



REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR



REVISTA DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DEL DOLOR

Artículo Aceptado para su pre-publicación / Article Accepted for pre-publication

Título / Title:

Perfiles de personalidad y resiliencia en dolor crónico: utilidad del CDRISC-10 para discriminar los tipos resiliente y vulnerable / Personality profiles and resilience in chronic pain: utility of the CDRISC-10 to discriminate the resilient and vulnerable types

Autores / Authors:

José Soriano, Vicente Monsalve

DOI: [10.20986/resed.2018.3670/2018](https://doi.org/10.20986/resed.2018.3670/2018)

Instrucciones de citación para el artículo / Citation instructions for the article:

Soriano José, Monsalve Vicente. Perfiles de personalidad y resiliencia en dolor crónico: utilidad del CDRISC-10 para discriminar los tipos resiliente y vulnerable / Personality profiles and resilience in chronic pain: utility of the CDRISC-10 to discriminate the resilient and vulnerable types. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2018. doi: 10.20986/resed.2018.3670/2018.


INSPIRA NETWORK

Este es un archivo PDF de un manuscrito inédito que ha sido aceptado para su publicación en la Revista de la Sociedad Española del Dolor. Como un servicio a nuestros clientes estamos proporcionando esta primera versión del manuscrito en estado de pre-publicación. El manuscrito será sometido a la corrección de estilo final, composición y revisión de la prueba resultante antes de que se publique en su forma final. Tenga en cuenta que durante el proceso de producción se pueden dar errores lo que podría afectar el contenido final. El copyright y todos los derechos legales que se aplican al artículo pertenecen a la Revista de la Sociedad Española de Dolor.

PERFILES DE PERSONALIDAD Y RESILIENCIA EN DOLOR CRÓNICO: UTILIDAD DEL CDRISC-10 PARA DISCRIMINAR LOS TIPOS RESILIENTE Y VULNERABLE

PERSONALITY PROFILES AND RESILIENCE IN CHRONIC PAIN: UTILITY OF THE CDRISC-10 TO DISCRIMINATE THE RESILIENT AND VULNERABLE TYPES

J. Soriano¹ y V. Monsalve²

¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Valencia.² Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. España.

CORRESPONDENCIA:

José Soriano Pastor
jose.f.soriano@uv.es

Recibido 05-03-2018

Aceptado 21-05-2018

ABSTRACT

Introduction: One of the psychological aspects associated with the experience of chronic pain have been personality profiles and, related to them, resilience. In chronic pain, resilience refers to both the ability to go back and the repetition of problems. In this field, however, there is no reference to whether resilience is related to personality profiles. Previous studies have addressed the issue of personality profiles related to chronic pain. The objective of this study is to replicate previously found profiles, determine the differential capacity of the personality profiles evaluated through the Big Five Model (FFM) and describe their relationship with the adaptation to the disease in patients with chronic pain.

Material and method: The personality dimensions (NEO-FFI) are evaluated on the sample of 494 patients diagnosed with chronic pain who attend the Multidisciplinary

Unit for Pain Treatment of the Consortium of the General University Hospital of Valencia, for the first time. resilience (CDRISC-10), coping (CAD-R) and quality of life (SF-36).

Results: Cluster analysis yields types of personality profiles: resilient and overcontrolled or vulnerable. Subsequently, using a ROC curve, the cutoff point = 25 of the resilience measure that allows separating the resilient group from the vulnerable group was determined, clearly observing the differences in coping and quality of life in favor of the resilient group.

Conclusion: From the cut-off point of the CDRISC-10 questionnaire, the use of coping strategies and the impact on the quality of life of the personality profile of the resilient group can be differentiated from the vulnerable one, which implies a clear saving of time and patient evaluation overload.

Key words: Resilience, FFM, personality profile, chronic pain.

RESUMEN

Introducción: Uno de los aspectos psicológicos asociados a la vivencia del dolor crónico han sido los perfiles de personalidad y, relacionado con ellos, la resiliencia. En el dolor crónico la resiliencia se refiere tanto a la capacidad de volver atrás tras el daño inicial como también a la de continuar con su funcionamiento habitual pese a la repetición de los problemas. En este campo, sin embargo, no hay referencias sobre si la resiliencia se relaciona con los perfiles de personalidad. En trabajos previos se ha abordado la cuestión de los perfiles de personalidad relacionados con el dolor crónico. El objetivo de este trabajo es replicar los perfiles encontrados previamente, determinar la capacidad diferencial de la resiliencia sobre dichos perfiles de personalidad evaluados a través del Modelo de los Big Five (FFM) y describir su relación con la adaptación a la enfermedad en enfermos con dolor crónico.

Material y método: Sobre una muestra de 494 pacientes con diagnóstico de dolor crónico que asisten por primera vez a la Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, se evalúan las

dimensiones de personalidad (NEO-FFI), resiliencia (CDRISC-10), afrontamiento (CAD-R) y calidad de vida (SF-36).

Resultados: Mediante análisis clúster se obtienen dos tipos de perfiles de personalidad: resilientes y sobrecontrolados o vulnerables. Posteriormente, mediante una curva ROC se ha determina el punto de corte ≥ 25 de la medida de la resiliencia que permite separar óptimamente al grupo resiliente del vulnerable, observándose claras las diferencias en afrontamiento y calidad de vida a favor del grupo resiliente.

Conclusión: A partir del punto de corte ≥ 25 del cuestionario CDRISC-10, se pueden diferenciar el uso de estrategias de afrontamiento y la repercusión en la calidad de vida del perfil de personalidad del grupo resiliente frente al vulnerable, lo cual supone un claro ahorro de tiempo y de sobrecarga de evaluación del paciente.

Palabras clave: Resiliencia, FFM, perfil de personalidad, dolor crónico.

INTRODUCCIÓN

La definición clásica de la personalidad se relaciona con la descripción, predicción y explicación de la organización o estructura intraindividual de la persona (1). La personalidad se considera como un sistema de rasgos interrelacionados susceptible de cambios a lo largo del tiempo, aunque se plantea relativamente estable (2). En la actualidad el modelo más extendido y aceptado establece cinco grandes dimensiones (Five Factors Model [FFM]) configuradas por *Neuroticismo* (N) (vulnerabilidad, ansiedad, depresión), *Extraversión* (E) (sociabilidad, energía, emociones positivas), *Apertura* (O) (fantasía, valores, tolerancia a lo no convencional), *Amabilidad* (A) (franqueza, confianza, honradez) y *Responsabilidad* (C) (orden, sentido del deber, autodisciplina) (3).

En el estudio y abordaje de las relaciones de personalidad y sus repercusiones sobre el comportamiento de los individuos pueden identificarse dos formas básicas de investigación: a) un enfoque dimensional, más clásico o aproximación centrada en las variables, que busca la descripción de la personalidad del individuo en función de sus puntuaciones en diversas dimensiones y sus relaciones y repercusiones sobre la

conducta y b) un enfoque basado en la persona, desarrollado desde finales de los 90, que busca perfiles estables de personalidad basados en la identificación de tipos de individuos que comparten características básicas en estas dimensiones. Este último tiene como inicio el trabajo de Block y Block (1980) sobre “ego-resiliency” y “ego-control” y planteaba la existencia de tres perfiles de personalidad: resilientes, sobrecontrolados e infracontrolados (4), los cuales fueron inicialmente identificados por Robins y cols. utilizando niños de 13 y 14 años mediante la aplicación del análisis factorial con distribución Q (5). Siguiendo el marco teórico del FFM se confirmó el patrón tridimensional empleando como sistema principal el análisis clúster, observando que el perfil del grupo resiliente se caracterizaba por ser el más numeroso y el mejor ajustado, mientras que el sobrecontrolado se mostraba más inhibido, con menor autoestima social, más ansiedad y más solitario (tendencias internalizantes) y el infracontrolado tendía hacia la conducta antisocial siendo más agresividad y con menor aceptación social (tendencias externalizantes) (5-7). Estos resultados han sido corroborados en un trabajo de revisión en el que se estudiaron 23.000 individuos a través de diversas formas de evaluación (2). Dichos perfiles suponen interacciones entre rasgos que han sido utilizados como predictores de ajuste en diversas alteraciones (8,9). Sin embargo, dichos perfiles no resultan homogéneos a través de diferentes estudios y muestras (10-12), incluso se han llegado a describir recientemente cuatro perfiles (13). Los problemas de replicación pueden deberse tanto al tipo de medida del FFM, tipo de análisis utilizado, etnia, edad o educación de la muestra (14).

Cuando nos referimos al constructo de resiliencia hay que indicar que, aunque inicialmente se refirió a la superación y adaptación ante situaciones de riesgo (15) o a sus repercusiones con relaciones familiares (16,17), en la actualidad se considera desde una perspectiva de superación y de adaptación positiva ante los estresores, el estrés y sus principales manifestaciones (18), considerándose que se relaciona con rasgos de personalidad, resultados y procesos (19). Así pues, se establece como un factor protector frente a la adversidad y las emociones negativas favoreciendo la flexibilidad de adaptación y la superación de los estresores (20). Las características de los individuos resilientes parecen contribuir a un ajuste positivo ante los problemas por

tener una visión equilibrada de la propia vida, perseverancia, autoconfianza, autonomía personal y sentido de la vida (21). También ha sido considerada como un rasgo al plantearla como las características de personalidad que moderan los efectos negativos del estrés y promueven su adaptación (22,23).

Desde el enfoque centrado en las variables, la resiliencia ha sido relacionada con las cinco dimensiones básicas de personalidad, encontrándose asociaciones importantes entre las dimensiones O, C, N y E (24,25). También se ha considerado un buen indicador de salud mental (26) y en pacientes con cáncer la resiliencia se ha relacionado con menor riesgo de padecimiento de trastornos psiquiátricos (27).

En el caso del dolor crónico, definido actualmente como una enfermedad, desde la perspectiva centrada en las variables, se han encontrado relaciones entre las dimensiones de personalidad, afrontamiento y dolor (28,29), en donde aparece N como la principal dimensión de vulnerabilidad y mejor predictor de estrategias de afrontamiento desadaptativas y con E, O y C relacionándose en el sentido contrario en la adaptación del enfermo con dolor crónico a su enfermedad y relacionándose con mejor calidad de vida (CV) (30). Por otra parte, y desde el enfoque centrado en el individuo, han aparecido perfiles de personalidad desadaptativos o vulnerables, de manera que las puntuaciones altas en N, bajas en E, baja O, moderada A y baja C, han supuesto una peor calidad de vida en este tipo de pacientes (31,32). Sin embargo, no queda clara la existencia de un perfil de personalidad claramente adaptativo (resiliente) al dolor crónico. Además, el perfil infracontrolado que otros estudios encuentran en población no clínica (2,6) no ha llegado a identificarse en los enfermos con dolor crónico.

En el dolor crónico la resiliencia se refiere tanto a la capacidad de volver atrás (*bounce back*) tras el daño inicial como también a la de continuar con su funcionamiento habitual pese a la repetición de los problemas (33). Sin embargo, en el dolor crónico no hay referencias sobre si la resiliencia se relaciona con los perfiles de personalidad. Trabajos previos (31,32) abordan la cuestión de los perfiles en donde solo han aparecido dos de los tres inicialmente establecidos: un perfil identificado con el resiliente y otro identificado con el sobrecontrolado aunque no totalmente coincidente con los trabajos citados.

El **objetivo** de este trabajo es replicar los perfiles encontrados previamente, determinar la capacidad diferencial de la resiliencia sobre dichos perfiles de personalidad evaluados a través del modelo de los Big Five (FFM) y determinar su relación con la adaptación a la enfermedad en enfermos con dolor crónico.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra

La muestra se compone de 494 pacientes con diagnóstico de dolor crónico, de raza blanca, que asisten de manera consecutiva y por primera vez a la Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Todos los pacientes debían ser mayores de edad, cumplir el criterio temporal de dolor de más de 3 meses de evolución, ser capaces de cumplimentar los cuestionarios y no presentar ningún tipo de trastorno psiquiátrico/psicológico. Todos los participantes dieron su consentimiento, tras ser informados, para poder ser incluidos en el estudio. El estudio posee la aprobación del Comité de Investigación del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Medidas

Los instrumentos de medida utilizados fueron los siguientes:

- Personalidad: Las dimensiones de personalidad se han evaluado mediante el cuestionario *NEO-FFI* (34). Cuestionario de autoinforme de 60 ítems evaluados en una escala de cinco puntos desde 0 (*totalmente en desacuerdo*) a 4 (*totalmente de acuerdo*). Evalúa cinco dimensiones de personalidad: neuroticismo (*N*), extraversión (*E*), apertura a la experiencia (*O*), amabilidad (*A*) y responsabilidad (*C*). Los alphas oscilan de 0,70 (*A*) a 0,86 (*N* y *E*).
- Resiliencia: se ha utilizado el cuestionario *Connor-Davidson Resilience Scale 10 ítems versión* (CD-RISC-10) (35). Es un cuestionario de autoinforme de 10 ítems

que se evalúa mediante una escala de cinco puntos desde 0 (*en absoluto*) to 4 (*en todo momento*). Evalúa una única escala que se refiere a las características personales que permiten a una persona hacer frente a las situaciones adversas (22). Sus ítems se refieren a la percepción personal de las habilidades para adaptarse al cambio, manejo de situaciones inesperadas, afrontamiento de la enfermedad o manejo de sentimientos negativos, entre otros (alpha 0,84).

- Afrontamiento: se ha evaluado con *Pain Coping Questionnaire* (CAD-R) (36,37). Cuestionario de autoinforme que consta de 24 ítems evaluados en una escala de cinco puntos de 1 (*en absoluto*) a 5 (*totalmente*). Es un cuestionario de afrontamiento al dolor que evalúa 6 escalas: distracción (no prestar atención al dolor), catarsis (búsqueda de apoyo emocional), búsqueda de información (empleo de la información para controlar el dolor), autoafirmación (darse ánimos sin rendirse), autocontrol mental (esfuerzos mentales por controlar el dolor) y religión (uso de la religión para obtener consuelo). Los alphas oscilan de 0,73 (distracción) a 0,95 (religión).
- Calidad de vida (CV): evaluada con el cuestionario *SF-36* (38). Aunque inicialmente se diseñó para la evaluación de la salud general del paciente, ha sido utilizado como medida de la calidad de vida en muestras con pacientes con dolor crónico (39). Se trata de una medida de autoinforme que evalúa salud general y se contesta en una escala de 5 puntos variable en función del contenido de los ítems (hay ítems que están invertidos). Consiste en 36 ítems agrupados en 8 escalas: funcionamiento físico (interferencia en actividades físicas como autocuidado, caminar, etc.), rol físico (problemas con el trabajo u otras actividades diarias), dolor corporal (severidad del dolor y sus efectos en las actividades diarias), salud general (autoafirmación de resistencia actual y futura ante la enfermedad), función social (interferencia en las actividades sociales habituales), role-emocional (problemas con el trabajo y otros como resultado de problemas emocionales) y salud mental (ansiedad, depresión, control comportamental y emocional). El cuestionario ha sido validado en una muestra Española (40).

- Intensidad del dolor: evaluada mediante la escala analógico visual EVA (VAS) (41). Es un instrumento de medida validado para medir la intensidad del dolor (42). Consiste en una línea de 10 cm, donde el sujeto tiene que señalar la intensidad de su dolor en una escala de 0 a 10, representando el cero “nada de dolor” y el 10 “el peor dolor imaginable”.

Procedimiento

Tras el consentimiento informado se realizó la evaluación en una sesión donde se recogieron los datos demográficos, tipo de dolor y se realizaron los pases de las pruebas psicométricas que se han descrito anteriormente. Todos los pacientes completaron los cuestionarios de forma individualizada.

La recogida de datos fue posterior al diagnóstico clínico del tipo de dolor por parte del staff médico de la Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Siguiendo la aproximación centrada en el individuo, para la realización de los grupos se ha utilizado la técnica del análisis clúster en la que cada individuo se agrupa a partir de las cinco puntuaciones obtenidas en el cuestionario NEO-FFI (O, C, E, A, N) en función de su similitud con el resto de individuos. Para la obtención de los perfiles se utilizó la distancia euclídea. Para la selección del número de grupos se han seguido dos fases: en primer lugar se ha realizado un análisis clúster bietápico que indicó la existencia de dos clúster. Posteriormente los sujetos se clasificaron mediante el método K-means seleccionando dos clúster. También se probó un segundo método de clasificación forzando la clasificación a tres clúster (método K-Means), con la finalidad de replicar los resultados obtenidos en otros estudios (2,6). Una vez obtenidos los grupos se procedió mediante una curva ROC al establecimiento del punto de corte óptimo para la variable de resiliencia que permitiese la mejor separación entre los grupos de individuos en función de sus puntuaciones en NEO-FFI. Por último, a partir de dicho punto, se comparó el grupo de individuos superior e inferior a dicho punto de corte en sus puntuaciones de afrontamiento y en calidad de vida. La finalidad de dos y tres grupos es determinar qué solución pueda ser la más útil y ajustada en enfermos con

dolor crónico.

Para la derivación fiable de los prototipos (clúster) se ha seguido el procedimiento descrito por Blashfield y Aldenderfer (1988) (43), que es el utilizado por otros estudios para replicar las soluciones resultantes de los análisis clúster (6,44). En este procedimiento la muestra total se dividió en dos partes aleatorias procediéndose con los análisis en cada una de ellas separadamente. Posteriormente las soluciones obtenidas de los clúster se compararon asignando a los participantes de cada mitad a un nuevo análisis utilizando las distancias euclídeas entre sus perfiles de personalidad y los centros del otro grupo aleatorio. La replicación de dichas soluciones se obtuvo mediante la comparación de los nuevos clúster con los originales utilizando el coeficiente κ de Cohen (45). La recomendación de Asendorpf y colaboradores (6) es una obtención mínima de acuerdo de $\kappa = 0,60$. En el presente estudio dicha condición solo se obtuvo para la solución de dos clúster y la de tres fue rechazada ($\kappa_2 = 0,67^{***}$, $\kappa_3 = 0,05^{**}$).

RESULTADOS

La media de edad de la muestra es de 52,56 ($SD = 12,73$), el 42,3 % ($n = 209$) son hombres, el 91,5 % ($n = 452$) viven acompañados, el 67,4 % ($n = 333$) poseen estudios primarios (desde 1 = *sabe leer y escribir*, hasta 4 = *estudios universitarios*) y su distribución por tipo de dolor indica que el 80 % ($n = 395$) tiene dolor asociado a daño o alteración de las estructuras del sistema nervioso tanto a nivel periférico como a nivel central (dolor neuropático) y el 20 % ($n = 99$) tiene dolor asociado a la estimulación de nociceptores por estímulos dañinos (dolor somático).

Los niveles de consistencia interna obtenidos en cada una de las escalas de los cuestionarios resultan satisfactorios salvo en la escala de calidad de vida (CV) de dolor corporal y salud general (Tabla I).

Los estadísticos descriptivos indican que la puntuación media de resiliencia es semejante a la obtenida en otros trabajos que utilizaron el mismo cuestionario con muestras no clínicas, estando todos ellos alrededor del valor de 27 (27,35,46). Las puntuaciones obtenidas en las estrategias de afrontamiento y calidad de vida resultan

semejantes a las obtenidas con pacientes con dolor crónico (31,32). Por último, las puntuaciones en las cinco dimensiones de personalidad indican que la muestra en general tiene un N moderado, E y O bajo y A y C altos (34).

Validez convergente

La resiliencia se asocia significativamente con dimensiones de personalidad, N ($r = -0,59, p < 0,000$), E ($r = 0,63, p < 0,000$), O ($r = 0,38, p < 0,000$), A ($r = 0,19, p < 0,000$) y C ($r = 0,56, p < 0,000$). La mayor relación entre el afrontamiento y la resiliencia se establece con la autoafirmación ($r = 0,62, p < 0,000$), moderadamente con distracción ($r = 0,32, p < 0,000$) y baja relación con autocontrol mental ($r = 0,22, p < 0,000$) y con búsqueda de información ($r = 0,13, p < 0,005$). Las relaciones con CV más significativas son con salud mental ($r = 0,44, p < 0,000$), rol emocional ($r = 0,36, p < 0,000$) y vitalidad ($r = 0,33, p < 0,000$) y bajas con salud general ($r = 0,28, p < 0,000$) y funcionamiento social ($r = 0,27, p < 0,000$).

Perfiles de personalidad: dos y tres grupos

Utilizando las cinco dimensiones del cuestionario NEO-FFI y tras la realización de un análisis clúster bietápico que indicó la presencia de dos grupos, se realizó un análisis clúster (K-means) para la obtención de la máxima separación y descripción de los grupos (Tabla II). Puede observarse que todas las dimensiones resultan aptas para una correcta clasificación de los dos grupos (clúster). Posteriormente realizó un segundo análisis clúster K-means seleccionando tres clústers con la finalidad de replicar los estudios previos que indican la presencia de tres agrupaciones en función de las cinco dimensiones de personalidad (2,6).

El clúster 2 (2) y el clúster 3 (3) se corresponderían con los denominados “resilientes” en trabajos previos (2,6) caracterizados por puntuaciones medias en N y E y altas en C. El clúster 1 (2) y el clúster 2 (3) se corresponden con los denominados “sobrecontrolados”, caracterizados por puntuaciones más altas en N, bajas en E, en O y en C y moderadas en A. En la solución de tres clúster el denominado clúster 1 (3)

posee semejanzas con los denominados sobrecontrolados, con la diferencia de puntuar moderadamente en A (Tabla II).

Debido a la gran coincidencia existente en la solución de tres clúster entre los clúster 1 (3) y 2 (3), así como la baja puntuación obtenida en el coeficiente Kappa de Cohen tras la aleatorización de los sujetos, se decidió continuar con la solución de dos grupos o clúster (Figura 1).

Centrándolos en la solución de dos clúster, entre ambos perfiles se han comparado las puntuaciones de cada grupo en la variable de resiliencia en donde aparecen diferencias significativas puntuando significativamente más bajo el grupo primero (Cl1 $M = 29$, $DT = 6,6$; Cl2 $M = 37,9$, $DT = 5,7$; $F = 6,22$, $p = 0,000$; $d = 0,25$).

Ajuste de delimitación de resiliencia sobre el perfil de personalidad resiliente

A partir de los dos perfiles de personalidad establecidos se procede a realizar una curva ROC partiendo de la puntuación total de resiliencia (CD-RISC-10) sobre el perfil de personalidad resiliente. AUC fue de 0,85 ($p < 0,000$, 95 % CI = 0,82-0,88), indicando que el CD-RISC-10 posee un buen ajuste para detectar el perfil obtenido con el NEO-FFI. La Figura 2 muestra la representación gráfica de la curva entre la sensibilidad y (1-especificidad). La Tabla III muestra los ajustes de personalidad siendo el punto óptimo de corte de ≥ 25 .

Para determinar la capacidad de discriminación del cuestionario CD-RISC-10 a partir del punto de corte establecido (alta resiliencia ≥ 25), la muestra ha vuelto a dividirse en dos grupos calculándose las diferencias existentes entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida. Para ello se divide la muestra en dos grupos en función de que superen o no dicho punto de corte.

Los resultados mostrados en la Tabla IV solo incluyen las diferencias significativas referentes a VAS, edad, nivel de estudios, afrontamiento y calidad de vida. No aparecen diferencias significativas en edad y pese a aparecer diferencias en nivel de estudios el tamaño del efecto (d de Cohen) indica su baja relevancia. Un aspecto importante a destacar es que no aparecen diferencias significativas en VAS inicial del dolor. En el afrontamiento la autoafirmación es la medida que mayor diferencia

obtiene, seguida de la estrategia de distracción y con menor tamaño del efecto la búsqueda de información y altocontrol mental. En CV la mayor diferencia aparece en la escala de salud mental, junto con Rol emocional, vitalidad and salud general. En menor grado se encuentra función social, función física y dolor corporal.

Por último, se ha realizado un análisis de regresión múltiple (stepwise, F to enter $\leq 0,05$ and F to remove $\geq 0,10$) para determinar en qué grado las dimensiones de personalidad evaluadas con el NEO-FFI conseguían explicar las puntuaciones en resiliencia. Los resultados indican una buena predicción multivariada ($R^2 = 0,56$; $F = 153.588$; $p = 0,000$). Solo cuatro de las dimensiones resultaron incluidas en la ecuación quedando fuera la dimensión A: N ($B = -0,225$; $p = 0,000$), E ($B = 0,225$; $p = 0,000$), C ($B = 0,248$; $p = 0,000$), y O ($B = 0,109$, $p = 0,000$). El valor de Durbin-Watson (autocorrelación de residuos) se encontraba en el rango admitido (1.847).

DISCUSIÓN

Uno de los problemas de evaluación en psicología de la salud consiste en la relación entre el poco tiempo disponible y el número de instrumentos utilizados para evaluar la adaptación del paciente a su enfermedad. Al mismo tiempo resulta necesario determinar a partir de qué punto una dimensión o variable puede suponer un riesgo potencial o de resistencia para el individuo. En el caso del dolor crónico en muchas ocasiones no se dispone de técnicas que permitan la eliminación del dolor, con lo que el paciente debe aprender a adaptarse al mismo. Todo ello supone la necesidad de utilizar variables que puedan anticipar si el individuo tiene una mayor o menor probabilidad de conseguir adaptarse a su condición de enfermo crónico.

Una línea de trabajo desarrollada a partir de la década de los 90 supuso tener en cuenta variables estables de temperamento que pudiesen prever algunos de estos aspectos (O, C, E, A, N). Siguiendo esta línea los resultados en este trabajo indican que la dimensión N es la que mejor representa la vulnerabilidad de los individuos, actuando E, O y C como factores protectores y quedando la dimensión A como la más pobre a estos efectos, aspectos que son ampliamente conocidos en la literatura de referencia (47,48).

Al mismo tiempo que se desarrolló el interés por el temperamento apareció una variable que se ha ido transformando a lo largo del tiempo: la resiliencia. Aunque controvertida y criticada, ha generado cierto interés en los trabajos sobre dolor crónico (33). Esta variable ha sido relacionada con las dimensiones temperamentales y con el afrontamiento en poblaciones no clínicas (24,25,35,49), observándose que se relacionaba negativamente con N y positivamente con E, C y O, siendo la relación más débil con A, aspectos que se han replicado en este trabajo.

Un segundo aspecto menos estudiado en el dolor crónico son los perfiles de personalidad derivados del modelo FFM. Pese a los trabajos iniciales que encontraron tres perfiles (4-6,50), en este trabajo no han podido verificarse, como sucede en otros que tampoco lo han conseguido (51,52), planteándose que los tipos asociados con resultados problemáticos (sobrecontrolados e infracontrolados) pueden estar poco representados en determinado tipo de muestras (50). Al igual que apareció en trabajos previos (31,32), solo se ha conseguido obtener dos grupos, clúster o perfiles fiables: un perfil que podemos denominar resiliente y otro que se denominó vulnerable (sobrecontrolado). La nomenclatura empleada se basa en la comparación de los resultados con trabajos previos de manera que el perfil resiliente obtenido con dos y tres clúster tiende a coincidir con otros trabajos en los que hay coincidencia con baja puntuación en N, alta en E y C y moderada en O y A (12,53). Sin embargo el perfil sobrecontrolado solo coincide con las dimensiones de N alto y E bajo, tendiendo el resto hacia puntuaciones bajas en lugar de intermedias. Por último, en el modelo de tres clúster el perfil menos coincidente es el infracontrolado, especialmente en C que aparece intermedia y E, O y A cambian en relación a las puntuaciones obtenidas por otros trabajos, siendo N la que mayor coincidencia obtiene. Pese a las inconsistencias obtenidas en múltiples trabajos con el tipo sobrecontrolado (ver Alessandri y cols., 2013 [54], para una revisión), la conclusión general es que este presenta alta inhibición conductual y actúa con cautela ante las situaciones estresantes nuevas obteniendo puntuaciones “socialmente indeseables” y agrupa individuos con mayores niveles de ansiedad y depresión (50,55). Una explicación a los resultados obtenidos puede ser que la cronificación del dolor, entendido como estresor resulte más fácil de identificar en dos tipos mayoritariamente (aunque puede que no únicamente). El grupo

infracontrolado que está más caracterizado por comportamientos más agresivos, menos empáticos y con poca responsabilidad no es un perfil claro que aparezca en la consulta clínica con facilidad y puede que suponga un sesgo de selección debido a su falta de identificación y adherencia al problema. Sin embargo, el individuo evitador, con ansiedad y depresión (vulnerable o sobrecontrolado), al igual que el resiliente son fácilmente indetectables. Ello puede considerarse como características diferenciales en el sentido de compartir un estresor como es la cronificación del dolor, presente en la mayoría de enfermedades. De hecho, en la actualidad hay un importante debate respecto a la inclusión del “distrés” en la definición de dolor (56). Otra problemática paralela es el origen de los del cual sabemos poco más que se derivan de la genética y del ambiente (57).

Una vez identificados los dos perfiles (resiliente y vulnerable o sobrecontrolado) y considerando los resultados obtenidos previamente, se plantea la cuestión de intentar establecer la discriminación de los perfiles en función de una puntuación externa de resiliencia. En primer lugar, indicar que la puntuación media de resiliencia resulta semejante a la de otros trabajos con otras poblaciones (27,35,46), todas ellas alrededor de 27. Para la separación de los grupos el punto de corte se estableció en 25 a través de la curva ROC, obteniendo una buena discriminación ($AUC = 0,85$). Este resultado indica que la resiliencia, evaluada mediante el CDRISC-10, puede aportar una predicción sobre el perfil (resiliente o vulnerable) en que se encuentra el enfermo, lo cual apunta a la relación existente entre los rasgos de personalidad trabajados mediante perfiles y la resiliencia en los enfermos con dolor crónico. Ello no indica que la resiliencia sea un rasgo fijo o actúe exclusivamente como tal, sino que la puntuación obtenida con dicho cuestionario permite buena discriminación. Es más, aunque la resiliencia se considere como un rasgo se considera que puede resultar maleable (58). Este resultado no resulta extraño al observar los ítems que configuran el cuestionario, los cuales hacen referencia a autoeficacia, valoración de desafío o afrontamiento centrado en el problema, entre otros, aspectos que individualmente ya han sido recogidos en estudios previos y que obtienen relaciones semejantes a las obtenidas en este trabajo (24,25).

La utilidad de la misma se establece cuando se divide la muestra en dos grupos en función de dicho punto de corte en donde aparecen diferencias significativas e importantes entre ambos especialmente en varias dimensiones de CV y, de forma muy notable, en la estrategia de afrontamiento de autoafirmación, la cual es la que ha resultado ser la más importante en la CV ante el dolor (36,37).

Por otra parte, el hecho de que la resiliencia sea explicada a nivel multivariado en algo más de un 50 % a partir de cuatro de las dimensiones del NEO-FFI indica su clara relación con las mismas. Es importante incidir en la contribución de la dimensión C, lo cual indica que la implicación, el orden o la necesidad de logro resultan los mejores predictores de la puntuación en resiliencia, siendo seguidos por N y E con contribuciones semejantes y algo menos O. Como era de esperar la dimensión A queda excluida de la ecuación. Como se ha indicado anteriormente estos resultados son coincidentes con estudios citados previamente.

Como puntos de reflexión, indicar que la posibilidad de que la obtención de dos grupos en lugar de tres también pueda estar relacionada con la edad ya que los trabajos originales solían utilizar edades que no superaban los 30 años, mientras que en este trabajo la media supera los 50 años de edad (5,6,53). Otra posibilidad es el tipo de cuestionario empleado para evaluar las dimensiones de personalidad para la obtención de los perfiles (14,59), la metodología de obtención de los grupos (factorial tipo Q, análisis cluster o perfil latente) o la forma de obtención de los datos (44).

Una puntualización final es destacar que en este trabajo no se propone la existencia de un perfil de personalidad de predisposición al dolor crónico, como se plantea en otros trabajos (60), sino únicamente la utilidad que puede tener una medida de 10 ítems a la hora de clasificar a los enfermos y poder anticipar, atendiendo a la alta relación con sus perfiles de personalidad, las repercusiones que el dolor crónico puede tener tanto en su calidad de vida como en el uso de las estrategias de afrontamiento aplicadas a su enfermedad.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Allport G. *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt; 1937.
2. Spech J, Luhman M, Geiser C. On the consistency of personality types across adulthood: latent profile analyses in two large-scale panel studies. *J Pers Soc Psychol* 2014;107(3):540-56. DOI: 10.1037/a0036863.
3. McCrae R, Costa P. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *J Pers Soc Psychol* 1987;52(1):81-90.
4. Block JH, Block J. The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In *Minnesota Symposium on Child Psychology*, vol. 13. Collins WA (ed.) Earlbaum: Hillsdale, NJ; 1980. p. 39-101.
5. Robins R, John O, Caspi A, Moffitt T, Stouthamer-Loeber M. Resilient, overcontrolled, and undercontrolled boys: Three replicable personality types. *J Pers Soc Psychol* 1996;70(1):157-71.
6. Asendorpf J, Borkenau P, Ostendorf F, Van Aken M. Carving personality description at its joints: confirmation of three replicable personality prototypes for both children and adults. *Eur J Personality* 2001;15(3):169-98. DOI: 0.1002/per.408.
7. Caspi A. Personality development accros the life course. In: N. Eisenberg (Ed.). *Handbook of child psychology. Social, emotional, and personality development* (5th ed.). New York: Wiley; 1998. p. 311-88.
8. Gershuny B, Sher K. The relation between personality and anxiety: Findings from a 3-year prospective study. *J Abnorm Psychol* 1998;107(2):252-62.
9. Jorm A, Christensen H, Henderson A, Jacomb P, Korten A, Rodgers B. Predicting anxiety and depression from personality: Is there a synergistic effect of neuroticism and extraversion? *J Abnorm Psychol* 2000;109(1):145-9.
10. Asendorpf J. Head-to-head comparison of the predictive validity of personality types and dimensions. *Eur J Personality* 2003;17(5):327-46. DOI: 10.1002/per.492

11. De Fruyt F, Mervilte I, van Leeuwen, K. The consistency of personality type classification across samples and five-factor measures. *Eur J Personality* 2002;16(S1):S57-S72. DOI: 10.1002/per.444.
12. Merz E, Roesch S. A latent profile of the five factor model of personality: modeling trait interactions. *Pers Individ Dif* 2011;51(8):915-9.
13. Isler L, Fletcher G, Liu J, Sibley G. Validation of the four-profile configuration of personality types within the Five-Factor Model. *Personality and Individual Differences* 2017;106(1):257-62. DOI: 10.1016/j.paid.2016.10.058.
14. Steca P, Alessandri G, Caprara G. The utility of a well-known personality typology in studying successful aging: Resilients, undercontrollers, and overcontrollers in old age. *Personality and Individual Differences* 2010;48:442-6.
15. Bowlby J. *Attachment and loss*. New York: Basic Books; 1969.
16. Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* 1985;147:598-611.
17. Werner E. Resilient children. *Young Children* 1984;40(1):68-72.
18. Bonanno G. Loss, trauma, and human resilience. *Am Psychol* 2004;59(1):20-8.
19. Bonnano G, Romero S, Klein S. The temporal elements of psychological resilience: An integrative framework for the study of individuals, families, and communities. *Psychol Inquiry* 2015;26(2):139-69. DOI: 10.1080/1047840X.2015.992677
20. Newton-John T, Mason C, Hunter M. The role of resilience in adjustment and coping with chronic pain. *Rehabil Psychol* 2014;59(3):360-5. DOI: 10.1037/a0037023.
21. Waugh C, Fredrickson B, Taylor S. Adapting to life's slings and arrows: individual differences in resilience when recovering from anticipated threat. *J Res Pers* 2008;42(4):1031-46.
22. Connor K, Davidson J. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003;18(2):76-82.
23. Wagnild G, Young H. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *J Nurs Meas* 1993;1(2):165-78.

24. Campbell-Sills L, Cohan S, Stein M. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behav Res Ther* 2006;44(4):585-99.
25. Nerella V, Ramanaiah J, Sharpe P. Hardiness and major personality factors. *Psychol Rep* 1999;84(2):497-500.
26. Ozer D, Benet-Martínez V. Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annu Rev Psychol* 2006;57:401-21.
27. Scali J, Gandubert C, Ritchie K, Soulier M, Ancelin ML, Chaudieu I. Measuring resilience in adult women using the 10-items Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10). Role of trauma exposure and anxiety disorders. *PLoS ONE* 2012;7(6):e39879. DOI: 10.1371/journal.pone.0039879.
28. Connor-Smith J, Compas B, Wadsworth M, Thomsen A, Saltzman H. Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(6):976-92.
29. Jang K, Thordarson D, Stein M, Cohan S, Taylor S. Coping styles and personality: a biometric analysis. *Anxiety Stress Coping* 2007;20(1):17-24.
30. Lamé I, Peters M, Vlaeyen J, Kleef M, Patijn J. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *Eur J Pain* 2005;9(1):15-24.
31. Soriano J, Monsalve V, Ibáñez E, Gómez P. Personalidad y afrontamiento en dolor crónico neuropático: un divorcio previsible. *Psicothema* 2010;22(4):637-42.
32. Soriano J, Monsalve V, Gómez P, Ibáñez E. Vulnerable personality profile in patients with chronic pain: relationship with coping, quality of life and adaptation to disease. *Int J Psychol Res* 2012;5:41-50.
33. Sturgeon J, Zautra A. Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. *Current Pain and Headache Reports* 2010;14(2):105-12. DOI: 10.1007/s11916-010-0095-9.
34. Costa P, McCrae R. NEO PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado y NEO-FFI, Inventario NEO reducido de Cinco Factores. Madrid: TEA Ediciones; 2002.
35. Campbell-Sills L, Stein M. Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of

- resilience. *J Trauma Stress* 2007;20(6):1019-28.
36. Soriano J, Monsalve V. Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Rev Soc Esp Dolor* 2004;11(7):407-14.
 37. Soriano J, Monsalve V. CAD-R. Cuestionario de afrontamiento al dolor crónico: análisis factorial confirmatorio. ¿Hay diferencias individuales en sexo, edad y tipo de dolor? *Rev Soc Esp Dolor* 2017;24(5):222-34. DOI: 10.20986/resed.2017.3558/2016.
 38. Ware J, Sherbourne C. The MOS-36 items short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992;30(6):473-83.
 39. Angst F, Verra M, Lehmann S, Aeschlimann A. Responsiveness of five condition-specific and generic outcome assessment instruments for chronic pain. *BMC Medical Research Methodology* 2008;25:8-26. DOI: 10.1186/1471-2288-8-26.
 40. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin* 1998;111:410-6.
 41. Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. *Pain* 1976;2(2):175-84.
 42. Carlsson AM. Assessment of Chronic Pain I. Aspects of the Reliability and Validity of the Visual Analog Scale. *Pain* 1983;16(1):87-101.
 43. Blaschfield R, Aldenderfer M. The methods and problems of cluster analysis. In J.R. Nesselroade & R.B. Cattell (Eds.). *Handbook of multivariate experimental psychology* (2nd ed.). New York: Plenum; 1988. p. 447-73.
 44. Rammstedt B, Riemann R, Angleitner A, Borkenau P. Resilients, overcontrollers, and undercontrollers: the replicability of the three personality prototypes across informants. *Eur J Personality* 2004;18:1-14. DOI: 10.1002/per.495.
 45. Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement* 1960;20:37-46.
 46. Notario B, Solera M, Serrano M, Bartolomé R, García J, Martínez V. Reliability and validity of the Spanish versión of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in Young adults. *Health and Quality of Life Outcomes* 2011;9. DOI: 10.1186/1477-7525-9-63.

47. Carver C, Connor-Smith J. Personality and coping. *Annual Review of Psychology* 2010;61:679-704. DOI: 10.1146/annurev.psych.093008.100352.
48. Schmidt J, Hooten W, Carlson C. Utility of the NEO-FFI in multidimensional assessment of orofacial pain conditions. *Journal of Behavioral Medicine* 2011;34: 170-81.
49. Greve W, Staudinger U. Resilience in later adulthood and old age: Resources and potentials for successful aging. In: D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.) *Developmental psychopathology* (2nd ed., Vol.2,). New York: Wiley; 2006. p.796-840.
50. Donnellan M, Robins R. Resilient, overcontrolled, and undercontrolled personality types: Issues and controversies. *Social and Personality Psychology Compass* 2010;4:1070-83.
51. Boehm B, Asendorps J, Avia M. Replicable types and subtypes of personality: Spanish NEO-PI samples. *Eur J Personality* 2002;16:S25-S41.
52. McCrae R, Terracciano A, Costa P, Ozer D. Person factors in the California Adult Q-set: Closing the door on personality trait types? *Eur J Personality* 2006;20:29-44. DOI: 10.1002/per.553.
53. Schnabel K, Asendorpf J, Ostendorf F. Replicable types and subtypes of personality: german NEO-PI-R versus NEO-FFI. *Eur J Personality* 2002;16:S7-S24. DOI: 10.1002/per.445.
54. Alessandri G, Vecchione M, Donnellan BM, Eisenberg N, Caprara GV, Ciecuch J. On the Cross-Cultural Replicability of the Resilient, Undercontrolled, and Overcontrolled Personality Types. *J Pers* 2013;82(4):340-53. DOI: 10.1111/jopy.12065.
55. Barbaranelli V. Evaluating cluster analysis solutions: An application to the Italian NEO personality Inventory. *Eur J Personality* 2002;16:S43-S55. DOI: 10.1002/per.449.
56. Williams A, Craig K. Updating the definition of pain. *Pain* 2016;157(11):2420-3.
57. Hart D, Atkins R, Fegley S. Personality and development in childhood: A person-centered approach. *Monographs of the Society in Child Development* 2003;68:vii-109.

58. Benetti C, Kambouropoulos N. Affect-regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Personality and Individual Differences* 2006;41(2):341-52. DOI: 10.1016/j.paid.2006.01.015.
59. Herzberg PY, Roth M. Beyond resilient, undercontrollers, and overcontrollers? An extension of personality prototype research. *European Journal of Personality*, 2006;20:5-28. DOI: 10.1002/per.557.
60. Naylor B, Boag S, Gustin S. New evidence for a pain personality? A critical review of the last 120 years of pain and personality. *Scandinavian Journal of Pain*, 2017;17:58-67. DOI: 10.1016/j.sjpain.2017.07.011.

Prepublicación

TABLA I. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS Y ALPHA DE CRONBACH

	<i>Media</i>	<i>D.T.</i>	<i>Alpha</i>
Resiliencia	24,67	7,45	0,84
Distracción	11,21	4,08	0,72
Búsqueda de información	11,68	4,05	0,81
Religión	9,15	5,70	0,95
Catarsis	10,11	4,04	0,81
Autocontrol mental	9,55	4,84	0,88
Autoafirmación	15,89	3,63	0,84
Funcionamiento físico	39,43	23,06	0,86
Rol físico	10,53	22,30	0,72
Dolor corporal	22,65	17,27	0,66
Salud general	35,84	17,03	0,56
Vitalidad	32,71	23,28	0,82
Funcionamiento social	47,39	28,93	0,78
Rol emocional	33,54	42,06	0,87
Salud mental	46,51	23,34	0,83
Neuroticismo	22,88	10,04	0,86
Extraversión	26,65	9,68	0,86
Apertura	23,17	8,43	0,74
Amabilidad	35,78	6,67	0,70
Responsabilidad	34,38	7,76	0,84

TABLA II. ANÁLISIS CLÚSTER DE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD. SOLUCIONES DE DOS Y TRES CLÚSTER. MEDIA FINAL DE LOS CLÚSTER (CENTIL). ANOVA.

	<i>Solución de dos clúster</i>			<i>Solución de tres clúster</i>			
	<i>Clúster 1(2)</i>	<i>Clúster 2(2)</i>	<i>F</i>	<i>Clúster 1(3)</i>	<i>Clúster 2(3)</i>	<i>Clúster 3(3)</i>	<i>F</i>
N	31 (97)	17 (65)	382.892** *	26 (90)	34 (98)	14 (45)	360.491** *
E	18 (2)	33 (50)	569.519** *	25 (10)	14 (1)	34 (55)	322.510** *
O	20 (10)	26 (30)	74.244***	24 (20)	16 (2)	26 (30)	62.584***
A	34 (55)	37 (75)	32.647***	35 (65)	33 (45)	38 (80)	31.273***
C	30 (10)	38 (60)	176.780** *	34 (30)	25 (3)	39 (70)	160.863** *
n total	205	289		221	88	185	

N = neuroticismo. E = extraversión. O = apertura. A = amabilidad. C = responsabilidad.

*** $p < 0,000$

Figura 1. Puntuaciones z en los cinco factores para la solución de dos clústers de sobrecontrolados y resilientes.

Sobrecontrolados

Resilientes

Figura 2. Análisis de curva ROC para el perfil resiliente para establecer el punto de corte del cuestionario CD-RISC-10.

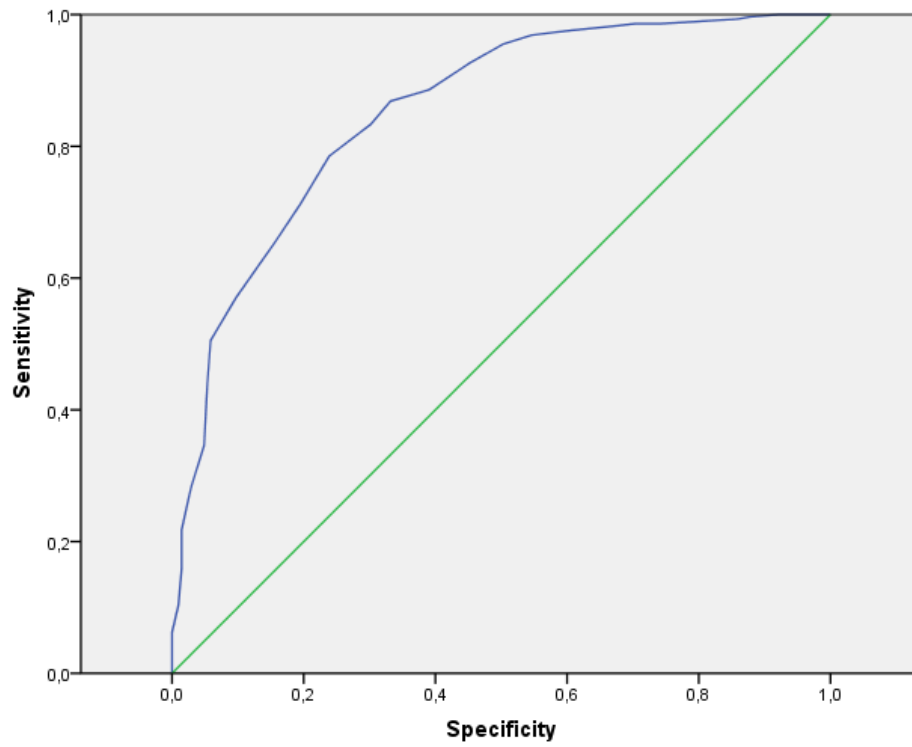


Tabla III. Sensibilidad y especificidad del CD-RISC-10 en la discriminación del perfil de personalidad resiliente.

<i>Valor</i>	<i>Se</i>	<i>Sp</i>	<i>YI</i>	<i>Cpp</i>	<i>Cpn</i>	<i>DOR</i>
≥ 22,50	0,87	0,33	0,20	1,30	0,39	3,30
≥ 23,50	0,83	0,30	0,14	1,19	0,55	2,17
≥ 24,50	0,78	0,24	0,02	1,03	0,90	1,15
≥ 25,50	0,71	0,19	-0,09	0,88	1,47	0,60
≥ 26,50	0,65	0,16	-0,19	0,77	2,22	0,35
≥ 27,50	0,57	0,09	-0,33	0,63	4,38	0,14

Se: sensibilidad. *Sp*: especificidad. *YI*: índice de Youden. *CPP*: predicción de ratio positiva. *CPN*: predicción de ratio negativa. *DOR*: diagnóstico Odds Ratio.

Tabla IV. Diferencias de medias entre puntuaciones altas y bajas en resiliencia.

	<i>Baja resiliencia (0-24)</i>	<i>Alta resiliencia (25-40)</i>	<i>t(gf=492)</i>	<i>d</i>
Nivel de estudios	2,22	2,36	-1,956 *	-0,18
Distracción	10,18	12,03	-5,131 ***	-0,46
Búsqueda de información	11,15	12,10	-2,598 **	-0,24
Autocontrol mental	8,94	10,04	-2,566 **	-0,23
Autoafirmación	13,96	17,44	-12,033 ***	-10,06
Funcionamiento físico	35,34	42,71	-3,570 ***	-0,32
Dolor corporal	20,72	24,20	-2,236 *	-0,20
Salud general	31,18	39,60	-5,614 ***	-0,51
Vitalidad	26,36	37,81	-5,596 ***	-0,51
Funcionamiento social	40,61	52,84	-4,770 ***	-0,43
Rol emocional	19,24	45,01	-7,099 ***	-0,65
Salud mental	37,60	53,65	-8,075 ***	-0,73

* $p \leq 0,05$. ** $p \leq 0,01$. *** $p \leq 0,001$. t(gf): t student (grados de libertad). d Cohen tamaño del efecto.