



Influencia de los procesos mediadores en la adaptación al dolor crónico¹

Beatriz Soucase Lozano²

*(Universidad Católica de Valencia y Fundación Valenciana para el Estudio
y Tratamiento del Dolor, España)*

José F. Soriano Pastor

(Universidad de Valencia, España)

Vicente Monsalve Dolz

(Hospital Universitario de Valencia, España)

(Recibido 30 de marzo 2004/ Received March 30, 2004)

(Aceptado 5 octubre 2004 / Accepted October 5, 2004)

RESUMEN. El objetivo de este estudio descriptivo mediante encuestas consiste en establecer la influencia de los procesos mediadores en la adaptación del paciente a su dolor, utilizando como criterio el nivel de ansiedad rasgo y depresión. La finalidad del estudio se centra en determinar qué variables de valoración y qué estrategias de afrontamiento predicen un mejor ajuste al dolor crónico. La muestra está formada por 168 pacientes con diferentes patologías en dolor crónico. A nivel descriptivo, los resultados muestran que el nivel de dolor informado por los pacientes oscila entre moderado e intenso, percibiéndose a sí mismos con una baja autoeficacia para controlar o disminuir el dolor, haciendo uso de estrategias de afrontamiento ante el mismo más bien pasivas (por ejemplo, la autoafirmación y la religión), y mostrando puntuaciones en ansiedad y depresión moderadamente elevadas. A nivel predictivo se observa que las variables de valoración tienen un mayor peso que las estrategias de afrontamiento en la predicción de un mejor o peor ajuste del paciente a su dolor.

¹ 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 haber facilitado en todo momento la recogida de los datos para poder realizar esta investigación.

² Correspondencia: C/ M. Jacinto Verdaguer, 6, pta. 3. 46008 Valencia (España). E-mail: quisou@ono.com

PALABRAS CLAVE. Dolor crónico. Afrontamiento. Modelo transaccional. Ansiedad. Depresión. Estudio descriptivo mediante encuestas.

ABSTRACT. The objective of the survey descriptive study consists on establishing the influence of the processes mediators in the adaptation of the patient to its pain, using as approach the level of anxiety-trait and depression. The purpose of the study is centred to determine how variable of appraisal and what coping strategies they predict a better adjustment to the chronic pain. The sample is formed by 168 patients with different pathologies in chronic pain. At descriptive level, the results show that the level of informed pain for the patients oscillates between moderate and intense, being perceived themselves with a low auto-efficacy to manage, to control or to diminish the pain, making use of coping strategies rather before the pain passive (for example, the positive self-statements and the religion), and showing punctuations in anxiety and depression moderately high. At level predictive it is observed that the variables of valuation have a bigger weight that the coping strategies in the prediction of a better or worse adjustment of the patient to their pain.

KEYWORDS. Chronic pain. Coping. Transactional model. Anxiety. Depression. Survey descriptive study.

RESUMO. O objetivo deste estudo de pesquisa descritivo consiste em estabelecer a influência dos processos mediadores na adaptação do paciente à dor, utilizando como critério o nível de ansiedade traço e de depressão. A finalidade do estudo centra-se em determinar que variáveis de apreciação e que estratégias de confronto predizem um melhor ajustamento à dor crónica. A amostra é formada por 168 pacientes com diferentes patologias de dor crónica. A nível descritivo, os resultados mostram que o nível de dor revelado pelos pacientes oscila entre moderado e intenso, percebendo-se a si mesmos com uma baixa auto-eficácia para controlar ou diminuir a dor, fazendo uso de estratégias confronto mesmo antes da dor passiva (por exemplo a auto-afirmação positiva e a religião), e mostrando pontuações na ansiedade e depressão moderadamente elevadas. A nível preditivo observa-se que as variáveis de apreciação têm um maior peso que as estratégias de confronto na predição de um melhor ou pior ajustamento à sua dor.

PALAVRAS CHAVE. Dor crónica. Confronto. Modelo transaccional. Ansiedade. Depressão. Estudo de pesquisa descritivo.

Introducción

La *International Association for Study of Pain (IASP)* describe el dolor como una «experiencia subjetiva, sensorial y emocional desagradable con un daño tisular potencial o actual o descrito en términos de ese daño... El dolor es siempre subjetivo» (*International Association for Study of Pain*, 1994, p. 210). En la actualidad, el dolor es considerado una experiencia perceptiva compleja (Melzack y Casey, 1968; Miró, 1997; Scheier y Karoly, 1983) debida a la interacción existente entre procesos fisiológicos, cognitivos y afectivos, siendo además definido como una experiencia

multidimensional (Elton, Stanley y Burrows, 1983; Melzack y Casey, 1968; Sternbach, 1974) mediatizada por distintas variables. A partir de esta definición del dolor, se amplía la perspectiva sobre el tratamiento del paciente como un individuo global, resaltando la necesidad de abordar no solamente los factores físicos o biológicos sino también los factores psicológicos. Aunque son numerosas las investigaciones que han incluido los aspectos psicológicos y sociales en el estudio del dolor, será la teoría de la compuerta propuesta por Melzack y Wall (1965), y la formulación posterior de la teoría de la neuromatriz (Melzack, 1989; Melzack y Loeser, 1978), el primer intento por desarrollar un modelo integrador, tanto en la evaluación como en el tratamiento del dolor. Este hecho supone la reconceptualización de la experiencia dolorosa, definiendo ésta como el resultado de la interacción de las dimensiones sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa, siendo en ésta última donde cobran especial relevancia variables psicológicas como pueden ser los rasgos de personalidad, las conductas de dolor, la valoración que el paciente hace de su dolor o las estrategias de afrontamiento, entre otras (Franco, Cano y Blanco, 2000). Ello conlleva la sustitución de modelos unidimensionales por multidimensionales que abarcan tanto los aspectos fisiológicos como los psicológicos y sociales defendidos desde el modelo biopsicosocial de la enfermedad (Engel, 1977), siendo necesario centrarse en aquellas condiciones que mejoran la adaptación de los enfermos a sus recursos tanto personales como sociales (Ibáñez, 1989, 1990). De esta forma en el ámbito del dolor crónico, el objetivo principal será que el paciente se sienta capaz de afrontar de forma efectiva su dolor, mejorando con ello directa e indirectamente su calidad de vida.

Por lo tanto, desde el modelo biopsicosocial de la enfermedad, y aplicando el modelo transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 1984) al dolor crónico, la estimulación nociceptiva o cualquier experiencia de dolor no puede ser considerada a priori como un estresor (Boothby, Thorn, Strond y Jensen, 1999), ya que los procesos mediadores (valoración cognitiva y estrategias de afrontamiento) juegan un papel importante. En este sentido, diferentes estudios (Jensen, Turner y Romano, 1991) hacen hincapié en las relaciones entre creencias, afrontamiento y adaptación al dolor, centrándose principalmente en el locus de control (Abraido-Lanza, 1997; Haldorsen, Indahl y Ursin, 1999; Martín-Aragón *et al.*, 2001), el control sobre el dolor (Haldorsen *et al.*, 1999), el estilo atribucional (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Cheatle, Brady y Ruland, 1990; Ingram, Atkinson, Slater, Sacuzzo y Garfin, 1990), los errores cognitivos (Slater, Itall, Atkinson y Garfin, 1991; Smith, Peck y Ward, 1990), la autoeficacia (Dolce, Croker, y Doleys, 1986; Dwyer, 1997), expectativas de resultado (Council, Ahern, Follick y Kline, 1988; Jensen *et al.*, 1991), entre otras. Por lo que se refiere al afrontamiento del dolor crónico, y en términos generales, 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, el catastrofismo o el pensamiento desiderativo, encontrándose asociaciones positivas entre estrategias de afrontamiento activas, es decir, que implican un control directo del dolor, e índices de ajuste físico y psicológico (Brown y Nicassio, 1987; Brown, Nicassio y Wallston, 1989; Keefe *et al.*, 1987; Rosentiel y Keefe, 1983; Spinhoven, Ter Kuile, Lissen y Gazendam, 1989; Turner

y Clancy, 1986). Por último, en relación a las respuestas emocionales ante el dolor, y siguiendo a Monsalve, Soriano e Ibáñez (2001), serán la ansiedad y la depresión las dos respuestas más estudiadas, relacionándose éstas con el mantenimiento y exacerbación del dolor (Dresh, Polatin y Gatchel, 2002; Lebovits y Bassman, 1996; Romano y Turner, 1985; Turk, Okifuji y Scharff, 1995), resultando por todo ello necesaria la evaluación de dichas dimensiones emocionales en el abordaje terapéutico del dolor (Monsalve *et al.*, 2001).

En el presente estudio descriptivo de poblaciones mediante encuestas (Montero y León, 2005), el objetivo principal se centra en señalar qué relevancia tienen los procesos mediadores en la adaptación o el ajuste del paciente a su dolor. Así, por una parte, se pretende determinar si las diferencias en la adaptación entre pacientes con dolor crónico (Keefe *et al.*, 1987; Revenson y Felton, 1989; Turner, 1991; Turner, Clancy y Vitaliano, 1987) pueden ser explicadas a partir de la interacción entre las variables de valoración y las estrategias de afrontamiento (procesos mediadores), y en el caso de que puedan ser explicadas, poder establecer predictores que expliquen un mejor o peor ajuste del paciente a la enfermedad. En la redacción de este trabajo se siguieron las pautas establecidas por Ramos-Alvarez y Catena (2004).

Método

Muestra

La muestra está compuesta por 168 pacientes con dolor crónico que acuden a la Unidad Multidisciplinar del Dolor en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia con diversas patologías: el 54,4% presenta dolor somático, el 41,4% dolor neuropático y el 1,8% dolor visceral. Los participantes son pacientes que acuden a una primera entrevista con el psicólogo de la Unidad, previa exploración médica. Antes de la entrevista, los pacientes fueron informados sobre el tipo de estudio y del carácter confidencial de los datos. Tras informar sobre su consentimiento, completaban una batería de cuestionarios de forma individual en la que se recogían, tanto los datos sociodemográficos (número de historia clínica, edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, diagnóstico clínico y nivel inicial de dolor), como las variables psicológicas de interés: valoración y estrategias de afrontamiento al dolor, ansiedad-rasgo y depresión.

Instrumentos

La valoración del dolor fue llevada a cabo, en un 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 (1 = «nunca» o «en absoluto»; 2 = «algunas veces»; 3 = «bastantes veces»; 4 = «casi siempre»; 5 = «siempre»), variables que han sido extraídas de un trabajo previo realizado por Soriano y Monsalve (1999), estudio en el que los pacientes señalaban los aspectos más importantes de su dolor en la vida diaria a partir de preguntas abiertas.

Las dimensiones evaluadas se refieren a la valoración cognitiva que el paciente hace tanto de la experiencia del dolor y las repercusiones que éste tiene en su vida diaria, como de las expectativas sobre la posibilidad de tratamiento. Concretamente los ítems fueron los siguientes: «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» y «El dolor es superior a mis posibilidades».

Las estrategias de afrontamiento fueron evaluadas a partir del Cuestionario de Afrontamiento al Dolor (CAD) (Soriano y Monsalve, 2002). El CAD consta de 31 ítems o frases relacionadas con lo que el paciente hace cuando tiene dolor, oscilando los índices de consistencia interna entre las diferentes escalas entre 0,78 y 0,94. Al individuo 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. Hace referencia al uso de la religión o espiritualidad, así como al apoyo en la fe para hacer frente a la enfermedad; por ejemplo, «Rezo para que mis dolores desaparezcan» o «Utilizo la fe para que me alivie de mis dolores».
- Catarsis (búsqueda de apoyo social emocional). Se trata de las verbalizaciones que el paciente realiza sobre su dolor por el alivio que produce el hecho de comentar con otros el problema y buscar comprensión; por ejemplo, «Hablo con la gente de mi dolor, porque el hablar me ayuda a sentirme mejor» o «Busco a algún amigo o allegado que me comprenda y me ayude a sentirme mejor con el dolor».
- Distracción. Describe el conjunto de acciones que el paciente lleva a cabo para desviar su atención sobre el dolor; por ejemplo, «Busco algo en qué pensar para distraerme» o «Cuando tengo dolor me esfuerzo en distraerme con algún pasatiempo».
- Autocontrol mental. Se refiere a los esfuerzos cognitivos para intentar disminuir el dolor; por ejemplo, «Me olvido de todo y me concentro en mi dolor intentando que desaparezca» o «Cuando tengo dolor me concentro en él e intento disminuirlo mentalmente».
- Autoafirmación. Hace referencia a los ánimos que el paciente se da a sí mismo con el fin de no desfallecer; por ejemplo, «Pienso que he de tener fuerzas y no desfallecer» o «Me digo a mí mismo que tengo que ser fuerte».

- Búsqueda de información (búsqueda de apoyo social instrumental). Alude a las consultas que realiza el individuo para saber más sobre su problema con el fin de poder solucionarlo; por ejemplo, «Intento saber más sobre mi dolor para así poder hacerle frente» o «Intento que me expliquen qué puedo hacer para disminuir el dolor».

La ansiedad se evaluó con el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1988), el cual comprende dos escalas que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, esto es, como estado y como rasgo. En el presente estudio únicamente hemos valorado la ansiedad rasgo del paciente, estando ésta conceptualizada teóricamente como una propensión ansiosa relativamente estable, es decir, una tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. La escala de ansiedad rasgo consta de veinte ítems que son puntuados de 0 a 3 e indican como se siente el sujeto «en general», siendo su índice de consistencia interna 0,84-0,87. La elección de la escala ansiedad rasgo como reacción emocional del paciente más que como variable predisponente simplemente es debido al 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.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; versión española de Vázquez y Sanz, 1997) 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. La fiabilidad test-retest se ha situado entre 0,65 y 0,72, y el coeficiente alfa de Cronbach en 0,82 (Vázquez y Sanz, 1997). 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

Los resultados han sido agrupados en dos apartados: análisis descriptivo y análisis predictivo. Dentro del primer apartado, se han llevado a cabo medidas de tendencia central (medias, desviación típica y porcentajes); en el apartado referente al análisis predictivo se ha realizado, principalmente, un análisis discriminante tomando las variables ansiedad y depresión conjuntamente.

Análisis descriptivo

En primer lugar, y en relación a las variables sociodemográficas sexo y edad, el 71% de la totalidad de la muestra son mujeres ($n = 120$), siendo el 26,8% restante varones ($n = 48$). La edad de los participantes oscila entre los 20 y los 77 años, siendo la media de edad de 52,64 años ($SD = 13,25$). En cuanto al nivel de estudios de los pacientes entrevistados, el 65,5% de la muestra ($n = 110$) presenta un nivel de estudios primarios, el 10,1% un nivel de bachiller elemental, el 7,7% un nivel de bachiller

superior y estudios universitarios respectivamente, el 6,5% no sabe leer ni escribir, y sólo un 2,4% de la muestra presenta un nivel de estudios universitarios superior. Por último, el 76,8% de los pacientes entrevistados están casados, el 10,1% solteros, el 7,7% viudos, el 3,6% divorciados y el 1,8% separados.

En relación a 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 su dolor más como una amenaza o pérdida. En este sentido, y como podemos ver en la Tabla 1, sienten que «nunca» pueden disminuir su dolor ($M = 1,80$; $SD = 0,97$), anticipar cuando les va a doler ($M = 1,87$; $SD = 1,15$) o cambiar su dolor ($M = 1,57$; $SD = 0,93$). Por el contrario, «bastantes veces» perciben que el dolor supera sus recursos y posibilidades ($M = 3,42$; $SD = 1,15$), limita su vida ($M = 3,48$; $SD = 1,23$), mostrando preocupación por el dolor ($M = 3,54$; $SD = 1,20$), aunque se muestren ligeramente optimistas en cuanto al tratamiento (por ejemplo, «tengo 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» ($M = 3,34$; $SD = 1,17$)).

TABLA 1. Análisis descriptivo de la valoración del dolor.

Variable	Media	SD
Valoración del dolor inicial	7,91	1,74
La medicación me quita el dolor	2,29	1,09
El dolor depende de mí, de lo que yo haga	2,26	1,24
Puedo controlar mi dolor	2,07	1,11
El dolor supera mis recursos y posibilidades	3,42	1,15
El dolor limita mi vida	3,48	1,23
Puedo disminuir mi dolor	1,80	0,97
Puedo anticipar cuando me va a doler	1,87	1,15
Puedo cambiar mi dolor o hacer algo	1,57	0,93
Tengo que aceptar mi dolor o acostumbrarme a él	3,48	1,45
Quiero expresar mis emociones o sentimientos y no puedo	2,66	1,35
Sé lo que puedo hacer	3,18	1,32
Antes de actuar ante el dolor me gusta considerar las consecuencias de mis acciones	3,31	1,21
Tengo ganas de ir al médico para ver lo que me dice	3,35	1,35
Esta situación me desborda claramente	2,55	1,47
Estoy muy preocupado...	3,54	1,20
Creo que mi dolor se solucionará en poco tiempo	2,44	1,34
Sé que hay medios para poner solución a mi dolor	2,99	1,29
No sé cómo acabará pero creo que tengo medios a mi alcance	3,34	1,17
Tengo miedo de que no tenga solución	2,92	1,52
El dolor es superior a mis posibilidades	3,49	1,13

En segundo lugar, y por lo que respecta a las estrategias de afrontamiento, podemos concluir que en general, tal y como observamos en la Tabla 2, 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 ($M = 2,90$; $SD = 1,44$). Por el contrario, la menos utilizada fue 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.

TABLA 2. Análisis descriptivo de las estrategias de afrontamiento utilizadas ante el dolor.

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>SD</i>	χ^2
Religión	2,90	1,44	0,000
Catarsis	2,50	0,98	0,001
Distracción	2,45	0,90	0,006
Autocontrol mental	2,12	0,85	0,000
Autoafirmación	3,82	0,75	0,000
Búsqueda de información	2,95	0,94	0,000

Por último, se observa que el nivel de ansiedad que presentan los pacientes es elevado (véase la Tabla 3). Comparando las puntuaciones obtenidas por la muestra con los baremos poblacionales para su edad y sexo ($M_{\text{mujeres}} = 20,19$; $SD = 8,89$; $M_{\text{varones}} = 24,99$; $SD = 10,05$), encontramos que en ambas muestras la puntuación obtenida es moderadamente alta, ocupando el percentil 80 y 77, varones y mujeres respectivamente. En relación al nivel de depresión que presentan los pacientes, y a partir de la puntuación total obtenida, podemos concluir que muestran un nivel de depresión moderada.

TABLA 3. Análisis descriptivo de la ansiedad rasgo (STAI A/R) y depresión (BDI).

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>SD</i>
Ansiedad-rasgo: varones	28,19	12,19
Ansiedad-rasgo: mujeres	32,69	11,05
Depresión (BDI)	17,76	9,41

Análisis predictivos

A partir de la aplicación de un análisis de conglomerados, el total de la muestra se ha clasificado en dos grupos 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, tal y como podemos apreciar en la Tabla 4, bajas puntuaciones en ansiedad rasgo y depresión, mientras que el segundo grupo se caracteriza por obtener puntuaciones elevadas en ambas escalas, lo cual indica que su nivel de adaptación es, por lo tanto, más pobre. Atendiendo a los valores normativos, e interpretando los resultados obtenidos en función de éstos, el grupo 1 está caracterizado por pacientes que presentan un nivel de ansiedad moderado (percentil 50) y un nivel de depresión media, y el grupo 2 incluye a los pacientes con un nivel de ansiedad alto (percentil 95) y un nivel de depresión severa.

TABLA 4. Clasificación de la muestra en función del nivel de adaptación (STAI/R y BDI).

	<i>Conglomerado</i>	
	<i>1^a</i>	<i>2^b</i>
Ansiedad – rasgo	24,14	42,24
Depresión (BDI)	12,19	26,27
n	93	63

Nota: los valores representan la media en las escalas STAI/R y BDI.

^a grupo 1= grupo mejor adaptado al dolor. ^b grupo 2= grupo peor adaptado al dolor.

Realizando posteriormente, una prueba *t* con la finalidad de determinar si existen diferencias significativas 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 5), 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, autoeficacia y confianza en la existencia de recursos médicos para paliar el dolor, así como en su solución o mejora. Por el contrario, el grupo que presenta una peor adaptación (grupo 2) obtiene puntuaciones significativamente elevadas en las variables que implican la valoración del dolor como más incapacitante, mostrando una mayor preocupación 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, donde el grupo que muestra un peor ajuste hace una mayor utilización de dicha estrategia.

TABLA 5. Diferencias de medias en relación a las variables de valoración y estrategias de afrontamiento.

<i>Variables</i>	<i>1^a</i>		<i>2^b</i>		<i>p</i>
	<i>Media</i>	<i>SD</i>	<i>Media</i>	<i>SD</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
E. A: Religión	13,45	6,71	15,87	7,49	0,037

Nota: ^a grupo 1= grupo mejor adaptado al dolor. ^b grupo 2= grupo peor adaptado al dolor.

Mediante análisis discriminante, aplicando el método *stepwise* (o por pasos) con una probabilidad de entrada de la variable en el modelo de F igual a 0,05 y de 0,10 de salida, se pretenden establecer las variables de valoración y estrategias de afrontamiento que pueden predecir el nivel de ajuste de los pacientes crónicos, evaluando conjuntamente la ansiedad y la depresión como variables criterios. Nuestro objetivo a partir del análisis discriminante se centra en establecer qué variables, de todas las utilizadas y tomadas en conjunto, nos permiten diferenciar o discriminar a ambos grupos. En relación al índice de correlación canónica y de Lambda de Wilks, podemos observar a partir de los resultados obtenidos que la asociación entre las puntuaciones discriminantes y el grupo de pertenencia es moderada (0,66), al igual que la diferencia entre los grupos establecidos (0,56). Ello nos indica que de forma significativa ($p = 0,000$) los grupos son independientes entre sí.

TABLA 6. Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas.

<i>Variables</i>	<i>Coefficientes estandarizados</i>
Puedo anticipar cuándo me va a doler	0,33
Tengo que aceptar mi dolor o acostumbrarme a él	0,36
Quiero expresar mis emociones o sentimientos y no puedo	0,52
Esta situación me desborda claramente	0,28
Estoy muy preocupado por mi dolor	0,32
Sé que hay medios para poner solución a mi dolor	- 0,44
El dolor es superior a mis posibilidades	0,40
Autoafirmación	- 0,43
Búsqueda de información	0,35

TABLA 7. Función discriminante.

<i>Nivel de adaptación</i>		<i>Grupo de pertenencia pronosticado</i>				<i>Total</i>
		<i>1^a</i>		<i>2^b</i>		
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Casos	1 ^a	73	81,1	17	18,9	90
	2 ^b	13	21,3	48	78,7	61
	Casos desagrupados	8	66,7	4	33,3	12

Nota: ^a grupo 1= grupo mejor adaptado al dolor. ^b grupo 2= grupo peor adaptado al dolor.

A partir del análisis discriminante puede observarse que de la totalidad de las variables evaluadas tomadas en conjunto, nueve van a resultar con una importancia estadísticamente significativa (véase la Tabla 6). Además, y cómo podemos observar en la Tabla 7, con esta función se consigue clasificar el 80,1% de los pacientes con dolor crónico que conforman la muestra, estando el grupo mejor adaptado (grupo 1) ligeramente mejor clasificado que el grupo con un peor ajuste a su dolor (grupo 2), lo cual podría ser explicado por la ligera diferencia del número total de la muestra que pertenece a cada grupo. Por lo tanto, atendiendo a la valoración del dolor, los pacientes que presentan un peor ajuste (grupo 2) a su dolor, manifiestan una mayor tendencia a

reprimir sus emociones, a sentirse superados por el dolor y sentirse desbordados por éste, a estar muy preocupados por su dolor, aunque presenten una mayor tendencia a pensar que tienen que acostumbrarse a su dolor o incluso puedan anticipar cuándo les va a doler. Sin embargo, muestran una menor tendencia a confiar en los recursos médicos para solucionar su dolor. En relación a las estrategias de afrontamiento, dos van a ser las estrategias que marcarán la diferencia entre ambos grupos, el uso de la autoafirmación y de la búsqueda de información. A este respecto, el grupo con mejor ajuste a su dolor utiliza significativamente más la autoafirmación como estrategia para hacerle frente al dolor, mientras que el grupo con un peor ajuste tiende a utilizar mayoritariamente la búsqueda de información (véase la Tabla 8).

TABLA 8. Comparación de medias en relación a las variables de valoración y estrategias de afrontamiento.

<i>Variables</i>	<i>1^a</i>		<i>2^b</i>	
	<i>Media</i>	<i>SD</i>	<i>Media</i>	<i>SD</i>
Puedo anticipar cuándo me va a doler	1,76	1,12	2,03	1,24
Tengo que aceptar mi dolor...	3,35	1,47	3,65	1,36
Quiero expresar mis emociones...	2,29	1,23	3,23	1,34
Esta situación me desborda claramente	2,29	1,37	2,85	1,55
Estoy muy preocupado por mi dolor	3,27	1,17	3,95	1,03
Sé que hay medios para solucionar...	3,13	1,23	2,68	1,35
El dolor supera mis posibilidades	3,15	1,09	4,06	0,96
Autoafirmación	19,42	3,54	18,69	4,03
Búsqueda de información	14,41	4,64	15,28	4,58

Nota: ^a grupo 1= grupo mejor adaptado al dolor; ^b grupo 2= grupo peor adaptado al dolor

Discusión

En el ámbito de estudio del dolor crónico, uno de los aspectos relevantes en el tratamiento son los recursos que el individuo utiliza para afrontar el mismo, modulando éstos tanto la percepción del síntoma como el impacto emocional. En el presente estudio la valoración que el paciente hace de su dolor, así como las estrategias de afrontamiento que utiliza, son consideradas como variables mediadoras en la adaptación del paciente a su dolor. La muestra estudiada, caracterizada por un dolor moderado-intenso (valoración del dolor = 7,91 sobre un máximo de 10 y un mínimo de 0), percibe 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 (Soriano y Monsalve, 1999).

La diferencia entre el grupo que presenta una mejor adaptación a su dolor (grupo 1) y el grupo peor adaptado (grupo 2) plantea algunas consideraciones. En primer lugar, la relevancia de los procesos mediadores (valoración y estrategias de afrontamiento) en

el ajuste del paciente a su dolor. En este sentido, el grupo mejor adaptado (grupo 1) percibe un mayor control sobre su dolor, una mayor autoeficacia en el control 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 muestran que la valoración de control se asocia positivamente con el funcionamiento psicológico adaptativo coincidiendo con otros estudios (Affleck, Tennen, Pfeiffer, Fifield y Rowe, 1987; Keefe *et al.*, 1987; Spinhoven *et al.*, 1989) del mismo modo que la autoeficacia (Blalock, DeVellis, y DeVellis, 1989; Jensen *et al.*, 1991; Lorig, Chastain, Ung, Shoor y Holman, 1989). Sin embargo, no se han encontrado relaciones significativas entre el locus de control interno («el dolor depende de mí...») y el nivel de adaptación coincidiendo con los resultados de Crisson y Keefe (1988) o Toomey, Finneran y Scarborough (1988), quienes no encuentran ninguna relación entre el locus de control y el malestar psicológico. 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 del mismo, que el hecho de que el paciente considere que su dolor depende de él (locus de control interno) o de otros factores externos (Soucase, 2003). Por otra parte, de las estrategias de afrontamiento estudiadas, únicamente el uso de la religión influye 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 (Geisser, Robinson, Keefe y Weiner, 1994; Hill, 1993) o con estudios que muestran como el uso de estrategias de afrontamiento pasivas se asocian con una sintomatología depresiva más grave, así como con una adaptación negativa al dolor (Brown y Nicassio, 1987; Brown *et al.*, 1989).

Por otra parte, teniendo en cuenta la predicción del nivel de ansiedad y depresión de los pacientes, observamos que las variables de valoración serán las que mayormente van a establecer las diferencias entre ambos grupos. Era de esperar que variables como la percepción de control, la percepción de autoeficacia y/o el locus de control interno determinasen las diferencias entre el grupo mejor y peor adaptado; sin embargo, los resultados no siguen dicha línea de investigación, no encontrándose ninguna relación entre estas variables y el nivel de ajuste. Ello puede ser debido al papel que tienen las creencias en el proceso emocional. Como indican Lazarus y Folkman (1984), las creencias internas de control general tienen un papel importante a la hora de influir sobre la valoración y las estrategias de afrontamiento ante situaciones ambiguas o ante situaciones poco definidas. El paciente con dolor crónico, por el contrario, tiene una situación claramente definida, donde la posibilidad de acción por su parte está muy restringida, y en este sentido no resulta extraño encontrar este tipo de resultados. Por lo que respecta a las estrategias de afrontamiento, cabría esperar que el uso de estrategias activas ante el dolor como es la búsqueda de información se relacionaran positivamente con un mejor nivel de adaptación al dolor crónico (Brown y Nicassio, 1987; Brown *et al.*, 1989; Keefe *et al.*, 1987; Spinhoven *et al.*, 1989); sin embargo, los resultados

obtenidos muestran lo contrario. Ello puede ser debido a que la valoración que hace el paciente sobre su dolor es más una amenaza que un desafío y, por lo tanto, la utilización de la búsqueda de información como estrategia de afrontamiento y la información obtenida confirme la desesperanza del paciente ante su dolor y por lo tanto aumente su nivel de desadaptación (ansiedad y depresión).

En resumen, los resultados obtenidos reflejan que la valoración que el paciente hace de su dolor va a influir en los niveles de ansiedad y depresión; por ello, es importante que el paciente mantenga un papel activo ante su dolor de forma que su estado de indefensión ante el mismo pase a una situación de soluciones aprendidas que permitan valorar su dolor como un desafío.

Referencias

- Abraido-Lanza, A. F. (1997). Latinas with arthritis: Effects of illness, role identity, and competence on psychological well-being. *American Journal of Community Psychology*, 25, 601-627.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. y Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., Fifield, J. y Rowe, J. (1987). Downward comparison and coping with serious medical problems. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 570-578.
- Beck, A. T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Blalock, S. J., DeVellis, B. M. y DeVellis, R. F. (1989). Social comparison among individuals with rheumatoid arthritis. *Journal of Applied Social Psychology*, 19, 665-680.
- Boothby, J. L., Thorn, B. E., Strond, M. W. y Jensen, M. P. (1999). Coping with pain. En R. J. Gatchel y D. C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain* (pp. 343-359). Nueva York: Guilford Press.
- Brown, G. K. y Nicassio, P. M. (1987). The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31, 53-65.
- Brown, G. K., Nicassio, P. M. y Wallston, K. A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 652-657.
- Cheatle, M. D., Brady, J. P. y Ruland, T. (1990). Chronic low back pain, depression and attributional style. *Clinical Journal of Pain*, 6, 114-117.
- Council, J. R., Ahern, D. K., Follick, M. J. y Kline, C. L. (1988). Expectancies and functional impairment in chronic low back pain. *Pain*, 33, 323-331.
- 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.
- Dolce, J.J. Croker, M.F. y Doleys, D.M. (1986). Prediction of outcome among chronic pain patients. *Behavioral Research and Therapy*, 24, 313-319.
- Dresh, J., Polatin, P. B. y Gatchel, R.J. (2002). Chronic pain and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 64, 773-786.
- Dwyer, K. A. (1997). Psychosocial factors and health status in women with rheumatoid arthritis: Predictive models. *American Journal of Preventive Medicine*, 13, 66-72.
- Elton, D., Stanley, G. y Burrows, G. (1983). *Psychological control of pain*. Sidney: Grune & Stratton.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Franco, L., Cano, F.J. y Blanco, A. (2000). Conductas de dolor y discapacidad en migrañas y

cefaleas tensionales. Adaptación española del Pain Behavior Questionnaire (PBQ) y del Headache Disability Inventory (HDI). *Análisis y Modificación de Conducta*, 109, 739-762.

- Geisser, M. E., Robinson, M. E., Keefe, F. J. y Weiner, M. L. (1994). Catastrophizing, depression and the sensory, affective and evaluative aspects of chronic pain. *Pain*, 59, 79-83.
- Haldorsen, E. M. H., Indahl, A. y Ursin, H. (1999). Patients with low back pain not returning to work. *Spine*, 23, 1202-1208.
- Hill, A. (1993). The use of pain coping strategies by patients with phantom limb pain. *Pain*, 55, 347-353.
- Ibáñez, E. (1989). La relación médico-paciente en psicología oncológica. En E. Ibáñez y A. Belloch (Eds.), *Psicología y Medicina* (pp. 9-23). Valencia: Promolibro.
- Ibáñez, E. (1990). La información cómo estrategia de dominio del estrés en pacientes aquejados de cáncer. En E. Ibáñez (Ed.), *Psicología de la Salud y Estilos de Vida* (pp. 97-116). Valencia: Promolibro.
- Ingram, R. E., Atkinson, J. H., Slater, M. A., Sacuzzo, D. P. y Garfin, S. R. (1990). Negative and positive cognition in depressed and non-depressed chronic-pain patients. *Health Psychology*, 9, 300-314.
- International Association for Study of Pain (1994). *Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2ª ed.). Seattle: IASP Press.
- Jensen, M. P., Turner, J. A. y Romano, J. M. (1991). Self-efficacy and outcome expectancies: Relationship to chronic pain coping strategies and adjustment. *Pain*, 44, 263-269.
- Keefe, F. J., Caldwell, D. S., Queen, K. T., Gil, K. M., Martinez, S., Crisson, J. E., Ogden, W. y Nunley, J. (1987). Pain coping strategies in osteoarthritis patients. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 55, 208-212.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
- Lebovits, A. H. y Bassman, K.E. (1996). Psychological aspects of chronic pain management. En M. Lefkowitz y A. H. Lebovits (Eds.), *A practical approach to pain management* (pp. 1124-1128). Boston: Little, Brown & Company.
- Lorig, K., Chastain, R. L., Ung, E., Shoor, S. y Holman, H. R. (1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 32, 37-44.
- Martín-Aragón, M., Pastor, M. A., Lledó, A., López-Roig, S., Terol, M. C. y Rodríguez-Marín, J. (2001). Percepción de control en el síndrome fibromiálgico: variables relacionadas. *Psicothema*, 13, 586-591.
- Melzack, R. (1989). Phantom limbs, the self and the brain (the D. O. Hebb Memorial Lecture). *Canadian Psychology*, 30, 1-16.
- Melzack, R. y Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain. En D. Kenshalo (Ed.), *The skin senses* (pp. 168-194). Springfield. Charles C. Thomas.
- Melzack, R. y Loeser, J.D. (1978). Phantom body pain in paraplegics: Evidence for a central «pattern generating mechanism» for pain. *Pain*, 4, 195-210.
- Melzack, R. y Wall, P. (1965). Pain mechanism: A new theory. *Science*, 50, 971-979.
- Miró, J. (1997). Evolución del concepto de dolor. Un análisis histórico. *Boletín de Psicología*, 56, 7-24.
- Monsalve, V., Soriano, J. e Ibáñez, E. (2001). Fiabilidad y estructura factorial de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 72, 7-21.
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.

- Ramos-Álvarez, M.M. y Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 173-189.
- Revenson, T. A. y Felton, B. J. (1989). Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 57, 344-348.
- Romano, J. M. y Turner, J. A. (1985). Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*, 97, 18-34.
- Rosentiel, A. K. y Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.
- Scheier, F. y Karoly, P. (1983). Conceptions of the pain experience: The emergence of multidimensional models and their implications for contemporary clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 3, 61-66.
- Slater, M. A., Itall, H. F., Atkinson, J. H. y Garfin, S. R. (1991). Pain and impairment beliefs in chronic low back pain: Validation of the Pain and Impairment Relationship Scale (PAIRS). *Pain*, 44, 51-56.
- Smith, T. W., Peck, J. R. y Ward, J. R. (1990). Helplessness and depression in rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 9, 377-389.
- Soriano, J. F. y Monsalve, V. (1999). Valoración, afrontamiento y emoción en pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 62, 43-64.
- Soriano, J. F. y Monsalve, V. (2002). CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9, 13-22.
- Soucasse, B. (2003). *Influencia de los procesos mediadores en la adaptación al dolor crónico*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- Spinhoven, P., Ter Kuile, M., Lissen, A. y Gazendam, B. (1989). Pain coping strategies in a Dutch population of chronic low back pain patients. *Pain*, 37, 77-83.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1988). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA.
- Sternbach, R. A. (1974). *Pain patients: Traits and Treatment*. Nueva York: Academic Press.
- Toomey, T. C., Finneran, J. y Scarborough, W. (1988). Clinical features of health locus of control beliefs in chronic facial pain patients. *Clinical Journal of Pain*, 3, 213-218.
- Turk, D. C., Okifuji, A. y Scharff, L. (1995). Chronic pain and depression: Role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain*, 61, 93-101.
- Turner, J. A. (1991). Coping and chronic pain. En M. Bond, J. E. Charlton y C. J. Woolfe (Eds.), *Pain research and clinical management* (pp. 219-227). Nueva York: Elsevier.
- Turner, J. A. y Clancy, S. (1986). Strategies for coping with chronic low back pain: Relationship to pain and disability. *Pain*, 24, 335-364.
- Turner, J. A., Clancy, S. y Vitaliano, P. P. (1987). Relationship of stress, appraisal and coping, to chronic low back pain. *Behavioral Research Therapy*, 25, 281-288.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario de Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.