
RELACIÓN ENTRE LA PLENITUD, LA RESILIENCIA Y LA ADAPTACIÓN DE LOS PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

RELATIONSHIP BETWEEN FLOURISHING, RESILIENCE AND ADJUSTMENT IN CHRONIC PAIN PATIENTS

MARÍA CORREA GUERRA,* SILVIA SÁNCHEZ ESPINAR, ROSA ESTEVE, GEMA RUIZ-PÁRRAGA,
ELENA SERRANO, ALICIA EVA LÓPEZ Y CARMEN RAMÍREZ-MAESTRE
Universidad de Málaga, España

Citación: Correa Guerra, M., Sánchez Espinar, S., Esteve, R., Ruiz-Párraga, G., Serrano, E., López, A. E., & Ramírez-Maestre, C. (2017). Relación entre la plenitud, la resiliencia y la adaptación de los pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de Psicología*, 34(2), 91-100.

Resumen: La plenitud (en inglés, *flourishing*) es un concepto relativo al bienestar psicológico. El objetivo de este estudio fue conocer el papel de la plenitud y la resiliencia en la adaptación y bienestar de los pacientes con dolor crónico. Participaron 111 pacientes con dolor crónico musculoesquelético. Un análisis de correlaciones mostró que la plenitud se relacionaba significativamente con la resiliencia, la satisfacción vital, el funcionamiento diario y el deterioro funcional. Los resultados del análisis de ecuaciones estructurales mostraron una asociación positiva y significativa de la resiliencia con la plenitud. Aunque ésta se asoció a su vez con la satisfacción vital y el funcionamiento, tuvo una relación negativa con el deterioro y no presentó una relación significativa con la intensidad del dolor. La plenitud surge como una variable interesante en el estudio de la adaptación de los pacientes con dolor crónico, que aumenta la satisfacción vital y el nivel de funcionamiento.

Palabras clave: realización, felicidad, adaptación, prosperidad, sufrimiento.

Abstract: Flourishing (*plenitud* in Spanish) is a concept related to psychological well-being. This study aimed to know on flourishing and resilience role in patients' well-being and adjustment to their chronic pain. Participants were 111 patients with chronic musculoskeletal pain. Correlation analyses showed that flourishing had a significant relationship with resilience, satisfaction with life, everyday functioning and functional impairment. Findings from the structural equation analysis showed a positive and significant relationship between resilience and flourishing. Although associated also to satisfaction with life and functioning, flourishing had a negative relationship with impairment, and no significant association with pain intensity. Flourishing emerges as an interesting variable in the research on chronic pain patients' adjustment, increasing life satisfaction and level of functioning.

Keywords: realization, happiness, adaptation, welfare, suffering.

En los últimos años, dentro del marco de investigación de la Psicología positiva ha surgido el concepto de *flourishing*, que traduciremos aquí como plenitud. La plenitud es un concepto relativamente moderno que varios grupos de trabajo han estudiado (Diener et al., 2010; Keyes, 2002, 2005b; Seligman, 2011). Keyes fue el primero en usar el término *plenitud* para describir altos niveles de bienestar.

Para este autor, la salud mental individual se ubica en un continuo que oscila entre la alta plenitud (personas con bienestar emocional, psicológico y social óptimo) y la baja plenitud, pasando por niveles intermedios de la variable. Snow (2008), Norriss (2010) y Diener et al. han apuntado que la plenitud se compone de dos elementos: el bienestar subjetivo y el bienestar psicológico. El bienestar subjetivo

* Dirigir correspondencia a: Carmen Ramírez-Maestre. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, Campus de Teatinos, 29071, Málaga (España). Correo electrónico: cramirez@uma.es
Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

consiste en la percepción de satisfacción con la vida, emociones positivas y ausencia de emociones desagradables; y el bienestar psicológico se relaciona principalmente con el funcionamiento físico, psicológico y social saludable.

Seligman (2011), por su parte, considera la evaluación de los niveles de plenitud como la mejor manera de medir el bienestar y la felicidad. Así, señala que el objetivo último de la Psicología positiva es lograr la plenitud del individuo. Según Seligman, los componentes de la plenitud son cinco: las emociones positivas, el compromiso, las relaciones positivas, el sentido de vida y el logro. La *emoción positiva* se refiere a lo que se siente, como el placer, el éxtasis, el embelesamiento, la calidez, la comodidad, etc. Dentro de las emociones positivas se encuentran las medidas subjetivas de felicidad y satisfacción con la vida. El *compromiso* se relaciona con el flujo, es decir, estar completamente involucrado en lo que se hace y perder la noción del tiempo y de uno mismo durante una actividad absorbente. Las *relaciones positivas* se refieren a la necesidad de tener relaciones sanas con otras personas a nivel íntimo, familiar, social, organizacional y comunitario para fomentar el bienestar. El *sentido de vida* se refiere al significado y propósito en ésta. Por último, el *logro* se refiere al establecimiento de objetivos en la vida de uno mismo que motiven a conseguirlos, y se refiere también a la necesidad de sentirse competente, buscar el éxito y la propia realización.

Recientemente, Hone, Jarden, Schofield y Duncan (2014) hicieron una revisión de todos los autores que han trabajado sobre el concepto de plenitud y concluyeron que la plenitud es una forma de conceptualizar altos niveles de bienestar; puede decirse que una persona se encuentra en plenitud si percibe que su vida va bien. La plenitud es una combinación de bienestar emocional y funcionamiento eficaz o bienestar psicológico y social. Se evalúa mediante autoinforme, de modo que se trata de una medida subjetiva de bienestar. A tenor de lo expuesto, se podría decir que la plenitud se refiere a altos niveles subjetivos de bienestar emocional, psicológico y social.

En la literatura empírica se recogen diversos trabajos en los que se ha analizado la relación de la plenitud con variables relativas al bienestar. Los resultados de dichos estudios apoyan la teoría expuesta, al concluir que la plenitud se relaciona significativa y positivamente con el bienestar psicológico, cognitivo y social (Keyes, 2002; Menk Otto, Howerter, Bell y Jackson, 2010), las emociones positivas (Keyes, 2002; Khodarahimi, 2013; Menk Otto et al., 2010; Stoeber y Corr, 2016), mejores relaciones sociales (Keyes, 2005b), la satisfacción con la vida, la autoestima, la autoaceptación, la autoeficacia, menores

niveles de soledad (Diener et al., 2010), mayor funcionamiento psicosocial, menor restricción de actividades de la vida diaria, menor discapacidad (Hone, Jarden, Duncan y Schofield, 2015; Keyes, 2002), la felicidad, la autoeficacia y el equilibrio emocional (Dogan, Totan y Salmaz, 2013). La medición de la variable plenitud en estos trabajos se ha derivado de las conceptualizaciones diversas de la variable. Así, Keyes (2002, 2005b) entendió la plenitud como la presencia de salud mental, y partió de la medición de ésta para evaluar a un individuo como pleno. Por otro lado, Menk Otto et al. consideraron plenitud cuando había altas puntuaciones en el estado de ánimo positivo y la satisfacción vital. Finalmente, Diener et al. elaboraron la Escala de plenitud (*Flourishing Scale*), validada en varios idiomas en recientes estudios (Silva y Caetano, 2013; Villieux, Sovet, Jung y Guilbert, 2016) y utilizada en el presente trabajo.

Aun siendo muy escasa la literatura y evidencia empírica que aborda la relación entre la plenitud y la resiliencia, son varias las propuestas explicativas. Algunos autores definen la resiliencia como un rasgo psicológico o cualidad que tienen aquellas personas con mayor capacidad para afrontar la adversidad (Atkinson, Martin y Ranquin, 2009). Seligman (2011) ha abordado la posibilidad de incluir la resiliencia como uno de los componentes principales que formen parte del concepto de plenitud, mientras que para algunos autores la resiliencia actúa como antecedente de la plenitud (Keyes, 2002; Pattison y Edgar, 2016; Winnard, Adcroft, Lee y Skipp, 2014), y para otros más, como consecuente (Menk Otto et al., 2010; Norriss, 2010).

El presente estudio se enmarca en el contexto de la Psicología de la salud y, concretamente, en uno de sus ámbitos más estudiados, la adaptación de los pacientes con dolor crónico. Keyes (2005a) se ha preguntado si la plenitud funciona como un factor de protección contra los problemas de salud, y los resultados de su trabajo señalan que la plenitud se relaciona negativamente con la aparición de enfermedades crónicas; también se ha encontrado esa misma asociación en el estudio de Abolfathi Momtaz, Hamid, Haron y Bagat (2016). Como ya se ha señalado, diversos trabajos han encontrado que las personas con mayores niveles de plenitud muestran mejor salud física (Hone et al., 2015; Keyes y Grzywacz, 2005; Lyubomirsky, King y Diener, 2005; Menk Otto et al., 2010; Peter, Roberts y Dengate, 2011) y, en consecuencia, menores costes de atención sanitaria (Keyes y Grzywacz, 2005; Lyubomirsky et al., 2005).

El dolor crónico se caracteriza por ser un dolor continuo que persiste durante, al menos, 3 meses y concier-

ne a una experiencia perceptiva y subjetiva desagradable (Harstall y Ospina, 2003). El dolor crónico es una consecuencia común de muchos diagnósticos asociados a enfermedades físicas, y sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales a largo plazo ponen en riesgo el bienestar y el funcionamiento de la persona (Müller et al., 2016). Así pues, la naturaleza del dolor no es puramente física y factores psicológicos modulan significativamente su experiencia (Sturgeon y Zautra, 2013). Los principales estudios sobre dolor se han centrado en el estudio de la discapacidad, pero no han estudiado teórica ni empíricamente la vía que implican los factores de protección y que llevaría a la recuperación. Por consiguiente, el estudio de las variables psicológicas implicadas en la experiencia de dolor es un claro ámbito dentro de la Psicología de la salud, y en este sentido, la Psicología positiva proporciona un interesante marco de investigación e intervención.

En la revisión de la literatura empírica tan sólo se ha encontrado un estudio que relaciona la plenitud con el dolor crónico. En su reciente trabajo, Gilmour (2015) encontró que las personas con mayor intensidad del dolor presentaban menores niveles de plenitud y mayor restricción de actividades. De hecho, el nivel de funcionamiento de los pacientes con dolor mediaba la citada asociación entre la intensidad del dolor y los niveles de plenitud.

Parece, por tanto, que conocer el papel de la plenitud en la experiencia de dolor proporcionaría al clínico nuevas herramientas de intervención encaminadas al desarrollo pleno del individuo, como medio para mejorar su bienestar personal. Así pues, el objetivo de este estudio fue conocer el papel de la plenitud y la resiliencia en la adaptación y bienestar de los pacientes con dolor crónico

musculoesquelético. Para ello, se analizó la relación de la plenitud con la resiliencia, la satisfacción con la vida, el funcionamiento y la intensidad del dolor en una muestra de pacientes con dolor musculoesquelético crónico. Atendiendo a la literatura teórica y empírica descrita en este apartado, acerca de la influencia de la resiliencia y la plenitud en el bienestar personal, se esperaba que los pacientes con dolor crónico con mayores valores autoinformados de resiliencia presentaran mayores puntuaciones de plenitud, y a su vez, la presencia de plenitud se relacionara con mayores valores de satisfacción con la vida y funcionamiento, así como con menores niveles de deterioro y dolor. En la figura 1 se recogen los postulados en un modelo.

MÉTODO

En este trabajo se han respetado los principios éticos universales que rigen la conducción de la investigación en Psicología, entre éstas, el resguardo de la confidencialidad y la obtención del consentimiento informado de los participantes. En este sentido, se cuenta con la aprobación del Comité Ético de la Universidad de Málaga (CEUMA 2013-0016-H).

Participantes

En el estudio participaron 111 pacientes con dolor crónico musculoesquelético atendidos en el Hospital de Alta Resolución de Benalmádena, el Hospital Clínico Univer-

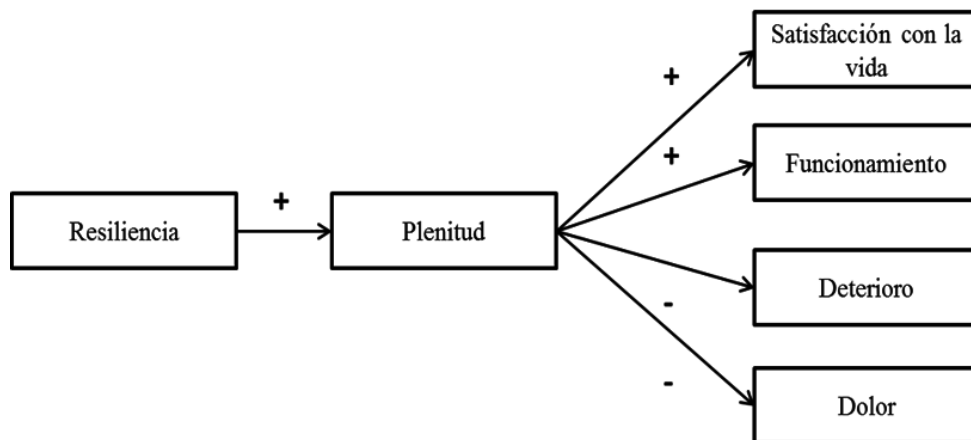


Figura 1. Modelo hipotético.

sitario de Málaga, el Hospital Quirón de Málaga o el Centro de Salud La Carihuela. Atendiendo a la propuesta de Jackson (2003), una adecuada relación entre el tamaño de la muestra y los parámetros a analizar sería de 20:1. De modo que, en este estudio de cinco parámetros y seis variables, 100 pacientes serían suficientes para alcanzar un buen nivel estadístico. Los criterios de inclusión utilizados fueron experimentar dolor musculoesquelético hace más de 3 meses; tener entre 18 y 65 años; no estar siendo tratado por una enfermedad terminal, maligna o trastorno psiquiátrico; entender el idioma español; y entender las instrucciones y cuestionarios. Los médicos colaboradores, conocedores de los criterios de inclusión, proporcionaban el contacto con los pacientes que acudían a su centro de salud con los requisitos del estudio. De igual forma, eran los médicos los que facilitaban, tras la autorización expresa del paciente, el diagnóstico del mismo. Posteriormente, durante la entrevista, los participantes señalaban las localizaciones de su dolor.

De los participantes, 73% fueron mujeres y 27% hombres. La edad media de los pacientes era de 50.45 años ($DT = 9.42$; rango, 26-65) y el tiempo medio con dolor era de 9.98 años ($DT = 9.42$). Del total de la muestra, 54.10% estaba casado, 24.30% divorciado o separado, 17.10% soltero y 4.50% viudo. Por otro lado, 33.33% se encontraba en situación laboral activa y 24.33% desempleado, mientras 27.00% estaba jubilado. En cuanto al nivel educativo, 41.80% de la muestra señaló tener los estudios primarios (nivel 1 según la Clasificación internacional normalizada de la educación, publicada por el Instituto de Estadística de la UNESCO en 2012) o no haberlos alcanzado (nivel 0 según la ISCED), 40.90% había completado los estudios secundarios (nivel 3 según la ISCED), y tan sólo 17.30% tenía estudios universitarios (nivel 6 según la ISCED). Los diagnósticos y las localizaciones del dolor más frecuentes se muestran en la tabla 1, habida cuenta de que un mismo paciente podía tener varios diagnósticos y localizar el foco de dolor en varias zonas corporales.

Instrumentos

Escala de plenitud (Diener et al., 2010). El cuestionario se compone de ocho ítems que describen los aspectos importantes del funcionamiento humano, como las relaciones positivas, los sentimientos de competencia, la autoestima, el optimismo, el compromiso, la contribución al bienestar de los demás, el sentido y propósito en la vida. Se responde con una escala tipo Likert del 1 (*muy en desacuerdo*) al 7 (*muy de*

Tabla 1. Porcentaje de diagnósticos y localizaciones del dolor más frecuentes

Variable	%
<i>Diagnósticos</i>	
Artrosis y/o artritis	43.22
Hernia discal	28.78
Fibromialgia	24.31
Lumbalgias	16.22
Dolor postraumático ^a	13.54
Tendinitis	8.10
Pinzamientos	7.23
<i>Localizaciones del dolor</i>	
Espalda lumbar	67.67
Hombro derecho	60.61
Espalda cervical	57.58
Espalda sacra	57.63
Hombro izquierdo	56.62
Cuello	52.50
Espalda torácica	50.47
Muñeca derecha	50.52
Muñeca izquierda	47.46
Codo derecho	46.50
Dedos de las manos	44.37

^a Provocado por un traumatismo previo.

acuerdo), y la suma de sus puntuaciones puede oscilar del 8 al 56. Puntuaciones altas significan que la persona se percibe a sí misma en términos positivos en áreas importantes del funcionamiento. La escala ha demostrado ser una buena medida de autoinforme sobre el bienestar psicológico general (Diener et al., 2010). La fiabilidad interna del instrumento es buena ($\alpha = .87$), así como su estabilidad ($r = .71$ evaluada en un periodo de 1 mes). La validez convergente se ha establecido a partir de la correlación de la escala con otras escalas de satisfacción vital. Los autores del presente trabajo han adaptado esta escala al castellano, y mostró un buen nivel de consistencia interna ($\alpha = .88$).

Escala de resiliencia, adaptada a pacientes con dolor crónico (Ruiz-Párraga, López-Martínez y Gómez-Pérez, 2012). Derivado de la *Resilience Scale* de Wagnild y Young (1993), este instrumento consta de 18 ítems que miden resiliencia como un solo factor con una escala del 1 (*desacuerdo*) al 7 (*de acuerdo*). La suma de sus puntuaciones oscila de 18 a 126, y mayores puntuaciones en la escala se corresponden con una elevada resiliencia en estos pacientes. Presenta una buena consistencia interna ($\alpha = .93$) y es-

tabilidad ($r = .9$, periodo de 1 mes). Respecto de la validez de constructo, se encontraron las correlaciones esperadas entre la resiliencia y medidas de adaptación y buen estado de ánimo de los pacientes con dolor. La escala representa un instrumento válido y fiable para evaluar la conducta resiliente en pacientes con dolor crónico (Ruiz-Párraga et al., 2012). En este estudio presentó la misma fiabilidad que en el trabajo original ($\alpha = .93$).

Cuestionario de satisfacción con la vida (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). El cuestionario ha mostrado una alta consistencia interna, al haberse obtenido un alfa de Cronbach de .86. Respecto de la estabilidad temporal, se han encontrado índices que oscilan entre .83, para periodos de 2 meses, y .50, para periodos más largos (Pavot y Diener, 1993). Consta de cinco ítems relacionados con la satisfacción que se responden con una escala Likert del 1 (*muy en desacuerdo*) al 7 (*totalmente de acuerdo*). Las puntuaciones más altas indican mayor satisfacción global con la vida y bienestar. La versión en castellano del instrumento presenta un buen nivel de fiabilidad ($\alpha = .84$) y de validez de constructo al mostrar correlaciones positivas con sentimientos de felicidad y negativa con sentimientos de soledad (Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000). También en el presente trabajo la escala presentó un buen índice de consistencia interna ($\alpha = .85$).

Inventario de deterioro y funcionamiento para pacientes con dolor crónico (Ramírez-Maestre y Esteve, 2015). El cuestionario se compone de 30 ítems que hacen referencia a actividades relacionadas con el hogar, conductas de autonomía, ocio y relaciones sociales. Primero se pregunta a los pacientes si han hecho dicha actividad durante la última semana. Si responden afirmativamente, se les pregunta por la frecuencia; si la respuesta es negativa, se les pregunta si hacían esa actividad antes de sufrir dolor crónico. El instrumento proporciona un índice del funcionamiento y un índice del deterioro, y ambas escalas presentan buena fiabilidad ($\alpha = .84$ y $.85$, respectivamente). En este estudio ambas escalas mostraron muy buena fiabilidad (funcionamiento, $\alpha = .84$; deterioro, $.93$).

Intensidad del dolor. Se pregunta a los pacientes por su dolor más leve, su nivel medio y el peor dolor posible durante las 2 últimas semanas, así como el dolor actual. Clasifican su intensidad del dolor en una escala numérica del 0 (*nada de dolor*) al 10 (*el peor dolor posible*). La media de todas sus puntuaciones indicará la puntuación de intensidad del dolor. Se ha considerado esta medida como una de las más fiables para evaluar la intensidad del dolor en pacientes con dolor crónico (Jensen, Turner, Romano y Fisher, 1999).

Procedimiento

Para conseguir la participación de los pacientes, los médicos de los centros de salud colaboradores hablaban del estudio a sus pacientes. Posteriormente, se contactó por teléfono con aquellas personas que habían expresado su interés y aceptaban participar voluntariamente. En total se llamó a 135 personas, de las cuales 20 no acudieron a la cita, y se excluyó a cuatro por no cumplir con los criterios de inclusión.

Se evaluó a los pacientes en los centros de salud donde se les estaba atendiendo, y antes de comenzar la evaluación cada paciente firmó un consentimiento informado. Dado el bajo nivel educativo de un porcentaje amplio de la muestra, la psicóloga aplicó oralmente los instrumentos en formato de entrevista. La duración de dicha entrevista oscilaba entre 45 y 60 minutos.

Análisis de datos

En primer lugar, utilizando el paquete estadístico SPSS V.15, se realizó un análisis descriptivo de la muestra y un análisis de correlaciones de Pearson entre las variables incluidas en el modelo. Posteriormente, el modelo hipotético (figura 1) se analizó mediante el análisis de ecuaciones estructurales, usando el programa LISREL 8.80.

Para la evaluación del modelo se utilizaron los siguientes índices de ajuste: el estadístico de ajuste absoluto, que se corresponde con la ji cuadrada dividida entre sus grados de libertad (χ^2 / gl) y debe ser menor que 3; el índice de bondad de ajuste (GFI), que se refiere a la cantidad de la matriz de correlación que se observa y que el modelo explica; el índice ajustado de bondad de ajuste (AGFI), que es el GFI ajustado a los grados de libertad del modelo, y se refiere a la diferencia entre el número de ecuaciones y los factores desconocidos; y el índice comparativo de ajuste (CFI), que compara el ajuste entre el modelo propuesto y otros modelos posibles, ya sea específicamente o generados aleatoriamente por el programa. Todos estos índices fluctúan entre 0 y 1, donde 1 es un ajuste perfecto y 0 la ausencia absoluta de ajuste; se tomó como criterio valores mayores o iguales a 0.95. Por otro lado, la raíz del error cuadrático promedio (RMR) debe ser próxima a 0, y la raíz del error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) es el promedio de los residuos entre la correlación observada de la muestra y el modelo esperado estimado de la población. Éste indica que cuanto más cercano es a 0, mejor es el ajuste, pues los valores inferiores a .08 indican un ajuste adecuado.

RESULTADOS

En la tabla 2 se muestra la media, la desviación típica, la puntuación mínima y la puntuación máxima de cada una de las variables autoinformadas. En la tabla 3 se muestran las correlaciones entre las variables del estudio incluidas en el modelo hipotético. Siguiendo a Cohen (1988), se evaluaron las correlaciones como bajas desde .10 hasta .29, moderadas desde .30 hasta .49 y altas desde .50 hasta 1.00.

En la tabla 3 se muestra que existieron correlaciones estadísticamente significativas ($p < .01$) y altas entre plenitud y resiliencia, así como entre plenitud y satisfacción vital; la resiliencia se relacionó con la satisfacción vital, y entre las escalas de deterioro y funcionamiento hubo una relación negativa. La plenitud mostró una correlación moderada positiva con el funcionamiento, y negativa con el deterioro. Por su parte, la satisfacción con la vida y la resiliencia se relacionaron moderada y positivamente con la escala de funcionamiento y negativamente con la escala de deterioro. La intensidad del dolor, en cambio, correlacionó de forma moderada y positiva con el deterioro, negativa con

el funcionamiento, y tuvo una correlación baja y negativa con la satisfacción vital ($p < .05$). Por último, se muestra que la intensidad del dolor no correlacionó con la plenitud ni con la resiliencia.

En cuanto al análisis de ecuaciones estructurales, con el objetivo de obtener un modelo ajustado se examinó los parámetros de cambio y se eliminaron del modelo las relaciones que no eran estadísticamente significativas. Como se observa en la figura 1, el modelo hipotético incluye la relación entre la resiliencia y la plenitud, y de esta última con la intensidad del dolor, la satisfacción con la vida, el funcionamiento y el deterioro. El análisis del modelo y sus parámetros indicaron un mal ajuste ($\chi^2 = 57.20$, $gl = 10$; $RMSEA = .21$), por lo que se procedió a eliminar la variable intensidad del dolor de la ecuación dado que las relaciones establecidas no eran significativas. Además, se añadió una asociación sugerida por el programa, entre la resiliencia y la satisfacción con la vida, con lo que quedó esta modificación incluida en el modelo final ajustado. Con estos cambios se obtuvo el modelo final que se puede observar en la figura 2.

Tabla 2. *Características descriptivas de la muestra (n = 111)*

<i>Variable autoinformada</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Plenitud	40.36	9.35	11	56
Resiliencia	91.64	19.89	33	126
Satisfacción con la vida	18.35	6.85	5	35
Funcionamiento	48.73	12.6	9	89
Deterioro	4.85	6.1	0	28
Intensidad del dolor	24.75	7.5	7	40

Tabla 3. *Matriz de correlaciones*

<i>Variable</i>	<i>Plenitud</i>	<i>Resiliencia</i>	<i>Satisfacción con la vida</i>	<i>Funcionamiento</i>	<i>Deterioro</i>
Resiliencia	.81 **				
Satisfacción con la vida	.72 **	.71 **			
Funcionamiento	.43 **	.38 **	.39 **		
Deterioro	-.33 **	-.35 **	-.31 **	-.51 **	
Intensidad del dolor	-.09	-.08	-.20 *	-.37 **	.31 **

* $p \leq .05$. ** $p \leq .01$.

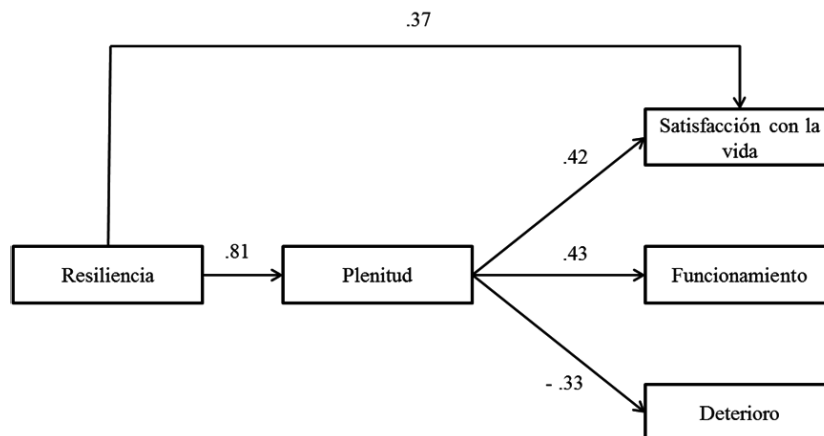


Figura 2. Modelo empírico. Variables observables y parámetros de cambio.

En el modelo final, todos los parámetros de cambio fueron significativos ($p < .05$). Los índices de bondad de ajuste indicaron que el modelo estimado proporcionaba un buen ajuste, donde todos ellos eran altamente satisfactorios ($\chi^2 / gl = 1.3$; GFI = 0.98; AGFI = 0.94; CFI = 1.00; RMR = .038; RMSEA = .05).

Como se observa en la figura 2, se obtuvieron asociaciones estadísticamente significativas y positivas entre la plenitud, la satisfacción con la vida y el funcionamiento, y negativa de la plenitud con el deterioro. De este modo, cuanto mayor era la plenitud, mayor era el funcionamiento y la satisfacción con la vida, y menor era el deterioro funcional. Por otro lado, hubo una asociación entre la resiliencia como antecedente y la plenitud, para la cual se obtuvo un parámetro de cambio muy alto. Por tanto, cuanto mayor era la resiliencia, mayores eran los niveles de plenitud, y esto a su vez producía efectos indirectos sobre la satisfacción con la vida, el funcionamiento y el deterioro. Por último, el modelo señaló una asociación directa entre la resiliencia y la satisfacción con la vida, donde era alto el tamaño del parámetro de cambio. Los coeficientes de regresión indicaron que la resiliencia explicaba 65% de la variable plenitud ($R^2 = .65$); las variables resiliencia y plenitud explicaban conjuntamente 57% de la variable satisfacción con la vida ($R^2 = .57$); y la plenitud explicaba 18% del funcionamiento ($R^2 = .18$) y 11% del deterioro ($R^2 = .11$).

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio ha sido conocer el papel de la plenitud y la resiliencia en la adaptación y bienestar de los

pacientes con dolor crónico musculoesquelético. Son muy pocos los autores que se han propuesto relacionar esta variable psicológica con la adaptación a una enfermedad física crónica; de hecho, tan sólo existe un estudio empírico en el que se relaciona la plenitud con el dolor crónico (Gilmour, 2015). En este estudio se ha confirmado que la plenitud tiene una relación positiva muy alta con la satisfacción vital y el funcionamiento diario, como ya se mostraba en estudios anteriores (Diener et al., 2010). Es interesante tener en cuenta la población de la muestra, pues los resultados indican que, a pesar de experimentar dolor crónico, estas personas son capaces de sentirse plenos y satisfechos con su vida. En este sentido, trabajos anteriores han destacado a la plenitud como una variable protectora ante la enfermedad crónica (Abolfathi Momtaz et al., 2016; Keyes, 2005a), y señalaban que las personas con mayores niveles de plenitud son las que presentan una mejor salud física y mayor nivel de funcionamiento (Hone et al., 2015; Keyes, 2002; Menk Otto et al., 2010; Peter et al., 2011).

Es de destacar el hecho de que estos resultados se muestran por primera vez en dolor crónico, ya que los estudios que relacionan estas variables se desarrollan en el ámbito laboral y de la salud mental. Teniendo en cuenta la relación dada entre la plenitud y el funcionamiento, una interesante línea de investigación podría ser comprobar empíricamente si intervenciones basadas en el aumento de la plenitud ayudan a la adaptación de estos pacientes, aumentando el nivel de funcionamiento y disminuyendo el deterioro funcional.

Contrariamente a lo esperado y atendiendo a los resultados de Gilmour (2015), en este estudio la plenitud no se relacionó con la intensidad del dolor. Esto parece apoyar

lo ya señalado, de que la plenitud no influye sobre cuánto dolor se percibe, sino sobre la adaptación de los pacientes a su dolor, esto es, el nivel de funcionamiento diario y de satisfacción con la vida a pesar del dolor. Por tanto, independientemente de la intensidad del dolor, se puede intervenir en estos pacientes aumentando sus niveles de plenitud para ayudarles en la adaptación a su vida diaria. Este resultado apoya el importante papel de la Psicología en la experiencia de dolor crónico, donde es crucial el diseño de intervenciones psicológicas que ayuden a una correcta adaptación y a mejorar el bienestar de estos pacientes. En consecuencia, este estudio aporta evidencia novedosa a esta cuestión, y propone como objetivo de intervención la plenitud, más allá de la intensidad del dolor.

La relación entre plenitud y resiliencia es la mayor y más clara de todas las estudiadas, como se esperaba encontrar y señalaban otros autores (Menk Otto et al., 2010; Norriss, 2010; Olson y Kemper, 2014; Pattison y Edgar, 2016; Winnard et al., 2014). De este modo, la resiliencia podría considerarse un conjunto de variables estables de personalidad que facilitan la consecución de la plenitud. Esta relación puede indicar que personas con dolor crónico que tengan características resilientes tendrán mayores niveles de plenitud, y por tanto, funcionarán mejor en su vida diaria y se sentirán más satisfechos. Estos resultados apoyan la teoría que algunos autores han expuesto, quienes apuntan a la resiliencia como posible explicación de que algunas personas no muestren niveles significativos de discapacidad (Wideman et al., 2013). Se sabe que la resiliencia se relaciona con el bienestar pero no están claros los mecanismos por medio de los cuales ejerce su influencia. Atendiendo a los resultados de este estudio, la plenitud podría ser una de las variables por medio de la que la resiliencia ejerza su influencia sobre el bienestar. Por tanto, una intervención que tenga como objetivo la mejora de la conducta resiliente y de la plenitud podría ayudar a los pacientes con dolor.

Siguiendo a Hone et al. (2015), que proponían dejar atrás el modelo médico y centrarse en la promoción y protección del bienestar, en este estudio se propone intervenir desde la promoción de la plenitud en la enfermedad física, en este caso el dolor crónico, desde el marco teórico de la Psicología positiva. Otros estudios que encuentran que personas con mayores niveles de plenitud muestran mejor salud física (Keyes y Grzywacz, 2005; Lyubomirsky et al., 2005; Menk Otto et al., 2010) y, por tanto, menos costes de atención sanitaria (Keyes y Grzywacz, 2005; Lyubomirsky et al., 2005) apoyan los resultados de este trabajo. Esto podría indicar que intervenir promoviendo

la plenitud sería un objetivo que los clínicos habrían de perseguir, que no sólo beneficiaría a los pacientes, sino al sistema sanitario. De hecho, sería interesante investigar empíricamente si la promoción de plenitud en pacientes que empiezan a experimentar dolor agudo mejoraría la adaptación o prevendría una mala adaptación al dolor crónico. En esta línea, Norriss (2010) propone aumentar los niveles de plenitud en la población general por medio de estrategias de promoción de la plenitud, que consistirían en unas medidas de bajo costo y alto impacto, para producir un aumento del bienestar físico, mental, económico y social en general.

Otro enfoque interesante es el de la terapia de aceptación y compromiso. Bohlmeijer, Lamers y Fledderus (2015) evaluaron el impacto de esta terapia en la plenitud, y sus resultados tras la intervención mostraron un aumento de 30% en las puntuaciones de plenitud y una mejora desde la baja hasta la alta plenitud en 24% de los pacientes, mejoras que se mantuvieron en el seguimiento. Este ámbito podría ser un enfoque muy beneficioso para los pacientes, pues actualmente la terapia de aceptación y compromiso es uno de los modelos de intervención más usados en dolor crónico. Por tanto, incluir en estos programas de tratamiento un espacio reservado para aumentar los niveles de plenitud podría conseguir efectos aún más beneficiosos, aunque, por supuesto, sería necesario realizar estudios empíricos sobre esta cuestión.

Entre las limitaciones que presenta este estudio se encuentran el diseño y el tamaño muestral. El diseño de este estudio no permite establecer relaciones causales en el modelo; no obstante, estudios longitudinales podrían arrojar luz sobre esta cuestión. Por otro lado, aumentos en el tamaño de la muestra permitirían obtener resultados más fiables.

Finalmente, se puede concluir que se ha estudiado muy poco la plenitud en dolor crónico. Si bien se encuentran diversos trabajos sobre resiliencia y dolor, se debe seguir investigando el papel de la plenitud en la recuperación de estos pacientes. Futuras líneas de investigación podrían investigar mecanismos mediadores entre la resiliencia, la plenitud y la adaptación al dolor crónico, como por ejemplo es el estilo de afrontamiento. Por otro lado, investigar por medio de diseños longitudinales que analicen si la experiencia de dolor crónico merma la prevalencia de la plenitud o es la plenitud la que influye como antecedente sobre la experiencia y adaptación al dolor.

REFERENCIAS

- Abolfathi Momtaz, Y., Hamid, T. A., Haron, S. A., & Bagat, M. F. (2016). Flourishing in later life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *63*, 85-91. doi:10.1016/j.archger.2015.11.001
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*, *12*(2), 314-319. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=296>
- Atkinson, P. A., Martin, C. R., & Ranquin, J. (2009). Resilience revisited. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *16*(2), 137-145. doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01341.x
- Bohlmeijer, E. T., Lamers, S. M. A., & Fledderus, M. (2015). Flourishing in people with depressive symptomatology increases with acceptance and commitment therapy. Post-hoc analyses of a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *65*, 101-106. doi:10.1016/j.brat.2014.12.014
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ, EE.UU.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*(1), 71-75. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13
- 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. doi:10.1007/s11205-009-9493-y
- Dogan, T., Totan, T., & Sapmaz, F. (2013). The role of self-esteem, psychological well-being, emotional self-efficacy, and affect balance on happiness: A path model. *European Scientific Journal*, *9*(20), 31-42. Recuperado de <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/1559>
- Gilmour, H. (2015). Chronic pain, activity restriction and flourishing mental health. *Health Reports*, *26*(1), 15-22. Recuperado de <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2015001/article/14130-eng.htm>
- Harstall, C., & Ospina, M. (2003). How prevalent is chronic pain? *Pain: Clinical Updates*, *11*(2), 1-4. Recuperado de <http://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsletterIssue.aspx?ItemNumber=2136>
- Hone, L. C., Jarden, A., Duncan, S., & Schofield, G. M. (2015). Flourishing in New Zealand workers: Associations with lifestyle behaviors, physical health, psychosocial, and work-related indicators. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, *57*(9), 973-983. doi:10.1097/JOM.0000000000000508
- Hone, L. C., Jarden, A., Schofield, G. M., & Duncan, S. (2014). Measuring flourishing: The impact of operational definitions on the prevalence of high levels of wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, *4*(1), 62-90. doi:10.5502/ijw.v4i1.4
- Instituto de Estadística de la UNESCO. (2012). *International standard classification of education. ISCED 2011*. Montreal, Canadá: autor. Recuperado de <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-isced-2011-en.pdf>
- Jackson, D. L. (2003). Revisiting sample size and number of parameter estimates: Some support for the N:q hypothesis. *Structural Equation Modeling*, *10*(1), 128-141. doi:10.1207/S15328007SEM1001_6
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Fisher, L. D. (1999). Comparative reliability and validity of chronic pain intensity measures. *Pain*, *83*(2), 157-162. doi:10.1016/S0304-3959(99)00101-3
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, *43*(2), 207-222. doi:10.2307/3090197
- Keyes, C. L. M. (2005a). Chronic physical conditions and aging: Is mental health a potential protective factor? *Ageing International*, *30*(1), 88-104. doi:10.1007/BF02681008
- Keyes, C. L. M. (2005b). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(3), 539-548. doi:10.1037/0022-006X.73.3.539
- Keyes, C. L. M., & Grzywacz, J. G. (2005). Health as a complete state: The added value in work performance and healthcare costs. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, *47*(5), 523-532. doi:10.1097/01.jom.0000161737.21198.3a
- Khodarahimi, S. (2013). Hope and flourishing in an Iranian adults sample: Their contributions to the positive and negative emotions. *Applied Research in Quality of Life*, *8*(3), 361-372. doi:10.1007/s11482-012-9192-8
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, *131*(6), 803-855. doi:10.1037/0033-2909.131.6.803
- Menk Otto, L., Howerter, A., Bell, I. R., & Jackson, N. (2010). Exploring measures of whole person wellness: Integrative well-being and psychological flourishing. *Explore: The Journal of Science and Healing*, *6*(6), 364-370. doi:10.1016/j.explore.2010.08.001
- Müller, R., Gertz, K. J., Molton, I. R., Terrill, A. L., Bombardier, C. H., Ehde, D. M., & Jensen, M. P. (2016). Effects of a tailored positive psychology intervention on well-being and pain in individuals with chronic pain and a physical disability. A feasibility trial. *The Clinical Journal of Pain*, *32*(1), 32-44. doi:10.1097/AJP.0000000000000225

- Norriss, H. (2010). Flourishing, positive mental health and well-being: How can they be increased? *International Journal of Leadership in Public Services*, 6(4), 46-50. doi:10.5042/ijlps.2010.0638
- Olson, K., & Kemper, K. J. (2014). Factors associated with well-being and confidence in providing compassionate care. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 19(4), 292-296. <http://dx.doi.org/10.1177/2156587214539977>
- Pattison, S., & Edgar, A. (2016). Prospects for flourishing in contemporary health care. *Health Care Analysis*, 24(2), 101-104. doi:10.1007/s10728-016-0316-4
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172. doi:10.1037/1040-3590.5.2.164
- Peter, T., Roberts, L. W., & Dengate, J. (2011). Flourishing in life: An empirical test of the dual continua model of mental health and mental illness among Canadian university students. *International Journal of Mental Health Promotion*, 13(1), 13-22. doi:10.1080/14623730.2011.9715646
- Ramírez-Maestre, C., & Esteve, R. (2015). A new version of the Impairment and Functioning Inventory for patients with chronic pain (IFI-R). *PM&R*, 7(5), 455-465. doi:10.1016/j.pmrj.2014.11.013
- Ruiz-Párraga, G. T., López-Martínez, A. E., & Gómez-Pérez, L. (2012). Factor structure and psychometric properties of the Resilience Scale in a Spanish chronic musculoskeletal pain sample. *The Journal of Pain*, 13(11), 1090-1098. doi:10.1016/j.jpain.2012.08.005
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Nueva York, NY, EE.UU.: Free Press.
- Silva, A. J., & Caetano, A. (2013). Validation of the Flourishing Scale and Scale of Positive and Negative Experience in Portugal. *Social Indicators Research*, 110(2), 469-478. doi:10.1007/s11205-011-9938-y
- Snow, N. E. (2008). Virtue and flourishing. *Journal of Social Philosophy*, 39(2), 225-245. doi:10.1111/j.1467-9833.2008.00425.x
- Stoerber, J., & Corr, P. J. (2016). A short empirical note on perfectionism and flourishing. *Personality and Individual Differences*, 90, 50-53. doi:10.1016/j.paid.2015.10.036
- Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2013). Psychological resilience, pain catastrophizing, and positive emotions: Perspectives on comprehensive modeling of individual pain adaptation. *Current Pain and Headache Reports*, 17, 317. doi:10.1007/s11916-012-0317-4
- Villieux, A., Sovet, L., Jung, S.-C., & Guilbert, L. (2016). Psychological flourishing: Validation of the French version of the Flourishing Scale and exploration of its relationships with personality traits. *Personality and Individual Differences*, 88, 1-5. doi:10.1016/j.paid.2015.08.027
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7850498>
- Wideman, T. H., Asmundson, G. G. J., Smeets, R. J. E. M., Zautra, A. J., Simmonds, M. J., Sullivan, M. J. L.,..., & Edwards, R. R. (2013). Rethinking the fear avoidance model: Toward a multidimensional framework of pain-related disability. *Pain*, 154(11), 2262-2265. doi:10.1016/j.pain.2013.06.005
- Winnard, J., Adcroft, A., Lee, J., & Skipp, D. (2014). Surviving or flourishing? Integrating business resilience and sustainability. *Journal of Strategy and Management*, 7(3), 303-315. doi:10.1108/JSMA-11-2012-0059

Recibido: 17 de noviembre de 2016.

Aceptado: 2 de junio de 2017.