



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Relación entre los principales factores de personalidad y la sintomatología somática

Alumno: Claudia García Navarro

Tutor: Prof. D. Ana García León
Dpto: Personalidad, evaluación y tratamiento psicológico

Julio, 2017

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. Neuroticismo	6
1.2. Optimismo	7
1.3. Extraversión	9
1.4. Afectividad positiva y afectividad negativa.....	10
2. HIPÓTESIS	13
3. METODOLOGÍA	13
3.1. Participantes.....	13
3.2. Instrumentos	14
3.3. Procedimiento	15
3.4. Análisis de datos.....	16
4. RESULTADOS	16
5. DISCUSIÓN	19
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
7. ANEXOS.....	32

RESUMEN

El objetivo principal de este estudio ha sido conocer las relaciones existentes entre ciertas características de personalidad y la sintomatología somática. Para ello, contamos con una muestra compuesta por 100 participantes, 50 mujeres y 50 hombres, divididos en dos grupos de edad: jóvenes (18-30 años) y mayores (40-60 años), pertenecientes a diferentes municipios de la provincia de Jaén. Los instrumentos de evaluación utilizados han sido: PANAS, NEO-FII, ESS-R Y LOT-R, para medir la afectividad positiva y negativa, neuroticismo y extraversión, síntomas somáticos y optimismo y pesimismo respectivamente. Estos cuestionarios fueron entregados en mano a los participantes junto con un consentimiento informado, para que lo realizaran en sus propios domicilios. En el análisis de datos se realizaron correlaciones bivariadas de Pearson para conocer la relación entre las distintas variables personales y los síntomas somáticos. Para analizar la existencia de diferencias significativas entre los grupos independientes del estudio se llevó a cabo un análisis de varianza univariado, tomando como variable de agrupación la variable personal (altos o bajos en dicha variable) y como variables dependientes los distintos síntomas somáticos. En los resultados se encontró que los dos factores de personalidad más relacionados con la sintomatología somática eran el neuroticismo y la afectividad positiva. También se encontraron correlaciones entre síntomas somáticos optimismo, pesimismo y extraversión. Fueron halladas además diferencias significativas entre los grupos que puntuaban alto y los que puntuaban bajo en los factores de: optimismo, afectividad positiva, pesimismo y neuroticismo. Los grupos diferenciados por edad también mostraron diferencias, contando con mayor sintomatología el grupo de los mayores.

Palabras clave: neuroticismo, optimismo, afectividad positiva, afectividad negativa, pesimismo, extraversión, introversión, sintomatología somática

ABSTRACT

This final year project is based on the existing relations between certain characteristics of personality and somatic symptomatology. Hence, we have a sample composed by 100 participants, 50 women, 50 men, divided in two groups aged: (18-30 ages) young people and (40-60 ages) old people, belonging to different towns in Jaén evaluation tools used have been: PANAS, NEO-FII, ESS-R Y LOT-R to measure the positive and negative affect, neuroticism

and extraversion, somatic symptoms and optimism and pessimism respectively. These questionnaires were delivered in hand to the participants with an informed consent to be filled out at home. In the analysis of data Pearson bivariate correlations were carried out to know the relation between the different personal variables and the somatic symptoms. To analyze the existence of significant differences between the independent groups of the study, a variance anivariate analysis was used taking like a variable of agrupation the personal variable (high or low in this variable) and like dependent variables the different somatic symptoms. In the results, the two personality factors more connected to symptomatology were the neuroticism and the positive affect. In addition, corelations between somatic symptomps, optimism, pessimism and extraversion were also discovered as well as significant differences between groups that graded high and the groups that graded low in the factors of optimism, positive affect, pessimisim and neuroticism. Age-differentiated groups also showed differences being elderly groups the ones with more symptomatology.

Key words: neuroticism, optimism, positive affectivity, negative affectivity, pessimism, extraversion, introversion, somatic symptomatology

1. INTRODUCCIÓN

Estudios recientes han podido comprobar que, aproximadamente un 60% de la población normal, expresa cada vez con mayor frecuencia la presencia de síntomas somáticos, tales como taquicardia, tensión en la zona cervical, dolores de cabeza, etcétera. Estas molestias son benignas y transitorias y, aunque se trata de síntomas físicos clínicamente significativos, no hay una explicación médica para los mismos, por lo que se supone que tienen carácter psicológico.

Vallejo (2003) menciona que el termino somatización se utilizaba para describir un proceso subconsciente por el cual el individuo traducía su malestar emocional en quejas somáticas. Estos síntomas suponen en los individuos grandes costes a nivel personal, por ejemplo en malestar y limitación funcional, afectando a su calidad de vida. Debido a esto se puede apreciar un continuo que comienza con síntomas somáticos funcionales, transitorios y sin repercusión significativa en la vida diaria, hasta condiciones crónicas altamente significativas en el funcionamiento diario de la persona.

Sivik & Shoenfeld (2001) postulan que los factores biológicos y psicosocioculturales interaccionan entre sí y tienen la misma importancia en lo que respecta al binomio salud-enfermedad, observándose que aquellas personas que no logran satisfacer sus necesidades básicas para sobrevivir y se encuentran en una situación de desequilibrio, pueden presentar tensión, inestabilidad, miedo, ansiedad, estrés, desesperanza, depresión y conflicto en sus vidas (Valdez-Medina, 2011). Todo ello puede conducir a largo plazo a una mala salud física y mental, y podría llevar a la persona a somatizar.

La psicología de la salud, en la década de 1970, propone que en toda enfermedad intervienen factores culturales (creencias y valores colectivos, así como prácticas y representaciones sociales), psicológicos (creencias, valores, expectativas, experiencias y actitudes individuales, rasgos de personalidad, estados emocionales, hábitos y estilos de vida), interpersonales (relaciones y vínculos) y biológicos que pueden tener distinto peso a lo largo del curso de la enfermedad (en el riesgo, desencadenamiento, cronificación, empeoramiento, mejora, remisión y recidiva) (Moral, 2011).

Leventhal (1992) plantea que los factores de personalidad operan, al menos, de tres importantes maneras en la preocupación somática: una, sobre la atención a los estados somáticos; dos, en la interpretación de los estados somáticos y tres, sobre los procedimientos

de control de las amenazas de enfermedad y los criterios de evaluación de los resultados de tales intentos.

Por lo tanto se ha observado una relación entre salud física y rasgos de personalidad. Ya que la personalidad influye en la concepción, la experiencia, afrontamiento y demás fenómenos asociados a la salud, es importante estudiar sus principales rasgos. En base a la literatura anterior, los rasgos más estudiados con respecto a la sintomatología somática han sido: neuroticismo, extraversión, estabilidad emocional, amabilidad y responsabilidad. Sin embargo en el presente estudio nos hemos centrado en los dos primeros, ya que son numerosos los estudios que destacan su relación con la sintomatología somática. Además de estos rasgos también hemos estudiado el optimismo disposicional, la afectividad positiva y negativa.

1.1. Neuroticismo

El neuroticismo constituye un factor general de la personalidad y su núcleo básico es la sensibilidad a los estímulos negativos (Enns & Cox, 1997). En la personalidad se contrasta el ajuste o estabilidad emocional con el desajuste y el neuroticismo. De modo general, se caracteriza por la experimentación de afectos negativos como miedo, tristeza, enojo o aversión, así como una cierta tendencia a la labilidad emocional y a las preocupaciones y quejas somáticas.

Dentro del modelo de personalidad de Eysenck (1967), se describe al neuroticismo (N) como una dimensión de personalidad relacionada con la sensibilidad del sistema límbico ante los estímulos externos. Así, los individuos con altas puntuaciones en N son más propensos, que aquellos con bajas puntuaciones, a experimentar activación autonómica, perturbación y agitación ante las experiencias estresantes (Matthews & Deary, 1998).

En cuando al neuroticismo, Eysenck (1990) refiere que los niveles de activación emocional dependen de las diferencias en el funcionamiento del sistema nervioso autónomo, a su vez, regulado por estructuras del sistema límbico y del hipotálamo. Las características asociadas con un elevado neuroticismo son la experimentación de sentimientos de ansiedad, tristeza, preocupación, culpa, timidez, baja autoestima, irritabilidad, tensión y una mayor emocionalidad general (Cale, 2006; Colom Marañón, 1998; Eysenck, 1978).

Diversos estudios relacionados con el neuroticismo desde que se formuló indican su asociación con la sintomatología somática y la experiencia de enfermedad. En concreto, se ha encontrado que las personas con alto neuroticismo presentan más probabilidad de percibir la vida como más estresante, poseen menores recursos de afrontamiento para sobreponerse al estrés ambiental, son más propensos a interpretar las situaciones ordinarias como una amenaza y consideran tareas que para otros generalmente suelen ser sencillas como irremediablemente difíciles (Anderson, John, & Keltner, 2011). Del mismo modo, suelen tener menor bienestar psicológico y, en general, informan de experimentar más síntomas somáticos (tales como jaquecas, trastornos digestivos, insomnio o dolores de espalda, entre otros), más dolores (Infante, García, Moix, Cañellas & Subirá, 2005), dolor más intenso (Eysenck, 1994) y más preocupaciones y emociones negativas (tales como, ansiedad, rabia, tristeza y disgusto) (Costa & McCrae, 1987, 1990; Watson & Clark, 1984).

Además, las personas con un alto nivel de neuroticismo son emocionalmente más reactivas y responden emocionalmente a eventos que no afectan a la mayoría de la gente, siendo sus reacciones más intensas de lo normal (Anderson, John, & Keltner, 2011). Estas reacciones emocionales negativas tienden a persistir por períodos de tiempo inusualmente largos, lo que implica que, a menudo, suelen estar de mal humor. Estos problemas en la regulación emocional pueden afectar la capacidad de pensar con claridad, tomar decisiones y lidiar efectivamente con el estrés (McCrae & Costa, 2012).

También hay algunos trabajos que relacionan el neuroticismo con el dolor.. En concreto, parece que esta dimensión está asociada con peores estrategias para afrontar el dolor, menores umbrales, más vulnerabilidad y sensibilidad con respecto al mismo y mayor tendencia a experimentar dolor (Carrillo, Collado & Rojo, 2005; Infanta, García, Moix, Cañellas & Subirá, 2005; Mattsson & Ekselius, 2002; Ramírez et al., 2004).

En resumen, de los estudios revisados con respecto al neuroticismo puede deducirse que es uno de los aspectos de la personalidad más importantes en la experimentación subjetiva de síntomas somáticos.

1.2.Optimismo

Un segundo factor que ha acaparado también un gran interés en relación con la sintomatología física ha sido el optimismo disposicional.

El optimismo-pesimismo disposicional se ha estudiado dentro del marco de la teoría de la autorregulación de la conducta. Carver & Scheier (2001), Chang (2001), Scheier & Carver (1985) y Scheier, Carver & Bridges (2001) definen el optimismo disposicional como la tendencia de las personas a esperar resultados positivos y favorables en sus vidas y como una expectativa generalizada de resultados positivos. En este sentido, se puede decir que el optimismo disposicional es un mediador de la forma sobre cómo las personas afrontan las situaciones estresantes. En definitiva, puede afirmarse que el optimismo disposicional por lo tanto consiste en tener una visión general positiva y unas expectativas positivas sobre los resultados; en otras palabras, la tendencia a esperar acontecimientos positivos en el futuro. Mientras que su contrario, el pesimismo, hace alusión a la creencia de que en el futuro ocurrirán resultados desfavorables o negativos (Avia & Vázquez, 1999; Carver & Scheier, 2001; Chang, 2001; Scheier, Carver & Bridges, 2001). Por tanto, el optimismo incluye expectativas de control sobre los propios resultados positivos en un futuro así como un cierto componente de eficacia personal (Gillham, Shatte, Reivich & Seligman, 2001).

Varios estudios han constatado la relación entre el optimismo/pesimismo disposicional y determinadas variables psicológicas y de salud. Así, se ha comprobado que el pesimismo disposicional está relacionado con una mayor sensación o experimentación de síntomas físicos negativos (Chang, 1998; Maydeu-Olivares & D'Zurilla, 1996), mientras que, aquellas personas que puntúan alto en optimismo disposicional informan de una menor frecuencia e intensidad de síntomas físicos negativos (Remor, Amorós & Carboles, 2006).

En general, el optimismo disposicional se ha relacionado con mayores niveles de bienestar físico y con mejor salud física. En este sentido, se han llevado a cabo muchos trabajos que han encontrado que los optimistas informan de menos síntomas físicos que los pesimistas (Andersson, 1996; Dingfelder, 2003; Scheier & Carver, 1985; Tomakowsky, Lumley, Markowitz & Frank, 2001), se recuperan antes de los problemas de salud (Scheier & cols, 1989; Scheier y cols., 2003; Shepperd & cols., 1996), presentan una menor reactividad cardiovascular entre el estrés (Räikkönen, Matthews, Flory, Owens & Gump, 1999; Van Treuven y Hull, cfr. en Scheier & Carver, 1987) y tienen un sistema inmunológico más fuerte (Milam, Richardson, Marks, Kemper & McCutchan, 2004; Segerstrom y et al., 1998). Por otra parte, Chang (1998) y Chang & cols. (1997) han encontrado que el pesimismo disposicional suele estar relacionado positivamente con la experiencia de síntomas físicos y psicológicos.

1.3.Extraversión

En cuanto al tercer factor, la extraversión (E), en comparación con los anteriores, es el factor que menos estudios tiene en relación con sus efectos sobre la salud física.

Según Eysenk (1990) un individuo extravertido es sociable, impulsivo, vivaz, activo, asertivo, buscador de sensaciones socializadas, despreocupado, dominante, espontáneo y aventurero. Los individuos extravertidos se definen como llenos de vida y energía. Tienden a buscar la estimulación social y oportunidades para interactuar con otros (Costa & McCrae, 1996). Poseen mejores defensas en cuanto a las críticas externas porque son menos propensos a experimentar ansiedad por la retroalimentación negativa. Los introvertidos, en cambio, tienden a ser tranquilos, reservados y suelen involucrarse relativamente poco en situaciones sociales (Costa & McCrae, 1996). Un aspecto a destacar es que las personas introvertidas no necesariamente tienen temor a las situaciones sociales, como es el caso de la inhibición conductual (que más tarde puede derivar en ansiedad social), sino que prefieren pasar más tiempo en soledad, sin necesidad de tener estimulación social (Anderson, John, & Keltner, 2011).

Para explicar las diferencias individuales en extraversión, Eysenck propuso la Teoría de la activación, cuya base biológica sería el sistema activador reticular ascendente (SARA) (Eysenk, 1990). Así los introvertidos se caracterizan por tener niveles altos de actividad en el circuito retículo-cortical, mientras que los extravertidos se caracterizan por tener niveles bajos de este circuito y, por ese motivo, necesitan mayor estimulación ambiental para alcanzar el nivel óptimo de activación cortical (NOA).

Eysenck & Eysenck (1968) descubrieron que las personas extravertidas presentan mayor tolerancia al dolor que los introvertidos. Aunque a veces se ha encontrado que los extravertidos manifiestan más su conducta de dolor, informan tener menos problemas en su estilo de vida y menor incapacidad física y emocional que los introvertidos (Moreno & Montaña, 2000). Ballina et al., (1995) señalan que ello se debe probablemente a que la extraversión puede servir como atenuante de la influencia del neuroticismo en los estados del dolor. Otros autores como Ediger (1993) argumentan que las personas extravertidas, al ser más sociables, tienen mayor soporte social, mientras que las introvertidas suelen permanecer más aisladas.

Con respecto a la extraversión, Eysenk (1971) hipotetizó que las personas que poseían esta característica de personalidad, tenían mayores umbrales para el dolor y más tolerancia hacia

él que las introvertidas, lo cual fue confirmado por algunos trabajos pioneros (Palmero & Fernández Abascal, 1999). Acorde con lo anterior, estudios posteriores han sugerido que altas puntuaciones de extraversión determinan un mejor ajuste a la enfermedad (Ramírez, Esteve, & López, 2001).

Numerosos estudios han postulado que los introvertidos muestran una mayor facilidad para responder ante estímulos externos, ya que funcionan con un alto nivel de activación (arousal), lo cual les hace más sensibles a estímulos tales como el dolor. Más tarde un estudio experimental entre personalidad y dolor indicaba que los introvertidos tenían umbrales de dolor más bajo, esto explicaría por qué los introvertidos tendrían una mayor sintomatología somática, ya que podrían percibir cualquier tipo de dolor a un nivel muy bajo.

Más recientemente, Phillips & Gatchel (2000) realizan un estudio de revisión en el que indican que los trabajos revisados que relacionan introversión extraversión con dolor concluyen que los introvertidos tienden a presentar un umbral de dolor y de tolerancia menor, por lo que ante un estímulo de igual intensidad perciben más dolor que los extravertidos. Además, según los autores, los introvertidos también tienden a percibir mayores molestias ante los procedimientos para el tratamiento del dolor y requieren un mayor grado de analgesia.

El análisis de los Cinco Grandes factores de la personalidad en relación con la percepción de la salud nos muestra una correlación significativa y negativa respecto a: Estabilidad Emocional, Extraversión y Responsabilidad (Johnson, Batey & Holdsworth, 2009).

Esto tiene su explicación desde una perspectiva multivariada, cuando son agrupados por semejanza en cuanto a los factores de personalidad un grupo de individuos, a este grupo se les llamaría “no resiliente” y estaría caracterizado además de por una baja responsabilidad, estabilidad emocional y neuroticismo, por una baja apertura y moderada amabilidad que obtendría una mayor sintomatología.

Esto indicaría que las puntuaciones bajas en estabilidad emocional, extraversión, apertura y responsabilidad actuarían como factores de riesgo con respecto a la salud.

1.4. Afectividad positiva y afectividad negativa

Bradburn (1969) propuso un modelo en el cual el afecto podía ser descrito sobre la base de dos dimensiones unipolares independientes. De esta manera el afecto sería un fenómeno dimensional y no categorial, que involucraría una dimensión de emociones tales como la alegría, el entusiasmo o el interés (afecto positivo) y otra dimensión integrada por emociones

tales como la tristeza, el miedo y la ira (afecto negativo). Dichas dimensiones serían independientes entre sí y no simplemente polos de una misma dimensión.

En su distinción, la afectividad negativa (AN) sería similar y tendría un cierto solapamiento con respecto a otros constructos disposicionales tales como neuroticismo, ansiedad rasgo y pesimismo disposicional, reflejando diferencias individuales estables respecto al ánimo negativo y al auto-concepto. Así, los individuos con una alta afectividad negativa experimentan consistentemente mayores niveles de tensión e insatisfacción en el tiempo, y tienden a ser negativistas en el sentido de focalizarse en los aspectos negativos tanto de sí mismos como de los otros.

Estudios recientes indican que los sujetos que presentan somatizaciones se sienten menos activados ante los estímulos de valencia hedónica positiva, es decir, se implican menos con estímulos positivos o agradables (Kaffenberger et al., 2010; Minati et al., 2009; Nikolova et al., 2011; Sánchez-García et al., 2011, 2011; Schäfer et al., 2007; Turner et al., 2007). Por el contrario, presentan una tendencia a valorar los estímulos negativos y neutros como más negativos (Nikolova et al., 2011; Sánchez García et al., 2011). Los procesos atencionales muestran asimismo un sesgo negativo con mayor atención a los estímulos amenazantes, manifestando una hipersensibilidad a estos (Arrais et al., 2010; Lautenbacher et al., 2010).

Parece que la afectividad negativa es la clave de un despliegue de procesos como evitación cognitiva y dificultad para distraer la atención del síntoma. Esto además ha influido en trastornos del estado de ánimo como ansiedad y depresión que muestran un sesgo atencional hacia la información negativa ya que estos individuos tienen dificultad para desconectar la atención de tales estímulos (Koster, DeRaedt, Goeleven, Franck & Crombez, 2005; Mogg, Holmes, Garner & Bradley, 2008).

Además la afectividad negativa indicaría una amplia predisposición a experimentar emociones negativas que tienen influencia disminuyendo el autoconcepto y, por supuesto, percibiendo una baja satisfacción en la vida (Watson, Clark & Corey, 1988; Watson & Tellegen, 1988; Ambrona & López-Pérez, 2014). Ambos procesos anteriores indican una peor percepción de salud.

Hoy en día hay datos suficientes para afirmar que la afectividad negativa tiende a disminuir la salud. Así, algunos autores sostienen que la afectividad positiva potencia la salud, mientras que la afectividad negativa tiende a disminuirla (Fernández-Abascal & Palmero, 1999). Por ejemplo, en periodos de estrés en los que tenemos que responder a unas altas

demandas ambientales, desarrollamos muchas reacciones emocionales negativas y, cuando nos encontramos bajo la influencia de estos estados emocionales negativos, es más probable desarrollar ciertas enfermedades relacionadas con el sistema inmune, o adquirir determinados hábitos poco saludables, que a la larga pueden minar la salud (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2004; Ramos, Rivero, Piqueras & García-López, 2006).

Además, experimentan esta sintomatología en distintas situaciones y durante períodos más largos de tiempo (Barra, 2003). Por último, hay estudios que relacionan la afectividad negativa con la propensión a sufrir cierto tipo de enfermedades principalmente relacionadas con el sistema inmune, o adquirir determinados hábitos poco saludables, que a la larga pueden minar la salud (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2004; Ramos et al., 2006).

En cuanto a la afectividad positiva, se puede decir que representa la dimensión de emocionalidad placentera, manifestada a través de motivación, energía, deseo de afiliación y sentimientos de dominio, logro o éxito. Las personas con alto afecto positivo suelen experimentar sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, energía, amistad, unión, afirmación y confianza. Se relaciona con la extroversión, el optimismo y la resiliencia (De la Rubia, 2011).

El afecto positivo está implicado en procesos psicobiológicos que favorecen la salud de los individuos (Archer, Adrianson, Plancak & Karlsson, 2007; Steptoe, Dockray y Wardle, 2009); según Veenhoven (2008), son destacables los efectos del afecto positivo sobre la salud física, llegando a ser un eficaz medio de prevención; según Archer, Adolfsson y Karlsson (2008), la personalidad afectiva muestra relación con las predisposiciones autoinformadas para la salud o la enfermedad.

Hay un número de estudios que parecen relacionar directamente la afectividad positiva con la salud. En concreto, algunas investigaciones indican que las personas que presentan un alto afecto positivo, presentan menos sintomatología en el ámbito de la salud física y mental, así como mejor funcionamiento social (Lyubomirsky, King & Diener, 2005). También se ha relacionado la afectividad positiva con el bienestar subjetivo, siendo considerado como uno de sus elementos, junto con la satisfacción con la vida y la baja afectividad negativa (Atienza, Pons, Balaguer & García-Merita, 2000; Díaz, 2001; Pavot, Diener, Randall & Sandvik, 1991). Por último, parece que a mayor afectividad positiva y satisfacción con la vida, mayor bienestar subjetivo y mejor percepción de salud (Argyle, 1993; Arita, 2005; Diener, 1994).

2. HIPÓTESIS

1. Se espera encontrar relaciones negativas entre optimismo, extraversión y afectividad positiva y sintomatología somática.
2. Se espera encontrar una asociación positiva entre neuroticismo y afectividad negativa con y sintomatología somática.
3. El grupo de mayor edad presentará puntuaciones mayores en todos los síntomas somáticos que el grupo más joven.
4. Las personas con mayores puntuaciones en optimismo, extraversión y afectividad positiva presentarán menores síntomas somáticos que aquellas con bajas puntuaciones en estas variables.
5. Las personas con una puntuación mayor en neuroticismo, pesimismo y afectividad negativa presentarán más síntomas somáticos que aquellas con bajas puntuaciones en estas variables.

3. METODOLOGÍA

3.1.Participantes

Los sujetos se seleccionaron al azar, atendiendo a las normas éticas y siendo respetuosos con la confidencialidad de los datos que se iban a obtener (Cabanach, Fariña, Freire, González & Ferradás, 2013; Del Barrio et al., 2011). Por tanto, la participación en el estudio fue totalmente voluntaria.

La muestra estuvo compuesta por un total de 100 participantes, 49 mujeres y 51 hombres, que residían en diferentes localidades de la provincia de Jaén (Baeza, Bedmar, Jaén capital, Linares, Úbeda). Sus edades estaban comprendidas entre los 18 y los 60 años ($M = 36.83$ y $DT = 14.05$).

Según su edad, los participantes fueron también asignados a uno de los dos siguientes grupos: jóvenes y mayores. El grupo de los jóvenes estaba compuesto por cincuenta participantes 24 mujeres y 26 hombres, sus edades oscilaban entre los 18 y los 30 años, y tenían una edad media de 23.51 años ($DT = 3.54$). El grupo de los mayores estaba constituido también por 50 participantes 26 mujeres y 24 hombres, su franja de edad estaba entre 40 y 60 años, y su media de edad era de 49.68 años ($DT = 5.60$).

3.2.Instrumentos

Para llevar a cabo el estudio se seleccionaron las siguientes pruebas:

Inventario NEO reducido de Cinco Factores - NEO-FFI

El NEO-FFI es una versión reducida española (Avia et al., 2000) de 60 elementos del NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992) que evalúa las cinco dimensiones principales o factores de personalidad. Del total de ítem del instrumento, en este estudio se han seleccionado los elementos correspondientes únicamente a las escalas de Neuroticismo y Extraversión. El inventario NEO-FFI cuenta con una escala tipo Likert de cinco opciones, que van de totalmente en desacuerdo (0) a totalmente de acuerdo (5).

Para la versión española, los índices de consistencia interna mediante el coeficiente alpha de Cronbach son 0.86 para Neuroticismo y 0.77 para Extraversión (Martinez & Cassareto, 2011).

Test de Orientacion Vital Revisado – LOT- R

Test de Orientación Vital Revisado (LOT-R; Sheier, Carver & Bridges, 1994). En su adaptación española (Otero, Luengo, Romero, Gómez & Castro, 1998), que consta de 10 ítems que se evalúan en un escala Likert de 5 puntos, de los cuales seis miden la dimensión de Optimismo Disposicional (OpD) (tres redactados en sentido positivo y tres en sentido negativo), mientras que los otros cuatro restantes son de relleno y sirven para hacer menos evidente el contenido del test. Perczek et al. (2000) informan de un alfa de .84 para la versión en inglés y de .79 para la versión en español del LOT-R.

Cuestionario de Afecto Positivo y Negativo - PANAS

Cuestionario de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) (Watson et al., 1988), que ha sido adaptado para su utilización en España (Sandin, et al., 1999). La Escala de Afecto Positivo y Negativo está compuesta por dos factores de 10 ítems diseñados para medir el afecto positivo y negativo. Los ítems poseen un formato tipo Likert con un rango de 4 puntos, variando de 0 (muy ligeramente o nada en absoluto) a 4 (extremadamente). Las estimaciones de la consistencia interna varían de 0.86 a 0.90 para la escala del Afecto Positivo; y de 0.84 a 0.87 para la del Negativo (Watson et al., 1988). Para la adaptación española se obtuvieron los siguientes resultados de consistencia interna se observó un valor $\alpha = 0.9$ para la escala de afecto positivo y un $\alpha = 0.85$ para la escala de afecto negativo.

Escala de Síntomas Somáticos Revisada – ESS-R

Escala de Síntomas Somáticos (ESS) (Sandín & Chorot, 1987). Esta escala ha sido revisada (ESS-R) por Sandín & Chorot (1991) para su versión española. Este instrumento evalúa las quejas somáticas ocurridas en el último año. Consta de 90 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos con un rango de 0 a 4: a mayor puntuación, mayor sintomatología. Estos ítems miden frecuencia e intensidad de síntomas y condiciones somáticas relacionados con los siguientes sistemas somatofisiológicos del organismo: gastrointestinal (GI), respiratorio (RS), piel y alergia (PA), neuro-sensorial (NS), cardiovascular(CV), musculoesquelético (ME), genitourinario (GU), inmunológico general (IG) y reproductor femenino (RF). Los valores de consistencia interna de estos nueve factores para la escala original son altos, variando de 0.74 (síntomas dermatológicos) a 0.90 (cardiorrespiratorios). Los resultados de consistencia interna en la versión española han sido similares a los encontrados en el análisis de la escala original, yendo de 0.78 a 0.92 (Sandín, 1999).

3.3.Procedimiento

En primer lugar, al tratarse éste de un estudio empírico, hubo que solicitar un permiso al comité ético de la Universidad de Jaén, en el que se adjuntó copia de la información que iba a suministrarse a los participantes, así como del consentimiento informado que tenían que cumplimentar.

Una vez obtenido el permiso del Comité de Ética se pidió a los sujetos que leyesen la información relativa al estudio y que si estaban de acuerdo firmasen el consentimiento de participación.

Posteriormente se entregó el cuadernillo con los instrumentos descritos en el apartado anterior, para que lo realizaran individualmente en su casa. Cada cuestionario cuenta con las instrucciones perfectamente detalladas para su posterior realización, pero la persona que llevó a cabo la recogida de datos se aseguraba antes de dejarlo de que el/la participante entendía perfectamente las instrucciones y enunciados de los distintos instrumentos. La finalidad de los cuestionarios fue recoger la información necesaria sobre los distintos factores de personalidad, así como sobre la sintomatología somática experimentada en los dos grupos de edad que han formado parte del estudio.

La recogida de datos fue llevada a cabo entre los meses de marzo y abril de 2017 en los municipios de la provincia de Jaén ya mencionados.

3.4. Análisis de datos

Para conocer la relación entre las distintas variables personales y los síntomas somáticos, se realizaron correlaciones bivariadas de Pearson. Para analizar la existencia de diferencias significativas entre los grupos independientes del estudio se llevó a cabo un análisis de varianza univariado, tomando como variable de agrupación la variable personal (altos o bajos en dicha variable) y como variables dependientes los distintos síntomas somáticos.

Para constituir los grupos de altos o bajos en las variables personales de optimismo, afectividad positiva, afectividad negativa, neuroticismo y extraversión, se calculó la distribución de frecuencias de cada una de dichas variables y los percentiles de dicha distribución. A partir de estos datos, se seleccionó a los sujetos cuya puntuación estaba en el percentil 25 o menos (que pasaban a constituir el grupo de bajos) y a los sujetos cuya puntuación estaba en el percentil 75 o más (que pasaban a formar parte del grupo de altos).

Finalizada la recogida de datos, se procedió a su análisis a través del programa estadístico SPSS 24.0.

4. RESULTADOS

Relación entre las variables personales y la sintomatología somática

El análisis de las relaciones entre los factores de personalidad (afectividad negativa y positiva, optimismo, neuroticismo y extraversión) y los síntomas somáticos indica:

Que hay una correlación significativa y positiva en cuanto al neuroticismo y los síntomas somáticos de tipo inmunológico ($r=.261$; $p<.009$), cardiovascular ($r=.255$; $p<.011$), respiratorio ($r=.230$; $p<.022$) gastrointestinal ($r=.199$ $p<.048$) neurosensorial ($r=.301$; $p<.021$), musculo-esquelético ($r=.488$; $p<.004$). Con lo cual, cuanto mayor neuroticismo muestre la persona, mayores serán los síntomas somáticos de los que informe. (Ver anexos, Tabla 1).

Por el contrario, se observa una correlación inversa entre afectividad positiva y síntomas somáticos con respecto a los siguientes síntomas: inmunológicos ($r=-.241$; $p<.016$), cardiovascular ($r=-.218$; $p<.031$), respiratorio ($r=-.273$; $p<.006$), gastrointestinal ($r=-.299$; $p<.003$), neurosensorial ($r=-.264$; $p<.008$) y musculo-esquelético ($r=-.200$; $p<.047$). Es decir, cuanto mayor afectividad positiva tenga la persona menores síntomas somáticos informará. (Ver anexos, Tabla 1)

En relación al optimismo general, un mayor optimismo general estaría relacionado con un menor número de síntomas físicos. Sin embargo en cuanto a este factor las diferencias significativas encontradas son mínimas, siendo estas las siguientes; correlación negativa con los síntomas de tipo musculo-esquelético ($r=-.215$; $p<.032$). En cuanto a su contrario, el pesimismo, ocurre lo opuesto ya que éste correlaciona de forma positiva con los síntomas somáticos, es decir, cuanto mayor pesimismo mayores síntomas sintomáticos. Según nuestros datos el pesimismo correlaciona de forma positiva con dos tipos de variables: neurosensorial ($r=-.231$; $p=.021$) y musculo-esquelético ($r=-.237$; $p<.018$) (Ver anexos, Tabla 1)

En lo referente al optimismo como dimensión bidimensional (optimismo-falta de optimismo) no se encuentra ninguna relación significativa con las variables sintomatológicas.

En cuanto a la con extraversión se han encontrado asociaciones significativas en las variables: respiratoria ($r=-.241$; $p<.017$), gastrointestinal ($r=-.252$; $p<.012$) y musculo-esquelético ($r=-.205$; $p<.043$). Estos resultados indican que aquellas personas más extrovertidas informaran de un menor número de síntomas físicos. (Ver anexos, Tabla 1)

Por último, en lo relativo a la afectividad negativa no se han encontrado relaciones con ninguno de los síntomas somáticos.

Diferencias en sintomatología somática en función del grupo de edad

En cuanto a la variable Edad, se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos de edad, mostrando el grupo de los mayores una mayor sintomatología somática que los jóvenes en los síntomas: inmunológico ($F_{(1,98)}= 7.87$; $p<.006$, cardiovascular ($F_{(1,98)}= 9.34$; $p<.003$, gastrointestinal ($F_{(1,98)}= 4.09$; $p<.048$, neurosensorial ($F_{(1,98)}= 8.42$; $p<.005$, musculo-esquelético ($F_{(1,98)}= 11.75$; $p<.001$, genitourinario ($F_{(1,98)}= 6.31$; $p<.014$ (ver anexos, Tabla 2).

Diferencias en sintomatología somática en función del optimismo

Las datos encontrados en cuanto a optimismo general indican que solo hay diferencias en los grupos en cuanto a una variable; musculo-esquelético ($F_{(1,49)} = 6.45$; $p < .014$, esta diferencia indicaría que únicamente en esta variable habría diferencias significativas en el grupo 1 (bajo optimismo general) y en el grupo 2 (alto optimismo general). Aquellos sujetos con un alto optimismo general informarían de una menor sintomatología somática en dicha variable. Lo mismo ocurre con el optimismo, encontrándose así diferencias significativas entre el grupo de alto optimismo (2) y el grupo de bajo optimismo (1), indicando de este modo que en la variable genitourinario ($F_{(1,58)} = 4.05$; $p < 0.49$, el grupo con mayor optimismo informa de menor sintomatología somática. (Ver anexos, Tabla 3).

Sin embargo, el pesimismo informa en dos de las variables estudiadas que el grupo con alto pesimismo (grupo 2) tiene mayor sintomatología somática en: neurosensorial ($F_{(1,70)} = 7.84$; $p < .007$ y musculo-esquelético ($F_{(1,70)} = 8.16$; $p < .006$. Esto indicaría diferencias entre ambos grupos, demostrando que efectivamente el grupo más pesimista cuenta con mayor sintomatología física (ver anexos, Tabla 3).

Diferencias en sintomatología somática en función del neuroticismo

En el análisis de la relación entre los grupos de bajo neuroticismo (grupo 1) y alto neuroticismo (grupo 2) se encuentran diferencias significativas en la mayoría de las variables estudiadas: Inmunológico ($F_{(1,53)} = 8.98$; $p < .004$, cardiovascular ($F_{(1,53)} = 10.33$; $p < .002$, respiratorio ($F_{(1,53)} = 7.35$; $p < .009$, neurosensorial ($F_{(1,53)} = 9.92$; $p < .003$, musculo-esquelético ($F_{(1,53)} = 7.80$; $p < .007$. Con lo cual esto indicaría que según las diferencias encontradas las personas con un mayor neuroticismo (grupo 2) presentan mayor sintomatología somática que las personas que poseen un menor neuroticismo en todas las variables señaladas anteriormente, es decir, a mayores niveles de Neuroticismo peor percepción de la salud (ver anexos, Tabla 3).

Diferencias en sintomatología somática en función de la afectividad positiva

En cuanto al factor afectividad positiva, las diferencias entre el grupo 1 (baja afectividad positiva) y el grupo 2 (alta afectividad positiva) demuestran que aquellas personas con mayor afectividad positiva informan de una menor sintomatología somática, mostrándolo en los siguientes resultados: inmunológico ($F_{(1,52)} = 4.64$; $p < .036$, cardiovascular ($F_{(1,52)} = 4.27$; $p <$

.044, respiratorio ($F_{(1,52)} = 6.07$; $p < 0,17$, gastrointestinal ($F_{(1,52)} = 5,98$; $p < .018$, neurosensorial ($F_{(1,52)} = 7.18$; $p < .010$ y músculo-esquelético ($F_{(1,52)} = 5,06$; $p < .029$).

Bajas puntuaciones en afectividad positiva (grupo 1) se relacionan con mayores puntuaciones en las variables de salud, es decir, a mayores puntuaciones en afectividad positiva (grupo 2) menor sintomatología (ver anexos, Tabla 3).

Diferencias en sintomatología somática en función de la afectividad negativa

En lo que se refiere a afectividad negativa no hay ningún dato que demuestre que el grupo 1 (baja afectividad negativa) tenga menor sintomatología somática que el grupo 2 (alta afectividad negativa) y viceversa.

Diferencias en sintomatología somática en función de la extraversión

Por último, en cuanto a la extraversión, no se encuentran diferencias significativas en la sintomatología somática que indiquen que los grupos con baja extraversión (1) presentan mayor sintomatología somática que aquellos con alta extraversión (2) en ninguna de las variables estudiadas.

5. DISCUSIÓN

Por una parte, en el presente trabajo se esperaba encontrar una asociación negativa entre optimismo, extraversión y afectividad positiva con respecto a la sintomatología somática. Por otra parte, se pretendía comprobar la existencia de una relación positiva entre neuroticismo, pesimismo y afectividad negativa en relación con la experimentación de mayor número de síntomas somáticos.

En cuanto a lo primero, se ha podido comprobar una relación negativa y significativa entre las tres variables mencionadas y la sintomatología somática. Por tanto, a la luz de nuestros resultados podemos indicar que las variables optimismo, extraversión y afectividad positiva, ejercen un papel protector sobre la salud física. Esto implicaría que las personas poseedoras de estas variables contarían con unas estrategias de afrontamiento y una búsqueda de apoyo social adecuadas y por lo tanto presentarían una menor intensidad del dolor percibido.

En cuanto a la afectividad positiva, nuestros resultados coinciden con los datos del estudio de Archer, Adrianson, Plancak y Karlsson (2007) & Steptoe, Dockray & Wardle, (2009), los cuales afirman que la afectividad positiva está implicada en procesos psicobiológicos que favorecen la salud de los individuos. Nuestros resultados también coinciden con los de Archer, Adolfsson y Karlsson (2008) que refieren que la afectividad positiva muestra relación con las predisposiciones autoinformadas para la salud o la enfermedad.

Por otro lado la segunda variable de nuestro estudio puede ser confirmada por la literatura anterior, ya que también hay diversos estudios que relacionan el optimismo con una mejor salud física, encontrando que los optimistas informan de menos síntomas somáticos (Andersson, 1996; Dingfelder, 2003; Scheier & Carver, 1985; Tomakowsky, Lumley, Markowitz & Frank, 2001) y se recuperan antes de los problemas de salud (Scheier et al., 1989; Scheier et al., 2003; Shepperd et al., 1996).

En cuanto al factor extraversión, podemos decir que nuestros datos coinciden con los anteriormente presentados comenzando por Eysenk (1971), quien hipotetizó que las personas que poseían esta característica de personalidad tenían mayores umbrales para el dolor y más tolerancia hacia él que las introvertidas, lo cual fue confirmado por algunos otros trabajos realizados en nuestro país (Palmero & Fernández- Abascal, 1999). Acorde con lo anterior, estudios posteriores han sugerido que altas puntuaciones en extraversión determinan un mejor ajuste a la enfermedad (Ramírez, Esteve, & López, 2001). En relación a esta última variable otra serie de estudios indican que la extraversión es una variable protectora del dolor, útil en el tratamiento. Se ha visto que aunque los pacientes extrovertidos manifiestan más su conducta de dolor, informan menos problemas en su estilo de vida que los pacientes introvertidos (Moreno & Montaña, 2000).

De acuerdo con los datos anteriores, una explicación de por qué las tres hipótesis correlacionan de forma negativa y significativa con la sintomatología somática puede darse porque en primer lugar la afectividad positiva y el optimismo disposicional también están relacionados de forma positiva entre sí. Esto puede ser debido a que un afecto positivo le proporciona al individuo los recursos psicológicos necesarios para enfrentar la posibilidad de tener un problema de salud importante. A su vez, esto podría relacionarse con una tendencia más general a tener un ánimo positivo que capacita para afrontar la información personal desfavorable de modo más eficaz. Así, se ha visto que los individuos que tienen creencias

optimistas acerca de su salud prestan más atención a información sobre riesgos de salud que a información neutra o beneficiosa y recuerdan más esa información.

Los datos sobre neuroticismo, pesimismo y afectividad negativa han sido positivos en relación con los síntomas somáticos, con lo cual se confirma la segunda hipótesis. Sin embargo ésta se confirma de forma parcial, ya que son únicamente neuroticismo y pesimismo los que predicen la cantidad de síntomas somáticos. En lo que respecta a la afectividad negativa, nuestros datos discreparían de lo encontrado en el estudio de Pennebaker (2000), que propuso que los individuos con alta afectividad negativa parecen ser hipervigilantes respecto a su funcionamiento corporal y presentarían un menor umbral para percibir y experimentar sintomatología somática. Y, debido a que tienen una visión general de la realidad más ansiosa y pesimista, es más probable que se preocupen acerca de las implicaciones de sus síntomas percibidos e interpreten sensaciones menores como dolorosas o patológicas. En esta línea, se ha encontrado que la afectividad negativa correlaciona significativamente con mayor número e intensidad de síntomas físicos, aunque no con indicadores objetivos de mejor salud (Pennebaker, 2000). La explicación de nuestros resultados negativos podría ser debido a que los síntomas que podrían interpretarse como indicativos de los cambios fisiológicos no se detecten (al no prestarles mucha atención) o no sean lo suficientemente molestos como para ser informados y categorizados como tales.

Por el contrario, el segundo factor de personalidad estudiado (neuroticismo) parece que es un buen predictor de síntomas somáticos (neuro-sensoriales, cardiovasculares, musculoesqueléticos y genito-urinarios, tal y como es confirmado también en otros estudios (Costa & McCrae, 1985; Orejudo & Froján, 2005; Zanon & Hutz, 2013). Se hipotetiza también que el neuroticismo está asociado con peores estrategias para afrontar el dolor, menores umbrales, más vulnerabilidad y sensibilidad con respecto al mismo y mayor tendencia a experimentar dolor (Carrillo, Collado & Rojo, 2005; Infante, García, Moix, Cañellas & Subirá, 2005; Mattsson & Ekselius, 2002; Ramírez et al., 2004). Del mismo modo, las personas que presentan neuroticismo suelen tener menor bienestar psicológico y, en general, informan de experimentar más síntomas somáticos (tales como jaquecas, trastornos digestivos, insomnio o dolores de espalda, entre otros), más dolores (Infante, García, Moix, Cañellas & Subirá, 2005) y dolor más intenso (Eysenck, 1994).

Al ser el neuroticismo en este estudio una de las dos variables de personalidad con alta significación en la mayoría de los síntomas somáticos podemos evidenciar que las personas con mayor neuroticismo también son más pesimistas, ya que neuroticismo se debe considerar como

un constructo multifacético que englobaría, aunque de forma parcial, el pesimismo (Scheier, Carver & Bridges, 1994). Por último, la correlación significativa y positiva en cuanto a pesimismo y sintomatología somática puede ser explicada porque el pesimismo hace alusión a la creencia de que en el futuro ocurrirán resultados desfavorables o negativos. Con lo cual teniendo en cuenta esta definición, podría esperarse que esto fuese así, ya que las personas que muestran mayor afecto negativo contarían con un peor ánimo para esperar resultados positivos y estarían más pendientes de reconocer síntomas somáticos (Avia & Vázquez, 1999; Carver & Scheier, 2001; Chang, 2001; Scheier, Carver & Bridges, 2001).

En la siguiente hipótesis se pretendía verificar si el grupo de mayor edad presentaría puntuaciones mayores en todos los síntomas somáticos que el grupo de edad más joven. Efectivamente, los resultados confirman la hipótesis de manera total, demostrando la diferencia en cuanto a síntomas somáticos según la edad de los sujetos, verificando que en el grupo de mayor edad (40-60 años) hay una mayor sintomatología en lo referente a síntomas inmunológicos, cardiovasculares, gastrointestinales, neurosensoriales, músculo-esqueléticos y genitourinarios. El nivel de sufrimiento y dolor en la población de más edad ha sido documentado repetidamente (Maestre, 2001).

Una de las dos variables en la cual no había diferencias entre los grupos de edad es la de reproductor femenino; esto puede ser debido a que algunas de las mujeres en el grupo de mayor edad no cuentan ya con el periodo, con lo cual no puntuarían en la escala de síntomas somáticos, mientras que en el grupo de edad más joven todas las mujeres puntúan, aunque sea en valores mínimos. Tampoco se encuentran diferencias significativas en los síntomas respiratorios. Esto podría deberse a que esta sintomatología es más acentuada en los jóvenes, probablemente por otros factores como el asma alérgico y el consumo de tabaco.

Estas diferencias también podrían estar relacionadas con la relación entre salud percibida y bienestar, ya que ésta varía con la edad. Así, a medida que se envejece, las personas van ajustando sus metas según sus posibilidades y su perspectiva (García, 2002; Liberalesso, 2002; Veenhoven, 1994), valorando de modo mucho más positivo y benevolente su salud y bienestar. Por tanto, la percepción de síntomas podría depender de la percepción que tiene la persona de su situación de salud particular en ese momento de su vida.

En cuanto a la tercera hipótesis se pretendía demostrar que las personas con mayores puntuaciones en optimismo, afectividad positiva y extraversión presentarían menores síntomas somáticos que aquellas con bajas puntuaciones en estas variables. Nuestros datos pueden

confirmar esta hipótesis de forma parcial, puesto que sí se dan esas diferencias en las dos primeras variables pero no en la última. En relación con el optimismo, nuestros datos confirman otros estudios similares que encuentran en sus resultados que los sujetos optimistas informan de haber experimentado un menor número de síntomas somáticos en el último año. (Martínez-Correa, Reyes del Paso, García-León, A., & González-Jareño, 2006). Por otro lado, en cuanto a afectividad positiva, también nuestros resultados también van en la línea de lo hallado en algunas investigaciones que indican que las personas que presentan un alto afecto positivo presentan menos sintomatología en el ámbito de la salud física y mental, así como mejor funcionamiento social (Lyubomirsky, King & Diener, 2005). Sin embargo no se encuentran diferencias significativas entre el grupo alto y el grupo bajo en extraversión. Estos resultados discrepan de los expuestos en el estudio de Phillips & Gatchel (2000), que defienden que las características del sujeto extrovertido (expresa sus sentimientos, es activo socialmente y recibe apoyo social) les lleva a utilizar una serie de estrategias que le permiten conseguir una menor intensidad percibida de dolor. Estos mismos autores señalan que los sujetos con altos niveles de extraversión son los que muestran un umbral de dolor más alto y mayor al mismo.

La cuarta y última hipótesis postula que las personas con mayores puntuaciones en neuroticismo, pesimismo y afectividad negativa presentaran mayores síntomas somáticos que aquellas personas con bajas puntuaciones en dichas variables. Esta hipótesis es confirmada igualmente de modo parcial, ya que en el grupo de neuroticismo y pesimismo sí hay diferencias entre los grupos altos y bajos (Chang, 1998; Chang et al., 1997), pero no en la afectividad negativa. Estos resultados son contrarios a los del estudio de Pennebaker (2000), en el que las personas con alta afectividad negativa informan consistentemente de mayor cantidad e intensidad de sensaciones y síntomas físicos que aquellos con baja AN. Otros estudios más actuales van también en el mismo sentido (Nikolova et al., 2011; Sánchez García et al., 2011), mostrando que las personas con mayor afectividad negativa presentan una tendencia a valorar los estímulos negativos y neutros como más negativos. Igualmente, la afectividad negativa parece predisponer a la presentación de somatizaciones (Bailey & Henry, 2007; Koh, Kim, Kim & Park, 2005; Ladwig et al., 2003; Sánchez García et al., 2011; Waller y Scheidt, 2004), pareciendo influir en una peor imagen corporal (Granot & Lavee, 2005). Los procesos atencionales muestran asimismo un sesgo negativo, con mayor atención a los estímulos amenazantes (Arrais et al., 2010; Lautenbacher et al., 2010). Numerosos estudios informan de una fuerte relación entre neuroticismo y afectividad negativa (Cooper & McConville, 1989; Hotard, MacFatter, McWhirter, Stergall, 1989; Meyer & Shack, 1989), llegando a solaparse

ambos constructos; justo lo que sucede en nuestro estudio, donde ambos correlacionan positivamente (0.73). En este sentido, sería posible que ambos formasen parte de un factor de mayor susceptibilidad a los estados de ánimo negativo, pero siendo mucho más predictivo de la sintomatología somática el neuroticismo, al menos con los instrumentos de medida de que disponemos en la actualidad.

En cuanto al pesimismo y al neuroticismo, los resultados encontrados subrayan la idea de que pueden ser factores predictivos de un peor estado de salud física percibida y, en general, de un peor estado de salud percibida. Esto puede deberse a una interacción de factores como: una mayor atención a los síntomas, una interpretación más negativa de los mismos, dándoles más importancia y exagerando su significación, y una mayor tendencia a quejarse y sobrerreaccionar a los síntomas, más frecuentes en personas que presentan las preocupaciones y percepción con respecto al futuro típicas de las personas con estas características personales.

CONCLUSIONES

Derivado de todo lo anterior, es posible extraer las siguientes conclusiones del presente trabajo:

1. La edad predice en general más sintomatología física, pero no toda, lo que implica que seguramente hay otros factores personales y contextuales a tener en cuenta.
2. El neuroticismo y el pesimismo disposicional pueden considerarse factores personales de riesgo en el informe de la sintomatología somática.
3. La afectividad positiva y el optimismo disposicional podrían ser factores protectores con respecto al informe de sintomatología somática.
4. Es posible que los factores personales de riesgo, por una parte, y los factores personales protectores, por otra, formen parte de dos factores generales relacionados con la experiencia negativa y la experiencia positiva respectivamente.

LIMITACIONES

La principal limitación de este estudio es que es transversal, con lo cual no se ha podido comprobar mediante el paso del tiempo si esas personas siguen puntuando lo mismo pasados los años. Podría llevarse a cabo un estudio longitudinal para obtener así unos resultados más

fiables y significativos. De este modo, además, podría averiguarse si existe relación con el desarrollo de la enfermedad y no solo con la sintomatología física.

Otra opción sería ampliar la edad de ambos grupos, para comprobar si sigue habiendo diferencias significativas. Esto también nos permitiría hacer más de dos grupos de edad, para ver si hay períodos de la vida especialmente significativos en la sintomatología física autoinformada.

La muestra no es suficientemente representativa ya que sólo se cuenta con 100 participantes y la recogida se realizó en solo cinco municipios diferentes, con lo cual no es muy generalizable.

Podrían utilizarse medidas de sintomatología más objetivas, ya que esto nos permitiría saber si existe relación con la sintomatología real y no solo con la autoinformada.

La falta de datos y de resultados significativos en cuanto a la extraversión puede ser debido a que este constructo en lugar de haber sido estudiado en base a la sintomatología somática puede ser que se haya hecho más hincapié en otros estudios tales como las emociones, sobre todo la teoría psicobiológica de Eysenck y su relación con la impulsividad.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcalá, V., Camacho, M., Giner, D., Giner, J., & Ibáñez, E. (2006). Afectos y género. *Psicothema*, 18(1), 143-148.

Alcalá, V., Camacho, M., & Giner, J. (2007). Afectos y depresión en la tercera edad. *Psicothema*, 19 (1), 49-56.

Almagiá, E. (2003). Influencia del estado emocional en la salud física. *Terapia psicológica*, 21 (1), 55-60.

Benítez, M. J. (2015). Mecanismos de relación entre la personalidad y los procesos de salud-enfermedad. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), 163-184.

- Carbonell, M., de la Caridad, M., Riquelme Marín, A., & Pérez Díaz, R. (2015). Afectividad negativa y positiva en adultos cubanos con sintomatología ansiosa, depresiva y sin trastornos. *Psicología desde el Caribe*, 32(3), 410-423.
- Casullo, M. M., & Solano, A. C. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología*, 18(1), 35-68.
- De Barragán, C. M., Acosta, M. A., & Gerena, R. M. (2002). Estudio descriptivo correlacional entre ira y personalidad a la luz de la teoría de Hans Eysenck. *Revista colombiana de psicología*, 11(1), 56-70.
- De la Rubia, J. M. (2011). La escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas. *CIENCIA ergo-sum*, 18(2), 117-125.
- De la Rubia, J. M., & Bravo, B. G. A. (2011). Validez Y Confiabilidad de la Escala de Síntomas Somáticos Revisada en Adultos Mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 206-222.
- Di Silvestre, C. (1998). Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad. *Cinta de Moebio*, (4), 181-189.
- García-León, A., & Becerra, A. (2012). Tipos de optimismo: Definición, medida y efectos sobre la salud y el rendimiento. *Mágina: Revista Universitaria*, (16), 13-30.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Martínez, K., Yépez, M., Echevarria, C., & Pineda, R. (2013). Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. *Psicología y salud*, 16(2), 129-138.
- Gázquez Linares, J. J., Pérez Fuentes, M. D. C., Mercader Rubio, I., & José Inglés Saura, C. (2014). Repercusión del optimismo y de los Cinco Grandes factores de la personalidad sobre la salud de personas mayores. *Universitas Psychologica*, 13(3), 995-1004.

- González, R. P., González, M. J. A., & San José, C. C. (2017). Afectividad positiva y negativa en el futuro docente: relaciones con su rendimiento académico, salud mental y satisfacción con la vida. *Contextos Educativos. Revista de Educación*, (20), 11-26.
- Fernández Martínez, R., & Fernández Rodríguez, C. (1998). Actitudes hipocondríacas, síntomas somáticos y afecto negativo. *Psicothema*, 10 (2), 259-270.
- Fernández, R., Fernández, C., Amigo, I., & Pérez, M. (2006). Síntomas somáticos médicamente inexplicados. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32 (142), 196-215.
- Laffond, M. B. R., & García, A. M. P. (2004). Personalidad y percepción de autoeficacia: influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 9 (3), 205-219.
- Landa, J. M., Aguilar-Luzón, M. C., & Salguero de Ugarte, M. F. (2008). El papel de la IEP y del optimismo/pesimismo disposicional en la resolución de problemas sociales: un estudio con alumnos de trabajo social. *Electronic journal of research in educational psychology*, 6(15), 363-382.
- Landero Hernández, R., & Teresa González Ramírez, M. (2009). Propiedades psicométricas de la versión española del test de optimismo revisado (LOT-R) en una muestra de personas con fibromialgia. *Ansiedad y estrés*, 15(1), 111-117.
- Librán, E. C. (2000). Intensidad emocional y su relación con extraversión y neuroticismo. *Psicothema*, 12(4), 568-573.
- Librán, E. C. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14(3), 544-550.
- López, H. A. A. (2011). Dolor y personalidad: modelos patoplástico y de la vulnerabilidad (Pain and Personality Patterns: Pathoplastic And Vulnerability). *CES Psicología*, 4(1), 84-97.
- López-Santiago, J., & Belloch, A. (2012). El laberinto de la somatización: se buscan salidas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 17* (2), 151-172.

- Maestre, C. (2001). Las características personales en la experiencia de dolor y en el proceso de afrontamiento. *Escritos de psicología*, 6, 40-52.
- Martínez-Correa, A., Del Paso, G. A. R., García-León, A., & González-Jareño, M. I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Martínez Uribe, P., & Cassaretto Bardales, M. (2011). Validación del Inventario de los Cinco Factores NEO-FFI en español en estudiantes universitarios peruanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(1), 63-74.
- Medrano, L. A., Kanter, E. F., Trógolo, M., Ríos, M., Curerello, A., & González, J. (2015). Adaptación de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) para la población de Estudiantes Universitarios de Córdoba. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 2(1), 22-36.
- Monsalve, V., Gómez-Carretero, P., & Soriano, J. (2006). Intervención psicológica en dolor oncológico: un estudio de revisión. *Psicooncología*, 3(1), 139-152.
- Moral, J., & Alvarado, B. G. (2012). Dimensiones de los síntomas comunes a mujeres y hombres en la escala de síntomas somáticos revisada (ESS-R). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(1), 31-41.
- Moriondo, M., De Palma, P., Medrano, L. A., & Murillo, P. (2012). Adaptación de la Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) a la población de adultos de la ciudad de Córdoba: análisis psicométricos preliminares. *Universitas Psychologica*, 11(1), 187-196.
- Muñoz, M. A. T., Medina, J. L. V., Ivonne, N., Fuentes, G. A. L., & Escobar, S. G. (2013). Personalidad en caos o entrópica y su asociación con la presencia de síntomas somáticos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(1), 144-158.

- Ortíz, J., Ramos, N., & Vera-Villarroel, P. (2010). Optimismo y salud: estado actual e implicaciones para la psicología clínica y de la salud. *Artículos en PDF disponibles desde 1994 hasta 2013. A partir de 2014 visítenos en www.elsevier.es/sumapsicol*, 10(1), 119-134.
- Paredes A, G., & Pinelo Navarro, D. B. (2013). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Revista de Investigacion Psicologica*, 1(17), 23-33.
- Pérez, C. L. (2015). Optimismo y salud positiva como predictores de la adaptación a la vida universitaria. *Acta colombiana de psicología*, 12(1), 95-107.
- Pérez, C. L., Hernandez, L. M., & Pulido, D. (2013). Diseño y validación de la Escala de Optimismo Disposicional/Pesimismo-EOP. *Universitas Psychologica*, 12(1), 139-155.
- Piera, P. J. F., & Alonso, A. A. (1992). Ansiedad manifiesta, neuroticismo e introversión: un análisis factorial confirmatorio. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 45(4), 385-390.
- Remor, E., & Amorós Gómez, M. (2012). Efecto de un programa de intervención para la potenciación de las fortalezas y los recursos psicológicos sobre el estado de ánimo, optimismo, quejas de salud subjetivas y la satisfacción con la vida en estudiantes universitarios. *Acta colombiana de Psicología*, 15(2), 75-86.
- Sánchez-García, M. (2013). Procesos psicológicos en la somatización: la emoción como proceso. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 13(2), 255-270.
- Sancho Cantús, D., & Martínez Sabater, A. (2011). Afectividad positiva y salud. *Enfermería Global*, 10(24), 120-124.
- Sanjuán, P., & Magallanes, A. (2006). Estudio del efecto del optimismo disposicional en el bienestar físico y psicológico desde una perspectiva longitudinal. *Acción psicológica*, 4(1), 47-55.

- Santiago, J. L. (2011). *Delimitación diagnóstica y clínica del trastorno de somatización*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10803/80943>
- Santed, M. A., Sandín, B., Chorot, P., & Olmedo, M. (2013). Predicción de la sintomatología somática a partir del estrés diario: Un estudio prospectivo controlando el efecto del neuroticismo. *Revista de Psicopatología y psicología clínica*, 5(3), 165-178.
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa Oliván, M. E., Casella, L., Cuenya, L., & Pedrón, V. Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck. *Revista Internacional de Psicología*, 11(2), 1-20.
- Sebastián, J. L. G., & Losada, M. L. D. (2011). Estudio de la relación entre factores de personalidad, la autopercepción de la salud y la calidad de vida en personas mayores. *Psicologia.com*, 15 (68), 1-23.
- Soler, C. L., & López, J. R. L. (2003). Rasgos de personalidad y conducta antisocial y delictiva. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 3(2), 5-19.
- Soriano Pastor, J. F., Monsalve Dolz, V., Ibáñez Guerra, E., & Gómez Carretero, P. (2010). Personalidad y afrontamiento en dolor crónico neuropático: un divorcio previsible. *Psicothema*, 22(4), 537-542.
- Squillace, M., Janeiro, J. P., & Schmidt, V. (2011). O conceito de impulsividade e sua localização nas teorias psicobiológicas da personalidade. *Neuropsicologia Latinoamericana*, 3(1), 8-18.
- Suárez, P. S., & Magallanes, A. (2006). Estudio del efecto del optimismo disposicional en el bienestar físico y psicológico desde una perspectiva longitudinal [Study of the effect of dispositional optimism on physical and psychological well-being from a longitudinal perspective]. *Acción psicológica*, 4(1), 47-55.
- Velasco, S., Ruiz, M., & Álvarez-Dardet, C. (2006). Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica: De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. *Revista Española de Salud Pública*, 80(4), 317-333.

Veloz Serrade, J., & Lorenzo Ruiz, A. La somatización: desde una mirada psicosocial a los estudios de la personalidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(4), 1443-1465.

Vera-Villarroel, P., & Celis-Atenas, K. (2014). Afecto positivo y negativo como mediador de la relación optimismo-salud: evaluación de un modelo estructural. *Universitas Psychologica*, 13(3), 1017-1026.

7. ANEXOS

Tabla 1. Correlaciones entre los factores personales y la sintomatología somática

PANAS POS		PANAS NEG	LOT_ GENER	LOT_ OPT	LOT_ PES	Neuro_ tot	Extra_ tot
Cardiovas	-.218*	.092	-.149	-.118	-.138	.255*	-.187
Respira	-.273**	-.051	-.103	-.109	-.068	.230*	-.241*
Gastroin	-.299**	-.089	-.098	-.053	-.116	.199*	-.252*
Neurosen	-.264**	-.037	-.184	-.084	-.231*	.301**	-.174
Muscues	-.200	-.048	-.215*	-.132	-.237*	.288**	-.205*
Pielaler	-.115	-.090	-.085	.123	.024	-.076	.066
Genitourn	-.115	-.071	.035	.131	-.070	-.028	.092
RF	.028	-.270	-.046	-.025	-.049	.031	-.025

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01.

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05.

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas de la sintomatología somática en función de los grupos de edad

		N	Media	Desviación estándar	Sig.
Inmunol.	1	49	7.12	4.1	.006
	2	50	9.8	5.3	
Cardiov.	1	49	4.3	4.31	.003
	2	50	7.48	5.88	
Respira.	1	49	8.55	6.92	.148
	2	50	10.52	6.52	
Gastroint.	1	49	10.18	6.33	.048
	2	50	12.74	6.35	
Neurosens.	1	49	5.83	5.03	.005
	2	50	9.36	6.88	
Musculoe.	1	49	8.93	5.71	.001
	2	50	13.7	8	
Pielaler.	1	49	9.38	6.19	.057
	2	50	11.86	6.59	
Genitour.	1	49	7.26	5.01	.014
	2	50	10.02	5.85	
Reproduc.	1	23	12.82	5.19	.460
	2	22	11.00	10.47	

- Grupo 1: jóvenes
- Grupo 2: mayores

Tabla 3. Medias y desviaciones típicas de la sintomatología somática en función de los grupos alto y bajo de las variables personales

			PANAS POS			PANAS NEG			LOT GENER			LOT POS			LOT NEG			NEUTO_TOT			EXTRAV_TOT		
			N	M	D.T	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT
INMUNO																							
L	1	25	10.7	6.17	28	8.14	4.60	25	8.52	5.82	30	8.16	5.20	33	9.00	5.74	29	7.58	4.43	25	10.8	5.43	
	2	28	7.64	4.27	26	9.23	5.67	25	6.80	4.01	29	8.51	4.67	38	7.02	3.68	26	11.6	5.59	31	8.45	5.31	
CARDIO	1	25	8.64	5.70	28	4.85	5.18	25	6.80	5.47	30	6.76	5.34	33	7.21	5.81	29	4.24	4.94	25	7.28	4.81	
	VAS	2	28	5.25	6.17	26	5.76	4.66	25	4.92	4.88	29	5.72	5.02	38	5.21	4.50	26	9.24	6.46	31	5.74	5.79
RESPIRA	1	25	12.5	7.63	28	8.82	6.27	25	10.7	8.12	30	10.5	7.51	33	10.1	7.56	29	7.48	5.03	25	11.8	7.09	
	2	28	7.64	6.89	26	8.15	6.38	25	8.60	6.99	29	9.34	7.05	38	9.36	6.63	26	12.4	8.22	31	8.77	7.08	
GASTRO	1	25	14.4	7.64	28	11.7	6.69	25	12.9	7.52	30	12.4	7.00	33	11.8	6.08	29	10.1	6.09	25	13.6	7.70	
	IN	2	28	9.96	5.61	26	11.1	7.73	25	9.76	5.75	29	11.7	6.39	38	9.89	5.55	26	12.5	7.33	31	10.2	5.80
NEUROS	1	25	10.7	7.97	28	8.60	7.41	25	8.84	6.91	30	7.23	6.07	33	9.03	6.40	29	6.48	4.34	25	9.28	6.56	
	EN	2	28	5.82	5.17	26	7.76	6.71	25	5.68	4.51	29	7.44	5.61	38	5.47	4.19	26	12.3	8.82	31	7.96	6.26
MUSCU	1	25	14.3	6.83	28	11.4	7.06	25	13.8	7.48	30	12.0	7.05	33	13.9	7.96	29	9.75	6.19	25	13.4	7.27	
	ES	2	28	9.67	8.14	26	10.5	6.00	25	8.96	6.01	29	10.4	6.53	38	9.15	6.01	26	15.6	9.16	31	11.2	8.49
PIELALE	1	25	11.0	6.24	28	11.1	5.52	25	8.88	5.59	30	8.83	5.91	33	9.96	5.62	29	11.5	6.85	25	10.4	6.91	
	R	2	28	8.60	6.44	26	9.92	7.37	25	10.6	7.38	29	11.6	7.44	38	10.7	7.10	26	10.6	5.61	31	12.2	6.82

GENITO	1	25	8.64	5.00	28	9.28	5.83	25	7.56	4.75	30	7.20	4.14	33	8.78	4.97	29	9.58	6.83	25	7.96	4.61
UR	2	28	7.28	5.53	26	8.34	6.43	25	9.00	7.04	29	10.2	7.22	38	8.23	6.23	26	9.12	4.55	31	10.3	6.34
REPROD	1	25	12.8	10.1	12	15.0	7.30	15	13.3	7.87	16	11.0	7.69	33	11.3	9.07	7	12.4	5.41	13	12.0	10.6
UCTOR	2	28	12.2	5.70	15	9.06	8.81	20	10.8	3.76	7	11.7	9.51	38	10.1	4.50	15	13.2	10.5	11	14.6	7.96

- Grupo 1 (nivel bajo)
- Grupo 2 (nivel alto)