también influye en otras áreas de su vida?

Influye sólo ésta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye todas las situaciones en mi vida.

- UD. NO LOGRA HACER EL TRABAJO QUE LOS DÉMAS ESPERAN DE UD.

29. Escriba cual es la causa que considera más importante

.....  
 .....

30. La causa de no lograr el nivel esperado del trabajo es algo relativo a Ud. o más bien tiene que ver con otra gente o circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí

31. Cuando en el futuro tenga que hacer un trabajo en el que la gente le pone expectativas, estará esta causa otra vez presente?

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente

32. La causa de esto es algo que solamente influye el hacer el trabajo que los demás esperan de Ud., o influencia también otras áreas de su vida?

Influye sólo ésta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye todas las situaciones en mi vida.

- SU CÓNYUGE O NOVIA O NOVIO LE HA ESTADO TRATANDO CON AMOR Y CONSIDERACION.

33. Escriba cual considera es la causa más importante de esto

.....  
 .....

34. El que su pareja le esté tratando más amorosamente es algo debido a razones relacionadas con Ud. o es algo relacionado con otra gente u otras circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí

35. En las futuras interacciones con su pareja, estará ésta causa otra vez presente?

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente.

36. La causa es algo que solamente afecta o influye en como le trata su pareja, o es algo que influye en otras áreas de su vida?

Influye sólo ésta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye todas las situaciones en mi vida.

- ASPIRA INGRESAR A UNA ACTIVIDAD QUE VALORA, COMO POR EJEMPLO, UN TRABAJO IMPORTANTE O UNA ADMISIÓN EN UNA BUENA UNIVERSIDAD. POSTULA Y AL FINAL LO OBTIENE.

37. Escriba la causa que considere más importante para este logro

.....  
.....

38. Es la causa de obtener esta posición debido a algo propio de Ud. es debido a otras personas o circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí

39. En el futuro, cuando trate de lograr otra posición importante, esta causa estará presente otra vez?

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente.

40. Esta causa es algo que solamente influye para aspirar a una posición y lograrla, o también influye en otras áreas de su vida?

Influye sólo ésta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye todas las situaciones en mi vida.

- SALE CON ALGUNA O ALGUNAS PERSONAS (CITA, REUNIÓN SOCIAL) Y SIENTE QUE LE FUE MAL

41. Escriba cual considera es la causa más importante para esto

.....  
.....

42. Es la causa de que le vaya mal en éste encuentro algo que se debe a Ud. o es algo debido a otra gente o circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí

43. En el futuro, cuando tenga otros encuentros, estará ésta causa otra vez presente

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente.

44. Es la causa algo que solamente influye en estos encuentros, o es algo que influye en otras áreas de su vida también?

Influye solo esta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye todas las situaciones en mi vida.

- SE LE MEJORAN LAS CONDICIONES LABORALES O DE SITUACIÓN ECONÓMICA

45. Escriba cual estima es la causa más importante

.....  
.....

46. Es la causa de la mejoría algo debido a Ud. o es algo debido a otra gente o circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí

47. En el futuro, en su trabajo o actividades, ésta causa estará presente nuevamente?

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente.

48. Es esta causa algo que solamente afecta el obtener un mejoramiento en las condiciones laborales o influencia también otras áreas de su vida?

Influye sólo ésta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye todas las situaciones en mi vida.