

## Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico

M<sup>a</sup> José Rodríguez Parra, Rosa M<sup>a</sup> Esteve Zarazaga y Alicia E. López Martínez  
Universidad de Málaga

El objetivo fundamental de esta investigación es abordar el estudio del dolor crónico oncológico dentro del *Modelo Procesual del Estrés* (Lazarus y Folkman, 1986) y estudiar la relación entre represión emocional, estrategias de afrontamiento y nivel de funcionamiento diario en una muestra de pacientes con cáncer (N=101). Los instrumentos de evaluación utilizados son: el «Courtauld Emotional Control Scale» (CECS), el «Vanderbilt Pain Management Inventory» (VPMI), el «Cuestionario de dolor de McGill» (MPQ) y la Escala de Actividad del «Multidimensional Pain Inventory» (MPI). Los resultados obtenidos a través de un análisis de ecuaciones estructurales mediante el programa LISREL 8.20, indican que la represión emocional influye sobre el dolor a través de las estrategias activas. También se obtiene una relación positiva entre estrategias pasivas y dolor y una relación negativa entre estrategias activas y dolor, hallándose una relación incompatible entre ambos tipos de estrategias de afrontamiento.

*Emotional repression and coping strategies in cancer chronic pain.* Differences in coping styles and strategies have been hypothesised to explain some of the variation in adaptation among chronic pain patients. Taking as a framework Lazarus and Folkman's (1986) process-centred theory of stress and coping, the present study investigated the relation of emotional repression and coping strategies to pain and daily functioning in a group of cancer patients. One hundred and one subjects completed the Courtauld Emotional Control Scale (CECS), the Vanderbilt Pain Management Inventory (VPMI), the McGill Pain Questionnaire (MPQ) and the Activity scale of the Multidimensional Pain Inventory (MPI). Results of the LISREL 8.20 structural equation modelling indicated that: 1) emotional repression significantly influenced on pain through active coping, 2) active coping was significantly associated with reports of less pain while passive coping was associated with reports of greater pain, and 3) there was an inverse relationship between active and passive coping.

Cada año se diagnostican siete millones de nuevos casos de cáncer en todo el mundo y unos cuatro millones van a padecer dolor en algún momento de la evolución de la enfermedad (Vázquez y Reig, 1996); sin embargo, son muy escasos los estudios que desde la Psicología se acercan a la investigación del dolor oncológico. En relación al cáncer parece que ha existido un mayor interés por la búsqueda de una «personalidad típica» propia de estos enfermos, y es a partir de los años ochenta cuando numerosos trabajos indican que las personas que padecen cáncer se caracterizan por una marcada represión emocional (Morris y Greer, 1980; Cox y MacKay, 1982; Greer y Watson, 1985; King y Emmons, 1990). De este modo, Cox y MacKay (1982) señalan que la incapacidad para expresar emociones es un importante factor en la progresión del cáncer y Gross (1989) lleva a cabo una revisión en la que concluye que la supresión emocional contribuye en gran medida al pronóstico del cáncer. Por otro lado, Greer y Watson (1985), en-

cuentran que la respuesta de supresión emocional posee una gran influencia en el inicio y progresión del cáncer y Temoshok (1985, 1987) también insiste en que los resultados concernientes a la supresión emocional son los más consistentes en este campo. Curiosamente, también existe una línea de indagación sobre el papel que juega la «represión emocional» en relación al dolor benigno (Corbishley et al., 1990; Hatch et al., 1991; Kelley, Lumley y Leisen, 1997). Los resultados de estos trabajos, que arrancan de una tradición psicodinámica, apuntan a que la represión emocional o bien se manifestaría en forma de una alteración depresiva o como un síndrome de dolor crónico. Esta relación se establece de forma directa, «mágica», pues no se postula la existencia de ningún mecanismo mediador.

Por otra parte, en los últimos años se viene conceptualizando al dolor crónico desde el «Modelo Procesual del Estrés» (Folkman y Lazarus, 1985), donde el dolor se concibe como una situación de tensión crónica en la que los mecanismos de afrontamiento puestos en marcha por el enfermo juegan un papel primordial. De nuevo, son aquí escasos los trabajos referidos a estrategias de afrontamiento al dolor en pacientes oncológicos. Estas carencias son las que nos llevan a plantearnos la investigación que aquí se presenta, en la que se estudia el dolor crónico oncológico desde el *Modelo procesual del estrés* y el papel que juega la «represión emocional» concebida

como estilo de afrontamiento en relación al dolor y a las estrategias que pone en marcha el sujeto para hacerle frente. Nuestra propuesta se materializa en el modelo teórico que se plasma en la Figura I. Veamos detenidamente las relaciones que en él se establecen:

Las hipótesis generales derivadas del modelo se describen comenzando por las relaciones establecidas desde las variables exógenas, no determinadas por otras en el modelo (indicadas con flechas más gruesas) hasta las endógenas, determinadas por exógenas y/o endógenas (indicadas por flechas de menor grosor):

- Se postula que existe relación entre la *edad* y el *dolor*, de forma que los sujetos de mayor edad expresarán menos dolor (Goldie, 1990; Wu, 1991; Dobratz, 1995; Glover, Dibble, Dodd, y Miaskowski, 1995; Williamson y Schulz, 1995).

Por otra parte, proponemos que la *edad* es una variable influyente en la *represión emocional*, de forma que los pacientes con más edad tenderán a inhibir sus emociones más frecuentemente que los jóvenes. (McConatha, Lightner y Deaner, 1994; Fernández y Ruiz, 1997; Gross, Carstensen, Pasupathi, Götestam, Tsai y Hsu, 1997; Ramírez, Esteve, López y Anarte, 1997, entre otros).

Asimismo, existen determinados estudios que ponen de relieve la influencia de la *edad* sobre el tipo de *estrategias* que se utilizan frente al dolor (v.g. Pearlin y Schooler, 1978; Felton y Revenson, 1987; Keefe y Williams, 1990; Gil et al., 1992). Aunque a este respecto no todos los resultados apuntan hacia una misma dirección, en base a la mayoría de los trabajos, proponemos que los pacientes de mayor edad son los que utilizarán más estrategias activas, mientras que los más jóvenes harán un mayor uso de estrategias pasivas.

- Por lo que se refiere a la *represión emocional*, como ya se ha mencionado, son numerosas las investigaciones que la consideran una característica propia de los pacientes de cáncer (Cox y MacKay, 1982; Greer y Watson, 1985; Temoshok, 1985, 1987; Gross, 1989; entre otros). De acuerdo con nuestro modelo teórico, se conceptualiza la *represión emocional*, como estilo de afrontamiento que influye en la elección de determinadas estrategias. De las estrategias para afrontar el dolor serán las *activas* (Brown y Nicassio, 1987) caracterizadas por no molestar a los demás y no implicar a otras personas, las que se deriven de este estilo de afrontamiento cooperativo, que evita conflictos, suprime emociones y usa la represión como mecanismo de afrontamiento (Eysenck, 1994), mientras que el empleo de estrategias en las que se haga a otros partícipes de su proceso doloroso, es decir *estrategias pasivas*, serán inusuales en pacientes con este estilo de afrontamiento.

Al mismo tiempo, estudios previos (v.g. Franz et al.; 1986; Dalton y Feuerstein, 1989; Corbishley et al., 1990; Kerns, Rosenberg y Jacob, 1994; Burns, 1997), han puesto en evidencia una relación positiva entre el estilo de *represión emocional* y *dolor*; por tanto, en nuestro modelo teórico proponemos, además de la relación entre estilo de afrontamiento y dolor mediatizada por estrategias con-

cretas, una relación directa entre el estilo de represión emocional y su influencia sobre la experiencia de dolor, de modo que aquellos individuos que se caracterizan por una escasa expresividad emocional manifestarán mayor dolor.

- En cuanto a las *estrategias de afrontamiento*, autores como Brown y Nicassio (1987), encontraron que los pacientes que utilizaban más estrategias activas eran los que tenían a su vez puntuaciones más elevadas en el control propio de su dolor y de la salud en general, así como en autoeficacia; también tenían puntuaciones más bajas en depresión, desamparo y deterioro funcional (v.g. Riquelme, Buendía y Rodríguez, 1993). Sin embargo, aquellos que usaban más estrategias pasivas mostraban mayor depresión, incapacidad funcional y desamparo, unido a altas puntuaciones en locus de control externo referido a la salud.

Además, estudios longitudinales (Brown y Nicassio, 1987; Brown, Nicassio y Wallston, 1989) han mostrado que las estrategias activas poseen capacidad para predecir una adaptación positiva al dolor a largo plazo (6 meses), junto con una disminución del dolor, mientras que las estrategias pasivas estaban asociadas a una sintomatología depresiva más grave así como a una adaptación negativa al dolor en dicho período de tiempo.

Por tanto, el modelo que se propone sugiere que el uso de estrategias activas lleva a un mejor funcionamiento y menor nivel de dolor, ocurriendo lo contrario en el caso de utilizar frecuentemente estrategias pasivas.

- Como hemos señalado anteriormente, una persona con dolor crónico sufre cambios importantes en el estilo de vida, que se caracterizan por una disminución de la actividad en las diferentes áreas de su funcionamiento (McGowan y Zevon, 1991; Vallejo y Comeche, 1992; Serlin, Mendoza, Nakamura, Edwards, et al., 1995; Williamson y Schulz, 1995). Se postula por tanto en el modelo que proponemos que cuanto mayor sea la intensidad percibida del dolor, peor será el nivel de *funcionamiento*, es decir, mayor será su interferencia en las actividades cotidianas del sujeto.

Método

Sujetos

La muestra estaba compuesta por 101 pacientes que habían acudido a la Unidad Clínica del Dolor del Hospital Civil y al servicio de Radioterapia del Hospital Regional Carlos Haya de Málaga para recibir tratamiento contra el dolor. Los pacientes evaluados en la Unidad de Dolor acudían por vez primera para solicitar tratamiento, bien porque el tratamiento del especialista había dejado de ser eficaz, o bien para iniciarlo. Los pacientes que acudían al servicio de Radioterapia, también lo hacían por primera vez para valorar la posibilidad de recibir tratamiento con radioterapia.

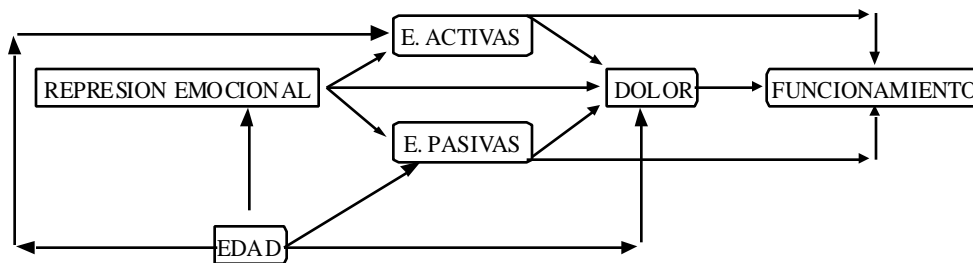


Figura I. Modelo general

Todos los sujetos que formaban la muestra habían recibido el diagnóstico de cáncer en diferentes localizaciones (ver tabla 1), siendo el más frecuente el cáncer situado a nivel respiratorio y los menos frecuentes, a nivel ginecológico y hematológico. La edad media de la muestra era de 61 años (edad mínima 20 años y edad máxima 88 años).

*Variables e instrumentos de medida*

Las variables consideradas en el modelo expuesto anteriormente (Figura 1) son evaluadas con los siguientes instrumentos.

- **Represión Emocional:** esta variable es evaluada con el «Courtauld Emotional Control Scale» (CECS) de Watson y Greer (1983). La presente escala consta de 21 ítems, dirigidos a evaluar el control emocional de las reacciones de enfado, preocupación y tristeza. El cuestionario está formado por tres subescalas, una para cada emoción con 7 ítems cada una, arrojando una puntuación por cada subescala y otra del instrumento completo. Los sujetos contestan sobre una escala de 4 puntos cuyos extremos son «Casi Nunca» y «Casi Siempre». Una puntuación alta en la escala indica un nivel elevado de represión emocional. La traducción del instrumento fue realizada por las autoras del presente trabajo a fin de conseguir un modelo lo más exacto posible respecto a la versión original (Brislin, 1986; Marin y Marin, 1991). Por otra parte, al aplicar este cuestionario a una muestra española, quisimos comprobar que su fiabilidad seguía siendo adecuada. De esta forma, tras hallar los coeficientes alfa de cada subescala, consideramos que ésta era bastante baja (entre 0.42 y 0.51) por lo que optamos por utilizar la escala to-

tal, cuyo grado de consistencia interna era aceptable (alfa=0.78), si bien, antes eliminamos 9 ítems que mostraban una baja correlación con la puntuación total y cuya exclusión de la escala implicaba un aumento considerable en la fiabilidad.

- **Estrategias de Afrontamiento:** dicha variable es evaluada con el «Vanderbilt Pain Management Inventory» (Brown y Nicassio, 1987). El cuestionario consta de 2 escalas que evalúan la frecuencia con la que los pacientes utilizan *estrategias activas* o *pasivas* cuando el dolor es intenso o moderado. La escala total está formada por 18 ítems que se contestan de acuerdo a una escala de 4 puntos («casi nunca», «algunas veces», «frecuentemente» y «casi siempre»).

La traducción del instrumento fue realizada por las autoras del presente trabajo, con el criterio de conseguir un modelo lo más exacto posible respecto al contenido de la versión original (Brislin, 1986; Marin y Marin, 1991). La administración piloto del instrumento puso de relieve una comprensión óptima por parte de los pacientes.

Tras analizar la fiabilidad de ambas subescalas consideramos que ésta era aceptable (alfa<sub>activas</sub> = 0.69; alfa<sub>pasivas</sub> = 0.70), eliminándose previamente 3 ítems de la escala pasiva y 2 de la activa para mejorar la consistencia interna.

- **Dolor:** Para evaluar el grado de dolor manifestado por los pacientes, se aplicó el «Cuestionario de Dolor de McGill» (Melzack, 1975) en una de sus versiones españolas, concretamente la de Ruiz y colaboradores (1996). 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. Además, mediante el instrumento se valora la Intensidad del dolor actual (VIA) mediante una escala verbal de 5 puntos («sin dolor», «leve», «molesto», «intenso», «fuerte», «insoportable»).

- **Nivel de Funcionamiento:** evaluado a través de la parte tercera del «West-Haven Yale Multidimensional Pain Inventory» (Kerns, Turk y Rudy, 1985), adaptado en nuestro país por Pastor y colaboradores (1995) en una muestra de enfermos reumáticos. Esta parte contiene un listado de 16 actividades cotidianas para que los sujetos indiquen la frecuencia con la que las han realizado en la última semana. Una mayor puntuación en dicha escala implica un mejor funcionamiento diario. En la versión española aparecen 4 factores: «tareas del hogar», «bricolaje», «actividades sociales» y «actividades de recreo».

*Procedimiento y técnica de análisis de datos*

Las entrevistas fueron realizadas en una de las consultas con una duración aproximada de media hora. Los pacientes eran remitidos ese mismo día por los médicos que los atendían según el orden de llegada. Debido al bajo nivel cultural de la muestra todos los instrumentos que se han descrito anteriormente fueron aplicados oralmente y las alternativas de respuesta estaban impresas en unas tarjetas con grandes letras en la parte superior y números en la inferior, en las que los pacientes debían señalar la opción elegida. Las entrevistas se realizaron sin presencia de acompañantes y previa aceptación voluntaria de participación en el estudio. La eva-

Tabla 1  
Características descriptivas de la muestra

Tabla 1 Características descriptivas de la muestra		
<b>Edad</b>		
< 50 años		19%
51-60		18%
61-70		42%
>71 años		21%
<b>Sexo</b>		
Varón		75%
Mujer		26%
<b>Estado Civil</b>		
Casado/a		80%
Viudo/a		10%
Soltero/a		8%
Separado/a		2%
<b>Diagnósticos</b>		
Ca. Ginecológico		4%
Ca. Cabeza-Cuello		7%
Ca. Respiratorio		31%
Ca. Urinario		14%
Ca. Óseo		10%
Ca. Digestivo		17%
Ca. Mama		12%
Ca. Hematológico		3%
Otros		2%
<b>Estudios</b>		
Sin estudios		45%
Primarios		38%
Secundarios		13%
Diplomatura		3%
Licenciatura		2%

luación se llevó a cabo entre el 9 de julio de 1997 y el 18 de Mayo de 1998.

Es necesario señalar que si bien los pacientes no mostraron ningún tipo de objeción a la entrevista, nos encontramos con algunas dificultades para acceder a la muestra. En primer lugar, en numerosas ocasiones no se pudieron realizar las entrevistas pues muchos enfermos oncológicos con dolor crónico se encontraban bajo la toma de una medicación muy potente que mermaba su capacidad discriminativa, o bien porque, debido al estado avanzado de su enfermedad o dolor, los enfermos no acudían a la Unidad, presentándose en su lugar los familiares. En otros casos, en los que procedían de la planta de oncología del Hospital en cuestión donde permanecían hospitalizados, no se pudo llevar a cabo la entrevista, debido a que la evaluación del funcionamiento diario formaba parte del estudio y no procedía evaluarlo en estos pacientes. También en numerosas ocasiones, los pacientes no manifestaban dolor crónico oncológico debido a que se habían sometido recientemente a una intervención quirúrgica (cáncer de mama o de próstata) y acudían al servicio de Radioterapia para planificar el tratamiento únicamente con carácter preventivo. Por otra parte, había momentos en los que no se podía continuar con la entrevista, debido a la intensidad tan elevada del dolor y a la edad tan avanzada de los pacientes, resultando prácticamente imposible llegar a un grado de entendimiento adecuado.

Con respecto a las técnicas de análisis de datos, y dado que el principal objetivo de esta investigación consiste en analizar la viabilidad de un modelo general explicativo de las relaciones entre las variables implicadas en el afrontamiento del dolor crónico en su conjunto, 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, mediante la estimación por el método de máxima verosimilitud (ML) puesto que, en nuestro caso, se cumplía el supuesto de normalidad multivariada. 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). Asimismo, también se incluye una tabla con los valores promedios de las variables incluidas en el modelo (ver tabla 3).

Resultados

Comenzamos la exposición de los resultados evaluando el modelo general propuesto, y para ello analizaremos el ajuste una vez que se han eliminado los parámetros no significativos de dicho modelo (ver tabla 4). En primer lugar, el valor de *Chi-cuadrado*,

que expresa el grado en que el modelo representa las relaciones observadas, es relativamente pequeño ( $X^2=1.22$ ) si se compara con los grados de libertad (3). Por tanto, se puede decir que el modelo es una viable representación de la realidad pues la diferencia entre la matriz de correlaciones observadas y la matriz estimada, es pequeña reflejando con ello, un buen ajuste.

Otro de los índices que nos sirve para juzgar la exactitud del modelo es el *Índice de Bondad de Ajuste (GFI)* que es una medida relativa a la cantidad de la matriz de correlaciones observada explicada conjuntamente por el modelo. El AGFI es el *ajuste del GFI a los grados de libertad del modelo* (diferencias entre el número de ecuaciones y el de incógnitas). Los dos índices se mueven entre el 0 y el 1, siendo éste último el ajuste perfecto. En nuestro caso, ambos índices son muy satisfactorios.

*Tabla 2*  
Matriz de correlaciones inicial

	Represión emocional	E. activas	E. pasivas	Dolor	Funciona.	Edad
Rep. Emocional	1.00					
E. activas	0.28	1.00				
E. pasivas	-0.03	-0.34	1.00			
Dolor	-0.13	-0.22	0.24	1.00		
Funciona.	-0.12	0.02	0.06	0.18	1.00	
Edad	0.27	-0.02	0.03	-0.22	-0.02	1.00

*Tabla 3*  
Estadísticos descriptivos obtenidos en las diferentes variables

	Mínimo	Máximo	Media	D. Típica
Represión emoc.	14	48	32,7900	7,4023
Funcionamiento	10	26	12,9388	3,8175
Dolor	24,99	49,91	37,7470	5,3993
E. activas	5	20	10,5386	3,7476
E. pasivas	9	31	20,2277	5,2305

*Tabla 4*  
Indices de bondad del modelo.  
GFI: Índice de Bondad de Ajuste  
AFGI: Ajuste del GFI a los grados de libertad del modelo

CHI-CUADRADO= 1.22 (P=0.75) GRADOS DE LIBERTAD: 3
GFI= 1.00 AGFI= 0.98

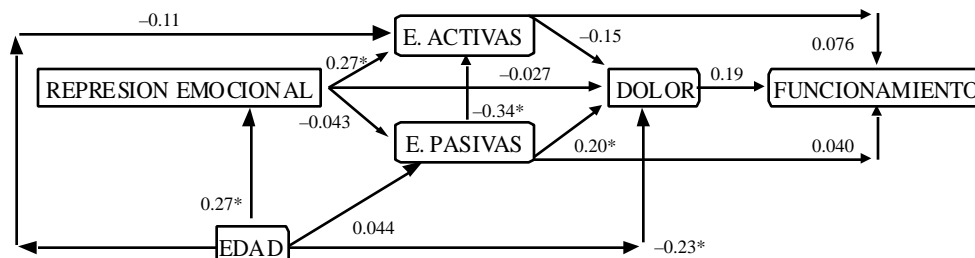


Figura II. Modelo general final obtenido tras el análisis de datos (\* p < .05)

A continuación se exponen las variables a partir de los diferentes parámetros estimados, lo que se traduce en los diversos efectos causales entre las variables y su grado de significación (ver figura II).

En primer lugar encontramos que la edad influye positiva y significativamente en que los pacientes utilicen la represión emocional como estilo de afrontamiento ( $\text{Gamma}=0.27$ ,  $p<0.05$ ). Lo que quiere decir que cuanto más edad tenga, mayor va a ser su estilo represivo. Sin embargo, según puede apreciarse en la figura II, no parece haber un efecto significativo de la edad sobre el uso de estrategias de afrontamiento activas y pasivas ( $\text{Gamma}=-0.11$ ,  $p>0.05$  y  $\text{Gamma}=0.044$ ,  $p>0.05$ , respectivamente). Por otra parte, encontramos una relación significativa y negativa entre edad y dolor ( $\text{Gamma}=-0.23$ ,  $p<0.05$ ).

Por otro lado, la represión emocional influye de forma significativa y positiva sobre el uso de estrategias activas ( $\text{Beta}=0.27$ ,  $p<0.05$ ), mientras que no se aprecia un efecto significativo entre dicha represión emocional y el mayor o menor uso de estrategias pasivas ( $\text{Beta}=-0.043$ ,  $p>0.05$ ) como tampoco es significativo el efecto de la represión emocional sobre el dolor ( $\text{Beta}=-0.027$ ,  $p>0.05$ ).

La relación entre estrategias activas y pasivas es negativa y significativa, lo que nos indica el carácter incompatible de ambos tipos de estrategias ( $\text{Beta}=-0.34$ ,  $p<0.05$ ). Esta relación se incorpora en el modelo sugerida por los índices de modificación que proporciona el programa LISREL 8.20.

Según se desprende de los datos obtenidos, vemos que las estrategias pasivas influyen significativa y positivamente sobre el dolor ( $\text{Beta}=0.20$ ,  $p<0.05$ ). Por lo que se refiere a las estrategias activas se da una relación negativa con el dolor que, aunque no alcanza la significación, es teóricamente relevante ( $\text{Beta}=-0.15$ ,  $p>0.05$ ), por lo que consideramos interesante dejarla en el modelo final, ya que no atenta contra el ajuste global del mismo.

Por último, con respecto al nivel de funcionamiento, vemos que ni el tipo de estrategias que el paciente ponga en marcha ( $\text{Beta}=0.040$ ,  $p>0.05$  y  $\text{Beta}=0.076$ ,  $p>0.05$ ) ni tampoco el grado de dolor que manifieste ( $\text{Beta}=0.19$ ,  $p>0.05$ ), tienen efectos significativos sobre el nivel de funcionamiento.

### Conclusiones

Expondremos las conclusiones siguiendo el mismo orden en el que se presentan las hipótesis postuladas en el modelo inicial.

En primer lugar, observamos que los grupos de más edad presentan, de manera significativa, una mayor represión de sus emociones. Estos resultados concuerdan con los existentes en la literatura previa, (v.g. Fernández y Ruiz, 1997; Gross et al., 1997; Ramírez et al., 1997). Lo que no sabemos es si esta relación obedece a un estilo de socialización que anima al control de los sentimientos, propio de una determinada época o generación, o si está más relacionado con la maduración del individuo que va aprendiendo a regular la expresión de sus sentimientos. Por otro lado, encontramos que la edad se relaciona negativamente con el dolor manifestado. Los adultos jóvenes tienden a manifestar un mayor dolor. Estos resultados son consistentes con estudios previos, donde la mayor incidencia de crisis dolorosas tenía lugar entre jóvenes adultos en comparación con adultos de mayor edad (v.g. Baum, Dunn, Maude y Serjeant, 1987; Gil et al., 1989; Greenwald, 1991). Este resultado podría tener varias explicaciones. Por un lado, las personas de mayor edad han sufrido a lo largo de su vida más episodios de dolor que una persona joven y, por lo tanto, están más habitua-

das a padecerlo. Por otra parte, es posible que las personas de mayor edad expresen menos su dolor como consecuencia de una mayor represión emocional.

En segundo lugar, vemos que tal y como postulábamos en el modelo inicial, un mayor control de las emociones lleva a un uso más frecuente de estrategias de afrontamiento activas al dolor en pacientes oncológicos; sin embargo, este estilo represivo no influye en el mayor o menor uso de estrategias pasivas. Si atendemos a la definición que hace Eysenck (1994) del patrón comportamental característico de los enfermos de cáncer como «...sumamente cooperativos, pasivos, que evitan conflictos, suprimen emociones como ira o ansiedad, que usan la represión como mecanismo de afrontamiento, rígidos y con mayor predisposición a experimentar desesperanza y depresión» (p. 168), parece lógico pensar que las personas caracterizadas por un estilo represivo procuren no molestar a los demás cuando sientan dolor, tomando ellos parte activa en el control del mismo sin hacer partícipes a otras personas, englobándose esta forma de afrontar el dolor bajo el nombre de estrategias activas, donde en nuestro estudio son usadas en mayor medida por personas con una mayor represión emocional.

En tercer lugar, en nuestro estudio no encontramos una influencia directa de la represión emocional sobre el dolor, como nos planteamos en un principio, basándonos en los resultados de investigaciones previas (v.g. Engel, 1959; Blumer y Heilbronn, 1982; Beutler, Engle, Oro'-Beutler, y Daldrup., 1986; Dalton y Feuerstein, 1989; Wilkie, Keefe, Dodd y Copp, 1992; Kerns, Rosenberg y Jacob, 1994; Burns, 1997), en los cuales se establecía esta relación de forma directa, es decir, sin explicar los mecanismos por los que se establece esta relación. Sin embargo, de acuerdo con nuestros resultados, la represión emocional *no influiría de forma directa sobre el dolor sino a través de las estrategias de afrontamiento*.

Por otra parte, las estrategias de afrontamiento influyen en el dolor de la siguiente forma: a) las estrategias pasivas se asocian con un mayor dolor, de tal forma que cuando el paciente se queja continuamente, permanece largo tiempo en reposo o realiza continuas visitas al médico, experimenta un mayor dolor; b) aunque el efecto de las estrategias activas sobre el dolor no alcance la significación estadística, es teóricamente relevante que ésta sea una influencia negativa (por contraste de la influencia positiva de las estrategias pasivas); c) en tercer lugar, ambos tipos de estrategias son incompatibles pero no con carácter bidireccional es decir, cuanto mayor uso se hace de estrategias pasivas, menos se usarán las activas. Esta incompatibilidad, nos da pautas interesantes de cara a la intervención psicológica en este tipo de pacientes, pues eliminando estrategias pasivas del repertorio del paciente se espera que, al mismo tiempo, se fomente el uso de estrategias activas y, consecuentemente el grado de dolor sea menor.

Es curioso el hecho de que dolor y funcionamiento no estén relacionados tal y como nos indican estudios previos (v.g. Serlin et al., 1995; Williamson, y Schulz, 1995). Ésto podría encontrar la explicación en el tipo de muestra que utilizamos, ya que se trata de pacientes todos ellos con diagnóstico de cáncer en estado avanzado que se caracterizan por mostrar un nivel de funcionamiento muy bajo y un grado de dolor también muy elevado y ésto en todos los sujetos. Posiblemente se encontraría esta relación en una muestra que no presente valores tan extremos en ambas variables.

Por último, el nivel de funcionamiento tampoco parece venir explicado por el mayor o menor uso de estrategias activas o pasivas, en contra de los resultados de estudios previos (v.g. Weikge-

nant et al., 1993; Melding, 1995; Snow, Norris y Tau, 1996). Algunos de esos resultados previos podrían explicarse porque relacionan directamente estrategias activas y pasivas y nivel de funcionamiento sin controlar la influencia del dolor. Si no se controla la influencia del dolor es posible que se usen estrategias activas y se tenga un buen nivel de funcionamiento debido a que el dolor no es intenso. Otra razón podría ser que en estos estudios previos existiera un solapamiento entre estrategias activas y nivel de funcionamiento elevado y que el enfermo que ignora las sensaciones de dolor, hace ejercicio o realiza actividades placenteras (estrategias activas), en definitiva lo que realiza son conductas relacionadas con un elevado nivel de funcionamiento. Es decir, es posible que se estuviese midiendo lo mismo y de ahí la relación encontrada en estudios anteriores. Igual podría ocurrir con la relación entre estrategias pasivas y un bajo nivel de funcionamiento.

En definitiva, al tratarse éste de un trabajo sin antecedentes en la literatura, persisten numerosos interrogantes que esperamos poder solucionar en investigaciones futuras. En primer lugar, puesto que el afrontamiento se define como un proceso cambiante, se de-

bera realizar bien un estudio longitudinal en el que se analice si conforme va aumentando el dolor, cambia el papel de las estrategias de afrontamiento, o bien un estudio transversal en el que estén representados sujetos con distintos niveles de dolor. Además, quedan aún muchos interrogantes por responder respecto al papel de la represión emocional. Su presencia parece estar asociada con menor dolor a través del uso de estrategias de afrontamiento activas pero no sabemos qué consecuencias tiene en el bienestar psicológico de estos pacientes.

En resumen, nuestros resultados indican la utilidad de conceptualizar el dolor crónico desde el «Modelo Procesual del Estrés» considerando al dolor como una situación de tensión crónica mantenida en la que la forma en que nos enfrentamos a él, es decir, las estrategias de afrontamiento, se constituye en el eje fundamental para manejarlo y controlarlo. Además, dichos resultados también nos indican el papel tan relevante de la represión emocional en relación al dolor crónico oncológico y lo adecuado de considerarla como un estilo de afrontamiento que lleva al uso de determinadas estrategias frente al dolor.

#### Referencias

- Baum, K.; Dunn, D.; Maude, G. y Serjeant, G. (1987). The painful crisis of homozygous sickle cell disease. *Archives of Internal Medicine*, 147 1.231-1.234.
- Beutler, L.; Engle, D.; Oro'-Beutler, M.E. y Daldrup, R. (1986). Inability to express intense affect: a common link between depression and pain? *Journal of consulting and clinical psychology*, 54(6) 752-759.
- Blumer, D. y Heilbronn, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease: The pain-prone disorder. *Journal Nervious Mental Disease*, 170 381-414.
- Brislin, R.W. (1986). The wording and translation of research instruments. En: W. Lonnor y J.W. Berry, (eds.), *Field Methods in Cross-Cultural Research*. Beverly Hills, Ca.: Sage.
- 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.
- 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.
- Burns, J.W. (1997). Anger management style and hostility: predicting symptom-specific physiological reactivity among chronic low back pain patients. *Journal of behavioral medicine*, 20(6) 505-522.
- Corbishley, M., Hendrickson, R., Beutler, L. y Engle, D. (1990). Behavior, Affect, and cognition Among Psychogenic Pain Patients in Group Expressive Psychotherapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 5(4) 241-248.
- Cox, T. y Mackay, C. (1982). Psychosocial factors and psychophysiological mechanisms in the aetiology and development of cancers. *Social and Science Medicine*, 16 381-396.
- Dalton, J. y Feuerstein, M. (1989). Fear, alexithymia and cancer pain. *Pain*, 38 159-170.
- Dobratz, M. (1995). Analysis of variables that impact psychological adaptation in home hospice patients. *Hospice Journal*, 10(1) 75-88.
- Engel, G.L. (1959). «Psychogenic» pain and the pain-prone patient. *American Journal Medicine*, 26 899-910.
- Eysenck, H.J. (1994). Cancer, personality and stress: prediction and prevention. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 16 167-215.
- Felton, B. y Revenson, T. (1987). Age differences in coping with chronic illness. *Psychology and Aging*, 2 164-170.
- Fernández-Ballesteros, R. y Ruiz, M.A. (1997). Personalidad y cáncer: Hans J. Eysenck, un rebelde con causa. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 50(4) 447-464.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1) 150-170.
- Franz, C., Paul, R. Bautz, M., Choroba, B y Hildebrandt, J. (1986). Psychosomatic Aspects of Chronic Pain: a New Way of Description Based on MMPI Item Analysis. *Pain*, 26 33-43.
- Gil, K.M., Abrams, M.R., Phillips, G. y Keefe, F.J. (1989). Sickle cell disease pain: relation of coping strategies to adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 725-731.
- Gil, K.M., Abrams, M.R., Phillips, G. y Williams, D.A. (1992). Sickle cell disease pain: 2. Predicting health care use and activity level at 9-month follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 267-273.
- Glover, J.; Dibble, S.; Dodd, M. y Miaskowski, C. (1995). *Journal of Pain and Symptom Management*, 10(2) 120-128.
- Goldie, L. (1990). The effect of character, experience, and circumstances on the way in which physical pain is endured. *Psychologie Medicale*, 22(3) 195-196.
- Greenwald, P. (1991). Interethnic differences in pain perception. *Pain*, 44 157-163.
- Greer, S. y Watson, M. (1985). Towards a psychobiological model of cancer. Psychological considerations. *Social and Sciences Medicine*, 20 773-777.
- Gross, J. (1989). Emotional expression in cancer onset and progression. *Social Science Medicine*, 28(12) 1239-1248.
- Gross, J.; Carstensen, L.; Götestam C.; Tsai, J. y Hsu, A. (1997). Emotion and Aging: Experience, Expression, and Control. *Psychology and Aging*, 12(4) 590-599.
- Hatch, J.P., Schoenfeld, L.S., Boutros, N.N., Seleshi, E., Moore, P.J. y Cyprovost, M. (1991). Anger and hostility in tension-type headache. *Headache*, 31 302-304.
- Keefe, F.J. y Williams, D.A. (1990). A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups. *Journal of Gerontology*, 45 161-165.
- Kelley, J., Lumley, M. y Leisen, J. (1997). Health effects of emotional disclosure in rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology*, 16(4) 331-340.
- Kerns, R.; Rosenberg, R. y Jacob, M.C. (1994). Anger expression and chronic pain. *Journal of behavioral medicine*, 17(1) 57-67.
- Kerns, R.; Turk, D; y Rudy T. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23 345-356.

- King, L. y Emmons, R. (1990). Conflict over emotional expression: psychological and psysical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5) 864-877.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig. 1984).
- Marin, G. y Marin, B. van O. (1991). *Research with hispanic populations*. Newbury Park, Ca.: Sage.
- McConatha, J.; Lightner, E. y Deanre, S. (1994). Culture, age and gender as variables in the expression of emotions. *Journal of social behavior and personality*, 9(3) 481-488.
- McGowan, J. y Zevon, M. (1991). The relationship between the McGill Pain Questionnaire and functional status. *Psychology and Health*, 5(3) 221-230.
- Melding,-Pamela-S. (1995). How do older people respond to chronic pain? A review of coping with pain and illness in elders. *Pain-Reviews*; 2(1) 65-75.
- Melzack, R. (1975). The McGill pain questionnaire: mayor properties and scoring methods. *Pain*, 1 277-299.
- Morris, T. y Greer, S. (1980). A «Type C» for cancer?. Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. *Cancer Detection and Prevention*, 3(1) Abstract nº 102.
- Pastor, M.A.; López-Roig, S.; Rodríguez-Marín, J.; Terol, M.C. y Sánchez, S. (1995). Evaluación Multidimensional del dolor crónico en enfermos reumáticos. *Revista de Psicología de la Salud*, 7(2) 79-106.
- Pearlin, L. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19 2-21.
- Ramírez, C.; Esteve, R.; López, A. y Anarte, M. (1997). Influencias de las variables género, edad, nivel educativo en el patrón comportamental Tipo C. Comunicación presentada en el *Ier Congreso de la Sociedad española de Diferencias Individuales*. Madrid, 6-9 de Noviembre, 1997.
- Riquelme, A.; Buendía, J. Y Rodríguez, M.C. (1993). Estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. *Psicothema*, 5(1) 83-89.
- Ruiz, R.; Pagerols, M. y Collado, A. (1996). Medidas de dolor. En: J. Badía, M. Zalameiro, J. Alonso y A. Ollé (eds.). *La medida de la salud*. Barcelona: PPU.
- Serlin, R.; Mendoza, C.; Nakamura, Y.; Edwards, K.; et al. (1995). When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain*, 6 (2) 277-284.
- SnowA.-Lynn; Norris, M.; Tan, G. (1996). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 64(3) 455-462.
- Temoshock, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys*, 6(3) 545-567.
- Temoshok, L., Heller, B.W., et al. (1985). The relationship of psychosocial factors to prognostic indicators in cutaneous malignant melanoma. *Journal of Psychosomatic Research*, 29 139-154.
- Vallejo, M.A. y Comeche, M.I. (1992). Consideraciones acerca de la conceptualización del dolor crónico. *Psicothema*, 4(2), 379-383.
- Vázquez, M.L. y Reig, E. (1996). Visión integrada del tratamiento antiálgico. En: M. González Barón (ed.). *Tratado de medicina paliativa y tratamiento soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid: Médica Panamericana.
- Watson, M. y Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatic Research*, 27(4) 299-305.
- Weickgenant,-Anne-L.; Slater,-Mark-A.; Patterson,-Thomas-L.; Atkinson,-J.-Hampton; et-al (1993). Coping activities in chronic low back pain: Relationship with depression. *Pain*, 53(1) 95-103.
- Wilkie, D.; Keefe, F.; Dodd, M. y Copp, L. (1992). Behavior of patients with lung cancer: description and associations with oncologic and pain variables. *Pain*, 51(2) 231-240.
- Williamson, G. y Schulz, R. (1995). Activity restriction mediates the association between pain and depressed affect: A study of younger and older adult cancer patients. *Psychology and Aging*, 10(3) 369-378.
- Wu, K. (1991). Family support, age, and emotional states of terminally ill cancer patients. *Omega Journal of Death and Dying*, 22(2) 139-151.

Aceptado el 20 de octubre de 1999