

PESIMISMO DEFENSIVO, OPTIMISMO Y ADAPTACIÓN AL DOLOR CRÓNICO

María Flores-López, Elena R. Serrano-Ibáñez, Carmen Ramírez-Maestre, Alicia E. López-Martínez, Gema T. Ruiz-Párraga y Rosa Esteve

¹Universidad de Málaga; Andalucía Tech; Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (España)

Resumen

El objetivo principal de este estudio fue contrastar empíricamente si el pesimismo defensivo en interacción con la ansiedad rasgo se asociaba con una mejor adaptación al dolor crónico (operacionalizada como mayor bienestar), mejor nivel de funcionamiento cotidiano y menor deterioro en 258 pacientes con dolor crónico musculoesquelético. Se realizaron tres análisis de regresión jerárquica por pasos. Los resultados mostraron que el pesimismo defensivo en interacción con la ansiedad rasgo presentaba una asociación estadísticamente significativa con el bienestar. Por otra parte, se observó que el optimismo disposicional se asociaba significativamente con un mejor funcionamiento y mayor bienestar. Se discute el papel fundamental que juega el optimismo disposicional en la adaptación al dolor crónico y se plantea cómo el pesimismo defensivo y el optimismo podrían convivir en un mismo individuo, entendiendo el pesimismo defensivo como una estrategia cognitiva para enfrentar una tarea concreta y el optimismo disposicional como expectativas positivas generalizadas. Se reflexiona sobre las implicaciones clínicas de estos hallazgos.

PALABRAS CLAVE: *pesimismo defensivo, dolor crónico, optimismo disposicional, ansiedad rasgo.*

Abstract

The main aim of this study was to investigate whether defensive pessimism in interaction with trait anxiety was associated with better adaptation to chronic pain operationalized as greater well-being, a higher level of daily functioning, and less disability. The sample comprised 276 patients with chronic musculoskeletal pain. Three hierarchical stepwise regression analyses were performed. Statistically significant associations were found between defensive pessimism in interaction with trait anxiety and well-being, and between dispositional optimism and better functioning and greater well-being. The central role of dispositional optimism in adaptation to chronic pain is discussed. We speculate that defensive pessimism and optimism could coexist in the same individual, understanding defensive pessimism as a cognitive strategy aimed at managing a specific task, and

dispositional optimism as generalized positive expectations. The clinical implications of these findings are discussed.

KEY WORDS: *defensive pessimism, chronic pain, dispositional optimism, trait anxiety.*

Introducción

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como una experiencia desagradable compleja que comprende factores sensoriales y emocionales (Merskey, 1986). Cuando el dolor persiste en el tiempo pierde su valor como señal de alarma y se convierte en una patología en sí mismo (Treede *et al.*, 2015) considerándose crónico cuando se mantiene de forma continua o recurrente más de tres meses (Merskey y Bogduk, 1994). El dolor crónico musculoesquelético se define como aquel que tiene su origen en una enfermedad que afecta directamente a los huesos, las articulaciones o los tejidos blandos adyacentes (Treede *et al.*, 2015). Uno de los estudios más reciente con los que contamos respecto a la prevalencia del dolor crónico en España (Langley *et al.*, 2011) revela que el dolor músculoesquelético es el que muestra una prevalencia más elevada, concretamente de 60,53% para el dolor de espalda, 40,21% para el dolor articular, 28,62% para el dolor en el cuello, dolor en el hombro el 23,27% y dolor asociado con la artritis 16,61%. Sin embargo, la experiencia de dolor no puede explicarse solo mediante variables biomédicas, pues los factores psicológicos y sociales desempeñan un rol fundamental (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs y Turk, 2007, Fernández-Castillo y Vílchez-Lara, 2007).

Entre los factores psicológicos destacan las variables disposicionales, las cuales influyen en la forma en que las personas se enfrentan a la experiencia del dolor crónico. Algunas de estas características relativamente estables facilitarán la adaptación al dolor, mientras que otras la harán más difícil e incluso podrían llegar a impedirlo (Ramírez-Maestre y Esteve, 2013).

Entre las variables disposicionales facilitadoras, numerosos estudios ponen de manifiesto que los pacientes con dolor crónico que poseen niveles elevados de optimismo presentan menos pensamientos catastrofistas y también mayor bienestar y satisfacción vital (Barnett y Martínez, 2015; Carver, Scheier y Segerstrom, 2010; Ferreira y Sherman, 2007; Goodin, Bier y McGuire, 2009; Goodin *et al.*, 2013; Schwartz, Stein, Sha y Sonty, 2011; Wright *et al.*, 2011). Matusiewicz y Krzyszkowska (2009) en una muestra de pacientes con dolor crónico hallaron que el optimismo disposicional estaba asociado con un locus de control interno del dolor y con un mejor funcionamiento en las actividades de la vida cotidiana. En la misma línea, en el trabajo realizado por Ramírez-Maestre, Esteve y López-Martínez (2012) se observó que el optimismo se asociaba positivamente con el uso de estrategias de afrontamiento activas, que a su vez se relacionaban con menor dolor percibido, mayor nivel de funcionamiento y menor deterioro en las actividades de la vida cotidiana. También se halló que el pesimismo disposicional favorecía el uso de estrategias pasivas de afrontamiento, las cuales estaban ligadas a mayores niveles de dolor percibido, peor

funcionamiento en la vida cotidiana y mayor deterioro en las distintas áreas de la vida de los pacientes (Ramírez-Maestre *et al.*, 2012). Otra investigación ha mostrado que los pacientes cuyo patrón de actividad se caracterizaba por una alta persistencia en la tarea y una baja evitación, a su vez poseían puntuaciones más elevadas en optimismo y una mejor adaptación general (Esteve *et al.*, 2017). En el estudio de Finan, Zautra y Tennen (2008), realizado en una muestra compuesta por personas que sufrían artritis reumatoide, se encontró que los pacientes con mayores niveles de ansiedad eran menos precisos y más pesimistas en cuanto a sus interpretaciones de las sensaciones dolorosas, a diferencia de lo que ocurrían en los pacientes más optimistas (Finan *et al.*, 2008). Según lo expuesto hasta el momento, puede concluirse que el optimismo y el pesimismo están relacionados con la adaptación al dolor crónico, facilitándola o dificultándola respectivamente.

Recientemente, algunos estudios están poniendo en tela de juicio que el optimismo siempre tenga consecuencias beneficiosas para la salud. Swenny y Shepperd (2010) señalan que cuando se habla de los costes del optimismo y de los beneficios del pesimismo es fundamental considerar el momento y la situación en la que se está usando cada uno de estos estilos cognitivos. Los resultados de su estudio muestran que los optimistas que tenían expectativas más positivas respecto a los resultados de su actuación, tras la realización de la tarea, experimentaron mayor decepción y más afecto negativo cuando el resultado no era el esperado. En cambio, los pesimistas que mantuvieron expectativas negativas antes y después de la realización de la tarea, informaron de un menor afecto negativo y menor decepción tras ver los resultados obtenidos. En conclusión, parece que en algunas ocasiones los costos afectivos de las expectativas positivas superan sus beneficios.

Resultados como los informados por Swenny y Shepperd (2010) han llevado a que en los últimos años se investigue el papel de otros estilos cognitivos, como es el caso del pesimismo defensivo. El pesimismo defensivo es un estilo cognitivo formado por dos componentes: las expectativas negativas, referidas a la preocupación de los individuos respecto a las posibles dificultades con las que pueden encontrarse, y la reflexividad, a través de la cual las personas dilucidan cómo pueden prevenir esos posibles obstáculos (Araújo, Soares, Silva, Pereira y Macedo, 2015; Norem y Chang, 2002). El trabajo de Araújo *et al.* (2015) se centra en la relación existente entre el pesimismo defensivo y la salud psicológica, mostrando que la alta reflexividad es fundamental para que el individuo genere alternativas y encuentre una manera efectiva de afrontamiento; por su parte, parece que las expectativas negativas actúan como “escudo protector” ante el posible fracaso. Otro aspecto relevante, es la relación que guarda el pesimismo defensivo con el afecto. Se ha observado que a diferencia de los optimistas, los pesimistas defensivos ven perjudicado su desempeño en las tareas cuando se les intenta inducir un estado de ánimo positivo, cuando no se les permite reflexionar sobre las posibles consecuencias de sus conductas y cuando se les induce relajación a través de técnicas de imaginación, efecto totalmente contrario al experimentado por los optimistas, los cuales se benefician de experimentar afecto positivo, no necesitan reflexionar sobre las posibles consecuencias de sus conductas y además, no se observa interferencia negativa en el desempeño de sus tareas por la práctica de técnicas de imaginación que inducen relajación (Norem y

Illigworth, 2004; Spencer y Norem, 1996). En el mismo sentido, Seery, West, Weisbuch y Blascovich (2008) muestran que los pesimistas defensivos utilizan el afecto negativo para realizar eficazmente las tareas. La ansiedad y la amenaza percibida les inducen a pensar en las posibles consecuencias negativas, lo cual hace que aumente su motivación lo que, a su vez, les lleva a preparar posibles soluciones para conseguir evitar estas consecuencias. En conclusión, el pesimismo defensivo es una estrategia cognitiva que usan los individuos con altos niveles de ansiedad ante situaciones que interpretan cómo desafiantes y que hace que mejoren su rendimiento o que experimenten más éxito (Norem y Cantor, 1985; RoyChowdhury, 2016).

Cabe preguntarse si el constructo de pesimismo defensivo supone una aportación teórica o empírica respecto al concepto de optimismo disposicional. Como se muestra en el estudio de Norem (1986a), tanto las bajas expectativas sobre los resultados futuros como la reflexividad, contribuyen a minimizar el miedo al fracaso, la primera porque hace que el individuo tolere mejor la ansiedad y la segunda porque supone una tarea exhaustiva de solución de problemas (Norem y Cantor, 1986b). Además, a diferencia del optimismo, se ha encontrado que el pesimismo defensivo prepara a los individuos para enfrentarse a los posibles acontecimientos negativos que pudieran experimentar en un determinado momento (Norem y Chang, 2002). En el estudio de Suárez (2014) se intenta determinar si los estudiantes que usan el pesimismo defensivo o el optimismo disposicional utilizan distintas estrategias de aprendizaje y motivación. Encontraron una correlación positiva y significativa entre ambos estilos, lo cual significaría que un mismo estudiante podría ser pesimista defensivo u optimista, dependiendo de la situación a la que se enfrente. Por otra parte, ambos estilos cognitivos se relacionaron con altos niveles de motivación; el grupo de estudiantes en el que predominaba el uso del pesimismo defensivo era ligeramente más competente estratégicamente (gestión del tiempo y esfuerzo) y poseía niveles elevados de motivación, aunque algo más bajos que los estudiantes en los que predominaba el optimismo como estrategia cognitiva. En resumen, poseer expectativas positivas no parece que sea imprescindible para obtener buenos resultados.

El dolor crónico presenta una alta comorbilidad con ciertos trastornos del estado de ánimo y con los trastornos de ansiedad específicamente (Asmundson y Katz, 2009; McWilliams, Cox y Enns, 2003). Tal y como subraya el “modelo de miedo-evitación del dolor” (Vlaeyen y Linton, 2000), la ansiedad juega un papel central en las conductas de evitación que frecuentemente presentan los pacientes con dolor crónico. En algunos estudios realizados en muestras de pacientes que padecían síndrome de fatiga crónica o dolor crónico de espalda, se han observado puntuaciones elevadas en ansiedad rasgo, lo cual se asociaba con una deficiente adaptación a la enfermedad (Creswell y Charder, 2001; Lewis, Fowler, Woby y Holmes, 2012). En otro estudio, realizado con una muestra de pacientes con dolor musculoesquelético crónico, se observó que la ansiedad se relacionaba con una disminución de los niveles de autoeficacia percibida y con un aumento en la probabilidad de desarrollar depresión (Franklin, Smith y Fowler, 2015).

Por lo tanto, teniendo en cuenta que los individuos que sufren dolor crónico suelen presentar altos niveles de ansiedad y que, como se ha señalado, el

pesimismo defensivo es una estrategia cognitiva que usan los individuos con altos niveles de ansiedad que hace que mejoren su rendimiento, se propone la realización de un trabajo pionero cuyo principal objetivo es indagar si el pesimismo defensivo en interacción con la ansiedad rasgo se asocia con una mejor adaptación al dolor crónico, operacionalizada como mayor bienestar, mejor nivel de funcionamiento cotidiano y menor deterioro. Además, también se explorará si, controlado el optimismo disposicional, el pesimismo defensivo supone una aportación significativa en la explicación de la varianza de la adaptación de los pacientes. Se espera que el pesimismo defensivo en interacción con la ansiedad rasgo se asocie con una mejor adaptación al dolor crónico en términos de bienestar, funcionamiento y deterioro.

Método

Participantes

Se invitó a participar en el estudio a 388 pacientes, de los cuales 98 no accedieron a formar parte del mismo y 32 no cumplían los criterios de inclusión en la muestra. Finalmente, se contó con 258 pacientes con dolor crónico (209 mujeres y 49 hombres). La edad media de los participantes fue de 52 años ($DT=9,76$). Cuando se realizó la recogida de datos, el 71,30% de ellos estaban casados o conviviendo en pareja. En cuanto al empleo, el 38,90% eran trabajadores en activo, el 24,10% estaban jubilados, el 21,40% estaban en situación de desempleo, el 14,40% se dedicaban al cuidado del hogar y un 1,2% eran estudiantes. En cuanto a la formación académica, el 32,60% había completado la educación secundaria y el 39,50% había finalizado la educación primaria.

La media de la duración del dolor era de 12,38 años ($DT=18,30$) y la intensidad media era de 6,49 ($DT=1,40$). Los participantes padecían dolor musculoesquelético en diferentes localizaciones: las más frecuentes, fueron las afecciones generalizadas de dolor (44,52%) (fibromialgia, 28,27%, artrosis generalizada, 12,72% y otras afecciones, 3,52%), seguidas por dolor espinal (26,14%) (cervical, 3,53%, lumbar, 6,01% y en varias localizaciones de la espalda 16,61%), dolor en las extremidades superiores y en el hombro (15,19%) y dolor en las extremidades inferiores (14,13%).

Instrumentos

- a) Escala de unidades subjetivas de dolor. Se evaluó la intensidad del dolor mediante una escala de 0 ("sin dolor") a 10 ("el dolor más intenso que pudiera imaginarse"). Se pidió a los pacientes que indicaran la intensidad del dolor más leve, medio y más intenso que habían experimentado en las últimas dos semanas, además del dolor que sentían en el momento de la evaluación. El índice global de intensidad de dolor se obtuvo calculando la media aritmética entre las cuatro puntuaciones mencionadas (Jensen, Turner, Romano y Fisher, 1999). Esta escala es de uso generalizado y ha demostrado

- su validez en distintas poblaciones de pacientes con dolor crónico (Jensen, Karoly, Turk y Melzack, 2001).
- b) "Test de optimismo revisado" (*Life Orientation Test Revised*, LOT-R; Scheier y Carver, 1985), versión en español de Fernández y Bermúdez (1999). Este instrumento evalúa optimismo disposicional, que hace referencia a expectativas positivas generalizadas de resultado, es decir, la creencia de que el futuro depara más éxitos que fracasos (Scheier y Carver, 1985). El LOT-R consta de seis ítems, más cuatro de relleno para evitar sesgos. El modo de respuesta es una escala tipo Likert de cinco puntos. De estos seis ítems, tres están redactados en sentido positivo (optimista) y tres en sentido negativo (pesimista). La puntuación total del LOT-R presenta una consistencia interna notable ($\alpha= 0,85$), al igual que las subescalas de optimismo y pesimismo ($\alpha= 0,85$ y $\alpha= 0,70$ respectivamente). El LOT-R en su adaptación al español posee una validez de criterio adecuada. Dados los objetivos de este estudio, se utilizó la puntuación total en el instrumento en el que cuanto mayor es la puntuación mayor es el optimismo disposicional.
- c) "Inventario de deterioro y funcionamiento" (Ramírez-Maestre y Esteve, 2015). Este instrumento evalúa el nivel de actividad de los pacientes en diversas áreas (funcionamiento) y también permite determinar en qué medida los pacientes han abandonado la práctica de estas actividades debido al dolor (deterioro). El inventario consta de 30 ítems referidos cada uno a una actividad relacionada con las siguientes áreas: hogar, autonomía, tiempo libre y relaciones sociales. En primer lugar, se pregunta cuántas veces se ha realizado alguna de estas actividades durante la última semana (0= "nunca" a 4= "10 veces o más"). Si la respuesta del paciente es que nunca la ha hecho, se le pregunta si antes de aparecer el dolor la realizaba. El deterioro se mide como el número total de actividades que el individuo ha abandonado desde que padece dolor crónico. El instrumento proporciona un índice de funcionamiento diario y un índice de deterioro de la actividad, en ambos casos, cuanto mayor es la puntuación, más elevado es el funcionamiento y el deterioro respectivamente. Las dos escalas que integran el inventario poseen una adecuada consistencia interna (funcionamiento diario, $\alpha= 0,88$; deterioro. $\alpha= 0,97$).
- d) "Inventario de ansiedad estado-rasgo" (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Este inventario mide la ansiedad como condición emocional transitoria (estado) y la ansiedad como propensión ansiosa relativamente estable (rasgo) incluyendo ítems relativos a sus manifestaciones cognitivas, psicofisiológica y motoras. El STAI consta de 20 ítems cuyo modo de respuesta es una escala tipo Likert que va desde 0 ("casi nunca") a 3 ("casi siempre"). Un porcentaje de los ítems que forman el cuestionario están formulados de forma inversa, de manera que miden el bienestar o ausencia de ansiedad, evaluando el resto la presencia síntomas ansiosos. El instrumento cuenta con una consistencia interna elevada ($\alpha= 0,87$ y $\alpha= 0,93$) y la fiabilidad test-retest oscila entre $r= 0,81$ y $r= 0,93$ (Ortuno-Sierra, García-Velasco, Inchausti, Debbané y Fonseca-Pedrero, 2016). Cuanto mayor es la puntuación en ambas escalas, más elevadas son la ansiedad

- estado y rasgo respectivamente. Dados los objetivos de este estudio, únicamente se aplicó la escala de ansiedad rasgo.
- e) "Cuestionario de pesimismo defensivo" (*Defensive Pessimism Questionnaire*; Norem, 2002). Este cuestionario evalúa el grado en que un individuo, cuando persigue una meta importante, mantiene expectativas de éxito bajas a pesar de sus éxitos anteriores en la ejecución de esa tarea y dedica una energía considerable a reflexionar sobre todos los posibles obstáculos que puede encontrar en el logro de la meta y sobre cómo actuar para eliminarlos. El instrumento consta de 12 ítems cuyo modo de respuesta es una escala tipo Likert de siete puntos que va desde 1 ("no es cierto para mí") hasta 7 ("muy cierto para mí"). Lim (2009) realizó un análisis de la estructura de factores subyacentes y su relación con los motivos de logro. En español el instrumento se ha validado en una muestra de estudiantes y de pacientes con dolor crónico músculoesquelético (Ramírez-Maestre, Esteve, Serrano-Ibáñez, López-Martínez y Rivas-Moya, 2018). En ambas muestras se encontró que la estructura unidimensional era la más adecuada a diferencia de lo encontrado por Lim (2009). La adaptación al español muestra una consistencia interna adecuada ($\Omega = 0,89$ en estudiantes; $\Omega = 0,95$ en pacientes con dolor crónico) y una elevada estabilidad temporal ($r = 0,80$, en la muestra de estudiantes). Respecto a la validez convergente, el instrumento mostró una asociación negativa con el constructo de optimismo disposicional (Scheier y Carver, 1985) y con el afecto positivo (p. ej., Sandin *et al.*, 1999; Suárez, García y Moreno, 2000). Por otra parte, el cuestionario mostró una asociación positiva con la ansiedad rasgo (Inventario de ansiedad estado rasgo STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) y con el afecto negativo (Escala PANAS de afecto positivo y negativo, Sandín *et al.*, 1999; Suárez, García y Moreno, 2000). Cuanto mayor es la puntuación en el instrumento, más elevado es el nivel de pesimismo defensivo.
- f) "Índice de bienestar de la Organización Mundial de la Salud" (*World Health Organization Well Being Index*, WHO-5; Heun, Burkart, Maier y Bech, 1999). Este instrumento explora el estado de ánimo, el interés por las actividades y la energía que el participante ha tenido durante las dos últimas semanas a través de cinco ítems cuyo modo de respuesta es una escala tipo Likert en la que las puntuaciones van desde 0 ("nunca") hasta 5 ("todo el tiempo"). La escala posee una adecuada validez interna. Cuanto mayor es la puntuación, más elevado es el bienestar experimentado por los individuos.

Procedimiento

Este estudio forma parte de un proyecto de investigación más amplio que fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Málaga. Los participantes fueron reclutados a través de dos asociaciones de pacientes con Fibromialgia, la unidad de fisioterapia del Centro de Salud Carihuela y a través de médicos que trabajan en la Unidad de Dolor del Hospital Costa del Sol y en la Unidad de Reumatología del Hospital Quirón de Málaga. La recogida de datos se realizó entre marzo de 2016 y diciembre de 2016.

Los pacientes fueron informados de los objetivos del estudio, se les aseguró la confidencialidad de la información que iban a proporcionar y se obtuvo su consentimiento informado por escrito. Cada participante tuvo una entrevista semiestructurada con una psicóloga para obtener datos demográficos, sociales y del historial médico. Posteriormente, completaron los cuestionarios de autoinforme, en el orden descrito en la sección de Instrumentos, siendo aplicados de forma oral (utilizando tarjetas donde aparecían las opciones de respuesta en letras de gran tamaño).

En la recogida de datos participaron dos psicólogas, quienes fueron entrenadas en la aplicación del protocolo para garantizar la estandarización del proceso de evaluación. Los participantes siempre fueron evaluados en su centro de salud habitual o en las instalaciones de las asociaciones. Cada sesión tuvo una duración de una hora aproximadamente.

Análisis de datos

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las distintas variables incluidas en el estudio, calculando medias, desviaciones típicas y las correlaciones de Pearson. Posteriormente, se calcularon los estadísticos pertinentes para detectar la presencia de multicolinealidad (Durbin-Watson, factor de inflación de la varianza y tolerancia).

A posteriori, se comprobó que alrededor de la mitad de la muestra presentaba dolor localizado en una parte concreta del cuerpo, mientras que la otra mitad presentaba dolor generalizado, es decir, un dolor que afecta a gran parte del cuerpo. Para asegurar que este aspecto no estuviese influyendo en los resultados se creó una variable dicotómica que posteriormente se incluiría en los análisis de regresión.

Tras ello, se realizaron tres análisis de moderación (Baron y Kenny, 1986) para determinar si la relación entre el pesimismo defensivo y las variables dependientes estaba moderada por la ansiedad rasgo. La presencia de moderación indicaría una interacción entre la variable independiente (pesimismo defensivo) y la moderadora (ansiedad rasgo). Se llevó a cabo un análisis de regresión jerárquica por pasos con tres variables dependientes respectivamente: deterioro, funcionamiento y bienestar. En el paso 1, se incluyeron la edad y el sexo (*dummy*) como variables de control; en el paso 2, se incluyó la intensidad del dolor y la presencia de dolor generalizado vs. localizado (*dummy*); en el paso 3, el optimismo; en el paso 4, se incluyó el pesimismo defensivo y la ansiedad rasgo y, por último, en el paso 5, se incluyó una variable de interacción, producto del pesimismo defensivo por la ansiedad rasgo para determinar si dicha interacción contribuía de forma significativa e independiente a explicar una parte significativa de la varianza de las variables dependientes después de controlar la edad, el sexo, la intensidad del dolor, el tipo de dolor, el optimismo, el pesimismo defensivo y la ansiedad rasgo. Las variables continuas se centraron para reducir los posibles efectos de la multicolinealidad (Aiken, West y Reno, 1991).

Resultados

En la tabla 1 se muestran las medias, desviaciones típicas y correlaciones existentes entre las distintas variables que forman parte del estudio.

Los coeficientes de correlación entre las variables predictoras estuvieron todos por debajo de 0,50. El estadístico de Durbin-Watson fue adecuado, tomando como variable dependiente el funcionamiento (2,09), al igual que cuando se realiza el análisis tomando como variable dependiente deterioro (1,87) o bienestar (1,89); el factor de inflación de la varianza (VIF) fue inferior a 10 en todos los casos y, de igual modo, la tolerancia fue superior a 0,47, lo que indicaría que la multicolinealidad entre los predictores no sesgaría los resultados.

Tabla 1

Medias, desviaciones típicas y correlaciones de Pearson de las variables evaluadas

Variables	Rango	M (DT)	2	3	4	5	6	7
1. Pesimismo defensivo	12-84	41,30 (16,13)	0,646**	-0,593**	-0,194**	0,388**	-0,497**	0,140*
2. Ansiedad rasgo	21-39	30,46 (10,60)	--	-0,697**	-0,423**	0,546**	-0,783**	0,333**
3. Optimismo	0-24	14,66 (5,70)		--	0,448**	-0,502**	0,646**	-0,233**
4. Funcionamiento	0-120	47,84 (13,91)			--	-0,636**	0,521**	-0,367**
5. Deterioro	0-30	3,82 (3,68)				--	-0,604**	0,295**
6. Bienestar	0-25	44,18 (21,95)					--	-0,319**
7. Intensidad del dolor	0-10	6,49 (1,40)						--

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

En la tabla 2 se resumen los resultados correspondientes al modelo final. En primer lugar, se observan los resultados del análisis de regresión jerárquica por pasos cuando se toma como variable dependiente el funcionamiento. Se encontró una asociación negativa y estadísticamente significativa entre intensidad del dolor y funcionamiento, y positiva entre optimismo y funcionamiento.

En segundo lugar, se recogen los resultados correspondientes al análisis de regresión jerárquica por pasos cuando se toma como variable dependiente el deterioro. Se encuentra una asociación positiva y significativa con intensidad del dolor y con ansiedad rasgo, y negativa con optimismo.

En tercer lugar, se recogen los resultados correspondientes al análisis de regresión jerárquica por pasos cuando se toma como variable dependiente el bienestar. En este caso se observa una relación positiva y significativa con optimismo, y con el término de interacción pesimismo defensivo por ansiedad rasgo. Finalmente, se observó una asociación negativa y significativa con ansiedad rasgo.

Tabla 2
Resumen del análisis de regresión jerárquica

V. Dependiente	V. Independiente	<i>B</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	<i>p</i>
Funcionamiento	Intensidad del dolor	-0,28*	0,27	48,04	0,000
	Optimismo	0,38*			
Deterioro	Intensidad del dolor	0,12*	0,33	26,74	0,000
	Optimismo	-0,24*			
	Ansiedad rasgo	0,31*			
Bienestar	Optimismo	0,17*	0,65	81,78	0,000
	Ansiedad rasgo	-0,66*			
	Pesimismo defensivo * ansiedad rasgo	0,15*			

Nota: * $p < 0,05$.

Discusión

El principal objetivo de esta investigación fue indagar si el pesimismo defensivo, en interacción con la ansiedad rasgo, se asociaba con una mejor adaptación al dolor crónico, observando si el uso de este estilo cognitivo junto con la ansiedad rasgo se traducía en mayores niveles de bienestar, funcionamiento y menor deterioro en la ejecución de actividades de la vida cotidiana. Además, también se exploró el rol del pesimismo defensivo en relación a la adaptación al dolor, comparándolo con el optimismo disposicional, que ya se había mostrado eficaz para predecir la adaptación al mismo.

Con el objetivo de dar respuesta a la hipótesis principal del trabajo, se estudió la interacción entre el pesimismo defensivo y la ansiedad rasgo, ya que tras revisar numerosos estudios (Norem, 1986a; Norem y Cantor, 1986b; Norem y Cantor, 2002), se observó que el uso del pesimismo defensivo tiene unas consecuencias adaptativas cuando los individuos poseen niveles elevados de ansiedad rasgo. Los análisis realizados muestran que la interacción entre pesimismo defensivo y ansiedad rasgo se asocia significativamente con mayores niveles de bienestar en pacientes con dolor crónico musculoesquelético. Es destacable que en este estudio el pesimismo defensivo de manera aislada no tiene una relación significativa con la adaptación del paciente con dolor, mientras que el pesimismo defensivo en interacción con la ansiedad rasgo sí favorece la adaptación al dolor crónico en términos de bienestar.

Sin embargo, de forma contraria a lo postulado inicialmente, la interacción entre pesimismo defensivo y ansiedad no mostró una relación significativa ni con funcionamiento ni con deterioro. Este no era un resultado esperable puesto que estudios previos en poblaciones sin dolor crónico indican que el uso del pesimismo defensivo hace que las personas posean mayores niveles de motivación para alcanzar sus metas y que realicen una exhaustiva tarea de solución de problemas con el objetivo de evitar las potenciales consecuencias negativas que ellos han previsto como resultados posibles (Norem y Cantor, 1985; RoyChowdhury, 2016; Seery *et al.*, 2009). A este respecto, se deben considerar las características específicas de la muestra de participantes pues, como muestran los resultados de este estudio, no puede ignorarse el papel que juega la intensidad del dolor y cómo

esta guarda una relación significativa con el nivel de funcionamiento cotidiano y con el deterioro. No se debe olvidar que el dolor es un estado físico aversivo que se asocia con la evitación de actividades, condición que, como se ha subrayado (Crombez, Eccleston, Van Damme, Vlaeyen y Karoly, 2012), a veces se ha olvidado en algunos modelos cognitivo conductuales.

Podría especularse que en pacientes con dolor crónico con un elevado nivel de ansiedad rasgo, el pesimismo defensivo actúa como una estrategia de autorregulación emocional que permite al individuo poseer altos niveles de bienestar, a pesar de haber tenido que abandonar algunas actividades que formaban parte de vida cotidiana. Lo anterior debe entenderse teniendo en cuenta que el instrumento de bienestar utilizado mide este constructo como estado de ánimo, interés por las actividades y energía que el participante ha tenido durante las últimas semanas. Futuras investigaciones debieran seguir indagando en esta cuestión en el ámbito de estudio del dolor crónico utilizando otras variables relacionadas con la adaptación como la satisfacción personal o la calidad de vida.

De acuerdo con las hipótesis del estudio y con lo recogido en la bibliografía revisada (Asmundson y Katz, 2009; McWilliams, Cox y Enns, 2003), se observa que la ansiedad rasgo juega un papel significativo en la adaptación al dolor crónico, traduciéndose en mayores niveles de deterioro en el funcionamiento cotidiano y menores niveles de bienestar. Estos resultados son similares a los hallazgos de otras investigaciones cuyo objetivo era determinar la repercusión de la ansiedad en la adaptación a los problemas de dolor (Creswell y Charder, 2001; Franklin, Smith y Fowler 2016; Lewis, Fowler, Woby y Holmes, 2012). Además, reflejan el papel central que tiene la ansiedad en las conductas de evitación en relación a los problemas de dolor crónico, como subraya el "modelo de miedo-evitación del dolor" (Vlaeyen y Linton, 2000). En futuras investigaciones sería interesante indagar sobre la relación entre el constructo de pesimismo defensivo y de miedo al dolor.

Los resultados de este estudio destacan la importancia del optimismo en la adaptación al dolor crónico, el cual contribuye de manera significativa a un mejor funcionamiento y un menor deterioro del paciente en su vida cotidiana y mayores niveles de bienestar. Estos hallazgos son similares a los obtenidos en otras investigaciones como la de Matusiewicz y Krzyszkowska (2009) o la de Ramírez-Maestre *et al.* (2012), en las cuales ya se mostraban las ventajas que supone el optimismo en la adaptación a los problemas de salud. Por otro lado, los hallazgos de Swenny y Shepperd (2010), en los cuales se mostraban las posibles desventajas del optimismo, no reciben apoyo empírico en este estudio.

Otro de los objetivos de este trabajo era determinar si el constructo de pesimismo defensivo supone una aportación teórica o empírica respecto al concepto de optimismo disposicional. Como muestran los resultados, tanto el optimismo como el pesimismo defensivo en interacción con la ansiedad rasgo tienen una relación positiva con los niveles de bienestar experimentados por los pacientes con dolor crónico, lo que lleva a preguntarse si pesimismo defensivo y optimismo disposicional puedan convivir en un mismo individuo. Esta cuestión ya se planteaba en el estudio de Suárez (2014), en el cual se observó, en una muestra de estudiantes, una alta correlación entre pesimismo defensivo y optimismo

disposicional, lo cual parece indicar que ambos estilos serían utilizados por un mismo individuo. Para dilucidar las relaciones entre ambos constructos se debe tomar en consideración que el "Test de optimismo revisado" (*Life Orientation Test Revised*, LOT-R) mide las expectativas generalizadas de los individuos con respecto al futuro, mientras que el "Cuestionario de pesimismo defensivo" (Norem, 2002) hace referencia a las expectativas con respecto a una tarea en concreto que es importante para el individuo. Además, el instrumento de pesimismo defensivo, en su adaptación al español, está constituido por una única dimensión, lo que indica que las expectativas negativas que el sujeto posee con respecto a una tarea están indisolublemente unidas en el constructo a la reflexión sobre las posibles soluciones para neutralizar los eventos negativos que anticipa. Concluyendo, el pesimismo defensivo y el optimismo disposicional no parecen ser estilos cognitivos incompatibles sino complementarios.

En cuanto a las implicaciones clínicas de este trabajo, se debe mencionar la investigación realizada por Spencer y Norem (1996), en la cual se demuestra experimentalmente que al inducir (a través de técnicas de imaginación) un estado de relajación los pesimistas defensivos ven perjudicado su desempeño en la realización de tareas posteriores, mientras que cuando realizan ejercicios de imaginación en los cuales estos individuos se visualizan afrontando o corrigiendo los posibles errores que pueden aparecer tras la realización de una tarea presentan mayor eficacia en la realización de la misma, ya que esta última condición parece ser la más congruente con su estilo cognitivo. Efecto totalmente opuesto se observa en los optimistas, los cuales tienen una mejor ejecución tras la realización de técnicas de imaginación que inducen relajación. Estos resultados nos invitan a seguir indagando sobre las intervenciones que serían eficaces para los pacientes que poseen altos niveles de ansiedad rasgo y utilizan el pesimismo defensivo como estilo cognitivo, ya que algunas de las técnicas aplicadas usualmente en pacientes con dolor crónico, como la relajación, podrían no ser beneficiosas para ellos. Sin embargo, por otra parte, no se pueden olvidar las repercusiones negativas que la ansiedad tiene en la adaptación al dolor crónico (Creswell y Charder, 2001; Franklin *et al.*, 2015; Lewis *et al.*, 2012), y se debe tener en cuenta que reducir la ansiedad experimentada por el paciente tendría efectos positivos sobre su calidad de vida. De este modo, técnicas como la exposición gradual en vivo (Vlaeyen, Morley, Linton, Boersma y de Jong, 2012) podrían ser útiles para incrementar el funcionamiento y minimizar el deterioro del paciente que posee estas características o, como muestra un reciente metaanálisis, la terapia basada en la conciencia plena (Martínez, Miró y Sánchez, 2016). De acuerdo con los resultados de este estudio otra herramienta beneficiosa sería la técnica del "mejor yo posible" (*best possible self*) (Meevissen, Peters y Alberts, 2011) que promueve el optimismo, haciendo que los individuos incrementen sus expectativas positivas con respecto al futuro, imaginándose la mejor versión de ellos mismos.

En cuanto a las limitaciones de la presente investigación, destacar en primer lugar que únicamente se han utilizado medidas de autoinforme, lo cual podría haber influido en los resultados debido a la varianza asociada al método de evaluación utilizado. En segundo lugar, la naturaleza transversal del estudio no permite inferir relaciones de causalidad; para ello sería necesario realizar estudios

experimentales o longitudinales. En tercer lugar, otra de las limitaciones alude al tamaño de la muestra, la cual no es muy numerosa y además solamente está formada por pacientes que padecen dolor musculoesquelético, lo que dificulta la generalización de los resultados a pacientes que sufren otros problemas de dolor crónico.

A pesar de las limitaciones expuestas, es interesante destacar que no solo las expectativas positivas generalizadas ayudan a la adaptación al dolor crónico, y que estilos cognitivos como el pesimismo defensivo pueden contribuir a ella en individuos con unas determinadas características. Por ello, sería interesante seguir investigando en esta misma línea en el ámbito de estudio del dolor crónico, considerando la asociación del pesimismo defensivo con otras variables como miedo al dolor (Vlaeyen y Linton, 2000) y, muy importante, la posible conexión con el catastrofismo (Sullivan *et al.*, 2001) dado que las expectativas negativas son un componente central de este constructo.

Referencias

- Aiken, L. S., West, S. G. y Reno, R. R. (1991). *Multiple regression: testing and interpreting interactions*. Los Ángeles, CA: Sage.
- Araújo, A., Soares, M. J., Silva, D., Pereira, A. T. y Macedo, A. (2015). Defensive pessimism: a hypothetical explanatory model. *Clinical Neurosciences and Mental Health*, 23, 22-27.
- Asmundson, G. J. y Katz, J. (2009). Understanding the co occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state of the art. *Depression and Anxiety*, 26, 888-901.
- Barnett, M. D. y Martinez, B. (2015). Optimists: it could have been worse; pessimists: it could have been better. Dispositional optimism and pessimism and counterfactual thinking. *Personality and Individual Differences*, 86, 122-125.
- Baron, R. M. y Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-82.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.
- Creswell, C. y Chalder, T. (2001). Defensive coping styles in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 607-610.
- Crombez, G., Eccleston, C., Van Damme, S., Vlaeyen, J. W. y Karoly, P. (2012). Fear-avoidance model of chronic pain: the next generation. *The Clinical Journal of Pain*, 28, 475-483.
- Esteve, R., López-Martínez, A. E., Peters, M. L., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruíz-Párraga, G. T., González-Gómez, H. y Ramírez-Maestre, C. (2017). Activity pattern profiles: relationship with affect, daily functioning, impairment, and variables related to life goals. *The Journal of Pain*, 18, 546-555.
- Fernández, E. y Bermúdez, J. (1999). Estructura factorial del optimismo y pesimismo. *Boletín de Psicología*, 63, 7-26.
- Fernández-Castillo, A. y Vílchez-Lara, M. J. (2007). Percepción de estrés y afectación vital en dolor crónico. *Psicología Conductual*, 15, 281-296.
- Ferreira, V. M. y Sherman, A. M. (2007). The relationship of optimism, pain and social support to well-being in older adults with osteoarthritis. *Ageing & Mental Health*, 11, 89-98.

- Finan, P., Zautra, A. y Tennen, H. (2008). Daily diaries reveal influence of pessimism and anxiety on pain prediction patterns. *Psychology & Health, 23*, 551-568.
- Flanklin, Z. C., Smith, N. C. y Fowler, N. E. (2015). Influence of defensiveness on disability in a chronic musculoskeletal pain population. *Chronic Pain and Deffensiveness, 16*, 882-889.
- García-Velasco, L., Inchausti, F., Debbané, M. y Fonseca-Pedrero, E. (2016). New approaches on the study of the psychometric properties of the STAI. *Actas Españolas de Psiquiatría, 44*, 83-92.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N. y Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological bulletin, 133*, 581-624.
- Goodin, B., Bier y S., McGuire., L. (2009) Dispositional optimism buffers the negative influence of catastrophizing on pain response. *The Journal of Pain, 10*, S68.
- Goodin, B. R., Kronfli, T. M. A., King, C. D., Glover, T. L., Sibille, K. y Fillingim, R. B. (2013). Testing the relation between dispositional optimism and conditioned pain modulation: does ethnicity matter? *Journal of Behavioral Medicine, 36*, 165-174.
- Heun, R., Burkart, M., Maier, W. y Bech, P. (1999). Internal and external validity of the WHO Well Being Scale in the elderly general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 99*, 171-178.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. y Fisher, L. D. (1999). Comparative reliability and validity of chronic pain intensity measures. *Pain, 83*, 157-162.
- Jensen, M. P., Karoly, P., Turk, D. C. y Melzack, R. (2001). *Handbook of pain assessment*. Londres: Guilford.
- Langley, P. C., Ruiz-Iban, M. A., Molina, J. T., De Andres, J. y Castellón, J. R. G. E. (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *Journal of Medical Economics, 14*, 367-380.
- Lewis, S. E., Fowler, N. E., Woby, S. R. y Holmes, P. S. (2012). Defensive coping styles, anxiety and chronic low back pain. *Physiotherapy, 98*, 86-88.
- Lim, L. (2009). A two-factor model of defensive pessimism and its relations with achievement motives. *The Journal of Psychology, 143*, 318-336.
- Martínez, M. P., Miró, E. y Sánchez, A. I. (2016). Beneficios clínicos globales de la terapia cognitivo conductual para el insomnio y de la terapia basada en conciencia plena aplicadas a la fibromialgia: revisión sistemática y metaanálisis. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual, 24*, 459-480.
- Matusiewicz, K. B. y Krzyszkowska, A. (2009). Dispositional optimism and coping with pain. *European Journal of Medical Research, 14*, 271-274.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J. y Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain, 106*, 127-133.
- Merskey, H. (1986). International association for the study of pain (IASP): subcommittee on taxonomy, classification of chronic pain, description of pain terms. *Pain, 3*, S1-S226.
- Merskey, H. y Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain, IASP task force on taxonomy*. Seattle, WA: International Association for the Study of Pain Press.
- Meevissen, Y. M., Peters, M. L. y Alberts, H. J. (2011). Become more optimistic by imagining a best possible self: effects of a two-week intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*, 371-378.
- Norem, J. K. y Cantor, N. (1986a). Defensive pessimism: harnessing anxiety as motivation. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1208-1217.
- Norem, J. K. y Cantor, N. (1986b). Anticipatory and post hoc cushioning strategies: optimism and defensive pessimism in "risky" situations. *Cognitive Therapy and Research, 10*, 347-362.

- Norem, J. K. (2002). *El poder positivo del pensamiento negativo: utiliza el pesimismo defensivo para reducir tu ansiedad y rendir al máximo*. Barcelona: Paidós.
- Norem, J. K. (2001). *The positive power of negative thinking*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Norem, J. K. y Cantor, N. (1986). Defensive pessimism: harnessing anxiety as motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1208.
- Norem, J. K. y Chang, E. C. (2002). The positive psychology of negative thinking. *Journal of Clinical Psychology*, *58*, 993-1001.
- Norem, J. K. y Illingworth, K. S. (2004). Mood and performance among defensive pessimists and strategic optimists. *Journal of Research in Personality*, *38*, 351-366.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R. y López, A. E. (2012). The role of optimism and pessimism in chronic pain patients' adjustment. *The Spanish Journal of Psychology*, *15*, 286-294.
- Ramírez-Maestre, C. y Esteve, R. (2013). Disposition and adjustment to chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*, *17*, 312-323.
- Ramírez-Maestre, C. y Esteve, R. (2015). A new version of the Impairment and Functioning Inventory for patients with chronic pain (IFI-R). *PM&R Journal*, *7*, 455-465.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., Serrano-Ibáñez, E. R., López-Martínez, A. E. y Rivas-Moya, M. T. (2018). Psychometric Characteristics of the Defensive Pessimism Questionnaire - Spanish version (DPQ-SV). The factorial structure in two samples: students and patients with chronic pain. Enviado para su revisión a *Personality and Individual Differences*.
- RoyChowdhury, S. (2016). The relationship between defensive pessimism and perfectionism. *International Journal of Innovative Research & Development*, *5*, 319-323.
- Sandin, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (1999). The PANAS scales of positive and negative affect: factor analytic validation and cross-cultural convergence. *Psicothema*, *11*, 37-51.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, *4*, 219.
- Schwarz, M., Stein, T., Wald, E., Sha, N. y SONDY, N. (2011). Risk and resilience in chronic pain: anxiety and self-efficacy as mediators in the relationship between pain intensity and disability. *The Journal of Pain*, *12*, P82.
- Seery, M. D., West, T. V., Weisbuch, M. y Blascovich, J. (2008). The effects of negative reflection for defensive pessimists: dissipation or harnessing of threat? *Personality and Individual Differences*, *45*, 515-520.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spencer, S. M. y Norem, J. K. (1996). Reflection and distraction defensive pessimism, strategic optimism, and performance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *22*, 354-365.
- Suárez Riveiro, J. M. (2014). Optimistic and defensive-pessimist students: differences in their academic motivation and learning strategies. *Spanish Journal of Psychology*, *17*, e26, 1-8.
- Suárez, P. S., García, A. M. P. y Moreno, J. B. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, *12*, 509-513.
- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A. y Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain*, *17*, 52-64.
- Sweeny, K. y Shepperd, J. A. (2010). The costs of optimism and benefits of pessimism. *Emotion*, *10*, 750-753.
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., ... y Wang, S. J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, *156*, 1003-1007.

- Vlaeyen, J. W. y Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-332.
- Vlaeyen, J., Morley, S., Linton, S. J., Boersma, K. y de Jong, J. (2012). *Pain-related fear: exposure based treatment for chronic pain*. Seattle, WA: IASP press.
- Wright, M. A., Wren, A. A., Somers, T. J., Goetz, M. C., Fras, A. M, Huh, B. K., Rogers, L. L. y Keefe, F. J. (2011). Pain acceptance, hope, and optimism: relationship to pain and adjustment in patients with chronic musculoskeletal pain. *The Journal of Pain*, 12, 1155-1162.

RECIBIDO: 4 de julio de 2018

ACEPTADO: 4 de enero de 2019