

Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico

Laura Camacho Martel y María Teresa Anarte Ortiz
Universidad de Málaga

En este estudio se analizan las posibles relaciones entre las creencias de dolor, las estrategias de afrontamiento (autoafirmaciones), el dolor percibido y el estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. Se propone un modelo teórico que es contrastado en dos muestras de pacientes que acuden a diferentes servicios médicos para tratar su dolor, concretamente 100 pacientes de Reumatología y 114 de la Unidad del Dolor. Los resultados ponen de manifiesto la existencia de diferencias en cuanto a las relaciones entre las variables estudiadas en pacientes con dolor crónico de diferentes servicios médicos. Como conclusiones generales se destaca que las creencias mantenidas por los pacientes influyen sobre la percepción de su dolor, sin embargo, no se encuentran relaciones significativas entre el tipo de autoafirmaciones empleadas y dolor percibido. Finalmente, el dolor que el paciente percibe y el estado emocional deprimido correlacionan positivamente.

Beliefs, coping, and depressive mood state in chronic pain patients. This study analyses the relationship between pain-related beliefs, coping strategies (self-statements), pain perception, and depressive mood state in chronic pain patients. A theoretical model is proposed and tested with two groups of chronic patients attending two different medical services. The sample was made up of 100 patients from the Rheumatology Unit, and 114 patients from a Pain Clinic. The results suggest that there are differences in the relationships between the different variables studied. A general conclusion is that the pain-related beliefs of patients with chronic pain play an important role on pain perception. However, no significant relationships were found between self-statements and pain. Finally, the pain intensity and the depressed mood are positively correlated.

El estudio de los factores cognitivos en pacientes con dolor crónico se reconoce como un componente importante. En concreto, un área que cada vez recibe mayor atención es el estudio de las creencias (Turk y Rudy, 1992; Turner, Jensen y Romano, 2000). Se considera que estas variables cognitivas (creencias específicas de dolor) mantienen e incrementan el dolor crónico, ya que diversas investigaciones encuentran que las creencias desadaptativas ejercen una influencia desfavorable en el afrontamiento del dolor crónico reduciendo su eficacia (Comeche, Vallejo y Díaz, 2000; Jensen, Turner y Romano, 2001; Turner, Dworking, Mancl, Huggins y Truelove, 2001). Por lo tanto, el sistema de creencias relacionadas con la experiencia del dolor desempeña un papel fundamental, y es de gran interés para el tratamiento saber cómo las creencias que los pacientes tienen sobre su dolor pueden influir en la capacidad para hacerle frente, en su estado emocional y en la percepción final del mismo.

Al respecto, se viene estudiando el dolor crónico desde la perspectiva del *Modelo Procesual del Estrés* de Lazarus y Folkman (1984). Partiendo de este modelo, el dolor crónico puede ser en-

tendido como una experiencia que es estresante para la persona y que requiere continuos esfuerzos adaptativos considerados como estrategias de afrontamiento. Dichas estrategias de afrontamiento, a su vez, vendrán determinadas por la valoración que hace la persona de su situación y de los recursos de los que disponga. Es en dicho proceso valorativo donde intervienen las creencias de dolor, es decir, aquellas creencias específicas que tiene el paciente en relación con el contexto del dolor y su tratamiento (DeGood y Shutty, 1992) y que mediante su influencia sobre las estrategias de afrontamiento darán lugar a diferencias en cuanto a los niveles de adaptación manifestados por los pacientes.

Por otra parte, puede observarse que entre los pacientes que padecen dolor de forma crónica, las alteraciones emocionales son muy frecuentes y suelen manifestarse en niveles elevados de ansiedad, depresión, miedo o ira (Bank y Kerns, 1996; Madland, Feinmann y Newman, 2000). Concretamente el análisis de las alteraciones en el estado de ánimo puede ayudarnos a comprender cómo se intensifica la sensibilidad al dolor mediante el malestar emocional.

A continuación se presenta el modelo teórico (Figura 1) que proponemos y que será contrastado posteriormente en dos tipos de Servicios Médicos.

Las relaciones que se establecen entre las variables estudiadas se concretan en las siguientes hipótesis:

– Se postula que las *creencias* se relacionan con el tipo de estrategias de afrontamiento cognitivo al dolor crónico. Numerosas

investigaciones han concluido que la percepción de control sobre el dolor se relaciona con una mejor adaptación al dolor crónico, de tal forma que la creencia de falta de control personal está relacionada con estrategias de afrontamiento no efectivas para el manejo del dolor (Arnstein, Caudill, Mandle, Norris y Beasley, 1999; Coughlin, Bandura, Fleischer y Guck, 2000; Martín-Aragón et al., 2001). Se contemplan en este estudio dos tipos de creencias: las *creencias de recursos* (control y predicción del dolor) y las *creencias de indefensión* (incapacidad para controlar y predecir el dolor). De este modo, las *creencias de recursos* tendrán un efecto positivo sobre las *autoafirmaciones de afrontamiento* (autoafirmaciones positivas). Y, en cambio, las *creencias de indefensión* se relacionarán de forma positiva con la utilización de *autoafirmaciones catastrofistas* (autoafirmaciones negativas).

Asimismo, se ha encontrado que la creencia de incontrolabilidad aumenta la percepción de la intensidad del dolor (Edwards, Pearce, Turner-Stokes y Jones, 1992; Nicassio, Shuman, Radojevic y Weisman, 1999). Por lo tanto, se propone que las creencias de indefensión de los pacientes ante el dolor se relacionan de forma positiva con la intensidad del dolor que perciben. Mientras que las creencias de recursos se relacionarán de forma negativa, así cuanto mayor sea la creencia de recursos que el paciente tiene frente al dolor menor será la intensidad percibida.

– En cuanto a las *estrategias de afrontamiento cognitivo* los diferentes estudios encuentran que las *autoafirmaciones de afrontamiento* se relacionan significativamente con un funcionamiento mejor, con el aumento de la actividad y negativamente con depresión, mientras que las autoafirmaciones negativas se relacionan con malestar psicológico y con mayor intensidad del dolor (Jensen y Karoly, 1991; Severeijns, Vlaeyen, Vander Hout y Weber, 2001). De esta forma, el tipo de estrategia de afrontamiento cognitivo que utilice el paciente se relacionará con la percepción final del dolor. Concretamente, se postula que la utilización de autoafirmaciones de catastrofismo se relacionará de forma positiva con el dolor, en cambio las autoafirmaciones de afrontamiento se relacionarán de manera negativa con la intensidad del dolor. Cuanto mayor sea el uso de autoafirmaciones de afrontamiento menor será la intensidad del dolor que el paciente percibe.

– Por otra parte, recientes investigaciones indican que el *dolor* también puede ser determinante de otras variables como el estado de ánimo. Así, los pacientes con dolor crónico que informan

de más dolor también informan de mayores niveles de malestar emocional (Jaminson y Virts, 1990; Gaskin, Greene, Robinson y Geisser, 1992). De este modo, se postula que la intensidad del dolor que el paciente percibe se relaciona de forma positiva con el estado de ánimo deprimido, de manera que cuanto más intenso sea el dolor que éste experimente mayor será el efecto del dolor sobre el estado emocional deprimido.

– Referente al estado de ánimo negativo, los resultados de los estudios encuentran una relación positiva entre malestar emocional y gravedad del dolor (McCracken, Zayfert y Gross, 1992; Kerns, Rosenberg y Jacob, 1994). Teniendo en cuenta estos resultados, se postula que el estado emocional del paciente va a tener un efecto positivo sobre la intensidad del dolor que éste percibe, de forma que a mayor estado de ánimo deprimido mayor dolor.

A su vez, el estado de ánimo puede interferir en la elección por parte del paciente de estrategias que sean efectivas para afrontar el dolor y por consiguiente dificultar los esfuerzos para un funcionamiento adaptativo (Brown, Nicassio y Wallston, 1989; Downey, Paredie y Schaffe-Neitz, 1999; Amigo, Fernández y Pérez, 1998). Se postula, pues, que el estado de ánimo deprimido se relacionará de forma positiva con las autoafirmaciones de catastrofismo y negativamente con las autoafirmaciones de afrontamiento. De este modo, cuanto mayor sea el estado de ánimo deprimido el paciente utilizará más autoafirmaciones de catastrofismo.

– Finalmente, en un estudio anterior (Camacho, 2000) comprobamos cómo los pacientes con dolor crónico que fueron atendidos en *diferentes servicios médicos* para tratar su dolor (Unidad del Dolor y Servicio de Reumatología de la provincia de Málaga) mostraron puntuaciones medias diferentes en las variables objeto de nuestro estudio. Los pacientes de la Unidad del Dolor mostraban una mayor intensidad del dolor, un estado de ánimo más negativo, mayores autoafirmaciones de catastrofismo y más creencias de indefensión en comparación con los pacientes del Servicio de Reumatología, siendo significativas dichas diferencias. Teniendo en cuenta esos resultados podemos esperar que las relaciones entre las variables anteriormente descritas puedan ser diferentes entre los pacientes de la Unidad del Dolor y del Servicio de Reumatología. No obstante, según nuestro conocimiento, no se han realizado estudios previos que analicen las posibles diferencias entre pacientes con dolor crónico atendidos en diferentes dispositivos sanitarios.

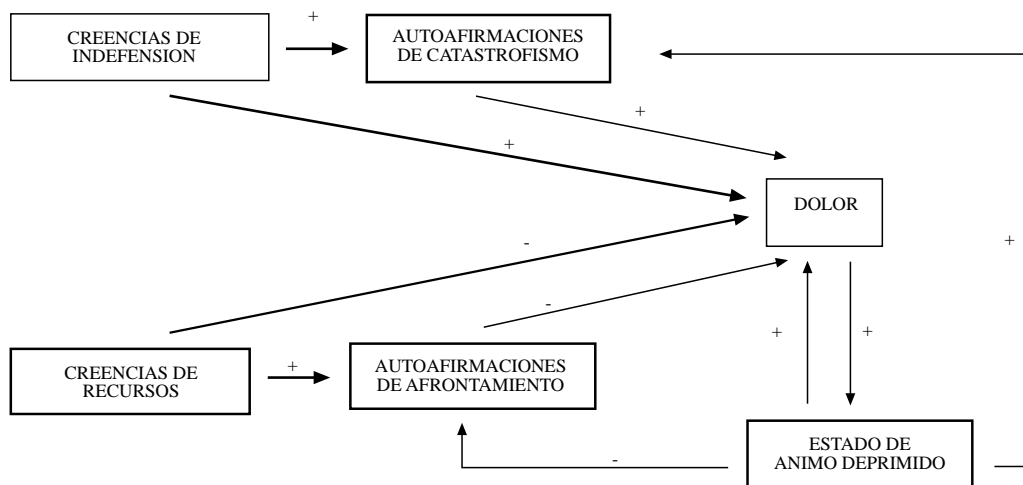


Figura 1. Modelo general

Considerando todo lo anterior, el objetivo de esta investigación es contrastar el modelo teórico presentado en la Figura 1 en dos dispositivos médicos diferentes (Unidad del Dolor y Servicio de Reumatología) donde se atienden a pacientes con dolor crónico.

Método

Sujetos

La muestra estaba formada por 214 pacientes con dolor crónico que aceptaron participar de forma voluntaria en el estudio y que acudían por primera vez a consulta. Del total de pacientes 100 pertenecían al Servicio de Reumatología y 114 a la Unidad del Dolor, ambos en Málaga. Las características demográficas se presentan en la Tabla 1.

Variables e instrumentos

Las variables consideradas en el Modelo Teórico expuesto anteriormente (Figura 1) fueron evaluadas mediante los siguientes instrumentos.

– *Creencias y Autoafirmaciones*: para la evaluación de las creencias y estrategias de afrontamiento cognitivo (autoafirmaciones) utilizamos el *Pain-Related Control Scale (PRCS) / Pain - Related Self Statements (PRSS)* (Flor, Behle y Birbaumer, 1993). La primera escala (PRCS) consta de 15 ítems y evalúa las actitudes generales sobre el dolor y esquemas cognitivos subyacentes en pacientes con dolor crónico, especialmente creencias sobre la Controlabilidad y Predictibilidad del dolor denominadas *Indefensión y Recursos*. La segunda escala del instrumento (PRSS) está formada por 18 ítems y 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 y Afrontamiento*. El cuestionario presenta buenas cualidades psicométricas. Para las subescalas del PRCS 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 los valores alfa son de 0,92 para la subescala de Afrontamiento y 0,88 para la subescala de Catastrofismo, encontrando nosotros valores similares en muestra española. Dado que en estudios anteriores comprobamos que los sujetos tenían tendencia a contestar SÍ-NO, utilizamos respuestas dicotómicas.

– *Dolor: Cuestionario de Evaluación del Dolor McGill* (Melzack, 1975), concretamente la versión española adaptada a nuestro país por Lázaro, Bosch, Torrubia y Baños en 1994. Consta de 66 descriptores distribuidos en cada una de las tres dimensiones (cognitiva, afectiva y evaluativa). 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 tenido en cuenta la escala total encontrando índices similares.

Recientemente se ha desarrollado la versión española del Cuestionario de Dolor McGill (Masedo y Esteve, 2002). El instrumento resultante se muestra sensible a las diferencias entre dolor crónico y agudo.

– *Estado de ánimo deprimido*. Mediante la subescala depresión de la forma abreviada del Perfil de Estados de Ánimo (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 resultados muestran una buena calidad psicométrica, siendo los valores alfa de la subescala depresión de 0,902. En este cuestionario también se dicotomizaron las respuestas.

Procedimiento y análisis de los datos

La recogida de los datos se realizó en dos servicios médicos, la Unidad del Dolor y el Servicio de Reumatología. 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. Todos los pacientes que intervinieron en el estudio manifestaban dolor por un período de seis meses o más.

Para analizar las relaciones causales entre las variables presentadas en el Modelo General (Figura 1) utilizamos como metodología de análisis los *Modelos de Ecuaciones Estructurales*, y, dado que no se cumplía el supuesto de normalidad, utilizamos el Método de estimación de «mínimos cuadrados generalizados» (GLS).

Tabla 1
Características demográficas

Variables	Unidad del Dolor (n=114)	Reumatología (n=100)
Edad (en años)		
M (D.T.)	60.38 (13.59)	48.99 (14.18)
Sexo		
Mujer	68 (60%)	79 (79%)
Hombre	46 (40%)	21 (21%)
Nivel de estudios		
Sin conocimientos lecto-escritores	17 (15%)	7 (7%)
Conocimientos lecto-escritores	29 (25%)	23 (23%)
Estudios primarios	44 (39%)	41 (41%)
Bachiller	15 (13%)	23 (23%)
Diplomado universitario/a	4 (3%)	4 (4%)
Licenciado universitario/a	5 (4%)	2 (2%)
Ocupación		
Empleado/a	5 (4%)	25 (25%)
Desempleado/a	4 (3%)	6 (6%)
Jubilado/a	39 (34%)	13 (13%)
De baja	21 (18%)	17 (17%)
Amo/a de casa	45 (39%)	38 (38%)
Estudiante	0	1 (1%)
Duración del dolor (en meses)		
M (D.T.)	62.63 (72.99)	75.13 (69.64)
Tratamiento anterior		
Sí	102 (89%)	85 (85%)
Etiología del dolor		
	óseos (31.6%)	a.e.r. (23.23%)
	neuropáticos (40.3%)	t.d.o.t. (41%)
	oncológicos (25.4%)	r.n.a (36.36%)
a.e.r.: artritis y enfermedades relacionadas; t.d.o.t.: trastornos degenerativos osteoarticulares y tendinosos; r.n.a: reumatismos no articulares. M= media; D.T.= desviación típica.		

Puesto que deseábamos establecer simultáneamente el ajuste del modelo en los grupos de pacientes con dolor crónico del Servicio de Reumatología y de la Unidad del Dolor, aplicamos un contraste multimuestra sobre las matrices de covarianza de ambos grupos (Tabla 2). Para contrastar el modelo se utilizó el programa LISREL 8.20 para Windows desarrollado por Jöreskog y Sörbom (1999). Una vez estimados los parámetros se procede a la evaluación del modelo, a fin de comprobar si el modelo se ajusta a los datos observados.

	χ^2	g.l.	P.	G.F.I.
Invarianza total	24.48	22	0.32237	0.97
Estimación de parámetros e invarianza de las varianzas de error	10.99	12	0.53013	0.99
Estimación de parámetros y varianzas de error	6.66	8	0.57389	0.99

χ^2 , chi cuadrado; d.f., grados de libertad; P., probabilidad; G.F.I., índice de bondad de ajuste

Resultados

Analizadas las ecuaciones estructurales planteadas en el modelo general, a continuación presentamos el modelo resultante en ambos servicios sanitarios. La significación ($p < 0.05$) viene representada en la Figura 2 por un asterisco.

En la muestra de pacientes de la Unidad del Dolor encontramos (Figura 2) que las creencias de indefensión tienen un efecto positivo sobre el dolor, que es significativo ($\gamma = 0.44$, $t = 3.36$, $p < 0.05$), sin embargo, en los pacientes del Servicio de Reumatología no hay

efecto ($\gamma = 0.068$, $t = 0.51$, $p > 0.05$). Por tanto, las creencias de indefensión que los pacientes tienen ante el dolor sólo tienen un efecto significativo en el caso de pacientes de la Unidad del Dolor. De esta forma, cuanto mayor es la creencia de indefensión del paciente atendido en la Unidad del Dolor, mayor es la intensidad del dolor que experimenta. De otro lado, las creencias de recursos tienen un efecto negativo y significativo sobre el dolor, tanto en los pacientes de la Unidad del Dolor ($\gamma = -0.77$, $t = -6.45$, $p < 0.05$), como en el Servicio de Reumatología ($\gamma = -0.71$, $t = -6.01$, $p < 0.05$). Así, cuanto mayor sea la creencia de control sobre el dolor, menor es la intensidad del dolor que perciben los pacientes de ambos servicios.

Por otra parte, encontramos que no parece haber un efecto significativo de las autoafirmaciones de catastrofismo sobre la intensidad del dolor ni en la Unidad del Dolor ($\beta = 0.11$; $t = 0.71$; $p > 0.05$) ni en el Servicio de Reumatología ($\beta = 0.046$; $t = 0.35$; $p > 0.05$). Lo mismo podríamos decir de las autoafirmaciones de afrontamiento ($\beta = -0.010$, $t = -0.46$, $p > 0.05$) ($\beta = -0.0015$, $t = -0.068$, $p > 0.05$).

Referente al estado emocional deprimido encontramos que éste tiene un efecto positivo y significativo sobre el dolor en los pacientes de la Unidad del Dolor ($\beta = 0.60$, $t = 3.98$, $p < 0.05$), y en los pacientes que acuden a Reumatología ($\beta = 0.34$, $t = 2.23$, $p < 0.05$). Así, cuanto mayor es el estado emocional deprimido de los pacientes de ambos servicios, mayor es la intensidad del dolor que experimentan. No obstante, como puede observarse, la intensidad de la relación es mayor en los pacientes de la Unidad del Dolor ($\beta = 0.60$).

Con respecto a las autoafirmaciones de catastrofismo encontramos que, como muestra el coeficiente de determinación, el 27% de la varianza de la variable autoafirmaciones de catastrofismo viene explicada por la influencia de las creencias de indefensión y el estado emocional deprimido en la Unidad del Dolor, alcanzando el 42% en los pacientes del Servicio de Reumatología. En cuanto al mayor o menor uso de estrategias de afrontamiento cognitivas, encontramos que las creencias de indefensión influyen de forma positiva sobre las autoafirmaciones de catastrofismo en ambos servi-

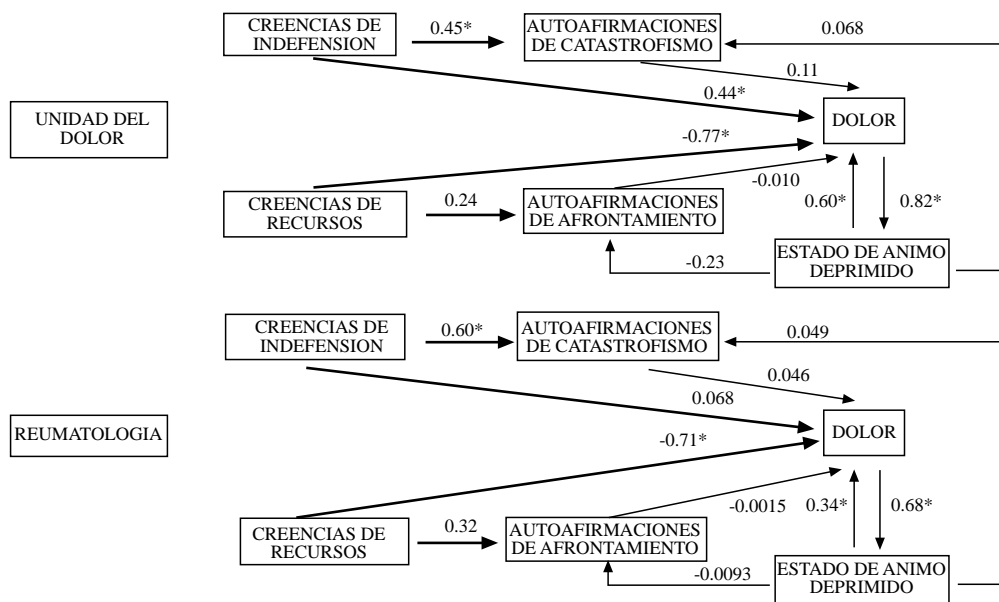


Figura 2. (*) $p < 0.05$. $n = 214$, chi cuadrado $\chi^2 = 10,99$ ($d.f. = 12$; $p = 0.53013$); índice de bondad de ajuste $GFI = 0.99$; raíz media residual cuadrada $RMR = 0.033$; índice de ajuste comparativo $CFI = 1$; raíz media cuadrada de error de aproximación $RMSEA = 0.000$

cios, siendo significativa la relación en los pacientes de la Unidad del Dolor ($\gamma = 0.45$, $t = 4.69$, $p < 0.05$), y en el Servicio de Reumatología ($\gamma = 0.60$, $t = 8.43$, $p < 0.05$). De forma que cuanto mayor es la creencia de indefensión mayor es el uso de autoafirmaciones de catastrofismo en los pacientes de los dos servicios, siendo mayor la intensidad de la relación en los pacientes de Reumatología ($\gamma = 0.60$).

En cuanto al estado emocional deprimido no parece que tenga un efecto significativo en las autoafirmaciones de catastrofismo y ello en ambos servicios, esto es, Unidad del Dolor ($\beta = 0.068$, $t = 0.59$, $p > 0.05$) y Reumatología ($\beta = 0.049$, $t = 0.54$, $p > 0.05$).

Por otro lado, el 0.92% de la varianza de la variable autoafirmaciones de afrontamiento viene explicada por la influencia de las variables creencias de recursos y estado emocional deprimido en la Unidad del Dolor, siendo del 0.44% en los pacientes del Servicio de Reumatología. En este caso el bajísimo valor de R^2 (0.0092 y 0.0044, respectivamente) nos indica que la variable autoafirmaciones de afrontamiento no está determinada por ninguna de las variables del modelo.

No apreciamos un efecto significativo de las creencias de recursos sobre esta variable (autoafirmaciones de afrontamiento) y ello en ambos servicios: Unidad del Dolor ($\gamma = 0.24$, $t = 0.41$, $p > 0.05$) y Reumatología ($\gamma = 0.32$, $t = 0.55$, $p > 0.05$). Aunque dicha relación es positiva y de cierta magnitud.

Tampoco encontramos que el estado emocional deprimido tenga un efecto significativo sobre las autoafirmaciones de afrontamiento en ninguno de los dos servicios: Unidad del Dolor ($\beta = -0.23$, $t = -0.32$, $p > 0.05$) y Reumatología ($\beta = -0.0093$, $t = -0.014$, $p > 0.05$). Si bien, en la Unidad del Dolor la magnitud del efecto es de considerar.

Finalmente, encontramos que la variable dolor tiene un efecto positivo y significativo sobre el estado emocional deprimido en los pacientes de la Unidad del Dolor ($\beta = 0.82$, $t = 7.28$, $p < 0.05$) y en los pacientes del Servicio de Reumatología ($\beta = 0.68$, $t = 5.14$, $p < 0.05$). Por lo tanto, cuanto mayor es el dolor del paciente mayor es el estado de ánimo deprimido. Puede observarse que en los pacientes de la Unidad del Dolor el valor del parámetro β es mayor.

Discusión

Según los resultados comentados, existen diferencias entre los pacientes de dos servicios médicos considerados en este estudio (Unidad del Dolor y Reumatología).

Referente a la relación entre creencias y estrategias de afrontamiento, los resultados que obtenemos son similares a los encontrados en estudios previos, donde las creencias de dolor se relacionaban con las estrategias de afrontamiento que el paciente utilizaba (Crisson y Keefe, 1988; Thompson, Sabolew-Shubin, Galbraith, Schwankovsky y Cruzen, 1993). Así, cuando la persona evalúa su situación en ese proceso valorativo están influyendo las creencias (indefensión y recursos) que tiene sobre el dolor, lo cual a su vez determina el tipo de estrategia cognitiva que utiliza para afrontarlo (en nuestro caso autoafirmaciones de catastrofismo y de afrontamiento). En este sentido, parece que cuando los pacientes creen tener recursos para afrontar el dolor utilizan más autoafirmaciones de afrontamiento, mientras que aquellos pacientes cuyas creencias son de indefensión son también más catastrofistas. Aunque la relación entre creencias de recursos y autoafirmaciones de afrontamiento no sean significativas en ninguno de los dos grupos, es de considerar el signo positivo de dicha relación. Por otra parte, se puede comprobar (Figura 2) que las creencias de inde-

fensión se relacionan con las autoafirmaciones de catastrofismo de forma positiva y significativa en los dos servicios, aunque puede observarse un efecto mayor de dicha relación entre los pacientes de Reumatología, lo cual parece indicar que los pacientes de este servicio que acuden por primera vez manifiestan más su malestar a través de la utilización de autoafirmaciones catastrofistas.

Como puede observarse la relación entre creencias de indefensión y dolor solamente es significativa en los pacientes que acuden a la Unidad del Dolor (Figura 2). Este resultado podría ser explicado teniendo en cuenta las características diferenciales de ambas muestras, así los pacientes recibidos por primera vez en la Unidad del Dolor puntúan más en creencias de indefensión ante su dolor, en comparación con los pacientes del Servicio de Reumatología, posiblemente debido a los fracasos anteriores relacionados con el tratamiento. En la literatura se sugiere que cuando el paciente cree no tener control sobre su dolor se acentúan aún más las características aversivas del mismo y, por lo tanto, puede ser percibido de forma más negativa, ya que a medida que pasa el tiempo y el dolor continúa la persona se cree indefensa ante la imposibilidad de hacer algo para disminuir el dolor (Spinoven, Ter Kuile, Linssen y Gazandam, 1989). En este sentido se confirman los resultados de estudios previos donde la incontrolabilidad se relaciona con el aumento en la intensidad del dolor (Boston, Pearce y Richardson, 1990). En consonancia con lo anterior, algunos estudios indican la posibilidad de que las cogniciones negativas asociadas con los niveles de incapacidad de los pacientes con dolor pueden cambiar a medida que la condición de dolor empieza a ser más crónica (Sullivan, 1999). Al respecto, nuestros resultados muestran que en los pacientes de la Unidad del Dolor las creencias de indefensión se relacionan de forma positiva y significativa con la percepción del dolor. Las circunstancias de cronicidad quedan reflejadas por el tiempo que llevan padeciendo dolor, por la intensidad del dolor que manifiestan y por la repetición en los fracasos de los tratamientos.

Por otro lado, los resultados que se obtienen entre creencias de recursos y dolor muestran que éstas se relacionan de forma negativa y significativa con la intensidad del dolor percibido por el paciente en ambos tipos de servicios. Estos resultados destacan la importancia de las creencias de control en la percepción del dolor crónico. Según los resultados obtenidos, las creencias de recursos juegan un papel importante en la modulación del dolor en ambos tipos de servicios, mientras que las creencias de indefensión tienen una mayor repercusión en los pacientes que son atendidos en la Unidad del Dolor. Tal vez pueda entenderse si tenemos en cuenta que la Unidad del Dolor es el último medio del que disponen los pacientes con dolor crónico para tratar su dolencia, en comparación con los pacientes del Servicio de Reumatología que acuden al especialista con mayores expectativas de encontrar un tratamiento que sea eficaz para su problema de dolor.

Aunque en la literatura se alude a una relación entre estrategias de afrontamiento cognitivo y dolor (Sullivan y D'Eon, 1990; Gil, Williams, Keefe y Beckham, 1990), en el presente estudio no se encuentran relaciones significativas entre ambas variables. Esto nos indica, al menos en este estudio, que la intensidad del dolor viene determinada por su relación directa con las creencias de dolor que tiene el paciente y no tanto por el tipo de autoafirmaciones que utiliza. En concreto, las autoafirmaciones de afrontamiento no se relacionan de forma significativa con la percepción que tiene el paciente de la intensidad de su dolor en ninguno de los servicios. Este resultado puede entenderse a la luz de los hallazgos encon-

trados por Jensen y Karoly (1991), donde las autoafirmaciones de afrontamiento, como estrategia para afrontar el dolor, se relacionaban de forma positiva con medidas de adaptación 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 acuden 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.

Finalmente, revisando los estudios sobre afrontamiento y dolor, podemos comprobar que los cuestionarios que se emplean para evaluar métodos de afrontamiento en dolor crónico incluyen diferentes tipos de estrategias. En cambio, en este estudio nos hemos centrado exclusivamente en la posible influencia de un solo tipo de estrategia de afrontamiento, las cognitivas, y dentro de éstas las autoafirmaciones, para especificar cuál era su relación con la percepción del dolor, ya que según se sugiere en la literatura (Jensen, Turner y Romano, 1992) el uso exclusivo de medidas compuestas puede oscurecer la importancia de estrategias de afrontamiento específicas que se relacionan con la adaptación del paciente.

Respecto a las relaciones que establecíamos entre la intensidad del dolor y el estado emocional negativo, los resultados muestran que los pacientes que informan de mayor dolor también manifiestan mayor malestar emocional. Como puede observarse en la Figura 2 el efecto que el dolor tiene sobre el estado de ánimo deprimido es mayor entre los pacientes de la Unidad del Dolor que entre los pacientes del Servicio de Reumatología. Por tanto, esto nos está indicando que el estado emocional negativo de los pacientes de la Unidad del Dolor se ve sensiblemente incrementado por la intensidad del dolor que experimentan, lo que, a su vez, se vería apoyado por las relaciones significativas que obtenemos entre creencias de indefensión y dolor en los pacientes de la Unidad del Dolor exclusivamente. Asimismo, el estado emocional deprimido del paciente se relaciona con la intensidad del dolor. Parece ser que cuanto peor es el estado emocional del paciente mayor es

el dolor percibido, conclusión recogida también en la literatura al respecto (McCracken, Zayfert y Gross, 1992; Kerns, Rosenberg y Jacob, 1994).

Referente a la relación entre estado emocional deprimido y estrategias de afrontamiento cognitivo, no encontramos una relación significativa en ninguno de los dos servicios. Quizá la utilización de diferentes tipos de estrategias de afrontamiento, y no sólo autoafirmaciones, en los diversos estudios sobre el tema y diferencias también en cuanto al concepto y evaluación de las alteraciones emocionales en los pacientes con dolor crónico, pueden influir en los resultados que nosotros hemos encontrado respecto a los que se indican en la literatura. Parece, pues, que la mayor influencia sobre la intensidad del dolor se establece a través de la relación directa tanto de las creencias como del estado emocional negativo.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, podemos decir que las relaciones que se establecen entre las variables darían lugar a la creación de un círculo de perpetuación, donde las creencias de indefensión aumentan la percepción del dolor, que a su vez intensifica el malestar emocional del paciente aumentando así la sensibilidad al dolor (Figura 3).

A partir de los resultados obtenidos pueden plantearse nuevas cuestiones en el estudio del papel de las creencias en la modulación del dolor crónico. Entre ellas contemplando en futuros estudios el efecto que puedan tener las creencias sobre la elección por parte del paciente de otros tipos de estrategias de afrontamiento. Igualmente estudiar cómo se relacionan distintas estrategias de afrontamiento con la percepción del dolor. Y, finalmente, considerar también otros índices de adaptación al dolor como pueden ser el nivel de funcionamiento, la aceptación de la cronicidad del dolor, etc.

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.

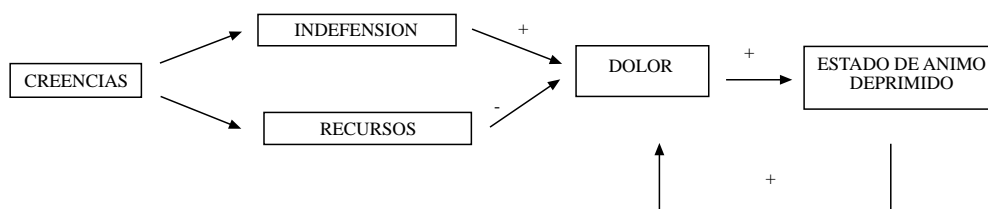


Figura 3

Referencias

Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). Dolor crónico. En I. Amigo, C. Fernández y M. Pérez (Eds.), *Manual de Psicología de la salud* (pp. 61-75). Madrid: Pirámide.

Arnstein, P., Caudill, M., Mandl, C.L., Norris, A. y Beasley, R. (1999). Self-efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain*, 80 (3), 483-491.

Banks, S.M. y Kerns, R.D. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: a diathesis-stress framework. *Psychological Bulletin*, 119(1), 95-110.

Boston, K., Pearce, S.A. y Richardson, P.H. (1990). The Pain Cognitions Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 103-109.

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(5), 652-657.

Camacho, L. (2000). El papel de las variables cognitivas y emocionales en la modulación del dolor crónico. Memoria de licenciatura (no publicada). Universidad de Málaga.

- Comeche, M.I., Vallejo, M.A. y Díaz, M.I. (2000). Tratamiento psicológico de la cefalea. Predicción de la mejoría en un acercamiento activo-pasivo. *Psicothema*, 12(1), 55-63.
- Coughlin, A.M., Bandura, A.S., Fleischer, T.D. y Guck, T.P. (2000). Multidisciplinary treatment of chronic pain patients. Its efficacy in changing patients locus of control. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(6), 739-740.
- Crisson, J.E. y Keefe, F.J. (1988). The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. *Pain*, 35, 147-154.
- DeGood, D.E. y Shetty, M.S. (1992). Assessment of pain beliefs, coping and self-efficacy. En Turk, D.C. y Melzack, R. (Eds.), *Handbook of pain assessment*. New York: The Guilford Press.
- Downey, G., Purdie, V. y Shaffer-Neitz, R. (1999). Anger transmission from mother to child: a comparison of mothers in chronic pain and well mothers. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 62-73.
- Edwards, L.C., Pearce, S.A., Turner-Stokes, L. y Jones, A. (1992). The Pain Beliefs Questionnaire: an investigation of beliefs in the causes and consequences of pain. *Pain*, 51, 267-272.
- Flor, H., Behle, D.J. y Birbaumer, N. (1993). Assessment of pain-related cognitions in chronic pain patients. *Behavior Research and Therapy*, 31, 63-73.
- Fuentes, I., Balaguer, I., Meliá, J.L. y García Merita, M. (1995). 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.
- Gaskin, M., Greene, A., Robinson, M. y Geisser, M. (1992). Negative affect and the experience of chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 707-713.
- Gil, K.M., Williams, D.A., Keefe, F.J. y Beckham, J.C. (1990). The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress. *Behaviour Therapy*, 21, 349-362.
- Jamison, R. y Virts, K. (1990). The influence of family support on chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 283-287.
- Jensen, M.P. y Karoly, P. (1991). Control beliefs, coping efforts, and adjustment to chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3), 431-438.
- Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M. (1992). Chronic pain coping measures: individual vs. composite scores. *Pain*, 51, 273-280.
- Jensen, M.P., Turner, J.A. y Romano, J.M. (2001). Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 655-662.
- Jöreskog, K.J. y Sorbom, D. (1999). LISREL 8.2. *Analysis of linear structural relationships by maximum likelihood instrumental variables and least squares methods*. Mooresville: Scientific Software International.
- Kerns, R.D., Rosenberg, R. y Jacob, M.C. (1994). Anger expression and chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 57-67.
- Lázaro, C., Bosch, F., Torrubia, R. y Baños, J.E. (1994). The development of a Spanish questionnaire for assessing pain: preliminary data concerning reliability and validity. *European Journal Psychological Assessment*, 10, 145-151.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
- Madland, G., Feinmann, C. y Newman, S. (2000). Factors associated with anxiety and depression in facial arthromyalgia. *Pain*, 84, 225-232.
- Martín-Aragón, M.G., Pastor, M.A., Lledó, A., López-Roig, S., Terol, M.C., Rodríguez-Marín, J. (2001). Percepción de control en el síndrome fibromiálgico: variables relacionadas. *Psicothema*, 13(4), 586-591.
- Masedo, A.I. y Esteve, R. (2000). Some evidence regarding the validity of the Spanish Version of the McGill Pain Questionnaire (MPQ-SV). *Pain*, 85, 451-456.
- Masedo, A.I. y Esteve, R. (2002). On the affective nature of chronic pain. *Psicothema*, 14(3), 511-515.
- McCracken, L.M., Zayfert, C. y Gross, R.T. (1992). The Pain Anxiety Symptoms Scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*, 50, 67-73.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: mayor properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.
- Nicassio, P.M., Shuman, C., Radojevic, V. y Weisman, M.H. (1999). Helplessness as a mediator of health status in fibromyalgia. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 181-196.
- Severeijns, R., Vlaeyen, J.W.S., van der Hout, M.A. y Weber, Wim E.J. (2001). Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment. *Clinical Journal of Pain*, 17(2), 165-172.
- Sullivan, M.J.L. (1999). Theoretical perspective on the relation between catastrophizing and pain. Present at the Annual Meeting of the American Pain Society, Fort Lauderdale, FL.
- Sullivan, M.J.L. y D'Eon, J.L. (1990). Relation between catastrophizing and depression in chronic pain patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 260-263.
- Spinhoven, P., Ter Kuile, M.M., Linssen, A.G.C. y Gazendam, B. (1989). Pain coping strategies in a Dutch population of chronic low back pain patients. *Pain*, 37, 77-83.
- Thompson, S.C., Sobolew-Shubin, A., Galbraith, M.E., Schwankovsky, L. y Cruzen, D. (1993). Maintaining perceptions of control: finding perceived control in low-control circumstances. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 293-304.
- Turk, D.C. y Rudy, T.E. (1992). Cognitive factors and persistent pain: a glimpse into pandora's box. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 99-122.
- Turner, J.A., Dworking, S.F., Mancl, L., Huggins, K.H. y Truelove, E.L. (2001). The role of beliefs, catastrophizing and coping in the functioning of patients with temporomandibular disorders. *Pain*, 92, 41-51.
- Turner, J.A., Jensen, M.P. y Romano, J.M. (2000). Do beliefs, coping and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85, 115-125.