

## Resiliencia y adaptación a la enfermedad en un grupo de pacientes con dolor crónico

ESTEFANÍA RUIZ  
eruiz@ipsic.es

SHEILA PALAU  
al117195@uji.es

CRISTINA GIMÉNEZ  
gimenezc@psb.uji.es

RAFAEL BALLESTER  
rballest@psb.uji.es

### Resumen

**Introducción.** La resiliencia se define como un constructo de orden superior que engloba procesos y factores protectores que contribuyen a un buen resultado, a pesar de la vivencia de experiencias estresantes (Hjemdal, 2007). Este estudio pretende analizar la resiliencia en mujeres con dolor crónico y examinar si existe relación entre esta variable, sintomatología depresiva y adaptación a la enfermedad.

**Metodología.** Se administró la Escala de Resiliencia para Adultos (Hjemdal, 2007; traducción y proceso de adaptación de Castañeiras *et al.*, 2010), la Escala de Inadaptación (Echeburúa *et al.*, 2000) y el Inventario de Depresión de Beck (Beck *et al.*, 1996) a 11 mujeres con dolor crónico (tiempo medio de diagnóstico 13,4 años e intensidad media de dolor 2,83 sobre 5) con una edad media de 53,91 años (DT = 3,56).

**Resultados.** La muestra presenta puntuaciones medio-altas en todas las dimensiones, especialmente en las referidas al aspecto social. No se observan relaciones estadísticamente significativas entre resiliencia y edad, tiempo de diagnóstico e intensidad de la sensación del dolor. En cambio, existe correlación estadísticamente significativa con signo negativo entre depresión y las dimensiones percepción del self ( $p = .010$ ) y recursos sociales ( $p = .017$ ). Igualmente, las personas con mayores recursos sociales perciben menor interferencia de la enfermedad en la vida social ( $p = .030$ ).

**Discusión.** El aspecto social resulta relevante a la hora de afrontar de forma adaptativa las situaciones complicadas. Asimismo, la creencia en los propios recursos y la percepción de apoyo social disminuyen la sintomatología depresiva. Las intervenciones deberían dirigirse a mantener el aspecto social y a fomentar la autoconfianza y autoeficacia.

**Palabras clave:** resiliencia, dolor crónico, interferencia enfermedad, depresión.

### Abstract

**Introduction.** Resilience is defined as a global construct which includes processes and protective factors that facilitate good results, despite living stressful experiences (Hjem-

dal, 2007). Present study aims to analyze the resilience in women with chronic pain and to examine a possible relationship between this variable, depressive symptoms and adaptation to illness.

**Method.** Resilience Scale for Adults (Friborg *et al.*, 2003; translation and adaptation process by Castañeiras *et al.*, 2010), Inadaptation Scale (Echeburúa *et al.* 2000) and the Beck Depression Inventory (Beck *et al.*, 1996) were administered to 11 women with chronic pain (mean time to diagnosis 13.4 years and mean pain intensity 2.83 out of 5) and a mean age of 53.91 years (SD = 3.56).

**Results.** This sample reveals medium-high scores for all dimensions, especially in those concerning the social area. There were no statistically significant relationships between resilience and age, time of diagnosis and pain sensation. However, there are statistically significant negative relationships between depression and dimensions: perception of self ( $p = .010$ ) and social resources ( $p = .017$ ). Similarly, women who have more social resources perceive less social interference because of the disease ( $p = .030$ ).

**Discussion.** The social context is relevant to deal with complicated situations adaptively. Moreover, the belief in one's own resources and perceived social support decrease depressive symptomatology. Interventions should aim to keep the social dimension and promote self-confidence and self-efficacy.

**Keywords:** Resilience, chronic pain, chronic illness interference, depression.

## Introducción

El dolor crónico implica, en la persona que lo padece, un malestar persistente que pierde su sentido biológico protector y se transforma en el principal síntoma de la enfermedad e, incluso, en el principio organizador de su vida. En consecuencia, las personas afectadas experimentan múltiples repercusiones en su calidad de vida que merman su bienestar físico, pero también su salud psicológica y social (Noceda, Moret y Lauzikiria, 2006). De hecho, los procesos de dolor crónico llegan a producir una pérdida de autonomía en los estilos de vida, así como una disminución de las relaciones interpersonales que conlleva, a su vez, dificultades para la inserción sociolaboral. De igual manera, su experiencia se ha relacionado con estados de ánimo depresivos u otro tipo de problemáticas de salud mental, como el trastorno de angustia, el trastorno por estrés postraumático o la ansiedad generalizada (Pinto-Meza *et al.*, 2006).

Un proceso complejo que, al menos en Europa, afecta ya a 75 millones de personas. Según uno de los últimos estudios realizados (NFO World Group, 2011), uno de cada cinco adultos ve afectada su calidad de vida por el dolor crónico, durante un promedio de siete años. Sin embargo, un 45 % de ellos lo sufre durante diez años o más, alrededor de un 40 % ha tenido problemas graves en el trabajo (llegando a perderlo en algunos casos) y uno de cada seis afectados, informa de que el dolor irrumpe tanto en su vida que llega a perder las ganas de vivir. No obstante, solamente un 23 % está en contacto con un especialista de la materia que garantice una atención integral. En España, la cifra alcanza al 11 % de la población, sufriendo más de la mitad un dolor crónico severo. Es decir, alrededor del 47 % de personas padece dolor diariamente lo que, en la mayoría de los casos, hace que las personas vean limitada su autonomía y su calidad de vida.

En estos términos, se asume que la vivencia del dolor crónico estaría modulada por características bio-psico-sociales diferenciales, que influirían en la vivencia del dolor de cada una de las personas afectadas. En concreto, se asume que dicha experiencia estaría determinada, al menos, por tres aspectos que interactuarían entre ellos. Por un lado, la capacidad de las personas afectadas para afrontar la situación de malestar. Por otro, el tipo de recursos (internos y externos) con los que dichas personas cuenten para poder afrontar la situación. Por último, aquellas características sociodemográficas y psicológicas que pueden diferenciar la experiencia de dolor entre ellas (Sánchez y Sánchez, 1994).

En este contexto, diversos son los estudios que han tratado de profundizar en el análisis del perfil psicosocial de los enfermos con dolor crónico. Por ejemplo, en cuanto a la personalidad, un estudio con pacientes crónicos mostró unos patrones de temperamento y carácter más desadaptativos (respecto a la población general) que podrían favorecer el inicio y mantenimiento del dolor (Cabellas, García, Moix, Infante y Subirá, 2005). En esta línea, Soriano, Monsalve, Ibáñez y Gómez-Carretero (2012), hallaron un perfil de personalidad sensible en enfermos con dolor crónico caracterizado por un alto neuroticismo, baja extraversión, apertura y responsabilidad y moderada amabilidad. Respecto a las estrategias de afrontamiento, se ha observado en qué medida resulta frecuente la catastrofización de los síntomas. Esta incidiría en el agravamiento de la percepción del dolor que no está determinada, necesariamente, por su intensidad (Rodríguez, Antuña, Cano y García-Martínez, 2005). Ramírez, Esteve y López (2001) señalan además que dicha estrategia de afrontamiento, al igual que otras poco adaptativas, vienen marcadas por una mayor puntuación en la variable neuroticismo de algunos pacientes con dolor crónico.

Por el contrario, otras variables como la extroversión han mostrado ser factores protectores para la vivencia del dolor. De hecho, autores como Phillips y Gatchel (2000) defienden que las características asociadas a la extroversión como ser activo socialmente, expresar los sentimientos y recibir apoyo social, favorece que las personas afectadas elaboren estrategias que minimicen la intensidad percibida, aunque esta no varíe necesariamente. En este sentido, se ha observado cómo aquellos pacientes que perciben ser capaces para afrontar el dolor, utilizan estrategias más adaptativas, mientras aquellos que piensan que no tienen recursos suelen afrontar el dolor de manera más perjudicial (Anarte y Camacho, 2003).

En esta línea de estudio, que pretende profundizar en aquellos factores que pudieran ser protectores para el afrontamiento adaptativo del dolor, el concepto de «resiliencia» ha retomado su relevancia recientemente (Ruiz y López, 2012). Tal y como señalan Bonanno y Kaltman (2001), la resiliencia es considerada como la capacidad personal para experimentar situaciones difíciles y condiciones adversas, superarlas y salir fortalecido de ellas. Por otra parte, Hjemdal (2007) propone concebir la resiliencia como un constructo que engloba procesos y factores protectores que contribuyen a un buen resultado, a pesar de experiencias con estresores que acarrear un alto riesgo de desarrollar patología. Las variables que han recibido mayor apoyo y evidencia empírica en las investigaciones de resiliencia, se refieren a atributos o disposiciones individuales, aspectos familiares y características del ambiente social más amplio.

Dentro de este campo, Karoly y Ruehlman (2006), revelaron cómo las personas afectadas por dolor crónico que mostraban patrones resilientes tenían un autodiscurso más positivo, mayor persistencia para realizar actividades, menor nivel de catastrofismo y mayor apoyo social percibido. En este sentido, López, Esteve y Ramírez (2012), encontraron una relación entre características resilientes, como el optimismo, y las estrategias de afrontamiento adaptativas ante la experiencia del dolor crónico. Sin embargo, todavía quedan muchos aspectos sobre los que profundizar. Así pues, considerando por un lado la carencia de estudios centrados en este ámbito y, por otro, la importancia que parece tener para la experiencia y abordaje del dolor crónico, resulta necesario seguir profundizando en su análisis. Por este motivo, el

presente estudio analiza la resiliencia en mujeres con dolor crónico y examina si existe relación entre esta variable, la sintomatología depresiva y el nivel de adaptación a la enfermedad.

## Metodología

### Muestra

Se empleó una muestra de 11 mujeres diagnosticadas con algún tipo de dolor crónico pertenecientes a una asociación de personas afectadas con dolor crónico de la provincia de Castellón. El tiempo medio de diagnóstico es de 13,4 años (DT = 12,63) y la intensidad media de dolor informado es de 2,83 (DT = 1,17) sobre 5, correspondiente a la respuesta «fuerte».

Las pacientes tenían edades comprendidas entre los 48 y los 59 años, siendo la edad media de 53,91 años (DT = 3,56). El 54,6 % tenía estudios secundarios, el 27,3 % estudios primarios y el 18,2 % estudios superiores. La mayor parte de la muestra estaba casada (90,9 %) y el 81,8 % tenía un nivel socioeconómico medio. En cuanto a su situación laboral, en el momento de la recogida de datos el 45,5 % era ama de casa, el 27,3 % era activo y el 27,3 % restante tenía la incapacidad laboral. Con respecto a la religión, más de la mitad de la muestra se consideraba católica practicante (54,5 %) y el 45,5 % restante católica no practicante.

Todas las participantes pertenecían al grupo de terapia que organiza la asociación anualmente, por lo que la totalidad estaba recibiendo algún tipo de ayuda psicológica. Además, el 90,9 % se administraba tratamiento farmacológico y el 70 %, otro tipo de tratamientos (fisioterapia, gimnasia de mantenimiento, etc.).

### Instrumentos

Las medidas de evaluación seleccionadas para los objetivos del presente estudio fueron (1) la Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000), (2) el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer y Brown, 1996) y (3) la versión en preparación de la traducción y adaptación realizada por Castañeiras *et al.* (2010) de la Escala de Resiliencia para Adultos (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen, 2003).

(1) Escala de Inadaptación (Echeburúa *et al.*, 2000). Es un instrumento de autoevaluación que consta de 6 ítems mediante los cuales el sujeto evalúa en una escala tipo Likert de 0 (Nada) a 5 (Muchísimo) el grado en que el evento estresante interfiere en la adaptación global, así como en diferentes áreas de la vida cotidiana como el trabajo, la vida social, el tiempo libre, la relación de pareja y la relación familiar. La puntuación total, que oscila entre 0 y 30, se obtiene a partir del sumatorio de la puntuación en cada ítem, por lo que a mayor puntuación, mayor interferencia del suceso en la vida de la persona. Se establece como punto de corte 12 en la escala total y 2 en cada uno de los ítems para discriminar los niveles clínicamente significativos de inadaptación. Sus propiedades psicométricas presentan buena fiabilidad (alfa de Cronbach de 0,94) y validez convergente con diferentes escalas de gravedad de síntomas.

(2) Inventario de Depresión de Beck (Beck *et al.*, 1996). Cuestionario de autoevaluación compuesto por 21 ítems que permiten evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva, así como la evolución de la misma en el transcurso del tratamiento en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. Cabe destacar que dicho cuestionario hace mayor hincapié en los aspectos cognitivos de la depresión que en los conductuales y somáticos. En cada uno de los ítems, el sujeto tiene que elegir entre cuatro alternativas (de 0 a 3, ordenadas de menor a

mayor gravedad), la afirmación que mejor describa su estado durante las últimas dos semanas. El rango de puntuaciones oscila entre 0 a 63, siendo el punto de corte más utilizado para discriminar la población sana de la población aquejada de síntomas depresivos de 18 (Beck *et al.*, 1996). Sus propiedades psicométricas presentan buena fiabilidad (alfa de Cronbach de 0,93) y validez convergente con la evaluación clínica de la depresión (0,62 y 0,66).

(3) Escala de Resiliencia para Adultos (traducción y adaptación en preparación por Castañeiras *et al.*, 2010). Es un autoinforme de 33 ítems (directos e inversos) que permite evaluar las seis dimensiones de la resiliencia en una escala de respuesta basada en un diferencial semántico de 7 puntos. En cuanto a su administración, este instrumento puede aplicarse a personas mayores de 18 años de forma individual o colectiva. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que marcar la casilla más cercana a la afirmación que mejor describa su comportamiento habitual atendiendo al último mes, incluyendo los pensamientos y sentimientos tanto hacía sí mismo como hacia los que le rodean. Dicho instrumento no permite obtener una puntuación global, sino que se recomienda interpretar los resultados de cada una de las dimensiones por separado. Para obtener las puntuaciones correspondientes a cada dimensión, se realiza un sumatorio de las puntuaciones directas manifestadas por el sujeto en cada uno de los ítems que la conforman y se divide la puntuación directa por la cantidad de ítems que componen cada una de las dimensiones. El análisis factorial revela una estructura de seis componentes o dimensiones:

- D1. Percepción del Self, alude a la confianza en los propios recursos para hacer frente a situaciones adversas.
- D2. Planeamiento del futuro, referido a la percepción que tiene el sujeto sobre la posibilidad de alcanzar metas, objetivos y proyectos personales.
- D3. Competencia Social, se relaciona con la flexibilidad y apertura que muestra la persona a la hora de establecer nuevas relaciones sociales.
- D4. Recursos Sociales, este componente informa de la percepción del sujeto sobre su red social de apoyo.
- D5. Cohesión familiar, definido como la percepción de unión, lealtad y valores compartidos dentro del núcleo familiar.
- D6. Estilo Estructurado, entendido como la capacidad de anticipación y planificación que posee la persona para el logro de objetivos personales.

### *Procedimiento*

Este presente estudio se enmarca dentro de una línea de investigación más amplia que tiene como objetivo final mejorar las intervenciones psicológicas en pacientes con dolor crónico y adaptarlas al perfil psicológico que presentan. De tal forma que se consiga un afrontamiento adaptativo de la experiencia de dolor y un aumento de la calidad de vida. El proceso de recogida de datos se realizó en el contexto de una asociación de personas con dolor crónico de la provincia de Castellón, concretamente en el grupo de terapia que la entidad organiza anualmente. Cumpliendo con lo establecido en el Código Deontológico y la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD), se realizó una primera sesión en la que se dio a conocer la importancia de la evaluación psicológica y los objetivos que se perseguían con ella. Posteriormente, se obtuvo el consentimiento informado de aquellas personas interesadas en participar y se procedió a la administración de la batería de cuestionarios. Los instrumentos de evaluación se cumplimentaron de forma voluntaria, individual y anónima en varias sesiones con la ayuda/supervisión de la terapeuta responsable del grupo.

### *Análisis estadísticos*

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS-17. En primer lugar, para la realización del análisis descriptivo de los elementos relacionados con las variables sociodemográficas, clínicas, independientes y dependiente se realizaron; medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas y frecuencias para las variables categoriales. Por otra parte, con el objetivo de examinar cómo están relacionadas las variables independientes y la variable dependiente (resiliencia) se utilizaron correlaciones bivariadas; el coeficiente de correlación de Pearson para variables cuantitativas simétricas, como por ejemplo; depresión, y la Rho de Spearman para variables categoriales, como por ejemplo; sensación de dolor.

## **Resultados**

### *Análisis descriptivo de la resiliencia en mujeres con dolor crónico*

Las participantes muestran puntuaciones cercanas o superiores a 5 (sobre un total de 7 puntos) en todas las dimensiones que incluye la escala (véase figura 1). Concretamente, las puntuaciones medias más elevadas se encuentran en aquellos componentes que se refieren a la dimensión social de la resiliencia.

Estos son: [D4] Recursos Sociales ( $x = 5,96$ ;  $DT = 0,99$ ), [D5] Cohesión Familiar ( $x = 5,85$ ;  $DT = 1,06$ ) y [D6] Competencia Social ( $x = 5,82$ ;  $DT = 1,04$ ). Por el contrario, las puntuaciones medias más bajas se han encontrado en las dimensiones más relacionadas con los recursos personales. Estas son: [D1] Percepción del Self ( $x = 5,09$ ;  $DT = 1,92$ ), [D2] Planeamiento del futuro ( $x = 4,41$ ;  $DT = 1,23$ ) y [D7] Estilo Estructurado ( $x = 5,23$ ;  $DT = 0,74$ ).

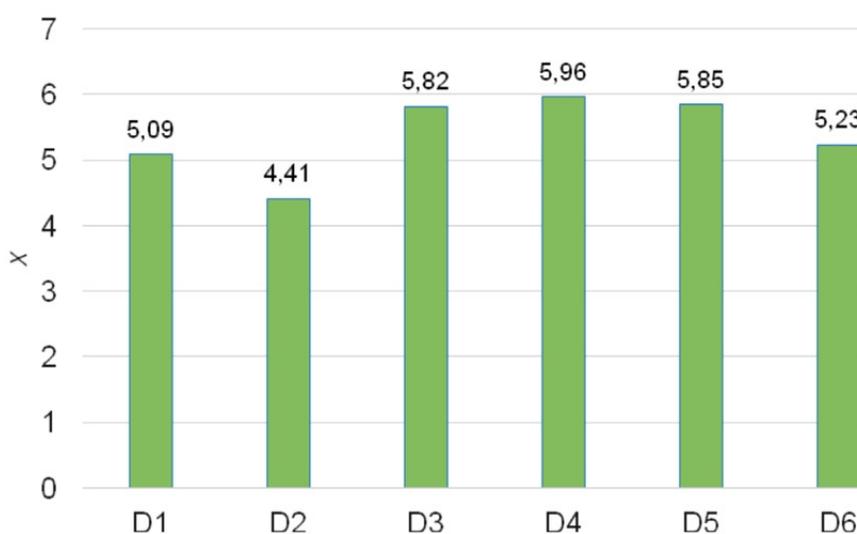


Figura 1. Puntuaciones medias en cada dimensión de la resiliencia

Al realizar el análisis de correlación de Pearson entre las dimensiones de la resiliencia y las variables: edad, tiempo de diagnóstico e intensidad de dolor percibida, observamos que no se han encontrado relaciones estadísticamente significativas en ninguno de los casos (véase tabla 1).

Tabla 1  
Relación entre la resiliencia y la edad, tiempo de diagnóstico e intensidad de la sensación de dolor

DIMENSIONES	D1	D2	D3	D4	D5	D6
	r (p)					
Edad	-0,156 (,646)	-0,477 (,138)	0,067 (,845)	-0,170 (,618)	0,128 (,707)	-0,063 (,844)
Tiempo de diagnóstico (años)	0,513 (,130)	0,406 (,244)	0,519 (,125)	0,609 (,061)	0,522 (,122)	0,384 (,273)
Nivel de intensidad de dolor	-0,201 (,702)	-0,102 (,821)	-0,137 (,796)	-0,137 (,796)	-0,022 (,966)	-0,461 (,357)

#### Relación entre resiliencia y sintomatología depresiva

Las participantes obtienen una puntuación media de 15,18 (DT = 13,08) en sintomatología depresiva, lo que correspondería según el BDI a una depresión leve. En concreto, un 27,3 % presentan ausencia de depresión, un 45,5 % depresión leve, un 18,2 % depresión moderada/severa y un 9,1 % depresión grave.

En la tabla 2 se presentan los resultados del análisis de correlación de Pearson entre los componentes de la variable resiliencia y la depresión. En ella observamos como únicamente existe correlación estadísticamente significativa con signo negativo entre la depresión y las dimensiones [D1] Percepción del Self ( $r = -0,735$ ;  $p = ,010$ ) y [D4] Recursos Sociales ( $r = -0,700$ ;  $p = ,017$ ). Es decir, las pacientes con mayor sintomatología depresiva tienden a percibir menor confianza en sí mismas para afrontar situaciones adversas. Asimismo, estas pacientes perciben menor disponibilidad de apoyo en su red social.

Tabla 2  
Correlaciones entre las dimensiones de resiliencia y depresión (evaluada por el BDI)

Dimensiones	D1	D2	D3	D4	D5	D6
	r (p)					
Depresión	-0,735 (,010)	-0,541 (,086)	-0,451 (,164)	-0,700 (,017)	-0,473 (,141)	-0,290 (,387)

La muestra presenta una puntuación media de 2,27 (DT = 1,42) sobre 5 puntos en la interferencia global que les causa el dolor crónico, lo cual corresponde a las respuestas entre «poco» y «bastante» de la escala. El trabajo ( $x = 2,82$ ; DT = 1,83) y las relaciones de pareja ( $x = 2,45$ ; DT = 1,37) son las dimensiones en las que mayor interferencia perciben las pacientes. Seguidas de tiempo libre ( $x = 2,36$ ; DT = 1,43), relaciones sexuales ( $x = 2,36$ ; DT = 1,57) y vida familiar ( $x = 2,18$ ; DT = 1,17). Por último, la vida social es el área en la que identifican menor interferencia ( $x = 1,64$ ; DT = 1,36).

Al realizar el análisis de correlaciones de Pearson entre las dimensiones de resiliencia y las áreas que incluyen la escala de inadaptación a la enfermedad (véase tabla 3) observamos que solo existen correlaciones estadísticamente significativas con signo negativo entre [D4] Recursos Sociales e interferencia en la Vida Social ( $r = -0,65$ ;  $p = ,03$ ). Así pues, las pacientes que perciben que poseen mayor recursos en su red de apoyo social son las que evalúan una menor interferencia del dolor crónico en el ámbito de vida social.

Tabla 3  
Correlaciones entre la adaptación a la enfermedad y la resiliencia

Dimensiones	D1	D2	D3	D4	D5	D6
	r (p)					
Interf. Trabajo	-0,326 (,328)	-0,275 (,413)	-0,002 (,996)	-0,114 (,740)	0,044 (,897)	-0,151 (,657)
Interf. Vida social	-0,594 (,054)	-0,351 (,290)	-0,521 (,100)	-0,653 (,030)	-0,550 (,080)	-0,333 (,317)
Interf. Tiempo libre	-0,51 (,109)	-0,292 (,383)	-0,386 (,240)	-0,408 (,212)	-0,355 (,284)	-0,417 (,202)
Interf. Relación pareja	-0,29 (,388)	-0,241 (,475)	-0,006 (,985)	-0,069 (,839)	0,018 (,959)	-0,088 (,797)
Interf. Relación sexual	-0,234 (,489)	-0,189 (,577)	0,045 (,897)	-0,036 (,917)	0,057 (,869)	-0,014 (,968)
Interf. Vida familiar	-0,584 (,059)	-0,389 (,237)	-0,422 (,196)	-0,484 (,132)	-0,393 (,232)	-0,430 (,186)
Interferencia total	-0,377 (,253)	-0,286 (,394)	-0,132 (,699)	-0,193 (,569)	-0,069 (,839)	-0,304 (,364)

## Discusión y conclusiones

El presente estudio busca mejorar el conocimiento sobre la experiencia de dolor crónico y su relación con posibles factores protectores como la resiliencia. En este sentido, en primer término, nuestros hallazgos permiten avalar aquellas investigaciones que muestran la afectación en la calidad de vida de pacientes con dolor crónico (Noceda *et al.*, 2006). Por ejemplo, en la medida en que las participantes han puntuado dentro del rango moderado e incluso

grave en el estado de ánimo depresivo (Pinto-Meza *et al.*, 2006). De igual forma, se apoyan aquellos estudios que muestran la existencia de creencias disfuncionales sobre la enfermedad y los recursos de la propia persona (Anarte y Camacho, 2003).

Sin embargo, este grupo de pacientes presenta puntuaciones medio-altas en la variable resiliencia. Especialmente, destacan aquellas variables relacionadas con el ámbito social como los recursos sociales, la cohesión familiar y la competencia social. Este resultado, probablemente, está relacionado con el hecho de que todas las participantes del estudio estén involucradas en una asociación dedicada a la atención a personas con dolor crónico. De hecho, se ha mostrado cómo el apoyo social favorece un buen afrontamiento de los procesos de enfermedad, como sería este tipo de dolor (Moix, 2005).

En este caso, poseer una red de apoyo social y familiar, así como la flexibilidad y la apertura para establecer nuevas relaciones sociales, facilitaría el afrontamiento adaptativo de las participantes ante situaciones adversas generadas por la enfermedad, suponiendo factores protectores para ellas. En este sentido, se ha observado cómo la mayor autoconfianza en los propios recursos y la posibilidad de disponer de mayor apoyo social, se ha relacionado con una menor sintomatología depresiva (Karoly y Ruehlman, 2006). De igual forma, se ha contrastado la interferencia que puede suponer la enfermedad en la vida social, puesto que a menor interferencia se ha encontrado una mayor estabilidad de la red de apoyo. Lo que, de nuevo, supondría un soporte para el desarrollo de estrategias adaptativas.

Por otro lado, no se observa relación entre la resiliencia y variables demográficas como la edad o factores relacionados con la enfermedad, como el tiempo de diagnóstico y la intensidad de la sensación de dolor. Este hecho, podría contribuir a la idea de que la resiliencia supone un proceso en construcción que la persona puede alcanzar y no, como algunos autores afirmaban, un constructo ya predeterminado (Ruiz y López, 2012) por factores como la edad o las características de la propia enfermedad.

Antes de proseguir, cabe tener en cuenta algunas limitaciones del presente estudio. Por un lado, el tamaño de la muestra participante que resulta escasa para poder generalizar los resultados a otras poblaciones de enfermos con dolor crónico. De igual manera, sería necesario contar con medidas previas sobre el apoyo social que facilitarían el análisis sobre el impacto que su participación en la asociación de afectados por dolor crónico, podría tener en los presentes resultados. En este sentido, cabría comparar con otros grupos de pacientes que no hubieran participado en intervenciones psicológicas individuales y grupales, lo que podría interferir en los resultados expuestos.

De igual forma, entendemos que nuestros hallazgos son válidos y suponen una aportación más al estudio del dolor crónico. En este caso, a la importancia del análisis de factores protectores como la resiliencia que, por ejemplo, han mostrado su relevancia en cuanto a su dimensión social. En este marco, sería necesario seguir profundizando sobre la existencia de este y otros factores protectores, así como de su introducción en los programas de tratamiento. Considerando, especialmente, el abordaje de las relaciones sociales de apoyo, así como la autoeficacia para desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas positivas y su relación con la experiencia del dolor crónico.

## Referencias bibliográficas

- Anarte, M. T. & Camacho, L. (2003). Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. *Psicothema*, 15, 464-470.
- Bonanno, G. A. & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21, 705-734.

- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Cañellas, M., García, G., Moix, J., Infante, P. & Subirá, S. (2005). Personalidad y dolor crónico. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 26, 17-24.
- Castañeiras, C. E. *et al.*, (2010). Adaptación argentina de la Escala de Resiliencia para Adultos (ERA). Documento no publicado. Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica GIEPSI. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Echeburúa, E., Corral, P. & Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65-76.
- Hjemdal, O. (2007). Measuring protective factors: the development of two resilience scale in Norway. *Child and Adolescent psychiatric clinics of North America*, 16, 303-321.
- NFO World Group (2011). Pain in Europe. Recuperado el 12 de enero, 2013 de <http://www.pain-europe.com/healthcare-professional/pain-surveys/pain-in-europe-survey.html>.
- Karoly, P. & Ruhlman, L. S. (2006). Psychological resilience and its correlates in chronic pain: finding from a national community sample. *Pain*, 123, 90-97.
- López, A., Esteve, R. & Ramírez, C. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de psicología*, 17, 129-138.
- Moix, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología*, 36, 37-60.
- Noceda, J., Moret, C. & Lauzikiria, I. (2006). Calidad de vida en el dolor osteomuscular crónico. *Reumatología Clínica*, 2, 298-301.
- Phillips, J. M. & Gatchel, R. J. (2000). Extraversion – Introversion and chronic pain. En R. J. Gatchel & J. N. Weisberg (eds.), *Personality Characteristic of Patients with Chronic Pain* (pp. 181-202). Washington, DC: APA.
- Pinto-Meza, A., Serrano, A., Codony, M., Reneses, B., Von Korff, M., Alonso, J. *et al.* (2006). Prevalencia y comorbilidad física y mental del dolor dorsal y cervical crónicos en España: resultados del estudio ESEMeD. *Medicina clínica*, 127, 325-330.
- Ramírez, C., Esteve, R. & López, A. V. (2012). The Role of Optimism and Pessimism in Chronic Pain Patients Adjustment. *Spanish journal of psychology*, 15, 286-294.
- Rodríguez, L., Antuña, M. A., Cano, F. J. & García-Martínez, J. (2005). Utilización de escalas de afrontamiento y parámetros sensoriales en el dolor crónico. *Análisis y modificación de conducta*, 31, 433-450.
- Ruiz, G. T. & López, A. V. (2012). Resiliencia psicológica y dolor crónico. *Escritos de Psicología*, 5, 1-11.
- Sánchez Cánovas, J. & Sánchez López, M. P. (1994). *Psicología diferencial: Diversidad e individualidad humanas*. Madrid: Ramón Areces.
- Soriano, J. F., Monsalve, V., Ibáñez, E. & Gómez-Carretero, P. (2010). Personalidad y afrontamiento en dolor crónico neuropático: un divorcio previsible. *Psicothema*, 22, 537-542.