

## ***VARIABLES COGNITIVAS Y ESTADOS DE ÁNIMO RELACIONADOS CON EL DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES DE DIFERENTES SERVICIOS MÉDICOS***

### **Introducción**

Todas las personas hemos padecido dolor en algún momento y también hemos podido percibir que es una experiencia tremendamente aversiva. En un principio la aparición del dolor adquiere una función adaptativa puesto que sirve de señal o aviso de que algo “va mal”, y por lo tanto, nos alerta para que tomemos las medidas oportunas. Pero cuando el dolor persiste en el tiempo, es decir, se cronifica, pasa a ser considerado como una enfermedad en sí misma. El dolor se convierte en el síntoma central de todo el proceso, y es uno de los principales motivos por los cuales las personas acuden a las consultas médicas. Así, Turk, Meichenbaum y Genest (1983) sugieren que el dolor constituye el 80% de las demandas de asistencia médica y según los datos epidemiológicos sobre la incidencia de dolor, el riesgo de padecer algún dolor es muy elevado entre la población (Bayés, 1986; Fordyce, 1988; Linton, 1987; Rabassa, 1984; Von Korff, Dworkin y Le Resche, 1990). Teniendo esto en cuenta, el número de personas que padecen dolor o que pueden llegar a padecerlo sería razón suficiente para justificar todos los esfuerzos dirigidos a conocer mejor las variables implicadas en el complejo fenómeno del dolor crónico.

El dolor crónico aparece en muchas patologías diferentes caracterizándose en todas por los pobres resultados que se obtienen en el tratamiento cuando solamente se tiene en cuenta una única dimensión (física o médica). Sabemos que en el dolor crónico

intervienen factores físicos, cognitivos y emocionales que requieren un acercamiento multifactorial, de ahí que cada vez con más frecuencia diferentes profesionales se encarguen de su estudio, evaluación y tratamiento.

Recientemente se está estudiando el dolor crónico desde la perspectiva del modelo del estrés de Lazarus y Folkman (1984). Según este enfoque, se considera que el dolor crónico es una experiencia estresante y que son las valoraciones que realiza el paciente sobre la situación y los recursos de que dispone, los factores que determinan las estrategias de afrontamiento que el paciente utiliza, dando todo ello lugar a las diferencias que podemos observar entre los pacientes con dolor crónico en cuanto a los niveles de adaptación o incapacidad que pueden llegar a alcanzar. En la valoración cognitiva interviene el tipo de creencias que la persona tiene sobre su dolor, constituyéndose, de esta forma, en una de las variables fundamentales a tener en cuenta por su influencia en el afrontamiento posterior. Así, las creencias desadaptativas pueden dificultar y reducir la eficacia del afrontamiento (Williams y Keefe, 1991; Williams, Robinson y Geisser, 1994; Jensen, Romano, Turner, Good y Wald, 1999). Por tanto, cuando una persona valora su circunstancias están influyendo en ese proceso el tipo de creencias que tenga sobre la situación y sobre los recursos de que disponga, lo que determinará la utilización de un tipo u otro de estrategia de afrontamiento. En consonancia con lo anterior, numerosos estudios concluyen que la creencia de control se relaciona con una mejor adaptación al dolor crónico, de tal forma que la creencia de incontrolabilidad se relaciona con la utilización de estrategias de afrontamiento no efectivas para el control y con el aumento de la percepción de la intensidad del dolor (Miller, 1981; Crisson y Keefe, 1988; Flor y Turk, 1988; Litt, 1988; Williams y Thorn, 1989; Boston, Pearce y Richardson, 1990; Toomey, Mann, Abashian y Thompso-Pope

1991; Edwards, Pearce, Turner-Stokes y Jones, 1992; Turk y Rudy, 1992; TerKuile, Linssen y Spinhoven, 1993; Thompson, Sabolew-Shubin, Galbraith, Schwankovsky y Cruzen, 1993; Haythornwaite, Menefee, Heinberg, Clark, 1998).

Asimismo, las estrategias de afrontamiento cognitivas, en concreto las autoafirmaciones que el paciente utiliza para manejar su dolor, se ha encontrado que influyen en los niveles de adaptación. Los diferentes estudios señalan que las autoafirmaciones de afrontamiento (autoafirmaciones positivas que el paciente utiliza para afrontar el dolor) repercute en un funcionamiento mejor, mayor actividad y menor malestar emocional, mientras que las autoafirmaciones negativas (autoafirmaciones negativistas que el paciente utiliza para afrontar el dolor) se relacionan con mayor frecuencia e intensidad de episodios dolorosos y alteraciones en el estado de ánimo (Gil, Williams, Keefe y Beckham, 1990; Jensen y Karoly, 1991; Keefe y Williams, 1990; Stewart, Harvey y Evans, 2001).

Por otro lado, los pacientes con dolor crónico a menudo manifiestan malestar emocional (Sullivan y Katón, 1993; Turk y Okifuji, 1996; Wadel, Price, Hamer, Schwartz y Hart, 1990) siendo el estado de ánimo otro de los factores que se consideran importantes en la percepción del dolor. Los resultados de las investigaciones concluyen que la depresión o las alteraciones en el estado de ánimo se relacionan con el dolor crónico, y aunque aún no está clara la dirección causal de tal relación (Brown, 1990; Romano y Turner, 1985), la incidencia de emociones negativas (depresión, ansiedad, miedo, ira) entre los pacientes que padecen dolor crónico es alta (Banks y Kerns, 1996; Magni, Caldieron, Rigatti-Lichini y Mersky, 1990; Wade, Price, Hamer, Schwartz, y Hart, 1990). En este sentido, el estado de ánimo se relaciona con la percepción del dolor encontrándose una relación positiva entre malestar emocional y severidad del dolor

(Blanchard, Andrasi, Neff, Arena, Ahles, Jurish, Pallmeyer, Saunders, Teders, Barron y Ridichok, 1982; Doan y Wadden, 1989; Dworkin, Richlin, Handin y Brand, 1986; Keefe, Wilkins, Cook, Crisson, y Mulhaier, 1986; Kerns y Haythornthwaite, 1988; Kerns, Rosenberg y Jacob, 1994; McCracken, Zayfert y Gross, 1992; Parmele, Katz y Lawton, 1993). A su vez, el estado de ánimo se relaciona con las estrategias de afrontamiento, de tal manera, que el malestar emocional puede interferir en la elección por parte del paciente de estrategias para afrontar el dolor que sean efectivas y, por consiguiente, dificultar los esfuerzos para un funcionamiento adaptativo (Brown, Nicassio y Wallston, 1989; Downey, Purdie y Schaffer-Neitz, 1999; Smith y Christensen, 1992; Smith, Peck y Ward, 1990).

La continuidad del dolor conduce a un sentido de incontrolabilidad, a tener miedo a un futuro incierto. El no saber cuanto durará el dolor y también la falta de una clara explicación de porqué les duele, va a incidir en el estado de ánimo del paciente, aumentando sus emociones negativas y perpetuando el ciclo de malestar emocional, incremento del dolor y mayor malestar emocional (Bank y Kerns, 1996; Felman, Downey y Schaffet-Neitz, 1999).

En definitiva, el dolor crónico puede causar un sufrimiento importante a la persona que lo padece y, aunque la forma en la que el dolor se va a manifestar dependerá de cada caso en particular, el individuo tiene que “aprender a vivir con él” ya que no existe un remedio definitivo para su curación.

A este respecto, las consultas de Reumatología son una de las especialidades médicas que, con gran frecuencia, tratan a pacientes para quienes una de las quejas principales que suelen manifestar es la aparición de dolor de forma crónica. Así, las enfermedades reumáticas pueden ser graves y a veces incapacitantes ya que producen

dolor y limitaciones que impiden realizar las tareas cotidianas con normalidad, (Figueroa, 1995). Por otro lado, existen unidades especializadas en el tratamiento de pacientes en los que el dolor no remite en el período de curación estimado. Se trata de las Unidades de Dolor, a las que son remitidos los pacientes de diversos servicios médicos y, pasa a ser el último de los recursos que tiene una persona con dolor crónico para consultar sobre su dolor. A diferencia del Servicio de Reumatología, en donde el dolor es un síntoma más para el diagnóstico de las diferentes enfermedades reumáticas, en la Unidades del Dolor los pacientes son tratados por un equipo multidisciplinar (anestesiólogos, neurocirujanos, psicólogos y enfermeros) entendiendo el dolor crónico como una enfermedad, esto es, no como un síntoma y pudiendo ser distinto tanto el curso como el tratamiento del dolor de los pacientes.

Muchas veces se emplea el término dolor crónico bajo una “etiqueta común” donde no se valora de forma específica las características diagnósticas peculiares derivadas de diferentes orígenes que pudieron dar lugar a la aparición del dolor de forma crónica. Podemos encontrar en la literatura diferentes sugerencias sobre el interés de analizar y comparar muestras de dolor crónico heterogéneo, como las que caracterizan a pacientes atendidos en Unidades de Dolor, con muestras de pacientes cuyo dolor sea de un origen más específico como pueden ser los pacientes reumatológicos (Pastor, López-Roig, Rodríguez-Marín, Terol y Sánchez, 1995), y puesto que existen escasos estudios en esa línea, más aún en población española, se hace necesario la profundización en dichas investigaciones para un conocimiento mejor del funcionamiento de variables cognitivas fundamentales en la percepción del dolor como son las creencias, las estrategias específicas de afrontamiento y diferentes estados de ánimo manifestados por el paciente.

En concreto esta investigación tiene un doble objetivo. Por un lado, analizar las relaciones que pueden establecerse entre la percepción del dolor y las variables consideradas: a) creencias específicas de dolor: creencias de recursos (creencias sobre el control y predicción del dolor) y creencias de indefensión (creencias sobre el no control y predicción del dolor) b) autoafirmaciones: autoafirmaciones de afrontamiento (autoafirmaciones positivas utilizadas para el afrontamiento del dolor) y autoafirmaciones de catastrofismo (autoafirmaciones negativas utilizadas para afrontar el dolor) y c) estados de ánimo. Por otra parte, estudiar si existen diferencias en las relaciones de las variables objeto de nuestro estudio en dos muestras diferentes de pacientes con dolor crónico.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, formulamos la hipótesis de que aquellos pacientes que tengan *creencias de recursos* (control y predicción del dolor) y utilicen *autoafirmaciones de afrontamiento* (autoafirmaciones positivas que el paciente utiliza para afrontar el dolor), percibirán menos *dolor* y tendrán mejor *estado de ánimo*. Mientras que los pacientes que mantengan *creencias de indefensión* (creencias sobre el no control y predicción del dolor) y utilicen *autoafirmaciones de catastrofismo* (autoafirmaciones negativistas que el paciente utiliza para afrontar el dolor) percibirán su *dolor* con más intensidad y manifestarán un peor *estado de ánimo*.

Por otro lado, y en un primer estudio, por nuestra parte, para comprobar la existencia o no de diferencias entre dos muestras distintas de pacientes con dolor crónico, planteamos la posibilidad de que pudieran haber algunas diferencias en las relaciones de las variables que proponemos en base a las características diferenciales de las muestras de pacientes que acuden a los dos servicios médicos comentadas

anteriormente. Aunque, a este respecto, nos planteamos un análisis exploratorio puesto que no tenemos constancia de estudios previos recogidos en la literatura.

## **Método**

### *Sujetos*

La muestra final está formada por 114 pacientes de la Unidad del Dolor y 100 pacientes del Servicio de Reumatología que padecen dolor crónico. En el Servicio de Reumatología se descartaron 13 pacientes y en la Unidad del Dolor a 16 debido a dificultades en la recogida de los datos como fueron la elevada intensidad de dolor que manifestaban, que les impedía concentrar y mantener la atención en el momento de la entrevista, pacientes con las capacidades mentales alteradas o con una duración del dolor inferior a seis meses. Todos los pacientes participaron en el estudio bajo consentimiento voluntario siendo la primera vez que acudían a dichos servicios médicos para tratar su dolor. La distribución por patologías fue la siguiente: en la Unidad del Dolor, óseos (n=36; 31.6%), neuropáticos (n= 46; 40.3%), oncológicos (n=29; 25.4%) y otros como cefaleas (n= 3; 2.6%). En Reumatología, los enfermos se clasificaron en tres categorías, artritis y enfermedades relacionadas (n= 23; 23%), trastornos degenerativos osteoarticulares y tendinosos (n= 41; 41%) y reumatismos no articulares (n=36; 36%). Las variables demográficas de los pacientes de la Unidad del Dolor y del Servicio de Reumatología se presentan en las Tablas 1 y 2 respectivamente. En ambas muestras la mayoría de los pacientes estaban casados, tenían estudios primarios, habían recibido tratamiento anterior para el dolor y eran mujeres. En la

muestra de pacientes del Servicio de Reumatología la media de edad fue de 48 años, y la media respecto a la duración del dolor de 75.13 meses, mientras que en la Unidad del Dolor los pacientes presentaban una media de edad de 60 años y la media de la duración del dolor fue de 62.63 meses. El periodo de recogida de datos fue de 12 meses.

## POR FAVOR INSERTEN TABLA 1 Y TABLA 2

### *Variables e instrumentos*

*Creencias y Autoafirmaciones:* Para la evaluación de las creencias y estrategias de afrontamiento cognitivas (autoafirmaciones) utilizamos el Pain-Related Control Scale (PRCS) / Pain- Related Self Statements (PRSS) (Flor, Behle y Birbaumer, 1993). La primera escala (PRCS) evalúa esquemas cognitivos subyacentes en los pacientes con dolor crónico especialmente creencias sobre la Controlabilidad y Predictibilidad del dolor. Dichas creencias son agrupadas en dos subescalas llamadas *Indefensión* (Helplessness) y *Recursos* (Resourcefulness). La segunda escala del instrumento (PRSS) evalúa el afrontamiento cognitivo en pacientes con dolor crónico. Concretamente, cogniciones específicas que favorezcan o no el afrontamiento al dolor y están agrupadas en dos subescalas denominadas *Catastrofismo* (Catastrophizing) y *Afrontamiento* (Coping). El cuestionario presenta buenas cualidades psicométricas. Para las subescalas del PRCS (Pain-Related Control Scale) los valores alfa son según los autores del cuestionario 0,83 para la subescala de Indefensión y 0,77 para la subescala de Recursos. En cuanto a las subescalas del PRSS (Pain-Related Self Statements) los valores alfa son de 0,92 para la subescala de Afrontamiento y 0,88 para la subescala de



Catastrofismo. La escala PRCS consta de 15 ítems y se les pregunta a los sujetos en que medida está de acuerdo con las afirmaciones que se les presentan en una escala de respuesta de 6 puntos 0= nada en absoluto, 5= totalmente de acuerdo. La escala PRSS tiene 18 ítems y evalúa la frecuencia con la que los sujetos piensan en las autoafirmaciones que se les muestran cuando tienen dolor 0= casi nunca, 5= casi siempre.

Nosotros encontramos valores similares en las muestras empleadas en este estudio. Específicamente los valores alfa para la escala PRCS son de 0.74 y para la escala PRSS 0.78. Dado que en estudios anteriores comprobamos que los sujetos tenían tendencia a contestar SI-NO, utilizamos respuestas dicotómicas.

*Dolor:* Para la evaluación del dolor se ha utilizado el Cuestionario de Evaluación del Dolor McGill (Melzack, 1975), concretamente la Versión Española adaptada a nuestro país por Lázaro, Bosch, Torrubia y Baños en 1994 que recoge el concepto de multidimensionalidad del dolor. Consta de 66 descriptores distribuidos en cada una de las tres dimensiones (cognitiva, afectiva y evaluativa). Se obtienen puntuaciones individuales para cada dimensión y una puntuación total de la escala sumando los resultados de las tres dimensiones. Los índices de fiabilidad en población española del cuestionario aportados por Masedo y Esteve (2000) son, para la escala total de 0.74, para la dimensión sensorial de 0.63 y para la dimensión afectiva de 0.56, no se incluyen datos para la dimensión evaluativa puesto que sólo se compone de un ítem. Nosotros hemos utilizado la escala total del McGill donde, como puede apreciarse el índice de fiabilidad es mayor, obteniendo una puntuación alfa de 0.84 en las muestras de este estudio, lo que nos garantiza la calidad psicométrica del instrumento.

*Estados de ánimo.* Debido a los problemas que plantea la utilización de cuestionarios tradicionales para la evaluación del malestar emocional en pacientes con dolor crónico, por la inclusión de ítems somáticos que pueden ser confundidos con síntomas propios del dolor, decidimos evaluar el estado emocional mediante la forma abreviada del Perfil de Estados de Animo (POMS) adaptado a una muestra española por Fuentes y colaboradores (1995). Es un cuestionario que se utiliza para la autodescripción de las emociones y cuyos índices muestran una fiabilidad elevada. Para las diferentes subescalas Fuentes y colaboradores aportan los siguientes índices, Depresión 0.90; Vigor 0.86; Cólera 0.88; Tensión 0.83; Fatiga 0.86. De nuevo nos interesaba comprobar la fiabilidad del instrumento en las muestras que utilizamos en este estudio y obtuvimos los siguientes índices para las diferentes subescalas, Depresión 0.77; Vigor 0.72; Cólera 0.75; Tensión 0.70; Fatiga 0.79. En este cuestionario, también se dicotomizaron las respuestas por el mismo motivo comentado anteriormente.

#### *Procedimiento y análisis de los datos*

La muestra está compuesta por pacientes que acudían a diferentes servicios médicos para tratar su dolor, concretamente a pacientes de la Unidad del Dolor situada en el Hospital Civil de Málaga y del Servicio de Reumatología del Hospital Clínico Universitario también en Málaga. Los cuestionarios fueron administrados en formato entrevista debido al bajo nivel cultural que, por lo general, tenían los pacientes. Para facilitar las respuestas en el cuestionario de dolor de McGill se utilizaron tarjetas con las

alternativas impresas en letras grandes. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de media hora con cada paciente sin la presencia de ningún acompañante. El periodo de la recogida de datos fue de doce meses. Todos los pacientes que intervinieron en el estudio lo hicieron mediante consentimiento voluntario.

En el servicio de Reumatología los pacientes fueron entrevistados en una sala contigua, con lo cual, los pacientes tuvieron que ser desplazados de sitio lo que supuso una dificultad añadida al estudio. En la Unidad del Dolor las consultas fueron compartidas con los médicos.

Puesto que no se cumplía el supuesto de normalidad, para analizar las diferencias intergrupo se utilizó la prueba “U” de Mann-Whitney mediante el paquete estadístico S.P.S.S. 7.5, y Spearman para el análisis de las correlaciones entre las variables del estudio.

## **Resultados**

Con este trabajo nos planteamos dos objetivos. El primero de ellos es evaluar y estudiar las relaciones entre el tipo de creencias específicas, estrategias de afrontamiento cognitivas (autoafirmaciones), el estado de ánimo y la percepción del dolor en pacientes que padecen dolor crónico. El segundo objetivo surgió a partir de la necesidad indicada en la literatura de analizar muestras diferentes de pacientes con dolor crónico.

En primer lugar, se compararon a los pacientes de la Unidad del Dolor con los de Reumatología (Tabla 3). Podemos observar, que los pacientes que acuden a diferentes servicios médicos para tratar su dolor se diferencian de forma significativa en cuanto a las creencias que mantienen, las autoafirmaciones que utilizan (catastrofismo e

indefensión), el dolor que perciben y el estado emocional que manifiestan al menos en las muestras de nuestro estudio. De este modo, los pacientes de la Unidad del Dolor muestran rangos medios superiores a los pacientes de Reumatología en creencias de indefensión, autoafirmaciones de catastrofismo, percepción de la intensidad del dolor y estado de ánimo deprimido. Por otra parte, los pacientes del Servicio de Reumatología obtienen rangos medios superiores en creencias de recursos, autoafirmaciones de afrontamiento para manejar su dolor, muestran puntuaciones inferiores a los pacientes de la Unidad del Dolor en la percepción de la intensidad del dolor y, obtienen puntuaciones superiores en la subescala Vigor del cuestionario de Estados de Ánimo (POMS).

Puesto que existían diferencias entre los dos servicios, analizamos las relaciones entre las variables objeto del presente estudio (creencias, autoafirmaciones, dolor y estados de ánimo) de forma separada en las dos muestras de pacientes utilizadas (Unidad del Dolor y Reumatología).

A continuación se describen las relaciones entre las variables en los pacientes de la Unidad del Dolor, y a seguidamente se expone las relaciones en la muestra de pacientes del Servicio de Reumatología.

Los resultados para los pacientes de la **Unidad del Dolor** son los siguientes:

Las creencias se relacionan con el tipo de autoafirmaciones que utilizan para afrontar el dolor. Así, como puede observarse en la Tabla 4, las *creencias de indefensión* se relacionan de forma positiva y significativa con las *autoafirmaciones de catastrofismo* (.581\*\*), mientras que las *creencias de recursos* se relacionan de forma

positiva y significativa con las *autoafirmaciones de afrontamiento* (.490\*\*). Asimismo, las *creencias de indefensión* se relacionan de forma también negativa con las *autoafirmaciones de afrontamiento* (-.477\*\*) no existiendo relación entre las *creencias de recursos* y las *autoafirmaciones de catastrofismo* (-.313\*\*)

En cuanto a la relaciones entre creencias y percepción de la intensidad del dolor, los resultados muestran que no hay relación entre las *creencias de indefensión* y el dolor experimentado por el paciente (.316\*\*). Y tampoco se encuentra relación entre *creencias de recursos* y dolor (-.341\*\*). Por otro lado, las *autoafirmaciones de catastrofismo* se relacionan de forma positiva y significativa con el dolor experimentado por el paciente (.384\*\*), mientras que no hay relación entre las *autoafirmaciones de afrontamiento* y el dolor percibido (-.296\*\*).

Referente a la relación entre el dolor percibido por el paciente y su *estado de ánimo*, observamos que la intensidad del dolor que experimenta el paciente mantiene una relación positiva con el *estado de ánimo deprimido*, ya que la relación es significativa con la subescala depresión (.463\*\*), no existiendo relación con las subescalas tensión (.138), cólera (.022), fatiga (.135) y una ligera relación con vigor (-.273\*\*). Además, respecto a la relación entre *estados de ánimo* y el tipo de *autoafirmaciones* que el paciente utiliza para afrontar el dolor, los resultados muestran que el *estado de ánimo deprimido* se relaciona de forma negativa y significativa con la utilización de autoafirmaciones de afrontamiento. Así lo indican los datos obtenidos para las subescalas *depresión* (-.430\*\*), mientras que la subescala *vigor* mantiene una relación positiva y significativa con la utilización de *autoafirmaciones de afrontamiento* (.396\*\*). Por otra parte, las *autoafirmaciones de catastrofismo* se relaciona de forma positiva con el estado de *ánimo deprimido* obteniéndose relaciones positivas y

significativas con las subescalas *depresión* (.412\*\*), y no existiendo relación con las subescalas *tensión* (.317\*\*), *cólera* (.216\*), *fatiga* (3.46\*\*) y *vigor* (.201\*) . Así pues, nuestras hipótesis se confirman parcialmente.

#### POR FAVOR, INSERTEN TABLA 4

Las relaciones encontradas en el **Servicio de Reumatología** son las siguientes:

Referente a las relaciones entre *creencias* y *autoafirmaciones*, en la Tabla 5 podemos observar que las *creencias de indefensión* se relacionan de forma positiva con las *autoafirmaciones de catastrofismo* (.625\*\*) y de forma negativa con las *autoafirmaciones de afrontamiento* (-.449\*\*) siendo significativas en los dos casos. Por otro lado, las *creencias de recursos* mantienen una relación positiva y significativa con las *autoafirmaciones de afrontamiento* (.657\*\*), no encontrándose relación entre *creencias de recursos* y *autoafirmaciones de catastrofismo* (-.175).

En cuanto a la relación entre las *creencias* y la percepción del *dolor* por parte del paciente, se obtiene que entre las *creencias de indefensión* y el *dolor* no hay relación y tampoco existe entre las *creencias de recursos* y el *dolor* (-.049). Por otro lado, las autoafirmaciones de *catastrofismo* no se relacionan con el *dolor* (2.38\*) y las autoafirmaciones de *afrontamiento* tampoco (-.125).

Respecto a la relación entre el *dolor* que percibe el paciente y el *estado de ánimo* que manifiesta, no se encuentra relación.

Finalmente, no hay relación entre las *autoafirmaciones de afrontamiento* y las subescalas *depresión* (-.118), *tensión* (-.138), *cólera* (-.124), *fatiga* (-.219\*) y ligera con

vigor (.208\*). Por otra parte, las relaciones entre las subescalas *depresión*, *cólera*, *tensión* y *fatiga* y las autoafirmaciones de *catastrofismo* son positivas y significativas (.447\*\*; .404\*\*; .373\*\*; .404\*\*) respectivamente.

Es de destacar las diferencias encontradas en este análisis entre los pacientes de ambos servicios cumpliéndose parcialmente las hipótesis planteadas.

POR FAVOR, INSERTAR TABLA 5

## **Discusión**

En primer lugar, los resultados parecen indicar una tendencia hacia la existencia de posibles diferencias en las creencias, autoafirmaciones (como estrategias de afrontamiento), la intensidad del dolor y estado de ánimo entre pacientes que acuden a diferentes servicios médicos para tratar su dolor. En este sentido, los pacientes de la Unidad del Dolor, en comparación con los pacientes del Servicio de Reumatología, manifiestan más creencias de indefensión, autoafirmaciones de catastrofismo, perciben el dolor con mayor intensidad y muestran un mayor estado de ánimo negativo. Al respecto, hay que considerar que la Unidad del Dolor es el último de los medios con los que cuentan los pacientes que padecen dolor crónico para tratar su dolor. Así, los fracasos anteriores relacionados con los tratamientos y la elevada intensidad del dolor que perciben, pueden repercutir en mayor medida en su estado de ánimo que, a su vez, influye en el dolor que experimentan. En cambio, los pacientes del Servicio de Reumatología quizás mantienen mayores expectativas de encontrar un tratamiento que

sea eficaz para su dolor y, por otra parte, la menor intensidad del dolor que perciben puede explicar las diferencias encontradas respecto a los pacientes de la Unidad del Dolor.

Observamos, en los pacientes de ambas muestras, que las creencias se relacionan con las autoafirmaciones que la persona utiliza para manejar su dolor. Este resultado es similar a los encontrados en estudios anteriores, en los que se señala que las creencias se relacionan con las estrategias de afrontamiento que el paciente utiliza (Afeck, Tennen, Pfeiffer y Tifield, 1987; Crisson y Keefe, 1988; TerKuile, Linssen y Spinhoven, 1993; Thompson, Sabolew-Shubin, Galbraith, Schwankovsky y Cruzen, 1993). Por lo tanto, los resultados obtenidos apoyan la consideración de las creencias como una variable a tener en cuenta en el afrontamiento del paciente, ya que se obtienen relaciones significativas entre creencias de indefensión y autoafirmaciones de catastrofismo y, entre creencias de recursos y autoafirmaciones de afrontamiento en las dos muestras de pacientes. En este sentido, parece ser, que el paciente cuyas creencias sobre su dolor son de recursos utiliza más autoafirmaciones de afrontamiento, mientras que aquellos pacientes cuyas creencias son de indefensión son también más catastrofistas. En cuanto al afrontamiento, se piensa que los métodos para manejar el dolor pueden explicar las diferencias que existen en los índices de adaptación entre los pacientes con dolor crónico y, por tanto, suelen ser una de las variables que con mayor frecuencia se incluyen en los diferentes estudios y en los objetivos de los tratamientos. Normalmente se suelen incluir varios tipos de estrategias para afrontar el dolor, sin embargo, en la literatura se sugiere que el uso exclusivo de medidas compuestas por más de un tipo de estrategias de afrontamiento, puede oscurecer la importancia de estrategias específicas que se relacionan con la adaptación del paciente (Jensen, Turner y Romano, 1992). En



consonancia con lo anterior, en el estudio que se presenta se ha evaluado la posible influencia de un tipo de estrategia de afrontamiento cognitiva, las autoafirmaciones (catastrofismo y afrontamiento) para especificar su relación con las demás variables y fundamentalmente con la percepción del dolor. Así, en la Unidad del Dolor las autoafirmaciones de catastrofismo son las que se relacionan de forma positiva y significativa con el dolor, lo cual confirma los resultados de estudios previos donde el catastrofismo se relaciona de forma negativa con medidas de adaptación del paciente (Sullivan y D'Eon, 1990; Beckham, Keefe, Caldwell y Roodman, 1991; Flor, Behle y Birbaumer, 1993), aunque en el Servicio de Reumatología no se encuentra relación. Por otro lado, en ninguno de los dos servicios se encuentra relación entre autoafirmaciones de afrontamiento y el dolor percibido. Este resultado puede entenderse a la luz de los hallazgos encontrados por Jensen y Karoly (1991) donde las autoafirmaciones de afrontamiento, como estrategia para afrontar el dolor, se relacionaban de forma positiva con medidas de ajuste de los pacientes pero solamente en aquellos casos en donde los niveles de la intensidad del dolor eran relativamente bajos. Recordemos que los pacientes que acudían tanto a la Unidad del Dolor como al Servicio de Reumatología, manifestaban dolor intenso en el momento de la entrevista ya que al ser pacientes que acudían por primera vez no tenían tratamiento eficaz para su dolor, y esto puede explicar que no encontremos en ninguno de los dos servicios relaciones significativas entre autoafirmaciones de afrontamiento y dolor. Otros estudios llevados a cabo con población española, tampoco encuentran relación significativa entre aquellas estrategias de afrontamiento de *carácter positivo* como las estrategias de afrontamiento activas y la percepción del dolor (Rodríguez, 1998; Gris, López, Ramírez, Anarte, Esteve y Rodríguez, 1998; Anarte, Ramírez, López y Esteve, 1999).

Actualmente la relación entre dolor crónico y malestar emocional aún permanece sin estar suficientemente clara (Nelson y Novy, 1997). Los resultados significativos y positivos encontrados entre dolor y estado de ánimo deprimido, en la muestra de pacientes de la Unidad del Dolor, ponen de manifiesto que el dolor y el malestar afectivo se relacionan recíprocamente. En esta línea, los estudios indican que el estado de ánimo se relaciona con la percepción del dolor, hallándose una relación positiva entre malestar emocional y la severidad del dolor (Doan y Wadden, 1989; Kerns y Haythornwaite, 1988; Kerns, Rosenberg y Jacob, 1994; McCracken, Zayfert y Gross, 1992; Parmele, Katz y Lawton, 1993) y, del mismo modo, la percepción de la intensidad del dolor influye en el estado emocional encontrándose en estudios anteriores que los pacientes que informan de más dolor manifiestan mayores niveles de malestar emocional (Gaskin, Greene, Robinson y Geisser, 1992; Jaminson y Virts, 1990; Summers, Rapoff, Varghese, Porter y Palmer, 1991). Al respecto, en la Unidad del Dolor, los pacientes que mantienen creencias de indefensión y utilizan autoafirmaciones de catastrofismo perciben más dolor y manifiestan un estado de ánimo deprimido. Asimismo, el estado de ánimo deprimido aumenta la percepción de la intensidad del dolor. Por lo tanto, el estado de ánimo influye en cómo se percibe el dolor, tal y como se indica en la literatura y, a su vez, la intensidad del dolor influye en el estado de ánimo de los pacientes, resultado que apoya a los encontrados en estudios previos. No obstante, en los pacientes del Servicio de Reumatología no se encuentra relación entre dolor y malestar emocional. Puede ser que en la Unidad del Dolor los pacientes al percibir el dolor de forma más intensa, que los pacientes del Servicio de Reumatología, manifiesten también un mayor malestar emocional, siendo la intensidad del dolor, por tanto, la variable diferenciadora entre los resultados de ambos servicios.

En los pacientes del Servicio de Reumatología, al igual que en los de la Unidad del Dolor, son las creencias de indefensión y las autoafirmaciones de catastrofismo las que mantienen una relación significativa y positiva con la subescala depresión del cuestionario de estados de ánimo. Estos resultados parecen indicar que en los pacientes con dolor crónico las variables cuya valencia que son de una dimensionalidad negativa (creencias de indefensión, autoafirmaciones de catastrofismo, estado de ánimo deprimido) influyen en mayor medida que las positivas (creencias de recursos, autoafirmaciones de afrontamiento, vigor). Flor et. al. (1993) apuntan esta idea señalando que en la investigación del dolor crónico el estudio de las variables “negativas” serían más significativas que las “positivas”.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, podemos concluir que las creencias, el tipo de autoafirmaciones y el estado de ánimo de los pacientes se relacionan con el dolor que experimentan, siendo, por tanto, variables muy importantes en la comprensión del dolor crónico. No obstante, nuestros resultados hay que tomarlos con cautela puesto que no hemos controlado la posible influencia de variables como la edad y duración del dolor que serían muy interesantes contemplarlas en futuros estudios, así como, otros índices como, por ejemplo, el grado de aceptación teniendo en cuenta la posibilidad de encontrar diferencias entre los pacientes que acuden a diferentes servicios médicos.

### **Agradecimientos**

Nos gustaría agradecer la colaboración del Dr. Manuel Rodríguez de la Clínica del Dolor del Hospital Carlos Haya y al Dr. Antonio Fernández Nebro del Servicio de Reumatología del Hospital Clínico Universitario, ambos de Málaga.

## Referencias

- Affleck G, Tennen H, Pfeiffer C y Fifeield J. Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *J Pers Soc Psychol*, 1987, 53(2): 273-279.
- Anarte, MT, Ramírez, C, López AE y Esteve R. Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor crónico oncológico y benigno. *IV Congreso de la Sociedad Española del Dolor*, 6-9 Octubre, Benalmádena, 1999.
- Banks SM y Kerns RD. Explaining high rates of depression in chronic pain: a diathesis-stress framework. *Psychol Bull*, 1996, 119(1): 95-110.
- Bayés R. Aspectos psicológicos del dolor. *Jano*, 1986, 708: 111-123.
- Beckham J C, Keefe FJ, Caldwell DS y Roodman AA. Pain coping strategies in rheumatoid arthritis: relationships to pain, disability, depression and daily hassles. *Behaviour Therapy*, 1991, 22:125-127.
- Blanchard EB, Andrasik F, Neff DF, Arena JG, Ahles TA, Jurish SE, Pallmeyer TP, Saunders NL, Teders SJ, Barron KD y Ridichok LD. Biofeedback and relaxation training with three kinds of headache: treatment effects and their prediction. *J consult Clin Psychol*, 1982, 50: 562-575.
- Boston K, Pearce SA y Richardson PH. The Pain Cognitions Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 1990, 34:103-109.
- Brown GK. A causal analysis of chronic pain and depression. *J Abnorm Psychol*, 1990, 99: 127-137.
- Brown GK, Nicassio PM y Wallston K. Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *J Consult Clin Psychol*, 1989, 57(5): 652-657.
- Crisson JE y Keefe FJ. The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. *Pain*, 1988, 35: 147-154.
- Doan BD y Wadden NP. Relationships between depressive symptoms and descriptions of chronic pain. *Pain*, 1989, 36: 75-84.
- Downey G, Purdie V y Shaffer-Neitz R. Anger transmission from mother to child: A comparison of mothers in chronic pain and well mothers. *Journal of Marriage and the Family*, 1999, 61: 62-73.
- Dworkin RH, Richlin DM, Handlin DS y Brand L. Predicting treatment response in depressed and non-depressed chronic pain patients. *Pain*, 1986, 24: 343-353.

Edwards LC, Pearce SA, Turner-Stokes L y Jones A. The Pain Beliefs Questionnaire: an investigation of beliefs in the causes and consequences of pain. *Pain*, 1992, 51: 267-272.

Feldman SI, Downey G y Schaffer-Neitz R. Pain, negative mood, and perceived support in chronic pain patients: A daily diary study of people with reflex sympathetic dystrophy syndrome. *J Consult Clin Psychol*, 1999, 67(5): 776-785.

Figueroa Pedrosa MM. Enfermedades reumáticas (prólogo). En: J Mulero Mendoza, (Coord.). *Enfermedades Reumáticas*. Barcelona: Grupo Zeta, 1995.

Flor H, Behle DJ y Birbaumer N. Assessment of pain-related cognitions in chronic pain patients. *Behav Res and Ther*, 1993, 31: 63-73.

Flor H y Turk DC. Chronic back pain and rheumatoid arthritis: predicting pain and disability from cognitive variables. *J Behav Med*, 1988, 11: 251-265.

Fordyce WE. Pain and suffering: a reappraisal. *Am J Psychol*, 1988, 43: 276-282.

Fuentes I, Balaguer I, Meliá JL y García Merita M. Forma abreviada del Perfil de Estados de Ánimos (POMS). En E Cantón (Dir.). *V Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y del Deporte*, Valencia. Universidad de Valencia, 1995.

Gaskin M, Greene A, Robinson M y Geisser M. Negative affect and the experience of chronic pain. *J Psychosom Res*, 1992, 36: 707-713.

Gil KM, Williams DA, Keefe FJ y Beckham JC. The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress. *Behaviour Therapy*, 1990, 2: 349-362.

Gris E, López A, Ramírez C, Anarte MT, Esteve R y Rodríguez MJ. Estrategias de afrontamiento y estado de ánimo en pacientes con dolor crónico benigno. *II Congreso de la Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad*, 24-26 Septiembre, Benidorm, 1998.

Haythornthwaite JA, Menefee LA, Heinberg LJ y Clark MR. Pain coping strategies predict perceived control over pain. *Pain*, 1998, 77: 33-39.

Jamison R y Virts K. The influence of family support on chronic pain. *Behav Res Ther*, 1990, 28: 283-287.

Jensen MP y Karoly P. Control beliefs, coping efforts, and adjustment to chronic pain. *J Consult Clin Psychol*, 1991, 59(3): 431-438.

Jensen MP, Romano JM, Turner JA, Good AB y Wald LH. Patient beliefs predict functioning: further support for a cognitive-behavioural model of chronic pain. *Pain*, 1999, 81: 95-104

Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Chronic pain coping measures: individual vs. composite scores. *Pain*, 1992, 51: 273-280.

Keefe F, Wilkins R, Cook W, Crisson J y Mulhaier L. Depression, pain and pain behaviour. *J Consult Clin Psychol*, 1986, 54: 665-669.

Keefe FJ y Williams DA. A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups. *J Gerontol*, 1990, 45: 161-165.

Kerns RD, Rosenberg R y Jacob MC . Anger expression and chronic pain. *J Behav Med*, 1994, 17: 57-67.

Kerns R y Haythornwaite J. Depression among chronic pain patients: cognitive-behavioral analysis and effect on rehabilitation outcome. *J Consult Clin Psychol*, 1988, 56: 870-876.

Lázaro C, Bosch F, Torrubia R y Baños JE. The development of a Spanish questionnaire for Assessing pain: preliminary data concerning reliability and validity. *European Journal Psychological Assessment*, 1994, 10: 145-151.

Lazarus RS y Folkman, S. *Stress, Appraisal and Coping*. Nueva York: springer, 1984.

Linton SJ. Chronic pain: the case for prevention. *Behav Res Ther*, 1987, 25: 313-317.

Litt MD. Cognitive mediators of stressful experience: self-efficacy and perceived control. *Cognitive Therapy and Research*, 1988, 12(3): 241-260.

Masedo AI y Esteve R. Some evidence regarding the validity of the Spanish Version of the McGill Pain Questionnaire (MPQ-SV). *Pain*, 2000, 85: 451-456.

Magni G, Caldieron C, Rigatti-Lichini S y Mersky H. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population. An analysis of the 1<sup>st</sup> National Health and Nutrition Examination survey. *Pain*, 1990, 43: 299-307.

Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: mayor properties and scoring methods. *Pain*, 1975, 1: 277-299.

Miller SM. Controllability and human stress: Methods, evidence, and theory. *Behav Res Ther*, 1981, 17: 287-304.

McCracken LM, Zayfert C y Gross RT . The Pain Anxiety Symptoms Scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*, 1992, 50: 67-73.

Nelson DV y Novy DM. Self-Report differentiation of anxiety and depression in chronic pain. *J Pers Assess*, 1997, 69(2): 392-407.

Pastor MA, López-Roig S, Rodríguez-Marín J, Terol MC y Sánchez S. Evaluación multidimensional del dolor crónico en enfermos reumáticos. *Revista de Psicología de la Salud*, 1995, 7(2): 79-106.

Parmelee PA, Katz IR y Lawton MP. Anxiety and its association with depression among institutionalised aged. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 1993, 1: 46-58.

Rabassa B. *Aspectos sociológicos del dolor en España. El Dolor*. Madrid. Instituto de Ciencias del Hombre, 1984.

Rodríguez MJ. *Represión emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con dolor crónico*. Memoria de licenciatura, 1998. Universidad de Málaga.

Romano JM, Turner JA. Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship?. *Psychol Bull*, 1985, 97(1): 18-34.

Stewart MW, Harvey ST y Evans IM. Coping and catastrophizing in chronic pain: a psychometric analysis and comparison of two measures. *Journal of Clinical Psychology*, 2001, 57: 131-138.

Sullivan MJL y D'Eon JL. Relation between catastrophizing and depression in chronic pain patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 1990, 99: 260-263.

Sullivan M y Katon W . Somatization: the path between distress and somatic symptoms. *APS Journal*, 1993, 2: 141-149.

Smith TW y Christensen AJ. Hostility, health, and social context. En: HS Friedman (ed.). *Hostility, Coping, and Health*, American Psychology Association (pp.33-48). Washington, DC, 1992.

Smith TW, Peck JR y Ward JR. Helplessness and depression in rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 1990, 9: 337-389.

Summers JD, Rapoff MA, Varghese G, Porter K y Palmer RE. Psychosocial factors in chronic spinal cord injury pain. *Pain*, 1991, 47: 183-189.

TerKuile MM, Linssen CG y Spinhoven P. The Development of the Multidimensional Locus of Pain Control Questionnaire (MLPC): factor structure, reliability, and validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 1993, 15: 387-404.

Toomey TC, Mann JD, Abashian S y Thompson-Pope S. Relationship between perceived self-control of pain description and functioning. *Pain*, 1991, 45: 129-133.

Thompson SC, Sobolew-Shubin A, Galbraith ME, Schwankovsky L y Cruzen D. Maintaining perceptions of control: finding perceived control in low-control circumstances. *J Pers Soc Psychol*, 1993, 64: 293-304.

Turk DC, Meichenbaum D y Genest M. *Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive-Behavioral Perspective*. Nueva York: Guilford Press, 1983.

Turk DC y Okifuji A. Perception of traumatic onset, compensation status and physical findings: Impact on pain severity, emotional distress, and disability in chronic pain patients. *J Behav Med*, 1996, 19: 435-453.

Turk DC y Rudy TE. Cognitive factors and persistent pain: a glimpse into Pandora's box. *Cognitive Therapy and Research*, 1992, 16(2): 99-122.

Von Korff, M, Dworkin SF y Le Resche L. Graded chronic pain status: an epidemiologic evaluation. *Pain*, 1990, 40: 279-291.

Wade JB, Price DD, Hamer RM, Schwartz SM y Hart RP. An emotional component analysis of chronic pain. *Pain*, 1990, 40: 303-310.

Williams DA y Keefe FJ. Pain belief and the use of cognitive-behavioral coping strategies. *Pain*, 1991, 46: 185-190.

Williams DA, Robinson ME y Geisser ME. Pain beliefs: assessment and utility. *Pain*, 1994, 59: 71-78.

Williams DA y Thorn BE. An empirical assessment of pain beliefs. *Pain*, 1989, 36: 351-358.