

DOLOR CRÓNICO, EMOCIÓN Y AFRONTAMIENTO

Esteve Zarazaga, M.R., López Martínez, A.E. y Ramírez Maestre, C.
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología
Campus de Teatinos
Universidad de Málaga

RESUMEN

Numerosas investigaciones muestran que las estrategias de afrontamiento juegan un importante papel para explicar las diferencias individuales en el malestar emocional experimentado por los pacientes con dolor crónico. Sin embargo, algunos trabajos recientes postulan que el afrontamiento está influido por el malestar emocional, concretamente, proponen que las emociones negativas interfieren con un afrontamiento eficaz. El objetivo de este trabajo es contrastar estos dos modelos alternativos de las relaciones entre emoción negativa, afrontamiento y dolor crónico. En el *Modelo 1* la emoción negativa y el dolor crónico se consideran consecuentes del afrontamiento y en el *Modelo 2* la emoción negativa se contempla como antecedente que influye sobre el afrontamiento. La muestra estaba compuesta por 112 pacientes con dolor crónico de origen benigno que acudía por primera vez a recibir tratamiento a la Unidad del Dolor de la Residencia Carlos Haya (Málaga, España). Se aplicaron el Vanderbilt Pain Management Inventory (VPMI), el Cuestionario de Dolor McGill (MPQ) y el Perfil de Estados de Animo (POMS). Los resultados obtenidos a través de un análisis de ecuaciones estructurales mediante el programa LISREL 8.20 indican que el *Modelo 1* presenta un ajuste mejor que el *Modelo 2*.

Palabras Clave: emoción, afrontamiento, dolor crónico, afrontamiento pasivo.

ABSTRACT

Differences in coping strategies have been hypothesised to mediate the relationship between negative emotion and pain. Recent research, however has indicated that coping could be influenced to a considerable extent by emotional distress, specifically, their results suggested that negative emotion may interfere with coping efforts. The aim of the present study was to test two tentative models of the relationships between negative emotion, coping and pain. *Model 1* predicts that pain and negative emotion are influenced by coping. *Model 2* predicts that coping is influenced by negative emotion. The sample was made of 112 chronic benign chronic pain patients and was collected at the Pain Clinic of the Residencia Carlos Haya (Málaga, Spain). The subjects completed the Vanderbilt Pain Management Inventory (VPMI), the McGill Pain Questionnaire (MPQ) and the Profile of Mood States (POMS). Results of the LISREL 8.20 structural equation modelling indicated that *Model 1* fitted better than *Model 2*.

Key Words: emotion, coping, chronic pain, passive coping.

INTRODUCCIÓN

Las emociones negativas se asocian naturalmente al dolor y le ayudan a cumplir su función: mover al organismo a escapar, a buscar solución al daño que se le ha infligido. No obstante, como se ha comentado profusamente en la literatura, el problema surge cuando el dolor se hace crónico, pierde el valor de alarma inminente y también las emociones negativas pierden esa función adaptativa. Desde la Psicología surge entonces una pregunta crucial: ¿cómo ayudar a los pacientes con dolor crónico a manejar esas emociones negativas?

Numerosos trabajos han documentado que las alteraciones del estado de ánimo son frecuentes en los pacientes con dolor crónico. *Ansiedad* y *depresión* tienen una elevada prevalencia y la *ira* también parece ser una emoción predominante (para una revisión ver Robinson y Riley, 1999; Esteve, Ramírez y López, en prensa). Aunque se han desarrollado líneas de investigación separadas en torno a la ansiedad, la depresión y la ira, en el dolor crónico la probabilidad de co-ocurrencia de emociones negativas es tan alta que son ya bastantes los estudios que indican la conveniencia de agruparlas en una dimensión común que reflejaría mejor la experiencia afectiva de estos pacientes: el *malestar emocional* o *afecto negativo* (Brown, Robinson y Riley, 1996; Fernández y Milburn, 1994; Nelson y Novy, 1997; Robinson y Riley, 1999; Smith, 1999).

Sin embargo, la índole correlacional de estos estudios no ha permitido aclarar la naturaleza de la asociación entre dolor crónico y emociones negativas y de las

escasas investigaciones longitudinales realizadas podemos concluir con Robinson y Riley (1999) que:

En algunos individuos el dolor precede a las emociones negativas, en otros sujetos las emociones negativas preceden al dolor y, la hipótesis del substrato común parece plausible dada la elevada co-ocurrencia con que se presentan. (p.81).

Si como parece no estamos ante una relación directa, cabe apelar entonces a terceras variables que median en esta asociación.

Con el *Modelo Transaccional del Estrés* (Lazarus y Folkman, 1984) como marco teórico de referencia, desde principios de los años 80 se ha venido estudiando el papel de las estrategias de afrontamiento como posibles variables mediadoras que explicarían las diferencias individuales en la adaptación al dolor crónico (para una revisión ver Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991; Rodríguez, Esteve y López, 2000a). Por lo general, en esas investigaciones la *adaptación* se define como el nivel de actividad de los pacientes, la intensidad del dolor y el estado de ánimo. Estos estudios muestran que determinadas estrategias de afrontamiento se asocian consistentemente con un peor estado de ánimo. Puesto que son muy numerosos estos trabajos, nos centraremos en aquellos que, como nosotros en el presente estudio, estudian el papel de las *estrategias activas y pasivas* con relación al estado de ánimo. El *afrontamiento pasivo* caracterizado por el uso de estrategias mediante las que se cede a otros el control del dolor y que hacen que el dolor deteriore otras áreas de la vida del sujeto, parece asociarse consistentemente a una sintomatología depresiva más grave. Por el contrario, los pacientes con puntuaciones elevadas en *afrontamiento activo*, dirigido al control del dolor o a seguir funcionando a pesar de él, presentan puntuaciones más bajas en depresión (Brown y Nicassio, 1987; Brown, Nicassio y Wallston, 1989; Nicassio, Radojevic, Schoenfeld-Smith y Dwyer, 1995; Melding, 1995; Smith y Wallston, 1992; Snow-Turek, Norris y Tan, 1996; Weickgenant, Slater, Patterson y Atkinson, 1993).

En cualquier caso, en todos los estudios pertenecientes a esta línea de investigación la intensidad del dolor y las emociones negativas se contemplan como variables consecuentes de las estrategias de afrontamiento; incluso las investigaciones sobre el *afrontamiento diario* al dolor consideran el estado de ánimo como consecuencia del afrontamiento (Affleck, Tennen, Urrows y Higgins, 1992, 1994; Affleck, Urrows, Tennen y Higgins, 1992; Keefe *et al.*, 1997). En la parte superior de la figura 1 se ilustra este esquema de investigación al que denominaremos *Modelo 1* según el cual las estrategias de afrontamiento influirían sobre el dolor y las emociones negativas, mediando la relación entre ambas variables. En líneas punteadas se recogen dos posibles relaciones más que cabría postular y que constituirían

rían variantes del modelo general: siendo influidos el dolor y las emociones negativas por las estrategias de afrontamiento cabe también establecer una relación directa entre ambos (el dolor influye en la emoción negativa -modelo 1.1.- o la emoción negativa influye sobre el dolor -modelo 1.2.).

En los últimos años, sin embargo, parece que se está replanteando el lugar que ocuparían la emoción negativa en esta cadena de relaciones. Concretamente, algunos trabajos en el marco del estudio del dolor crónico y también ajenos a este ámbito (Dekker y Oomen, 1999; Fogarty *et al.*, 1999; Folkman y Moskowitz, 2000; Frederickson, 2000; Perrewe y Zellars, 1999; Scheck y Kinicki, 2000) postulan que las emociones negativas interfieren con un afrontamiento eficaz.

En esta línea, Smith, Peck y Ward (1990), en individuos con artritis reumática encontraron que el malestar afectivo caracterizado por síntomas depresivos puede interferir en la producción de estrategias de afrontamiento efectivas. McCracken, Gross, Sorg y Edmands (1993) encontraron que la ansiedad se relacionaba con una disminución del afrontamiento al dolor.

Podría entonces postularse un nuevo esquema explicativo en el que la emoción negativa ocuparía un lugar antecedente respecto a las estrategias de afrontamiento. En la parte inferior de la figura 1 se ilustra este esquema de investigación al que denominaremos *Modelo 2* según el cual la emoción negativa influiría sobre las estrategias de afrontamiento que a su vez influirían sobre el dolor. En líneas punteadas se recoge otra posible relación que cabría postular y que constituiría una variante del modelo general 2: la influencia a su vez del dolor sobre la emoción negativa, tal y como proponen Feldman, Downey y Schaffer-Neitz (1999). Según estos autores el estado de ánimo negativo dificulta los esfuerzos para hacer frente de forma efectiva al dolor, lo cual hace que se produzca un aumento del dolor. Este aumento del dolor incidirá sobre el estado de ánimo del paciente, aumentando sus emociones negativas y perpetuando el ciclo de malestar emocional, aumento del dolor y mayor malestar emocional.

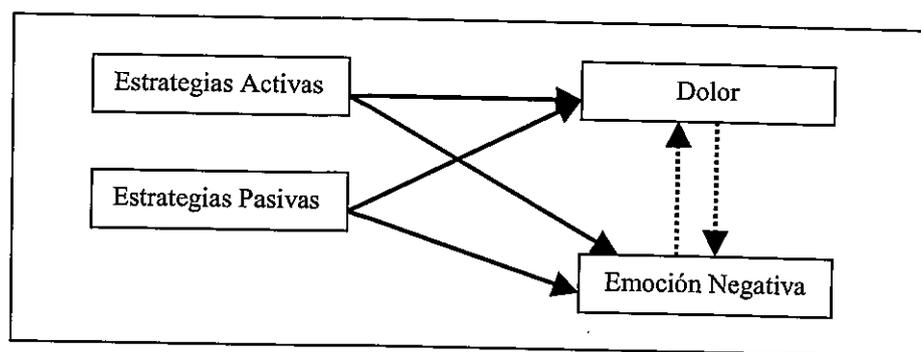
Así pues el objetivo del presente estudio es contrastar dos modelos conceptuales alternativos respecto a las relaciones entre emociones, afrontamiento y dolor, concretamente:

- El *Modelo 1* postula que las estrategias de afrontamiento activas y pasivas determinarán la intensidad del dolor y la emoción negativa. Cuanto más frecuente sea el uso de *estrategias activas* se predice que la intensidad del dolor y la emoción negativa serán menores. Por el contrario, el uso de *estrategias pasivas* se asociará con una intensidad del dolor mayor y un peor estado de ánimo (figura 1). Dos variantes del modelo principal la constituyen el *Modelo 1.1.* en el que además de las relaciones predichas se considera que el dolor influye sobre la emoción negativa, y el *modelo 1.2.* que postula que,

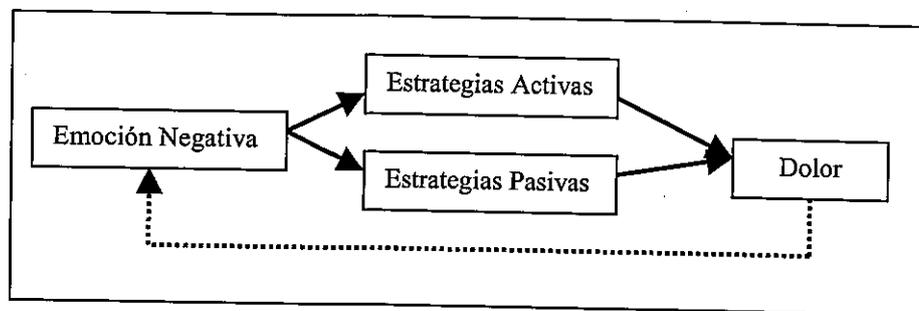
además de las relaciones predichas en el modelo general, la emoción negativa influye sobre el dolor.

- El *Modelo 2* postula que la *emoción negativa* determina las estrategias de afrontamiento. Concretamente, cuanto más elevada sea la *emoción negativa* menos frecuente será el uso de *estrategias activas* y mayor el uso de *estrategias pasivas*. El *dolor* a su vez, vendrá determinado por las estrategias de afrontamiento: cuanto más frecuente sea el uso de *estrategias activas* menor será el *dolor* y cuanto más frecuente sea el uso de *estrategias pasivas*, mayor será el *dolor* (figura 1). Una variante es el *Modelo 2.1*. en el que además de las relaciones predichas se considera que el dolor también influye sobre la emoción negativa.

Figura 1.- Modelos Hipotéticos Alternativos



Modelo 1



Modelo 2

Básicamente la pregunta que nos formulamos es: las emociones negativas asociadas al dolor crónico, ¿cabe considerarlas únicamente como un indicador de la adaptación de los pacientes mediada por el afrontamiento?, o tal vez, ¿podrían las emociones negativas dificultar o impedir que se pongan en marcha estrategias de afrontamiento efectivas? De la respuesta a estas cuestiones se derivan implicaciones interesantes respecto al tratamiento psicológico pues podría ocurrir que nuestros esfuerzos terapéuticos para enseñar a los pacientes estrategias de afrontamiento eficaces se estuviesen estrellando contra un estado de ánimo que impide o dificulta su puesta en marcha en cuyo caso, como paso previo, tendríamos que comenzar trabajando el malestar emocional.

MÉTODO

Sujetos

La muestra del estudio está compuesta por un total de 112 paciente con dolor crónico de origen benigno atendidos en la Unidad de Dolor perteneciente a la Residencia Hospitalaria Carlos Haya de Málaga. La edad media era de 59 años, con un rango que oscilaba entre los 22 y los 99 años ($S= 17.16$). Un 29.5% son varones y mujeres el 70.5. %. Un 8.9% está soltero, 63.4% está casado, 5.4% son divorciados o separados y el 22.3% son viudos. Finalmente, un 45.9% tiene conocimientos de lectoescritura, el 37.8% ha realizado estudios primarios, 10.8% tiene estudios de bachillerato o similar y un 5.4% posee estudios universitarios.

Respecto a los diagnósticos, del total de sujetos entrevistados, el 23% padece dolor articular; un 21% dolor neuropático; dolor de espalda crónico un 21%; dolor óseo un 19%; dolor visceral un 6%; cefaleas un 6%; fibromialgia un 3% y un 1% dolor en las extremidades.

La selección de la muestra se realizó teniendo en cuenta: a) que los pacientes acudiesen por primera vez a la Unidad del Dolor para solicitar tratamiento, b) que el dolor estuviese presente durante más de seis meses y, c) que prestasen su consentimiento informado a participar en el estudio. Así mismo, se consultaron las historias clínicas y no se incluyeron en la muestra a aquellos pacientes a los que se les había diagnosticado un trastorno psiquiátrico.

VARIABLES e INSTRUMENTOS de EVALUACIÓN

Las variables consideradas en los modelos expuestos anteriormente (Figura 1) son: a) intensidad del dolor; b) estrategias de afrontamiento, concretamente, estrategias activas y pasivas, y c) estado de ánimo negativo.

Para obtener la medida del dolor se ha utilizado el *Cuestionario de Dolor McGill* (Melzack, 1975) en una de sus versiones españolas, concretamente la de

Ruiz, Bonilla y Collado (1990). El cuestionario comprende 62 descriptores distribuidos en 15 subclases y, a su vez, en tres clases o dimensiones (sensorial, afectiva y evaluativa), una escala numérica donde los pacientes deben valorar de 1 a 10 la intensidad del dolor (1: sin dolor y 10: dolor insoportable), y una representación de la figura humana en la que debe señalarse exactamente el lugar en el que se localiza el dolor. Se obtiene un valor de la intensidad del dolor para cada dimensión: sensorial, afectiva y evaluativa. De la suma de las tres se obtiene la puntuación total. En el presente trabajo utilizaremos esta puntuación total en el cuestionario como medida global de la intensidad del dolor. Esta versión española del *Cuestionario de Dolor McGill* ha demostrado su sensibilidad para detectar los cambios producidos por un tratamiento multidisciplinar. Así mismo, las puntuaciones en la escala muestran una asociación positiva significativa con las puntuaciones en el *Inventario de Depresión de Beck* y con una *Escala Analógica Visual* (Ruiz, Bonilla y Collado, 1990).

Las estrategias de afrontamiento se han evaluado mediante la adaptación al castellano del *Vanderbilt Pain Management Inventory* (Inventario Vanderbilt para el manejo del dolor) de Brown y Nicassio (1987) efectuada por Esteve, López y Ramírez (1999). Este instrumento consta de 18 ítems que se agrupan en dos escalas que respectivamente evalúan la frecuencia con que los pacientes que padecen dolor crónico utilizan estrategias activas o pasivas cuando el dolor alcanza una intensidad moderada o alta. Según definición de sus creadores, las *estrategias activas* se dirigen directamente al control del dolor o a seguir funcionando a pesar de él. Por el contrario, las *estrategias pasivas* hacen que el dolor deteriore otras áreas de la vida del sujeto y con ellas se cede a otros el control del dolor. En este estudio utilizaremos las puntuaciones totales a cada una de las escalas para evaluar las variables *estrategias activas* y *estrategias pasivas*. En su versión española ambas escalas muestran una consistencia interna aceptable y entre ellas existe una correlación negativa moderada (-.22).

Finalmente, para evaluar el estado de ánimo se ha utilizado el *Profile of Mood States* (Perfil de Estados de Ánimo, POMS) de Lorr y McNair (1982) en la versión al castellano en formato abreviado de 29 ítems creada por Fuentes, Balaguer, Meliá y García-Merita (1995). Este instrumento evalúa en una escala de 4 puntos la frecuencia con que los sujetos han experimentado en la última semana sensaciones asociadas a cinco estados de ánimo que componen las escalas del POMS: depresión, tensión, fatiga, cólera y vigor. Cada una de estas escalas muestra una elevada consistencia interna (entre .86 y .90). Tal y como pudimos comprobar sobre nuestros datos, existía una elevada correlación entre las distintas escalas que componen el POMS (por ejemplo, entre *depresión* y *cólera* $r = .65$). Teniendo en cuenta la naturaleza del análisis que deseábamos realizar (*Análisis de Ecuaciones Estructurales*), esto representaba un serio inconveniente pues no se aceptan matrices *positi-*

vamente definidas en las que exista una elevada correlación entre algunas variables. Al mismo tiempo, contábamos con algunos trabajos recientes que teniendo en cuenta la elevada probabilidad de co-ocurrencia de emociones negativas en pacientes con dolor crónico indican la conveniencia de agruparlas en una dimensión común que reflejaría mejor la experiencia afectiva de estos pacientes: el *malestar emocional* o *afecto negativo* (Brown *et al.*, 1996; Fernández y Milburn, 1994; Nelson y Novy, 1997; Robinson y Riley, 1999; Smith, 1999). Estas consideraciones nos llevaron a estudiar la posibilidad de utilizar una única variable: *estado de ánimo negativo*, resultante de sumar las puntuaciones a todos los ítems del instrumento. Tras haber puntuado en sentido inverso la escala de *vigor*, se contrastó la consistencia interna de todos los ítems del POMS que resultó ser elevada ($r = .81$), lo cual nos permitía agrupar en una única variable las puntuaciones a las cinco escalas de estado de ánimo. En la tabla 1 se recoge información descriptiva de las variables utilizadas.

Tabla 1.- Descripción de las variables

Variabes	Media	Desviación típica	Puntuación mínima	Puntuación máxima
Dolor	31.44	4.78	14.57	41.00
Emoción Negativa	65.97	15.41	34.00	101.00
Estrategias Activas	11.22	3.10	7.00	23.00
Estrategias Pasivas	24.85	5.30	10.00	32.00

Procedimiento

Tras la aceptación previa de cada paciente para participar en el estudio, la obtención de datos se realizó individualmente en una sola sesión que tenía una duración media de 45 minutos aproximadamente. Debido a una serie de factores que podía dificultar el proceso de recogida de datos, tales como el nivel cultural de muchos de los pacientes, amén de los problemas de visión y de tipo auditivo que algunos presentaban, se optó por administrar los cuestionarios en todos los casos de forma oral. Para facilitar su aplicación, los instrumentos iban acompañados de grandes tarjetas, con letras bien visibles, donde aparecían las diversas alternativas de respuesta, de tal modo que el paciente tan sólo debía señalar la respuesta que mejor podía aplicarse en su caso. El orden de aplicación de los cuestionarios fue siempre el mismo.

Todas las entrevistas fueron realizadas por una misma evaluadora en una consulta cedida por el equipo sanitario responsable de la Unidad del Dolor.

Análisis estadísticos

Puesto que el objetivo de nuestro estudio era contrastar la viabilidad de dos modelos teóricos alternativos teniendo en cuenta la influencia conjunta de todas las variables implicadas, hemos recurrido al *Análisis de Ecuaciones Estructurales (AEE)*. El AEE se utiliza para contrastar el grado de correspondencia entre las relaciones causales postuladas en el modelo teórico y las relaciones empíricas entre las variables. Indicar, por último, que para la realización de este tipo de análisis hemos utilizado el programa informático *LISREL 8.20* (Jöreskog y Sörbom, 1993). Puesto que no se cumplía el supuesto de normalidad multivariada y teniendo en cuenta el tamaño de la muestra, el método de estimación elegido fue el de *Minimos Cuadrados no Ponderados*. Los análisis se han ejecutado sobre la matriz de correlaciones calculada con el programa PRELIS del paquete estadístico *SPSS para Windows (versión 6.1.3.)* (tabla 2).

Tabla 2.- Matriz de correlaciones inicial

	Dolor	Emoción Negativa	Estrategias Activas	Estrategias Pasivas
Dolor	1.00			
Emoción Negativa	0.20	1.00		
Estrategias Activas	-0.10	-0.18	1.00	
Estrategias Pasivas	0.32	0.41	-0.21	1.00

RESULTADOS

La tabla 3 muestra varios índices de bondad de ajuste global para los dos modelos alternativos y sus variantes:

- Ji-cuadrado partido por los grados de libertad del modelo. Índices entre 3 y 1 o menores son indicativos de un ajuste aceptable entre el modelo hipotético y los datos observados.
- Índices de Bondad de Ajuste (GFI y AGFI), que se mueven entre 0 y 1. Los valores elevados ($GFI > .90$ y $AGFI > .80$) se asocian con un buen ajuste del modelo.
- Raíz Cuadrada Media Residual Estandarizada (RMR) indica un buen ajuste cuando su valor es menor que .05.
- Raíz Cuadrada Media del Error de Aproximación (RMSEA). Se consideran adecuados valores menores que .08 y no significativos (de acuerdo con el Test de Ajuste Próximo, Cfit, $p < .05$).

- Finalmente, el Índice de Ajuste Comparativo (CFI) que se mueve entre 0 (ausencia total de ajuste) a 1 (ajuste perfecto). Este índice refleja un buen ajuste cuando es mayor que .90.

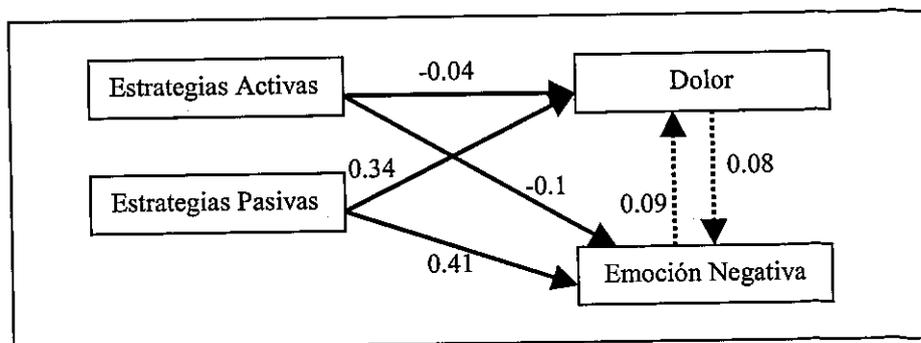
De acuerdo con los índices que se recogen en la tabla 3 puede afirmarse que, aunque los dos modelos y sus variantes presentan en todos los casos un ajuste notable, el *Modelo 1* y sus variantes presentan un ajuste global superior que el *Modelo 2* y el *Modelo 2.1*.

Tabla 3.- Índices de Bondad de Ajuste

	χ^2	g.l.	$\chi^2/g.l.$	GFI	AGFI	RMR	RMSEA	CFI
Modelo 1	.78	1	.78	1.00	.98	.02	.00 Cfit>.05	1.00
Modelo 1.1.	.78	1	.78	1.00	.98	.02	.00 Cfit>.05	1.00
Modelo 1.2.	.78	1	.78	1.00	.98	.02	.00 Cfit>.05	1.00
Modelo 2	3.76	2	1.88	.99	.96	.04	.09 Cfit>.05	1.00
Modelo 2.1.	2.71	1	2.71	.99	.94	.04	.12 Cfit>.05	.98

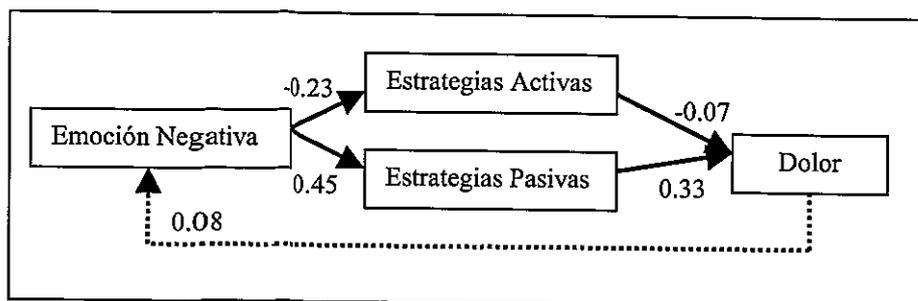
La figura 2 muestra los parámetros estimados que reflejan los efectos causales entre las variables. Puesto que no se cumple el supuesto de normalidad multivariada, no podemos informar de la significación de los parámetros. Teniendo en cuenta que nuestro objetivo era contrastar la viabilidad de dos modelos teóricos alternativos, no se ha realizado ajuste alguno a los modelos propuestos inicialmente.

Figura 2.- Valores de los parámetros de los modelos alternativos.



Modelo 1

Figura 2.- (Continuación).



Modelo 2

En el *Modelo 1* encontramos que las *estrategias pasivas* tienen un efecto notable sobre el *dolor* ($\gamma = .34$) y sobre la *emoción negativa* ($\gamma = .41$). Las *estrategias activas*, sin embargo, no tienen efectos sobre el *dolor* ($\gamma = -.04$) y muy pequeño sobre la *emoción negativa* ($\gamma = -.10$). Es destacable, sin embargo, que el signo de la influencia de las *estrategias activas* sea negativo.

En el *Modelo 1.1*, además de las relaciones predichas en el modelo general, se considera que el *dolor* influye sobre la *emoción negativa*. Tal y como puede observarse en la figura 2, el *dolor* no presenta efectos sobre la *emoción negativa* ($\beta = .08$).

El *Modelo 1.2*, otra variante del *Modelo 1* postula que la *emoción negativa* influye sobre el *dolor*. Tal y como puede observarse en la figura 2, no se cumple esta predicción ($\beta = .09$).

El *Modelo 2* muestra efectos notables de la *emoción negativa* sobre las *estrategias pasivas* ($\gamma = .45$) y sobre las *estrategias activas* ($\gamma = -.23$). También aquí es teóricamente relevante que la relación entre *emoción negativa* y *estrategias activas* sea de signo negativo. Sólo se encuentran efectos apreciables de las *estrategias pasivas* sobre el *dolor* ($\beta = .33$). Las *estrategias activas* no muestran efectos sobre el *dolor* ($\beta = -.07$).

En el *Modelo 2.1*, además de las relaciones predichas en el modelo general 2, se considera que el *dolor* influye sobre la *emoción negativa*. Tal y como puede observarse en la figura 2, el *dolor* no presenta efectos sobre la *emoción negativa* ($\beta = .08$).

DISCUSIÓN

Atendiendo al que era el objetivo de nuestro estudio, a la luz de los resultados obtenidos se puede afirmar que aunque ambos modelos presentan un ajuste aceptable, el *Modelo 1* presenta un ajuste superior que el *Modelo 2*. Es decir, en la cadena causal de relaciones parece que es más adecuado considerar al malestar emocional como consecuente del afrontamiento que como antecedente del mismo. Por tanto, nuestro estudio no se suma a las investigaciones (Smith *et al.*, 1990; McCracken *et al.*, 1993) que encuentran que la emoción negativa puede interferir en la producción de estrategias de afrontamiento efectivas. Sin embargo, como ya se ha señalado, no debe ignorarse que el ajuste global del modelo es bueno y que la emoción negativa muestra efectos apreciables sobre las estrategias de afrontamiento: cuanto más intensa sea la emoción negativa mayor será el afrontamiento pasivo y menor el afrontamiento activo. Por tanto, ésta es una cuestión que debe seguir siendo investigada y sobre la que probablemente pueda arrojar luz el estudio del afrontamiento diario.

Los resultados del presente estudio, sin embargo, no brindan apoyo a la hipótesis formulada por Feldman *et al.* (1999) quienes postulan la que podemos considerar una variante del modelo 2 al que añaden que el dolor, a su vez, influiría sobre la emoción negativa (*Modelo 2.1*). Nuestros resultados no apoyan la existencia de este *bucle* que actuaría perpetuando el ciclo el malestar emocional, aumento del dolor y mayor malestar emocional.

De acuerdo con los resultados del presente estudio parece claro que las estrategias de afrontamiento median la relación entre el dolor y las emociones negativas (*Modelo 1*). Y esto es así hasta tal punto que cuando media entre ellos el afrontamiento, no se relacionan en ninguno de los dos sentidos: ni el dolor influye sobre la emoción, ni la emoción influye sobre el dolor. Éste es un resultado muy interesante puesto que arroja luz sobre una cuestión largamente debatida en este campo de estudio: ¿aumentan las emociones negativas la sensibilidad al dolor?, o más bien, ¿es la experiencia de dolor crónico la que provoca la aparición del malestar emocional? Nuestros resultados corroboran que las relaciones entre emociones negativas y dolor no son directas y que el afrontamiento y concretamente el afrontamiento pasivo es el mecanismo que media en esta asociación. Las estrategias activas, como en estudios anteriores (Rodríguez, Esteve y López, 2000b), no juegan un papel relevante, sin efectos sobre el dolor y con efectos muy pequeños, aunque negativos, sobre la emoción. En general, tal y como ya señalaron Snow-Turek *et al.* (1996), la evidencia respecto al papel del afrontamiento activo es confusa y poco consistente. Puesto que la relación entre afrontamiento pasivo y activo es negativa y moderadamente alta cabe plantear si su principal valor no vendría dado como estrategias incompatibles: cuanto más uso se hace de las estrategias pasivas, menos se usan las

activas y al contrario. Si realizamos un análisis de contenido detallado de los ítems que componen la escala de estrategias pasivas (tal y como han hecho las autoras en otro trabajo, Esteve, Ramírez y López, en prensa) podemos ver que la mayoría de los ítems que la componen podrían encuadrarse en la estrategia específica de afrontamiento denominada *catastrofismo* que, de acuerdo con los resultados de las investigaciones de las dos últimas décadas es la variable psicológica que mejor predice el dolor, la incapacidad y el malestar emocional (para una revisión, Rodríguez, Esteve y López, 2000a). El *catastrofismo* se suele definir como autoafirmaciones y pensamientos específicamente relacionados con el dolor y que son negativos y exagerados (Geisser, Robinson, Keefe y Weiner, 1994). Probablemente, en el futuro sería aconsejable ahondar en el estudio de las relaciones investigadas en este trabajo utilizando un instrumento que mida específicamente el *catastrofismo*.

No debe perderse de vista que la muestra está compuesta por pacientes atendidos en una Unidad de Dolor y que aun siendo interesante el estudio de esta población, esta circunstancia podría limitar la generalización de nuestros resultados.

En resumen, nuestros resultados una vez más ponen de relieve que las estrategias de afrontamiento y especialmente las estrategias pasivas juegan un papel determinante en la experiencia del dolor crónico y en la vivencia emocional que lo acompaña.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S. y Higgins, P. (1992). Neuroticism and the Pain-Mood Relation in Rheumatoid Arthritis: Insights from a prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 119-126.
- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S. y Higgins, P. (1994). Person and contextual features of daily stress reactivity: Individual differences in relations of undesirable daily events with mood disturbance and chronic pain intensity. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 329-340.
- Affleck, G., Urrows, S., Tennen, H. y Higgins, P. (1992). Daily coping with pain from rheumatoid arthritis: patterns and correlates. *Pain, 51*, 221-229.
- Brown, F.F., Robinson, M.E. y Riley, J.L. (1996). Pain severity, negative affect, and microstressors as predictors of life interference in TMD patients. *CRANIO, 14*, 63-70.
- Brown, G.K. y Nicassio, P.M. (1987). The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain, 31*, 53-65.

- Brown, G.K., Nicassio, P.M. y Wallston, K.A. (1989). Pain coping strategies, and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 652-657.
- Dekker, J. y Onnen, J. (1999). Depression and coping. *European Journal of Psychiatry*, 13, 183-189.
- Esteve Zarazaga, R., López Martínez, A.E. y Ramírez Maestre, C. (1999). Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud*, 11, 77-102.
- Esteve Zarazaga, R., Ramírez Maestre, C. y López Martínez, A.E. (en prensa). *Aspectos emocionales en el dolor*. Barcelona: DOYMA.
- Esteve-Zarazaga, R., Ramírez-Maestre, C. y López-Martínez, A.E. Chronic Pain Coping Strategies: Individual Versus Composite Scores as Predictors of Pain Intensity and Daily Functioning. Enviado para su publicación.
- Feldman, S.I., Downey, G. y Schaffer-Neitz, R. (1999). Pain, Negative Mood, and Perceived Support in Chronic Pain Patients: A Daily Diary Study of People with Reflex Sympathetic Dystrophy Syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 776-785.
- Fernández, E. y Milburn, T.W. (1994). Sensory and affective predictors of overall pain and emotions associated with affective pain. *Clinical Journal of Pain*, 10, 3-9.
- Fogarty, G.J., Machin, M.A., Albion, M.J., Sutherland, L.F., Lalor, G.I. y Revitt, S. (1999). Predicting occupational strain and job satisfaction: The role of stress, coping, personality, and affectivity variables. *Journal of Vocational Behavior*, 54, 429-452.
- Folkman, S. y Moskowitz, J.T. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 115-118.
- Frederickson, B. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prev Treat*, 3, 1522-1536.
- Fuentes, I., Balaguer, I., Meliá, J.L. y García-Merita, M. (1995). Forma abreviada del Perfil de Estado de Ánimo (POMS). En E. Cantón, (dir.), *Libro de Actas del V Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y el Deporte*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Geisser, M.E., Robinson, M.E., Keefe, F.J. y Weiner, M.L. (1994). Catastrophizing, depression and the sensory, affective and evaluative aspects of chronic pain. *Pain*, 59, 79-83.
- Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M. y Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.

Esteve Zarazaga, M.R., López Martínez, A.E. y Ramírez Maestre, C

- Scheck, C. y Kinicki, A.J. (2000). Identifying antecedents of coping with an organizational acquisition: A structural Assessment. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 627-648.
- Smith, J.A. (1999). The relationship of cognitive and emotional coping to adjustment to chronic myofascial pain. *Dissert Abs Int*, 59, 6497.
- Smith, C.A. y Wallston, K.A. (1992). Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: Application of a general model. *Health Psychology*, 11, 151-162.
- Smith, T.W., Peck, J.R. y Ward, J.R. (1990). Helplessness and depression in rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 9, 337-389.
- Snow-Turek, A.L., Norris, M. y Tan, G. (1996). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 64, 455-462.
- Wieckgenant, A.L., Slater, M.A., Patterson, Th.L. y Atkinson, J.H. (1993). Coping activities in chronic low back pain: Relationship with depression. *Pain*, 53, 95-103.

Nota

* Este trabajo ha recibido una ayuda de la Universidad de Málaga para proyectos Modalidad A, la ayuda de la Dirección General de Promoción del Conocimiento (PM97-0152) y de la Junta de Andalucía (HUM-566).

** Queremos expresar nuestro agradecimiento al Dr. D. Manuel Rodríguez (director), a D. José Antonio Yáñez y a todo el personal de la Unidad del Dolor de la Residencia Carlos Haya de Málaga.

Correspondencia:

M^a Rosa Esteve Zarazaga
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología
Campus de Teatinos
Universidad de Málaga
29071- Málaga
Tlf. 952-132521
Fax: 952-131100
Email: ZARAZAGA@uma.es

- Jöreskog, K. y Sörbom, D. (1993). *LISREL-8: Structural equation modelling with the SIMPLIS command language*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Keefe, F.J., Affleck, G., Lefebvre, J.C., Starr, K., Caldwell, D.S. y Tennen, H. (1997). Pain coping strategies and coping efficacy in rheumatoid arthritis: A daily process analysis. *Pain*, 69, 35-42.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lorr, M. y McNair, D. (1982). *Profile of Mood States*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
- McCracken, L.M., Gross, R.T., Sorg, P.J. y Edmands, T.A. (1993). Prediction of pain in patients with chronic low back pain: effects of inaccurate prediction and pain-related anxiety. *Behaviour, Research and Therapy*, 31, 647-652.
- Melding, P.S. (1995). How do older people respond to chronic pain? A review of coping with pain and illness in elders. *Pain Rev*, 2, 65-75.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.
- Nelson, D.V. y Novy, D.M. (1997). Self-report differentiation of anxiety and depression in chronic pain. *Journal of Personality Assessment*, 69, 392-407.
- Nicassio, P.M., Radojevic, V., Schoenfeld-Smith, K. y Dwyer, K. (1995). The contribution of family cohesion and the pain-coping process to depressive symptoms in fibromyalgia. *Annals of Behavioral Medicine*, 17, 349-356.
- Perrewe, P.L. y Zellars, K.L. (1999). An examination of attributions and emotions in the transactional approach to the organizational stress process. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 739-752.
- Robinson, M.E. y Riley, J.L. (1999). The role of emotion in pain. En R.J. Gatchel y D.C. Turk, (eds), *Psychosocial factors in pain*. Nueva York: Guilford Press.
- Rodríguez-Parra, M.J., Esteve Zarazaga, R. y López Martínez, A.E. (2000a). Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 391-418.
- Rodríguez-Parra, M.J., Esteve Zarazaga, R. y López Martínez, A.E. (2000b). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 12, 339-345.
- Ruiz, R., Bonilla, M.P. y Collado, A. (1990). Cuestionario de dolor en español. En X. Badía, M. Salamero, J. Alonso y A. Ollé, (eds.), *La medida de la Salud*. Barcelona: PPU.