

# *Optimistic-Pessimistic Attention Bias and Feminine Health<sup>1</sup>*

pp. 24 - 35

*María del Rocío Hernández Pozo  
María Fernanda Lujano Ayala*

María del Rocío Hernández Pozo <sup>2</sup>  
María Fernanda Lujano Ayala <sup>3</sup>

julio - diciembre/12

tesis psicológica vol. 7 - N° 2  
ISSN 1909-8391

24

<sup>1</sup> Esta investigación se realizó como parte de los requisitos de titulación en licenciatura de Psicología por parte de la segunda autora, supervisada por la primera. Las autoras agradecen el apoyo financiero parcial recibido del proyecto PAPIIT-IN306209 DGAPA-UNAM otorgado a la primera autora. Los resultados de esta investigación se presentaron en el marco del XV Congreso Colombiano de Psicología.

<sup>2</sup> Profesora titular de la Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Interdisciplinarias, CRIM, Programa Estudios de Género, Cuernavaca, Morelos, México y Proyecto de Investigación Aprendizaje Humano, FES Iztacala UNAM, Edo. México, México. Correspondencia: herpoz@unam.mx

<sup>3</sup> Pasante de la carrera de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Estado de México, México; se ha especializado en investigación conductual con orientación a la Psicología Positiva. Correspondencia: fbadtz@hotmail.com

# *Sesgo Atencional Optimista - Pesimista y Salud Femenina<sup>1</sup>*

Recibido: agosto 15 de 2012  
Revisado: agosto 15 de 2012  
Aprobado: noviembre 10 de 2012

## ABSTRACT

It has been shown from a positive psychology perspective that conducting oneself in daily life with a positive disposition increases the probability of achieving and maintaining good health. The objective of this investigation was to explore the relationship between optimistic tendencies and objective levels of good health in 60 adult women, with the goal of confirming this hypothesis in relation to feminine health. A computerized behavior optimism test, based on the emotional version of Stroop's paradigm, and three questionnaires about this issue were used. In addition, six objective measurements of one's personal health care were taken. Significant differences were found in the rate of optimism interference and self-reported optimism only in relation to the women's ages. Self-reported optimism rates correlated to the number of children the women had, the number of hours per week they watched television, and whether or not they suffered from cavities; no relationship was found between their measured health and the results of the Stroop test. In conclusion, the authors stress the need to reconsider conceptual and methodological aspects regarding this matter.

**Key words:** emotional Stroop task, positive affect, health, women.

## RESUMEN

Se ha señalado dentro del enfoque de Psicología Positiva, que conducirse en la vida cotidiana con una orientación positiva aumenta la probabilidad de alcanzar y mantener buenas condiciones de salud. El objetivo de esta investigación fue explorar la relación entre tendencias optimistas y niveles objetivos de salud en 60 mujeres adultas con el fin de constatar dicha hipótesis en lo que respecta a la salud femenina. Se empleó una prueba conductual computarizada de optimismo basada en la versión emocional del paradigma de Stroop y 3 cuestionarios sobre el tema. Adicionalmente se tomaron 6 medidas objetivas de cuidado de la salud. Se encontraron diferencias significativas para el índice de interferencia de optimismo y el optimismo auto-reportado sólo en relación a la edad. El optimismo auto-reportado guardó una relación con el número de hijos, las horas/semana de ver televisión y con padecer caries; ninguna relación se encontró entre las medidas de salud y los resultados de la prueba de Stroop. Se subraya la necesidad de replantear aspectos conceptuales y metodológicos sobre el tema.

**Palabras clave:** prueba emocional Stroop, afecto positivo, salud, mujeres.

## Introducción

El concepto de optimismo alude a la confianza que siente un individuo de obtener buenos resultados en las situaciones que enfrenta, a partir de contribuir de alguna forma con el flujo de circunstancias responsables de los mismos (Scheier & Carver, 2003). Por otro lado, el concepto de pesimismo se refiere a la tendencia a la inacción basada en expectativas negativas, es decir, las personas se resisten a iniciar alguna actividad o a realizar algún esfuerzo para cambiar su entorno, debido a que consideran que esas acciones no tendrán un efecto positivo para ellos; básicamente la diferencia entre las tendencias optimistas y las pesimistas, en cuanto a la salud se refiere, radican en el tipo de afrontamiento asociado ante la adversidad (Rasmussen, Wrosch, Scheier & Carver, 2006).

A pesar de que se conoce más sobre el vínculo de las emociones y expectativas negativas con los sistemas fisiológicos del organismo y la forma en que éstos influyen sobre la calidad de vida de las personas, poco a poco se empieza a acumular evidencia sobre el efecto beneficioso que ejercen los estados emocionales positivos, particularmente a partir de las intervenciones que incluyen técnicas de meditación y de afrontamiento eficaz de la adversidad (Ironson & Powell, 2005).

El optimismo parece estar asociado a una baja incidencia de problemas de salud y a una recuperación más rápida ante los desafíos negativos graves que enfrentan las personas (Kivimaki, Vahtera, Elovainio, Helenius, Singh-Manous & Pentti, 2005). Existe evidencia a partir de estudios experimentales y naturalistas longitudinales con humanos, que sostienen que el optimismo y los sentimientos positivos predicen longevidad, adherencia a los tratamientos (Geers, Wellman, Seligman, Wuyek & Neff,

2009) y una mejor salud; sin embargo el afecto positivo maniaco o intenso podría tener efectos opuestos (Diener & Chan, 2011).

Así mismo, si bien algunos autores (Scheier & Carver, 2003) asocian una orientación optimista con el bienestar de pacientes que sufren condiciones médicas severas, tales como problemas cardiovasculares, reproductivos, cáncer, riesgo de desarrollar SIDA, casos de reemplazos articulatorios y de artritis reumatoide, otros autores (Diener & Chan, 2011) sostienen que los datos publicados hasta la fecha no sostienen que personas que sufren problemas de salud específicos, como el cáncer, gozan de una supervivencia superior cuando está presente el optimismo u otros aspectos del bienestar subjetivo.

Siendo este el panorama actual, cabe señalar que gran parte, si no la mayoría de la evidencia publicada en ese sentido en Medicina Conductual y en Psicología Positiva, emplea de manera preponderante al auto-reporte como medida central de diagnóstico. Cabría preguntarse si esos resultados serían respaldados por mediciones de optimismo que usen otro tipo de procedimientos.

Este trabajo propone el empleo de una medida conductual para indagar el sesgo atencional hacia el tema de optimismo-pesimismo como un indicador adicional. Las peculiaridades que aporta este tipo de prueba son: 1) empleo de medidas intrasujeto; 2) las mediciones son precisas (mseg); 3) el sesgo atencional es inconsciente, el participante no está a la defensiva; 4) mediciones automatizadas; 5) se pueden confeccionar pruebas ex profeso para temas particulares y 6) es apta para un amplio espectro de poblaciones, con dos únicas restricciones: que los participantes sepan leer y escribir y que distinguan colores (Richards, French, Johnson, Naparstek & Williams, 1992).

Esta investigación se centra particularmente en mujeres adultas, debido a que las mujeres con edades entre los veinte y cincuenta años desempeñan en nuestra sociedad un papel central dentro de la familia, ya que sobre ellas descansa la administración de consecuencias y el establecimiento de normas de autocuidado para los hijos, así como la supervisión de la salud de otros integrantes del núcleo familiar. Si se demostrara un vínculo claro entre tendencias optimistas elevadas, o un nivel alto de afecto positivo e indicadores de salud, ese hecho tendría repercusiones sobre el diseño de campañas educativas y estrategias de Salud Pública encaminadas a mejorar el bienestar de la población, que subrayaría la necesidad de incluir procedimientos para entrenar en optimismo y fomentar el afecto positivo, como un elemento central para mejorar la salud de la familia, focalizando las intervenciones precisamente en las mujeres adultas como agentes de cambio.

El objetivo de esta investigación fue explorar la relación entre tendencias optimistas y niveles objetivos de salud en mujeres adultas, empleando medidas conductuales computarizadas adicionales a los cuestionarios, para abonar a las evidencias de que existe una relación entre comportamiento optimista y estado de salud.

## Método

Para la evaluación de las tendencias optimistas y pesimistas se emplearon cuestionarios y una prueba conductual de discriminación computarizada basada en el paradigma de Stroop. Los niveles de salud se evaluaron a través de diferentes medidas objetivas.

## Participantes

El estudio se realizó con 60 mujeres, 30 solteras y 30 casadas con edades que oscilaron entre 24 y 44 años. Las participantes respondieron a una

invitación que se circuló en escuelas y centros de reunión comunitaria y fueron seleccionadas mediante un procedimiento no aleatorio. Ellas colaboraron de manera voluntaria, después de firmar una carta de consentimiento informada.

## Instrumentos

Se empleó una prueba de Stroop computarizada construida ex profeso para medir sesgo atencional hacia temas de optimismo y pesimismo. Esta prueba se basó en la propuesta de un grupo de investigación de la Universidad de Londres (Richards, French, Johnson, Naparstek & Williams, 1992) que consiste en usar palabras con carga emocional positiva, negativa y neutra, organizadas en bloques, para una prueba computarizada de discriminación condicional en la cual se tiene que identificar el color en que están escritas las palabras, sin cometer errores y respondiendo con la mayor rapidez posible. En dicha prueba se toman las latencias de respuesta en milisegundos y se calculan los índices de interferencia al restar a la latencia de respuesta ante una palabra con carga emocional positiva o negativa, la latencia ante una palabra neutra, con el mismo número de letras y frecuencia léxica. Las palabras empleadas bajo ese esquema de triadas para la prueba de sesgo optimista-pesimista se presentan en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Triadas de palabras usadas en la versión emocional del paradigma de Stroop para medir tendencias optimistas y pesimistas

Neutras	Positivas	Negativas
estanques	gustarles	desagrado
botas	apoyo	tenso
levadura	cualidad	tropiezo
relojerías	divertirse	infortunio
columpio	relajado	aburrido
fotógrafo	disfrutar	preocupar
sábana	avance	ofensa
americano	excelente	desprecio
docena	suerte	sufrir

Neutras	Positivas	Negativas
cartera	respeto	enemigo
miscelánea	excitantes	defectuoso
lámpara	aprecio	pérdida
autobús	merecer	fracaso
focos	humor	opaco
conductor	brillante	perjudica
hules	amigo	dañar
trenes	cuidar	pésimo
popelina	exitosos	malhumor
impresoras	agradarles	descuidado
farmacia	lograrlo	disgusto

Fuente: Las autoras

A diferencia de la versión original de Richards y colaboradores, en la prueba de Stroop optimismo-pesimismo se usaron seis colores diferentes para las palabras muestra que aparecían en la pantalla; las opciones de respuesta y las ubicaciones correctas de respuesta se contrabalancearon para los sesenta ensayos que componían la sesión. Cinco ensayos adicionales se emplearon para entrenamiento y no fueron contabilizados para los resultados.

La versión emocional del paradigma de Stroop empleada tuvo una duración aproximada de 8 minutos en promedio y proporcionó automáticamente los índices de interferencia negativa y positiva, las latencias y aciertos de las personas participantes de manera inmediata en la pantalla final de la sesión. Se estableció un mínimo de 53 aciertos de los 60 posibles por sesión para considerarla como terminada, las personas que no alcanzaron ese mínimo de aciertos tuvieron que repetir la sesión.

Para indagar sobre las tendencias optimistas-pesimistas por medios verbales se emplearon tres instrumentos: 1) el cuestionario de pensamientos automáticos positivos, ATQ-P por sus

siglas en inglés (Ingram & Wisnicki, 1988), que consta de 30 reactivos que usan una escala de 5 opciones de respuesta; este instrumento fue validado en México con 1204 personas y consta de 3 factores que explican el 58.02% de la varianza, con una alfa de Cronbach de 0.96 (Hernández-Pozo, Ramírez, Campos, Gómez, Coronado & Castillo, 2012); 2) el cuestionario de pensamientos automáticos negativos, ATQ-N por sus siglas en inglés (Hollon & Kendall, 1980) que está integrado también por 30 preguntas a las que se responde con 4 opciones; previamente se hizo una validación en México de este instrumento con 1049 personas y se encontraron 3 factores que explican el 52.45% de la varianza, con una alfa de Cronbach de 0.95 (Mera, Hernández, Gómez, Ramírez & Mata, 2011); y 3) el cuestionario de orientación hacia la vida revisado, LOT-R, por sus siglas en inglés (Scheier, Carver & Bridges, 1994), con 9 reactivos que usan una escala Likert de 4 opciones, validado en México con anterioridad a partir de la aplicación a 1496 personas, presentó propiedades psicométricas aceptables (Hernández, Villanueva, Lujano & Ramírez, 2012).

Finalmente el estado de salud se registró a través de medidas objetivas que incluyeron: la prueba de VIH, el índice de masa corporal (IMC) y el perímetro de cintura, la tensión arterial basal, indicadores de salud dental y de salud visual, así como la frecuencia anual de visitas al médico.

## Procedimiento

Las pruebas se administraron de manera individual, empleando computadoras portátiles; las mediciones psicológicas para cada persona se hicieron en una sola sesión, mientras que los indicadores objetivos de salud se registraron en un lapso promedio de dos semanas.

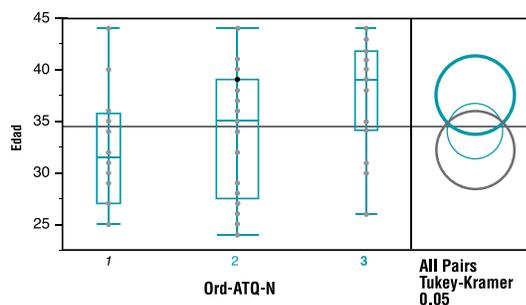
## Resultados

Los resultados se organizaron a partir de las calificaciones obtenidas por las respuestas a los tres cuestionarios: el ATQ-P, para medir optimismo, el ATQ-N, para medir pesimismo y la prueba LOT-R, para medir ambas tendencias de manera corta. La prueba computarizada de Stroop constó de 5 medidas: índice de interferencia negativo, índice de interferencia positivo, latencia negativa, latencia positiva y aciertos. Finalmente se analizaron esos resultados a la luz de las variables sociodemográficas de edad, estado civil y número de hijos, así como de los indicadores de salud de los cuales se obtuvo información.

En este reporte se emplean figuras que representan la distribución de los datos en la porción izquierda, mientras que en la derecha ilustran mediante círculos la presencia o no de diferencias significativas entre grupos, a partir de pruebas estadísticas específicas. En este tipo de gráficos, el área de las cajas está en función del número de sujetos en cada grupo y el nivel de diferencia entre los grupos se señala mediante la distancia o nivel de yuxtaposición entre los círculos. Sólo se presentan resultados con diferencias significativas.

En la Figura 1 se relaciona la edad de las participantes con los puntajes obtenidos en la prueba ATQ-N de pensamientos negativos pesimistas agrupados de manera ordinal. Cada vez que agrupan de manera ordinal los datos en este reporte, en puntajes bajos (1), medios (2) y altos (3), esa clasificación se basa en las bisagras de Tukey, esto es, tomando como puntos de corte los cuartiles 1 y 3, que corresponden al 25% y al 75% de los datos ordenados en forma ascendente. Las personas con puntajes inferiores al cuartil 1, caen en el grupo bajo, las personas con puntajes superiores al cuartil 3, califican dentro del grupo alto y el resto corresponden

al grupo medio. Para el caso de la edad los cuartiles 1 y 3 correspondieron a 29 y 40 años respectivamente.

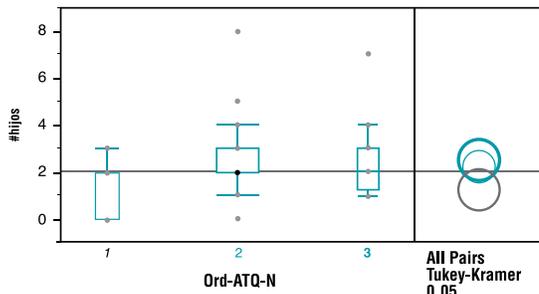


**Figura 1.** Edad por nivel de pesimismo reportado mediante el cuestionario ATQ-N

Fuente: Las autoras

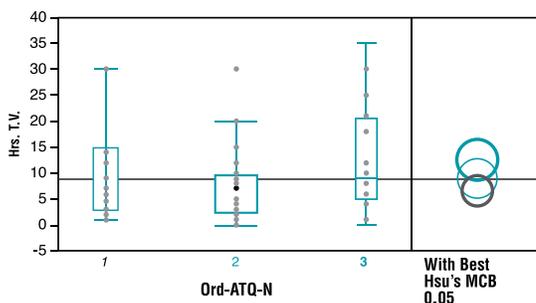
Como se puede apreciar en la Figura 1, las personas con los puntajes más elevados en pesimismo mediante la prueba ATQ-N difirieron significativamente mediante la prueba Tukey-Kramer en edad, de las personas con los puntajes más bajos de pesimismo; esta tendencia se encontró en una relación lineal, a mayor edad, mayor pesimismo.

La distribución del pesimismo mediante el cuestionario ATQ-N entre las participantes también difirió significativamente en función del número de hijos. En la Figura 2 se relaciona el número de hijos en función de las calificaciones ordinales de pesimismo obtenidas. El indicador ordinal 1, para número de hijos, indicó cero hijos, el indicador 2, de 1 a 2 hijos, mientras que el indicador 3 significaba 3 o más hijos. Las mujeres con niveles bajos de pesimismo (1) tenían menos hijos que el grupo de mujeres con niveles más elevados de pesimismo (3), esto es, a mayor número de hijos, mayor fue el auto-reporte de pensamientos negativos pesimistas vía ese cuestionario; las diferencias significativas entre grupos se calcularon con la prueba de Tukey-Kramer.



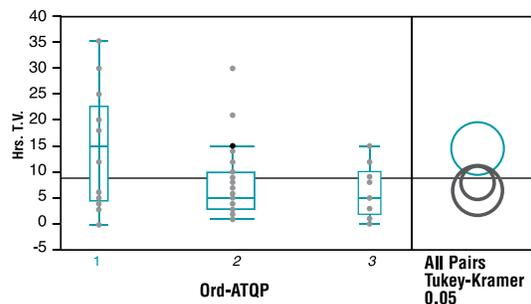
**Figura 2.** Número de hijos por nivel de pesimismo reportado mediante el cuestionario ATQ-N  
Fuente: Las autoras

En ese mismo orden de ideas, se encontró una diferencia significativa mediante la prueba MCB de Hsu entre las mujeres con niveles de pesimismo bajo, medio y alto, a partir del cuestionario de pensamientos automáticos negativos ATQ-N, en función del número de horas a la semana que reportaron ver televisión. Los grupos que difirieron significativamente entre sí fueron las pesimistas a nivel medio versus las pesimistas con puntajes altos, siendo éstas últimas las que pasaban un mayor número de horas mirando los programas de televisión. La distribución de esta medida para los tres niveles de pesimismo auto-reportado vía el cuestionario ATQ-N se presenta en la Figura 3.



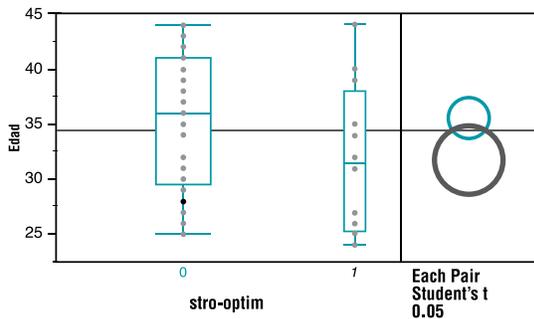
**Figura 3.** Horas que ve televisión por nivel de pesimismo según el cuestionario ATQ-N  
Fuente: Las autoras

Esa tendencia también se vio apoyada por los resultados obtenidos mediante la prueba de pensamientos automáticos positivos ATQ-P, que fue uno de los indicadores verbales de optimismo empleados. En la Figura 4 se relaciona el número de horas semanales frente a la televisión con las calificaciones ordinales baja (1), media (2) y alta (3) de las mujeres derivadas de sus auto-reportes optimistas. En esa figura se puede apreciar que las mujeres menos optimistas, esto es, las del grupo 1, difirieron de los otros dos grupos en términos de las horas frente al televisor. Las mujeres menos optimistas fueron las que más veían televisión.



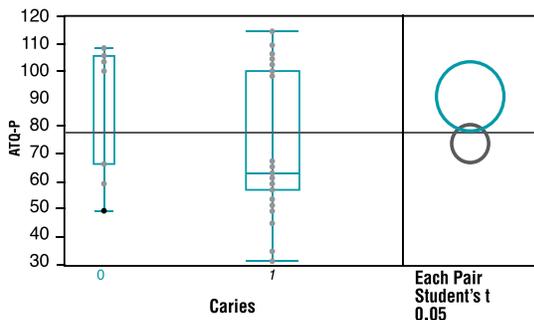
**Figura 4.** Horas que ve televisión por nivel de optimismo según el cuestionario ATQ-P  
Fuente: Las autoras

Los resultados con respecto a la prueba conductual de optimismo-pesimismo basada en el paradigma emocional de Stroop arrojaron diferencias significativas para el índice de interferencia positiva asociado a la edad de las participantes. El grupo de mujeres que no presentaron sesgo atencional optimista fue significativamente el más viejo que el de las que si presentaron ese sesgo ( $t=-2.03$ ,  $p=0.046$ ). En la Figura 5 se presentan las distribuciones por grupos con y sin sesgo optimista en función de la edad. Se estableció como punto de corte para identificar sesgo optimista, niveles de interferencia positiva iguales o superiores a 145 puntos.



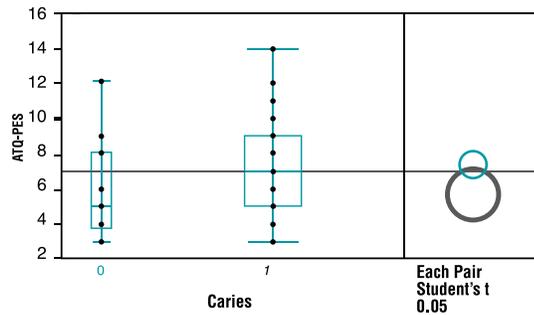
**Figura 5.** Edad en función de presentar sesgo atencional en la prueba Stroop de optimismo  
Fuente: Las autoras

Posteriormente se analizó la relación entre indicadores de salud, pruebas verbales de optimismo-pesimismo y la prueba de Stroop de optimismo-pesimismo. En este caso se cruzaron uno a uno los diferentes indicadores de cuidado de la salud investigados, esto es, la prueba de VIH, el IMC, el perímetro de cintura, la tensión arterial basal, el tener o no caries dentales, la agudeza visual, así como la frecuencia anual de consulta médica, con las medidas verbales a partir de las 3 pruebas empleadas, así como las medidas generadas por la prueba computarizada de Stroop. Se encontró que todas las mujeres resultaron negativas para la prueba de VIH; las únicas medidas de cuidado de la salud que arrojaron resultados relacionados con las pruebas verbales de optimismo-pesimismo, fueron el tener caries dentales y la frecuencia de consulta al médico.



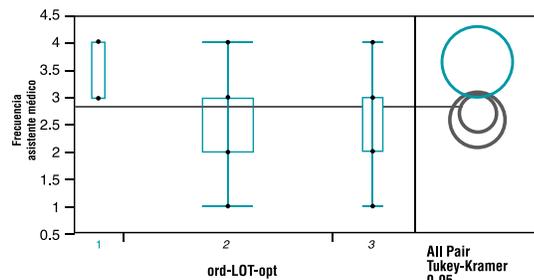
**Figura 6.** Puntajes de optimismo en el cuestionario ATQ-P, en función de tener o no caries  
Fuente: Las autoras

En la Figura 6 se presenta la distribución de los dos grupos de mujeres con (1) y sin caries (0) en función de la calificación general ante la prueba de optimismo ATQ-P. En esa figura se observa que el grupo sin caries presentó los puntajes más elevados de optimismo, que difirieron significativamente de los generados por el grupo que sí presentó caries ( $t = -2.46, p = 0.016$ ).



**Figura 7.** Puntajes de pesimismo en el cuestionario LOT-R, en función de tener o no caries  
Fuente: las autoras

Así mismo, en la figura 7 se presentan los resultados obtenidos en la escala de pesimismo de la prueba verbal LOT-R, en la cual difieren significativamente las mujeres sin caries (0) del grupo de mujeres con caries (1) ( $t = 2.14, p = 0.035$ ). Mostraron mayores índices de pesimismo las mujeres con caries que su contraparte.



**Figura 8.** Frecuencia anual de consulta médica en función del nivel de optimismo disposicional evaluado mediante el cuestionario LOT-R  
Fuente: Las autoras

La frecuencia anual de visita al médico sí produjo relaciones con el optimismo disposicional, para uno de los cuestionarios, la prueba

LOT-R de optimismo ( $F=5.97$ ,  $p=.0044$ ). En la Figura 8 se puede apreciar que niveles bajos de optimismo (1) estuvieron asociados con el índice más elevado de visitas anuales al médico, en comparación con la frecuencia de consultas médicas de los grupos con optimismo medio (2) y alto (3) a través del auto-reporte en esa prueba, sin embargo esa tendencia no coincidió con índices bajos de optimismo con el otro cuestionario empleado, el ATQ-P. El sesgo perceptual optimista-pesimista medido a través de la prueba computarizada de Stroop no arrojó diferencias significativas vinculadas a ninguno de los índices de cuidado a la salud.

En resumen, se encontraron diferencias estadísticas asociadas al auto-reporte de tendencias optimistas-pesimistas para la edad, el número de hijos, el número de horas a la semana frente al televisor, para padecer de caries dentales y para la frecuencia anual de visitas al médico. En este caso mayor optimismo se encontró en personas jóvenes, sin hijos y que casi no veían la televisión. Las personas con índices elevados de optimismo y con índices bajos de pesimismo, mostraron ausencia de caries dentales y los pesimistas acudieron más a visitar al médico.

Por otro lado, con respecto a los índices inconscientes vía la prueba emocional de Stroop construida para valorar optimismo-pesimismo, se encontraron diferencias significativas solamente asociadas a la edad. Las personas optimistas fueron más jóvenes que su contraparte; ninguna otra variable sociodemográfica o de cuidado a la salud registrada mostró vínculo alguno hacia los resultados de la prueba de Stroop.

## Discusión

A pesar de que la literatura que se ha acumulado en las últimas décadas sugiere de manera provocativa que existe una asociación entre las tendencias optimistas y otros aspectos del afecto

positivo, con baja mortalidad y morbilidad, y posiblemente con una mayor sobrevivencia en casos de padecer enfermedades severas, aunque algunos autores marcan su distancia al respecto de esta última afirmación (Diener & Chan, 2011), también se ha señalado que la literatura aludida adolece de un amplio rango de limitaciones metodológicas y conceptuales (Cohen, Alper, Doyle, Treanor & Turner, 2006).

El propósito de este estudio fue emplear una medida alternativa de optimismo disposicional a través del sesgo perceptual mediante una tarea discriminativa de palabras asociadas a optimismo y pesimismo, para evaluar si ésta coincidía con las respuestas obtenidas mediante cuestionarios de auto-reporte y si ambos tipos de medidas mostraban la misma asociación con indicadores de cuidado de la salud física y con algunas variables sociodemográficas.

La primera parte de la pregunta podía responderse de tres maneras: si coinciden, no coinciden o coinciden parcialmente. Lo que se encontró en el estudio fue una coincidencia parcial leve, sólo para la variable edad, las mujeres mayores se autodescriben como más pesimistas y además las mujeres más jóvenes muestran un sesgo inconsciente hacia el optimismo estadísticamente significativo, en comparación con las de mayor edad.

Si bien el número de hijos y el ver durante muchas horas la televisión estuvieron asociados con índices más elevados de pesimismo, esto solo ocurrió para las medidas de auto-reporte, ya que esa tendencia desapareció al ser evaluada mediante la prueba emocional de Stroop computarizada. Algo similar ocurrió para los dos únicos índices que arrojaron relaciones significativas entre los niveles de optimismo/pesimismo disposicional y el cuidado de la salud física; el auto-reporte de pesimismo y de optimismo fue diferencial para las personas que sufrían de caries dentales al momento de participar en

el estudio, así como para el reporte de visitas anuales al médico. La frecuencia de visitas al médico es un indicador indirecto del cuidado de la salud, ya que puede reflejar que la persona gozó de salud y no hubo necesidad de ir a alguna consulta, o que por el contrario, se descuidó y no realizó las revisiones médicas periódicas que se recomiendan para conservar la salud o detectar oportunamente algún problema.

Por otro lado, ninguno de los índices de cuidado de la salud arrojó resultados diferenciales en función de las respuestas inconscientes de sesgo perceptual mediante la prueba de Stroop, y en ese sentido no hubo coincidencia con los indicadores de auto reporte vía los cuestionarios. El estudio documenta que son las mujeres jóvenes, sin hijos y que no ven o ven poca televisión las que se muestran en general con mayor optimismo disposicional y con menores índices de pesimismo y que el sufrir de caries en las piezas dentales estuvo asociado con un mayor auto-reporte de pesimismo y menor de optimismo.

Uno de los hallazgos centrales de este estudio fue la falta de evidencias que apoyen una relación entre tendencias optimistas verbales e indicadores inconscientes de predisposición optimista en mujeres, obtenidos mediante el paradigma emocional de Stroop, con indicadores de cuidado de la salud (IMC adecuados, perímetros de cintura deseables, normotensión arterial y buena visión). Esta falta de evidencia puede sugerir una o varias de las siguientes posibilidades: a) que quizá deban tomarse con reserva algunas de las afirmaciones que se encuentran en la literatura de Psicología Positiva publicadas en la década pasada, que se hicieron quizá de manera apresurada; b) que los resultados del presente estudio son tentativos, en el sentido de que solo participaron 60 mujeres aparentemente sanas, en un estudio no aleatorizado, y que muy probablemente las medidas

seleccionadas de cuidado de la salud no fueron suficientemente sensibles; c) que las conclusiones sobre el vínculo entre el optimismo disposicional y la salud que solo descansan en respuestas a cuestionarios de auto-reporte, deban ser revisadas con detenimiento. Consideramos que a pesar de las limitaciones de este estudio, valdría reflexionar sobre los hallazgos señalados.

Algunos investigadores podrían desestimar la necesidad de someter a una inspección rigurosa la supuesta verdad de perogrullo que “el optimismo promueve la salud y el pesimismo la deteriora”. Esa supuesta “verdad” para el hombre de la calle, que “por sabida se calla” consideramos que refleja una formulación simplista que conduce a un callejón sin salida. Sería deseable replantear las preguntas de manera que los investigadores en el campo puedan generar conocimientos útiles, por ejemplo, incluir algunas preguntas específicas como: ¿En qué fase del avance de un problema de salud severo, el cambio de orientación afectiva puede suspender o retrasar el deterioro orgánico? ¿Cualquier persona sin importar su historia de reforzamiento es capaz de aprender una “orientación positiva hacia la vida” mediante un entrenamiento explícito en optimismo? ¿Cuál es el ingrediente crítico para un entrenamiento en optimismo del cual no debe prescindir un programa de intervención? ¿Cuáles son las variables que determinan las diferencias entre “decir y hacer” en lo que se refiere a tendencias optimistas? ¿Si el actuar de manera optimista es una buena estrategia de sobrevivencia, porqué no se incluye en el entrenamiento educativo formal? ¿Bajo qué condiciones es aconsejable el optimismo disposicional en cuestiones de cuidado de la salud? Las respuestas a estos interrogantes, aunada a la adopción de procedimientos metodológicos más precisos y diversos probablemente contribuya a aumentar el conocimiento en esta área de investigación.

## Referencias

- Cohen, S., Alper, C. M., Doyle, W. J., Treanor, J. J., & Turner, R. B. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or influenza A virus. *Psychosomatic Medicine*, 68, 809-815.
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well being contributes to health & longevity. *Applied Psychology: Health & Well-being*, 3 (1), 1-43.
- Geers, A. L., Wellman, J. A., Seligman, L. D., Wuyek, L. A., & Neff, L. A. (2009). *Dispositional optimism, goal, and engagement in health treatment*. *Journal of Behavioral Medicine*, 33 (2), 123-134.
- Hernández, M. R., Ramírez, N., Campos, M., Gómez, J. L., Coronado, O., & Castillo, P. (2013). *Distribución de pensamientos automáticos positivos en población mexicana*. Manuscrito sometido a dictamen para su publicación.
- Hernández, M. R., Villanueva, C. P., Lujano, M. F., & Ramírez, N. (2013). *Tendencias optimistas-pesimistas en mexicanos evaluadas mediante la prueba LOT-R*. Manuscrito enviado a publicación.
- Hollon S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive Self-Statements in Depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4 (4), 383-395.
- Ingram, R. E., & Wisnicki, K. S. (1988). Assessment of positive automatic cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 898-902.
- Ironson, G. H., & Powell, L. H. (2005). An exploration of the health benefits of factors that help us to thrive. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12 (2), 47-49.

- Kivimaki, M., Vahtera, J., Elovainio, M., Helenius, H., Singh-Manous, A., & Pentti, J. (2005). *Optimism and pessimism as predictors of change in health after death or onset of severe illness in family. Health Psychology, 24* (4), 413-421.
- Mera, A., Hernández, M. R., Gómez, J. L., Ramírez, N., & Mata, M. A. (2011). Características psicométricas del cuestionario de pensamientos automáticos negativos (ATQ-30) en población mexicana. *Journal of Behavior, Health & Social Issues, 3* (2), 61-75.
- Rasmussen, H. N., Wrosch, C., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2006). Self-regulation processes and health: The importance of optimism and goal adjustment. *Journal of Personality, 74*, 1721-1747.
- Richards, A., French, C. C., Johnson, W., Napastek J., & Williams J. (1992). Effects of mood manipulation and anxiety on performance of an emotional Stroop task. *British Journal of Psychology, 92* (83), 479-491.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2003). Self regulatory processes and responses to health threats: Effects of optimism on well-being. En J. Suls & K. A. Wallston (Eds). *Social Psychological Foundations of Health & Illness* (pp. 395-428). Oxford UK: Blackwell.
- Scheier, M. F., Carver, C., & 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.