

Rev. Soc. Esp. Dolor  
12: 8-16, 2005

## *Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico*

B. Soucase<sup>1</sup>, V. Monsalve<sup>2</sup> y J. F. Soriano<sup>3</sup>

Soucase B, Monsalve V, Soriano JF. Coping with chronic pain: the role of assessment variables and coping strategies for the prediction of anxiety and depression in a sample of patients with chronic pain. *Rev Soc Esp Dolor* 2005; 12: 8-16.

### SUMMARY

#### Objective:

The objective of this research was to study the relations and interactions between cognitive assessment procedures and coping strategies proposed in the Lazarus and Folkman model (1984) as processes mediating the adaptation of patients to their pain, using as adaptation criteria the level of anxiety (STAI/R) and depression (BDI), in order to determine variables and coping strategies that predict a better adaptation to chronic pain, taking the variables separately.

#### Material and methods:

The population study included 168 patients with chronic pain attending the Multidisciplinary Pain Unit at the General University Hospital of Valencia. The patients

answered to a first set of questionnaires used to record social and demographical data (age, sex, marital status, education level), clinical diagnosis and pain severity measured on a visual analogical scale (VAS). Afterwards, they answered to another set of questionnaires focused on the assessment of pain, such as pain assessment variables, pain coping strategies (PCS), and level of anxiety and depression measured on STAI/R and BDI, respectively.

#### Results and conclusions:

On a descriptive level and considering the whole study population, the results show that pain severity reported by patients ranged between moderate and severe, that patients perceived their pain as exceeding their own coping resources and that patients rated low their self-effectiveness in order to manage, control or relieve pain, this being a disabling and limiting factor in their everyday life. In our study population, the most frequently used strategies for coping with pain were self-assertion, search of information and religion, and their anxiety and depression scores were moderate or high. On a predictive level, both anxiety and depression can be mainly explained by assessment variables, being the emotional repression the most relevant variable for predicting anxiety and the feeling of loss the most relevant variable for predicting depression (things that could be done and enjoyed in the past, but not anymore). © 2005 Sociedad Española del Dolor. Published by Arán Ediciones, S.L.

**Key words:** Chronic pain. Assessment. Anxiety. Depression. Transactional model.

### RESUMEN

#### Objetivo:

El objetivo de la investigación consiste en estudiar las relaciones e interacciones existentes entre los procesos

<sup>1</sup>Doctora en Psicología. Investigador colaborador de la Fundación Valenciana para el Estudio y Tratamiento del Dolor. Profesora en la Universidad Católica San Pedro Mártir. Valencia

<sup>2</sup>Doctor en Psicología. Psicólogo Unidad Multidisciplinar del Dolor. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

<sup>3</sup>Profesor Titular. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia

Recibido: 11-05-04.

Aceptado: 14-12-04.

de valoración cognitiva y estrategias de afrontamiento propuestas en el modelo de Lazarus y Folkman (1984) como procesos mediadores en el ajuste de los pacientes su dolor, utilizando como criterio de adaptación el nivel de ansiedad (STAI/R) y depresión (BDI), con la finalidad de poder determinar qué variables de valoración y qué estrategias de afrontamiento predicen un mejor ajuste al dolor crónico, tomando las variables criterio por separado.

#### *Material y métodos:*

La muestra del estudio está compuesta por 168 pacientes con dolor crónico que acuden a la Unidad Multidisciplinar del Dolor en el Hospital General Universitario de Valencia. Los pacientes completaron una batería de cuestionarios donde, en una primera parte se recogían los datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios), el diagnóstico clínico, y el nivel de dolor a través del EVA (escala visual analógica). Posteriormente completaban un conjunto de cuestionarios centrados en la evaluación de su dolor como son las variables de valoración del dolor del paciente, las estrategias de afrontamiento al dolor (CAD), y el nivel de ansiedad rasgo y depresión, evaluados a partir del STAI/R y del BDI, respectivamente.

#### *Resultados y conclusiones:*

A nivel descriptivo, y considerando a la totalidad de la muestra, los resultados muestran que el nivel de dolor informado por los pacientes oscila entre moderado e intenso, percibiendo que su dolor supera sus propios recursos para hacerle frente, y percibiéndose a sí mismos con una baja autoeficacia para manejar, controlar o disminuir el dolor, siendo este un factor incapacitante y limitante en su vida diaria. Las estrategias de afrontamiento ante el dolor más utilizadas por la muestra han sido la autoafirmación, la búsqueda de información y la religión, mostrando puntuaciones en ansiedad y depresión moderadamente elevadas. A nivel predictivo, tanto la ansiedad como la depresión es explicada mayoritariamente por variables de valoración siendo el elemento más importante en la predicción de la ansiedad la represión emocional, mientras que en el caso de la depresión, la variable más relevante en su predicción será la valoración de pérdida (lo que uno antes podía hacer o disfrutar y ahora no). © 2005 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S.L.

**Palabras clave:** Dolor crónico. Evaluación. Ansiedad. Depresión. Modelo transaccional.

## INTRODUCCIÓN

En la década de los setenta, en el campo de la medicina, Engel postuló la necesidad de un modelo médico holístico para el tratamiento de las diferentes patologías, dando lugar al modelo biospiciosial de la enfermedad. A partir del modelo biopsicosocial se resaltarán la necesidad de no sólo tener en cuenta los factores fisiológicos, sino también los factores psicológicos y sociales de la enfermedad. Centrándonos en el campo de estudio del dolor crónico, será la teoría de la compuerta del dolor (1,2), y la posterior teoría de la neuromatriz (3), las que impliquen el desarrollo de un modelo integrativo en la evaluación y tratamiento del dolor, con la consecuente sustitución de los modelos unidimensionales por modelos multidimensionales que abarcan tanto los aspectos fisiológicos del dolor como los psicológicos y sociales. En este sentido, diferentes estudios han resaltado la importancia de variables psicológicas, como son por ejemplo los factores cognitivos (4,5), la forma en que las personas significativas reaccionan cuando este comunica su dolor (6,7), incluyéndose también entre los factores que pueden influir en el dolor y en la incapacidad consecuente el constructo de afrontamiento (8,9). Centrándonos en el afrontamiento al dolor y en las relaciones entre creencias, afrontamiento y adaptación al dolor, distintas dimensiones han sido estudiadas, por ejemplo: *estilo atribucional* (10,11), *autoeficacia* (12,13), *expectativas de resultado* (14,15), *locus de control* (16-18), *control sobre el dolor* (17,19), *errores cognitivos* (20,21), entre otras, mientras que en relación a las estrategias de afrontamiento al dolor en general, diferentes estudios han identificado estrategias de afrontamiento potencialmente desadaptativas en relación con el dolor, como puede ser el reposo, una mayor atención sobre el dolor, la catastrofización o el pensamiento desiderativo, encontrándose asociaciones positivas entre estrategias de afrontamiento activas, es decir, que implican un manejo directo del dolor, e índices de ajuste físico y psicológico (22-24).

En el presente estudio, se pretende establecer la existencia de predictores que expliquen un mejor o peor ajuste del paciente a su dolor crónico, tomando las variables ansiedad y depresión, como constructos independientes. En este sentido, nuestro objetivo se centra en descubrir qué variables de valoración y estrategias de afrontamiento contribuyen a la predicción de la variable criterio ansiedad, y qué variables de valoración y estrategias de afrontamiento predicen por el contrario, la variable criterio depresión, en el paciente con dolor crónico.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Muestra

La muestra seleccionada está formada por 168 pacientes que acuden a una primera entrevista con el psicólogo de la Unidad Multidisciplinar del Dolor en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia previa exploración médica. Los pacientes tras informar sobre su consentimiento completaban una batería de cuestionarios de forma individual en la que se recogían los datos sociodemográficos, el diagnóstico clínico y nivel inicial de dolor, variables de valoración del dolor, estrategias de afrontamiento al dolor, variables ansiedad-rasgo, y depresión.

### DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

#### Variables de valoración

La valoración del dolor fue llevada a cabo, en primer momento, a partir de la puntuación que el sujeto asignaba a su dolor a través de la escala analógica visual (“ahora me gustaría que le diera una puntuación a su dolor en una escala de 0 a 10, siendo 0 que no tiene dolor y 10 el peor dolor posible haciendo una media entre los días que más y menos le ha dolido”). Posteriormente se valoraban otras variables relacionadas con el dolor oscilando el rango de respuesta de 1 a 5 puntos de una escala Likert (desde “nunca” o “en absoluto” hasta “siempre” o “totalmente”), variables que han sido extraídas de un trabajo previo realizado por Soriano y Monsalve (25). Las dimensiones evaluadas fueron: “la medicación que tomo me quita el dolor”, “el dolor depende de mí, de lo que yo haga”, “puedo controlar mi dolor”, “el dolor supera mis recursos y posibilidades”, “el dolor limita mi vida”, “puedo disminuir mi dolor”, “puedo anticipar cuándo me va a doler”, “puedo cambiar mi dolor o hacer algo”, “tengo que aceptar mi dolor o acostumbrarme a él”, “quiero expresar mis emociones o sentimientos y no puedo”, “sé lo que puedo hacer”, “antes de actuar ante el dolor me gusta considerar las consecuencias de mis acciones”, “tengo ganas de ir al médico para ver lo que me dice”, “esta situación me desborda claramente”, “estoy muy preocupado por mi dolor”, “creo que mi dolor se solucionará en poco tiempo”, “sé que hay medios para poner solución a mi dolor”, “no sé cómo acabará pero creo que tengo medios a mi alcance”, “tengo miedo de que no tenga solución”, “el dolor es superior a mis posibilidades”.

### EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Las estrategias de afrontamiento fueron evaluadas a partir del *Cuestionario de Afrontamiento al Dolor* (CAD) (26), el cual consta de 31 frases relacionadas con lo que el paciente hace cuando tiene dolor. Al sujeto se le pide que marque la casilla que refleje su forma de actuar a partir de una escala de cinco puntos (“nunca”, “pocas veces”, “ni muchas ni pocas”, “muchas veces”, “siempre”) en función del grado o frecuencia de utilización de la estrategia en cuestión. En el CAD podemos distinguir seis subescalas: religión, catarsis (búsqueda de apoyo social emocional), distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información (búsqueda de apoyo social instrumental).

### ANSIEDAD-RASGO Y DEPRESIÓN

La dimensión *ansiedad-rasgo* se evaluó a partir del cuestionario STAI de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), teóricamente hace referencia a una propensión ansiosa relativamente estable, es decir, una tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. Sin embargo en el presente estudio se utilizó como una reacción emocional del paciente más que como variable predisponente simplemente por el hecho de evaluar al paciente en general, no en el momento actual del pase, ya que el resto de cuestionarios hacen referencia a lo que el paciente hace o piensa en general. La escala de *ansiedad-rasgo* consta de veinte ítems que son puntuados de 0 a 3 puntos. El *inventario de depresión de Beck* (1961), consta de 21 ítems en el que se incluyen los componentes cognitivos, conductuales y somáticos de la depresión. En cada uno de los ítems se establecen cuatro manifestaciones graduadas, de menor a mayor presencia del síntoma en concreto, siendo evaluadas en una escala de 0 a 3 puntos, oscilando la puntuación total de la prueba entre 0 y 63 puntos. Al paciente se le pedía que señalara la opción, en cada ítem, que describiera mejor sus sentimientos durante la última semana, incluyéndose también el día del pase de la prueba.

### RESULTADOS

En relación a la muestra, y tomando las variables sociodemográficas sexo y edad, el 71% pertenece al sexo femenino, perteneciendo el 26,8% restante al sexo masculino. La edad de los participantes oscila en-

tre los 20 y los 77 años, siendo la media de edad de 52,64 años (con una desviación típica de 13,25) presentando mayoritariamente dolor somático (54,4%) y dolor neuropático (41,4%). En relación al análisis descriptivo de los datos, y centrándonos en la valoración que los pacientes hacen de su dolor y de las consecuencias del mismo en general, el nivel de dolor informado por el paciente es de moderado a intenso ( $M = 7,91$ ;  $SD = 1,74$ ), valorando además que “nunca” pueden disminuir su dolor ( $M = 1,80$ ;  $SD = 0,97$ ), anticipar cuándo les va a doler ( $M = 1,87$ ;  $SD = 1,15$ ) o cambiar su dolor ( $M = 1,57$ ;  $SD = 0,93$ ). Valorando además que sólo “algunas veces” la medicación que toman les quita el dolor ( $M = 2,29$ ;  $SD = 1,09$ ), el dolor depende de lo que hagan ( $M = 2,26$ ;  $SD = 1,24$ ), pueden controlar su dolor ( $M = 2,07$ ;  $SD = 1,11$ ), la situación les desborda claramente ( $M = 2,55$ ;  $SD = 1,47$ ), quieren expresar sus emociones y sentimientos y no pueden ( $M = 2,66$ ;  $SD = 1,35$ ), creen que su dolor se solucionará en poco tiempo ( $M = 2,44$ ;  $SD = 1,34$ ), tienen miedo de que no tenga solución ( $M = 2,92$ ;  $SD = 1,52$ ), y saben que hay medios para poner solución a su dolor ( $M = 2,99$ ;  $SD = 1,29$ ), y que en cambio son “bastantes” las veces que el dolor supera sus recursos y posibilidades ( $M = 3,42$ ;  $SD = 1,15$ ), el dolor limita su vida ( $M = 3,48$ ;  $SD = 1,23$ ), están preocupados por su dolor ( $M = 3,54$ ;  $SD = 1,20$ ), el dolor es superior a sus posibilidades ( $M = 3,49$ ;  $SD = 1,13$ ), piensan que tienen que acostumbrarse a su dolor ( $M = 3,48$ ;  $SD = 1,45$ ), saben lo que pueden hacer ( $M = 3,18$ ;  $SD = 1,32$ ), antes de actuar le gusta considerar las consecuencias de sus acciones ( $M = 3,31$ ;  $SD = 1,21$ ), tienen de ganas de ir al médico para ver lo que les dice ( $M = 3,35$ ;  $SD = 1,35$ ), no saben cómo acabará pero creen que tienen medios a su alcance ( $M = 3,34$ ;  $SD = 1,17$ ). En segundo lugar, y por lo que respecta a las estrategias de afrontamiento, la estrategia de afrontamiento al dolor más utilizada del CAD ha sido la autoafirmación ( $M = 3,82$ ;  $SD = 0,75$ ), seguida de la búsqueda de la información ( $M = 2,95$ ;  $SD = 0,94$ ) y de la religión ( $M = 2,90$ ;  $SD = 1,44$ ). Siendo por el contrario la menos utilizada la estrategia autocontrol mental ( $M = 2,12$ ;  $SD = 0,85$ ), siendo estas diferencias de uso estadísticamente significativas como demuestra la prueba de contraste Chi cuadrado (desde 0,006 hasta 0,000). Por último y centrándonos en los niveles de ansiedad y depresión y comparándolos con los baremos poblacionales para su edad y sexo, encontramos que en relación a la ansiedad tanto en mujeres ( $M = 32,69$ ;  $SD = 11,05$ ) como en varones ( $M = 28,19$ ;  $SD = 12,19$ ) la puntuación obtenida es moderadamente alta, mostrando un nivel de depresión moderada ( $M = 17,76$ ;  $SD = 9,41$ ).

Posteriormente se realizó un análisis de conglomerados, con la finalidad de determinar si existían dos grupos diferentes en función del nivel de ansiedad y depresión, que en última instancia han sido utilizados como indicadores del nivel de adaptación del paciente con dolor crónico. En este sentido, hemos encontrado dos grupos significativamente diferentes en cuanto a ansiedad ( $F = 225,252$ ;  $p = 0,000$ ) y depresión ( $F = 188,711$ ;  $p = 0,000$ ) que podríamos etiquetar como grupo adaptado ( $n = 93$ ) y grupo desadaptado ( $n = 63$ ), presentado el primero bajas puntuaciones en ansiedad rasgo y depresión mientras que el segundo grupo se caracterizarían por obtener puntuaciones elevadas en ambas escalas, siendo su nivel de adaptación por lo tanto más pobre.

Realizando posteriormente una prueba con la *t* de Student con la finalidad de determinar si existen diferencias significativas ( $p = 0,05$ ;  $p = 0,01$ ) en relación a las variables de valoración y estrategias de afrontamiento entre ambos grupos, encontramos que, por lo que se refiere a la valoración (Tabla I), el grupo mejor adaptado (grupo 1) obtiene puntuaciones significativamente más altas, en comparación con el grupo con un peor ajuste (grupo 2) en las variables de valoración que implican control del dolor (“puedo controlar mi dolor”), autoeficacia (“puedo disminuir mi dolor”, “puedo cambiar mi dolor o hacer algo”) y confianza en la existencia de recursos médicos para paliar el dolor (“sé que hay medios para poner solución a mi dolor”), así como en su solución o mejora (“creo que mi dolor se solucionará en poco tiempo”). Por el contrario, el grupo que presenta una peor adaptación (grupo 2) obtiene puntuaciones significativamente elevadas en las variables: “el dolor supera mis recursos y posibilidades”, “el dolor limita mi vida”, “quiero expresar mis emociones o sentimientos y no puedo”, “esta situación me desborda claramente”, “estoy muy preocupado por mi dolor” y “el dolor supera mis posibilidades”. Por lo tanto, en comparación con el grupo mejor adaptado (grupo 1), el grupo con un ajuste pobre al dolor valora este como más incapacitante, con una mayor preocupación sobre su dolor y con un mayor desbordamiento de los propios recursos para hacerle frente, así como una mayor represión de las emociones.

Por lo que se refiere a las estrategias de afrontamiento utilizadas ante el dolor, únicamente la religión será la estrategia significativamente diferente entre los grupos, siendo el grupo que muestra un peor ajuste una mayor utilización de dicha estrategia.

Mediante el análisis de regresión múltiple, aplicando el método *stepwise* (o por pasos) con una probabilidad de entrada de la variable en el modelo de

**TABLA I.** DIFERENCIAS DE MEDIAS ENTRE EL GRUPO QUE PRESENTA UN MEJOR AJUSTE AL DOLOR CRÓNICO (GRUPO 1) FRENTE AL GRUPO CON UN PEOR AJUSTE (GRUPO 2) EN RELACIÓN A LAS VARIABLES DE VALORACIÓN Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

<i>Variables</i>	<i>Grupo 1</i>		<i>Grupo 2</i>		<i>p</i>
	<i>Media</i>	<i>D. típica</i>	<i>Media</i>	<i>D. típica</i>	
Puedo controlar mi dolor	2,31	1,13	1,63	0,93	0,000
El dolor supera mis recursos y posibilidades	3,16	1,10	3,94	1,01	0,000
El dolor limita mi vida	3,20	1,19	4,05	1,02	0,000
Puedo disminuir mi dolor	1,96	1,05	1,48	0,65	0,002
Puedo cambiar mi dolor o hacer algo	1,74	1,03	1,31	0,59	0,003
Quiero expresar mis emociones o sentimientos y no puedo	2,29	1,23	3,23	1,34	0,000
Esta situación me desborda claramente	2,29	1,37	2,85	1,55	0,018
Estoy muy preocupado por mi dolor	3,27	1,17	3,95	1,03	0,000
Creo que mi dolor se solucionará en poco tiempo	2,62	1,33	2,08	1,31	0,013
Sé que hay medios para poner solución a mi dolor	3,13	1,23	2,68	1,35	0,033
El dolor es superior a mis posibilidades	3,15	1,09	4,06	0,96	0,000
Estrategia de afrontamiento: religión	13,45	6,71	15,87	7,49	0,037

F igual a 0,05 y de 0,10 de salida, se pretenden establecer las variables de valoración y estrategias de afrontamiento, evaluadas a partir del cuestionario CAD (27), que pueden predecir el nivel de ajuste de los pacientes crónicos evaluando de forma independiente la ansiedad y la depresión como variables criterios y evaluadas a través del STAI A/R (28) y el BDI (29). En primer lugar y tomando la variable criterio ansiedad, los resultados muestran que el nivel de ansiedad que presenta el paciente se predice a partir de seis variables de valoración, como son, “el dolor es superior a mis posibilidades”, “quiero expresar mis sentimientos y emociones y no puedo”, “creo que mi dolor se solucionará en poco tiempo”, “estoy muy preocupado por mi dolor”, “esta situación me desborda claramente”, “antes de actuar ante el dolor me gusta considerar las consecuencias de mis acciones”, y por la estrategia de afrontamiento autoafirmación, explicando conjuntamente el 48,7% de la varianza total (Tabla II).

Por lo tanto, el nivel de ansiedad, como índice de ajuste al dolor crónico es explicado en un 48,7% a partir de una mayor represión de las emociones, una menor confianza en que su dolor se solucionará en poco tiempo, una mayor percepción de que el dolor supera los propios recursos para hacerle frente, una mayor preocupación por su dolor, una mayor valoración de que el dolor le desborda claramente, una menor consideración de las consecuencias de las acciones realizadas ante el dolor y una menor utilización de la autoafirmación como estrategia de afrontamiento ante el dolor, por este orden.

Los análisis realizados tomando como variables independientes las variables de valoración y las estrategias de afrontamiento al dolor, muestran que el nivel de depresión que presenta el paciente se predice a partir de cinco variables de valoración (“el dolor limita mi vida”, “el dolor es superior a mis posibilidades”, “quiero expresar mis emociones o sentimientos y no puedo”, “estoy muy preocupada por mi dolor”, “puedo anticipar cuándo me va a doler”), y por la misma y única estrategia de afrontamiento predictiva de la ansiedad, la autoafirmación, siendo el porcentaje de varianza explicada un 34,1% (Tabla III).

En la predicción de la depresión el elemento más importante será la percepción del paciente de que el dolor limita su vida, es decir, la incapacidad debido al dolor en la vida diaria del paciente. La represión de las emociones, al igual que la preocupación por el dolor, y la percepción de que el dolor supera las propias posibilidades para hacer frente, presentan una relación positiva con la variable criterio, mientras que la estrategia de afrontamiento autoafirmación sigue siendo la única estrategia de afrontamiento que predice la depresión, presentando un signo negativo. En este sentido, podemos plantear que cuanto mayor es la percepción de que el dolor limita su vida, mayor represión de las emociones, mayor preocupación por su dolor, mayor percepción de que el dolor supera sus propios recursos, menor utilización de la autoafirmación como estrategia de afrontamiento y mayor sea la anticipación del dolor, por este orden, la depresión como índice de ajuste al dolor es explicada en un 34,1%.

**TABLA II.** ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE: VALORACIÓN Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL DOLOR

<i>Variable dependiente: ansiedad</i>					
<i>Variable independiente</i>	<i>Beta</i>	<i>Error típico</i>	<i>Coefficiente beta estand.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Quiero expresar mis emociones o sentimientos y no puedo	2,916	0,498	0,348	5,861	0,000
Creo que mi dolor se solucionará en poco tiempo	-2,433	0,491	-0,288	-4,954	0,000
El dolor es superior a mis posibilidades	2,286	0,645	0,225	3,547	0,001
Estoy muy preocupado por mi dolor	2,125	0,597	0,219	3,556	0,000
Esta situación me desborda claramente	1,397	0,466	0,182	2,996	0,003
Antes de actuar ante el dolor me gusta considerar las consecuencias de mis acciones	-1,566	0,565	-0,165	-2,770	0,006
Estrategia de afrontamiento: autoafirmación	-0,488	0,182	-0,158	-2,682	0,008
Constante	24,954	4,741		5,264	0,000
R = 0,698	R cuadrado = 0,487	Error = 8,3218	F = 21,061	Sig = 0,000	

**TABLA III.** ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE: VALORACIÓN Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL DOLOR

<i>Variable dependiente: depresión</i>					
<i>Variable independiente</i>	<i>Beta</i>	<i>Error típico</i>	<i>Coefficiente beta estand.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
El dolor limita mi vida	1,803	0,574	0,231	3,139	0,002
Quiero expresar mis emociones o sentimientos y no puedo	1,481	0,486	0,212	3,050	0,003
Estoy muy preocupado por mi dolor	1,618	0,585	0,202	2,766	0,006
El dolor es superior a mis posibilidades	1,626	0,650	0,197	2,502	0,013
Puedo anticipar cuándo me va a doler	1,211	0,553	0,150	2,192	0,030
Estrategia de afrontamiento: autoafirmación	-0,429	0,169	-0,170	-2,534	0,012
Constante	2,049	4,573		0,448	0,012
R = 0,584	R cuadrado = 0,341	Error = 7,8468	F = 12,737	Sign. = 0,000	

## DISCUSIÓN

A nivel descriptivo, y considerando a la totalidad de la muestra, encontramos que el nivel de dolor informado por los pacientes es de moderado a intenso. En cuanto a la valoración que estos hacen de su dolor, en general, tienden a percibir que este supera sus propios recursos y posibilidades siendo un factor incapacitante y limitante en su vida diaria, percibiéndose además, con una baja autoeficacia para manejar, controlar o disminuir su dolor, sin poder anticipar cuándo les va a doler, y con un nivel de preocupación elevado aunque consideren que tienen que acostum-

brarse a él e incluso perdiendo el miedo a que no tenga solución, siendo más bien pesimistas las expectativas sobre la solución de su dolor a corto plazo o sobre la posibilidad de medios para mejorar o paliar su dolor. En este sentido, los pacientes perciben su dolor más como una amenaza que como un desafío mostrando además una baja autoeficacia y control sobre su dolor, siendo las tres estrategias de afrontamiento más utilizadas para hacer frente al dolor la autoafirmación, la búsqueda de información y la religión, coincidiendo los presentes resultados con los obtenidos en trabajos anteriores (25).

Por lo que se refiere al nivel de ansiedad y depre-

sión, variables utilizadas en el presente estudio como indicadores del nivel de ajuste o adaptación del paciente crónico, las puntuaciones obtenidas en ambos constructos, y comparándose con el grupo normativo, son moderadamente elevadas. Posteriormente, en el análisis de los resultados se clasificó a los pacientes en dos grupos en función de su nivel de adaptación al dolor crónico tomando como variables criterio el nivel de ansiedad y depresión, obteniéndose dos grupos estadísticamente diferentes. El grupo 1 o adaptado representa a pacientes que muestran un nivel de ansiedad moderado (percentil 50) y un nivel de depresión media, mientras que el grupo 2 o desadaptado abarca al grupo de pacientes con un nivel de ansiedad elevado (percentil 95) y con un nivel de depresión severa. Las diferencias principalmente encontradas se centran en que el grupo mejor adaptado (grupo 1), en comparación con el grupo peor adaptado (grupo 2), valora que tiene un mayor control sobre su dolor, percibe una mayor autoeficacia en el manejo o disminución del mismo, valora al dolor como poco incapacitante en su vida diaria, presenta una visión más optimista en relación a las posibilidades de tratamiento del dolor y de su mejora a corto plazo, utilizando en menor grado la religión como estrategia de afrontamiento al dolor. Por lo tanto, los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que la valoración de control se asocia positivamente con el funcionamiento psicológico adaptativo coincidiendo otros estudios (22,24,27,28) del mismo modo que la autoeficacia (29-33). Sin embargo no se han encontrado relaciones significativas entre el locus de control interno ("el dolor depende de mí...") y el nivel de adaptación (34) ni entre el locus de control y el malestar psicológico (35). De nuevo, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que en el ajuste al dolor, para los pacientes de la presente muestra, es más importante la percepción de autoeficacia y de control sobre el dolor, así como una expectativa optimista en la mejoría de su dolor que el paciente considere que su dolor depende de él (locus de control interno) o de otros factores externos. Por otra parte, de las estrategias de afrontamiento estudiadas, únicamente el uso de la religión influirá significativamente en un mejor o peor ajuste al dolor crónico. De esta forma, la utilización de la religión como estrategia de afrontamiento se asocia con un mayor grado de desadaptación coincidiendo los resultados con los obtenidos por diferentes autores (36,37) o con estudios que muestran cómo el uso de estrategias de afrontamiento pasivas se asocian con una sintomatología depresiva más grave, así como con una adaptación negativa al dolor (23,38).

Una vez establecidos dos grupos significativamente distintos en cuanto al ajuste al dolor crónico en relación a las variables de valoración y estrategias de afrontamiento, nuestro siguiente objetivo se centra en determinar qué variables de valoración y estrategias de afrontamiento podían predecir las variables ansiedad y depresión, como constructos independientes, y realizando para ello un análisis de regresión múltiple. A partir del análisis de regresión múltiple, podemos concluir que por lo que respecta a la predicción de la ansiedad en pacientes con dolor crónico, el elemento más importante dentro de las variables de valoración es una mayor represión de las emociones, siendo la única estrategia predictora un menor uso de la autoafirmación. En relación a la represión de emociones, los resultados muestran el efecto beneficioso del apoyo social en el dolor crónico como muestran diferentes estudios (39-42), así como el uso de la autoafirmación y su relación con la ansiedad como variable criterio, los resultados obtenidos en el presente estudio se relacionan con los obtenidos por otros autores que relacionan el uso de la autoafirmación con un menor distrés psicológico (36). Esto supone que la represión de las emociones en pacientes con dolor crónico tienen un impacto negativo sobre el nivel de ajuste al dolor, represión debida algunas veces tras varios años de evolución del dolor. Es decir, el paciente al inicio de su enfermedad expresa cómo se siente sin embargo a medida que la enfermedad se vuelve crónica el paciente, así como las personas significativas se cansan de decir y oír siempre lo mismo, ante lo cual el enfermo reprime sus emociones repercutiendo negativamente sobre su salud emocional. Además, la valoración de amenaza junto con una expectativa pesimista sobre la mejoría del dolor a corto plazo predice una adaptación al dolor marcada por un elevado nivel de ansiedad.

En relación con la predicción de la depresión en pacientes con dolor crónico, el elemento más importante es la incapacidad percibida por el paciente como consecuencia del dolor. La percepción de incapacidad física como consecuencia del dolor ha sido estudiada por diferentes autores (21,43-45). En cuanto a la autoafirmación, los resultados obtenidos se relacionan con otros estudios en los que el uso de la autoafirmación se relaciona con un menor distrés psicológico (36), humor depresivo (46), con elevados niveles de satisfacción con la vida y bajos niveles de depresión (45).

Finalmente, y para concluir, señalar que aplicando el modelo transaccional (47) en el campo de estudio del dolor crónico se pone de manifiesto, a partir de

los resultados obtenidos, la importancia de las variables de valoración y de las estrategias de afrontamiento en el ajuste a la enfermedad, siendo un mayor número de variables de valoración las que contribuyen a la predicción de la ansiedad y de la depresión, siendo además los elementos más importantes en ambos casos. Ello pone de manifiesto la conveniencia de no pasar por alto qué tipo de valoración hace el paciente de su dolor, es decir, cómo se percibe a sí mismo ante el dolor, y qué tipo de estrategias de afrontamiento está utilizando, con la finalidad de dotar al paciente de los recursos necesarios para que aprenda a percibir su dolor como un desafío más que como una amenaza o pérdida, y consecuentemente adoptando una actitud más activa ante su dolor.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecer al Dr. José de Andrés Ibáñez, Jefe de Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor y Jefe de la Unidad Multidisciplinar del Dolor en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, el haber facilitado en todo momento la recogida de la muestra para poder realizar la presente investigación.

CORRESPONDENCIA:  
Beatriz Soucase Lozano  
C/ M. Jacinto Verdaguer, 6 pta. 3  
46008 Valencia  
Tel.: 626 537 876  
e-mail: quisou@ono.com

## BIBLIOGRAFÍA

- Melzack R, Wall P. Pain mechanism: A new theory. *Science* 1965; 50: 971-9.
- Melzack R, Casey KL. Sensory, motivational and central control determinants of pain. En: Kenshalo D, ed. *The skin senses*. Springfield: Charles C. Thomas, 1968.
- Melzack R. Phantom limbs, the self and the concept of a neuromatrix. *Trends in Neuroscience* 1990; 13: 88-92.
- Weisenberg M. Pain and pain control. *Psychological Bulletin* 1977; 84: 1008-44.
- Turk DC, Meichenbaum D, Genest M. *Pain and behavioral medicine: a cognitive-behavioral perspective*. New York: Guilford Press, 1983.
- Flor H, Turk DC, Rudy TE. Relationship of pain impact and significant other reinforcement of pain behaviors: the mediating role of gender, marital status, and marital satisfaction. *Pain* 1989; 38: 45-50.
- Romano JM, Turner JA, Jensen MP, et al. Chronic pain patient-spouse behavioral interactions predict patient disability. *Pain* 1995; 63: 353-60.
- Tunks E, Bellissimo A. Coping with the coping concept: a brief comment. *Pain* 1988; 34: 171-4.
- Weir R, Browne G, Roberts J, et al. The meaning of illness questionnaire: further evidence for its reliability and validity. *Pain* 1994; 58: 377-86.
- Cheatle MD, Brady JP, Ruland T. Chronic low back pain, depression and attributional style. *Clinical Journal of Pain* 1990; 6: 114-7.
- Ingram RE, Atikson JH, Slater MA, et al. Negative and positive cognition in depressed and non-depressed chronic – pain patients. *Health Psychology* 1990; 9: 300-14.
- Dolce JJ, Crokerk MF, Doleys DM. Prediction of outcome among chronic pain patients. *Behav Research and Therapy* 1986; 24: 313-9.
- Dwyer KA. Psychosocial factors and health status in women with rheumatoid arthritis: predictive models. *American Journal of Preventive Medicine* 1997; 13: 66-72.
- Council JR, Ahern DK, Follick MJ, et al. Expectancies and functional impairment in chronic low back pain. *Pain* 1988; 33: 323-31.
- Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Self-efficacy and outcome expectancies: relationship to chronic pain coping strategies and adjustment. *Pain* 1991; 44: 263-9.
- Abraido-Lanza AF. Latinas with arthritis: effects of illness, role identity, and competence on psychological well-being. *American Journal of Community Psychology* 1997; 25: 601-27.
- Haldorsen EMH, Indahal A, Ursin H. Patients with low back pain not returning to work. *Spine* 1998; 23: 1202-8.
- Martín-Aragón M, Pastor MA, Lledó A, et al. Percepción de control en el síndrome fibromiálgico: variables relacionadas. *Psicothema* 2001; 13: 586-91.
- Pastor MA, Martín-Aragón M, Lledó A, et al. Perceived health competence in a chronic pain patient sample unit. Poster presentado en el 9th World Congress on Pain. Vienna (Austria), 1999.
- Smith TW, Peck JR, Ward JR. Helplessness and depression in rheumatoid arthritis. *Health Psychology* 1990; 9: 377-89.
- Slater MA, Itall HF, Atkinson JH, et al. Pain and impairment beliefs in chronic low back pain: validation of the Pain and Impairment Relationship Scale (PAIRS). *Pain* 1991; 44: 51-6.
- Keef FJ, Caldwell DS, Queen KT, et al. Pain coping strategies in osteoarthritis patients. *J Consult Clin Psychology* 1987; 55: 208-12.
- Brown GK, Nicassio PM, Wallston KA. Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *J Consult Clin Psychology* 1989; 57: 652-7.
- Spinhoven P, Ter Kuile M, Lissen A, et al. Pain coping strategies in a Dutch population of chronic low

- back pain patients. *Pain* 1989; 37: 77-83.
25. Soriano JF, Monsalve V. Valoración, afrontamiento y emoción en pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología* 1999; 62: 43-64.
  26. Soriano JF, Monsalve V. CAD: cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2002; 9: 13-22.
  27. Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain* 1983; 17: 33-44.
  28. Turner JA, Clancy S. Strategies for coping with chronic low back pain: relationship to pain and disability. *Pain* 1986; 24: 335-64.
  29. Litt MD. Self-efficacy and perceived control: cognitive mediators of pain tolerance. *J Person Social Psychology* 1988; 54: 149-60.
  30. O'Leary A, Shoor S, Lorig K, et al. A cognitive-behavioral treatment for rheumatoid arthritis. *Health Psychology* 1988; 7: 527-44.
  31. Regan CA, Lorig K, Thoresen CE. Arthritis appraisal and ways of coping: scale development. *Arth Care Res* 1988; 3: 139-50.
  32. Blalock SJ, DeVellis BM, DeVellis RF. Social comparison among individuals with rheumatoid arthritis. *J Applied Social Psy* 1989; 19: 665-80.
  33. Jensen MP, Turner JA, Romano JM, et al. Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain* 1991; 47: 249-83.
  34. Crisson JE, Keefe FJ. The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. *Pain* 1988; 35: 147-54.
  35. Toomey TC, Finneran J, Scarborough W. Clinical features of health locus of control beliefs in chronic facial pain patients. *Clin J Pain* 1988; 3: 213-8.
  36. Hill A. The use of pain coping strategies by patients with phantom limb pain. *Pain* 1993; 55: 347-53.
  37. Geisser ME, Robinson ME, Keefe FJ, et al. Catastrophizing, depression and the sensory, affective and evaluative aspects of chronic pain. *Pain* 1994; 59: 79-83.
  38. Brown GK, Nicassio PM. The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain* 1987; 31: 53-65.
  39. Weinberg M, Hiner SL, Tierney WM. Improving functional status in arthritis: the effect of social support. *Social Science Medicine* 1986; 23: 899-904.
  40. Manne SL, Zautra DJ. Spouse criticism and support: their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *J Person Social Psychology* 1989; 56: 608-17.
  41. Jamison RM, Virts KL. The influence of family support on chronic pain. *Behav. Research Therapy* 1990; 28: 283-7.
  42. Revenson TA, Schiaffino KM, Majerovitz SD, et al. Social support as a double-edged sword the relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science Medicine* 1991; 33: 807-13.
  43. Boston K, Pearce SA, Richardson PH. The Pain Cognition Questionnaire. *J Psychosomatic Research* 1990; 34: 103-9.
  44. Strong J, Ashton R, Cradmond T, Chant D. Pain intensity, attitude and function in back pain patients. *Aust Occup Ther* 1990; 37: 179-83.
  45. Jensen MP, Karoly P. Comparative self-evaluation and depressive affect among chronic pain patients: an examination of selective evaluation theory. *Cognitive Therapy Research* 1992; 16: 297-308.
  46. Van Lankend W, Van't Pad Bosch P, Van De Putte L, Naring G, Van Der Staak C. Disease specific stressors in rheumatoid arthritis: coping and well-being. *British Journal of Rheumatology* 1994; 33: 1067-73.
  47. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.