



Acta Colombiana de Psicología

ISSN: 0123-9155

revistaacta@ucatolica.edu.co

Universidad Católica de Colombia  
Colombia

Zavarize, Sergio Fernando; Muglia Wechsler, Solange  
EVALUACIÓN DE LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LAS ESTRATEGIAS DE  
AFRONTAMIENTO DEL DOLOR LUMBAR

Acta Colombiana de Psicología, vol. 19, núm. 1, 2016, pp. 35-45

Universidad Católica de Colombia  
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79845405003>

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

## **EVALUACIÓN DE LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL DOLOR LUMBAR**

Sergio Fernando Zavarize\*, Solange Muglia Wechsler  
Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Brazil.

Recibido, septiembre 18/2014

Concepto evaluación, agosto 5/2015

Aceptado, septiembre 11/2015

**Referencia:** Zavarize, S.F. & Wechsler, S.M. (2016). Evaluación de las diferencias de género en las estrategias de afrontamiento del dolor lumbar. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(1), 35-45.  
DOI: 10.14718/ACP.2016.19.1.3

### **Resumen**

El dolor lumbar puede ser visto como un gran problema de salud pública. Las diferencias de género son importantes factores que influyen en los síntomas y en las respuestas del comportamiento. El objetivo de este estudio fue investigar las diferencias de género en los comportamientos de dolor y en el manejo del dolor lumbar crónico. La muestra estuvo conformada por 158 participantes (66,5% mujeres), con edades entre los 30 y 88 años que fueron diagnosticados con artrosis lumbar. Los instrumentos utilizados fueron: la Escala Visual Analógica, el Cuestionario de Calidad de Vida y un cuestionario para evaluar las actividades de ocio y distracción del dolor. Los resultados del MANOVA demostraron que las mujeres presentaron mayor percepción del dolor que los hombres. También fue posible observar frecuencias más altas de actividades sociales en las mujeres, así como correlaciones significativas entre las actividades sociales y los dominios psicológicos, sociales y medio ambientales. En conclusión, las mujeres presentan un mayor número de estrategias de afrontamiento para el dolor, lo cual puede influir positivamente en su calidad de vida.

*Palabras clave:* dolor, dolor lumbar, género, optimismo, afrontamiento.

## **ASSESSMENT OF GENDER DIFFERENCES IN COPING STRATEGIES FOR LOW BACK PAIN**

### **Abstract**

Low-back pain is considered a serious public health problem. Gender differences are important factors that influence symptoms and behavioral responses. This research aimed to investigate gender differences in pain behaviors and pain management of chronic low back pain. The sample consisted of 158 participants (66.5% female), aged 30-88 who were diagnosed with Lumbar Osteoarthritis. The instruments used were the Visual Analogue Scale, the Quality of Life Questionnaire and a questionnaire to assess leisure and distraction activities from pain. Results of MANOVA showed that women have significant greater pain perception than men. Higher frequencies of social activities were also observed for women as well as significant correlations between social activities and psychological, social and environmental domains. In conclusion, women presented a greater number of coping strategies for pain than men, which probably tend to have a positive influence in their life quality.

*Key words:* pain, low back pain, gender, optimism, coping.

\* Rua Padre José, 396 - Mogi Mirim - SP - Brasil - CEP 13.800-170. Teléfono fijo: 51-19-38624180. Correo electrónico: [sergio.fernando.zavarize@gmail.com](mailto:sergio.fernando.zavarize@gmail.com).

Esta investigación fue financiada por el Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

## ***AVALIAÇÃO DAS DIFERENÇAS DE GÊNERO NAS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA DOR LOMBAR***

### Resumo

A dor lombar pode ser vista como um grande problema de saúde pública. As diferenças de gênero são importantes fatores que influenciam nos sintomas e nas respostas do comportamento. O objetivo deste estudo foi pesquisar as diferenças de gênero nos comportamentos de dor e na gestão da dor lombar crônica. A amostra foi conformada por 158 participantes (66,5% mulheres), com idade entre 30 e 88 anos, que foram diagnosticadas com artrose lombar. Os instrumentos utilizados foram: a Escala Visual Analógica, o Questionário de Qualidade de Vida e um questionário para avaliar as atividades de lazer e distração da dor. Os resultados do MANOVA demonstraram que as mulheres apresentaram maior percepção da dor do que os homens. Também foi possível observar frequências mais altas de atividades sociais nas mulheres, bem como correlações significativas entre as atividades sociais e os domínios psicológicos, sociais e meio ambientais. Em conclusão, as mulheres apresentaram um maior número de estratégias de enfrentamento para a dor, o que pode influenciar positivamente em sua qualidade de vida.

*Palavras-chave:* dor, dor lombar crônica, otimismo, enfrentamento.

### INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Asociación Internacional del Estudio del Dolor (IASP), el dolor se caracteriza como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial descrita en términos de daño (Ferreira et al., 2015; Kreling, Cruz, & Pimenta, 2006). Desde el punto de vista clínico, hay dos tipos de dolor: agudos y crónicos. El dolor agudo tiene un carácter fisiológico, causado por lesiones corporales, trastornos traumáticos, quemaduras, infecciones y procesos inflamatorios, entre otros. Posee una función de alerta y defensa que contribuye a la preservación de la vida. El dolor crónico puede tener una duración superior a seis meses, o prolongarse más allá del período de recuperación habitual prevista para la causa que lo desencadenó (Treede et al., 2015). Merece mayor atención por parte de los profesionales de la salud, dada su influencia negativa en la rutina diaria del individuo, lo que se asocia con los procesos de enfermedades crónicas (Martelli & Zavarize, 2014).

El dolor siempre es observado o evaluado con subjetividad, y cada individuo lo siente y experimenta según sus experiencias anteriores. Sea agudo o crónico, el dolor puede inducir en el individuo la manifestación de distintos síntomas como fatiga, disminución de la concentración, sueño irregular o insomnio, irritabilidad y problemas sociales en el ejercicio de sus funciones profesionales (Castro et al., 2011).

El dolor lumbar, o más específicamente el lumbago, puede ser definido como la presencia de dolor en la región lumbar de la columna vertebral, en la ubicación que se extiende desde la última costilla hasta el pliegue del glúteo (Grabois, 2005). Los tipos de dolor de espalda pueden ser clasificados de acuerdo con el tiempo de duración: el dolor agudo tiene un inicio repentino con menos de seis semanas

de duración; mientras que el dolor subagudo persiste en un rango de 6 a 12 semanas, y el dolor crónico persiste por un período superior a 12 semanas (Pires & Samulski, 2006).

Debido a la alta incidencia en la población general, el dolor lumbar es un importante problema de salud pública y afecta significativamente la calidad de vida (Silva, Fassa, & Valle, 2004). Este tipo de dolor constituye una de las principales causas de ausentismo laboral, además de generar daño a la población trabajadora. En Estados Unidos, por ejemplo, el dolor lumbar es la segunda causa de demanda de atención médica entre las enfermedades crónicas y la misma aparece como una de las razones más comunes para la jubilación por incapacidad (Andrade, Araújo, & Vilar, 2005; Briganó & Macedo, 2005; Coenen et al., 2013).

Puede haber muchas causas para el dolor en la espalda, y entre ellas se encuentran las enfermedades degenerativas, inflamatorias, neoplásicas, anomalías congénitas, debilidad muscular, artrosis y degeneración de los discos intervertebrales, entre otros (Silva et al., 2004). Sin embargo, el dolor lumbar crónico rara vez ocurre como resultado de enfermedades específicas, sino que se deriva de un conjunto de causas, que incluyen factores físicos y socio-demográficos (sexo, edad, ingresos económicos y educación), factores de comportamiento (fumadores y baja actividad física), así como factores relacionados con las actividades diarias y ocupacionales (trabajo físico duro, postura corporal incorrecta, movimientos repetitivos), obesidad y algunas condiciones psicológicas, como depresión, entre otros (Ocarino et al., 2009).

El dolor se percibe subjetivamente (Campbell, Clauw, & Keefe, 2003); además de los factores biológicos que influyen en dicha percepción, hay otros aspectos importantes como el apoyo social y las estrategias de afrontamiento, que se convierten en un medio esencial para el manejo del dolor

por parte del paciente (Marques, Stefanello, Mendonça, & Furlanetto, 2013). Por lo tanto, las emociones negativas como depresión y ansiedad se correlacionan con el empeoramiento de la sensación de dolor que experimenta cada individuo y la consiguiente disminución de su calidad de vida (Mason, Mathias, & Skevington, 2008). Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida se entiende como la percepción del individuo sobre la vida en el contexto de su cultura, su sistema de valores, e igualmente sus expectativas, estándares y preocupaciones en relación con sus objetivos (WHOQOL Group, 1995).

La intensidad y duración del dolor lumbar, la incapacidad funcional y los síntomas depresivos asociados con este, tienen un fuerte impacto en la calidad de vida. Como la duración del dolor aumenta, los índices de calidad de vida tienden a disminuir (Almeida, Braga, Lotufo Neto, & Pimenta, 2013; Mason, Skevington, & Osborn 2009). Por otro lado, la aceptación del dolor es un factor que puede disminuir su impacto negativo.

(Mason et al., 2008). Según dichos autores, la aceptación del dolor contribuye a aumentar la adherencia al tratamiento, a mejorar el nivel de independencia del paciente y a incrementar su participación en diferentes actividades.

El dolor lumbar crónico puede llevar a una disminución de la capacidad funcional y, en consecuencia, a tener una mala calidad de vida (Stefane, Santos, Marinovic, & Hortense, 2013). Esta información se hace más relevante en pacientes con comorbilidad somática y psicológica y en los pacientes con mayor percepción de dolor crónico. Estos signos de depresión y ansiedad se deben observar más a fondo, una vez que son factores importantes que influyen en el estado general de los pacientes con dolor lumbar crónico (Marques et al., 2013). Por lo tanto, las asociaciones entre la incapacidad funcional y el dominio físico se presentan como factor determinante en la reducción de la calidad de vida (Klemenc Ketis, 2011; Stefane, et al, 2013; Zavarize & Wechsler, 2012).

De acuerdo con Kohl y Glombiewski (2013), la aceptación es una estrategia que se espera que aumente la tolerancia al dolor, mientras que la distracción debe disminuir su intensidad. Por lo tanto, algunas medidas como la adherencia adecuada a diversos tipos de tratamiento, y actitudes que ayudan a la distracción de los síntomas, pueden resultar en un alivio y control del dolor, así como en un mejor afrontamiento de los síntomas y un pronóstico más favorable (Zavarize & Wechsler, 2012; Ferreira, Cruz, Silveira & Reis, 2015).

Con el objetivo de evitar que una persona se doblegue ante los numerosos trastornos causados por el dolor, existe la necesidad de generar actitudes de perseverancia, capacidad

de recuperación, resiliencia o actividades de afrontamiento. Las personas resilientes son aquellas que muestran buenas estrategias de adaptación cuando se enfrentan a riesgos y adversidades (Koller & Lisboa, 2007; Souza & Cerveny, 2006). La resiliencia puede ser entendida como la competencia de una persona para mantener su bienestar subjetivo, recuperarse de manera adecuada e incluso tener éxito frente a situaciones adversas (Couto, 2010); también desempeña un papel importante en el manejo del dolor y en la adopción de actitudes positivas hacia este. El término resiliencia se utiliza con la intención de identificar cómo encarar ciertas situaciones estresantes, internas o externas, que son evaluadas por la persona como superiores a su capacidad de afrontamiento (Nunes, 2011; Souza & Cerveny, 2006; Sousa, Landeiro, Pires, & Santos, 2011). En el caso del dolor lumbar crónico, el afrontamiento es una respuesta a la situación de adversidad y estrés, cuyo objetivo es crear maneras de lograr una sensación de control personal del problema y de sus alternativas comportamentales, con el fin de mejorar la calidad de vida y el bienestar. Por lo tanto, depende del repertorio individual y está típicamente relacionado con las experiencias de dolor vividas por las personas (Ravagnani, Domingos, & Miyazaki, 2007).

Debe destacarse la importante contribución que las actitudes optimistas aportan a la percepción del dolor (Compton & Hoffman, 2012). Desde hace algún tiempo, la literatura científica describe los efectos nocivos de las emociones negativas en la salud de las personas (Salovey, Rothman, Detweiler, & Steward, 2000), como son los sentimientos de ira, tristeza y angustia. Durante casi veinte años, la psicología positiva ha trasladado los conceptos e implicaciones de las emociones y los sentimientos positivos a diversos aspectos de la vida humana, incluida la salud (Lee Duckworth, Steen, & Seligman, 2005). Estas emociones son: optimismo, fe, esperanza, confianza en sí mismo y otros. Las relaciones sociales saludables también favorecen los sentimientos positivos, y cuando estos predominan, influyen en la fisiología del organismo, pueden aumentar y mejorar la atención, la creatividad, las actitudes de resistencia, mejorar el sistema inmunológico y, por lo tanto, reducir el dolor (Cohn & Fredrickson, 2009; Salovey et al., 2000). Las intervenciones de la psicología positiva no sólo son eficaces, sino que con el tiempo realmente adquieren un valor significativo en la vida de las personas (Cohn & Fredrickson, 2010).

El papel social de cada género y el tipo de trabajo realizado a diario influyen directamente en los problemas de la columna lumbar. Estos factores, asociados con el grado de manifestación de dolor, su daño real y la duración de los síntomas que presenta la persona, pueden afectar el pronóstico. En pobla-

ciones en proceso de envejecimiento, el número absoluto de personas con dolor lumbar puede aumentar sustancialmente en las próximas décadas. Además, el dolor también puede ser influenciado por cuestiones culturales y sociales que permiten a las mujeres la expresión o manifestación de este de manera diferente a los hombres. Las mujeres tienden a centrarse en los aspectos emocionales del dolor, mientras que los hombres lo hacen más en sus sensaciones físicas (Kreling et al., 2006). Para las mujeres, la duración e intensidad del dolor tienden a ser mayores, y las experiencias dolorosas pueden influir en esa percepción. Factores cognitivos y sociales parecen explicar, en parte, algunas diferencias relacionadas con el sexo. En consecuencia, la historia individual puede influir en las respuestas al dolor en las mujeres (Racine et al., 2012). Por lo tanto, el género debe ser considerado como uno de los factores que influyen significativamente en el conjunto de causas del dolor, que interfieren en los síntomas conductuales y en diversos tipos de respuestas al tratamiento (Rollman, Abdel-Shaheed, Gillespie, & Jones, 2004).

Según Bingefors e Isacson (2004), la calidad de vida se diferencia según el género y tipo de dolor. En su investigación sobre este tema, los hombres son los más afectados por dolores de cabeza, y las mujeres por variables psicológicas. Las condiciones de dolor se asocian con un estatus socioeconómico bajo y con factores de estilo de vida, pero se encontraron diferencias entre los géneros. La educación y el desempleo son significativos para los hombres, mientras que las dificultades económicas, el trabajo de tiempo parcial y el estar casadas se asocian con dolor en las mujeres. Por lo tanto, los factores relacionados con las condiciones de dolor fueron distribuidos de manera desigual entre hombres y mujeres, lo que demuestra la particularidad de cada persona en función del sexo, la calidad de vida y las formas de relacionarse con el dolor (Dellarozza, Pimenta, & Matsuo, 2007; Fillingim Rey, ribeiro- Dasilva, Rahim-Williams, & Riley III, 2009; LessaII, 2009).

Teniendo en cuenta la importancia de analizar los diversos aspectos relacionados con el dolor lumbar, el objetivo de este estudio fue investigar las diferencias de género en los comportamientos y las estrategias de afrontamiento ante el dolor, e igualmente evaluar la calidad de vida de las personas con dolor lumbar.

## MÉTODO

### Muestra

El grupo estudiado en esta investigación se caracteriza por presentar dolor lumbar relacionado con el diagnóstico clínico de artrosis, causa principal de dolor en la muestra, que estuvo conformada por 158 participantes (con edades

entre los 30 y 88 años). Estos individuos fueron clasificados como pacientes con dolor lumbar crónico, y seleccionados con base en un diagnóstico médico de Artrosis lumbar. Estaban recibiendo tratamiento en una de las cinco clínicas especializadas en el tratamiento del dolor (tres clínicas particulares y dos públicas), ubicadas en las ciudades del estado de São Paulo (Brasil). Las mujeres buscaron clínicas de terapia física para el manejo del dolor en mayor número (66,5% de la muestra) que los hombres (33,5%). La mayor parte de la muestra estuvo conformada por personas casadas, con ingresos económicos entre bajos y medios, y con educación secundaria. En esta investigación no se clasificaron las actividades profesionales de los participantes.

La selección de la muestra se basó en el criterio de que los participantes presentaran un diagnóstico clínico de artrosis lumbar y síntomas cuya duración fuera mayor a doce semanas. Se excluyeron las personas con dolor lumbar debido a embarazo o a condiciones como estados postoperatorios, hernias discales, tumores de columna vertebral y problemas neurológicos. El número total de exclusiones fue de once personas.

### Instrumentos

*Escala Visual Analógica (EVA)* (Bottega & Fontana, 2010). La recolección de datos se llevó a cabo a través de un instrumento para evaluar la percepción de intensidad del dolor, el cual consiste en una regla que en el extremo izquierdo indica “ausencia de dolor”, y en el extremo de recho, el “peor dolor posible”. Los valores van de cero a diez, y al paciente se le dan instrucciones para señalar el valor numérico de la escala que corresponde a la intensidad de su dolor (Bryce et al., 2007). La consistencia interna no se puede calcular porque la medida consta de un solo ítem, pero las escalas de elementos simples, como EVA, son válidas y extremadamente sensibles a los cambios en el estado del paciente (Tate, Forchheimer, Karana-Zebari, Chiodo, & Kendall Thomas, 2013).

*Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud - WHOQOL-Bref*. Este es un importante instrumento para uso clínico, utilizado internacionalmente y adaptado para Brasil. Sus propiedades psicométricas cumplen con los criterios de consistencia interna, validez discriminante, validez concurrente, validez de contenido y confiabilidad *test-retest* (Fleck et al., 2000; Skevington, & McCrate, 2012). Este instrumento está compuesto por 26 preguntas en formato de escala Likert, que presenta dos preguntas sobre calidad de vida en general y, las 24 restantes, referentes a cuatro dominios: físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente. Las puntuaciones de calidad de vida del WHOQOL-Bref tienen un valor de cero a 100, donde el valor más alto para cada dominio representa una mejor calidad de vida. El dominio físico se

refiere al dolor y al malestar, la energía, la fatiga, el sueño y el descanso. El dominio psicológico hace referencia a sentimientos positivos, negativos, pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima y apariencia (imagen corporal). El dominio social indica las relaciones personales, el apoyo social y la actividad sexual. El dominio del medio ambiente se refiere a la seguridad física, al entorno familiar, la situación financiera, la atención de la salud y las oportunidades para la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades; las actividades de recreación y ocio, y la adecuación del entorno físico y los medios de transporte (Cruz, Polanczyk, Carney, Hoffmann, & Fleck, 2011; Fleck et al, 2000; Skevington & McCrate, 2012).

*Cuestionario sobre actividades de ocio y distracción.* Este instrumento fue desarrollado por los autores exclusivamente para este estudio, con el propósito de mejorar los datos de la investigación con la población estudiada. Por ello, no ha pasado por el proceso de validación. Está conformado por cuatro preguntas relacionadas con la frecuencia de las actividades de ocio y distracción, cuya intención es desviar la mente, olvidar o disminuir la percepción del dolor (ejemplos: mirar la tele, leer, ir al cine, visitar a los hijos o a los amigos, y hacer artesanías, entre otros). Las preguntas utilizadas en el instrumento fueron: *¿Qué hace en su tiempo libre o en los fines de semana como hobby?* *¿En qué condiciones se siente con menos dolor?* *¿En qué condiciones siente que su dolor empeora?* *¿Qué estrategias utiliza usted para “aliviar” u “olvidar” el dolor?*

#### *Procedimiento*

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética y los participantes firmaron previamente el consentimiento informado. Las pruebas fueron respondidas por los pacientes bajo guía y supervisión individual. Esta reunión tuvo lugar en la primera consulta para garantizar que los participantes no estuvieran bajo el efecto de ningún medicamento para el dolor ni participando en ningún tipo de tratamiento.

Con el objeto de investigar las diferencias de género en la percepción del dolor y en la calidad de vida, se utilizó el Análisis de Varianza Multivariado (MANOVA) para la comparación de las diferencias en la percepción del dolor entre los géneros y entre los dominios de calidad de vida y percepción del dolor. Las relaciones entre los dominios de calidad de vida y las actividades de ocio y distracción se compararon a través del coeficiente de correlación de Spearman.

## RESULTADOS

En esta sección se presentan los resultados del análisis multivariante de la varianza para el dolor entre los géneros. La Tabla 1 muestra los resultados de la percepción del dolor y la calidad de vida de acuerdo con los géneros. La Tabla 2 presenta los datos de frecuencia de las actividades y distracciones de ocio de los participantes; y la Tabla 3 indica la correlación entre las actividades de ocio, y las distracciones y los dominios de calidad de vida, con el objetivo de analizar y comparar la asociación entre los géneros.

Todos los participantes presentaron diagnóstico clínico de artrosis lumbar con síntomas cuya duración era mayor a doce semanas. Los datos fueron recogidos antes del inicio del tratamiento con medicamentos o terapia física.

Por lo tanto, para verificar si estas diferencias eran significativas, se realizó el análisis multivariante de la varianza, y como se puede observar, hubo una diferencia significativa en la percepción del dolor entre los géneros. Las mujeres presentaron mayor percepción del dolor que los hombres, con  $F = 6,933$ ; \*\*  $P \leq 0,01$ . En relación con los dominios de calidad de vida, los resultados no fueron significativos entre los sexos.

La Tabla 1 muestra las medias y la *desviación típica* en las áreas de percepción del dolor y calidad de vida según el género.

**Tabla 1.**

Valores de la Media y desviación típica en las áreas de percepción del dolor y calidad de vida según el género

	Mujeres		Hombres	
	M	SD	M	SD
EVA - Escala Visual Analógica	7,42	2,09	6,40	2,64
Dominio 1 - Físico	19,09	5,13	20,53	5,19
Dominio 2 - Psicológico	19,60	4,40	20,83	3,72
Dominio 3 - Relaciones Sociales	10,36	2,59	10,70	2,00
Dominio 4 - Medio Ambiente	24,96	5,85	24,75	4,50

En la Tabla 1 se puede observar que las mujeres presentan una media más alta en la percepción del dolor que los hombres, pero en relación con los dominios de calidad de vida, los resultados fueron similares entre los géneros.

La Tabla 2 presenta la frecuencia de las actividades de ocio y distracción realizadas.

**Tabla 2.**

Diferencias de género en los porcentajes de participación en actividades de ocio y distracción

ACTIVIDADES	MUJERES		HOMBRES	
	N	%		
Social	105	72.4	53	50.9
Físico	105	14.3	53	20.8
Intelectuales	105	51.4	53	37.7
Familia	105	37.1	53	26.4
Arte	105	23.8	53	1.9
Religión	105	16.2	53	13.2
Domésticos	105	23.8	53	18.9

Las mujeres tuvieron mayor promedio individual que los hombres. Además, la Tabla 2 muestra las estrategias de afrontamiento de los participantes y las actividades de ocio y distracción para hacer frente al dolor. Las actividades de ocio incluyen situaciones como mirar televisión, salir, ir al cine, visitar a los hijos o a los amigos. Las actividades para la distracción del dolor consistieron en caminar, leer, mantener conversaciones, hacer trabajos manuales de artesanía, entre otros. En

total, las mujeres presentaron 251 tipos de actividades de ocio y distracción, contra 90 en los hombres. Estos resultados indican una diferencia de 29,17%, la cual favorece a las mujeres. La correlación de Spearman se realizó para analizar la asociación entre los dominios de calidad de vida y actividades de ocio y distracción utilizadas por los participantes para enfrentar el dolor crónico lumbar en función del sexo. Los resultados se muestran en la Tabla 3:

Tabla 3.

Correlación de Spearman entre las actividades de ocio y distracción y los dominios de calidad de vida por género

		Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Social	Físico	Intelectuales	Familia	Arte	Religión	Domésticos
Mujeres	Dominio 1	-	.654**	.410**	.478**	.106	.175	.170	.026	.035	-.117	.089
	Dominio 2	.654**	-	.491**	.543**	.204*	.131	.065	.059	-.009	-.113	-.059
	Dominio 3	.410**	.491**	-	.381**	.226*	-.005	-.083	.057	.134	-.060	-.069
	Dominio 4	.478**	.543**	.381**	-	.234*	.075	.063	.160	.057	-.202*	.107
	Social	.106	.204*	.226*	.234*	-	.118	.098	.001	-.047	-.146	-.001
	Físico	.175	.131	-.005	.075	.118	-	-.070	-.206*	-.087	-.055	-.050
	Intelectuales	.170	.065	-.083	.063	.098	-.070	-	-.008	.133	-.173	.024
	Familia	.026	.059	.057	.160	.001	-.206*	-.008	-	.102	.008	-.007
	Arte	.035	-.009	.134	.057	-.047	-.087	.133	.102	-	.026	.168
	Religión	-.117	-.113	-.060	-.202*	-.146	-.055	-.173	.008	.026	-	-.129
Hombres	Domésticos	.089	-.059	-.069	.107	-.001	-.050	.024	-.007	.168	-.129	-
	Dominio 1	-	.569**	.308*	.675**	.137	-.034	.007	.023	.118	.093	-.103
	Dominio 2	.569**	-	.465**	.548**	.055	-.019	.058	.108	.182	-.030	-.098
	Dominio 3	.308*	.465**	-	.243	.033	-.060	-.009	.062	.115	-.011	-.063
	Dominio 4	.675**	.548**	.243	-	.073	-.021	-.030	.161	-.032	-.089	-.090
	Social	.137	.055	.033	.073	-	-.027	.116	-.330*	-.119	-.199	.052
	Físico	-.034	-.019	-.060	-.021	-.027	-	.147	-.059	-.067	-.172	-.076
	Intelectuales	.007	.058	-.009	-.030	.116	.147	-	-.129	-.094	-.126	-.084
	Familia	.023	.108	.062	.161	-.330*	-.059	-.129	-	-.079	.063	-.239
	Arte	.118	.182	.115	-.032	-.119	-.067	-.094	-.079	-	-.049	-.058
	Religión	.093	-.030	-.011	-.089	-.199	-.172	-.126	.063	-.049	-	.006
	Domésticos	-.103	-.098	-.063	-.090	.052	-.076	-.084	-.239	-.058	.006	-

Nota: \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$ . Dominio 1: Aspectos Físico; Dominio 2: Psicológico; Dominio 3: relaciones Sociales; Dominio 4: Medio Ambiente.

La Tabla 3 muestra las correlaciones entre las actividades de ocio y distracción y los dominios del instrumento de calidad de vida - WHOQOL BREF para analizar y comparar su relación con el género. Es importante destacar que el dominio 1 se refiere a los aspectos físicos; el dominio 2, a los psicológicos; el 3, a las relaciones sociales, y el dominio 4, a los aspectos del medio ambiente relacionados con la calidad de vida. Los resultados mostraron correlaciones significativas entre las actividades sociales y el dominio psicológico, social y medio ambiental, respectivamente, en las mujeres.

## DISCUSIÓN

Los factores socioeconómicos son importantes factores de riesgo para el dolor lumbar y la discapacidad (Katz, 2006, Sterud, & Tynes, 2013). Aunque la prevalencia del dolor se relaciona con la posición socioeconómica, se sabe poco sobre su influencia en relación con la discapacidad a lo largo de la vida (Lacey, Belcher, & Croft, 2013).

Deben considerarse algunas limitaciones de este estudio, como el no contar con un análisis de la situación socioeconómica y la ocupación de los participantes. Además de

estos factores, es importante explorar las causas del dolor recurrente, el fracaso en el manejo terapéutico anterior y el grado de impacto en la funcionalidad del individuo (Balagué, Mannion, Pellisé, & Cedraschi, 2012; Ferreira et al, 2011; Rodarte, Asmus, de Magalhães Câmara, & Meyer, 2012).

El dolor crónico puede causar desgaste en las personas, ya que debido a sus características permanentes y/o recurrentes, genera discapacidad residual de larga duración, dependencia de drogas, y percepción de que el problema parece incurable, degenerativo e irreversible. Los principales cambios observados en la enfermedad crónica son de tipo físico, social y psicológico, como se evidencia por modificaciones en el estilo de vida, invalidez/discapacidad, necesidad de atención en salud, adherencia a un tratamiento continuo, adaptación y afrontamiento, cambios en la imagen corporal, desgaste emocional, estigma, depresión, trastornos musculoesqueléticos, circulatorios, respiratorios y digestivos, y dependencia física (Lima et al., 2014).

Los resultados acerca de las diferencias entre el dolor crónico y el género encontrados en otros estudios epidemiológicos sobre dolor general, confirmaron los hallazgos de este estudio, que mostró una mayor frecuencia e intensidad del dolor para las mujeres (Dellaroza et al, 2007; Fillingim

King et al, 2009; Kreling et al, 2006; LessaII, 2009). De hecho, según los estudios de Barros, Cesar, Carandina y Dalla Torre (2006) la prevalencia de enfermedades crónicas en Brasil es mayor en las mujeres.

En una investigación realizada por Fernandes, Jácome y Lima (2012) en relación con los contenidos de las expectativas en función del género, y en relación con la percepción y sensibilidad al dolor, las mujeres se evalúan a sí mismas como sensibles al dolor, al tiempo que evalúan a los hombres como igualmente sensibles al dolor. Sin embargo, los hombres son considerados como menos sensibles al dolor en relación con las mujeres. Estas evaluaciones se reflejan, en parte, en las percepciones individuales de la sensibilidad al dolor.

Ciertamente, las implicaciones del dolor crónico pueden afectar la calidad de vida, ya que este comprende las dimensiones de subjetividad, multidimensionalidad y bipolaridad de cada persona (Zavarize & Wechsler, 2012). Independientemente del hecho de que las mujeres hayan presentado tasas más altas de dolor y hayan buscado tratamiento en mayor número que los hombres, los resultados obtenidos en este estudio no mostraron diferencias significativas en relación con la percepción de su calidad de vida entre los géneros. Probablemente, esto ocurre porque las mujeres, más que los hombres, utilizan estrategias de ocio y distracción, al igual que actividades sociales, para enfrentar el dolor crónico. Ripar, Evangelista y Paula (2010) confirman que las experiencias de vida influyen en el grupo social y en la percepción individual de la adversidad.

Las emociones, experiencias previas y valores pueden influir en la percepción del dolor; y condiciones como la depresión, la ansiedad y el estrés asociados con el cambio en el tono muscular y los factores hormonales, dan como resultado el recrudecimiento de enfermedades dolorosas (Pereira et al, 2006; Zavarize & Wechsler, 2012). Por lo tanto, las relaciones entre las personas, las emociones y las actitudes positivas, influyen en la capacidad de recuperación, lo que parece ser más favorable para las mujeres (Zautra, Johnson, & Davis, 2005). La diversidad de contactos y actividades relacionadas con grupos sociales tienden a fomentar las emociones positivas, lo cual conduce a un mayor bienestar y calidad de vida (Cohn & Fredrickson, 2009; Santana, Corradini, & Carneiro, 2011).

Los participantes en este estudio presentaron varias estrategias para el afrontamiento que influyeron en su calidad de vida. Realizaron diversas actividades para manejar el problema, tales como distraerse con la televisión, salir, leer, ir al cine, visitar a sus hijos o a sus amigos, conversar, y fabricar artesanías, entre otros. Un hallazgo importante de la investigación es que las mujeres utilizan estrategias para

enfrentar el dolor con más frecuencia que los hombres. Estas actividades implican contacto social, y por tanto, apoyo para la persona que sufre de dolor de espalda, así como relaciones sociales adecuadas y saludables, que pueden ayudar a promover el afrontamiento positivo y a aumentar la resiliencia ante el dolor en estas personas (Evers, Kraaiamaat, Geenen, Jacobs, & Bijlsma, 2003; Koleck, Mazaux, Raschle, & Bruchon-Schweitzer, 2006).

Se encontraron relaciones significativas entre las actividades sociales que presentan las mujeres con los dominios psicológicos, sociales y ambientales del constructo de calidad de vida, lo que demuestra la importante influencia de estas actividades en el bienestar de las personas con dolor lumbar crónico. Por lo tanto, el ocio y la distracción son importantes medios de afrontamiento para el dolor lumbar, y las actividades pueden tener un carácter positivo y contribuir a mejorar la calidad de vida y el bienestar. Un factor importante del afrontamiento es el sentido de optimismo y confianza, que puede ayudar a superar los obstáculos (Cohn & Fredrickson, 2009; Cohn & Fredrickson, 2010; Salovey et al., 2000).

En conclusión, las mujeres presentaron tasas más altas en relación con la percepción del dolor. En los casos de artrosis, generalmente los servicios médicos aconsejan que se incluya algún aditivo en la actividad física, y las mujeres parecen seguir mejor estas recomendaciones. La práctica de las actividades realizadas por los participantes y la actitud de afrontamiento ante el dolor, manifestada más frecuentemente por las mujeres que por los hombres, influyeron positivamente en los resultados. Por lo tanto, las mujeres en esta investigación demostraron estar mejor preparadas para lidiar con el dolor lumbar crónico que los hombres. Estudios futuros pueden complementar los vacíos observados y analizar los factores no incluidos en esta investigación.

## REFERENCIAS

- Almeida, J. G. D., Braga, P. E., Lotufo Neto, F., & Pimenta, C. A. D. M. (2013). A dor crônica e qualidade de vida em pacientes esquizofrênicos; [Chronic pain and life quality in schizophrenic patients]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 13-20. doi: 10.1016/j.rbp.2011.11.003
- Andrade, S. C. D., Araújo, A. G. R. D., & Vilar, M. J. P. (2005). Escola de coluna: revisão histórica e sua aplicação na lombalgia crônica; [Back School: historical revision and its application in chronic low back pain]. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 45, 224-228. doi: 10.1590/S0482-50042005000400006

- Balagué, F., Mannion, A. F., Pellisé, F., & Cedraschi, C. (2012). Non-specific low back pain. *The Lancet*, 379(9814), 482-491. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60610-7
- Barros, M. B. A., César, C. L. G., Carandina, L., & Dalla Torre, G. (2006). Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PANAD-2003; [Social inequalities in the prevalence of chronic diseases in Brazil - PNAAD-2003]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11, 911-926. doi: 10.1590/S1413-81232006000400014
- Bingefors, K., & Isacson, D. (2004). Epidemiology, co-morbidity, and impact on health-related life quality of self-reported headache and musculoskeletal pain—a gender perspective. *European Journal of Pain*, 8, 435-450. doi: 10.1016/j.ejpain.2004.01.005
- Bottega, F. H., & Fontana, R. T. (2010). A dor como o quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação para enfermeiros de um hospital geral; [Pain as the fifth vital sign: use of rating scale for nurses in a general hospital]. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 19, 283-290. doi: 10.1590/S0104-07072010000200009
- Briganó, J. U., & Macedo, C. D. S. G. (2005). Análise da mobilidade lombar e influência da terapia manual e cinesioterapia na lombalgia; [Analysis of lumbar mobility and influence of manual therapy and cinesiotherapy in low back pain]. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 26(2), 75-82. doi: 10.5433/1679-0367.2005v26n2p75
- Bryce, T. N., Budh, C. N., Cardenas, D. D., Dijkers, M., Felix, E. R., Finnerup, N. B., & Widerstrom-Noga, E. (2007). Pain after spinal cord injury: an evidence-based review for clinical practice and research: report of the National Institute on Disability and Rehabilitation Research Spinal Cord Injury Measures Meeting. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 30, 421-440. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2141724/>
- Campbell, L. C., Clauw, D. J., & Keefe, F. J. (2003). Persistent pain and depression: a biopsychosocial perspective. *Biological Psychiatry*, 54, 399-409. doi: 10.1016/S0006-3223(03)00545-6
- Castro, M. M., Quarantini, L. C., Daltro, C., Pires-Caldas, M., Koenen, K. C., Kraychete, D. C., & de Oliveira, I. R. (2011). Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida; [Comorbid depression and anxiety symptoms in chronic pain patients and their impact on health-related quality of life]. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38, 126-129. Retrieved from <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/15164/1/Martha%20M.%20C.%20Castro.pdf>
- Coenen, P., Kingma, I., Boot, C. R., Twisk, J. W., Bongers, P. M., & van Dieën, J. H. (2013). Cumulative low back load at work as a risk factor of low back pain: a prospective cohort study. *Journal of occupational rehabilitation*, 23 (1), 11-18. doi: 10.1007/s10926-012-9375-z
- Cohn, M. A., & Fredrickson, B. L. (2009). *Positive Emotions*. New York: Oxford library of psychology.
- Cohn, M. A., & Fredrickson, B. L. (2010). In search of durable positive psychology interventions: Predictors and consequences of long-term positive behavior change. *The Journal of Positive Psychology*, 5, 355-366. doi:10.1080/17439760.2010.508883
- Compton, W. C., & Hoffman, E. (2012). *Positive Psychology: The Science of Happiness and Flourishing*. Belmont: Cengage Learning
- Couto, F. B. D. (2010). Resiliência e capacidade funcional em idosos; [Resilience and functional capacity in the elderly]. *Kairós*, 7, 51-62. Retrieved from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/3922/2562>
- Cruz, L. N., Polanczyk, C. A., Camey, S. A., Hoffmann, J. F., & Fleck, M. P. (2011). Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-bref in a southern general population sample. *Quality of life research*, 20(7), 1123-1129. doi: 10.1007/s11136-011-9845-3
- Dellarozza, M. S. G., Pimenta, C. A. M., & Matsuo, T. (2007). Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados [Prevalence and characterization of chronic pain among the noninstitutionalized]. *Caderno de Saúde Pública*, 23, 1151-1160. doi: 10.1590/S0102-311X2007000500017
- Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., Jacobs, J. W., & Blijlsma, J. W. (2003). Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1295-1310. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00036-6
- Fernandes, S. F., Jácome, F., & Lima, M. L. (2012). Questionário de expectativas de papel de género face à dor: Estudo psicométrico e de adaptação do GREP para a população portuguesa. *Análise Psicológica*, 26(1), 121-133. doi: 10.14417/ap.481
- Ferreira, E. B., Cruz, F. O. D. A. M., Silveira, R. C. D. C. P., & Reis, P. E. D. D. (2015). Distraction methods for pain relief of cancer children submitted to painful procedures: systematic review. *Revista Dor*, 16(2), 146-152. doi: 10.5935/1806-0013.20150028
- Ferreira, G. D., Silva, M. C., Rombaldi, A. J., Wrege, E. D., Siqueira, F. V., & Hallal, P. C. (2011). Prevalence and associated factors of back pain in adults from southern Brazil: a population-based study. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 15(1), 31-36. doi: 10.1590/S1413-3552011005000001
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., & de Freitas, P. T. (2015). Dor e analgesia em doente crítico [Pain and analgesia in critical illness]. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 2 (2), 17-20. Retrieved from <http://revistaclinica.hff.mn-saude.pt/index.php/rhff/article/view/95/59>
- Fillingim, R. B., King, C. D., Ribeiro-Dasilva, M. C., Rahim-Williams, B., & Riley III, J. L. (2009). Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *Pain*, 141, 4-12. doi: 10.1016/j.pain.2008.11.016

- ings. *The Journal of Pain*, 10, 447-485. doi:10.1016/j.jpain.2008.12.001
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em Português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref; [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of life quality WHOQOL-bref]. *Revista de Saúde Pública*, 34, 178-183. doi: 10.1590/S0034-89102000000200012
- Grabois, M. (2005). Management of Chronic Low Back Pain. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 84, 29-41. Retrieved from <http://journals.lww.com/ajpmr/toc/2005/03001>
- Hoy, D., Bain, C., Williams, G., March, L., Brooks, P., Blyth, F., & Buchbinder, R. (2012). A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis & Rheumatism*, 64(6), 2028-2037. doi: 10.1002/art.34347
- Katz, J. N. (2006). Lumbar disc disorders and low-back pain: Socioeconomic factors and consequences. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 88(suppl 2), 21-24. doi: 10.2106/JBJS.E.01273
- Klemenc Ketis, Z. (2011). Predictors of health-related life quality and disability in patients with chronic nonspecific low back pain. *Slovenian Medical Journal*, 80, 379-385. Retrieved from <http://ojs.szd.si/index.php/vestnik/article/view/124/111>
- Kohl, A., Rief, W., & Glombiewski, J. A. (2013). Acceptance, cognitive restructuring, and distraction as coping strategies for acute pain. *The journal of pain*, 14(3), 305-315. doi:10.1016/j.jpain.2012.12.005
- Koleck, M., Mazaux, J. M., Rascle, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2006). Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and life quality in patients with low back pain: a prospective study. *European Journal of Pain*, 10, 1-11. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.01.003
- Koller, S. H., & Lisboa, C. (2007). Brazilian approaches to understanding and building resilience in at-risk populations. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16, 341-356. doi:10.1016/j.chc.2006.12.002
- Kreling, M. C. G. D., Cruz, D. A. L. M., & Pimenta, C. A. D. M. (2006). Prevalência de dor crônica em adultos; [Prevalence of chronic pain in adult workers]. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59, 509-513. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a07v59n4.pdf>
- Lacey, R. J., Belcher, J., & Croft, P. R. (2013). Does life course socio-economic position influence chronic disabling pain in older adults? A general population study. *The European Journal of Public Health*, 23(4), 534-540. doi: 10.1093/eurpub/cks056
- Lee Duckworth, A., Steen, T. A., & Seligman, M. E. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651. doi: 10.1146/annurev-clinpsy.1.102803.144154
- Lessall, I. (2009). Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia; [Prevalence of chronic pain and associated factors in the population of Salvador, Bahia]. *Revista de Saúde Pública*, 43, 622-30. doi: 10.1590/S0034-89102009005000032
- Lima, M. S. F. D. S., Carvalho, E. S. D. S., Silva, E. A. D., Gomes, W. D. S., Passos, S. S. S., & Santos, L. M. D. (2014). Diagnósticos de enfermagem evidenciados em mulheres com feridas crônicas. *Revista Baiana de Enfermagem*, 26(3). doi: 10.18471/rbe.v26i3.6740
- Marques, C. A., Stefanello, B., de Mendonça, C. N., & Furlanetto, L. M. (2013). Associação entre depressão, níveis de dor e falta de apoio social em pacientes internados em enfermarias de clínica médica; [Association of depression, levels of pain and lack of social support in patients admitted to general medical wards]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62, 1-7. doi: 10.1590/S0047-20852013000100001
- Martelli, A., & Zavarize, S. F. (2014). Vias Nociceptivas da Dor e seus Impactos nas Atividades da Vida Diária. *Uniciências*, 17(1). Retrieved from <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/uniciencias/article/view/515/484>
- Mason, V. L., Mathias, B., & Skevington, S. M. (2008). Accepting low back pain: is it related to a good life quality? *The Clinical Journal of Pain*, 24, 22-29. doi: 10.1097/AJP.0b013e318156d94f
- Mason, V. L., Skevington, S. M., & Osborn, M. (2009). A measure for life quality assessment in chronic pain: preliminary properties of the WHOQOL-pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 162-173. doi: 10.1007/s10865-008-9187-y
- Nunes, C. M. N. S. (2011). O conceito de enfrentamento e sua relevância na prática da psicooncologia; [The concept of coping and its relevance in the practice of Psycho-oncology]. *Encontro: Revista de Psicologia*, 13, 91-102.
- Ocarino, J. M., Gonçalves, G. G. P., Vaz, D. V., Cabral, A. A. V., Porto, J. V., & Silva, M. T. (2009). Correlação entre um questionário de desempenho funcional e capacidade física em pacientes com lombalgia; [Correlation between a functional performance questionnaire and physical capability tests among patients with low back pain]. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13, 343-349. doi: 10.1590/S1413-35552009005000046
- Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. D. C. C., Ribeiro, R. D. C. L., Sampaio, R. F., Priore, S. E., & Ceccon, P. R. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos; [Contribution of the physical, social, psychological and environmental domains to overall quality of life of the elderly]. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28, 27-38. doi: 10.1590/S0101-81082006000100005
- Pires, F. D. O., & Samulski, D. M. (2006). Visão interdisciplinar na lombalgia crônica, causada por tensão muscular; [Interdisciplinary vision in chronic low back pain caused by muscle tension]. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 14, 13-20.

- Racine, M., Tousignant-Laflamme, Y., Kloda, L. A., Dion, D., Dupuis, G., & Choinière, M. (2012). A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and pain perception–Part 2: Do biopsychosocial factors alter pain sensitivity differently in women and men? *Pain*, 153(3), 619-635. doi: 10.1016/j.pain.2011.11.025
- Ravagnani, L. M. B., Domingos, N. A. M., & Miyazaki, M. C. O. S. (2007). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal; [Quality of life and coping strategies in patients undergoing renal transplantation]. *Estudos de Psicologia*, 12, 177-84. doi: 10.1590/S1413-294X2007000200010
- Ripar, A. A., Evangelista, F. S., & Paula, F. V. D. (2010). Resiliência e gênero; [Resilience and Gender]. *Psicólogo in Formação*, 12, 33-52. Retrieved from [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-88092008000100003&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-88092008000100003&script=sci_arttext)
- Rodarte, R. R. P., Asmus, C. I. F., de Magalhães Câmara, V., & Meyer, A. (2012). Avaliação epidemiológica do status socioeconômico como fator associado à ocorrência de Doenças Musculoesqueléticas. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 37(3), 226-233. Retrieved from [http://www.researchgate.net/profile/Rodrigo\\_Rodarte/publication/235370542\\_Epidemiological\\_assessment\\_of\\_the\\_socioeconomic\\_status\\_as\\_a\\_factor\\_associated\\_with\\_the\\_occurrence\\_of\\_musculoskeletal\\_disorders/links/547524030cf29afed6126995.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Rodrigo_Rodarte/publication/235370542_Epidemiological_assessment_of_the_socioeconomic_status_as_a_factor_associated_with_the_occurrence_of_musculoskeletal_disorders/links/547524030cf29afed6126995.pdf)
- Rollman, G. B., Abdel-Shaheed, J., Gillespie, J. M., & Jones, K. S. (2004). Does past pain influence current pain: biological and psychosocial models of sex differences. *European Journal of Pain*, 8, 427-433. doi: 10.1016/j.ejpain.2004.03.002
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., & Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.110
- Santana, S. P. D. S., Corradini, A. M., & Carneiro, R. H. (2011). A dança de salão e seus benefícios motores, cognitivos e sociais; [The ballroom dancing and their motor, cognitive and social benefits]. *Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente*, 12, 83-104.
- Silva, M. C. D., Fassa, A. G., & Valle, N. C. J. (2004). Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados; [Chronic low back pain in a Southern Brazilian adult population: prevalence and associated factors]. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 377-385. Doi: 10.1590/S0102-311X2004000200005
- Skevington, S. M., & McCrate, F. M. (2012). Expecting a good quality of life in health: assessing people with diverse diseases and conditions using the WHOQOL-BREF. *Health Expectations*, 15(1), 49-62. doi: 10.1111/j.1369-7625.2010.00650.x
- Sousa, M. R. G., Landeiro, M. J. L., Pires, R., & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico; [Coping and adherence to therapeutic regime]. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 151-160. Retrieved from [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832011000200016&script=sci\\_arttext&tlang=es](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832011000200016&script=sci_arttext&tlang=es)
- Souza, M. T. S. & Cerveny, C. M. O. (2006). Psychological resilience: a literature review and analysis of scientific production. *Interamerican Journal of Psychology*, 40, 115-122. Retrieved from [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832011000200016&script=sci\\_arttext&tlang=es](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832011000200016&script=sci_arttext&tlang=es)
- Stefane, T., Santos, A. M., Marinovic, A., & Hortense, P. (2013). Dor lombar crônica: intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida; [Chronic low back pain: pain intensity, disability and quality of life]. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26, 14-20. doi: 10.1590/S0103-21002013000100004
- Sterud, T., & Tynes, T. (2013). Work-related psychosocial and mechanical risk factors for low back pain: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Occupational and environmental medicine*, 70(5), 296-302. doi: 10.1136/oemed-2012-101116
- Tate, D. G., Forchheimer, M. B., Karana-Zebari, D., Chiodo, A. E., & Kendall Thomas, J. Y. (2013). Depression and pain among inpatients with spinal cord injury and spinal cord disease: differences in symptoms and neurological function. *Disability and rehabilitation*, 35(14), 1204-1212. doi: 10.3109/09638288.2012.726692
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., ... & Wang, S. J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003-1007. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000160
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Life Quality Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 1403-1410. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K
- Zautra, A. J., Johnson, L. M., & 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. doi: 10.1037/0022-006X.73.2.212
- Zavarize, S. F., & Wechsler, S. M. (2012). Perfil criativo e qualidade de vida: implicações em adultos e idosos com dor lombar crônica; [Creative profile and life quality: implications in adults and elderly with chronic low back pain]. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15, 403-414. doi: 10.1590/S1809-98232012000300002