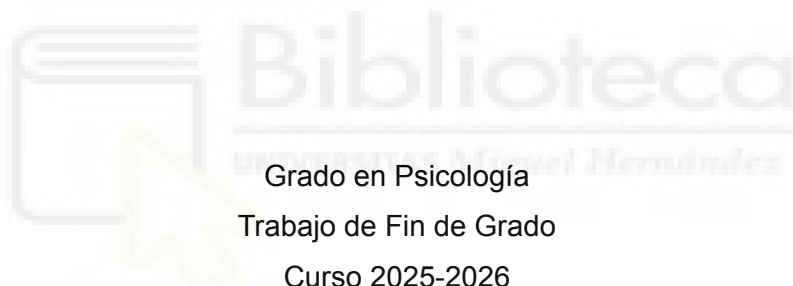




UNIVERSITAT
Miguel Hernández



Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
Curso 2025-2026
Convocatoria de Junio

Modalidad: Investigación Empírica

Título: Resiliencia en pacientes con dolor crónico de la Unidad de Dolor del Hospital Marina Baixa.

Autora: Alejandra Lloret Molines

Tutora: María del Carmen Neipp López

Elche, 29 de Mayo de 2026

Índice

Resumen.....	2
Introducción.....	4
Método.....	7
Participantes.....	7
Procedimiento.....	7
Variables e instrumentos.....	8
Análisis estadístico.....	9
Resultados.....	10
Tabla 1. Resultados descriptivos de todas las variables del estudio.....	11
Tabla 2. Matriz de correlaciones.....	12
Discusión.....	13
Referencias.....	17

Resumen

El dolor crónico produce un impacto significativo en todas las áreas de la vida a aquellas personas que lo padecen, incluyendo la salud mental. Por ello, es fundamental encontrar factores que puedan ayudar a afrontar todas las dificultades. Según diversos estudios, la resiliencia es uno de estos factores ya que permite una mejor adaptación a situaciones difíciles y mantiene relación con algunas de las variables a tener en cuenta en pacientes con este tipo de patologías. El objetivo de este trabajo es estudiar la relación que mantiene la resiliencia con la calidad de vida, el bienestar, la ansiedad y la depresión de pacientes con dolor crónico. Para ello, se ha llevado a cabo un análisis a partir de muestra obtenida ($n = 36$) en la Unidad de Dolor del Hospital Marina Baixa de Villajoyosa. Los resultados muestran fuertes correlaciones entre la resiliencia y la mayoría de las variables, a excepción de la calidad de vida, por lo que avances en esta área de estudio serían beneficiosos para procurar una mejora en la experiencia vital de las personas que acuden a la Unidad de Dolor.

Palabras clave: resiliencia, dolor crónico, bienestar, trastorno mental

Abstract

Chronic pain has a significant impact on all areas of life for those who suffer from it, including mental health. Therefore, it is essential to identify factors that can help individuals cope with these challenges. According to various studies, resilience is one such factor, as it enables better adaptation to difficult situations and is linked to several variables that should be considered in patients with this type of condition. The objective of this study is to examine the relationship between resilience and quality of life, well-being, anxiety, and depression in patients with chronic pain. To this end, an analysis was conducted using a sample ($n = 36$) obtained from the Pain Unit at Marina Baixa Hospital in Villajoyosa. The results show strong correlations between resilience and most of the variables, with the exception of quality of life; therefore, advances in this area of study would be beneficial for improving the life experience of individuals who visit the Pain Unit.

Keywords: resilience, chronic pain, well-being, mental disorder

Introducción

Según Vázquez-Morales y Horta (2018) las enfermedades crónicas se caracterizan por ser de larga duración y progresión lenta y dichas enfermedades no solo tienen repercusiones físicas, sino que afectan ampliamente a la salud mental de aquellos que las padecen. Según la Encuesta de Salud de España de 2023, ha aumentado la prevalencia de enfermedades crónicas y del aparato locomotor como el dolor lumbar o cervical, además de la discapacidad y limitaciones percibidas (*Ministerio de Sanidad - Sanidad en datos - Encuesta de Salud de España*, 2025). Esto se traduce en un aumento de aquellas enfermedades que cursan con dolor crónico, un padecimiento importante que invalida e incapacita la calidad de vida de las personas (Garzón-Sánchez et al., 2022). Se podría definir al dolor crónico como *"una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial, o descrita en función de tal daño, que dura o se repite por espacio de más de 3 meses"* (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, s. f.). Los pacientes que sufren de dolor crónico se enfrentan a innumerables dificultades aparte de lidiar con el propio dolor, como son el aislamiento social o la angustia psicológica (Garzón-Sánchez et al., 2022); por ello es fundamental encontrar aquellos factores que ayudan a facilitar un mejor afrontamiento a la enfermedad.

La resiliencia es un término cada vez más utilizado en el campo de la salud, sobre todo en el de la salud mental. En diversos estudios se ha podido comprobar la importancia de esta a la hora de sobrellevar distintas enfermedades, como es el caso del estrés post traumático, enfermedades cardíacas o aquellas que cursan con dolor. Según Párraga y Martínez (2012), *"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"*. A pesar de haber diferentes definiciones, se podría decir que la resiliencia es la capacidad de adaptación a situaciones traumáticas o estresantes; una persona resiliente es capaz de actuar incluso en situaciones adversas o de estrés (Cabanyes Truffino, 2010). A su vez, como se concluye en el estudio de Cala (2020), *"promover la resiliencia genera salud mental, dado que aporta una perspectiva más optimista en el proceso salud-enfermedad"*. Por todo esto, trabajar desde la perspectiva de la resiliencia es clave para abordar los problemas asociados al dolor crónico ya que permite mitigar los aspectos más negativos del dolor y ayuda a una mejor función física y psicosocial. Asimismo, ayuda a promover un estilo de vida saludable con una salud mental más positiva, reduciendo la posible aparición de enfermedades

mentales comórbidas, como son la ansiedad y la depresión (Chng et al., 2023; Loduca et al., 2024; Wingo et al., 2010).

El dolor crónico reduce significativamente la calidad de vida y aumenta la discapacidad de los pacientes (Paterniani et al., 2020), por lo que aumentar aquellos factores protectores que ayudan a mejorar la calidad de vida es primordial y, dado que se ha comprobado que la resiliencia protege frente a los riesgos asociados al dolor crónico, sería conveniente analizar su impacto sobre esta. Respecto a la calidad de vida, no se ha llegado tampoco a una definición concreta, pero una amplia cantidad de autores incluyen el término satisfacción en ella. Según Ferrans (1990) la calidad de vida general es definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para el individuo. También Hornquist (1982) afirma que la calidad de vida viene referida a la satisfacción en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural. Muchos factores son los que se tienen en cuenta para evaluar este término, como la seguridad percibida, el bienestar material, las relaciones familiares y sociales o la integración en la comunidad (Ardila, 2003). Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida se define como la percepción que tiene un individuo de la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones (WHO, 1995). En relación con la resiliencia, en el estudio realizado por Marín Cipriano (2024) se encontró que los adultos mayores con una enfermedad crónica que evidenciaron valores altos en la percepción de su calidad de vida, manifestaron a su vez valores altos de resiliencia, confirmando una relación positiva entre ambas variables. Esto puede deberse a que *“La resiliencia parece amortiguar los retos psicológicos y emocionales a los que se enfrentan las personas con enfermedades crónicas, ayudándoles a mantener un mayor nivel de bienestar independientemente de sus problemas de salud”* (Hasan & Dubey, 2025).

El concepto de calidad de vida abarca el bienestar subjetivo, el cual se define como la evaluación cognitiva y afectiva que hace una persona sobre su propia vida, incluyendo las reacciones emocionales a distintos eventos y los juicios cognitivos de satisfacción y autorrealización (Ojha & Kumar Srivastava, 2017). Feller (2018) comenta que, por otro lado, el bienestar emocional recoge términos como la satisfacción vital, propósito vital y emociones positivas y, según Guerra et al. (2017), la relación entre resiliencia y este, que definen como plenitud, es muy alta. En otros artículos, como en el de Eldeleklioğlu & Yıldız (2020), se vuelve

a afirmar la relación positiva entre ambas variables ya que la resiliencia predice la mayoría de subdimensiones del bienestar subjetivo.

Es de vital importancia tener en cuenta que el bienestar emocional se puede ver afectado por la presencia de la ansiedad y la depresión (Wang et al., 2025) y, ambas enfermedades, pueden afectar negativamente a la funcionalidad de los pacientes con dolor crónico además de retardar el alta hospitalaria o incluso promover reinternaciones (Pederson et al., 2016; Ren et al., 2025; Wang et al., 2023).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), la ansiedad es *“una reacción emocional normal ante situaciones amenazantes para el individuo”* y suele ir acompañada de síntomas físicos como las sudoraciones o palpitaciones. Es un mecanismo natural del cuerpo que ha ayudado a la supervivencia del ser humano, sin embargo, hay algunas personas que presentan elevados niveles constantemente, interrumpiendo sus vidas diarias; esto se debería a un trastorno de ansiedad. La OMS (2023) también define la depresión como *“estado depresivo o pérdida del placer o interés en actividades durante largos periodos de tiempo”*, además de la posible falta de concentración, ideación suicida o pesimismo. En una revisión sistemática mundial en la que se incluyó a 50 países y más de 300.000 adultos con dolor crónico realizada por Aaron et al. (2025) se indica que aproximadamente el 40% de los adultos que padecen dolor crónico presentan cierto nivel de ansiedad y depresión.

La alta prevalencia en esta población y las preocupantes consecuencias indican que es fundamental trabajar las variables que funcionan como factor protector ante la ansiedad y la depresión. En este caso, se ha comprobado en diversos estudios (Brionez et al., 2010; Erim et al., 2010; Holden et al., 2012; Mangelli et al., 2002; Ponarovsky et al., 2011; Robottom et al., 2012; Wingo et al., 2010, citado en Cal et al., 2015) que la resiliencia mantiene una relación negativa con la ansiedad y la depresión, lo que puede indicar que un alto nivel de resiliencia previene el desarrollo de estas dos enfermedades mentales.

Siguiendo en la línea de estas investigaciones, según Carvalho et al. (2016) las personas con sintomatología ansiosa y depresiva son menos resilientes y sería conveniente que, en los espacios dedicados al cuidado de pacientes, se adoptaran medidas para enseñar maneras eficaces de afrontamiento y otros elementos que caracterizan a las personas resilientes para mejorar su bienestar. La conclusión de aumentar el número de intervenciones para pacientes con enfermedades crónicas basadas en la resiliencia se repite en el artículo de Lacomba-Trejo et al. (2019), ya que esta variable *“puede facilitar su adaptación a la*

enfermedad, favoreciendo su bienestar psicológico y calidad de vida, reduciendo los factores de riesgo asociados.”.

Por todo lo expuesto, el objetivo de este trabajo es estudiar la relación que mantiene la resiliencia con la calidad de vida, el bienestar, la ansiedad y la depresión de pacientes con dolor crónico.

Las hipótesis que se plantean son las siguientes:

1. La resiliencia tendrá una correlación positiva con las variables calidad de vida y bienestar.
2. La resiliencia mantendrá una correlación negativa con las variables de ansiedad y depresión.

Método

Participantes

La muestra obtenida en este estudio fue de un total de 36 personas con un diagnóstico de dolor crónico, 14 eran hombres y 22 mujeres; la edad media era de 64 años y la desviación estándar de 13.3, siendo el paciente más joven de 41 años y el más mayor de 87. Los diagnósticos eran variados, pero algunos de los más repetidos fueron: la presencia de una o varias hernias (10 personas), artrosis (6 personas), algún tipo de cáncer (3 personas) y artritis (3 personas). En cuanto al tiempo que llevaban acudiendo a la Unidad de Dolor, la mayoría reportaron haber empezado con el tratamiento hacía menos de 6 meses (el 41.7 %), mientras que el 27.8 % había estado durante más de 3 años; el 30.5 % restante se encontraba entre los 6 meses y los 3 años. De todos ellos, solo 2 personas estaban recibiendo algún tipo de apoyo psicológico en el momento del pase de cuestionarios.

Procedimiento

Se solicitó permiso al comité de ética del Hospital de Villajoyosa para desarrollar la presente investigación. Tras su obtención, se pudo acceder a la Unidad de Dolor en la que, con ayuda de profesionales médicos, se contactó con diversos pacientes y se les explicó el procedimiento. La muestra fue elegida de manera no aleatoria en el Hospital de Villajoyosa, en la Unidad de Dolor. Criterios de inclusión: a) pacientes con diagnóstico de dolor crónico que

atiendan a la Unidad de Dolor del Hospital de Villajoyosa; b) pacientes con un mínimo de 18 años y un máximo de 90; c) pacientes que hayan sido diagnosticados hace, mínimo, un mes; d) pacientes con un nivel educativo básico (conocimiento de lecto-escritura). Criterios de exclusión: a) pacientes con fibromialgia; b) pacientes con algún tipo de patología psicológica diagnosticada.

Los datos fueron recogidos entre agosto y diciembre de 2025 de manera presencial en el propio hospital. Aquellos pacientes que aceptaron ser incluidos, tuvieron que firmar el consentimiento informado para proceder a la evaluación. Posteriormente, se analizaron todos los datos recabados.

Variables e instrumentos

Las variables sociodemográficas fueron recogidas a través de un cuestionario ad hoc específico para este estudio, con el objetivo de recoger características personales relevantes. En este caso, se incluyeron la edad, el sexo, el diagnóstico, el tiempo que lleva acudiendo a la Unidad de Dolor y si recibe algún tipo de apoyo psicológico.

Para evaluar la resiliencia se utilizó la versión Española de Protective Factors of Resilience Scale (PFRS) adaptada al español por León, Neipp y Núñez en 2020. La versión original fue creada por Harms, Pooley, y Cohen en 2017. Esta escala cuenta con un modelo de 3 factores compuesto por 15 ítems cuyas puntuaciones van de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). Cuanto más alta sea la puntuación, alcanzando un máximo de 105 puntos, más alto es el grado de resiliencia. La validación en la muestra española mostró resultados de buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de .81, algo similar a los previamente obtenidos en la versión original de la escala, con un alfa de .93.

La calidad de vida se evaluó a través del cuestionario SF-12 (Ware Jr. et al., 1996), utilizando la adaptación española de Vilagut et al. (2008). La escala está compuesta por 12 ítems que evalúan dos dimensiones, la física y la mental, en los que el número de opciones de respuesta oscila entre 3 y 5. En cuanto a la interpretación del cuestionario, los ítems se transforman en una escala del 0 al 100, donde una puntuación más alta indica una mayor calidad de vida en cada una de las dimensiones. La validación original no proveía ningún alfa de Cronbach argumentando que el SF-36, la versión original ampliada, ya tenía una buena fiabilidad. La validación en la muestra española, en cambio, calculó dichos resultados, siendo estos de .85 para la dimensión de salud física y .78 para la de salud mental.

Para la variable bienestar se aplicaron dos escalas, la versión española de Flourishing Scale (FS), validada por Checa, Perales y Espejo (2017) y el cuestionario SPANE desarrollado por Espejo et al. en 2020. Ambas fueron creadas originalmente por Diener et al. (2010). La primera evalúa el bienestar subjetivo, la parte más cognitiva de la variable y consta de 8 ítems cuyas puntuaciones van de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo), pudiendo obtener hasta 56 puntos en total. Las puntuaciones altas en esta escala indican una visión positiva en áreas importantes de funcionamiento. En la versión original, el alfa de Cronbach es de .87 mientras que en la validación española es de .85 (Checa et al., 2018), mostrando en ambas versiones una alta consistencia para ser una escala tan breve.

La segunda, mide los estados emocionales, es decir, el bienestar emocional. Esto lo hace a través de evaluar los afectos positivos y negativos con 12 ítems, cuyas puntuaciones van de 1 (nunca) a 5 (siempre). Cada uno de los afectos se mide por separado, debido a la independencia parcial de ambos, y se pueden obtener hasta 30 puntos en cada uno de ellos; una mayor puntuación indica una mayor presencia del afecto que se está midiendo. En cuanto a la consistencia interna de esta, se puede observar que es alta, mostrando puntuaciones en la versión original de .87 en el afecto positivo y .81 en el negativo. La adaptación al español cuenta con datos parecidos, puntuando .86 en el afecto positivo y .79 en el negativo.

Para evaluar las variables de ansiedad y depresión se empleó la adaptación española realizada por Herrero et al. (2003) Escala de Ansiedad Hospitalaria (HAD), basada en el cuestionario original de Zigmond y Snaith (1983). Esta escala consta de 14 ítems, puntuados de 0 a 3, en los que los impares configuran la subescala de ansiedad y los pares conforman la subescala de depresión. Ambas subescalas obtienen la puntuación a partir de una suma de las puntuaciones de todos los ítems, pudiendo obtener un máximo de 21 puntos; los autores indican que en aquellos casos que puntúen más de 8 se indica un caso probable de ansiedad o depresión y para aquellos con una puntuación mayor a 11, presencia de sintomatología ansiosa o depresiva preocupante. La consistencia interna de la adaptación al español es alta, mostrando un alfa de Cronbach de .90 para la escala al completo, .84 para la dimensión de depresión y .85 para la dimensión de ansiedad.

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados a través de Jamovi, un software estadístico de código abierto (versión 2.4). Se realizó un análisis de normalidad para la muestra a través de la prueba

Shapiro-Wilk, en la cual se comprobó que todas las variables, menos dos, seguían una distribución normal ya que el p valor de estas supera el .05; son las variables FSt ($p = .014$) y SPAPo ($p = .033$) las únicas que no cumplían con esta distribución normal. Por esto, se decidió utilizar el coeficiente de correlación de Spearman para analizar las correlaciones entre las distintas variables y, así, comprobar la veracidad de las hipótesis previamente planteadas. Se interpretaron dichas correlaciones basándose en los siguientes rangos de puntuaciones: débil si el valor p se encuentra entre .10 y .29, moderada entre .30 y .49 y fuerte si supera .50 (Cohen, 1988). Asimismo, se obtuvieron pruebas descriptivas de las variables con su desviación típica, la media y los máximos y mínimos.

Resultados

Los datos descriptivos se encuentran representados en la Tabla 1, en la cual se observa una media de la resiliencia alta, con una elevada desviación estándar ($DE = 14.76$). Esta desviación podría estar indicando que la media no es del todo representativa debido a una alta dispersión entre los valores obtenidos en el cuestionario o el rango amplio de puntuaciones. Esto puede observarse en la gran diferencia entre el mínimo valor obtenido y el máximo.

La variable calidad de vida se evaluó a partir del cuestionario SF-12, el cual está compuesto por dos dimensiones, la física y la mental. Ambas dimensiones, y la puntuación total del cuestionario, presentan una media moderada, siendo ligeramente superior en el caso de la mental (ver Tabla 1).

La variable bienestar ha sido evaluada con el cuestionario FS para la parte subjetiva o cognitiva y el cuestionario SPANE para la afectiva, el segundo cuenta con dos dimensiones que se han calculado por separado (afecto positivo y afecto negativo).

Primero, el FS ha obtenido una media moderada y, al analizar el SPANE, se observa que la media del afecto positivo es alta, mientras que la media del afecto negativo se sitúa en un nivel moderado-alto (ver Tabla 1).

Por último, las variables ansiedad y depresión, ambas evaluadas con el mismo cuestionario, el HAD, obtuvieron resultados similares, siendo estos ligeramente superiores en el caso de la ansiedad. Las medias se encuentran en el rango de presencia probable de síntomas ya que superan los 8 puntos. La desviación estándar podría considerarse alta en ambos casos

(DE de HADA = 5.38 y DE de HADD = 4.71), lo cual podría estar indicando que la media no es del todo representativa (ver Tabla 1).

Tabla 1. Resultados descriptivos de todas las variables del estudio.

	N	Media	DE	Mínimo	Máximo	Shapiro-Wilk	
						W	p
PFt	36	82.03	14.76	47.00	105.0	0.953	0.127
HADA	36	9.25	5.38	0.00	21.0	0.971	0.461
HADD	36	8.06	4.71	1.00	19.0	0.953	0.130
SFf	36	47.20	10.53	29.17	68.3	0.964	0.283
SFm	36	57.69	16.69	26.67	90.0	0.976	0.594
SFt	36	52.44	11.33	30.83	74.6	0.971	0.449
FSt	36	46.08	6.27	34.00	56.0	0.922	0.014
SPAn	36	17.28	6.02	6.00	30.0	0.975	0.569
SPApo	36	23.42	5.20	13.00	30.0	0.934	0.033

Nota: PFT = Puntuaciones totales del cuestionario Protective Factors of Resilience Scale; HADA = Puntuaciones de la dimensión Ansiedad del cuestionario HAD; HADD = Puntuaciones de la dimensión Depresión del cuestionario HAD; SFt = Puntuaciones totales del cuestionario SF-12; SFf = Puntuaciones de la dimensión Física del cuestionario SF-12; SFm = Puntuaciones de la dimensión Mental del cuestionario SF-12; FSt = Puntuaciones totales del cuestionario Flourishing Scale; SPAn = Puntuaciones de la dimensión Afecto Negativo del cuestionario SPANE; SPApo = Puntuaciones de la dimensión Afecto Positivo del cuestionario SPANE.

Con respecto al análisis de correlaciones, este se puede observar en la Tabla 2 con los índices de correlación de Spearman.

Las puntuaciones del cuestionario SF-12 muestran que las correlaciones entre la calidad de vida y la resiliencia son más bajas que las del resto de variables, además de no ser estadísticamente significativa ni la dimensión física ni el total del cuestionario, siendo la primera la que ha obtenido el valor p más alto de todas las variables. A pesar de que el valor p de la dimensión mental sí que se encuentre por debajo del .05, su significancia estadística sigue siendo menor que la del resto de variables. Hablando concretamente de las correlaciones con la resiliencia, la más baja es la de la dimensión física y, aunque la dimensión mental y la total sean bastante superiores a esta, y se encuentren en un rango moderado, siguen siendo de las puntuaciones más bajas obtenidas.

Para la segunda variable, el bienestar, ambos cuestionarios utilizados (FS y SPANE) obtuvieron una correlación positiva con respecto a la resiliencia. La puntuación obtenida en el FS resultó ser una correlación positiva moderada-alta estadísticamente significativa.

Ahora bien, desglosando las dos dimensiones del SPANE, se puede observar que la dimensión de afecto negativo presenta una correlación negativa moderada-alta mientras que la del afecto positivo es positiva y alta, ambas resultando ser estadísticamente significativas.

En cuanto a las variables ansiedad y depresión, evaluadas con el cuestionario HAD, se observó correlaciones negativas referentes a la resiliencia. Específicamente, la ansiedad presentó una correlación moderada-alta, mientras que la depresión obtuvo una fuerte correlación, siendo esta la mayor entre todas las variables.

También resultaron relevantes otras relaciones estadísticamente significativas entre las variables estudiadas. Existe una fuerte correlación positiva entre las variables ansiedad y depresión y la dimensión de afecto negativo del bienestar emocional, manteniendo además estas dos primeras una fuerte correlación entre sí. Ambas dimensiones de la calidad de vida también presentan esta fuerte correlación positiva con la total de esta variable.

Por su parte, las siguientes variables presentan una correlación negativa: la variable ansiedad con la dimensión mental de la calidad de vida y el afecto positivo; la variable depresión con las dimensiones mental y total de la calidad de vida y la del afecto positivo; la dimensión mental de la calidad de vida con el afecto negativo.

Tabla 2. Matriz de correlaciones.

	PFt	HADA	HADD	SFf	SFm	SFt	FSt	SPAne	SPApo
PFt	–								
HADA	-.456**	–							
HADD	-.598**	.670**	–						
SFf	.135	-.199	-.445**	–					
SFm	.359*	-.531**	-.650**	.326	–				
SFt	.300	-.418*	-.656**	.670**	.901**	–			
FSt	.493**	-.211	-.401*	.055	.127	.117	–		
SPAne	-.445**	.608**	.649**	-.148	-.531**	-.436**	-.484**	–	
SPApo	.526**	-.468**	-.629**	.312	.396*	.397*	.529**	-.497**	–

Nota: PFt = Puntuaciones totales del cuestionario Protective Factors of Resilience Scale; HADA = Puntuaciones de la dimensión Ansiedad del cuestionario HAD; HADD = Puntuaciones de la dimensión Depresión del cuestionario HAD; SFf = Puntuaciones de la dimensión Física del cuestionario SF-12; SFm = Puntuaciones de la dimensión Mental del cuestionario SF-12; FSt = Puntuaciones totales del cuestionario Flourishing Scale; SPAne = Puntuaciones de la dimensión Afecto Negativo del cuestionario SPANE; SPApo = Puntuaciones de la dimensión Afecto Positivo del cuestionario SPANE. *p < .05; **p < .01.

Discusión

El presente estudio tenía como objetivo analizar la relación entre la resiliencia y la ansiedad, depresión, calidad de vida y bienestar subjetivo en pacientes con dolor crónico que acudían a la Unidad de Dolor del Hospital Marina Baixa, en Villajoyosa.

La primera hipótesis, según los resultados obtenidos, no se cumple al completo ya que no se ha encontrado correlación suficiente entre la calidad de vida y la resiliencia, en contraposición con lo defendido por Marín Cipriano (2024), el cual confirma que ambas variables mantienen una relación positiva. Lo expuesto en los resultados de este estudio demuestra que, aunque la correlación entre ambas variables haya sido moderada-baja, esta no ha demostrado ninguna significación estadística, por lo que la muestra recogida para este análisis no es suficiente como para demostrar que la relación entre ambas variables es sólida. No obstante, cabe resaltar que una de las dos dimensiones de la calidad de vida que evaluaba el cuestionario utilizado, concretamente la dimensión mental, sí mostró significación estadística y una correlación moderada. Este resultado coincide con los encontrados en el estudio de Hasan & Dubey (2025), en el cual se afirma que la resiliencia funciona como amortiguador frente a eventos estresantes a los que la mayoría de personas con alguna enfermedad crónica

se enfrentan, especialmente los psicológicos y emocionales, sugiriendo que la resiliencia sí que puede mantener una relación en lo referente a aspectos cognitivos y no físicos. Esto puede deberse a que, como ya han comentado autores como Garzón-Sánchez et al. (2022), el dolor crónico es incapacitante y tiene una base biológica que causa dolor constante (*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*, s. f.), algo que puede persistir pese al buen estado emocional de la persona. Aún con un buen afrontamiento a la enfermedad y la existencia de redes de apoyo, los síntomas físicos no desaparecen y pueden continuar generando limitaciones en ciertos aspectos, como subir escaleras o realizar tareas de casa de manera autónoma. Por consiguiente, resulta fundamental profundizar en el porqué de esta falta de correlación, poniendo el foco en el componente mental o cognitivo que comprende la calidad de vida y aislando el físico.

Una de las variables que sí sigue la línea de lo comentado por diversos autores como Guerra et al. (2017) y Eldeleklioğlu & Yıldız (2020) y confirma, en parte, la primera hipótesis es la del bienestar, que ha sido medida a través de dos cuestionarios para analizar las dimensiones que la conforman, la cognitiva con el Flourishing Scale y la afectiva con el SPANE. Los resultados de los autores previamente mencionados arrojaban la misma información que los de este trabajo, la presencia de una relación positiva entre resiliencia y bienestar. En cuanto al componente subjetivo o cognitivo, las correlaciones han sido moderadas-altas. Además, a la hora de desglosar el bienestar emocional, los hallazgos muestran una alta correlación con la resiliencia, negativa en el caso del afecto negativo y positiva en el del positivo. Esto significa que, a medida que las personas presentan un mayor nivel de resiliencia, los estados afectivos positivos aumentan y los negativos disminuyen. Esto sugiere que la resiliencia y el bienestar emocional están estrechamente relacionados al presentar las personas más resilientes un estado afectivo más favorable, caracterizado por emociones positivas, tal y como comentaba Feller (2018).

En cuanto a la segunda hipótesis, que afirma la existencia de una correlación negativa entre la resiliencia y las variables ansiedad y depresión, sí se cumple. Se podría afirmar que lo dicho en la mayoría de las investigaciones que componen el marco teórico coincide con los resultados obtenidos. Las correlaciones negativas significativas, moderada-alta para el caso de la ansiedad y alta para la depresión, obtenidas en esta muestra ya habían sido observadas en diversos estudios, confirmando la estrecha relación entre ambas variables (Brionez et al., 2010; Erim et al., 2010; Holden et al., 2012; Mangelli et al., 2002; Ponarovsky et al., 2011; Robottom

et al., 2012; Wingo et al., 2010, citado en Cal et al., 2015). Estas dos variables son de vital importancia a la hora de examinar las problemáticas de las personas que padecen dolor crónico dado que hasta un 40% de esta población puede manifestar cierta sintomatología característica de estos trastornos mentales (Aaron et al., 2025). El caso de las personas que componen este estudio no es diferente, ya que se han registrado puntuaciones en el cuestionario HAD que sugieren una alta probabilidad de padecer sintomatología ansiosa y depresiva.

Igualmente, estas dos variables no solo mantienen una fuerte relación con la resiliencia, la ansiedad y la depresión son un obstáculo para muchas de las áreas de la vida de las personas con dolor crónico, como la funcionalidad, afectando gravemente a su bienestar (Pederson et al., 2016; Ren et al., 2025; Wang et al., 2025 y Wang et al., 2023). Lo dicho por los autores mencionados, se ve reflejado en estos resultados ya que se pueden observar fuertes correlaciones entre las dimensiones del bienestar emocional y la ansiedad y depresión. Y no solo son estas las correlaciones presentes entre el resto de las variables, la mayoría tienen algún grado de relación, a excepción de la dimensión física del bienestar cognitivo que apenas presenta correlaciones significativas.

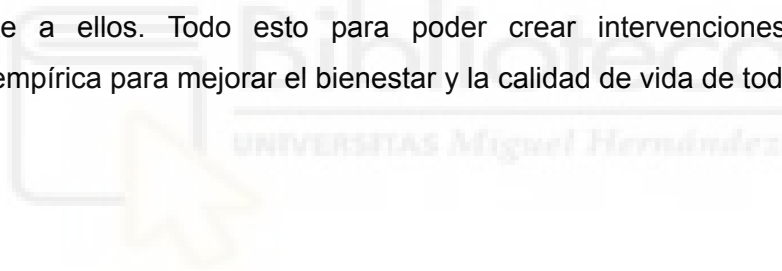
Aunque cierta sintomatología preocupante está presente en la muestra, no alcanza los niveles esperados y esto puede deberse a las altas puntuaciones obtenidas en la escala PFRS. Estas denotan un alto nivel de resiliencia entre las personas que conforman la muestra, lo que podría estar explicando las puntuaciones no tan elevadas en las variables más negativas, como son la ansiedad, la depresión o el afecto negativo, al funcionar como variable protectora. Estas bajas puntuaciones en las escalas del HAD y el SPANE también podrían deberse a un sesgo de deseabilidad social por parte de los participantes al no querer expresar su situación y dar una imagen de fortaleza, evitando la estigmatización de su enfermedad.

La literatura científica pone de manifiesto la necesidad de los programas basados en resiliencia ya que, como bien dicen los autores Carvalho et al. (2016) y Lacomba-Trejo et al. (2019), sería oportuno promover la resiliencia como estrategia de prevención a través de intervenciones que permitan a aquellos que sufren de dolor crónico aprender a cómo aplicar las habilidades presentes en personas resilientes. Todo esto para fortalecer su adaptabilidad y capacidad de afrontamiento a la enfermedad. Viendo los resultados obtenidos, parece una opción coherente ya que las variables mayoritariamente presentes en las personas que

padecen algún tipo de dolor crónico mejoran significativamente en aquellos que poseen altos niveles de resiliencia.

Este trabajo ha contado con limitaciones a la hora de su realización, la primera de ellas es la pequeña cantidad de muestra ($n = 36$), por tanto no se puede generalizar los resultados. En segundo lugar, la posible presencia de sesgos de deseabilidad social anteriormente comentada.

En definitiva, todos los análisis realizados ponen de manifiesto la importancia de la resiliencia y su relación con variables que afectan a las personas con dolor crónico. Además, muestran la realidad previamente expuesta por otros autores (Aaron et al., 2025); la sintomatología ansiosa y depresiva está presente en aquellos que sufren dolor crónico, por lo que la aplicación de intervenciones para su prevención pasa a un primer plano como estrategia. Sería interesante, en futuras investigaciones, ahondar en aquellos factores que más presentes están en los pacientes de la Unidad de Dolor y que otras variables podrían funcionar como protectoras frente a ellos. Todo esto para poder crear intervenciones basadas en la fundamentación empírica para mejorar el bienestar y la calidad de vida de todos los afectados.



Referencias

- Aaron, R. V., Ravyts, S. G., Carnahan, N. D., Bhattiprolu, K., Harte, N., McCaulley, C. C., Vitalicia, L., Rogers, A. B., Wegener, S. T., & Dudeney, J. (2025). Prevalence of Depression and Anxiety Among Adults With Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Network Open*, 8(3), e250268. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.0268>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- Brionez, T. F., Assassi, S., Reveille, J. D., Green, C., Learch, T., Diekman, L., Ward, M. M., Davis, J. C., Weisman, M. H., & Nicassio, P. (2010). Psychological correlates of self-reported disease activity in ankylosing spondylitis. *The Journal of Rheumatology*, 37(4), 829-834. <https://doi.org/10.3899/jrheum.090476>
- Cabanyes Truffino, J. (2010). Resiliencia: Una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 145-151. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2010.09.003>
- Cala, M. L. P. (2020). La salud desde la perspectiva de la resiliencia. *Archivos de Medicina*, 20(1), 203-216. <https://doi.org/10.30554/archmed.20.1.3600.2020>
- Cal, S. F., Sá, L. R. de, Glustak, M. E., & Santiago, M. B. (2015). Resilience in chronic diseases: A systematic review. *Cogent Psychology*, 2(1), 1024928. <https://doi.org/10.1080/23311908.2015.1024928>
- Carvalho, I. G., Bertolli, E. dos S., Paiva, L., Rossi, L. A., Dantas, R. A. S., & Pompeo, D. A. (2016). Ansiedad, depresión, resiliencia y autoestima en individuos con enfermedades cardiovasculares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2836. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1405.2836>
- Checa, I., Perales, J., & Espejo, B. (2018). Spanish Validation of the Flourishing Scale in the General Population. *Current Psychology*, 37(4), 949-956. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9581-0>

- Chng, Z., Yeo, J. J., & Joshi, A. (2023). Resilience as a protective factor in face of pain symptomatology, disability and psychological outcomes in adult chronic pain populations: A scoping review. *Scandinavian Journal of Pain*, 23(2), 228-250. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2021-0190>
- Cipriano, C. G. M. (2024). Adultos mayores con enfermedades crónicas: Percepción de calidad de vida, resiliencia y apoyo social en pandemia. *Avances en Psicología*, 32(1), e3162-e3162. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2024.v32n1.3162>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Depressive disorder (depression)*. (s. f.). Recuperado 10 de abril de 2026, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New Well-being Measures: Short Scales to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143-156. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>
- Eldeleklioğlu, J., & Yıldız, M. (2020). Expressing Emotions, Resilience and Subjective Well-Being: An Investigation with Structural Equation Modeling. *International Education Studies*, 13(6), p48. <https://doi.org/10.5539/ies.v13n6p48>
- Erim, Y., Tagay, S., Beckmann, M., Bein, S., Cicinnati, V., Beckebaum, S., Senf, W., & Schlaak, J. F. (2010). Depression and protective factors of mental health in people with hepatitis C: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 342-349. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.002>
- Espejo, B., Checa, I., Perales-Puchalt, J., & Lisón, J. F. (2020). Validation and Measurement Invariance of the Scale of Positive and Negative Experience (SPANE) in a Spanish General Sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8359. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228359>

- Ferrans, C. E. (1990). Quality of life: Conceptual issues. *Seminars in Oncology Nursing*, 6(4), 248-254. [https://doi.org/10.1016/0749-2081\(90\)90026-2](https://doi.org/10.1016/0749-2081(90)90026-2)
- Garzón-Sánchez, A., Rodríguez-Arenas, M., Garzón Sánchez, J. C., Díaz-García, R. S., Sánchez-Montero, F. J., Fresneña-López, N., Garzón-Sánchez, A., Rodríguez-Arenas, M., Garzón Sánchez, J. C., Díaz-García, R. S., Sánchez-Montero, F. J., & Fresneña-López, N. (2022). Estudio transversal sobre factores relacionados con el dolor crónico y su atención, según sexo. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 29(2), 61-70. <https://doi.org/10.20986/resed.2022.3968/2022>
- Guerra, M. C., Espinar, S. S., Esteve, R., Ruiz-Párraga, G., & Serrano, E. (2017). RELACIÓN ENTRE LA PLENITUD, LA RESILIENCIA Y LA ADAPTACIÓN DE LOS PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO. *Revista Mexicana de Psicología*, 34.
- Harms, C., Pooley, J. A., & Cohen, L. (2017). The protective factors for resilience scale (PFRS): Development of the scale. *Cogent Psychology*, 4(1), 1400415. <https://doi.org/10.1080/23311908.2017.1400415>
- Hasan, A., & Dubey, A. K. (2025). A comparative study on psychological resilience and quality of life among chronically ill and healthy people. *International Journal of Psychology Sciences*, 7(1), 238-243. <https://doi.org/10.33545/26648377.2025.v7.i1c.100>
- Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., & Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25(4), 277-283. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(03\)00043-4](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(03)00043-4)
- Holden, K. B., Hall, S. P., Robinson, M., Triplett, S., Babalola, D., Plummer, V., Treadwell, H., & Bradford, L. D. (2012). Psychosocial and sociocultural correlates of depressive symptoms among diverse African American women. *Journal of the National Medical Association*, 104(11-12), 493-504. [https://doi.org/10.1016/s0027-9684\(15\)30215-7](https://doi.org/10.1016/s0027-9684(15)30215-7)

- Hörnquist, J. O. (1982). The concept of quality of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 10(2), 57-61. <https://doi.org/10.1177/140349488201000204>
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. (s. f.). Recuperado 23 de febrero de 2026, de <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1581976053>
- Lacomba-Trejo, L., Mateu-Mollá, J., Álvarez, E. C., Benavent, A. M. O., & Serrano, A. G. (2019). Enfermedad renal crónica avanzada. Asociación entre ansiedad, depresión y resiliencia. *Revista Colombiana de Nefrología*, 6(2), 17-27. <https://doi.org/10.22265/acnef.6.2.344>
- León, E., Neipp, M.-C., Nuñez, R. M., León, E., Neipp, M.-C., & Nuñez, R. M. (2020). Propiedades psicométricas de la versión Española de la Escala de Factores Protectores de Resiliencia. *Anales de Psicología*, 36(3), 468-474. [Propiedades psicométricas de la versión Española de la Escala de Factores Protectores de Resiliencia](https://doi.org/10.1016/j.apa.2020.03.001)
- Loduca, A., Müller, B. M., Samuelian, C., Yeng, L. T., & Teixeira, M. J. (2024). Resilience, anxiety, and depression in patients with chronic pain of various etiologies: Interdisciplinary analysis. *BrJP*, 7, e20240057. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20240057-en>
- Mangelli, L., Gribbin, N., Büchi, S., Allard, S., & Sensky, T. (2002). Psychological well-being in rheumatoid arthritis: Relationship to «disease» variables and affective disturbance. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(2), 112-116. <https://doi.org/10.1159/000049354>
- Ministerio de Sanidad—Sanidad en datos—Encuesta de Salud de España. (s. f.) Recuperado 23 de febrero de 2026, de <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaSaludEspana/home.htm>
- Ojha, R., & Kumar Srivastava, V. (2017). A study on life satisfaction and emotional well-being among university students. *The Journal of Positive Psychology*.

- Paterniani, A., Sperati, F., Esposito, G., Cognetti, G., Pulimeno, A. M. L., Rocco, G., Diamanti, P., Bertini, L., Baldeschi, G. C., Varrassi, G., Giannarelli, D., De Marinis, M. G., Ricci, S., & Latina, R. (2020). Quality of life and disability of chronic non-cancer pain in adults patients attending pain clinics: A prospective, multicenter, observational study. *Applied Nursing Research*, 56, 151332. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151332>
- Pederson, J. L., Warkentin, L. M., Majumdar, S. R., & McAlister, F. A. (2016). Depressive symptoms are associated with higher rates of readmission or mortality after medical hospitalization: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Hospital Medicine*, 11(5), 373-380. <https://doi.org/10.1002/jhm.2547>
- Ponarovsky, B., Amital, D., Lazarov, A., Kotler, M., & Amital, H. (2011). Anxiety and depression in patients with allergic and non-allergic cutaneous disorders. *International Journal of Dermatology*, 50(10), 1217-1222. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2011.04910.x>
- Ren, D., Wang, X., Shen, H., Li, T., & Sun, X. (2025). The impact of depression and associated anxiety symptoms on clinical outcomes in elderly inpatients with digestive system diseases in Southwest China: A retrospective cohort study. *BMC Psychiatry*, 25(1), 585. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07038-1>
- Robottom, B. J., Gruber-Baldini, A. L., Anderson, K. E., Reich, S. G., Fishman, P. S., Weiner, W. J., & Shulman, L. M. (2012). What determines resilience in patients with Parkinson's disease? *Parkinsonism & Related Disorders*, 18(2), 174-177. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2011.09.021>
- Ruiz Párraga, G. T., & López Martínez, A. E. (2012). Resiliencia psicológica y dolor crónico. *Escritos de psicología*, 5(2), 1-11.
- The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. (1995). *Social Science & Medicine, Quality of Life in*

Social Science and Medicine, 41(10), 1403-1409.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)

Trastornos de ansiedad. (s. f.). Recuperado 10 de abril de 2026, de
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Vásquez-Morales, A., & Horta Roa, L. F. (2018). Enfermedad crónica no transmisible y calidad de vida. Revisión narrativa. *Revista Facultad Ciencias de la Salud: Universidad del Cauca*, 20(1), 33-40.

Vilagut, G., María Valderas, J., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E., & Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: Componentes físico y mental. *Medicina Clínica*, 130(19), 726-735. <https://doi.org/10.1157/13121076>

Wang, L.-Y., Fu, T.-S., Tsia, M.-C., & Hung, C.-I. (2023). The associations of depression, anxiety, and insomnia at baseline with disability at a five-year follow-up point among outpatients with chronic low back pain: A prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 24, 565. <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06682-6>

Wang, X., Ke, Q., Leng, P., Liu, D., & Zeng, W. (2025). Association between subjective well-being trajectories and anxiety/depression: Findings from a nationally representative cohort study. *Frontiers in Psychology*, 16, 1573260. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1573260>

Ware Jr., J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>

Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B., & Ressler, K. J. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of Affective Disorders*, 126(3), 411-414. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.009>

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

