

El rol de las cogniciones en la modulación del dolor: evaluación de creencias en pacientes con dolor crónico

M^a Teresa Anarte, Rosa Esteve, Alicia E. López, Carmen
Ramírez, y Laura Camacho

*Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.
Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.*

Resumen: Actualmente existe cierto consenso al considerar que las cogniciones juegan un papel importante en la percepción del dolor así como en la respuesta al tratamiento. En este sentido, diversos estudios han puesto de manifiesto que la evaluación cognitiva se relaciona con el grado de incapacidad manifestado por el paciente y con la respuesta de éste al tratamiento (Brown y Nicasio, 1987; Council, Ahern, Follick y Kline, 1988; Dolce, Crocker y Doleys, 1986; Loring, Chastain, Ung, Shoor y Holman, 1989; Jensen, Turner y Romano, 1991). Dadas las implicaciones de las cogniciones para el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de dolor, parece necesario profundizar en la comprensión del papel que las cogniciones pueden tener en la modulación del dolor. El principal objetivo de esta investigación ha sido estudiar la relación entre las cogniciones (catastrofismo, afrontamiento, indefensión y recursos) y el dolor. Asimismo, se analizan las diferencias existentes entre los pacientes con dolor crónico en función de aspectos tales como el tipo de dolor, la duración de la dolencia o el nivel educativo del paciente. **Palabras Clave:** dolor, catastrofismo, afrontamiento, indefensión, recursos.

The role of cognition in the modulation of pain: assessment of beliefs in patients with chronic pain

Abstrac: It is generally agreed that cognition can play an important role in the perception of pain and the response to treatment interventions. A number of studies have demonstrated that cognitive evaluation is indeed related to degree of disability and response to treatment (Brown y Nicasio, 1987; Council, Ahern, Follick y Kline, 1988; Dolce, Crocker y Doleys, 1986; Loring, Chastain, Ung, Shoor y Holman, 1989; Jensen, Turner y Romano, 1991). Thus, a better understanding of the role of cognition can have important implications for diagnosis and treatment of pain problems. The aim of this research is to study the relationship between cognition (catastrophizing, coping, helplessness and resourcefulness) and pain. On the other hand, we analyse the differences

ANARTE, ESTEVE, LÓPEZ, RAMÍREZ, & CAMACHO
in perception of pain in order to different aspects (type of pain, duration
and level of education). **Key words:** pain, cognition, catastrophizing,
coping, helplessness, resourcefulness.

Desde el modelo lineal simple el dolor ha sido considerado como el producto final de un sistema lineal de transmisión sensorial en el que la intensidad del dolor es proporcional a la magnitud de la destrucción tisular. Sin embargo, varios hechos han contribuido a cuestionar el fenómeno del dolor como transmisión directa de una estimulación nociocéptica: a) cuadros clínicos en los que el dolor guarda una relación irregular y variable con los hallazgos indicativos de lesión; b) existencia de dolor, no ya sin lesión, sino "sine materia", como es el caso del dolor en el miembro fantasma, en los parapléjicos o tras un bloqueo nervioso (Melzack y Loeser, 1978); c) la presencia de efecto placebo analgésico en un 35'2+2% de los casos (Beecher, 1959); d) aumento de la tolerancia en las situaciones experimentales en las que el sujeto tiene control sobre la administración de la estimulación o puede hacer que ésta sea previsible; e) mecanismos endógenos de analgesia como la sustancia P o las endorfinas; f) activación de mecanismos de analgesia endógenos en situaciones de estrés producido experimentalmente, tanto agudo (Frenk, Cannon, Lewis y Liebeskind (1986) como crónico (Przewlocki, 1988) y g) la aportación de Melzack y Casey (1968) y Melzack y Wall (1983) quienes consideran el dolor como una experiencia modulada por tres dimensiones (sensorial- discriminativa, motivacional-afectiva, cognitivo-evaluativa).

Todos estos hallazgos sugieren que el dolor no es el resultado directo de la cantidad de estimulación nociva que llega al sujeto, ni se le puede considerar de una manera simplista como producto final de un sistema lineal de transmisión sensorial, que tras iniciarse en los receptores periféricos y ascender por las vías de transmisión, acabe por proyectarse en una zona del córtex. Más bien indican que el dolor es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores (físicos, afectivos, cognitivos y sociales). Así, la *International Association for the Study of Pain* (IASP, 1986) ha definido el dolor como una experiencia multidimensional.

El modelo cognitivo conductual

Bajo esta perspectiva, el modelo cognitivo-conductual (Turk, Meichenbaum y Genest, 1983) ha generado un elevado número de investigaciones que enfatizan el rol de las variables cognitivas en la modulación del dolor crónico (expectativas, atribuciones, locus de control, actitudes, procesos atencionales...). Por otro lado, desde el

DOLOR CRÓNICO

modelo procesual del estrés (Lazarus y Folkman, 1984) que conceptualiza el estrés como una relación particular entre un individuo y su entorno que es concebido como amenazante, por cuanto pone en peligro el bienestar de aquel, el dolor crónico puede entenderse como una experiencia que, en sí misma, es estresante para el sujeto, al constituir una situación de tensión crónica mantenida que atenta directamente contra su bienestar. Para hacer frente a esta amenaza el sujeto hace uso de diversos mecanismos de actuación, denominados estrategias de afrontamiento, y definidos como un conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales, continuamente cambiantes, que son utilizados para afrontar demandas que el individuo valora como excesivas respecto a los recursos de que dispone. Como señalan Jensen y Karoly (1991), este modelo enfatiza el papel de las valoraciones y creencias en el afrontamiento que el sujeto realiza sobre su dolor, determinando consecuentemente su adaptación al dolor crónico.

En esta línea, a continuación se describen las principales aportaciones realizadas desde distintos enfoques psicológicos al objeto de clarificar el papel de las cogniciones en la modulación del dolor crónico. Para ello, y con una visión integradora, seguiremos la taxonomía de Turk y Rudy (1992) los cuales, basándose en la clasificación de Segal y Shaw (1988), distinguen entre esquemas cognitivos, procesos cognitivos y contenido cognitivo, y la clasificación de DeGood y Shutty (1992) quienes, según el carácter general o específico de la creencia, diferencian tres niveles o dimensiones de creencias sobre el dolor crónico.

Los esquemas cognitivos son estructuras cognitivas estables acerca del dolor que determinan la percepción que el paciente tiene sobre su dolor y la forma de afrontarlo. Estos esquemas están basados en experiencias que el propio sujeto (experiencias específicas) u otras personas han experimentado anteriormente (experiencias generales). Por tanto, en este apartado se incluirían fundamentalmente las creencias que los pacientes tienen de su dolor, entendiendo a éstas como formas personales y culturales de configuraciones cognitivas del sujeto (Wrubel, Benner y Lazarus, 1981) acerca de su experiencia nociceptiva. Diversos autores (Williams y Thorn, 1989; Slater, Hall, Atkinson y Garfin, 1991) enfatizan el papel de las creencias (creencias de indefensión) en la adherencia del paciente al tratamiento y en la modulación del dolor. Lazarus y Folkman (1984) consideran que dichas creencias pueden ser generales (disposición de personalidad estable), o altamente específicas a contextos particulares.

Tipos de creencias sobre el dolor

Desde las más generales a las más específicas, DeGood y Shutty (1992) diferencian tres tipos de creencias sobre el dolor:

1º) *Suposiciones filosóficas básicas sobre la naturaleza de uno mismo y el mundo.*

Esta primera categoría, poco organizada, engloba suposiciones éticas y filosóficas sobre valores tales como la justicia, la honradez, el sufrimiento, la responsabilidad. Así, cuando uno tiene la creencia de que la vida debería estar libre de dolor, este valor particular puede intensificar los sentimientos de sufrimiento asociados con el dolor. Asimismo, si el dolor es visto como una injusticia que inevitablemente se asocia con la maldad, ignorancia o falta de interés de alguien (e incluso de fuerzas divinas) la tolerancia al dolor puede verse afectada. Esta categoría es muy difícil de evaluar porque estos valores pueden ser muy personales, inconscientes y contradictorios.

2º) *Creencias suficientemente generalizables y estables, asumiendo la cualidad de un rasgo de personalidad.*

Estas creencias están más organizadas y arraigadas en el día a día cotidiano. Son más generales a través de las situaciones y generalmente más estables en el tiempo, por lo que estaríamos hablando de creencias como rasgo de personalidad del sujeto. Es decir, desde esta categoría se postula que existiría una tendencia o predisposición a utilizar determinadas cogniciones que a su vez incidirían en el uso de distintas habilidades de afrontamiento como por ejemplo:

- *Locus de control* (Rotter, 1966)

Los pacientes con fuertes creencias internas informan de menos dolor y realizan menos conductas de dolor que aquellos con débiles creencias internas (Toomey, Mann, Abashian y Thompson-Pope, 1991). Es decir, a mayor percepción de control sobre el dolor menor intensidad de dolor referida. Por otro lado, la percepción de incontrolabilidad alimenta la creencia de incapacidad e indefensión frente al dolor. A su vez, estas creencias desencadenan emociones negativas. Sin embargo, el peso que el locus de control puede tener en la modulación del dolor ha sido cuestionado por algunos autores como Fisher y Johnston (1998) quienes, sin negar la influencia de esta variable cognitiva, subrayan el papel que las emociones negativas (distress) desempeñan en la experiencia nociceptiva. Así, estos autores encuentran que son las emociones negativas, y no el control cognitivo, las mediadoras entre el dolor y la incapacidad del paciente.

- *Estilo atribucional* (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978)

DOLOR CRÓNICO

El tipo de inferencia causal que realiza el paciente incide sobre la intensidad del dolor percibida. Turk y Rudy (1992) señalan que las personas organizan la información basándose en interpretaciones causales según teorías previas, creencias y expectativas. Es decir, realizan inferencias causales, acerca del origen de su dolor (estimulación nociceptiva). Estas inferencias determinan lo que el paciente hace en respuesta a la sintomatología dolorosa. Por ejemplo, esquemas de pensamiento de que la actividad no es “buena” (para el dolor) intensifican la percepción del dolor del sujeto. Estos esquemas determinan fuertes creencias de incapacidad en el sujeto (creencias de que no hay soluciones efectivas para eliminar o reducir la fuente de estrés). Phipps (1986) encuentra que los pacientes con dolor crónico adoptan estrategias de evitación basadas en la creencia de que el incremento de actividad física puede causarle un daño o empeoramiento. De esta manera, el paciente generaliza su respuesta de inactividad evitando más y más situaciones llegando finalmente a un nivel de disfunción elevado. Cassell (1982) cita un ejemplo de un paciente cuyo dolor podía ser controlado fácilmente con codeína cuando lo atribuía a ciática, pero requería más opiáceos cuando lo atribuía a metástasis del cáncer.

- *Expectativas de Autoeficacia* (Bandura, 1977)

Aunque suele considerarse un término sinónimo de creencias, en la literatura éste término se utiliza para referirse a creencias acerca del futuro, concretamente hace referencia a la relación entre un evento y sus consecuencias futuras. La expectativa es considerada como la creencia de que una conducta específica puede conducir a un resultado particular, independientemente de que el sujeto tenga o no la capacidad de ejecutar la conducta. Mientras que, la expectativa de autoeficacia representa una autovaloración del sujeto sobre el control o afrontamiento potencial que tiene en una situación particular.

Las expectativas de autoeficacia tienen un papel relevante en el control del dolor al concebirse como las creencias que el sujeto tiene acerca de su capacidad para ejecutar la conducta requerida a fin de producir unos resultados (Bandura, 1977). Schmidt (1985a, 1985b) demostró que la baja persistencia en la tarea (ejercicios de rehabilitación en pacientes con dolor de espalda) era independiente de los parámetros físicos o de la intensidad del dolor que el paciente refería en el momento de llevar a cabo dicha tarea. Schmidt observó que estos pacientes tenían una visión negativa de su capacidad y esperaban que la intensidad del dolor aumentaría si realizaban ejercicios físicos. Por tanto, la razón de que evitaran realizar ejercicios no era la presencia de dolor, sino la anticipación del aumento del dolor. Esta visión negativa de su capacidad para realizar ejercicios se convierte en un círculo vicioso, de forma que el

miedo a realizar actividades refuerza la percepción de desesperanza e incapacidad, lo cual a su vez incide en el mantenimiento de una baja expectativa de autoeficacia con lo que el paciente evita las actividades, y así sucesivamente. El resultado de este proceso es el desarrollo de fuertes creencias de incapacidad en el paciente que le mantendrán en el círculo vicioso con una baja probabilidad de realización de actividades, con lo que el nivel de funcionamiento cotidiano que hasta entonces venía realizando el paciente se reducirá considerablemente, alimentando nuevamente la creencia de incapacidad. Council, Ahern, Follick y Cline (1988) encontraron que un 83% de pacientes con dolor de espalda informaban que eran incapaces de completar los ejercicios propuestos por el médico porque anticipaban que experimentarían dolor al realizarlos. Así pues, la razón de evitar los ejercicios no era la presencia de dolor, sino la expectativa aprendida de la elevación del dolor y del arousal físico (nocioceptivo), con lo que se exacerbaba el dolor y reforzaba la creencia de los pacientes de la persistencia de su incapacidad. De esta forma, la negativa interpretación de los pacientes de la percepción de su capacidad para hacer ejercicio determina el descenso e incluso evitación de la actividad, a su vez, la falta de actividad refuerza la percepción de incapacidad y necesitado, con lo que se refuerza el círculo vicioso de incapacidad e inactividad.

3º) Creencias directamente relacionadas con el contexto del dolor y su tratamiento (Williams y Keefe, 1991; Williams y Thorn, 1989), por ejemplo:

- a) Creencias sobre la temporalidad, que hace referencia a la estabilidad del dolor. En este sentido se ha encontrado que los pacientes que piensan que su dolor persistirá tienden a utilizar estrategias pasivas.
- b) Creencias acerca del origen del dolor

Los pacientes que piensan que su dolor es un misterio inexplicable, evalúan negativamente sus propias habilidades para controlar o disminuir el dolor, y, por tanto, no perciben que sus estrategias puedan ser efectivas para controlar o disminuir el dolor.

- c) Creencias acerca del diagnóstico y/o tratamiento del dolor, que determinan la adherencia del paciente a las prescripciones médicas.

Control cognitivo del dolor

Por otro lado, los *Procesos Cognitivos* harían referencia a los procesos que el sujeto utiliza para controlar el dolor. Estos procesos cognitivos están fuertemente relacionados con los esquemas cognitivos, y están implicados con la manipulación de la información actual. Se trata de

DOLOR CRÓNICO

procesos cognitivos relacionados con los intentos de controlar el dolor. Turk y Rudy (1992) señalan que a través de procesos cognitivos el sujeto opera sobre la información, selecciona planes de acción y ejecuta respuestas. Son responsables de la transformación de nueva información y la modificación de representaciones internas. Por tanto, se refiere a cómo utilizan las personas la información que ellos perciben. De tal manera, pensamientos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y el catastrofismo serían variables muy relevantes en la modulación del dolor crónico. Es decir, la atención se sitúa en el Procesamiento de la Información, ya que a través de éste el paciente valora su experiencia nocioceptiva, lo cual incidirá en su nivel de ajuste frente al dolor. Esta valoración, a su vez dependerá de los esquemas previos así como de la forma en que el paciente manipule la información. Así, los pacientes con fuertes creencias de incapacidad procesarán la información en base a dichas creencias, por ejemplo, utilizando Pensamientos Automáticos o Autoafirmaciones que los hagan sentirse como débiles o incapacitados frente al dolor que experimentan. Gil, Williams, Keefe y Beckham (1990) señalan que el uso de pensamientos negativos en respuesta al dolor (autoafirmaciones negativas, cogniciones sociales negativas y autoculpabilizaciones) se asocia con inactividad, disminución de las relaciones familiares y sociales, así como altos índices de ansiedad, depresión y una mayor preocupación de los síntomas físicos. Flor y Turk (1988) refieren que los pacientes que informan de más pensamientos negativos realizan más visitas médicas.

Asimismo, las distorsiones que el paciente realiza sobre la información que procesa tienen un efecto directo sobre la percepción de dolor que éste tiene e indirectamente sobre el nivel de funcionamiento cotidiano. El efecto que las distorsiones cognitivas tienen sobre la conducta ha sido investigado desde hace más de tres décadas (Ellis, 1962; Gil, Williams, Keefe y Beckham, 1990). Recientemente, Smith, Christensen, Peck y Ward (1994) las han relacionado con el dolor crónico en un estudio longitudinal (4 años) con pacientes con artritis reumática, encontrando que los pacientes que presentaban una tendencia a la Sobregeneralización, Abstracción Selectiva, Personalización y Catastrofismo, tenían una mayor predisposición a la depresión que aquellos pacientes que no tenían este estilo cognitivo. Además, la depresión ha sido asociada con fuertes sentimientos de desesperanza, indefensión e incapacidad en pacientes con dolor crónico.

Otro aspecto importante a considerar en este apartado es el tipo de información a la que el paciente atiende para procesar la información (atención). Es decir, nos referimos al proceso mediante el cual el sujeto selecciona la información para dirigir su atención (Focalización de la

atención). La presencia de dolor hace que el sujeto focalice su atención en su cuerpo, en todo tipo de señales corporales. De forma que, en estos sujetos aparece una hipersensibilidad al dolor caracterizada por un bajo umbral para la estimulación nociocéptica. Esto hace que los pacientes interpreten los síntomas dolorosos como indicativo de una enfermedad subyacente, por lo que se produce un incremento del estado doloroso, con lo que se evita la actividad, y con ello se refuerza el mantenimiento de la inactividad del paciente (Turk, 1996).

Finalmente, el *Contenido Cognitivo* hace referencia a los contenidos cognitivos específicos sobre las circunstancias de los pacientes y sus esfuerzos para afrontar el dolor. Los pensamientos específicos y sentimientos que los pacientes experimentan previa intensificación del dolor, durante un episodio intenso de dolor o tras el episodio de dolor, pueden tener gran influencia en la modulación del dolor. La clave aquí estaría en cómo el paciente afronta dicha experiencia nociocéptica. Esto nos lleva al concepto de afrontamiento, y en particular, al afrontamiento cognitivo (proceso actual de ejecución de una respuesta cognitiva frente a una amenaza). El afrontamiento ha sido conceptualizado como los esfuerzos conductuales y cognitivos para afrontar (reduciendo, minimizando, o tolerando) las demandas externas o internas de la persona frente al ambiente que es valorado como desbordante o que excede los recursos personales (Folkman et al. 1986). Esta evaluación cognitiva, entendida como valoración, es un proceso dinámico que cambia de acuerdo a la percepción que la persona tiene de las consecuencias de un evento y los recursos que tiene para afrontarlo. El afrontamiento cognitivo se lleva a cabo mediante estrategias cognitivas específicas, dichas estrategias son pensamientos dirigidos a modificar la percepción de intensidad del dolor y su capacidad para hacer frente o tolerar el dolor y continuar con las actividades cotidianas (Turk et al., 1983). En definitiva, el afrontamiento integra los métodos que utilizan las personas para controlar sus emociones y reacciones a los episodios de dolor.

El afrontamiento se manifiesta en la práctica por el uso de estrategias de afrontamiento específicas a la situación concreta. Diversos autores han estudiado la relación entre las estrategias de afrontamiento y el dolor. Rosenstiel y Keefe (1983) consideran las estrategias conductuales y cognitivas más frecuentes utilizadas por los pacientes para hacer frente al dolor, y encuentran que estas estrategias predicen la intensidad del dolor, nivel de funcionamiento y estado emocional (tras controlar variables médicas y demográficas). Así, aquellos pacientes que utilizan como estrategia de afrontamiento la indefensión (mantenida por una creencia de incapacidad) presentan mayores niveles de ansiedad y depresión que

DOLOR CRÓNICO

aquellos pacientes que puntúan significativamente menos en esta estrategia. Además informan de mayor intensidad de dolor y presentan un peor funcionamiento. Las estrategias consideradas por estos autores es sus estudios han sido las siguientes: Distracción, Autoafirmaciones, Rezar y esperar, Incrementar la actividad, Reinterpretación de las sensaciones dolorosas, Ignorar las sensaciones de dolor y Catastrofismo.

Brown y Nicasio (1987) consideran que las estrategias de afrontamiento pueden dividirse en adaptativas o activas (el sujeto intenta controlar el dolor mediante la realización de actividades como la relajación o el uso de cogniciones, por ejemplo, distrayendo la atención de sus sensaciones dolorosas,...) y no adaptativas o pasivas (el sujeto cede la responsabilidad y el control del tratamiento a medios externos como el médico o la medicación).

De otro lado, Turk y Rudy (1992) diferencian entre estrategias de afrontamiento adaptativas /no adaptativas. Para estos autores las estrategias activas serían adaptativas mientras que las pasivas serían no adaptativas. Sin embargo, conviene tener en cuenta que una respuesta de afrontamiento puede ser adaptativa o no dependiendo del estresor y de los recursos disponibles (Lazarus & Folkman, 1984). Los resultados de una reciente investigación indican que el uso de estrategias de afrontamiento activas en pacientes con dolor crónico sólo muestra un valor adaptativo en el caso de que el dolor sea benigno, y no así en los individuos con dolor oncológico (Anarte, Ramírez, López y Esteve, 1999).

Por último, señalar que no debemos considerar estos compartimentos o divisiones conceptuales como independientes. Hay una mutua interrelación entre ellos. Así por ejemplo se ha encontrado que las creencias del paciente están relacionadas con el tipo de afrontamiento que éste realiza. En este sentido, Flor y cols. (1993) señalan que el tipo de creencias que tiene el paciente determina el tipo de estrategia cognitiva que utiliza para afrontar el dolor. En concreto, aquellos pacientes que presentan creencias de control (en el sentido de que la persona se percibe con recursos para afrontar el dolor, por ejemplo, “se puede hacer algo sobre el dolor”, “el dolor es un reto”, “se puede aprender a vivir con el dolor”) utilizan con mayor frecuencia autoafirmaciones de afrontamiento (“debo relajarme”, “puedo afrontarlo”, la distracción me ayudará”, “pronto estaré mejor”...), mientras que aquellos pacientes que tienen creencias de indefensión (“no se puede hacer nada”, “sólo los médicos o la medicación pueden ayudar a paliar el dolor”, ...) usan con mayor frecuencia autoafirmaciones de catastrofismo (“el dolor me va a volver loco/a”, “voy a ponerme peor”, “el dolor me supera”,...). Además, estas creencias y autoafirmaciones determinan la intensidad del dolor y el estado emocional del paciente. Así, los pacientes con fuertes creencias de

control desarrollan autoafirmaciones de afrontamiento, y ello se asocia con menor intensidad del dolor referido y con un mejor estado anímico.

En esta línea, estamos desarrollando una investigación cuyo objetivo es determinar el papel que las cogniciones (concretamente creencias y autoafirmaciones) tienen en la modulación del dolor crónico. Para ello se analizan las relaciones entre las cogniciones y el dolor que experimenta el paciente, así como las diferencias intergrupo. A continuación se describen los resultados preliminares de esta investigación en curso.

Método

Participantes

La muestra la componen 100 pacientes con dolor crónico benigno atendidas en el servicio de Reumatología del Hospital Clínico de Málaga. La edad de los pacientes oscilaba entre 17 y 81 años (8 pacientes tenían una edad comprendida entre 17 y 29 años, 25 pacientes presentaban una edad entre 30 y 42 años, 37 pacientes tenían una edad comprendida entre 43 y 55 años, 19 pacientes tenían una edad comprendida entre los 56 y los 68 años y 11 tenían una edad comprendida entre 69 y 81 años) siendo la media 48'99 y la desviación típica 14'18. Setenta y nueve pacientes eran mujeres y 21 hombres. En cuanto al nivel educativo, 23 pacientes tenían conocimientos de lectoescritura, 41 tenían estudios primarios, 23 bachillerato, 4 eran diplomados universitarios, 2 eran licenciados universitarios y 7 no tenían ningún conocimiento de lectoescritura. Con respecto a la duración de la dolencia, ésta oscilaba entre 6 y 300 meses (25 años). Sesenta y uno de los pacientes presentaban la dolencia desde los 6-60 meses, 19 desde 61-120 meses, 13 desde 121-180 meses, 6 desde 181-240 meses y 1 desde 241-300 meses. Los diagnósticos de los pacientes se clasificaron en tres grandes grupos: artritis y enfermedades relacionadas (23 pacientes), trastornos degenerativos osteoarticulares y tendinosos (41 pacientes) y reumatismos no articulares (36 pacientes). También se consideró la clasificación clínica: dolor orgánico (64 pacientes) y dolor funcional (36 pacientes).

Procedimiento

Para evaluar las cogniciones de los pacientes con dolor crónico se utilizó el Pain-Related Self-Statements Scale (PRSS) y el Pain-Related Control Scale (PRCS) (Flor et al., 1993). La escala PRSS evalúa cogniciones específicas que facilitan o dificultan el afrontamiento al dolor

DOLOR CRÓNICO

crónico y consta de dos subescalas: a) la subescala de catastrofismo, que evalúa autoafirmaciones de catastrofismo (9 ítems), y b) la subescala de afrontamiento, que evalúa autoafirmaciones de afrontamiento (9 ítems). La escala PRCS evalúa esquemas cognitivos de los pacientes sobre el dolor, y, específicamente creencias sobre la "controlabilidad" y "predictibilidad" del dolor, y consta de dos subescalas: a) indefensión, que evalúa creencias de indefensión frente al dolor (7 ítems), y b) recursos, que evalúa creencias de control y predicción frente al dolor (8 ítems).

La intensidad del dolor fue evaluada mediante el Cuestionario de dolor de McGill (Melzack, 1975) en una de sus versiones españolas, concretamente la de Ruiz, Ferrer, y Pagerols (1990). El Cuestionario consta de 62 descriptores distribuidos en 15 subclases que a su vez se agrupan en tres clases o dimensiones (sensorial, afectiva y evaluativa), una escala numérica donde los pacientes deben valorar de 1 a 10 la intensidad del dolor (1=sin dolor y 10=dolor insoportable), y una representación de la figura humana en la que debe señalarse exactamente el lugar en el que se localiza el dolor. Se obtiene un valor de la intensidad del dolor para cada dimensión: sensorial, afectiva y evaluativa. De la suma de las tres se obtiene la puntuación total.

El análisis de las correlaciones se realizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

Dado que no se cumplía el criterio de normalidad, para analizar las diferencias intergrupo se utilizaron pruebas no paramétricas ("U" de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis).

Resultados y Discusión

Como puede observarse en la tabla 1, hemos encontrado una correlación significativa entre la subescala de catastrofismo del PRSS y las subescalas evaluativa y sensorial del McGill, siendo positiva en el primer caso y negativa en el segundo. Esto nos indica que cuanto más puntúan los pacientes en catastrofismo mayor es la puntuación que obtienen en la subescala evaluativa de dolor y menor en la subescala sensorial. Por tanto, parece que aunque los pacientes que realizan mayor número de autoafirmaciones de catastrofismo informan de una menor intensidad del dolor (subescala sensorial del McGill), refieren una valoración mayor de éste (subescala evaluativa del McGill). Estos resultados nos sugieren que las cogniciones, y fundamentalmente las cogniciones negativas (en concreto autoafirmaciones de catastrofismo) desempeñan un papel fundamental en la modulación del dolor, en tanto que determinan la valoración que el paciente realiza de su experiencia

nocioceptiva y, por tanto, la percepción del dolor. En esta línea se encuentran los estudios de Flor y cols (1988, 1993).

Al comparar a los pacientes con dolor funcional y orgánico en base al tipo de creencias o estrategias cognitivas que éstos utilizan encontramos que existen diferencias significativas, de forma que los pacientes con dolor crónico funcional (no existe evidencia de la dolencia) realizan significativamente más autoafirmaciones que los pacientes con dolor orgánico, siendo mayor el uso de autoafirmaciones de afrontamiento (estrategia cognitiva). Además presentan más creencias de control. Mientras que los pacientes con dolor orgánico presentan con mayor frecuencia creencias de incapacidad, aunque no alcanza la significación (Tabla 2). Estos resultados sugieren que el padecimiento de dolor con una clara etiología orgánica se asocia con cogniciones negativas (creencias de indefensión), mientras que aquellos sujetos que padecen dolor con dudosa etiología presentan significativamente más creencias de control y predicción sobre el dolor y realizan más autoafirmaciones de afrontamiento. Por otro lado, cuando comparamos a los pacientes con dolor crónico basándonos en la duración de su dolencia y su nivel educativo encontramos que existen diferencias significativas. Así, con respecto a la duración de la dolencia, cuanto menor es ésta mayor es el uso que el paciente hace de las autoafirmaciones de catastrofismo. Estos datos podrían indicar que quizás paradójicamente los sujetos que llevan más tiempo padeciendo dolor terminan habituándose a dicha dolencia y prescinden del uso de autoafirmaciones de catastrofismo como estrategia de afrontamiento, mientras que aquellos que están empezando o llevan poco tiempo padeciendo dolor utilizan el catastrofismo (autoafirmaciones) como estrategia de afrontamiento. En cuanto al nivel educativo, encontramos que cuanto menor es el nivel educativo mayor es el uso que los pacientes hacen de las autoafirmaciones de catastrofismo (Tabla 3). Estos resultados sugieren que el nivel educativo determina el uso de las autoafirmaciones de catastrofismo que el paciente realiza. No se encontraron diferencias significativas en el resto de variables analizadas. No obstante, cabe señalar que algunos autores no han encontrado diferencias en las valoraciones cognitivas que realizan los pacientes con dolor crónico (Ramírez, et al., 2000), aunque debe tenerse en cuenta que las variables cognitivas estudiadas por éstos autores han sido distintas a las consideradas en este estudio, y por tanto, fueron evaluadas con instrumentos diferentes a los utilizados en este estudio. De cualquier forma, hay que considerar que los resultados comentados son preliminares y esperamos completarlos al finalizar la investigación en curso. Futuras investigaciones deberán confirmar dichos resultados.

DOLOR CRÓNICO

SUBESCALA PRSS	McGill-Evaluativo	McGill-Sensorial
Catastrofismo	0.373**	-0.267**

**La correlación es significativa al nivel 0.001 (bilateral).

Tabla 1. *Correlaciones (Coeficiente de correlación de Pearson)*

CALA Y SUBESCALAS	ORGANICO	FUNCIONAL	P
	Rango Medio	Rango Medio	
PRSS	44,81	61,07	0.007
Recursos	45,62	59,57	0.018
Afrontamiento	46,20	58,49	0.041
Indefensión	54,19	43,64	0.078

Tabla 2. *Comparaciones intergrupo ("U" de Mann-Whitney).*

	Catastrofismo	Rango Medio	P
DURACION	6(meses)-5años	498,59	0.039
	5-10 años	286,84	
	10-15 años	241,13	
	15-25 años	186,7	
NIVEL EDUCATIVO	Conocimientos lecto-escritura ⁵⁰	50,89	
	Primarios	55,50	
	Bachiller	38,83	
	Diplomado Universitario	31,75	

	Licenciado Universitario	28,75	0.023
	No conocimiento Lect-escr	75,21	

Tabla 3. Comparaciones intergrupo (Kruskal-Wallis).

Conclusiones

En definitiva, según los resultados encontrados en el presente estudio podemos concluir que:

1. De las variables cognitivas estudiadas (catastrofismo, afrontamiento, indefensión y recursos) son las autoafirmaciones de catastrofismo y las creencias de indefensión las que parecen tener más relación con la percepción del dolor.
2. Que existen diferencias en el tipo de autoafirmaciones que utilizan los pacientes para afrontar su dolencia. Así, los pacientes con dolor funcional suelen emplear más autoafirmaciones de afrontamiento, frente a los pacientes con dolor orgánico que presentan más creencias de indefensión ante el dolor.
3. Existen diferencias entre los pacientes en función de la duración de la dolencia y el nivel educativo, de forma que cuanto menor es la duración del dolor mayor es el uso que el paciente hace de autoafirmaciones de catastrofismo y cuanto menor es el nivel educativo mayor es el uso que el paciente hace de dichas autoafirmaciones.

Referencias

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Anarte, M.T., Ramírez, C., López, A.E., y Esteve, R. (1999). *Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento, y*

edad en personas con dolor oncológico y benigno. IV Congreso de la Sociedad Española del dolor. Málaga.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Beecher, H.K. (1959). *Measurement of subjective responses*. Nueva York: Oxford University Press.

Brown, G.K., & Nicassio, P.M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31, 53-63.

Cassell, E.J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*, 306, 639-645.

Council, J.R., Ahern, D.K., Follick, M.J., & Cline, C.L. (1988). Expectancies and functional impairment in chronic low back pain. *Pain*, 33, 323-331.

DeGood, D.E., & Shutty, M.S. (1992). Assessment of pain beliefs, coping, and self-efficacy. En D.C. Turk, & R. Melzack, *Handbook of pain assessment* (pp. 214-234). New York: The Guilford Press, págs..

Dolce, J.J., Crocker, M.F. y Doleys, D.M. (1986). Prediction of outcome among chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 313-319.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Fisher, K. y Johnston, M. (1998). Emotional distress and control cognitions as mediators of the impact of chronic pain on disability. *British Journal of Health Psychology*, 3, 225-236.

Flor, H. y Turk, D.C. (1988). Chronic back pain and rheumatoid arthritis: Predicting pain and disability from cognitive variables. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 251-265.

Flor, H.; Behle, D.J. y Birbaumer, N. (1993). Assessment of Pain-related cognitions in chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 31(1), 63-73.

Folkman, S.; Lazarus, R.S.; Gruen, R.J. y DeLongis A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.

Frenk, H.; Cannon, J.T.; Lewis, J.W. y Liebeskind, J.C. (1986). Neural and neurochemical mechanisms of pain inhibition. En Sternbach, R.A. (ed.). *The psychology of pain*. Nueva York: Raven Press.

Gil, K.M.; Williams, D.A.; Keefe, F.J. y Beckham, J.C. (1990). The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress. *Behavior Therapy*, 21, 349-362.

International Association for the Study of Pain, Subcomite of Taxonomy (1986). Classification of chronic pain. *Pain suppl.*, 3, 19-32.

Jensen, M.P. y Karoly, P. (1991). Control Beliefs, coping efforts, and adjustments to chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3), 431-438.

Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M. y Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.

Lazarus, R.A. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Loring, 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 Rheumatology*, 32, 37-44.

Melzack, R. y Casey, K.L. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain: A new conceptual model. En D. Kenshalo (ed.): *The Skin Senses*. C. C Thomas. Springfield.

Melzack, R. (1975). The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.

Melzack, R. y Loeser, J.D.(1978). Phantom body in pain paraplegics: evidence for a central pattern generating mechanism for pain. *Pain*, 4, 195-210.

Melzack, R. y Wall, P.D. (1983). *The challenge of pain*. Nueva York: Basic Books.

Philips, H.C. (1986). Avoidance behaviour and its role in sustaining chronic pain. *Behaviour Research and therapy* 25, 273-279.

Przewlocki, R. (1988). Opioid peptides and adaptation to stress. *Rev. Farmacol. Clin. Exp.*, 5, 147-150.

Ramírez, C., Valdivia, Y., Anarte, M.T. y Masedo, A.I. (2000). Diferencias individuales en las evaluaciones cognitivas de pacientes con dolor crónico. V Reunión Nacional de la Sociedad Española para el Estudio de las Diferencias Individuales. Barcelona (25 Febrero).

Rosenstiel, 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.

Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs: *General and Applied*, 80 (Whole nº 609).

Ruiz, R.; Ferrer, I. y Pagerols, M. (1990). The Spanish pain questionnaire. *Pain, Supl* 5, S304.

DOLOR CRÓNICO

Schmidt, A.J.M. (1985a). Performance level of chronic low back pain patients in different treadmill test conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 639-646.

Schmidt, A.J.M. (1985b). Cognitive factors in the performance of chronic low back pain patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 183-189.

Segal, Z.V. y Shaw, B.F. (1988). Cognitive assessment: Issues and methods. In K. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 32-50). New York: Guilford Press.

Slater, M.A.; Hall, H.F.; Atkinson, J.H. y Garfin, S.R. (1991). Pain and impairment in chronic back pain: Validation of the pain and impairment relationship scale (PAIRS). *Pain*, 44, 51-56.

Smith, T.W.; Christensen, A.J.; Peck, J.R. y Ward, J.R. (1994). Cognitive distortion, helplessness, and depressed mood in rheumatoid arthritis: a four year longitudinal analysis. *Health Psychology*, 13 (3), 213-217.

Toomey, T.C.; Mann, J.D.; Abashian, S. y Thompson-Pope, S. (1991). Relationship between perceived self-control of pain, pain description and functioning. *Pain*, 45, 129-133.

Turk, D.C.; Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*. New York: Guilford Press.

Turk, D.C. y Rudy, T.E. (1992). Cognitive factors and persistent pain: a glimpse into Pandora's Box. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 99-122.

Turk, D.C. (1996). Biopsychosocial perspective on chronic pain. En Gatchel R.J. & Turk D.C. (Eds.). *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook* (p.14). New York: The Guilford Press.

Williams, D.A. y Thorn, B.E. (1989). An empirical assessment of pain beliefs. *Pain*, 36, 251-258.

Williams, D.A. y Keefe, F.J. (1991). Pain beliefs and the use of cognitive-behavioral coping strategies. *Pain*, 46, 185-190.

Wrubel, J.; Benner, P. y Lazarus, R.S. (1981). Social competence from the perspective of stress and coping. In J. Wine & M. Smye (Eds.), *Social competence* (pp. 61-69). New York: Guilford Press.

Recibido 10 Julio, 2001
Aceptado 15 Octubre, 2001