

UTILIZACIÓN DE ESCALAS DE AFRONTAMIENTO Y PARÁMETROS SENSORIALES EN EL DOLOR CRÓNICO

**Francisco Javier Cano García
Luis Rodríguez Franco
Jesús García Martínez
M^a Antuña Bellerín**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue predecir estadísticamente la duración, intensidad y frecuencia del dolor en 205 pacientes de dolor crónico (68 casos de migraña; 50 de cefalea tensional crónica; 49 de dolor de origen muscular, fundamentalmente fibromialgia; y 38 de dolor de origen óseo, básicamente artrosis y artritis) que acudieron a diversos centros sanitarios públicos en la provincia de Sevilla (España), a partir de la utilización de diversas estrategias de afrontamiento del dolor. Los criterios se midieron en la entrevista clínica y los predictores utilizando el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento CSQ, en su adaptación española (Rodríguez Franco, Cano García, & Blanco Picabia, 2004). Los datos fueron procesados utilizando el programa SPSS 12, realizando diversos análisis de regresión lineal múltiple método stepwise. Las principales conclusiones fueron: a) la investigación de las estrategias de afrontamiento en el dolor crónico es relevante aunque la única evidencia

empírica incontestable es que catastrofizar agrava el síndrome; b) la sensación dolorosa no se restringe a la intensidad y debe, por tanto, explorarse también el papel de las estrategias de afrontamiento en otros parámetros, apuntando nuestros resultados a la relevancia de la asociación con la frecuencia y no con la duración del dolor; y, c) el diagnóstico de dolor crónico puede modular dicha asociación entre estrategias de afrontamiento y sensación dolorosa.

Palabras clave: DOLOR CRÓNICO, MIGRAÑA, CEFALEA TENSIONAL, DOLOR DE ORIGEN MUSCULAR, DOLOR DE ORIGEN ÓSEO, PARÁMETROS SENSORIALES, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (CSQ).

SUMMARY

The aim of this study was to predict pain duration, pain intensity and pain frequency in 205 chronic pain sufferers (68 migraines; 50 tension-type headaches; 49 muscular pain, basically fibromyalgia; and 38 bone pain, basically arthritis and arthrosis) from public health centres in Seville (Spain) by the use of several pain coping strategies. The criterion variables were measured using clinical interview and the predictor variables using the Spanish version of the Coping Strategies Questionnaire CSQ (Rodríguez Franco, Cano García, & Blanco Picabia, 2004). The data were analysed using SPSS 12 program making Multiple Linear Regression Analysis. The most important conclusions were: a) investigation on chronic pain coping strategies is relevant although the only empirical evidence is that catastrophizing increases pain; b) pain sensation is not only intensity and we must also explore the role of pain coping strategies in other parameters, pointing our results out the relevance of the association with pain frequency, but not with pain duration; and, c) pain diagnostic group could modulate those associations.

Key words: CHRONIC PAIN, MIGRAINE, TENSION-TYPE HEADACHE, MUSCULAR PAIN, BONE PAIN, SENSORY PARAMETERS, COPING STRATEGIES, COPING STRATEGIES QUESTIONNAIRE (CSQ).

INTRODUCCIÓN

Según la encuesta Pain in Europe (*The Pain Society*, 2003) uno de cada tres hogares europeos está afectado por el dolor crónico. Hubo que esperar hasta los años 60 para que la comunidad científica aceptase definitivamente la complejidad del fenómeno doloroso. Fue con la ilustre Teoría de la Puerta (Melzack & Wall, 1965), que identifica neuroanatómicamente tres niveles en la experiencia de dolor: sensorial, afectivo-motivacional y cognitivo-evaluativo. Esta teoría supuso un paso gigantesco para el reconocimiento del dolor como una "experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística real o potencial o descrita en términos de la misma" (Merskey & Bogduk, 1986). Estos acontecimientos favorecieron enormemente la consideración biopsicosocial del dolor y, por tanto, su investigación multidisciplinar, necesarias para el abordaje del dolor crónico, esto es, de aquel que se prolonga más de seis meses y se resiste a la terapéutica convencional.

En la actualidad sólo disponemos todavía de marcos generales para comprender la experiencia de dolor. El propio Melzack ha evolucionado hacia el concepto de neuromatriz para integrar la Teoría del Estrés (Selye, 1956) en su original Teoría de la Puerta (Melzack, 1990), refiriéndose a los bucles talámico-corticales y límbicos que caracterizan la experiencia personal del dolor mediante el procesamiento en paralelo de aspectos sensoriales, afectivos y evaluativos.

Aun cuando la investigación psicológica ha aportado herramientas interesantes para abordar el dolor crónico como el modelo operante (Fordyce, 1976) o el cognitivo (Jensen, Turner, Romano, & Lawler, 1994), proporcionando incluso tratamientos empíricamente validados (Chambless & Ollendick, 2001), todavía quedan muchas piezas para completar el "puzzle del dolor". Una de ellas es el papel del afrontamiento del dolor en su evolución hacia la cronicidad. Para los modelos de diátesis-estrés (Dworkin & Banks, 1999; Kerns & Jacob, 1995), el dolor crónico se desarrolla a partir de una vulnerabilidad neurobiológica (Ej. Accidentes, enfermedades, predisposiciones hereditarias, etc.) -diátesis- que necesariamente debe interactuar con factores psicosociales -estrés- muy diversos (Ej. Rasgos, síntomas psicopatológicos, experiencias previas de dolor, etc.), pero que pueden

integrarse perfectamente en el constructo personalidad. En este punto es donde la larga y fructífera investigación sobre el proceso de estrés (Lazarus, 1986, 2000) se cruza con la del dolor. Como está bien establecido, uno de los pilares en el proceso de estrés lo constituye el afrontamiento, que interactúa con la valoración de las situaciones para darles significado. Una parte importante del estudio del afrontamiento se ha centrado en las estrategias que las personas utilizan para manejar los estresores (Folkman & Moskowitz, 2004).

En el caso del dolor, el afrontamiento puede ser pieza clave en la aparición y el mantenimiento del estrés que necesita una persona vulnerable para la cronificación. Una vez que el dolor aparece, se convierte en una de las experiencias más estresantes en la vida de las personas. Por ello el estudio de las estrategias de afrontamiento del dolor es importante en la comprensión y el abordaje del trastorno. Sería excesivamente prolijo enumerar las investigaciones sobre estrategias de afrontamiento en el dolor crónico. Por el contrario, destacaremos las conclusiones fundamentales ofrecidas por trabajos de revisión sobre el tema. En un estudio ya clásico (Jensen, Turner, Romano, & Karoly, 1991) se establecía que el uso de estrategias activas de afrontamiento del dolor (Ej. Ignorar el dolor, realizar actividades, ejercicio físico, etc.) se asociaba con un mejor funcionamiento físico y psicosocial que el uso de estrategias pasivas (Ej. Rezar, descansar, aislarse, etc.). Estas conclusiones han sido corroboradas en diversos trabajos, incluido nuestro país (Ramírez Maestre, Esteve Zarazaga, & López Martínez, 2003). Sin embargo, como manifiestan Boothby, Thom, Stroud, & Jensen (1999), estos datos se basan fundamentalmente en estudios donde las estrategias de afrontamiento son compuestas, esto es, agrupadas en función de algún criterio (habitualmente el papel activo o pasivo de la persona). Por el contrario, se tiene poca información sobre estrategias específicas, que son en las que finalmente se interviene. La única que parece asociarse inequívocamente en todos los estudios con mayores índices de dolor es la catastrofización, es decir la ideación negativa sobre la naturaleza, el curso y/o el pronóstico del dolor; el resto presenta asociaciones débiles (Ej. Distracción, ignorar el dolor, reinterpretar el dolor) o inconsistentes (Ej. Tener esperanza, rezar, proporcionarse autoinstrucciones) (Boothby et al., 1999; DeGood, 2000).

Otro aspecto deficitario, a nuestro entender, de los estudios es que utilicen casi exclusivamente la intensidad como parámetro sensorial del dolor (Gatchel & Turk, 1999; Gatchel & Weisberg, 2000; Turk & Gatchel, 2002). Una experiencia de dolor muy intensa pero poco duradera o frecuente puede incluso resultar anecdótica. ¿Por qué no suelen utilizarse todos los parámetros sensoriales que caracterizan el dolor crónico? Si pretendemos consolidar la intervención psicológica debemos vincular los procesos psicológicos a todos los niveles de la experiencia de dolor, incluido el sensorial, que es el más inmediato y el motor de la búsqueda de tratamiento.

Por último, aun cuando existe investigación sobre el afrontamiento en casi cualquier síndrome de dolor crónico, escasean los estudios comparativos, que nos permitan determinar si el diagnóstico es una variable relevante (Gatchel & Turk, 1999; Gatchel & Weisberg, 2000; Turk & Gatchel, 2002).

En función de lo anteriormente expuesto, el objetivo del presente trabajo es explorar la capacidad predictiva de la utilización de estrategias de afrontamiento del dolor en los parámetros sensoriales del dolor en pacientes con dolor crónico de diagnóstico diverso.

Planteamos las siguientes hipótesis al respecto:

1. Centradas en el papel de las estrategias de afrontamiento:

1.1. La utilización de todas y cada una de las estrategias de afrontamiento contribuirá a la predicción de la sensación dolorosa aunque no con la misma relevancia.

1.2. En este sentido, la Catastrofización será la estrategia con mayor poder predictivo y contribuirá siempre a incrementar la sensación dolorosa.

1.3. La utilización del resto de estrategias de afrontamiento tendrá menor capacidad predictiva que la Catastrofización y se comportarán inconsistentemente, a veces incrementando y otras disminuyendo la sensación de dolor en función del parámetro sensorial escogido y del diagnóstico.

2. Centradas en el papel de los parámetros sensoriales del dolor: todos los parámetros sensoriales del dolor recibirán algún tipo de predicción estadística, pero el mejor predicho será la intensidad del dolor.

3. Centradas en el papel del diagnóstico: todos los diagnósticos recibirán algún tipo de predicción estadística sin diferencias en relevancia.

MÉTODO

Sujetos

Participaron en el estudio 205 personas, 177 mujeres y 28 hombres, atendidos en diversos centros públicos de salud de la ciudad de Sevilla. Concretamente fueron la Unidad de Dolor del hospital Virgen del Rocío y los centros de atención primaria de Montequinto y Torreblanca. El 83% de las personas estaban casadas, el 11% solteras y el 6% restante separados o viudos. Casi la mitad de las personas (48%) poseía estudios primarios, el 22% secundarios, el 20% no tenían estudios y el 11% restante habían terminado estudios universitarios. El 32% de las personas estaban desempleadas, el 24% amas de casa, el 24% trabajadores en activo, el 14% estaban jubilados por enfermedad y el 6% restante eran estudiantes.

La distribución de diagnósticos fue, como era esperable, tan diversa, sobre todo en el caso del dolor no cefalálgico, que hubo de realizarse una agrupación según criterios etiológicos. De esta forma se obtuvieron 68 casos de migraña, 50 de cefalea tensional crónica, 49 de dolor de origen muscular y 38 de dolor de origen óseo. Obviamente, las dos últimas agrupaciones fueron todavía más heterogéneas. Sin embargo, el diagnóstico más representativo en el dolor muscular fue el de fibromialgia (75%) y los más representativos en el dolor óseo los de cervicalgia, artritis y artrosis (63%).

Material

Aparte de un breve cuestionario sobre variables sociodemográficas básicas, usamos una entrevista clínica estructurada para la caracterización de los aspectos sensoriales del dolor, así como el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento CSQ (Rosenstiel & Keefe, 1983) para evaluar la utilización de las estrategias de afrontamiento del dolor.

En cuanto a la entrevista estructurada, los ítems utilizados fueron: diagnóstico, duración del trastorno, frecuencia, duración e intensidad del dolor, pautas de medicación, tipo y duración del tratamiento.

En referencia al Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento CSQ (Rosenstiel & Keefe, 1983), ha sido el más usado internacionalmente

en el ámbito el dolor. Utilizamos la adaptación realizada por algunos de nosotros (Rodríguez Franco et al., 2004), que presenta una estructura factorial de primer orden con ocho factores que explican el 59% de la varianza y cuya fiabilidad oscila entre 0,89 y 0,68 (alfa de Cronbach). Las estrategias de afrontamiento del dolor evaluadas son las siguientes:

- *Catastrofización*: ideación negativa sobre el dolor, sus consecuencias y las dificultades para afrontarlo.
- *Conductas distractoras*: actividades no mentales que distraen de la percepción dolorosa.
- *Autoinstrucciones*: autoverbalizaciones destinadas a afrontar exitosamente el episodio de dolor.
- *Ignorar el dolor*: conductas dirigidas a eliminar el impacto del dolor en la vida diaria.
- *Reinterpretar el dolor*: intención de transformar la percepción dolorosa para aliviar su impacto.
- *Esperanza*: expresa la idea de que el dolor desaparecerá algún día.
- *Fe y plegarias*: afrontamiento basado en creencias y comportamientos religiosos.
- *Distracción cognitiva*: actividades cognitivas de distracción.

Procedimiento

Debemos hacer constar que el proyecto principal en el que se inserta el presente trabajo tenía como uno de sus principales objetivos comparar las cefaleas primarias con otros diagnósticos por dolor crónico en una serie de variables psicológicas (Cano García, 2001); ése es el motivo por el que las cefaleas aparecen sobrerrepresentadas en la muestra. El reclutamiento comenzó por los centros de atención primaria. No hubo dificultades en obtener rápidamente un gran número de cefaleas crónicas. Los criterios de inclusión en la muestra fueron: a) consultar por dolor de cabeza; b) tener entre 18 y 55 años (para obviar complicaciones diagnósticas en infancia y senectud); c) recibir un diagnóstico de migraña y/o cefalea tensional según los criterios de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS, 1988); d) no estar recibiendo otro tratamiento para la cefalea que el habitual farmacológico (analgésicos, ansiolíticos, antimigrañosos o antidepresivos).

Reclutamiento y diagnóstico fueron realizados por los médicos de los centros conforme atendían las quejas en sus consultas. Para ello recibieron un curso por su neurólogo de zona en la aplicación de los criterios diagnósticos IHS. Una vez diagnosticados, los pacientes fueron citados en los propios centros de salud y evaluados por psicólogos con consentimiento informado; en la batería de pruebas figuraba el CSQ, instrumento relevante en el presente trabajo.

Al constatar las dificultades para obtener una muestra de comparación de otros trastornos por dolor crónico optamos por solicitar la colaboración de la Unidad de Dolor del hospital Virgen del Rocío, donde utilizamos similar procedimiento, salvo que el diagnóstico lo obtuvimos de las historias clínicas.

Una vez registrados los datos, fueron procesados utilizando el programa SPSS 12. Para describir las puntuaciones se usaron estadísticos básicos (media, desviación típica y porcentajes); para comprobar la predicción estadística de la utilización de estrategias de afrontamiento sobre la sensación dolorosa se utilizó la regresión lineal múltiple, método stepwise.

RESULTADOS

Presentaremos, en este orden, los estadísticos descriptivos de las variables criterio (parámetros clínicos del dolor), de las variables predictoras (estrategias de afrontamiento) y los análisis de regresión lineal múltiple relacionando los predictores con los tres criterios seleccionados: duración, intensidad y frecuencia del dolor.

En la tabla 1 aparecen las medias y desviaciones típicas de las características clínicas del dolor, incluyendo las variables utilizadas como criterio en el presente estudio. Si no se consideran los diagnósticos, podríamos describir la muestra diciendo que está compuesta por personas con dolor de considerable cronicidad, que se presenta con una frecuencia mayor de día sí/día no, cuya intensidad cuando no prohíbe, sí al menos limita sus actividades cotidianas durante todo el día, y que hace consumir un promedio de 2 analgésicos.

Sin embargo, si segmentamos la muestra por diagnósticos podremos percibir especificidades relevantes. La migraña es el trastorno más crónico, pero su naturaleza es recurrente, esto es, aparece en

crisis de dolor muy duradero, intenso e incapacitante, asociado a un gran consumo de medicación. Por el contrario, el dolor de la cefalea tensional es menos intenso e incapacitante. Los otros dos grupos se caracterizan por un dolor prácticamente continuo, pero destaca la elevada intensidad del dolor de origen muscular, en el que, a diferencia del de origen óseo, no se puede evidenciar ningún tipo de daño orgánico. Debemos hacer constar que algunos de los pacientes de la Unidad de Dolor habían recibido diverso número de sesiones de tratamiento según técnicas de Medicina Tradicional China (Ej. Acupuntura, auriculoterapia, moxibustión, etc.). Ante la imposibilidad de controlar esta variable, comprobamos su asociación con criterios y predictores. Fue muy escasa. Con respecto a los primeros hubo asociación con la frecuencia del dolor ($r=0,31$; $p<0,001$). Con respecto a los segundos la hubo con Conductas distractoras ($r=0,29$; $p<0,001$).

Tabla 1. Medias y desviaciones típicas de los parámetros clínicos del dolor

	Total	MG	CT	MUSC	ÓSEO
Duración del trastorno en años	12,5 (10,2)	17,7 (11,1)	10,9 (13,3)	10,9 (9,3)	7,4 (7,7)
Duración del dolor en horas	24 (15,9)	31,4 (21,1)	22,7 (13,3)	19,8 (7,9)	17,8 (10,9)
Intensidad del dolor (EVA 0-10)	6,7 (1,9)	7,7 (1,7)	5,3 (1,6)	7,1 (1,5)	6,2 (1,5)
Frecuencia del dolor en días al mes	18,6 (12,2)	7,6 (9,6)	16,8 (10,7)	29,1 (3,6)	26,9 (6,8)
Consumo diario de analgésicos	1,9 (2,1)	2,8 (2,8)	1,5 (1,4)	1,7 (1,6)	1,1 (1,3)
Consumo diario de ansiolíticos	0,4 (0,8)	0,2 (0,6)	0,3 (0,7)	0,7 (1,1)	0,5 (0,9)
Consumo diario de antidepresivos	0,1 (0,4)	0,1 (0,3)	0,1 (0,5)	0,1 (0,4)	0,1 (0,5)
Número de sesiones de tratamiento (sólo el 32% de la muestra)	2,8 (6,6)	-	-	4,6 (4,8)	9,4 (11,7)

Total: toda la muestra; MG: migraña; CT: cefalea tensional;
MUSC: dolor de origen muscular; ÓSEO: dolor de origen óseo

En la tabla 2 se presentan las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en la utilización de las estrategias de afrontamiento del dolor.

Considerando la muestra total destacan como más utilizadas las estrategias Ignorar el dolor, Autoinstrucciones y Catastrofización; y como menos Distracción cognitiva y Esperanza. Sin embargo, al segmentar la muestra observamos que la Catastrofización acontece fundamentalmente en la migraña y el dolor de origen óseo, al contrario que ocurre con las estrategias Ignorar el dolor y Autoinstrucciones, donde puntúan más los grupos de cefalea tensional y dolor óseo. De entre las menos utilizadas destaca la relativa mayor utilización de la Distracción cognitiva en el grupo de dolor óseo.

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en utilización de estrategias de afrontamiento del dolor

	Total	MG	CT	MUSC	ÓSEO
Catastrofización (0-36)	11,9 (9,9)	14,8 (10,5)	9,1 (9,5)	13,6 (9,8)	8,1 (7,5)
Cndctas distractoras (0-36)	9,5 (7,8)	6,8 (5,9)	8,6 (6,6)	11,5 (8,6)	13 (9,3)
Autoinstrucciones (0-30)	15,3 (7,4)	14,1 (6,9)	15,6 (7,4)	14,7 (8,1)	17,9 (7,1)
Ignorar el dolor (0-42)	17,5 (9,9)	14,5 (10,3)	21,6 (9,5)	16,6 (0,4)	18,9 (9,5)
Reinterpretar el dolor (0-36)	6,9 (7,1)	7 (7,9)	7,5 (6,9)	5,8 (5,8)	7,3 (7,2)
Esperanza (0-18)	9,1 (5,6)	9,7 (5,8)	8,7 (5,6)	8,1 (4,9)	10 (5,7)
Fe y plegarias (0-18)	8,6 (6,3)	8,4 (6,3)	7 (6,4)	8,7 (5,7)	10,8 (6,2)
Distracción cognitiva (0-18)	6,1 (5,1)	6,1 (5,3)	5,7 (4,9)	5 (4,2)	7,9 (5,7)

Total: toda la muestra; MG: migraña; CT: cefalea tensional;

MUSC: dolor de origen muscular; ÓSEO: dolor de origen óseo

En la tabla 3 aparecen los resultados del análisis de regresión lineal múltiple utilizando las estrategias de afrontamiento para predecir estadísticamente la duración del dolor. Sólo en dos submuestras pudo conseguirse algún tipo de predicción: el uso de la estrategia

Autoinstrucciones contribuye a incrementar la duración del dolor en la cefalea tensional; y el de Conductas distractoras contribuye a reducir la duración del dolor de origen muscular.

Tabla 3. Predicción de la duración de los episodios de dolor por la utilización de las estrategias de afrontamiento

Predictores	R	R ² ajustada	F	p	B
<i>Muestra entera</i>					
-	-	-	-	-	-
<i>Migraña</i>					
-	-	-	-	-	-
<i>Cefalea tensional</i>					
1 Autoinstrucciones	0,33	0,11	5,93	0,019	0,33
<i>Dolor muscular</i>					
1 Conductas distractoras	0,39	0,15	7,87	0,007	-0,39
<i>Dolor óseo</i>					
-	-	-	-	-	-

En la tabla 4 aparecen los resultados del análisis de regresión lineal múltiple utilizando las estrategias de afrontamiento para predecir estadísticamente la intensidad del dolor. En este caso sólo en la muestra de dolor muscular no pudo obtenerse ningún tipo de predicción. En la muestra total una combinación de Catastrofización (contribuyendo a incrementar la puntuación del criterio) e Ignorar el dolor (contribuyendo a disminuir la puntuación del criterio) pudo predecir un 27% de la intensidad del dolor. En las cefaleas sólo la Catastrofización (contribuyendo a incrementar la puntuación del criterio) predijo un 14% de la intensidad del dolor migrañoso y un 27% del de la cefalea tensional. Por último, en el dolor óseo, una combinación de Ignorar el dolor, Esperanza (ambas contribuyendo a disminuir la puntuación del criterio) y Distracción cognitiva (contribuyendo a incrementar la puntuación del criterio) pudo explicar hasta un 41% de la intensidad del dolor.

Tabla 4. Predicción de la intensidad del dolor por la utilización de las estrategias de afrontamiento

Predictores	R	R ² ajustada	F	p	B
<i>Muestra entera</i>					
1 Catastrofización	0,46	0,21	51,74	0,000	0,36
2 Ignorar el dolor	0,52	0,27	36,08	0,000	-0,27
<i>Migraña</i>					
1 Catastrofización	0,39	0,14	12,05	0,001	0,39
<i>Cefalea tensional</i>					
1 Catastrofización	0,57	0,30	22,88	0,000	0,57
<i>Dolor muscular</i>					
-	-	-	-	-	-
<i>Dolor óseo</i>					
1 Ignorar el dolor	0,53	0,26	13,01	0,001	-0,55
2 Esperanza	0,61	0,34	9,73	0,000	-0,47
3 Distracción cognitiva	0,68	0,41	8,89	0,000	0,36

En la tabla 5 aparecen los resultados del análisis de regresión lineal múltiple utilizando las estrategias de afrontamiento para predecir estadísticamente la frecuencia del dolor. En este caso en todas las muestras pudo obtenerse algún tipo de predicción. En la muestra total una combinación de Distracción cognitiva (contribuyendo a incrementar la puntuación del criterio), Reinterpretar el dolor (contribuyendo a disminuir la puntuación del criterio) y Fe y plegarias (contribuyendo a incrementar la puntuación del criterio) pudo predecir un 11% de la frecuencia del dolor. En la migraña sólo la Catastrofización (contribuyendo a incrementar la puntuación del criterio) predijo un 14% de la frecuencia del dolor. En la cefalea tensional una combinación de Esperanza (contribuyendo a incrementar la puntuación del criterio), Reinterpretar el dolor y Distracción cognitiva (ambas contribuyendo a disminuir la puntuación del criterio) predijo un 30% de la puntuación en frecuencia del dolor. En el dolor muscular, la estrategia Esperanza (contribuyendo a disminuir la puntuación del criterio) predijo un 7% de la puntuación en frecuencia del dolor. Por último, la estrategia Fe y Plegarias predijo el 10% de la frecuencia del dolor óseo, contribuyendo a incrementarla.

Tabla 5. Predicción de la frecuencia del dolor por la utilización de las estrategias de afrontamiento

	Predictores	R	R ² ajustada	F	p	B
<i>Muestra entera</i>						
1	Distracción cognitiva	0,27	0,07	15,14	0,000	0,33
2	Reinterpretar el dolor	0,33	0,10	11,73	0,000	-0,21
3	Fe y plegarias	0,36	0,11	9,43	0,000	0,14
<i>Migraña</i>						
1	Catastrofización	0,39	0,14	11,62	0,001	0,39
<i>Cefalea tensional</i>						
1	Esperanza	0,31	0,08	5,16	0,028	0,60
2	Reinterpretar el dolor	0,51	0,22	8,07	0,001	-0,34
3	Distracción cognitiva	0,58	0,30	7,86	0,000	-0,35
<i>Dolor muscular</i>						
1	Esperanza	0,30	0,07	4,28	0,045	-0,30
<i>Dolor óseo</i>						
1	Fe y plegarias	0,35	0,10	4,62	0,039	0,35

DISCUSIÓN

Nos planteamos como objetivo de la investigación explorar el papel de la utilización de estrategias de afrontamiento del dolor en diversos parámetros sensoriales del dolor en diversos trastornos por dolor crónico.

Se confirma la primera parte de la primera hipótesis, ya que la utilización de todas las estrategias de afrontamiento contribuyó a predecir la sensación dolorosa y con distinta relevancia. Este resultado coincide con el obtenido en diversos estudios (Geisser, Robinson, & Henson, 1994; Robinson et al., 1997; Rosenstiel & Keefe, 1983). En términos globales pueden distinguirse cinco niveles de capacidad predictiva, de mayor a menor: Catastrofización; Esperanza e Ignorar el dolor; Distracción cognitiva; Conductas distractoras, Autoinstrucciones y Fe y Plegarias; y, por último, Reinterpretar el dolor.

Confirmamos también la segunda parte de la primera hipótesis porque la Catastrofización fue, con diferencia, la estrategia de

afrontamiento con mayor capacidad predictiva, siempre contribuyendo a agravar la sensación dolorosa. En concreto catastrofizar se comportó como la estrategia clave asociada con el aumento de la intensidad del dolor en las cefaleas. Sin lugar a dudas, este resultado es el más claramente incontrovertido de toda la investigación sobre el afrontamiento del dolor crónico como demuestran muchas investigaciones (Geisser, Robinson, & Henson, 1994; Geisser, Robinson, Keefe, & Weiner, 1994; Lefebvre, Lester, & Keefe, 1995; Robinson et al., 1997).

No podemos confirmar por completo la tercera parte de la primera hipótesis porque, si bien pudo comprobarse que el resto de estrategias de afrontamiento mostró menor capacidad predictiva que la Catastrofización, no todas se comportaron de forma inconsistente. Sí lo hicieron Esperanza y Distracción cognitiva, confirmando que pueden funcionar agravando el dolor (Geisser, Robinson, & Henson, 1994; Hill, 1993; Robinson et al., 1997) o aliviándolo (Hill, Niven, & Knussen, 1995; Lester, Lefebvre, & Keefe, 1996). Por el contrario, Ignorar el dolor y Reinterpretar el dolor contribuyeron siempre a disminuir su intensidad en consonancia con algunos estudios (Buckelew et al., 1992; Geisser, Robinson, & Henson, 1994; Hill, 1993; ter Kuile, Spinhoven, Linssen, & Van Houwelingen, 1995), pero en contraposición a otros que no encontraron asociaciones significativas de ningún tipo (Lester et al., 1996; Robinson et al., 1997). No se pudo comprobar la consistencia del resto de estrategias porque sólo aparecieron una vez en las predicciones. En la literatura se observan resultados inconsistentes. Utilizar la estrategia Autoinstrucciones contribuye a disminuir la intensidad del dolor en algunos estudios (Hill, 1993) mientras que en otros no tiene relevancia (Geisser, Robinson, & Henson, 1994; Lester et al., 1996); Conductas distractoras se asocia con elevada intensidad del dolor en algunos trabajos (Hill, 1993; Hill et al., 1995), mientras que no lo hace en otros (Geisser, Robinson, & Henson, 1994; Lester et al., 1996).

Podemos confirmar la segunda hipótesis, dado que todos los parámetros sensoriales del dolor recibieron algún tipo de predicción estadística, destacando sobremanera la intensidad. Globalmente, la intensidad del dolor fue mejor predicha con menos predictores; la frecuencia del dolor algo menor en cantidad pero mayor en comprensividad de la predicción; y la duración del dolor

deficientemente predicha. En términos estrictamente estadísticos entendemos que sólo 4 predicciones fueron significativas, 3 sobre la intensidad y 1 sobre la frecuencia del dolor. En términos de interés clínico pensamos que datos como el que manejar la catastrofización podría disminuir en un 14% la intensidad y frecuencia de las crisis migrañosas tiene un interés sustancial. Como advertíamos en la introducción, el parámetro sensorial utilizado en la literatura ha sido fundamentalmente la intensidad (Gatchel & Turk, 1999; Gatchel & Weisberg, 2000) y en este sentido nuestros resultados son coincidentes. Esto, es, como ya se conocía, parece viable intervenir sobre estrategias de afrontamiento para mejorar la intensidad del dolor, pero algo similar podría ocurrir con la frecuencia, otro parámetro muy relevante, a la luz de nuestros resultados. Igualmente interesante es la sugerencia de que la duración del dolor no parece un parámetro viable para intervenir a través de las estrategias de afrontamiento. Según nuestros datos, esta idea se extiende a otras variables psicológicas como pensamientos automáticos negativos, lugar de control, autoeficacia percibida, lugar de control, conductas de dolor, etc. (Cano García, 2001).

No podemos confirmar la tercera hipótesis en el sentido de que, si bien todos los diagnósticos recibieron predicción estadística, hubo grandes discrepancias entre ellos. Las estrategias de afrontamiento demostraron ser mejores predictores de la sensación dolorosa (sobre todo intensidad y frecuencia) en la cefalea tensional y en el grupo de dolor óseo (sobre todo intensidad). No disponemos de datos para comparar este hallazgo porque la tendencia a la investigación hasta el momento ha sido generalizar resultados, escaseando los estudios comparativos. Nos parece que el diagnóstico puede constituir una fuente de variabilidad muy relevante para el abordaje del dolor crónico, como demuestran nuestros resultados. Pudiera ser que en nuestro caso tuviera que ver con la localización y relativa levedad del dolor de cabeza tensional en comparación con los otros diagnósticos; y con la evidencia de lesión orgánica que justifica en el dolor óseo (a uno mismo, a la administración sanitaria, a los ambientes sociales, etc.) Son sólo hipótesis interpretativas que necesitan ser comprobadas.

Recapitulando, consideramos que las tres conclusiones fundamentales del estudio son: a) la investigación de las estrategias de afrontamiento en el dolor crónico es relevante aunque la única

evidencia empírica incontestable es que catastrofizar agrava el síndrome; b) la sensación dolorosa no se restringe a la intensidad y debe, por tanto, explorarse también el papel de las estrategias de afrontamiento en otros parámetros, apuntando nuestros resultados a la relevancia de la asociación con la frecuencia y no con la duración del dolor; y, c) el diagnóstico de dolor crónico puede modular dicha asociación entre estrategias de afrontamiento y sensación dolorosa.

Para terminar, nos gustaría lanzar unas preguntas que sirvan de reflexión compartida con DeGood (2000) en relación con las limitaciones de este y otros estudios y las tendencias futuras de investigación. Sabemos que repercusiones tiene catastrofizar, pero, ¿sabemos qué hacen quienes no catastrofizan, esto es, fundamentalmente, los que no buscan tratamiento? ¿Disponemos de suficientes estudios longitudinales? ¿Y de diseños no correlacionales? ¿Existe suficientes investigación idiográfica sobre estrategias de afrontamiento en el dolor crónico? Y, sobre todo, ¿está integrado el estudio del afrontamiento del dolor crónico en el de la personalidad?, ¿qué hay del resto de dominios o niveles personales? Estos interrogantes plantean retos teóricos y metodológicos suficientes para augurar un prometedor futuro a la Psicología del dolor crónico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boothby, J. L., Thorn, B. E., Stroud, M. W., Jensen, M. P. (1999). Coping with pain. En R. J. Gatchel y D. C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain*. New York: The Guilford Press.
- Buckelew, S. P., Conway, R. C., Shutty, M. S., Lawrence, J. A., Grafing, M. R., Anderson, S. K., et al. (1992). Spontaneous coping strategies to manage acute pain and anxiety during electrodiagnostic studies. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73, 594-598.
- Cano García, F. J. (2001). *Variables psicológicas implicadas en migraña y cefalea tensional. Un estudio comparativo con otros trastornos por dolor crónico*. Tesis Doctoral no publicada, Universidad de Sevilla.
- Chambless, D. L., Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.

- DeGood, D. E. (2000). Relationship of pain-coping strategies to adjustment and functioning. En R. J. Gatchel y J. N. Weisberg (Eds.), *Personality characteristics of patients with pain* (pp. 129-164). Washington: American Psychological Association.
- Dworkin, R. H., Banks, S. M. (1999). En R. J. Gatchel y D. C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain. Critical perspectives* (pp. 247-269). New York: The Guilford Press.
- Folkman, S., Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis: Mosby.
- Gatchel, R. J., Turk, D. C. (1999). *Psychosocial factors in pain*. New York: The Guilford Press.
- Gatchel, R. J., Weisberg, J. N. (2000). *Personality characteristics of patients with pain*. Washington: American Psychological Association.
- Geisser, M. E., Robinson, M. E., Henson, C. D. (1994). The Coping Strategies Questionnaire and chronic pain adjustment: A conceptual and empirical reanalysis. *The Clinical Journal of Pain*, 10, 98-106.
- Geisser, M. E., Robinson, M. E., Keefe, F. J., Weiner, M. L. (1994). Catastrophizing, depression and the sensory, affective and evaluative aspects of chronic pain. *Pain*, 59, 79-83.
- Hill, A. (1993). The use of pain coping strategies by patients with phantom limb pain. *Pain*, 55, 347-353.
- Hill, A., Niven, C. A., Knussen, C. (1995). The role of coping in adjustment to phantom limb pain. *Pain*, 62, 79-86.
- IHS. (1988). Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*, 1988(8 (SUPPL.7)), 1-96.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., Lawler, B. K. (1994). Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain*, 57, 301-309.
- Kerns, R. D., Jacob, M. C. (1995). Toward an integrative diathesis-stress model of chronic pain. En A. J. Goreczny (Ed.), *Handbook of health and rehabilitation psychology*. New York: Plenum Press.

- Lazarus, R. S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Descleé de Brower.
- Lefebvre, J. C., Lester, N., Keefe, F. J. (1995). Pain in young adults: II. The use and perceived effectiveness of pain coping strategies. *Clinical Journal of Pain*, 11, 36-44.
- Lester, N., Lefebvre, J. C., Keefe, F. J. (1996). Pain in young adults: III. Relationships of three pain coping measures to pain and activity interference. *Clinical Journal of Pain*, 12, 291-300.
- Melzack, R. (1990). Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *Trends in neuroscience*, 13, 88-92.
- Melzack, R., Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 50, 971-979.
- Merskey, H., Bogduk, N. (1986). Classification of chronic pain. Description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*(Suppl. 3), S1-S225.
- The Pain Society*. (2003). from <http://www.painsociety.org>
- Ramírez Maestre, C., Esteve Zarazaga, R., López Martínez, A. E. (2003). El dolor crónico desde la perspectiva psicológica. En J. Gil Roales-Nieto (Ed.), *Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Robinson, M. E., Riley, J. L., Myers, C. D., Sadler, I. J., Kvaal, S. A., Geisser, M. E., et al. (1997). The Coping Strategies Questionnaire: A large sample, item level factor analysis. *Clinical Journal of Pain*, 13, 43-49.
- Rodríguez Franco, L., Cano García, F. J., Blanco Picabia, A. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(2), 82-91.
- Rosenstiel, A. K., Keefe, F. J. (1983). The use of cognitive coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Ter Kuile, M. M., Spinhoven, P., Linssen, A. C. G., Van Houwelingen, H. C. (1995). Cognitive coping and appraisal processes in the treatment of chronic headaches. *Pain*, 64, 257-264.
- Turk, D. C., Gatchel, R. J. (2002). *Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook*. N. York: The Guilford Press.