



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

La relación del pesimismo defensivo con la ansiedad, el afecto, la depresión y los síntomas somáticos

Alumno: Laura Peinado Ordóñez

Tutor: Gustavo A. Reyes del Paso

Dpto: Psicología

Índice

0. Resumen-----	2
1. Fundamentación teórica-----	3
1.1 Optimismo-----	3
1.2 Pesimismo defensivo-----	4
1.3 Eficacia de la estrategia de pesimismo defensivo-----	5
1.4 Pesimismo defensivo y self-handicap-----	6
1.5 Otros estudios relevantes-----	7
1.6 Implicaciones clínicas-----	8
2. Objetivos-----	8
3. Metodología-----	10
3.1 Participantes-----	10
3.2 Instrumentos de medida-----	10
3.3 Procedimiento-----	12
3.4 Análisis estadístico-----	12
4. Resultados-----	12
4.1 Estadísticos descriptivos de las variables evaluadas. -----	12
4.2 Correlaciones entre las puntuaciones totales del pesimismo defensivo y los distintos cuestionarios-----	13
4.3 Correlaciones entre la subescala de pesimismo de la escala de pesimismo defensivo y los distintos cuestionarios-----	14
4.4 Correlaciones entre la subescala de reflexibilidad de la escala de pesimismo defensivo-----	15
4.5 Anova de un factor para el análisis de diferencias de medias entre los extremos del pesimismo defensivo-----	16
5. Discusión y conclusiones-----	19
6. Bibliografía-----	22

0. Resumen

En la actualidad se entiende el pesimismo como algo negativo, pero en este estudio hemos comprobado que el pesimismo defensivo puede ser una estrategia de afrontamiento para que la persona no reduzca su rendimiento y protegerlo de la ansiedad. En esta investigación se ha querido analizar de forma prospectiva-longitudinal las asociaciones del pesimismo defensivo con variables como la ansiedad, depresión, diferentes síntomas somáticos y el afecto negativo y positivo. Por esto, participaron 112 alumnos universitarios a los que se les realizaron dos evaluaciones, al empezar la carrera y otra medición al finalizar la carrera.

Los resultados mostraron que las personas que usan el pesimismo defensivo como una estrategia de afrontamiento, después de 4 años, muestran relaciones significativas con los niveles de ansiedad y el afecto negativo. Se sugiere que las personas que utilizan el pesimismo defensivo ven el afecto negativo como una señal o motivación para utilizar dicha estrategia.

Abstract

Nowadays, people understand pessimism like something negative, but in this research we found that defensive pessimism can be a coping strategy in order to the person doesn't reduce their performance and protect it from the anxiety. In that research we have tried to analyze from prospectively-longitudinal associations of the defensive pessimism with variables like anxiety, depression, different somatic symptoms and negative and positive effect. Therefore, 112 university students participated that were performed two evaluations, to start the degree and another measurement after of the end of the degree.

The results showed that people who use defensive pessimism as a coping strategy, after 4 years show significant relationships with levels of anxiety and negative affect. It is suggested that people who use defensive pessimism are negative affect as a signal or motivation to use this strategy.

Palabras clave: Pesimismo defensivo, ansiedad, síntomas somáticos, afecto, estudiantes universitarios

1. Fundamentación teórica

1.1 Optimismo

Uno de los constructos psicológicos más estudiados ha sido el optimismo. En la sociedad está totalmente implementado de que el optimismo es bueno y el pesimismo es malo. Es más, una parte de la psicología ve el optimismo como adaptativo y el pesimismo como desadaptativo (Zuzul, 2008). Según Scheier & Carver (1985), definen el optimismo desde el punto de vista de la autorregulación de la conducta, donde el individuo se anticipa al estrés. Por otro lado, Seligman (2003) lo ha definido como una tendencia de las personas para explicar las situaciones negativas a través de las atribuciones externas de su causa a la situación, con una causa inestable en el tiempo y es específico de una situación en concreto.

El optimismo se ha relacionado con efectos positivos en la salud tanto psicológica como fisiológica. Por lo tanto, se ha relacionado el optimismo negativamente con variables como la ansiedad, ira, estrés, depresión (Brydon, Walker, Wawrzyniak, Chart & Steptoc, 2009; Puskar, Ren, Bernardo, Haley & Stark, 2008; Vera-Villarroel, Zych, Celis-Atenas, Córdova- Rubio & Buena-Casal, 2011), suicidio (Copley & Weckowicz, 1966), y un mal afrontamiento (Goodhart, 1985). Además de una relación positiva con la satisfacción con la vida, la autoestima (Vittorio et al., 2009), la felicidad y el bienestar (Lyubomirsky, 2008; Vera-Villarroel, Córdova-Rubio & Celis-Atenas, 2009^a; Dember & Brooks, 1989; Myers & Diener, 1995). Esto ha conllevado a una relación positiva con la salud en cuanto a un aumento de la alegría, un mejor funcionamiento del sistema inmunológico, mayor satisfacción y nivel de energía, además de una mayor dedicación al trabajo y salud mental (Lyubomirsky, 2008; Moyano, Flores & Soromaa, 2011). Además, se ha informado de una mayor esperanza de vida y salud física (Koopmans, Geleijnse, Zitman & Giltay, 2010; Piqueras, Kuhne, Vera-Villarroel, van Straten & Cuijpers, 2011). Se ha constatado el optimismo como un factor protector para la ansiedad (Mustaca, Kamenetzky & Vera-Villarroel, 2010; Pavez, Mena, & Vera-Villarroel, 2012).

El término optimismo ha sido estudiado desde dos perspectivas: el optimismo disposicional de Scheler y Carver (1985), y la del estilo explicativo de Peterson y Seligman (1984).

En cuanto al optimismo como característica disposicional de Scheir y Carver (1985), estos autores entienden el optimismo como una característica disposicional que actúa entre un suceso externo y la interpretación personal de éste. Por lo tanto, las personas optimistas tienen la creencia que les saldrá todo bien en la vida, mientras que los pesimistas piensan todo lo contrario, que todo les saldrá mal. Cuando pueden surgir dificultades los optimistas aumentan su esfuerzo para superarlo, pero los pesimistas, al tener una peor expectativa, reducen sus esfuerzos, por lo que es menos posible que superen la dificultad. Además, afirman que los optimistas y pesimistas usan estrategias de afrontamiento diferentes al estrés. Los optimistas se centran en la solución del problema y los pesimistas se centran en la evitación de la dificultad, además de desvincularse cognitiva y conductualmente de ésta. Esto explica por qué los optimistas tienen mayores percepciones de control sobre el problema y esto produzca la reducción de su malestar emocional y síntomas físicos que notamos en situaciones de estrés.

Por otro lado, tenemos la perspectiva del optimismo como estilo explicativo de Christopher Peterson y Martin Seligman (1984). Estos autores consideran que las expectativas que tienen las personas hacia el futuro están relacionado con cómo explican los sucesos ocurridos en el pasado. El estilo explicativo se refiere según estos autores a las diferentes maneras que tiene la persona de confrontar e interpretar los sucesos que les han ocurrido en la vida.

1.2 Pesimismo defensivo

Norem y Cantor (2000, 2001) definen el pesimismo defensivo como una estrategia de afrontamiento que utilizan las personas para establecer unas irrealistas bajas expectativas para realizar con éxito una tarea, a pesar de tener una experiencia de éxito anteriormente. Experimentalmente se ha comprobado que estas bajas expectativas no son profecías autocumplidas, esto no hace que el pesimista defensivo retire todos sus esfuerzos sino todo lo contrario, no como los pesimistas disposicionales, que si retiran sus esfuerzos. Los pesimistas defensivos son propensos a sentirse en conflicto, sobretodo en situaciones en las que valoran el éxito que podrían conseguir, esto hace que dediquen un gran esfuerzo en tareas que consideren importantes. Por lo tanto, al principio la persona está ansiosa y nerviosa lo que hace que se centren en que puede ocurrir lo peor, aunque sea poco probable. Esto hace que establezcan su rendimiento en un nivel menor y realicen tareas más fáciles, y esto hace que sientan una mayor seguridad (Baumgardner y Brownlee, 1987; Martin et al., 2001). Esto se traduce en una ayuda para reducir la

ansiedad y esto hace que la persona se esfuerce más y aumente su rendimiento. Por lo que sirve como un tipo de protección ante las tareas difíciles (Norem & Cantor, 1986a) y esto hace que no se sientan menos satisfechos que los optimistas disposicionales tras un fracaso (Valle, Nuñez, Gabanach, Rodriguez, Gonzalez-Piende & Rosario, 2007).

Además, no recurren a los recursos atribucionales que permiten negar su responsabilidad para proteger su autoestima ante un bajo rendimiento. En general, el pesimista defensivo recibe más altas calificaciones que el optimista disposicional, a pesar de que sus expectativas negativas no dependen de las experiencias pasadas (Norem y Cantor, 1986a). Seligman (2003) ha comprobado que las personas con una estrategia de pesimismo defensivo tienden a atribuir sus éxitos a causas externas y sus fracasos a causas internas.

El pesimismo defensivo se puede considerar como estrategia autorreguladora. El objetivo de estas estrategias es ayudarnos a controlarnos y regularnos a nosotros mismos (Baumeister y Vohs, 2004; Hoyle, 2006). Además, utilizamos estas estrategias en muchas facetas de nuestras vidas además de ir describiendo patrones coherentes de pensamientos, emociones, comportamientos y motivaciones a medida que se van desarrollando mediante la búsqueda de metas durante la vida (Cantor, 1990; Norem, 1989). Por lo que las personas ansiosas necesitan estas estrategias para regular su ansiedad.

1.3 Eficacia de la estrategia del pesimismo defensivo

Para responder a cuál es el ganador en cuanto a estrategia entre los optimistas estratégicos (son aquellos que a pesar de fallar en sus metas, se reponen de una manera más optimista e intentan rendir al máximo buscando soluciones) y los pesimistas defensivos tenemos que tener en cuenta que los pesimistas defensivos tienen que pasar por diversos obstáculos para manejar la ansiedad, cosa que no tienen que hacer los optimistas estratégicos.

Uno de los primeros estudios sobre pesimismo defensivo afirmó que los pesimistas defensivos tuvieron un buen rendimiento el primero año de universidad pero, a pesar de ellos al tercer año no superaron en cuanto a calificaciones a los optimistas estratégicos (Cantor y Norem, 1989). Esto se pudo observar en que los datos mostraron que el promedio de las calificaciones de los pesimistas defensivos fue ligeramente menor en el tercer año en comparación con los optimistas estratégicos, además se quejaron de

un mayor estrés. Estos resultados indican que existen costes en el pesimismo defensivo que se acumulan de forma dañina en el tiempo. Si hubieran sabido que los pesimistas defensivos empezaban con un mayor grado de estrés que los optimistas estratégicos, podrían haberse dado cuenta de que de las calificaciones promedio de los pesimistas defensivos siguen siendo altas, a pesar de su estrés y ansiedad. Se dieron cuenta de que los niveles de estrés son vistos como una contribución para la estrategia del pesimismo defensivo en vez de verlo como algo negativo. A pesar de lo dicho existen nuevas investigaciones que también sugieren otras interpretaciones.

Recientemente, un estudio ha analizado esta perspectiva usando diversas variables que evalúan trayectorias específicas que cambian con el tiempo tanto para individuos como a grupos (Norem y Andreas Burdzovic, 2007). Este estudio se llevó a cabo con tres grupos de estudiantes desde su primer año y después se volvió a medir cuando se graduaron. Los tres grupos eran optimistas estratégicos, pesimistas defensivos y un grupo de estudiantes tan ansiosos como los pesimistas defensivos, pero sin ser pesimistas defensivos. Se encontró que los pesimistas defensivos y los sujetos ansiosos tenían casi los mismos niveles de autoestima, pero más baja que los optimistas estratégicos, ya que la autoestima de éstos era alta. Por un lado, los optimistas estratégicos no redujeron su autoestima, que se mantuvo alta durante sus años en la universidad. Los pesimistas defensivos mostraron mejoras en cuanto a la autoestima con el paso del tiempo hasta casi alcanzar a los optimistas estratégicos. El grupo de alumnos ansiosos mostraron una bajada en la autoestima a través de los años de universidad.

Otra investigación apoya los resultados anteriores, encontrando que los pesimistas defensivos están en mejores condiciones que los alumnos ansiosos. Además, se demostró que los pesimistas defensivos con ansiedad social no tienden a evitar las interacciones sociales en comparación con personas con ansiedad social (Schoneman, 2002). Las interacciones sociales son fundamentales para el desarrollo social para los tímidos o personas con ansiedad social para desarrollar habilidades sociales (Melchior y Cheek, 1990).

1.4 Pesimismo defensivo y self-handicap

Existen varios estudios que han comparado la estrategia del pesimismo defensivo con el auto-handicap, ésta es una estrategia en la cual la persona se comporta de manera que se evita las atribuciones que culpan a uno mismo de tener resultados negativos, es decir, es ponerle una excusa si las cosas van mal. Esta estrategia puede regular su

ansiedad, pero tiene efectos perjudiciales en su rendimiento. Por lo que las estrategias del pesimismo defensivo y el auto-handicap son vistos como estrategias de autoprotección (Martin, Marsh, y Debus, 2001). A pesar de que tienen el mismo nivel de ansiedad y miedo a fracasar los portadores de ambas estrategias, los pesimistas defensivos se comprometen en mayor medida con el mejoramiento de ellos mismos y trabajan hacia metas más positivas que la estrategia self-handicap y, además, un mayor rendimiento (Elliot & Church, 2003; Eronen, Nurmi, Y Salmela Aro, 1998).

En un estudio de autocontrol en estudiantes de séptimo grado, se halló que los pesimistas defensivos tuvieron un mayor autocontrol que los sujetos que utilizan el auto-handicap, además, de ser más capaces de controlar las distracciones. Los pesimistas defensivos afirmaron ser buenos estudiantes y evitar ser malos estudiantes, es importante para ellos en comparación con los estudiantes que utilizan los auto-handicap. Por esto, los pesimistas defensivos se sienten más eficaces que el resto de los buenos estudiantes y que los auto-handicap (García, 1995). Comparando a los pesimistas defensivos con otros sujetos ansiosos se obtienen diversos beneficios para éstos. Además, los pesimistas defensivos rinden significativamente peor cuando tratan de ser más cómo los optimistas estratégicos; además que el pesimismo defensivo gana al auto-handicap (Norem, 2008).

1.5 Otros estudios relevantes

Norem (2008) comparó a los optimistas estratégicos con los pesimistas defensivos. Se observó que los optimistas estratégicos no se sentían ansiosos o fuera de control en algunas situaciones, además de que no piensan mucho en lo que pudiese pasar en un futuro en dichas situaciones. Y, por otro lado, los pesimistas defensivos, como hemos dicho con anterioridad, se esperan lo peor de la situación a la que se van a enfrentar. Intentar hacer más optimistas a los pesimistas defensivos o intentar interrumpir algún componente de su estrategia interfiere con su rendimiento (Norem y Cantor, 1986b). Es más, se ha demostrado que si distraemos a un pesimista defensivo antes de una tarea de rendimiento esto hace que se sienta más ansioso y con menos control (Norem y Illingworth, 1993).

Además, se mostró que se involucran menos en el pensamiento prefactual (simulación mental de los posibles acontecimientos que puedan ocurrir en un futuro antes de que pasen) cuando se encuentran en un estado de ánimo más positivo y su rendimiento decae (Norem y Illingworth, 1993; Sanna, 1998), es decir, cuanto mejor estado de ánimo,

tienen un menor pensamiento prefactual y, por lo tanto, su rendimiento decae. Los pesimistas defensivos experimentan más emociones negativas lo que hace aumentar los sentimientos negativos en comparación con los optimistas estratégicos (Norem, 2008). Por esto, los sentimientos negativos que tienen los utilizan como una señal para tener que esforzarse más para concluir con un mejor rendimiento. Por lo tanto, podemos considerar que el afecto y los pensamientos negativos son usados como forma de motivación. Este estilo de afrontamiento no se debe confundir con la rumiación, que se centra en los acontecimientos del pasado, y el catastrofismo, que se centra de una forma más general en la vida. Sin embargo, los pesimistas defensivos sólo fijan su punto de mira hacia el futuro y las posibles alternativas negativas que pueden ocurrir (Norem, 2008). Con todo lo afirmado anteriormente, Norem (2001) ha constatado que el pesimismo defensivo es beneficioso y adaptativo.

1.6 Indicaciones clínicas

Los pesimistas defensivos a largo plazo presentan, en relación con los optimistas disposicionales, una mayor sintomatología informada, mayores niveles de estrés, insatisfacción vital (Cantor y cols., 1987), afecto negativo, expectativas negativas, neurosis, y baja autoestima. Por un lado, se ha comprobado que los pesimistas defensivos no parecen tener mucho riesgo de depresión (Hosogoshi, 2006; Norem, 2006; Showers & Ruben, 1990; Tomaya, 2005). Además, de relacionarse negativamente con la autoestima y autoeficacia generalizada (Fernández y Bermúdez, 1999^a). Las investigaciones del pesimismo defensivo también han afirmado que interfiere con el trabajo mental, con la fijación de los objetivos, con la rumiación, con la psicología positiva y con los estereotipos (Norem, 2008).

2. Objetivos

En este trabajo de investigación se han propuesto los siguientes objetivos:

1.-Investigar la asociación pesimismo defensivo, tanto en sus subescalas pesimista y de reflexibilidad, evaluados en el primer año de estudios y los niveles de las siguientes variables evaluadas al término de la carrera: ansiedad (tanto rasgo como estado), depresión, afecto positivo, afecto negativo y síntomas somáticos.

Según la fundamentación teórica realizada podemos predecir:

-El pesimismo defensivo se utiliza como una estrategia para que la ansiedad no influya en el rendimiento. Por lo tanto, el pesimismo defensivo debe de tener una relación positiva con la ansiedad, tanto rasgo como estado.

-Se han hallado investigaciones que han afirmado que el pesimismo defensivo no puede tener mucho riesgo de sufrir una depresión. Por lo tanto, suponemos que el pesimismo defensivo no se va a asociar con la depresión

-En cuanto a afecto positivo y negativo, se ha encontrado que el pesimismo defensivo usa el afecto negativo como una motivación para esforzarse más en sus tareas y mejorar su rendimiento. Sin embargo, cuando existe un mayor afecto positivo, la persona no tiene esta motivación y su rendimiento decae. Por todo esto, suponemos que el pesimismo defensivo se va a asociar positivamente con el afecto negativo y negativamente con el afecto positivo.

-En cuanto a síntomas somáticos, diversas investigaciones han afirmado que las personas que utilizan el pesimismo defensivo como estrategia informan de una mayor sintomatología informada (Cantor y cols., 1987). Por esto, suponemos que el pesimismo defensivo va a predecir una relación positiva con los síntomas somáticos.

-En cuanto a la subescala de reflexibilidad, en las investigaciones realizadas anteriormente se ha afirmado que los pesimistas defensivos suelen distraerse menos y tener un mayor pensamiento prefactual, es decir, piensan en las consecuencias futuras, lo que podemos asociar a un mayor grado de reflexibilidad. Por esto, suponemos que el pesimismo defensivo para esta subescala pueda tener una relación positiva con diversas variables típicas de los pesimistas defensivos como la ansiedad rasgo y estado.

2.- Analizar diferenciar de media en ansiedad estado y rasgo, depresión, afecto positivo y negativo y síntomas somáticos entre participantes con alto y bajo pesimismo defensivo. De acuerdo con las predicciones anteriores, esperamos encontrar mayores niveles de ansiedad (estado y rasgo), afectividad negativa y síntomas somáticos (y menor afectividad positiva) en los participantes con alto pesimismo defensivo en comparación con los de bajo.

2. Metodología

3.1 Participantes

Esta investigación se ha realizado con una muestra de 112 estudiantes de la Universidad de Jaén, donde 14 son hombres y 98 son mujeres, estudiantes de Psicología de los cursos de 1º de Psicología en la primera recogida de datos en el año 2004 y de 4º de Psicología de la posterior recogida de datos en el año 2007. Estos participantes completaron cuatro cuestionarios que valoraban el pesimismo defensivo, ansiedad rasgo y ansiedad estado, afecto positivo y afecto positivo; y, por último, depresión y ansiedad.

3.2 Instrumentos de medida

En esta investigación se ha utilizado los siguientes instrumentos (Anexos):

-Cuestionario Revisado de Pesimismo Defensivo (RDPQ) cuyo autor es Norem (2001). Es una revisión del Cuestionario de optimismo/pesimismo desarrollado con anterioridad por Norem y Cantor (1986). Este cuestionario está compuesto por 17 ítems, además de estar dividido en dos dimensiones, los ítems que miden pesimismo y otros ítems que miden reflexibilidad, esta subescala se considera la medida en que las personas piensan las cosas antes de hacerlas. Tiene un sistema de respuesta Likert de 0-7 puntos donde 0 es poco característico en mí y 7 significa que es muy característico en mí. Este cuestionario ofrece mayor fiabilidad en comparación con la versión anterior. En cuanto a la consistencia interna es de 0.88, bastante aceptable.

-Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI). Este cuestionario es la versión española del State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger et al. (2008). Es un autoinforme compuesto por 40 ítems los cuales miden dos conceptos diferentes de la ansiedad: la ansiedad como un estado transitorio usualmente llamada ansiedad-estado y, por otro lado, la ansiedad como un rasgo estable en el tiempo llamado ansiedad-rasgo. Cada subescala se compone de 20 ítems con un sistema de respuesta Likert de 4 puntos según su intensidad (0 = casi nunca/nada; 1= algo/ a veces; 2= bastante/ a menudo; 3= mucho/ casi siempre). La puntuación total en cada escala puede variar de 0 a 60 puntos. En cuanto a la consistencia interna se han encontrado niveles que oscilan, tanto para cada una de las subescalas como para la puntuación, entre 0,84 y 0,93. Y, en cuanto a validez, se han encontrado diversas pruebas de validez con respecto a la estructura interna.

-Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), creada por Zigmond A. S. y Snaith R.P. (1983). Esta escala permite evaluar los niveles de ansiedad y depresión referidos a aspectos psicológicos, sin tener en cuenta síntomas físicos. Esta formada por 14 ítems con tipos de respuesta Likert que va de 0 a 3 donde los sujetos describen los sentimientos que han experimentado la última semana. Esta formada por dos subescalas de 7 ítems intercalados las cuales son la subescala de depresión y la subescala de ansiedad. Tanto a la puntuación de depresión como de ansiedad se considera de 0-7 normal y de 8-10 dudoso y de once a más a un problema clínico. Tiene una consistencia interna de entre 0.80 y 0.86. Y, en cuanto a validez, se han encontrado pruebas en la predictiva y concurrente.

-Escala de síntomas somáticos revisada (ESS-R). Esta escala permite evaluar de la salud física en cuanto a los sistemas somatofisiológicos más importantes, construida tomando como base los síntomas que son más comunes en los trastornos que afectan al sistema humano. Esta formada por 80 ítems, más una subescala de 10 ítems para mujeres, donde se responde con un tipo de respuesta likert (1 = nunca hasta 5 = casi todos los días) donde tienen que responder la frecuencia e intensidad con la que han sentido esos síntomas. Esta escala tiene 9 subescalas donde se encuentran: inmunológico general (IG), cardiovascular (CV), respiratorio (CR), gastrointestinal (GI), neurosensorial (NS), músculo-esquelético (ME), piel-alergia (PA), genito-urinario (GU) y reproductor femenino (RF). La suma de todas estas subescalas da la puntuación total de síntomas somáticos. Se ha encontrado que la estabilidad temporal para un periodo de 1 mes va de 0,73 a 0,82 por la correlación test-retest. En cuanto a validez se ha encontrado alta validez predictiva con indicadores de salud física. En la consistencia interna varía de 0,72 a 0,87 con una media de 0,80.

-Versión española del cuestionario de afecto positivo y negativo PANAS (Positive and Negative Affect de Schedule, Watson, D., Clark, L. A., Tellegen, A. 1988). El cuestionario contiene 20 ítems donde nos encontramos dos subescalas: la subescala de afecto positivo que corresponde con 10 ítems y la subescala de afecto negativo correspondiente con otros 10 ítems. Su tipo de respuesta Likert varía de 1 a 5, donde 1 significa muy poco o nada y 5 mucho. Tiene una consistencia interna que oscila de 0,86 a 0,90. En cuanto a la fiabilidad test-retest afirman que tiende a aumentar a medida que aumenta el marco temporal.

3.3 Procedimiento

A los 112 participantes se les pidieron que contestaran a los cuestionarios de RDPQ, PANAS, HAD, STAI y ESSR en dos ocasiones por antiguos compañeros nuestros con anterioridad. La primera vez se pasó en el año 2004 y la segunda recogida de información en 2007. Por lo que, he recogido dichos datos y he introducido los valores de los ítems en el programa informático SPSS para realizar el análisis estadístico.

3.4 Análisis estadísticos

Se ha realizado un estudio longitudinal en el que las puntuaciones en la escala de pesimismo defensivo recogidas en la primera medición se han correlacionado con los valores de las otras variables evaluadas en la segunda medición de las escalas STAI, PANAS, HAD y ESSR.

Se ha realizado un análisis estadístico a través de correlaciones de Pearson (y significación bilateral) entre los resultados de la escala de pesimismo defensivo (RDPQ) de la primera medición y las variables de la segunda medición: ansiedad estado y rasgo, las distintas subescalas somáticas y su total, el afecto tanto negativo como positivo y la ansiedad y depresión de la escala hospitalaria.

También se ha realizado una ANOVA de un factor para comparar las medidas en las medidas anteriores entre los grupos extremos de pesimismo defensivo: los participantes con un centil ≤ 25 (41, n=30) y los participantes con un centil ≥ 75 (55, n=30). Las variables dependientes que hemos introducido han sido el afecto positivo y negativo, depresión y ansiedad de la escala hospitalaria, síntomas somáticos y, por último, ansiedad estado y ansiedad rasgo. En esta investigación se seleccionaron los estudiantes que puntuaron por encima del centil 75 de la escala pesimismo defensivo o por debajo del centil 25 dando así los extremos de la muestra.

4. Resultados

4.1- ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES EVALUADAS

A continuación, en la Tabla 1 se pueden observar la media y desviación típica, junto con los valores máximos y mínimos, de los diferentes cuestionarios utilizados.

Tabla 1: Medias, desviaciones típicas, mínimos y máximos de las escalas en los distintos cuestionarios

Cuestionarios	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Ansiedad rasgo	0	52	22,73	11,11
Ansiedad estado	0	55	18,23	10,96
SS. Inmunológicos	0	25	8,054	4,92
SS. Cardiovascular	0	21	4,75	4,73
SS. Respiratorio	0	33	9,036	6,36
SS. Gastrointestinal	0	24	12,61	6,24
SS. Neurosensorial	0	21	5,70	4,70
SST. Músculo-esquelético	0	33	10,26	6,14
SS. Piel-alergia	0	28	10,59	6,46
SS. Genito-uritarios	0	33	5,74	6,26
SS. Reproductor femenino	0	27	11,34	7,59
SS. Totales	11	193	78,88	36,43
Afecto positivo	17	50	34,72	6,68
Afecto negativo	10	33	18,12	5,48
Ansiedad hospitalaria	0	24	6,66	3,70
Depresión hospitalaria	0	23	2,55	3,19
Subescala de pesimismo(PD)	4	28	14,84	4,13
Subescala de reflexibilidad(PD)	10	56	32,95	7,67
Total Pesimismo defensivo	15	83	47,81	10,46
Pesimismo Defensivo centil	1	2	1,51	0,50

Síntomas somáticos (SS), Pesimismo defensivo (PD).

4.2.- CORRELACIONES ENTRE LAS PUNTUACIONES TOTALES DEL PESIMISMO DEFENSIVO Y LAS DISTINTOS CUESTIONARIOS

Como puede observarse en la Tabla 2, se han encontrado correlaciones positivas significativas entre los niveles totales de pesimismo defensivo y la ansiedad rasgo, ansiedad estado, afecto negativo y la sintomatología cardiovascular. Con esto podemos afirmar que al aumentar el pesimismo defensivo aumentan los niveles de ansiedad rasgo y estado, la afectividad negativa y el número e intensidad de los síntomas cardiovasculares autoinformados.

Tabla 2: Correlaciones entre las puntuaciones totales de la escala de pesimismo defensivo evaluado en el primer año de estudios y las demás variables evaluadas cuando los estudiantes llegaron al cuarto año.

	Correlación Pearson	(Sig. bilateral)
SS. Inmunológicos	,114	,235
SS. Cardiovasculares	,200*	,036*
SS. Respiratorios	-,035	,715
SS. Gastrointestinal	,144	,133
SS. Neurosensorial	,089	,356
SS. Músculo-esquelético	,104	,280
SS. Piel-alergia	,113	,242
SS. Genito-urinario	,036	,707
SS. Reproductor femenino	,162	,097
SS. Totales	,130	,186
Ansiedad rasgo	,469**	,000**
Ansiedad estado	,290**	,000**
Afecto positivo	-,098	,307
Afecto negativo	,263**	,006**
Ansiedad hospitalaria	,177	,066
Depresión hospitalaria	,041	,670

Síntomas somáticos (SS)

4.3.- CORRELACIONES DE LA SUBESCALA PESIMISTA DEL PESIMISMO DEFENSIVO CON LOS DISTINTOS CUESTIONARIOS

Como puede observarse en la Tabla 3, se han encontrado correlaciones significativas entre los niveles de la subescala pesimista del pesimismo defensivo y los síntomas somáticos inmunológicos, síntomas somáticos gastro-intestinal, síntomas somáticos piel-alergia, síntomas somáticos reproductor femenino, el total de los síntomas somáticos, ansiedad rasgo, ansiedad estado, afectividad negativa y ansiedad de la escala hospitalaria. Además, se puede observar una relación negativa marginal ($p= 0,051$) con la afectividad positiva. Con esto podemos afirmar que al aumentar el pesimismo aumentan los niveles de ansiedad rasgo y estado, la afectividad negativa y el número e intensidad de los síntomas inmunológicos, gastro-intestinales, piel-alergia, reproductor femenino.

Tabla 3: Correlaciones entre la subescala pesimista del pesimismo defensivo evaluado en el primer año de estudios y las demás variables evaluadas cuando los estudiantes llegaron al cuarto año.

	Correlación Pearson	(Sig. bilateral)
SS. Inmunológicos	,210*	,028
SS. Cardiovasculares	,160	,095
SS. Respiratorios	,073	,449
SS. Gastro-intestinal	,195*	,041
SS. Neurosensorial	,061	,524
SS. Músculo-esqueléticos	,054	,573
SS. Piel-alergia	,214*	,025
SS. Genito-urinario	,134	,162
SS. Reproductor femenino	,242*	,013
SS. Totales	,216*	,027
Ansiedad rasgo	,490**	,000
Ansiedad estado	,325**	,000
Afectividad positiva	-,187	,051
Afectividad negativa	,383**	,000
Ansiedad hospitalaria	,235*	,014
Depresión hospitalaria	,102	,290

Síntomas somáticos (SS)

4.4.- CORRELACIONES DE LA SUBESCALA REFLEXIBILIDAD DEL PESIMISMO DEFENSIVO CON LOS DISTINTOS CUESTIONARIOS

Como puede observarse en la Tabla 4, se han encontrado correlaciones positivas significativas entre los niveles de la subescala de reflexibilidad del pesimismo defensivo y la ansiedad rasgo y la ansiedad estado. Además, se puede observar una relación negativa marginal ($p= 0,057$) con los síntomas somáticos cardiovasculares. Con esto podemos afirmar que al aumentar la reflexibilidad del pesimismo defensivo aumentan los niveles de ansiedad rasgo y estado.

Tabla 4: Correlaciones entre las puntuaciones de la subescala de reflexibilidad del pesimismo defensivo evaluado en el primer año de estudios y las demás variables cuando los estudiantes llegaron al cuarto año.

	Correlación Pearson	(Sig. bilateral)
SS. Inmunológicos	,036	,712
SS. Cardiovasculares	,182	,057
SS. Respiratorios	-,092	,342
SS. Gastro-intestinal	,085	,375
SS. Neurosensorial	,086	,370
SS. Músculo-esquelético	,111	,247
SS. Piel-alergia	,031	,747
SS. Genito-urinario	-,028	,775
SS. Reproductor femenino	,081	,409
SS. Totales	,051	,603
Ansiedad rasgo	,370**	,000
Ansiedad estado	,218**	,000
Afectividad positiva	-,027	,778
Afectividad negativa	,140	,145
Ansiedad hospitalaria	,107	,268
Depresión hospitalaria	-,002	,981

Síntomas somáticos (SS)

4.5.-ANOVA DE UN FACTOR PARA EL ANÁLISIS DE DIFERENCIAS DE MEDIAS ENTRE LOS EXTREMOS DEL PESIMISMO DEFENSIVO.

Se ha realizado una ANOVA de un factor, (participantes con puntuaciones iguales o menores al centil 25 y participantes con puntuaciones iguales o mayores al centil 75). En la Tabla 4 se muestran las medias, desviaciones típicas, y resultados de los ANOVAS realizados.

Tabla 4: Descriptivos de ANOVA de un factor

	Media	Desviación típica	Error típico	Mínimo	Máximo
SS. Inmunológicos					
Bajo PD	7,20	4,26	0,78	0	16
Alto PD	8,67	5,94	1,09	0	25
Total	7,93	5,18	0,67	0	25
SS. Cardiovasculares					
Bajo PD	3,07	3,25	0,59	0	13
Alto PD	5,43	6,03	1,10	0	20
Total	4,25	4,95	0,64	0	20
SS. Respiratorios					
Bajo PD	7,70	3,98	0,73	1	15
Alto PD	7,62	6,16	1,14	1	26
Total	7,66	5,12	0,67	1	26
SS. Gastro-intestinales					
Bajo PD	11,40	5,85	1,07	0	23

Alto PD	13,13	6,63	1,21	0	23
Total	12,27	6,26	0,81	0	23
SS. Neurosensorial					
Bajo PD	5,30	4,71	,86	0	21
Alto PD	5,70	4,68	,85	0	16
Total	5,50	4,66	,60	0	21
SS. Músculo-esquelético					
Bajo PD	9,53	6,56	1,20	0	33
Alto PD	10,28	5,77	1,05	1	24
Total	9,91	6,14	0,79	0	33
SS. Piel-alergia					
Bajo PD	8,73	6,30	1,15	1	28
Alto PD	11,36	6,67	1,21	0	28
Total	10,05	6,57	0,85	0	28
SS. Genito-urinario					
Bajo PD	6,50	6,28	1,15	0	28
Alto PD	5,53	7,57	1,38	0	33
Total	6,02	6,91	0,89	0	33
SS. Reproductor femenino					
Bajo PD	9,90	7,85	1,46	0	25
Alto PD	12,39	7,87	1,49	0	25
Total	11,12	7,89	1,05	0	25
SS. Total					
Bajo PD	71,07	34,47	6,40	18	188
Alto PD	80,90	38,65	7,44	11	165
Total	75,81	36,55	4,89	11	188
Ansiedad rasgo					
Bajo PD	17,36	10,11	1,22	1	39
Alto PD	29,40	10,08	1,14	10	52
Total	23,748	11,73	0,97	1	52
Ansiedad estado					
Bajo PD	14,68	10,77	1,21	1	47
Alto PD	22,68	11,03	1,20	0	55
Total	18,83	11,59	0,90	0	55
Afectividad positiva					
Bajo PD	34,90	7,02	1,28	17	47
Alto PD	34,03	6,52	1,19	20	47
Total	34,47	6,73	0,87	17	47
Afectividad negativa					
Bajo PD	16,63	4,90	0,89	10	31
Alto PD	19,37	5,76	1,05	10	30
Total	18,00	5,48	0,71	10	31
Ansiedad hospitalaria					
Bajo PD	5,53	2,87	0,52	1	13
Alto PD	6,83	3,46	,63	1	15
Total	6,18	3,22	,42	1	15
Depresión hospitalaria					
Bajo PD	2,30	2,95	0,54	0	11
Alto PD	2,37	2,37	0,43	0	8
Total	2,33	2,65	0,34	0	11

Síntomas somáticos (SS), Pesimismo defensivo (PD)

Posteriormente, observando la Tabla 5 podemos ver como se han encontrado diferencias significativas en las variables ansiedad estado y ansiedad rasgo. Además, se observan diferencias marginalmente significativas en cuanto al afecto negativo ($p = 0,052$) y síntomas cardiovasculares ($p=0,063$). Por lo tanto, hemos encontrado diferencias significativas entre los dos grupos extremos en estas variables, esto quiere decir que un sujeto extremadamente pesimista defensivo va a tender a presentar una mayor ansiedad estado y rasgo y mayores niveles de sintomatología cardiovascular en comparación con una persona con un bajo pesimismo defensivo.

Tabla 5: Resultados de los ANOVAS realizados

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
SS. Inmunológico	Inter-grupos	32,27	1	32,27	1,21	,277
	Intra-grupos	1551,47	58	26,75		
SS. Cardiovascular	Inter-grupos	84,02	1	84,02	3,59	,063
	Intra-grupos	1359,23	58	23,44		
SS. Respiratorio	Inter-grupos	0,09	1	,09	0,00	,953
	Intra-grupos	1521,12	57	26,67		
SS. Gastro-intestinal	Inter-grupos	45,07	1	45,07	1,15	,287
	Intra-grupos	2264,67	58	39,05		
SS. Neurosensorial	Inter-grupos	2,40	1	2,40	0,11	,742
	Intra-grupos	1276,60	58	22,01		
SS. Músculo esquelético	Inter-grupos	8,36	1	8,36	0,219	,641
	Intra-grupo	2212,48	58	38,15		
SS. Piel-alergia	Inter-grupos	103,73	1	103,73	2,47	,122
	Intra-grupos	2439,17	58	42,06		
SS. Genito-urinario	Inter-grupos	14,02	1	14,02	0,29	,593
	Intra-grupos	2806,97	58	48,40		
SS. Reproductor femenino	Inter-grupos	88,77	1	88,77	1,44	,236
	Intra-grupos	3399,37	55	61,8		
SS. Total	Inter-grupos	1351,26	1	1351,26	1,01	,319
	Intra-grupos	72111,08	54	1335,39		
Ansiedad Rasgo	Inter-grupos	5303,07	1	5303,07	52,04	,000**
		14776,6	145	101,91		

Intra-grupos						
Ansiedad estado	Inter-grupos	2619,70	1	2619,71	22,02	,000**
	Intra-grupos	19269,51	162	118,95		
Afecto positivo	Inter-grupos	11,27	1	11,27	0,25	,622
	Intra-grupos	2659,67 2670,93	58 59	45,86		
Afecto negativo	Inter-grupos	112,34	1	112,34	3,934	,052
	Intra-grupos	1656,27	58	28,56		
Ansiedad hospitalaria	Inter-grupos	25,35	1	25,35	2,502	,119
	Intra-grupos	587,63	58	10,13		
Depresión hospitalaria	Inter-grupos	0,07	1	,07	,009	,923
	Intra-grupos	415,27	58	7,16		

Síntomas somáticos (SS)

5. Discusión y conclusiones

Uno de los objetivos de este estudio era conocer la relación entre el pesimismo defensivo con diversas variables relacionadas con la afectividad y el informe de sintomatología somática. Además, como punto fuerte del estudio, esta asociación se ha evaluado de forma longitudinal realizando un seguimiento de un mínimo de 3 años en todos los participantes. En cuanto a la puntuación total del pesimismo defensivo, como a su subescala pesimista y subescala de flexibilidad también se han encontrado relación tanto con la ansiedad rasgo y estado, como se esperaba en los objetivos. Además, de tener una relación positiva la subescala pesimista con la ansiedad del cuestionario hospitalario.

Con los datos observados en los resultados podemos concluir que el pesimismo defensivo tiene una relación positiva con la ansiedad rasgo, ansiedad estado, que es lo que se esperaba ya que, como vimos en la fundamentación teórica, se utiliza como una estrategia para que su ansiedad no afecte a su rendimiento (Norem & Cantor, 1986a). Por ello se esperaba que fuesen personas con un mayor grado de ansiedad tanto rasgo y estado como se ha comprobado. Además, como muestran los análisis de medias entre los grupos con puntuaciones extremas, las personas con un grado alto en pesimismo defensivo presentan una mayor ansiedad estado y rasgo en comparación con una persona que tiene un bajo grado en pesimismo defensivo.

En cuanto a afecto positivo y negativo, se ha comprobado que el pesimismo defensivo (tanto su puntuación total como la subescala pesimista) tiene una relación

positiva con el afecto negativo, como vimos anteriormente en la teoría se indicaba que el afecto negativo se podía utilizar como una motivación para motivarse en sus tareas (Norem, 2008), por lo tanto, ha salido como esperábamos. Pero, esperábamos que tuviera una relación negativa con el afecto positivo cosa que casi hemos observado en los resultados de la tabla 3 con la subescala pesimista donde la afectividad positiva tiene casi una relación negativa con el pesimismo defensivo. Ya que un pesimista defensivo con afecto positivo, esto hace, que su rendimiento decaiga al perder la motivación.

En cuanto a síntomas somáticos se han hallado indicios que señalan una relación entre el pesimismo defensivo (puntuación de la subescala pesimista) con los síntomas somáticos inmunológicos, con los síntomas somáticos cardiovasculares y, en menor medida con los síntomas somáticos gastrointestinales, en los de piel-alergia, en mayor medida los síntomas somáticos reproductor femenino y con los síntomas somáticos en general. En la teoría encontrábamos indicios de una relación del pesimismo defensivo con la sintomatología informada (Cantor y cols., 1987), por lo que confirma lo que nos esperábamos en los objetivos.

En cuanto a la depresión no se ha encontrado indicios que revelen una relación entre el pesimismo defensivo ni con ninguna de sus escalas. En la teoría había investigaciones que avalaban a una relación positiva del pesimismo defensivo (Hummer y cols., 1992). y la depresión y otras que afirmaban todo lo contrario (Hosogoshi, 2006; Norem, 2006; Showers & Ruben, 1990; Tomaya, 2005). Por lo que podemos afirmar ningún indicio de relación entre estos.

Como conclusión, el pesimismo defensivo es una estrategia de afrontamiento donde suele ser usada personas con un cierto grado de ansiedad para que esta no repercuta en su funcionamiento. Como observamos en la fundamentación teórica, en otras investigaciones se ha hallado una relación positiva con la ansiedad y con el afecto negativo y diversos síntomas somáticos informados, y, por otro lado, una relación negativa con el afecto positivo, ya que sin la señal o motivación del afecto negativo los pesimistas defensivos no activarían esta estrategia y disminuiría su rendimiento. Además de una relación negativa con el afecto positivo. Hemos coincidido en estas investigaciones la relación del pesimismo defensivo con la ansiedad, los síntomas somáticos, sobre todo los cardiovasculares, y el afecto negativo, además, de no tener una clara relación con la depresión. Sin embargo, en nuestro estudio no se han encontrado relaciones negativas significativamente en cuanto al afecto positivo. En relación con el grado de flexibilidad,

la persona piensa su conducta antes de realizarla, del pesimismo defensivo suele tener una cierta relación con algunos síntomas somáticos como los inmunológicos, gastrointestinales, del reproductor femenino y los relacionados con las alergias y la piel.

En cuanto a otros estudios longitudinales he encontrado un par de investigaciones ya comentadas en la introducción. Una de ellas en la cual se llevó a cabo con tres grupos de estudiantes universitarios de primer año y posteriormente, se les volvieron a evaluar a los 3 años. Los tres grupos eran optimistas estratégicos, pesimistas defensivos y alumnos ansiosos. Este estudio se centró en el tema de la autoestima (Norem y Andreas Burdzovic, 2007). Y, la otra investigación se basó en comparar el rendimiento de los pesimistas defensivos con los optimistas estratégicos, con una medición el primer año de universidad y otra medición al tercer año. Los pesimistas defensivos tuvieron un rendimiento ligeramente menor al tercer año de universidad, y un mayor estrés (Cantor y Norem, 1989). A pesar de todos estos estudios no he encontrado un estudio longitudinal que mida las mismas variables que hemos medido en este estudio, es decir, estudiar las relaciones del pesimismo defensivo en el primer año de universidad con las variables de ansiedad, depresión, afectividad y síntomas somáticos al cuarto año de universidad. Por esto, nuestra investigación es pionera en observar las relaciones existentes entre pesimismo defensivo y las diversas variables ya comentadas y poder conocer los posibles efectos del pesimismo defensivo a los estudiantes universitarios.

6. Bibliografía

Baumeister, R. F. & Vohs, K. D. (2004). *Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications*. New York: Guilford Press.

Baumgardner, A. H. & Brownlee, E. A. (1987). Strategic failure in social interaction: Evidence for expectancy disconfirmation processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 525-535.

Brydon, L., Walker, C., Wawrzyniak, A. J., Chart, H. & Syeptom, A. (2009). Dispositional optimism and stress-induced changes in immunity and negative mood. *Behavioral and Immunity*, 6, 810-816.

Cantor, N., Norem, J. K., Niedenthal, P. M., Langston, C. A. & Brower, A. M. (1987). Life tasks, self-concept ideals and cognitive strategies in a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1178-1191.

Cantor, N. (1990). From thought to behavior: 'Having' and 'doing' in the study of personality and cognition. *American Psychologist*, 45, 735-750.

Cropley, A.J. & Weckowicz, T.E. (1966). The dimensionality of clinical depression. *Australian Journal of Psychology*, 18, 18-25.

Dember, W.N. & Brooks, J. (1989). A new instrument for measuring optimism and pessimism: Test-retest reliability and relations with happiness and religious commitment. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 27, 365-266.

Elliot, A. J. & Church, M. A. (2003). A motivation analysis of defensive pessimism and self-handicapping. *Journal of Personality*, 71, 369-396.

Eronen, S., Nurmi, J. E. & Salmela Aro, K. (1998). Optimistic, defensive-pessimistic, impulsive and self-handicapping strategies in university environments. *Learning and Instruction*, 8, 159-177.

Fernández, E. & Bermúdez, J. (1999). Estructura factorial del Optimismo y el Pesimismo. *Boletín de Psicología*, 63, 7-26.

Garcia, T. (1995). The role of motivational strategies in self-regulated learning. In P. R. Pintrich (Ed.), *New Directions for Teaching and Learning* (Vol. 63, pp. 29-42). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.

Goodhart, D.E. (1985). Some psychological effect associated with positive and negative thinking about stressful event outcomes: Was Pollyanna right? *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 216-232.

Hosogoshi, H. K. M. (2006). Examination of psychological well-being and subjective well-being in defensive pessimists. *Japanese Journal of Psychology*, 77, 141–148.

Hoyle, R. H. (2006). Personality and self-regulation: Trait and information-processing perspectives. *Journal of Personality*, 74, 1507–1526.

Koopmans, T. A., Geleijnse, J. M., Zitman, F. G. & Giltay, E. J. (2010). Effects of happiness on all-cause mortality during 15 years of follow-up: The Arnhem Elderly Study. *Journal of Happiness Studies*, 11, 113-124.

Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Uranos.

Martin, A. J., Marsh, H. W. & Debus, R. L. (2001). Self-handicapping and defensive pessimism: Exploring a model of predictors and outcomes from a self-protection perspective. *Journal of Education Psychology*, 93, 87–102.

Melchior, L. A. & Cheek, J. M. (1990). Shyness and anxious self-preoccupation during a social interaction. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 117–130.

Mustaca, A.E., Kamenetzky, G. & Vera-Villaruel, P. (2010). Relaciones entre variables positivas y negativas en una muestra de estudiantes argentinos. *Revista Argentina de Clínica y Psicología*, 19, 227-235.

Norem, J.K. & Cantor, N. (1986a). Anticipatory and post hoc cushioning strategies: Optimism and defensive pessimism in “risky” situations. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 347-362.

Norem, J. K. & Cantor, N. (1986b). Defensive pessimism: Harnessing anxiety as motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1208–1217.

Norem, J. K. (1989). Cognitive strategies as personality: Effectiveness, specificity, flexibility and change. In D. M. B. N. Cantor (Ed.), *Personality Psychology: Recent Trends and Emerging Directions* (pp. 45–60). New York: Springer-Verlag.

Norem, J. K. & Illingworth, K. S. S. (1993). Strategy-dependent effects of reflecting on self and tasks: Some implications of optimism and defensive pessimism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 822–835.

Norem, J.K. (2000). Defensive pessimism, optimism and pessimism. In E.C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research and practice*, 77-98. Washington, D. C.: APA Press.

Norem, J.K. (2001). *The positive power of negative thinking: Using defensive pessimism to harness anxiety and perform at your peak*. Cambridge, MA: Perseus Books Group.

Norem, J.K. (2001) Defensive pessimism, and pessimism. En E.C. Chang (Ed.). *Optimism and pessimism. Implications for theory, research and practice*, (pp. 77-100). Washington: American Psychological Association.

Norem, J. K. (2006). Defensive pessimism: Positive past, anxious present, and pessimistic future. In L. Sanna & E. C. Chang (Eds.), *Judgments over Time: The Interplay of Thoughts, Feelings, and Behaviors* (pp. 34–46). Oxford, UK: Oxford University Press.

Norem, J. K. (2007). Defensive pessimism as a positive self-critical tool. In E. C. Chang (Ed.), *Self-Criticism and Self-Enhancement: Theory, Research, and Clinical Implications* (pp. 89–104.). Washington, DC: American Psychological Association Press.

Norem, J. K. (2008). Defensive pessimism, anxiety, and the complexity of evaluating self-regulation. *Social and Personality Psychology Compass*, 2, 121–134.

Pavez, P., Mena, L. & Vera-Villaruel, P. (2012). El rol de la felicidad y el optimismo como factor protector de la ansiedad. *Universitas Psychologica*, 11(2), 370-376.

Peterson, C. & Seligman M.E (1984). Casual explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychologist Review*; 91: 347-74.

Piqueras, J.A., Kuhne, W., Vera-Villaruel, P., van Straten, A. & Cuijpers, P. (2011) Happiness and health behaviours in chilean college students: A cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 11. doi:10.1186/1471-2458-11-443.

Puskar, K., Ren, D., Bernardo, L. M., Haley, T. & Stark, K. H. (2008). Anger correlated with psychosocial variables in rural youth. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 3, 71-87.

Sandín B & Chorot P.: Escala de Síntomas Somáticos-Revisada (ESS-R). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (policopiado), 1995.

Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.

Scheier, M. & Carver, C. (1985). Optimism, pessimism and Health: assessment and implication of generalized outcomes expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.

Schoneman, S. W. (2002). The role of the cognitive coping strategy of defensive pessimism within the social-evaluative continuum. *Dissertation Abstracts International*, 63, 3024.

Seligman, M.E. (2003). La auténtica felicidad Barcelona. Madrid España: Verg.

Seligman, M.E. (1998). Aprenda optimismo. Madrid: Grijalbo.

Showers, C. & Ruben, C. (1990). Distinguishing defensive pessimism from depression: Negative expectations and positive coping mechanisms. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 385 –399.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (2008). STAI. *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo* (7ª ed. rev.). Madrid: TEA

Tomaya, M. (2005). Influence of cognitive strategies on test coping strategies and academic achievement: Defensive pessimism and strategic optimism. *Japanese Journal of Educational Psychology*, 53, 220–229.

Valle, A., Nuñez, J. C., Gabanach, R. G., Rodriguez, S., Gonzalez-Pienda, J. A. & Rosario, P. (2007). Metas académicas y estrategias motivacionales de autoprotección. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 5(3), 619-627.

Vera-Villarroel, P., Celis-Atenas, K. & Córdova-Rubio, N. (2011). Evaluación de la Felicidad: análisis psicométrico de la Escala de Felicidad Subjetiva en población chilena. *Terapia Psicológica*, 29, 127-133.

Vittorio, G., Fagnani, C., Alessandri, G., Steca, P., Gigantesco, A., Cavalli, L. & et al. (2009). Human optimal functioning: The genetics of positive orientation towards self, life, and the future. *Behavior Genetics*, 39, 277-284.

Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988a). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

Zigmond, A. S. & Snaith, R.P. (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatrica Scandinavica* 67: 361-370.

Žužul, T. (2008). Defensive pessimism. *Suvremena psihologija*, 11(1), 73-75.