

Rev. Soc. Esp. Dolor
18: 77-83, 2011

Diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento, el catastrofismo y el estado de ánimo en función del tiempo de evolución del dolor crónico

A. Peñarroya Baulies, C. Ballús-Creus y J. Pérez Martínez

Unidad de Tratamiento del Dolor. Hospital Clínic. Barcelona

Peñarroya Baulies A, Ballús-Creus C, Pérez Martínez J, Rangel Gómez MV. Diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento, el catastrofismo y el estado de ánimo en función del tiempo de evolución del dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2011; 2: 77-83.

ABSTRACT

Introduction: preliminary study on the psychological variables and coping strategies in chronic pain related to duration. This study describes chronic pain as a stressor complex that the person using a coping strategies to adapt continuously.

Method: the primary objective of this research observes differences in psychological variables and the use of pain coping strategies depending on the time of evolution. The assessment instruments are 'McGill Pain Questionnaire (MPQ), "Strategies for Coping with Chronic Pain" (CADR), 'Hopital Anxiety and Depression Scale (HAD), Catastrophism Scale CSQ (CSQ-C). Participants of this study are patients with chronic pain and are treated in to specialized unit. The results show that duration and patient's age are associated with the use of a passive strategy, the "catharsis". The perception of pain has a positive relationship with catastrophizing, passive strategies, anxiety and depression.

Results: results obtained by comparing the average of the two groups, one with 1 to 5 years of evolution, and another 13 to 33 years, show that the group of shorter duration makes greater use of the coping strategy of catharsis and it has scored higher on catastrophizing compared to another group.

Conclusion: we observe the relationship between pain and psychological variables of this study and changes that may occur in different stages of duration of pain.

© 2011 Sociedad Española del Dolor. Published by Arán Ediciones, S.L.

Key words: Chronic pain. Coping. Catastrophism. Anxiety. Time of evolution.

RESUMEN

Introducción: este estudio describe el dolor crónico como un estresor complejo al que la persona debe adaptarse continuamente usando diferentes estrategias.

Método: el objetivo de esta investigación es observar las diferencias que existen en las variables psicológicas y el uso de las estrategias de afrontamiento del dolor en función del tiempo de evolución. Los instrumentos de evaluación son: «Cuestionario del Dolor McGill» (MPQ), «Estrategias de Afrontamiento del Dolor Crónico» (CADR), «Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión» (HAD), «Escala de Catastrofismo del CSQ» (CSQ-C). Los 60 participantes del estudio son pacientes de una unidad de tratamiento especializada en el ámbito hospitalario. De estos se crearon dos grupos, uno de menor tiempo de evolución (de 1 a 5 años) y el otro de mayor tiempo de evolución (de más de 13 años).

Resultados: los resultados muestran que tanto el tiempo de evolución como la edad del paciente se asocian con el uso de una estrategia pasiva, la "catarsis" y la evaluación del dolor tiene una relación positiva con el catastrofismo,

Financiación: Apoyo recibido por la Fundación de la Marató de TV3 con la financiación del proyecto de investigación del que forma parte el presente estudio (beca N2008-TV0728100).

Conflicto de intereses: No declarados

Recibido: 01-06-10.
Aceptado: 30-11-10.

las estrategias pasivas, la ansiedad y la depresión. Mediante el análisis de la comparación de medias de los dos grupos se confirma que el grupo de menor tiempo de evolución hace mayor uso de la estrategia de afrontamiento "catarsis" y además presenta puntuaciones más altas en "catastrofismo" en comparación con los componentes del otro grupo.

Conclusión: se observa la relación entre del dolor y las variables psicológicas del estudio como también los cambios que pueden aparecer en diferentes etapas de la evolución del dolor.

© 2011 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S.L.

Palabras clave: Dolor crónico. Afrontamiento. Catastrofismo. Estado de ánimo. Tiempo de evolución.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el dolor se considera una de las causas que provoca más limitaciones en el ser humano y, aunque hace décadas que se investiga, aun hoy en día se considera uno de los objetivos de estudio más complejos. Así, se ha llegado al consenso de que la experiencia del dolor no sólo se centra en la percepción nociceptiva, sino también en la interrelación de los aspectos emocionales, conductuales y cognitivos (1,2).

Desde hace años el dolor crónico se ha conceptualizado desde el "Modelo Transaccional del Estrés" de Lázarus y Folkman (3), que se basa en la relación bidireccional entre la persona y la situación, mediante la valoración que hace la persona sobre la situación. En este modelo el afrontamiento se considera un proceso dinámico que cambia a consecuencia de la continua evaluación de esta relación (3). De este modo se entiende el dolor como un estímulo estresor que amenaza al bienestar del individuo. Por ello, las personas con dolor crónico ponen en práctica de forma continua (4) recursos alternativos de afrontamiento (5).

El "Modelo Transaccional del Estrés" (3) describe los tres componentes del afrontamiento: la evaluación de las demandas de la situación, la evaluación de la capacidad de la persona y su forma de afrontar la situación. Esta última consta de un conjunto de estrategias concebidas como procedimientos conductuales y cognitivos, en constante cambio, para hacer frente a las demandas del entorno (6).

En la literatura existen diversas clasificaciones de estas estrategias (3,7,8). Una de ellas es la que distingue en-

tre estrategias activas o adaptativas y pasivas o desadaptativas (7). Las activas se definen como las acciones concretas para intentar controlar el dolor o la pérdida de la capacidad funcional, y las pasivas como las acciones de evitación de la situación que provoca dolor y por ende la renuncia al control del dolor y de permisividad a la afectación de otras áreas de la vida de la persona (7). Según Soriano y Monsalve (9) las estrategias activas se relacionan negativamente con la depresión y la incapacidad física, mientras que las estrategias pasivas se asocian con el aumento del dolor (10) y la depresión (11).

Para la valoración del uso de las estrategias de afrontamiento, Soriano y Monsalve (9,12) diseñaron un cuestionario específico para el dolor crónico en una muestra española. Este instrumento, usado en el presente estudio, se basa en la clasificación de activas y pasivas. Para estos autores las estrategias activas son: el autocontrol emocional, la distracción, la autoafirmación y la búsqueda de información, las dos últimas son las más utilizadas en el dolor crónico (13). Y las pasivas son: la catarsis y la religiosidad (en inglés "*hoping/praying*").

Además del afrontamiento otro factor unido a la experiencia del dolor (14), y uno de los más estudiados en la actualidad, es el catastrofismo (15-19). Este se define como la tendencia a exagerar la apreciación de la amenaza del dolor, la valoración negativa de la propia habilidad para afrontarlo (8,20), el establecimiento de expectativas negativas sobre el futuro (21) y la aparición de sentimientos de impotencia y pesimismo (22). Cabe destacar que, por lo general, no se concibe como una estrategia de afrontamiento en sí misma (23,24). El papel del catastrofismo es notable en la valoración de la situación y la experiencia del dolor: a niveles altos está relacionado con un aumento la sensibilidad (25), la intensidad y la incapacidad (26) que este produce, con un empobrecimiento del estado emocional (27) asociado a la ansiedad y la depresión (14,28), de forma que todo ello dificulta la respuesta al tratamiento (29).

El estado de ánimo, especialmente las emociones negativas como la ansiedad y la depresión, también se relacionan con la experiencia del dolor, su mantenimiento y su exacerbación (30). Entre los factores psicológicos, la ansiedad y la depresión han sido durante mucho tiempo la mejor manera de identificar estos factores (27), muchos de los modelos explicativos de la experiencia del dolor se han basado en ellos. Uno de estos modelos es el de Miedo-Evitación (31,32) que describe la cronificación del dolor asociada a la ansiedad. Este propone un *continuum* entre la confrontación, como un comportamiento adaptativo, y la evitación por miedo a sentir dolor, como una respuesta no

adaptativa que podría empeorar la capacidad funcional (33) y el estado emocional del paciente. Otro modelo es el de los Tres Estadios del Dolor de Gatchel y Weisberg (34), que explica los cambios emocionales según el momento en el que se encuentra la persona que lo sufre. Sus autores describen un primer estadio en el que la persona manifiesta miedo, preocupación y ansiedad ante la situación vivida; en un segundo estadio, las reacciones y problemas psicológicos vienen condicionadas por las características psicológicas individuales, las condiciones económicas y ambientales, y a medida que el dolor se cronifica, en el estadio 3, estos cambian hacia reacciones del tipo depresivo.

Finalmente existe una variable inherente a las enfermedades crónicas: el tiempo. El tiempo de evolución puede tener un papel modulador en las variables implicadas en la experiencia del dolor. Una explicación sobre su papel se encuentra en la aportación de Gottlieb (35) que describe cómo el paso del tiempo permite la exposición repetida a demandas de afrontamientos similares, facilita la reevaluación de la situación y la comprobación de la efectividad de las estrategias de afrontamiento mediante el ensayo-error. Tal como plantean Gatchel y Weisberg (34) en su modelo, el tiempo también es un factor que interviene en los cambios de las emociones. Todos estos cambios se podrían considerar como parte de un aprendizaje en el proceso de afrontamiento y adaptación de la persona al dolor.

No obstante, el tiempo de evolución también va acompañado intrínsecamente de otra variable, la edad. Esta también puede tener una relación con los cambios de las variables. Existen determinados estudios que observan la influencia de la edad sobre el tipo de estrategias que se usan (36). En la mayoría de estos estudios se observa que los pacientes de mayor edad utilizan con más frecuencia las estrategias activas que los más jóvenes (36). Otros estudios exponen que el catastrofismo puede disminuir con la edad (37,38).

El objetivo principal del presente trabajo es observar las diferencias que pueden aparecer en las estrategias de afrontamiento, el catastrofismo, la ansiedad y la depresión en relación con el tiempo de evolución.

MATERIAL Y MÉTODO

Hipótesis

1. Los participantes con menor tiempo de evolución, en comparación con el grupo de mayor tiempo, utilizarán más estrategias de afrontamiento pasivas y mostrarán niveles más altos de ansiedad. Esto se relacionará con una mayor percepción subjetiva del dolor.

2. Los participantes con mayor tiempo de evolución en comparación con el otro grupo utilizarán más estrategias de afrontamiento activas y presentarán niveles más altos de depresión. A su vez, se relacionará con una menor percepción subjetiva del dolor.

3. Observar si existen diferencias entre los dos grupos en la variable catastrofismo.

Participantes

Se incluyeron 60 pacientes con diagnóstico de dolor axial no maligno (cervicalgia, lumbalgia, o ambas) tratados en la unidad especializada de tratamiento del dolor. El tiempo de evolución del paciente se consideró a partir del momento en que el dolor fue invalidante para la persona y se hizo necesario un tratamiento médico para aliviarlo. Los pacientes habían aceptado participar en el proyecto y firmaron el correspondiente consentimiento informado. El estudio contaba con la aprobación del Comité de Ética y del Departamento de Proyectos del hospital.

Los criterios de exclusión fueron: a) personas mayores de 65 años; b) estar en situación de jubilación o prejubilación; c) presencia de trastornos psiquiátricos graves (Eje I del DSM-IVR); y d) mantener un proceso de litigio abierto por causas de invalidez en el momento de la evaluación.

Instrumentos

Variables de estudio e instrumentos de medida:

1. Datos recogidos durante la entrevista inicial: edad, género, estado civil, actividad laboral y área de dolor.

2. Variable Dolor: cuestionario de dolor de McGill (MPQ) (39). Se utiliza la puntuación total del MPQ (MPQ-T), la sumatoria de las escalas Sensorial, Miscelánea, Emocional y Valorativa, para representar en una sola puntuación la expresión subjetiva del dolor.

3. Variable Afrontamiento: cuestionario de Estrategias de Afrontamiento para dolor crónico (CADR) (40). Evalúa 4 estrategias de la categoría Estrategias Activas (EA-Activas) y 2 de la categoría Estrategias Pasivas (EA-Pasivas).

4. Variable Ansiedad y Depresión: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) (41) separando los valores en puntuación para Ansiedad (HADA) y depresión (HADD). La escala HAD es adecuada para pacientes con dolor porque evita la confusión de síntomas somáticos del dolor con los somáticos de la ansiedad y la depresión.

5. Variable Catastrofismo: Escala de Catastrofismo del Cuestionario de la Estrategias de Afrontamiento (CSQ, escala 2: Catastrofismo) (8), versión en castellano de Rodríguez, Cano y Blanco (42).

6. Variable Tiempo de Evolución: esta variable se ha contabilizado desde el diagnóstico de la lesión por un médico especialista hasta el momento de la evaluación.

La administración de los cuestionarios se realizó de forma individual, en una sola sesión y administrados por la misma persona, en condiciones de confidencialidad.

Análisis de datos

El diseño del estudio es descriptivo y transversal. En el primer análisis, para observar la relación de las variables estudiadas, se aplicó la prueba de correlaciones de Pearson. En el segundo, se agruparon los participantes en dos muestras independientes para comparar las medias según los años de evolución mediante los centiles 30 y 70 para observar las diferencias entre los dos grupos extremos dentro de la distribución de la muestra. El grupo 1 es el de menor tiempo de evolución, de 1 a 5 años ($n = 21$) y grupo 2 es el de mayor tiempo de evolución, de 13 a 33 años ($n = 20$). En este análisis se utilizó el χ^2 para las variables cualitativas y la T-Student para las cuantitativas, excepto para las variables que no cumplían la distribución normal de la muestra, en las que se aplicó la U de Mann-Whitney. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS 14.0.

RESULTADOS

En los datos sociodemográficos no se encontraron diferencias entre ambos grupos excepto en la edad de los participantes, por este motivo no se consideraron homogéneos respecto a la variable edad (Tabla I). En los resultados de la prueba de Pearson se observó una correlación positiva entre el tiempo de evolución y la edad del paciente. La catarsis (EA-C) mantenía una correlación negativa con el tiempo de evolución y con la edad del paciente. El dolor (MPQ-T) correlacionaba positivamente con las estrategias pasivas (EA-pasivas), el catastrofismo (CSQ-C), la ansiedad (HAD-A) y la depresión (HADD) (Tabla II).

Al comparar las medias de las variables de dolor (MPQT), estrategias de afrontamiento (CAD-R), ansiedad (HADA), depresión (HADD) y catastrofismo (CSQ-C) se observaron diferencias entre ambos grupos en la puntuación de catastrofismo y en el uso de estrategias de catarsis (EAC) (Tabla III). La ansiedad y la

TABLA I. COMPARACIÓN DE MEDIAS (DT) Y FRECUENCIAS (%) DE LAS VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

Variables sociodemográficas		Grupo 1 <i>n</i> = 21 Media \pm o (%)	Grupo 2 <i>n</i> = 20 Media \pm o (%)
Género	Hombres	12 (57,1)	7 (35)
	Mujeres	9 (42,9)	13 (65)
Edad		45 \pm 8,98	56,39 \pm 9,36*
Estado civil	Con pareja estable	18 (81,8)	16 (80)
	Soltero	3 (13,6)	2 (10)
	Separado	1 (4,5)	2 (10)
Nivel académico	Lee y escribe	0	1 (5)
	Estudios básicos	12 (57,1)	14 (70)
	Estudios superiores	9 (42,9)	5 (25)
Estatus laboral	En activo	6 (28,6)	3 (15)
	Baja médica	8 (38,1)	4 (20)
	Invalidez con revisión	3 (14,3)	2 (10)
	Invalidez sin revisión	3 (14,3)	6 (30)
	Inactivo-paro	1 (4,8)	5 (25)
Área de dolor	Cervicales y extr. sup.	3 (14,3)	2 (11,8)
	Lumbares y extr. infer.	12 (57,1)	12 (70,6)
	Todas	3 (14,3)	3 (17,6)
Tiempo de evolución del dolor (en años)		2,81 \pm 1,5	21,3 \pm 6,77**
Área de dolor	Cervicalgia	3 (14,3)	2 (11,8)
	Lumbalgia o lumbociatalgia	12 (57,1)	12 (70,6)
	Ambas	3 (14,3)	3 (17,6)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$. Grupo 1: pacientes con un tiempo de evolución de 0 a 5 años; Grupo 2: pacientes con un tiempo de evolución ≥ 13 años.

TABLA II. CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

	Evolución	Edad	MPQ-T
MPQ-T	(-) 0,39*		-
EA-C	(-) 0,38**	(-) 0,32*	0,31*
EA-Pasivas			0,32*
CSQ-C			0,47**
HAD-A			0,42**
HAD-D			0,25*

Columnas: Evolución: tiempo de evolución. Edad: edad del paciente. MPQT: escala total del cuestionario de McGill (Evaluación del Dolor). Filas: MPQ-T: escala total del cuestionario de McGill (Evaluación del Dolor). EAC: catarsis. EA-Pasivas: estrategias de afrontamiento pasivas. CQS-C: escala de Catastrofismo. HAD-A: ansiedad. HADD: depresión.

TABLA III. COMPARACIÓN DE MEDIAS (DT) DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS ESTUDIADAS

Variables sociodemográficas		Grupo 1 n = 21 Media ± DT	Grupo 2 n = 20 Media ± DT
Dolor MPQT		35,5 ± 11,77	33,39 ± 7,89
Estrategias activas	EA-Ac	4,73 ± 5,5	4,7 ± 4,07
	EA-A	11,5 ± 3,9	11,17 ± 4,97
	EA-B	7,7 ± 4,37	7,87 ± 4,34
	EA-D	6,23 ± 4,33	6,52 ± 3,94
EA-Activas		7,8 ± 3,4	7,6 ± 2,32
Estrategias pasivas	EA-C	6,32 ± 4,9	2,82 ± 3,2*
	EA-R	4,32 ± 5,5	5,87 ± 6,42
EA-Pasivas		5,32 ± 4,37	4,9 ± 4,5
Catastrofismo		3,5 ± 1,6	1,9 ± 1,34**
HAD-A		10,38 ± 4,75	8,74 ± 4,9
HAD-D		8,38 ± 4,07	7,61 ± 4,9

*Valor $p < 0,05$; ** $p = 0,001$. Grupo 1: pacientes con un tiempo de evolución de 0 a 5 años. Grupo 2: pacientes con un tiempo de evolución ≥ 13 años. Dolor (MPQT: escala total del Cuestionario de McGill). Estrategias activas (EA-Ac: autocontrol emocional; EA-C: autoafirmación; EA-B: búsqueda de información; EA-D: distracción). Estrategias pasivas (EA-C: catarsis; EA-R: religión). Catastrofismo (CQS-C). Ansiedad (HAD-A). Depresión (HAD-D).

depresión no mostraron diferencias significativas. Sin embargo aplicando el punto de corte clínico de ≥ 11 puntos, que indica la presencia de sintomatología patológica, aparecían diferencias porcentuales tanto para la ansiedad como para la depresión (Fig. 1).

En el grupo 2 había un 6% menos de personas que puntuaba ≥ 11 en ansiedad y un 8% más de personas que puntuaba ≥ 11 en depresión.

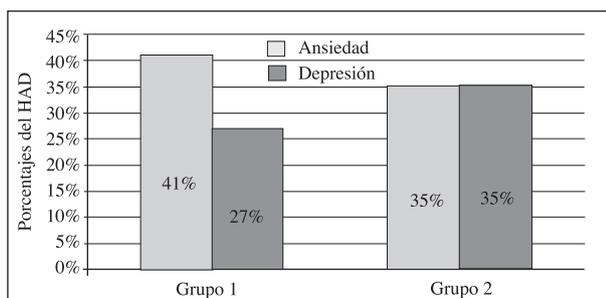


Fig. 1. Porcentajes de participantes con síntomas de ansiedad y depresión.

DISCUSIÓN

En la información disponible sobre el dolor en la literatura actual se puede encontrar la descripción de su relación con varios factores psicológicos como el catastrofismo, el estado de ánimo y, además, el afrontamiento. Los resultados obtenidos en este trabajo son similares a los ya publicados y corroboran la relación del aumento del dolor con el mayor uso de las estrategias pasivas (10), con un mayor nivel de catastrofismo (26) y con más ansiedad y depresión (30). A la vez, algunos de estos factores psicológicos también se relacionan entre sí, como el catastrofismo y el estado de ánimo (14,20,28) o la depresión y el uso de las estrategias pasivas (11). Así se entiende que estos factores influyen el dolor y, al mismo tiempo, influyen los otros factores, lo que muestra la complejidad de la experiencia del dolor.

Tal como se cita en la introducción, el tiempo de evolución del dolor crónico y la edad del paciente que lo sufre mantienen una relación marcada por el paso del tiempo. Este dato podría ser explicado porque el dolor crónico no maligno no conlleva mortalidad y los pacientes alcanzan edades avanzadas y, por ende, más años de evolución. Además, en la comparación de los dos grupos de este estudio, también se observó que los participantes del grupo de más tiempo de evolución tenían más edad. Esto puede difuminar la claridad los resultados hallados en relación al tiempo de evolución, al no poder considerar los dos grupos homogéneos en relación a la edad.

Una de las diferencias encontradas entre estos dos grupos ha sido el uso de la estrategia catarsis, siendo los más jóvenes y los de menor tiempo de evolución los que la usan con más frecuencia. Además la catarsis se relaciona negativamente con el tiempo de evolución y con la edad de la persona. En cuanto a la diferencia de su uso, podría ser debida a que el tiempo permite la exposición repetida a demandas similares (35) por lo que las personas con mayor tiempo de evolución y con más edad (36) eligen menos esta estrategia pasiva para afrontar la misma situación.

Otra diferencia entre los grupos se encontró en el nivel de catastrofismo, el grupo de menos tiempo mostraba un nivel superior de catastrofismo mientras que el grupo de más tiempo lo mostraba menor. Este dato se podría considerar como un indicador del menor uso de recursos adaptativos para afrontar la situación en la primera etapa del desarrollo del dolor (8). No obstante hay que aclarar que al tratar de establecer una correlación (es decir, sin dividir los grupos) entre catastrofismo y los otros factores, no apareció ninguna relación con el tiempo de evolución y la edad. Al contrario de

lo expuesto por algunos autores en referencia a la edad (37,38).

Por último, pese a no mostrar diferencias significativas relativas a la ansiedad y la depresión entre los dos grupos, los datos porcentuales coinciden con el Modelo de los Tres Estadios del Dolor (34) en el que los síntomas de ansiedad son más frecuentes en el grupo de menor tiempo y los síntomas de depresión son más frecuentes en el otro grupo.

CONCLUSIONES

Considerando los hallazgos de este y de otros estudios se puede decir que el paso del tiempo es un factor que influye en la experiencia del dolor. Este puede ser definido en términos de edad del paciente o, como en esta investigación, en términos de tiempo de evolución del dolor. Su influencia sobre cómo la persona vive el dolor, cómo valora la situación y qué recursos activa para afrontarla, se puede observar en las diferencias encontradas en el uso de la catarsis, del catastrofismo y de la presencia de los síntomas de ansiedad y de depresión. Por ello se sugiere la existencia de un proceso de aprendizaje y de adaptación a lo largo del tiempo de evolución y por ende también con el paso de los años.

No obstante, en este estudio, no se han podido resolver las dudas sobre si el factor edad puede tener un peso mayor que el factor tiempo de evolución sobre los cambios observados. Esto puede ser debido a las limitaciones que presenta el estudio, con un reducido número de participantes, y a su diseño transversal. Además este diseño no permite afirmar si las variables predicen un cambio en el paciente, sino sólo mostrar las diferencias entre las personas con tiempos de evolución distintos.

Con todo, se puede decir que la experiencia del dolor tiene muchos factores implicados, uno de ellos el tiempo y que, además, estos factores también se interrelacionan entre sí. Esto apoya la definición del dolor crónico como un fenómeno complejo. Por eso, los estudios sobre el dolor crónico permiten avanzar en el conocimiento con el objetivo de adaptar los tratamientos psicoterapéuticos a las necesidades cambiantes de cada persona. En un futuro próximo se tratará de realizar otro estudio evitando las limitaciones de la presente investigación.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración del Equipo de la Clínica del Dolor del Hospital Clínic y sus pacientes.

CORRESPONDENCIA:

Alba Peñarroya Baulíes
Unidad de Tratamiento del Dolor (Esc.2, PI 1)
Hospital Clínic
C/ Villarroel, 170
08036 Barcelona
e-mail: apenarro@clinic.ub.es; albabaulies@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Bettina SA, Alpers GW, Süß H, Friedel E, Kosmützky G, Geier A, et al. Affective pain modulation in fibromyalgia, somatoform pain disorder, back pain and health control. *Eur J Pain* 2008;12:329-38.
2. Meeus M, Nijs J. Central sensitization: a biopsychosocial explanation for chronic pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Clin Rheum* 2007;26:465-73.
3. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Ed. Spinger; 1984. (Traducción española: Estrés y Procesos Cognitivos. Madrid: Ed. Martínez Roca; 1986).
4. Endler NS, Parker JDA. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J Pers Soc Psychol* 1990;58:844-54.
5. Haythornthwaite JA, Menefee LA, Heinberg LJ, Clark MR. Pain coping strategies predict perceived control over pain. *Pain* 1998;77:33-9.
6. Guerrero E. Salud, estrés y factores psicológicos. *Rev Edu* 1996;13:49-70.
7. Brown G, Nicassio S. Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain* 1987;31:53-64.
8. Rosenstiel A, Keefe F. The use of coping strategies in chronic low back pain: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain* 1983;17:33-44.
9. Soriano J, Monsalve V. CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2002;9:13-22.
10. Ramírez C, Esteve R, López AE. Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *An Psicol* 2001;17(1):129-37.
11. Nicholas MK, Wilson PH, Goyen J. Comparison of cognitive-behavioural group treatment and an alternative nonpsychological treatment for chronic low back pain. *Pain* 1992;339-47.
12. Soriano J, Monsalve V. Afrontamiento del dolor crónico. *Bol Psicol* 2005;84:91-107.
13. Torres F, MartínCorral J, Callejo C, GómezVega C, La Torre S, Esteban I, et al. Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Rev Soc Esp Dolor* 2008;2:83-93.
14. Masedo AE. Conceptualización del catastrofismo desde un modelo de procesamiento del dolor y de las emociones. Tesis doctoral. Universidad de Málaga; 2003.
15. Chan FH, Cheing G, Wu MY, He H, Brickham DM. Stress and activity interference as mediators between pain intensity and catastrophizing in pain patients. 13th World Congress on Pain. Montreal, 2010.

16. García J, Rodero B. Aspectos cognitivos y afectivos del dolor. *Reum Clín* 2009; 5(S2):9-11.
17. Huber A, Suman L, Di Sabatino V, Biasi G, Galeazzi M, Carli G. Wellbeing in women with chronic musculoskeletal pain: relationships with depression, catastrophizing and pain acceptance. 13th World Congress on Pain. Montreal, 2010.
18. López-López A, Montorio I, Fernández MI. El papel de las variables cognitivo-conductuales y sensoriales en la predicción de la capacidad funcional y la interferencia en la actividad en una muestra de personas mayores con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2010; 7(2):78-88.
19. Tkachuk GA, Woods M. Changes in pain acceptance mediate outcomes predicted by catastrophizing and fear: revision of the fear avoidance model. 13th World Congress on Pain. Montreal, 2010.
20. Sullivan MJL, Bishop S, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychol Assess* 1995;7:524-32.
21. Sullivan MJL, D'Eon JL. Relation between catastrophizing and depression in chronic pain patients. *J Abnorm Psychol* 1990;99:260-3.
22. Sullivan MJL, Thorn B, Haythornthwaite JA, Jeeffe F, Martin M, Bradley LA, et al. Theoretical perspective on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain* 2001;17:52-64.
23. Moix, J. Estrategias de afrontamiento: consideraciones críticas sobre su concepto y formas de medición. *Psicologemas* 1990;4(8):195-205.
24. Turner JA, Dworkin SF, Mancl L, Huggins KH, Truelove EL. The role of beliefs, catastrophizing, and coping in the functioning of patients with temporomandibular disorders. *Pain* 2001;92:41-51.
25. Weissman-Fogel I, Sprecher E, Pud D. Effects of catastrophizing on pain perception and modulation. *Exp Brain Res* 2008;186:79-85.
26. Tsang A, Von Corp M, Lee S, Alonso J, Karam E, Angermeyer MC, et al. Common chronic pain conditions in developing countries: gender and age, differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *J Pain* 2008;9(10):889-91.
27. Koleck M, Mazaux JM, Rasclé N, BruchonSchweitzer M. Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: A prospective study. *Eur J Pain* 2006;10:1-11.
28. Turner JA, Aaron LA. Pain related catastrophizing: what is it? *Clin J Pain* 2001;17(1):571.
29. Edwards RR, Bingham CO, Bathon J, Haythornthwaite JA. Catastrophizing and pain arthritis, fibromyalgia and other rheumatic diseases. *Arthritis Rheum* 2006;55:325-32.
30. Monsalve V, Soriano J, Ibáñez E. Fiabilidad y estructura factorial de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Bol Psicol* 2001;72:7-21.
31. Lethem RS, Slade PD, Troup JDG, Bentley G. Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perceptions. *Behav Res Ther* 1983;21:1-8.
32. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000;85:317-32.
33. Verbunt JA, Sieben JM, Seelen HA, Vlaeyen JW, Bousema EJ, van der Heijden GJ, et al. Decline in psychological activity, disability and pain-related fear in subacute low back pain. *Eur J Pain* 2005;9(4):417-25.
34. Gatchel R, Weisberg JN. Personality characteristics of patients with pain. New York: Ed. Guilford Press; 2000.
35. Gottlieb BH. Coping with chronic stress. New York: The Plenum Series on Stress and Coping. Ed. Meichenbaum; 1997.
36. Rodríguez JM, Esteve RM, López AE. Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema* 2000;12(3):339-45.
37. Jacobsen PB, Butler RW. Relation of cognitive coping and catastrophizing to acute pain and analgesic use following breast cancer surgery. *J Behav Med* 1996;19:17-29.
38. Sullivan MJL, Neish N. Catastrophizing, anxiety and pain during dental hygiene treatment. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1998;37:243-50.
39. Lázaro C, Bosch F, Torrubia R, Baños JE. The development of a Spanish Questionnaire for Assessing Pain: preliminary data concerning reliability and validity. *Eur J Psychol Assess* 1994;10(2):145-51.
40. Soriano J, Monsalve V. Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CADR). *Rev Soc Esp Dolor* 2004;11:407-14.
41. Caro I, Ibáñez E. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. *Bol Psicol* 1992;36:43-69.
42. Rodríguez L, Cano FJ, Blanco A. Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Esp Psiquiatr* 2004;32(2):82-91.