



Escritos de Psicología - Psychological Writings

ISSN: 1138-2635

comitederedaccion@escritosdepsicologia.es

Universidad de Málaga

España

Ruiz Párraga, Gema Teresa; López Martínez, Alicia Eva

Resiliencia psicológica y dolor crónico

Escritos de Psicología - Psychological Writings, vol. 5, núm. 2, mayo-agosto, 2012, pp. 1-11

Universidad de Málaga

Málaga, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271024367001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Resiliencia psicológica y dolor crónico

Psychological resilience and chronic pain

Gema Teresa Ruiz Párraga y Alicia Eva López Martínez

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico
de la Universidad de Málaga, España.

Disponible online 30 de abril de 2012

El estudio de la resiliencia ha adquirido un marcado protagonismo en la actualidad, aun tratándose de un ámbito con una larga trayectoria. Sin embargo, no existe una definición unánimemente aceptada sobre la misma, a pesar de su indudable relevancia en el campo de la salud. En este marco, se está comenzando a prestar atención al papel que la resiliencia desempeña en la adaptación a la patología física, como la representada por el dolor crónico. Los escasos estudios efectuados hasta ahora en este contexto la muestran como una variable ciertamente relevante en la adaptación al dolor crónico. Sin embargo, las diferencias en la conceptualización y medición de la misma no permiten extraer conclusiones definitivas, lo que hace necesario seguir realizando investigaciones en esta área.

Palabras clave: Resiliencia; Delimitación Conceptual; Dolor Crónico; Adaptación.

The study of resilience continues to command wide-ranging interest, despite its long history. However, there is no universally accepted definition of resilience, despite its undoubted importance in the field of health. In this context, attention is being paid to the role played by resilience in the adaptation to physical diseases, including chronic pain. The few studies on this topic show resilience as a relevant variable in adjustment to chronic pain. Nevertheless, definitive conclusions cannot be formed due to differences in the conceptualization and measurement of this variable across different studies. Thus, further research in this area is needed.

Key words: Resilience; Conceptualization; Chronic Pain; Adjustment.

Correspondencia: Gema Teresa Ruiz Párraga, Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Málaga. Campus de Teatinos s/n, 29071, Málaga, España.

Tlf: 952136697; Fax: 952131101; E-mail: gtruizparraga@uma.es

Este trabajo se ha realizado gracias a la financiación de la Consejería de Innovación, Ciencia y Empresa de la Junta de Andalucía para Proyectos de Excelencia (P07-SEJ-3067) y de la Dirección General de Programas y Transferencia de Conocimiento del Ministerio de Ciencia e Innovación (PSI2008-01803/PSIC)

La observación de que no todas las personas sometidas a situaciones de riesgo sufren enfermedades o padecimientos de diverso tipo sino que, por el contrario, las hay que superan la situación, y hasta surgen fortalecidas de ella, guió en sus inicios la investigación de la resiliencia. El término procede del latín, de la palabra *resilium* (volver atrás, volver de un salto). Siendo el término “resiliencia” común a muchas disciplinas del ámbito de las Ciencias Sociales y de las Ciencias de la Salud, sin embargo no existe un consenso sobre su definición. No obstante, en prácticamente todas las definiciones se destacan dos aspectos: resistir a un suceso y rehacerse del mismo (Kaplan 1999; Kotliarenko, Cáceres y Fontecilla, 1997; Munist *et al.*, 1998). Parece, además, tratarse de un concepto difícil de operativizar empíricamente, si bien es común la noción de que está relacionado con medidas de éxito y de fracaso de carácter situacional.

Indudablemente, el ámbito de estudio de la resiliencia ha adquirido un marcado protagonismo en la actualidad dentro de la disciplina psicológica. Probablemente por el interés que la denominada Psicología Positiva ha venido despertando en los dos últimos lustros. Una búsqueda en las principales bases de datos médicas y psicológicas (en inglés y castellano), acotando las fechas de la misma a la última década, arroja un monto de 5.072 publicaciones que llevan por título el término “*resilience*/resiliencia”. Cuando se añade a la búsqueda el término “*health*/salud”, la cantidad desciende a 1.160 trabajos, quedando reducidos a 23 los referidos específicamente a resiliencia y “*pain*/dolor”. Siendo evidente que se trata de un área más que sugerente para la Psicología en general y para la de la salud, en particular, este ámbito de estudio se encuentra aún en estado incipiente en el contexto del dolor crónico.

Conceptuación y características de la resiliencia

El origen de los trabajos sobre resiliencia como variable psicológica se remonta a la observación de comportamientos individuales de superación que parecían aislados y anecdóticos (Vanistendael, 2001) y al estudio evolutivo de niños que habían vivido en condiciones difíciles. Uno de los primeros trabajos científicos que potenciaron el establecimiento de la resiliencia como tema de investigación fue un estudio longitudinal realizado a lo largo de 30 años con una cohorte de 698 niños nacidos en Hawai en condiciones muy desfavorables. Treinta años después, el 80% de estos niños había evolucionado positivamente, convirtiéndose en adultos competentes y bien integrados (Werner y Smith, 1982; 1992). Este estudio, aunque realizado en un marco ajeno a la resiliencia, ha tenido un papel importante en el surgimiento de la misma (Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2003). Así, frente a la creencia tradicional, fuertemente establecida, de que una infancia infeliz determina necesariamente el desarrollo posterior del niño hacia formas patológicas del comportamiento y la personalidad, los estudios con niños resilientes han mostrado que son suposiciones sin fundamento científico, y que un niño con vivencias negativas

no está necesariamente condenado a ser un adulto fracasado (Vera, Carbelo y Vecina, 2006).

Desde la perspectiva de la disciplina psicológica, la resiliencia ha sido definida por una serie de autores como un rasgo psicológico o cualidad que caracteriza a las personas que tienen mayor capacidad para afrontar la adversidad (Atkinson, Martin y Rankin, 2009; Barlett, 1996; Richardson, Neieger, Jensen y Kumpfer, 1990; Wagnild y Young, 1993).

Por otra parte, otros autores no entienden la resiliencia como cualidad sino como la capacidad caracterizada por los buenos resultados a pesar de las amenazas (Fergus y Zimmerman, 2005; Garmezy, 1991; Luthar, 2003; Luthar, Cicchetti y Becker, 2000; Masten, 2001; Masten y Power, 2003). Es decir, asumen la consideración de que la persona, por una parte, va a ser expuesta a una amenaza significativa o a una adversidad severa y, por otra, que la misma lleva a cabo una adaptación positiva, a pesar de las importantes agresiones sobre el proceso de desarrollo que dicha adversidad pueda provocar. De este modo apuntan a la noción de que lo más apropiado sería referirse a la resiliencia como un patrón o modo de proceder, más que a una cualidad, rasgo o característica específica del individuo, puesto que la misma puede variar a lo largo del tiempo y de las etapas de la vida, manifestándose a través de conductas que pueden ir cambiando a lo largo del ciclo vital.

Por tanto, la resiliencia no implica invulnerabilidad, más bien al contrario, alude a un proceso interactivo (del individuo con el medio) en el que la adversidad, de un modo u otro, está presente (Arrington, Melvin y Wilson, 2000). Como han afirmado algunos autores (Buckner, Mezzacappa y Beardslee, 2003), la resiliencia adquiere su máximo significado cuando se aplica a personas que son capaces de exhibir un comportamiento adaptativo, incluso aunque su ambiente les sitúe en un alto riesgo.

Basándose en la evidencia empírica obtenida, Bonanno (2004) distingue la resiliencia de la recuperación ante la adversidad. Posteriormente (Bonanno, Galea, Buicciarelli, y Vlahow, 2007) propone cuatro patrones diferentes de respuesta o trayectorias ante la exposición a un contexto adverso: disfunción crónica, recuperación, resiliencia y disfunción retardada. Las personas resilientes serían aquellas que, a pesar de enfrentarse con un acontecimiento traumático, son capaces de mantener un funcionamiento normal a lo largo del tiempo, mientras que las personas que se recuperan, manifestarían síntomas psicopatológicos, al menos durante unos meses, si bien luego se recuperarían. Y serían diversos los factores personales y contextuales, como por ejemplo el apoyo social, los que determinarían las diferentes trayectorias.

En línea con esto, se acepta que la resiliencia no es un proceso extraordinario y se asume que surge en el día a día, a partir de los recursos humanos de carácter normativo, afectando a los individuos, a sus familias y a sus comunidades. Esta visión de la resiliencia como un proceso que surge de lo ordinario, de

lo cotidiano (frente a la noción de que se trata de una cualidad extraordinaria), implica una perspectiva cultural puesto que, si se entiende como proceso que surge cotidianamente, es indelible de la influencia de los elementos socioculturales y contextuales entre los que se desenvuelve la persona (Masten y Powell, 2003). Se entiende que la resiliencia es fruto de una larga historia de evolución, no sólo biológica sino también sociocultural, que ha ido equipando a los humanos de herramientas para incrementar la capacidad adaptativa de su funcionamiento. De hecho, la mayor parte de los investigadores han asumido que la misma surge de interacciones múltiples y dinámicas entre el organismo y el ambiente (Richardson, 2002), pero no es menos cierto que el estudio sistemático de dichos patrones se encuentra en un estado incipiente.

Etapas en el estudio de la resiliencia en el contexto de la Psicología

Probablemente, lo que justifique los diversos planteamientos conceptuales que han ido surgiendo en torno al intento por delimitar el concepto y estudio de la resiliencia en el ámbito de la Psicología es el hecho de que su análisis se ha ido desarrollando con objetivos e intereses diversos. Así, y siguiendo a Richardson (2002), puede decirse que la investigación de la resiliencia ha pasado por tres etapas diferenciadas.

La primera etapa respondió a la pregunta de ¿Qué características marcan a las personas que prosperan frente a los factores de riesgo o adversidad en oposición a aquellas que sucumben hacia conductas destructivas? La lista de cualidades personales representó la etapa inicial en la investigación de este tema. La segunda etapa se caracterizó por analizar el proceso de obtención de las cualidades definitorias de la resiliencia identificadas en la anterior etapa. De hecho, se propone una “teoría de la resiliencialidad” basada en el modelo de Richardson, Níger, Jensen, y Kumpfer (1990). Y en la tercera etapa se profundizó en el concepto de resiliencia y en cómo la fuerza motivacional dentro de cada uno puede conducir a lograr dicha cualidad. De esta forma, resiliencia y resiliencialidad pueden considerarse

metateorías que están ofreciendo una cobertura para otras teorías psicológicas y educativas. A continuación se detallan los postulados, estudios y hallazgos más representativos en cada una de las tres etapas.

Primera etapa: análisis de las cualidades individuales

Esta etapa se focalizó en la identificación de capacidades y fortalezas de los individuos (Benson, 1997). Se parte de la premisa de que las personas poseen cualidades y valores que les ayudan a sobrevivir a la adversidad. Como se apuntó previamente, las investigaciones que sustentan los inicios del concepto de resiliencia se realizaron con población infantil que vivía situaciones de riesgo, derivadas sobre todo de pobreza y de la enfermedad mental de los padres. Así pues, en esta etapa destacan los estudios de Rutter (1979; 1985), con hijos de padres esquizofrénicos, los trabajos ya reseñados de Werner (1982; Werner y Smith, 1992) y los de Garmezy (1991; Garmezy, Masten y Tellegen, 1984). Cabe destacar también el análisis efectuado por otros autores, si bien se trata de propuestas de carácter eminentemente teórico (tales como la efectuada por Wolin en 1999) El listado de cualidades resilientes encontradas en estos trabajos se detallan en el Cuadro 1.

Como puede verse, en la caracterización de la resiliencia como cualidad a partir de los datos obtenidos de niños, se entremezclan variables personales, factores de personalidad, habilidades personales y elementos sociales y del entorno.

También en esta etapa se efectuaron estudios con población general. Entre ellos cabe destacar el que dirigió Benson (1997), en el que se encuestó a más de 350.000 estudiantes en 600 comunidades entre los años 1990 y 1995. Se identificó un total de 40 valores o cualidades que los encuestados señalaban como particularmente útiles para funcionar óptimamente en la vida, agrupando los mismos en dos categorías: externos (recibir apoyos, conocer límites y encontrar un uso del tiempo constructivo) e internos (honestidad, responsabilidad, integridad, competencia social, autoestima, control interno y habilidades para la resolución de problemas).

Cuadro 1

Cualidades reseñadas en los estudios clásicos de resiliencia.

Autores	Listado de cualidades resilientes
Rutter (1979; 1985)	Ser mujer, buen temperamento, clima escolar positivo, autodominio, autoeficacia, habilidades de planificación y una relación personal cercana, cálida y estable, al menos con un adulto.
Werner (1982) ; Werner y Smith (1992)	Ser mujer, fuerte físicamente, socialmente responsable, adaptable, tolerante, orientada hacia metas concretas, buenas comunicadoras y con un buen estilo de autoestima, ambiente de apoyo y cuidados dentro y fuera de la familia.
Garmezy (1991); Garmezy, Masten y Tellegen (1984)	Efectividad (trabajo, juego y amor), expectativas altas, perspectivas positivas, autoestima, locus de control interno, autodisciplina, habilidades de resolución de problemas, habilidades de pensamiento crítico y sentido del humor.
Wolin (1999)	INTROSPECCIÓN: Capacidad de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta INDEPENDENCIA: Capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento Saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas INICIATIVA: Gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas cada vez más exigentes HUMOR: Encontrar lo cómico en la propia tragedia CREATIVIDAD: Capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden MORALIDAD: Extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y capacidad de comprometerse con valores

Esta primera etapa en el análisis de la resiliencia contribuyó a identificar las cualidades de la misma que ayudan a las personas a recuperarse de la adversidad. Asimismo, posibilitó la delimitación de las fortalezas personales y los factores de protección que se encuadrarían en el concepto, y que autores como Grotberg (2001) resumen del modo en que recoge el Cuadro 2.

Cuadro 2

Categorías de factores resilientes (Grotberg, 2001).

FACTORES RESILIENTES: CATEGORÍAS
YO TENGO
- Personas del entorno en quienes confío y que me quieren incondicionalmente
- Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas
- Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder
- Personas que quieren que aprenda a desenvolverme sólo
- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender
YO SOY
- Una persona por las que otros sienten aprecio y cariño
- Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto
- Respetuoso de mí mismo y del prójimo
YO ESTOY
- Dispuesto a responsabilizarme de mis actos
- Seguro de que todo saldrá bien
YO PUEDO
- Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan
- Buscar la manera de resolver los problemas
- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien
- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar
- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito

Segunda etapa: análisis de los procesos de adaptación

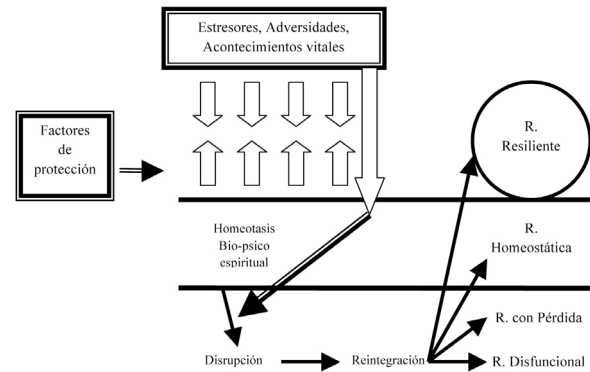
La segunda etapa en el análisis de la resiliencia supuso un intento de responder a la cuestión de cómo se adquieren las cualidades resilientes y cuáles son los procesos asociados a una adaptación positiva de aquellas personas que viven o han vivido en condiciones de adversidad (Villalba, 2003). Surgen nuevas propuestas teóricas y metodológicas, así como distintas perspectivas, cuyo común denominador es el interés en las características del proceso de adaptación a la adversidad. Por consiguiente, se entiende la resiliencia no ya como mera cualidad, sino como una variable relevante en dicho proceso. Los autores más característicos de esta etapa, según las fechas de publicación de los trabajos más relevantes, son Richardson *et al.* (1990), Grotberg (1995), Bernard (1999), Kaplan (1999), Luthar y Cushing (1999), Masten (1999) y Rutter (1999).

La mayoría de estos autores entiende la resiliencia como un proceso dinámico donde las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una relación recíproca que permite a la persona adaptarse, a pesar de la adversidad. De cualquier modo, por tratarse de la primera de las formuladas, será la propuesta de Richardson *et al.* (1990) la que se describa brevemente a continuación. Los autores postulan que, a través del padecimiento

de crisis y de las reacciones hacia los acontecimientos de la vida, las personas tienen la oportunidad de elegir -consciente o inconscientemente- los resultados de dicha crisis. Éstos pueden categorizarse como reintegración resiliente, homeostasis, pérdida y reintegración disfuncional (ver Figura 1).

Figura 1

Modelo de resiliencia de Richardson *et al.* (1990) (Adaptado por Villalba, 2003, reproducido con permiso de la autora).



La reintegración resiliente implica experimentar crecimiento a través de las crisis, con resultado de identificación o fortalecimiento de las cualidades resilientes. En la reintegración que vuelve a la homeostasis la persona dejaría pasar la crisis sin pararse mucho a aprender de ella. Recuperarse con pérdida significa que las personas tienen motivación, esperanzas o energía para hacer frente a las demandas que proceden de las circunstancias de la vida, si bien al principio lleva consigo reacciones disfuncionales de estrés con una posterior recuperación natural. La reintegración disfuncional ocurre cuando las personas terminan consumiendo sustancias y presentan conductas destructivas para ellos mismos o los demás, o usan otros medios para afrontar los cambios vitales. Muchas personas que reintegran disfuncionalmente tienen falta de capacidad para la introspección y requieren terapia para ayudarles. Atendiendo a esta formulación, sería la reintegración resiliente la que contribuiría a incrementar la fortaleza del individuo, que iría minimizándose progresivamente en las restantes fases.

La formulación de Richardson *et al.* (1990) parte de la consideración de que los individuos poseen un potencial genéticamente determinado del que generalmente se manifiesta en la mente consciente. El medio para que dicho potencial se manifieste conscientemente se produciría a través de la exposición a procesos disruptivos resilientes. Aunque el modelo no está exento de críticas, como se señalará a continuación, su validez ha sido mostrada mediante modelos de ecuaciones estructurales con estudiantes universitarios (Neiger, 1991), con poblaciones de mujeres (Dunn, 1994) y con muestras de adultos que son hijos de alcohólicos (Walker, 1996).

Como acaba de indicarse, esta formulación no está exenta de críticas. En términos generales, la más relevante es aquella

que argumenta que a lo largo de la vida existen múltiples y continuas crisis y, por consiguiente, procesos de reintegración. Asimismo, se ha argumentado que el proceso de resiliencia puede tener lugar en unos segundos, a partir de una pequeña experiencia, o durar años, para adaptarse a acontecimientos adversos. Por otro lado, el proceso de resiliencia se aplica no sólo a individuos, sino también a parejas, familias, escuelas, comunidades y sociedades. Además, se ha de tener en cuenta que la reintegración resiliente puede ser pospuesta, de modo tal que la primera reacción podría ser otra y con posterioridad el individuo podría experimentar un crecimiento personal como resultado de la crisis vivida (Villalba, 2003).

Tercera etapa: análisis de las motivaciones para la reintegración resiliente

En esta etapa se equipara la motivación a resiliencia. Se entiende así que la reintegración resiliente requiere de un incremento de la motivación a crecer tras la adversidad. La pregunta clave en esta etapa es ¿Qué es y dónde se encuentra la fuente de energía o motivación para hacer reintegraciones resilientes?

Uno de los postulados que se plantea es que la fuente para actualizar la resiliencia proviene del propio ecosistema y que la resiliencia es una capacidad que está en cada ser humano. Así, la motivación puede provenir del encuentro con un ser querido o de disfrutar de la Naturaleza, también de recibir una buena noticia. Así pues, de acuerdo con los autores de la propuesta, son las fuentes ecológicas las que ofrecen o provocan resiliencia en las personas (Richardson *et al.*, 1990).

En el año 2000 se publicó un número especial en la revista *American Psychologist* en el que confluyeron posiciones representativas de las tres etapas de la investigación del fenómeno. Los artículos recogidos mostraban las diversas características y cualidades de la resiliencia, entre las que se incluyen la felicidad (Buss, 2000), el bienestar subjetivo (Diener, 2000), la fe (Myers, 2000), la autodeterminación (Schwartz, 2000), la sabiduría (Baltes y Staudinger, 2000), la excelencia (Lubinski y Benbow, 2000) y la creatividad (Simonton, 2000). También se editó un monográfico en la *Journal of Social and Clinical Psychology* dedicado a las fortalezas, virtudes y características positivas que se han asociado a la resiliencia. Las cualidades resilientes descritas en este número incluyen la moralidad y el autocontrol (Baumeister y Exline, 2000), la gratitud (Emmons y Crumpler, 2000), el olvido (McCullough y Snyder, 2000), los sueños (Zinder y McCullough, 2000) y las esperanza (Snyder, 2000). Como puede verse, es amplia la miscelánea de atributos representativos de la resiliencia.

En años más recientes, el estudio de la misma parece haberse ido decantando en dos direcciones: la aproximación focalizada en la variable y la centrada en la persona (Luthar, 2006; Masten, 2001; Masten y Powell, 2003). En la primera se examina la relación que existe entre competencia, adversidad y una multitud de potenciales factores de protección que se representan en variables diversas. Éstas serían las que determinan las

diferencias individuales y la naturaleza de la interacción de las personas con el mundo en el que viven. A modo de ejemplo, uno de los hallazgos más consistentes en la literatura al respecto es que el funcionamiento intelectual modera la asociación entre la adversidad y la conducta a lo largo del tiempo (Masten *et al.*, 1999). Ante la adversidad a lo largo de la vida, tener un elevado CI resulta ser un importante predictor de la conducta, sugiriendo que las personas con habilidades cognitivas más deficitarias tendrían mayor riesgo de desarrollar problemas de conducta antisocial cuando experimentan la adversidad. Los resultados son también consistentes sobre el papel de la crianza y educación recibida. Si la adversidad es alta y la calidad de la crianza es baja, el riesgo de aparición de la conducta antisocial es mayor. Asimismo, la calidad de la crianza puede reducir la exposición a la adversidad (Masten y Powell, 2003).

La aproximación de la estrategia focalizada en la persona identifica a individuos que cumplen los criterios definitorios de resiliencia, particularmente en comparación con personas desadaptadas que tienen niveles similares de riesgo o adversidad, pero que manifiestan resultados marcadamente diferentes. Aunque los estudios de caso son muy interesantes, e inspiran sobre cómo funciona la resiliencia, tienen el problema de su generalización a otras poblaciones o situaciones (Becoña, 2006). De cualquier modo, como resultado del análisis diferencial entre grupos de resilientes, de desadaptados y de competentes, Masten *et al.*, (1999) y Masten y Powell (2003), partiendo del enfoque de la estrategia focalizada en la persona, a partir de estudios de muestras normalizadas de población joven, llegan a las siguientes conclusiones: 1) la resiliencia es un patrón observable en las vidas de los jóvenes. Y los mismos pueden ser identificados fiablemente con diferentes métodos. 2) Los jóvenes competentes y resilientes tienen más recursos a su alcance, incluyendo a personas adultas en su vida y en su crianza, amén de un desarrollo cognitivo promedio o bueno, y de una autoconsideración positiva. Además, estos jóvenes competentes y resilientes siguen mostrando estas características en sus, al menos, primeros años de adultez. Los jóvenes desadaptados, por otra parte, son los que cuentan con pocos recursos internos y/o familiares. Asimismo, están más inclinados a experimentar emociones negativas y parecen ser más propensos a vivenciar situaciones estresantes, respondiendo pobremente a las mismas.

Según Becoña (2006), todo lo anterior sugiere la relevancia de centrarse en algunos factores de protección básicos para el desarrollo humano, como son el apego, la motivación, la autorregulación, el desarrollo cognitivo y el aprendizaje. A ello habría que añadir el macronivel de la organización humana, que se basa de modo importante en la cultura, puesto que puede ser necesaria la ayuda del medio social para que se adquiera el grado de resiliencia que se precisa para afrontar la vida. Por consiguiente, la posición que goza de mayor aceptación en la actualidad en la consideración de la resiliencia es la que la sitúa como un proceso que surge de lo ordinario, de lo cotidiano, frente a la noción de que se trata de una cualidad extraordinaria.

Esto implica, necesariamente, una perspectiva cultural en su análisis, puesto que si se entiende la resiliencia como proceso que surge cotidianamente, es indisoluble de la influencia de los elementos socioculturales. Esta perspectiva ofrece probablemente una mirada mucho más optimista de cara a plantear acciones que logren su consecución.

La resiliencia en el dolor crónico

La resiliencia, directa e indirectamente, ha estado ligada desde sus inicios a la salud. Como se ha reflejado previamente, la misma se ha asociado a una menor presencia, en ocasiones nula, de psicopatología en población que ha estado expuesta a situaciones de adversidad (Werner y Smith, 1982, 1992). Incluso el propio concepto de resiliencia se ha llegado a entender como la ausencia de psicopatología. Y es que la resiliencia ha mostrado, a lo largo de las investigaciones que se han llevado a cabo, ser un significativo amortiguador del estrés, relacionándose con una mejor adaptación ante situaciones precursoras del mismo (Wagnild y Young, 1993; White, Driver y Warren, 2010).

En esta línea, el dolor crónico es un importante problema de salud que en sí mismo es considerado una experiencia estresante ante la que el paciente tiene que poner en marcha una serie de estrategias y recursos de cara a su adaptación, puesto que se trata de una patología que perdura a lo largo del tiempo (Ramírez-Maestre, Esteve y López, 2004). Es por ello que en el ámbito del dolor se está empezando a prestar atención a aquellos factores que pueden proteger a las personas de la cronicidad del mismo, y no únicamente a aquellos factores que podrían incrementar el riesgo de cronicidad de este problema. En este sentido, son diversos los trabajos que contemplan la resiliencia como una variable importante a tener en cuenta en pacientes aquejados de dolor agudo y crónico (Catalano, Chan, Wislon, Chiu y Muller, 2011; Karoly y Ruehlman, 2006; López-Martínez, Ríos-Velasco, Ruiz-Párraga, Esteve y Sánchez-Reina, 2009; Ong, Zautra y Reid, 2010; Quale y Schanke, 2010; Ramírez-Maestre, Esteve y López, 2011; Smith y Zautra, 2008; Strand *et al.*, 2006; Vinaccia *et al.* 2005; West, Usher y Foster, 2011; White, Driver y Warren, 2010; Wright, Zautra y Going, 2008; Zautra, Fasman, Parrish y Davis, 2007; Zautra, Johnson y Davis, 2005).

La mayoría de las investigaciones que han incorporado la resiliencia al estudio del dolor se han centrado principalmente en factores de resiliencia específicos, concretamente en el análisis de emociones positivas, las cuales han mostrado ejercer un papel protector en pacientes con osteoartritis (Wright *et al.*, 2008; Zautra *et al.*, 2007), fibromialgia (Zautra *et al.*, 2007) y artritis reumatoide (Strand *et al.*, 2006; Vinaccia *et al.*, 2005), asociándose a niveles inferiores de dolor informado y a un mayor grado de funcionamiento físico autónomo. De hecho, en el trabajo efectuado por Smith y Zautra (2008), con mujeres afectadas de artritis ($N = 170$), se evidencia que la resiliencia tiene un claro efecto sobre las emociones positivas, incrementando directamente las mismas. Esta variable, según los datos

de este estudio, explicaría el 26% de la varianza del afecto positivo de las pacientes.

Autores como Karoly y Ruehlman (2006) entienden la resiliencia, en el contexto del dolor crónico, como un patrón de respuesta que caracteriza a pacientes con elevados niveles de intensidad de dolor pero con una baja interferencia en su cotidianidad y un escaso malestar emocional. Estos autores encontraron que aproximadamente el 13% de una muestra de 2407 pacientes con dolor crónico podían ser identificados como resilientes. Los pacientes resilientes presentaban menos conductas de protección, un autodiálogo positivo, mayor persistencia a la hora de efectuar tareas, bajos niveles de miedo al dolor inducido, menor incapacidad autoinformada, menor catastrofismo, y mayor apoyo social tangible.

Por su parte, López-Martínez *et al.* (2009), utilizando la Escala de Resiliencia (RS) originalmente creada por Wagnild y Young (1993), han encontrado que existe una asociación entre la resiliencia y un mayor uso de estrategias de afrontamiento activo en pacientes con dolor crónico de origen heterogéneo ($N = 125$). Asimismo, en los recientes trabajos efectuados con modelos de ecuaciones estructurales por Ramírez-Maestre *et al.* (2011), la resiliencia (evaluada también con la RS) aparece como un elemento central en la adaptación al dolor de pacientes aquejados de dolor crónico de espalda ($N = 299$), en la medida en que aumenta las puntuaciones de la aceptación del dolor y en afrontamiento activo. En esta misma línea, Ong *et al.* (2010), en un estudio efectuado con 95 pacientes con dolor crónico, encontraron que altas puntuaciones en resiliencia (evaluada mediante la Escala de Ego-Resiliencia de Block y Kremen, 1996) se asociaban con una mayor manifestación de emociones positivas, así como con niveles inferiores de dolor y con una menor frecuencia de pensamientos catastrofistas. Dicha influencia era independiente del resto de variables consideradas en el estudio, entre las que se evaluó el neuroticismo, la presencia de emociones negativas, el nivel de renta per cápita y la edad de los participantes. En el trabajo efectuado por Ríos-Velasco (2011), con metodología de ecuaciones estructurales, se comprueba que la resiliencia (medida con la RS) desempeña un relevante papel en la adaptación al dolor crónico, afectando de modo significativo tanto a variables implicadas en el ajuste al dolor crónico (catastrofismo, aceptación del dolor y afrontamiento activo), como a las variables de resultado (depresión, grado de funcionamiento autónomo cotidiano y nivel de dolor). Estos hallazgos se obtienen, además, en dos muestras independientes de pacientes provenientes de dos culturas diferentes: la española ($N = 105$) y la mexicana ($N = 119$). Y en la investigación efectuada por Catalano *et al.* (2011), con una muestra de 255 pacientes afectados de lesiones medulares, los hallazgos empíricos (obtenidos también con modelos de ecuaciones estructurales) indican que la resiliencia, evaluada con la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (Connor y Davidson, 2003), es un claro amortiguador tanto de la percepción de estrés como de los síntomas depresivos de los pacientes.

Utilizando una muestra de pacientes intervenidos quirúrgicamente de la espalda ($N = 42$), White *et al.* (2010) toman como punto de partida para efectuar su estudio el proceso de rehabilitación posterior a dicha intervención. El propósito de este estudio fue doble: de un lado identificar, durante la rehabilitación de los pacientes, cambios en las puntuaciones en resiliencia, evaluada con la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (Connor y Davidson, 2003), y en los indicadores de ajuste (satisfacción con la vida, sintomatología depresiva, espiritualidad y funcionamiento autónomo); de otro, examinar la relación entre cada variable en las diferentes etapas del proceso rehabilitador. Los resultados mostraron cambios significativos a lo largo del proceso rehabilitador en todas las variables de ajuste, pero no en las puntuaciones en resiliencia, lo que apunta hacia la estabilidad temporal de esta variable. Asimismo, la resiliencia correlacionó positivamente con satisfacción vital y con espiritualidad, en tanto que lo hizo negativamente con sintomatología depresiva.

Quale y Schanke (2010) han realizado un estudio longitudinal con 80 pacientes aquejados de lesiones en la médula espinal con el objetivo de identificar las posibles trayectorias de ajuste psicológico a dicha problemática. Concretamente, los autores definieron como posibles trayectorias las tres siguientes, basándose en una propuesta inicialmente formulada por Bonano y colaboradores (Bonanno, Galea, Bucciarelli y Vlahov, 2007; Bonanno, Moskowitz, Papa y Folkman, 2005; Bonano *et al.*, 2008): 1) la trayectoria de la resiliencia, caracterizada por la ausencia de síntomas indicativos de malestar emocional y por un funcionamiento saludable, estable a lo largo del tiempo; 2) la trayectoria de la recuperación, caracterizada por una interrupción temporal del funcionamiento, durante la que pueden aparecer síntomas de depresión o de estrés postraumático que, al cabo de unos meses, van desapareciendo hasta retornar a los niveles iniciales; y 3) la trayectoria del malestar, se caracteriza por altos niveles de malestar emocional durante todo el proceso de rehabilitación médica. Los resultados identificaron a la resiliente como la trayectoria más común (54%), seguida de la trayectoria de recuperación (25%) y, en último lugar, la trayectoria de angustia (21%). Las principales diferencias entre la trayectoria de la resiliencia y las dos restantes (recuperación y malestar) se produjeron en las puntuaciones en los rasgos de afecto positivo y negativo, así como en los sentimientos de soledad y abandono. No obstante, las dos trayectorias que mostraron diferir en mayor medida fueron las de resiliencia y malestar: los participantes resilientes eran más optimistas, en tanto que los de la trayectoria de malestar se mostraron menos satisfechos con el apoyo social recibido, habían consumido más sustancias tóxicas antes del diagnóstico e informaban de niveles más elevados de dolor.

Se han realizado también algunos trabajos de laboratorio que examinan las diferencias en la percepción de dolor (inducido experimentalmente) en función de las puntuaciones de los participantes en resiliencia. El primero de ellos fue el efectuado

por Friborg *et al.* (2006). Los resultados de este estudio, en el que se utilizó la Escala de Resiliencia para Adultos (RSA; Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen, 2003), mostraron que el dolor percibido y el estrés incrementaron progresivamente a lo largo del experimento, pero que los individuos con elevadas puntuaciones en resiliencia informaron sentir menos dolor y estrés que los participantes con bajas puntuaciones en esta variable. Este efecto protector de la resiliencia fue, además, más pronunciado en el grupo de sujetos que presentaba las puntuaciones más elevadas en estrés, lo que apoya el papel protector de la resiliencia ante situaciones adversas. Más recientemente, Smith *et al.* (2009), empleando la Escala Breve de Resiliencia (BRS; Smith *et al.*, 2008), han encontrado que existe una asociación significativa entre la resiliencia autoinformada y el dolor inducido experimentalmente, tanto con frío como con calor. Concretamente, la habituación al dolor es superior en los participantes (mujeres sanas) con puntuaciones más altas en resiliencia. Los hallazgos obtenidos en este trabajo también pusieron de manifiesto que la resiliencia explica un 9.85% de la varianza del incremento de los umbrales de dolor termal a lo largo de los ensayos, así como un 2.03% de los cambios el umbral de dolor inducido mediante frío. Si bien se trata de porcentajes modestos, son indicativos de que la resiliencia afecta al nivel de dolor autoinformado.

Así pues, los trabajos que se han realizado en el ámbito del dolor muestran el relevante papel que la resiliencia desempeña tanto en la percepción del mismo como en el curso de la adaptación a esta patología. Tal es así que actualmente autores como Sturgeon y Zautra (2010) entienden la resiliencia como un elemento integrador que puede esclarecer los rasgos y mecanismos que subyacen a la sostenibilidad de una buena calidad de vida y a la recuperación de pacientes con dolor crónico. En este sentido, West *et al.* (2011) acaban de proponer un nuevo modelo para el tratamiento del dolor crónico. Dicho modelo ofrece estrategias para trabajar con el paciente y su familia, desde los centros de atención primaria a la salud, que enfatizan el desarrollo de habilidades resilientes que ayuden a los pacientes a adaptarse a una circunstancia adversa como la que el dolor crónico representa en muchas ocasiones. Parece indudable el relevante papel que la resiliencia desempeña en el dolor crónico. Sin embargo, los resultados distan aún de ser concluyentes, no sólo por la escasez de trabajos efectuados hasta el momento, sino también por las diferencias de carácter metodológico entre ellos.

Conclusiones

A pesar de que los hallazgos empíricos citados dibujan un panorama ciertamente sugerente en la relación entre dolor crónico y resiliencia, no se ha de perder de vista que la investigación en este terreno se halla en estado incipiente.

La mayoría de las posiciones actuales parecen considerar esta variable como un proceso implicado en el ajuste de las personas que incluye conductas, pensamientos y acciones. Además,

la resiliencia es una característica ordinaria, no extraordinaria, y ser resiliente implica experimentar dificultades y malestar. Por consiguiente, cualquiera puede desarrollar resiliencia y ésta será fruto probablemente de: a) la historia evolutiva del grupo de pertenencia de dicho individuo que ha tenido que ir adaptándose a los cambios de carácter vital. Dicha historia se adquiere de generación en generación a través de la cultura (en un amplio sentido del término) y del aprendizaje (en un sentido más concreto); b) en cualquier caso, ese contexto más amplio en el que el individuo se halla, interacciona a la vez con las variables de personalidad del mismo. La combinación de ambos aspectos dará diversos resultados. Si el contexto es muy adverso, la comunidad es muy resiliente y el individuo tiene fortalezas psicológicas claras, la probabilidad de éxito ante la adversidad será mayor. Pero si el contexto es adverso, la comunidad resiliente pero el individuo no posee determinadas características de personalidad, el éxito será menor. Por ello, quizás la posición en el estudio de la resiliencia que más comúnmente se acepta en la actualidad es la centrada en la persona.

Es precisamente esta la perspectiva que parece venir adoptándose dentro del ámbito del dolor crónico. Si bien los datos apuntan, de modo casi unívoco, al valor de la resiliencia en la modulación del dolor y en el ajuste al mismo, no es menos cierto que la ausencia de un marco conceptual nítido en el que se aúnen posiciones sobre la definición de la resiliencia como variable psicológica sigue siendo una realidad. Lo que, además, se ve reflejado en el uso de medidas diversas para operativizar la misma, tal y como en las diferentes investigaciones reseñadas en páginas precedentes se pone de manifiesto. Ello dificulta la extracción de conclusiones bien establecidas y hace necesario seguir aunando esfuerzos en una misma dirección.

Referencias

1. Arrington, E. G., Melvin, L.A. y Wilson, M.N. (2000). A Re-examination of risk and resilience during adolescence: incorporating culture and diversity. *Journal of Child and Family Studies*, 9, 221-230. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1009423106045>
2. Atkinson, P. A., Martin, C. R. y Ranquin, R. (2009). Resilience revisited. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 16, 137-145. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01341.x>
3. Baltés, P. B. y Staundinger, U. M. (2000). Wisdom: A methauristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55, 122-136. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.122>
4. Barlett, D. W. (1996). On resilience: Questions of validity. En M.C. Wang y E.W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America* (pp. 97-108). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
5. Baumeister, R. F. y Exline, J. J. (2000). Self-control, morality, and human strength. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 29-42. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.29>
6. Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1, 125-146.
7. Benson, P. L. (1997). *All kids are our kids*. Minneapolis: Search Institute.
8. Bernard, B. (1999). Applications of resilience: Possibilities and promise. En M. Glantz y J. Johnson (Ed.). *Resilience and Development: Positive Life Adaptation* (pp. 2269-2277). Nueva York: Plenum.
9. Block, J. y Kremen, A.M. (1996). IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 349-361. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.349>
10. Bonano, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive alter extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
11. Bonano, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A. y Vlahow, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 671-682. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.671>
12. Bonanno, G. A., Ho, S. M., Chan, J. C., Kwong, R. S., Cheung, C. K., Wong, C. P. y Wong, V. C. W. (2008). Psychological resilience and dysfunction among hospitalized survivors of the SARS epidemic in Hong Kong: A latent class approach. *Health Psychology*, 27, 659-667. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.27.5.659>
13. Bonanno, G. A., Moskowitz, J. T., Papa, A. y Folkman, S. (2005). Resilience to loss in bereaved spouses, bereaved parents, and bereaved gay men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 827-843. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.88.5.827>
14. Buckner, J. C., Mezzacappa, E. y Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development and Psychopathology*, 15, 139-162. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579403000087>
15. Buss, D. M. (2000). The evolution of happiness. *American Psychologist*, 55, 15-23. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.15>
16. Catalano, D., Chan, F., Wilson, L., Chiu, C. y Muller, V.L. (2011). The buffering effect of resilience on depression among individuals with spinal cord injury: a structural equation model. *Rehabilitation Psychology*, 56, 200-211. <http://dx.doi.org/10.1037/a0024571>
17. Connor, K.M. y Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD_RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82. <http://dx.doi.org/10.1002/da.10113>
18. De Roon-Cassini, T. A., Rusch, M. D., Mancini, A. D. y Bonanno, G. A. (2010). Psychopathology and resilience following traumatic injury: A latent growth mixture model analysis. *Rehabilitation Psychology*, 55, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1037/a0019111>

- [org/10.1037/a0018601](http://dx.doi.org/10.1037/a0018601)
19. Diener, E. (2000). Subjective well-being. *American Psychologist*, 55, 34-43. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
 20. Dunn, D. (1994). *Resilient reintegration of married women with dependent children: Employed and unemployed*. Tesis doctoral sin publicar. University of Utah.
 21. Emmons, R. A. y Crumpler, C. A. (2000). Gratitude as a human strength. Appraising the evidence. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 59-69. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.56>
 22. Fergus, S. y Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 1-26. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publ-health.26.021304.144357>
 23. Fraser, M. W. y Galinsky, M. J. (1997). Toward a resilience-based model of practice. En M. W. Fraser (Ed.), *Risk and resilience in childhood* (pp. 265-276). Washington, DC: Nasw Press.
 24. Fraser, M. W., Rischman, J. M. y Galinsky, M. J. (1999). Risk, protection and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice. *Social Work Research*, 23, 131-143. <http://dx.doi.org/10.1093/swr/23.3.131>
 25. Friberg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., Aslaksen, P. y Flaten, M. (2006). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 213-219. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.12.007>
 26. Friberg, O., Hjemdal, O., rosenvinge, J.H. y Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods Psychiatric Research*, 12, 65-76. <http://dx.doi.org/10.1002/mpr.143>
 27. Garmezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20, 459-466.
 28. Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430. <http://dx.doi.org/10.1177/0002764291034004003>
 29. Garmezy, N., Masten, A. S. y Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111. <http://dx.doi.org/10.2307/1129837>
 30. Geiser, D. S. (1992). *A comparison of acceptance focused and control focused psychological treatments in a chronic pain treatment center*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Nevada: Reno.
 31. Grotberg, E. H. (1995). *The international resilience project: Research, application, and policy*. Symposium International Stress e Violencia. Lisboa, Portugal.
 32. Grotberg, E. H. (2001). Nuevas tendencias en resiliencia. En A. Mellido y E.N. Suárez Ojeda (Comp.). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas* (pp.19-30). Barcelona: Paidós.
 33. Kaplan, H. B. (1999). Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models. En M. D. Glantz y J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive life adaptations* (pp. 17-83). Nueva York: Kluwer Academic Plenum Press.
 34. Karoly, P. y Ruehlman, L. S. (2006). Psychological resilience and its correlates in chronic pain: finding from a national community sample. *Pain*, 123, 90-97. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2006.02.014>
 35. Kotliarenko, M.A., Cáceres, I. y Fontecilla M. (1997). *Estado de arte en resiliencia*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
 36. López-Martínez, A. E., Ríos Velasco, L., Ruiz-Párraga, G. T., Esteve, R. y Sánchez-Reyna, A. (2009). The role of resilience and acceptance versus catastrophizing and pain-related fear in chronic pain adjustment. *European Journal of Pain*, 13, 970.
 37. Lubinski, D. y Benbow, C. P. (2000). Status of excellence. *American of Psychologist*, 55, 137-150. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.137>
 38. Luthar, S. S. (Ed.) (2003). *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge: Cambridge University Press.
 39. Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En D. Cicchetti y D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 739-795), vol. 3 (2th Edition). Nueva York: Wiley.
 40. Luthar, S. S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The construct of resilience. A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
 41. Luthar, S. S. y Cushing, G. (1999). Measurement issues in the empirical study of resilience. An overview. En M. Glantz y J. Johnson (Ed.). *Resilience and Development: Positive Life Adaptation* (pp. 129-160). Nueva York: Plenum.
 42. Luthar, S. S. y Zelazo, L. B. (2003). Research on resilience. An integrative review. En S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 510-549). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
 43. Manciaux, M. Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrułnik, B. (2003). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux (Ed.). *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp.19-30). Madrid: Gedisa.
 44. Masten, A. S. (1999). Resilience comes of age: Reflections of the past and outlooks for the next generation of researches. En M. Glantz y J. Johnson (Eds.). *Resilience and Development: Positive Life Adaptation* (pp. 281-296). Nueva York: Plenum.

45. Masten, A. S. (2001). Ordinary or magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
46. Masten, A. S. y Powel, J.L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. En S. S. Luthar (Ed.). *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1-25). Cambridge, Ru: Cambridge University Press.
47. McCullough, M. E. y Snyder, C. R. (2000). Classical sources of human strength: Revisiting an old home and building a new one. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 1-10. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.1>
48. Meredith, P. J., Strong, J. y Feeney, J. A. (2006). The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally-induced pain. *Pain*, 120, 44-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2005.10.008>
49. Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M. A., Suárez, E. N., Infante, E. y Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescents*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
50. Myers, D.G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.56>
51. Neiger, B. (1991). *Resilient reintegration: use of structural equations modelling*. Tesis doctoral no publicada. University of Utah.
52. Ong, A.D., Zautra, A.J. y Reid, M.C. (2010). Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychology and Aging*, 25, 516-523. <http://dx.doi.org/10.1037/a0019384>
53. Quale, A. J. y Schanke, A. K. (2010). Resilience in the face of coping with a severe physical injury: a study of trajectories of adjustment in a rehabilitation setting. *Rehabilitation Psychology*, 55, 12-22. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018415>
54. Ramírez-Maestre, C., López, A.E. y Esteve, R. (2004). Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 147-165. <http://dx.doi.org/10.1023/B:JOBM.0000019849.21524.70>
55. Ramírez-Maestre, C., Esteve, R. y López, A. (2012). The path to capacity: Resilience and spinal chronic pain. *Spine*, 8, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1097/BRS.0b013e31822e93ab>
56. Richardson, G. E. (2002). The meta-theory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 307-321. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.10020>
57. Richardson, G. E., Niger, B.L., Jensen, S. y Kumpfer, K. L. (1990). The resilience model. *Health Education*, 21, 33-39.
58. Ríos-Velasco, L.G. (2011). *Vulnerabilidad y resiliencia: diferencias interculturales en la experiencia del dolor crónico*. Tesis Doctoral no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de Málaga.
59. Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantages. En M. W. Kent y J. E. Rolf (Eds.). *Primary prevention of psychopathology*, 3 (pp.49-74). Hanover, NH: Universtiy Press of New England.
60. Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Prospective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatric*, 147, 598-611. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
61. Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-6427.00108>
62. Schwartz, B. (2000). Self-determination. *American Psychologist*, 55, 79-88. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.79>
63. Simonton, D.K. (2000). Creativity. *American Psychologist*, 55, 151-158. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.151>
64. Smith, B.W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. y Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194-200. <http://dx.doi.org/10.1080/10705500802222972>
65. Smith, B. W., Tooley, E.M., Montague, E.Q., Robinson, A.E., cosper, C.J. y Mullins, P.G. (2009). The role of resilience and purpose in life in habituation to heat and cold pain. *The Journal of Pain*, 10, 493-500. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2008.11.007>
66. Smith, B.W. y Zautra, A.J. (2008). Vulnerability and resilience in women with arthritis : test of a two-factor model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 799-810. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.76.5.799>
67. Strand, E. B., Zautra, A. J., Thoresen, M., Odegard, Uhlig, C. y Finset, A. (2006). Positive affect as a factor of resilience in the pain-negative affect relationship in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 477-484. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.08.010>
68. Sturgeon, J.A. y Zautra AJ (2010). Resilience: A new paradigm for adaptation to chronic pain. *Current Headache Report* 14, 105-112. <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-010-0095-9>
69. Unglar, M. P. (2001). The social construction of resilience among problem youth in out of home placement: A study of health enhancing deviance. *Child and Youth Care Forum*, 30, 137-154. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1012232723322>
70. Vanistendael, S. (2003). La resiliencia en lo cotidiano. En M. Manciaux (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 115-127). Madrid: Gedisa.
71. Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27, 40-49.
72. Villalba, C. (2003). El concepto de resiliencia individual y familiar. Aplicaciones en la intervención social. *Intervención Psicosocial*, 12, 283-299.
73. Vinaccia, S., Contreras, F., Palacio, C., Marín, A., Tobon,

- S. y Moreno-San Pedro, E. (2005). Disposiciones fortalecedoras: personalidad resistente y autoeficacia en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Terapia Psicológica*, 23, 15-24.
74. Wagnild, F. M. y Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
75. Walker, R. J. (1996). *Resilient reintegration of adult children perceived alcoholic parents*. Tesis doctoral no publicada. University of Utah, Estados Unidos.
76. Werner, E. E. y Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. Nueva York: McGraw-Hill.
77. Werner, E. E. y Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
78. West, C., Usher, K y Foster, K. (2011). Family resilience: towards a new model of chronic pain management. *Journal of the Royal College of Nursing Australia*, 18, 3-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2010.08.004>
79. White, B., Driver, S. y Warren, A. M. (2010). Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 55, 23-32. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018451>
80. Wolin, S. J. y Wolin, S. (1993). *The resilient self*. Nueva York: Willard.
81. Wright, L.J., Zautra, A.J. y Going, S. (2008). Adaptation to early knee osteoarthritis: the role of risk, resilience, and disease severity on pain and physical functioning. *Annual Behavioral Medicine*, 36, 70-80. <http://dx.doi.org/10.1007/s12160-008-9048-5>
82. Zautra, A. J., Fasman, R., Parrish, B. P. y Davis, M. C. (2007). Daily fatigue in women with osteoarthritis, rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *Pain*, 128, 128-135. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2006.09.004>
83. Zautra, A. J., Johnson, L. M y Davis, M. C. (2005). Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 212-220. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.2.212>

Fecha de recepción: 4 de octubre de 2011

Fecha de recepción de la versión modificada: 20 de diciembre de 2011

Fecha de aceptación: 10 de enero de 2012