

DOLOR CRÓNICO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

M.J. Rodríguez-Parra*

R. Esteve Zarazaga**

A.E. López Martínez**

* E. U. de Formación de Profesorado de E.G.B de Ceuta. UNIVERSIDAD DE GRANADA.

** Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DE MÁLAGA.

RESUMEN

El presente artículo analiza el amplio cuerpo de literatura existente sobre el afrontamiento y la adaptación al dolor crónico. A nivel general, aquellas estrategias que en los diversos estudios han mostrado ser más eficaces con respecto al dolor crónico son las estrategias de afrontamiento activas, las centradas en el problema, focalizadas en el dolor y conductuales. Las estrategias concretas sobre las que existe evidencia más concluyente son distracción de la atención, catastrofismo y fantasías agradables como estrategias relacionadas con un mayor dolor e incapacidad. Por otro lado, las auto-afirmaciones y el control percibido del dolor destacan como estrategias adaptativas. En definitiva, la revisión pone de manifiesto la necesidad de continuar con esta línea de investigación, desarrollando instrumentos de evaluación en los que el afrontamiento no sea confundido con otros constructos como creencias o funcionamiento. Por último, se sugiere la realización de estudios longi-

tudinales para conocer los efectos a largo plazo de determinadas estrategias y el papel que juegan considerando la adaptación al dolor crónico como un proceso dinámico.

Palabras clave: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO; DOLOR CRÓNICO.

SUMMARY

This article reviews the empirical research which has examined the relationship between coping and adjustment to chronic pain. Some consistent findings are revealed. First, patients high on active coping, attentional strategies, problem-focused or behavioral coping have lower levels of pain, they appear to function better and show lower levels of psychological distress than those who do not use the aforementioned strategies. Second, while certain pain coping strategies seem to be adaptive in chronic pain (e.g. coping self-statements, control over pain), other coping strategies appear to be maladaptive (e.g. catastrophizing, diverting attention, wish-fulfilling fantasy). In sum, previous research lend support to stress and coping models to explain individual differences in the adjustment to chronic pain. Future research should be aimed at the development of coping assessment instruments which do not overlap with other constructs such as beliefs and functioning. Longitudinal research should answer questions about the role of coping strategies at different stages in the process of adaptation to chronic pain and its long-term effects.

Key words: CHRONIC PAIN; COPING STRATEGIES.

INTRODUCCIÓN

Posiblemente, la experiencia de dolor crónico sería evaluada por la mayoría de las personas como una situación que excede sus recursos para hacerle frente. Sin embargo, desde la Psicología existe abundante evidencia que sugiere que las personas varían en su habilidad para afrontar el dolor persistente. Si bien algunos pacientes con dolor crónico manifiestan que existe un alto grado de deterioro

en diferentes áreas de su vida y están significativamente deprimidos, otros parecen adaptarse de forma activa y satisfactoria a la experiencia de dolor (Doleys, Crocker y Patton, 1982). Del mismo modo, aunque muchos de estos enfermos presentan un estilo de vida sedentario y restrictivo, caracterizado por la inactividad e incapacidad, otros pacientes de igual patología funcionan normalmente y, aunque experimenten dolor con alta frecuencia, continúan trabajando, utilizando los servicios médicos de forma ocasional (Taylor y Curran, 1985).

Dichas diferencias en la adaptación entre los pacientes de dolor crónico pueden ser explicadas tomando como base conceptual los modelos de estrés y afrontamiento (Turner, 1991). Considerando el dolor crónico como un agente estresante, las respuestas de afrontamiento de los individuos al estresor juegan un importante papel en la adaptación al estrés, de ahí que haya un creciente reconocimiento de que las estrategias de afrontamiento puedan ser un factor importante para determinar cómo los pacientes se adaptan al dolor crónico mostrando diferentes niveles de manifestación de dolor y malestar psicológico (Gil, Abrams, Phillips y Keefe, 1989; Keefe, Crisson, Urban y Williams, 1990).

La mayoría de los estudios sobre afrontamiento en dolor crónico se han llevado a cabo en la década de los ochenta, y aunque determinados aspectos de esta relación todavía no se han esclarecido totalmente (Fernández y Turk, 1989), sí parece bastante claro que las estrategias de afrontamiento juegan un importante papel en el control del dolor crónico. De esta forma, varias investigaciones han mostrado que las estrategias de afrontamiento son mejores predictoras del dolor y de la incapacidad en pacientes con dolor lumbar, artritis y trastorno drepanocítico, que las variables médicas comúnmente consideradas importantes en la comprensión de la adaptación en estos pacientes. De igual modo, también se ha mostrado el impacto del entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento sobre el dolor y otros aspectos relacionados, como son estado de ánimo y limitaciones funcionales.

En su mayor parte, se ha investigado la relación entre una estrategia de afrontamiento al dolor y una sola enfermedad tal como la artritis reumática, dolor lumbar, fibromialgias, trastorno drepa-

nocítico, etc., aunque algunos trabajos han considerado de forma conjunta diferentes enfermedades crónicas (Lyons, Parrotta y Hancher-Kvam, 1988).

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Nuestro propósito consiste en analizar el amplio cuerpo de literatura existente en este campo de estudio. Para ello, se partió de una revisión realizada por Jensen, Turner, Romano y Karoly que comprendía desde 1970 hasta febrero de 1991, completándose la revisión con una búsqueda bibliográfica, llevada a cabo en MEDLINE y PSYCLIT, donde se añadieron diversos estudios realizados en dicho período de tiempo hasta la actualidad. La bibliografía de esos artículos se utilizaba para identificar más artículos relacionados. Como podemos ver en la Tabla, la revisión actual cuenta con 53 estudios en total que muestran la relación existente entre el uso de estrategias de afrontamiento y adaptación al dolor crónico. La mayoría de los estudios que se recogen en la tabla han utilizado tres medidas de afrontamiento: el Vanderbilt Pain Management Inventory (VPMI) (Brown y Nicassio, 1987), el Coping Strategies Questionnaire (CSQ) (Rosenstiel y Keefe, 1983) o la Ways of Coping Checklist (WCCL) (Lazarus y Folkman, 1984). Hay que señalar que se han respetado los diferentes términos utilizados por los autores para referirse a las estrategias, aclarando que no existe una total unanimidad conceptual.

A continuación, analizaremos los resultados de las investigaciones que aparecen en la anterior tabla en función de las estrategias estudiadas.

- *Estrategias de afrontamiento activas y pasivas.* Las investigaciones que han utilizado el Vanderbilt Pain Management Inventory (VPMI) sugieren que el uso de *estrategias de afrontamiento activas*, denominadas así por la participación que se requiere del paciente en el tratamiento del dolor (ejercicio, actividad, ignorar las sensaciones de dolor) está asociado a un mejor funcionamiento físico y psicológico así como a menos dolor y niveles más bajos de depresión, mientras que el uso de *estrategias pasivas*, en las que el paciente abandona o cede la responsabilidad del tratamiento a medios

Tabla. Estudios que han examinado la relación entre estrategias de afrontamiento y adaptación al dolor crónico (ampliado y revisado de Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991)

Autores	Muestra	Resultados
Rosenthal y Keefe (1983)	61 pacientes con dolor lumbar	Tras un análisis factorial del CSQ: (3 factores) Afrontamiento cognitivo y supresión asociado positivamente con deterioro funcional. Desamparo asociado positivamente con depresión y estado de ansiedad. Distracción de atención y rezar asociado positivamente con nivel de dolor y deterioro funcional.
Dunn-Geier, McGrath, Rourke, Lister, y D'Astous (1986)	20 pacientes con dolor crónico	Pacientes no-afrontadores presentan más conductas negativas: mayor expresión de dolor y una disminución en la realización de las tareas comparados con pacientes afrontadores
Turner y Clancy (1986)	74 pacientes con dolor lumbar bajo tratamiento conductual del dolor.	Tras un análisis factorial del CSQ: (3 factores) Negación de dolor asociada positivamente con tiempo de reposo. Distracción de la atención y rezar asociada positivamente con intensidad de dolor Desamparo asociado positivamente con depresión, incapacidad física y psicológica Tras el tratamiento: Mayor uso de rezar y tener esperanzas relacionado con reducción de dolor. Reducción de catastrofismo relacionado con reducción del dolor y del deterioro físico y psicosocial.
Aflleck, Tennen, Pfeiffer, y Field (1987)	129 pacientes con artritis reumatoide	Las comparaciones anteriores no estaban relacionadas con el estado de ánimo manifestado por el paciente pero asociada positivamente con el nivel de ajuste psicológico determinado por el médico
Brown y Nicassio (1987)	361 pacientes con artritis reumatoide	Afrontamiento activo está asociado negativamente con depresión, disfunción en movilidad, actividad física, rol social y desamparo. Afrontamiento pasivo está asociado positivamente con depresión, incapacidad funcional y desamparo. 6 meses después se mantuvieron los resultados.
Keefe et al. (1987 a)	87 pacientes con osteoartritis	Tras un análisis factorial del CSQ (2 factores): Elevado control del dolor y pensamientos racionales están asociados con mejor destreza, movilidad, funcionamiento en tareas de casa, menor ansiedad, depresión, dolor y fricción de rodilla observada, mayor rapidez al andar y de cambio de postura. Episodios de afrontamiento asociados positivamente con rigidez de movimientos observados.

Tabla. (continuación) Estudios que han examinado la relación entre estrategias de afrontamiento y adaptación al dolor crónico (ampliado y revisado de Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991)

Autores	Muestra	Resultados
Keele et al. (1987b)	51 pacientes con osteoartritis	<p>Tras un análisis factorial del CSQ (2 factores):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Episodios de afrontamiento no estaban asociados con el dolor, incapacidad psicológica/estrés o incapacidad física. • Control del dolor y pensamientos racionales asociados negativamente con intensidad de dolor, incapacidad psicológica/distrés o incapacidad física.
Turner, Clancy y Vitaliano (1987)	37 pacientes con dolor lumbar	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de apoyo social asociada negativamente con dolor. • Autoculpa asociada negativamente con dolor.
Parker et al. (1988)	84 pacientes con artritis reumatoide	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva asociada negativamente con depresión, desamparo, malestar psicológico e incapacidad. • Fantasías agradables correlaciona positivamente con depresión, desamparo, molestias, malestar psicológico e incapacidad. • Autoculpas asocia positivamente con depresión, molestias, malestar psicológico e incapacidad. • Minimización de amenaza asociada positivamente con malestar psicológico e incapacidad.
Regan, Long y Thoresen (1988)	151 pacientes con osteoartritis	<p>Análisis factorial del WCCL junto con subescala Catastrofismo del CSQ (5 factores):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Dependencia asociada negativamente con nivel de actividad y positivamente con intensidad de dolor y depresión. • Escala de Adaptación asociada positivamente con intensidad de dolor. • Escala de Ira-irritada asociada positivamente con depresión y negativamente con nivel de actividad. • Escala de Distanciamiento asociada negativamente con depresión y positivamente con nivel de actividad.
Blalock, DeVellis y DeVellis (1989)	75 mujeres con artritis reumatoide	<p>Escala de Expresión de Pensamientos no relacionada con dolor, depresión o nivel de actividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando consiguen la ejecución deseada en las actividades diarias prefieren compararse con personas sin artritis reumatoide y se asocia a una mayor satisfacción de sus habilidades. • Cuando tienen dificultades en la ejecución de las actividades cotidianas se comparan con pacientes de artritis asociado a una mayor satisfacción de sus habilidades.
Brown, Nicassio y Wallston, (1989)	287 pacientes con artritis reumatoide	<p>Se controlan la edad, duración de enfermedad, incapacidad, toma de medicación y dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento pasivo está asociado positivamente con depresión en pacientes con dolor fuerte. 6 meses después se mantienen los resultados.

Tabla. (continuación) Estudios que han examinado la relación entre estrategias de afrontamiento y adaptación al dolor crónico (ampliado y revisado de Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991)

Autores	Muestra	Resultados
Gil et al. (1989)	79 pacientes con trastorno de repa- nocítico	Análisis factorial del CSQ (2 factores). Se controlan edad, sexo y severidad del trastorno. <ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos negativos y adherencia pasiva están asociados positivamente con intensidad de dolor, reducción de actividad, malestar psicológico, y negativamente con tiempo levantado. • Episodios de afrontamiento están asociados con mayor actividad durante los episodios dolorosos.
Hagglund, Haley, Reveille y Alarcón (1989)	53 pacientes con artritis reumatoide	Análisis factorial del CSQ (3 factores): <ul style="list-style-type: none"> • Cogniciones optimistas no están asociadas con el dolor e incapacidad funcional. • Autocontrol está asociado negativamente con intensidad del dolor e incapacidad funcional. • Afrontamiento conductual está asociado negativamente con intensidad del dolor e incapacidad funcional.
Parker et al. (1989)	79 hombres con artritis reumatoide	Tras un análisis factorial del CSQ (2 factores): <ul style="list-style-type: none"> • Episodios de afrontamiento relacionados con intensidad de dolor. • Control percibido del dolor y pensamientos racionales asociados negativamente con intensidad de dolor y disfunción psicológica. <p>1 año después aumentadas las puntuaciones en pensamientos racionales y control del dolor, se asociaba con reducción en intensidad de dolor, desamparo e incapacidad.</p>
Revenson y Felton (1989)	45 pacientes con artritis reumatoide	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento en limitaciones asociado al incremento en el uso de fantasías agradables. • Autoculpa, expresión emocional y fantasías agradables se relacionan negativamente con afecto positivo evaluado 6 meses después y Búsqueda de información se relaciona positivamente con afecto positivo evaluado 6 meses después.
Spinhoven, Ter Kuile, Linszen y Gazendam (1989)	108 pacientes con dolor lumbar	Análisis factorial del CSQ (3 factores). Se controlan las variables: nivel de deterioro, duración del dolor, operaciones previas, edad y sexo. <ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento activo asociado negativamente con depresión. • Control de dolor percibido asociado positivamente con tiempo levantado y negativamente con intensidad de dolor y limitaciones funcionales. • Desamparo asociado positivamente con intensidad de dolor, limitaciones funcionales, ansiedad, depresión y psiconeuroticismo.
DeVellis et al. (1990)	71 pacientes con artritis reumatoide	<ul style="list-style-type: none"> • Preferencia por comparaciones inferiores está asociado con mayor depresión y más baja autoestima. • Preferencia por comparaciones superiores no está asociado con afecto negativo.

Tabla. (continuación) Estudios que han examinado la relación entre estrategias de afrontamiento y adaptación al dolor crónico (ampliado y revisado de Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991)

Autores	Muestra	Resultados
Gil, Williams, Keele y Beckham (1990)	64 pacientes con trastorno de panoplicia 71 pacientes con dolor crónico 50 pacientes con artritis reumatoide	<ul style="list-style-type: none"> Pensamientos negativos están relacionados con dolor y estrés psicológico.
Holmes y Stevenson (1990)	30 pacientes con dolor crónico	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes con dolor crónico que usan afrontamiento dirigido al dolor están menos deprimidos y ansiosos y más activos que los que utilizan afrontamiento de evitación de dolor. Pacientes con dolor agudo que usan afrontamiento de evitación del dolor están menos deprimidos y ansiosos y más activos que pacientes con dolor agudo que usan estrategias de atención al dolor. Incremento en el control percibido del dolor y pensamientos racionales tras el tratamiento asociado con reducción de incapacidad física. Episodios de afrontamiento no relacionados con resultados del tratamiento.
Keele, Caldwell, Williams, Gil, Mitchell, Martinez, et al. (1990)	99 pacientes con osteoartritis bajo tratamiento cognitivo-conductual del dolor.	<ul style="list-style-type: none"> Aquellos pacientes que, tras un entrenamiento en estrategias de afrontamiento al dolor, puntuaban alto en control percibido del dolor y pensamientos racionales mostraban una asociación negativa con dolor e incapacidad física y conductas de dolor, durante los siguientes 6 meses. Aquellos pacientes que tras recibir educación en artritis, puntuaban alto en control percibido del dolor y Pensamientos Racionales se observa una asociación negativa con dolor e incapacidad física durante los siguientes 6 meses.
Keele et al. (1990)	62 pacientes con dolor lumbar	<p>Se controlan variables médicas y demográficas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Afrontamiento cognitivo y supresión asociado positivamente con estrés psicológico. Desempeño asociado positivamente con estrés psicológico y depresión. Distracción de atención y rezar asociado positivamente con intensidad del dolor.
Keele y Williams (1990)	83 pacientes con dolor crónico	<ul style="list-style-type: none"> Distracción de atención y aumento en nivel de actividad asociado positivamente con intensidad del dolor. Autoafirmaciones y aumento en nivel de actividad asociado negativamente con depresión. Incremento en habilidad para controlar el dolor relacionado con reducción de nivel de dolor y depresión.
Manne y Zautra (1990)	103 mujeres con artritis reumatoide	<ul style="list-style-type: none"> Pensamientos agradables asociados positivamente con estrés psicológico. Reestructuración cognitiva asociada negativamente con estrés psicológico.

Tabla. (continuación) Estudios que han examinado la relación entre estrategias de afrontamiento y adaptación al dolor crónico (ampliado y revisado de Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991)

Autores	Muestra	Resultados
Sullivan y D'Eon (1990)	125 pacientes con dolor lumbar	Se controla edad, sexo, duración e intensidad del dolor. <ul style="list-style-type: none"> Ninguna estrategia de afrontamiento al dolor se relaciona con depresión una vez eliminada la influencia de Catastrofismo del CSO.
Eckham, Keele, Caldwell y Roodman (1991)	65 pacientes con artritis reumatoide.	<ul style="list-style-type: none"> Control percibido del dolor y pensamientos racionales asociado negativamente con incapacidad física y psicológica, intensidad de dolor, depresión y gravedad del trastorno.
Fry y Wong (1991)	69 pacientes con dolor crónico	<ul style="list-style-type: none"> Entrenamiento en afrontamiento.
Jensen y Karoly (1991)	118 pacientes dolor crónico	Centrado en el problema (más efectivo), centrado en la emoción y mixto (menos efectivo). Consiguen todos disminución de dolor y ansiedad, e incremento de satisfacción y ajuste. Se controla la gravedad del dolor. <ul style="list-style-type: none"> Ignorancia del dolor, aumento de actividad y autoafirmaciones está asociado positivamente con un mejor funcionamiento psicológico. Distraer atención, ignorar el dolor y autoafirmaciones está asociado positivamente con el nivel de actividad físico en casos de dolor leve).
Jensen, Turner y Romano (1991)	114 pacientes dolor crónico	Se controla la gravedad del dolor. <ul style="list-style-type: none"> Incremento en el uso de reposo está asociado positivamente con incapacidad.
Toomey, Mann, Abashian y Pope (1991)	51 pacientes con dolor crónico	<ul style="list-style-type: none"> Incremento en el control del dolor percibido relacionado con reducción de los niveles de dolor y frecuencia.
Gil, Williams, Keele y Beckham (1992)	89 pacientes con trastorno de pánico	<ul style="list-style-type: none"> Uso de estrategias de afrontamiento predice el número y duración de hospitalizaciones y nivel de actividad.
Jensen y Karoly (1992)	118 pacientes con dolor crónico	<ul style="list-style-type: none"> Mayor frecuencia de estrategias de comparación está asociado con menor grado de depresión (sólo cuando la duración del dolor es inferior a 11.7 años). La relación es más fuerte cuando la duración del dolor es inferior a 5 años. Intensidad del dolor, y evitación de afrontamiento son predictores de sintomatología depresiva.
Sullivan et al. (1992)	70 pacientes con dolor crónico	<ul style="list-style-type: none"> Menor uso de afrontamiento en general relacionado con peor adaptación.
Zitman, Linszen y Van (1992)	86 pacientes con dolor crónico	<ul style="list-style-type: none"> Mayor uso de afrontamiento pasivo/evitativo relacionado positivamente con dolor y depresión.
Weickgenant et al. (1993)	77 pacientes con dolor lumbar	<ul style="list-style-type: none"> Mayor uso de rezar relacionado con aumento en grado de incapacidad.
Ashby y Lenhart (1994)	105 pacientes con dolor crónico	<ul style="list-style-type: none"> Mayor uso de rezar relacionado con aumento en grado de incapacidad.

Tabla. (continuación) Estudios que han examinado la relación entre estrategias de afrontamiento y adaptación al dolor crónico (ampliado y revisado de Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991)

Autores	Muestra	Resultados
Geisser, Robinson, Keele y Weiner (1994)	85 pacientes con dolor crónico	<ul style="list-style-type: none"> • Catastrofismo influye negativamente en la percepción y tratamiento del dolor.
Kleinke (1994)	300 pacientes con dolor crónico	<ul style="list-style-type: none"> • Automanejo y apoyo social relacionado con buena adaptación. • Desamparo y remedios médicos relacionado con peor adaptación. • Catastrofismo asociado con un aumento en la intensidad y frecuencia del dolor y problemas concomitantes.
LeFebvre, Lester y Keele (1995)	252 pacientes con dolor crónico	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de afrontamiento pasivas maladaptativas, locus de control externo, baja autoeficacia y pocas expectativas de resultados están relacionados con aumento en incapacidad, depresión y perpetuación del dolor. • Estrategias pasivas adaptativas o activas, locus de control interno, alta autoeficacia y altas expectativas de resultados positivos están relacionados con ajuste psicológico y reducción del problema. • Disminución de la cohesión familiar, aumento del dolor, desamparo y afrontamiento pasivo están relacionados con depresión.
Melding (1995)	Pacientes con dolor crónico	<ul style="list-style-type: none"> • Desamparo y evitación relacionados con dolor y bajo autocontrol percibido. • Aceptación/resignación relacionados con autocontrol percibido. • Autoeficacia relacionada negativamente con intensidad del dolor y positivamente con perseverancia en afrontamiento. • Expectativas en el tratamiento relacionada positivamente con perseverancia en el afrontamiento.
Nicasio, Radujevic, Schoentfeld y Dwyer (1995)	122 pacientes con fibromialgia	<ul style="list-style-type: none"> • Desamparo y evitación relacionados con dolor y bajo autocontrol percibido. • Aceptación/resignación relacionados con intensidad del dolor y positivamente con perseverancia en afrontamiento. • Autoeficacia relacionada negativamente con intensidad del dolor y positivamente con perseverancia en afrontamiento. • Expectativas en el tratamiento relacionada positivamente con perseverancia en el afrontamiento.
Lenhart y Ashby (1996)	103 pacientes con dolor crónico	<ul style="list-style-type: none"> • Desamparo y evitación relacionados con dolor y bajo autocontrol percibido. • Aceptación/resignación relacionados con intensidad del dolor y positivamente con perseverancia en afrontamiento. • Autoeficacia relacionada negativamente con intensidad del dolor y positivamente con perseverancia en afrontamiento. • Expectativas en el tratamiento relacionada positivamente con perseverancia en el afrontamiento.
Lin y Ward (1996)	85 pacientes con dolor crónico lumbar	<ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento pasivo relacionado positivamente con distrés psicológico y depresión. • Afrontamiento activo relacionado positivamente con nivel de actividad y negativamente con distrés psicológico. • Calidad de vida significativamente más baja en personas con dolor crónico. • Mayor búsqueda de apoyo social asociada a mejor calidad de vida. Búsqueda de apoyo social como predictor más importante de la calidad de vida en comparación con la incapacidad física o cronicidad del dolor.
Snow, Norris y Tan (1996)	76 pacientes con dolor crónico	<ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento pasivo relacionado positivamente con distrés psicológico y depresión. • Afrontamiento activo relacionado positivamente con nivel de actividad y negativamente con distrés psicológico. • Calidad de vida significativamente más baja en personas con dolor crónico. • Mayor búsqueda de apoyo social asociada a mejor calidad de vida. Búsqueda de apoyo social como predictor más importante de la calidad de vida en comparación con la incapacidad física o cronicidad del dolor.
Hopman, Kraaimaat y Bijlsma (1997)	306 personas mayores con dolor crónico, dolor esporádico y sin dolor.	<ul style="list-style-type: none"> • Analistas interpersonales mostraron: <ul style="list-style-type: none"> • Eficacia de afrontamiento diario no estaba relacionada con el afrontamiento del dolor ni intensidad del mismo • Analistas intrapersonales mostraron: <ul style="list-style-type: none"> • Aumento en la eficacia del afrontamiento diario no sólo se relacionaba con reducción del dolor sino también con mejora del estado de ánimo positivo y reducción del estado de ánimo negativo
Keele et al. (1997)	49 pacientes con artritis reumatoide	<ul style="list-style-type: none"> • Analistas interpersonales mostraron: <ul style="list-style-type: none"> • Eficacia de afrontamiento diario no estaba relacionada con el afrontamiento del dolor ni intensidad del mismo • Analistas intrapersonales mostraron: <ul style="list-style-type: none"> • Aumento en la eficacia del afrontamiento diario no sólo se relacionaba con reducción del dolor sino también con mejora del estado de ánimo positivo y reducción del estado de ánimo negativo

Tabla. (continuación) Estudios que han examinado la relación entre estrategias de afrontamiento y adaptación al dolor crónico (ampliado y revisado de Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991)

Autores	Muestra	Resultados
Wilson, Gil y Raazer (1997)	47 pacientes con trastorno de pánico	<ul style="list-style-type: none"> • Comparaciones superiores asociadas a un aumento del afecto deprimido y a episodios de afrontamiento negativo. • Comparaciones inferiores asociadas a reducción del afecto deprimido.
Cole (1998)	88 pacientes con dolor crónico y 25 sin dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Tras un programa psicoeducacional en estrategias de afrontamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la depresión, de la intensidad del dolor, de la interferencia en las actividades cotidianas, y del malestar afectivo así como un aumento en el control de la propia vida y actividad en general. • 1 año después: vuelta al trabajo, menos visitas al médico y menos prescripción de medicación.
Haythornthwaite, Menneteer, Heinberg Clark (1998)	195 pacientes con dolor crónico	<ul style="list-style-type: none"> • Controlando la intensidad del dolor y educación: <ul style="list-style-type: none"> • Autoafirmaciones y reinterpretación de sensaciones dolorosas predicen un mayor control percibido del dolor. • Ignorar sensaciones dolorosas se asocia con un menor control percibido del dolor. • Las estrategias de afrontamiento y flexibilidad del mismo no interactúan con intensidad del dolor para predecir la percepción de control sobre el dolor.
Heijmans, Kraaijmaal, Odding y Bijlsma (1998)	157 pacientes mayores con dolor crónico (> 55 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas son el reposo y la reducción de demandas. • Afrontamiento al dolor como papel medidor en la relación entre cronicidad del dolor e incapacidad física. • Pacientes mayores con dolor crónico usan menos estrategias cognitivas, menos estrategias focalizadas al problema como búsqueda de información y manifiestan menos dolor que los pacientes jóvenes.
Klingler y Spaulding (1998)	Revisión	<ul style="list-style-type: none"> • Examinando en casos de dolor crónico el afrontamiento al dolor producido por actividad. <ul style="list-style-type: none"> • Autoafirmaciones se asocian con menor conductancia de la piel durante la anticipación y un mayor rango de movimientos. • Rezar, tener esperanzas y catastrofismo se asocian con mayor ansiedad anticipatoria, mayor ansiedad durante el episodio doloroso y menor rango de movimientos. También se asocian con mayor dolor y menor repetición de la actividad.
McCracken, Goetsch y Samelchuk (1998)	30 pacientes con dolor crónico lumbar	<ul style="list-style-type: none"> • Examinando en casos de dolor crónico el afrontamiento al dolor producido por actividad. <ul style="list-style-type: none"> • Autoafirmaciones se asocian con menor conductancia de la piel durante la anticipación y un mayor rango de movimientos. • Rezar, tener esperanzas y catastrofismo se asocian con mayor ansiedad anticipatoria, mayor ansiedad durante el episodio doloroso y menor rango de movimientos. También se asocian con mayor dolor y menor repetición de la actividad.

externos (reposo, quejas, toma de medicación) lo está a un peor funcionamiento, mayor depresión y dolor (Brown y Nicassio, 1987; Weickgenant et al., 1993; Melding, 1995; Snow et al., 1996). Sin embargo, hay que tener en cuenta que en estos estudios podría existir un solapamiento entre estrategias activas y un nivel de funcionamiento elevado, ya que podrían estarse midiendo ambas variables como una misma. Así, en la escala de *estrategias activas* se incluyen ítems como “me pongo a hacer ejercicio físico”, “me pongo a leer”, “a ver la TV”, etc., todo ello indicador de un buen nivel de funcionamiento. Cabría entonces preguntarse si el predictor y el criterio no son en realidad la misma variable. Tampoco sabemos si el que se produzca menos dolor es consecuencia de usar *estrategias activas* o debido a que duele menos se está más en condiciones de hacer un mayor uso de *estrategias activas*. Del mismo modo, en aquellos estudios donde no se controla la influencia de la intensidad del dolor, no sabemos si un mejor funcionamiento se debe al uso de *estrategias activas* o a que el dolor es leve y, un peor funcionamiento, al uso de *estrategias pasivas* o al intenso dolor que experimenta el paciente. Por otra parte, lo mismo hay que decir con respecto a la relación con depresión, es decir, el solapamiento entre *estrategias pasivas* y depresión puede darse en tanto que muchas de las estrategias que se engloban bajo el nombre de pasivas pueden considerarse como comportamientos depresivos. Brown y colaboradores (1989), encontraron influencia del grado de dolor sobre la relación entre afrontamiento y depresión, de modo que, el afrontamiento *pasivo* se asociaba positivamente con la depresión en pacientes con altos niveles de dolor pero no se hallaba tal relación entre pacientes con dolor leve. Los análisis longitudinales muestran que el afrontamiento *activo* está asociado negativamente con depresión e incapacidad física, evaluado 6 meses después, y el afrontamiento *pasivo* positivamente relacionado con depresión e incapacidad física 6 meses después (Brown y Nicassio, 1987). Sin embargo, cuando se tenía en cuenta la influencia del dolor, se encontró que el afrontamiento *pasivo* predecía la depresión 6 meses después pero sólo en pacientes que manifestaban dolor intenso.

- *Distracción de la atención*. Se define como pensamientos o actividades que sirven para distraerse del dolor (Rosenstiel y Keefe,

1983). Por ejemplo: "Cuento números en mi cabeza o canto una canción en mi mente" (CSQ); "Se distrae del dolor" (VPMI). En las investigaciones llevadas a cabo con esta estrategia se obtiene de forma unánime un mayor nivel de dolor y deterioro funcional con su uso, asociándose positivamente con el nivel de actividad pero sólo en aquellos casos de dolor leve (Rosentiel y Keefe, 1983; Turner y Clancy, 1986; Keefe et al., 1990; Keefe y Williams, 1990; Jensen y Karoly, 1991). Estos resultados no apoyan los obtenidos en estudios previos en los que se relaciona con una disminución del dolor, y la explicación que proporcionan los autores a este hecho consiste en la diferencia entre el dolor experimental y el crónico. La mayoría de las investigaciones han mostrado que esta estrategia es efectiva en los casos de dolor experimental, caracterizado por tener una duración limitada frente al dolor crónico que es constante. Mientras que la *distracción* puede ser posible en situaciones de dolor experimental en la que se afronta un estímulo doloroso a corto plazo, en el dolor crónico el uso de este tipo de estrategias no es tan factible.

- *Autoafirmaciones*. Denominadas también *pensamientos racionales*, se define como el hecho de decirse a uno mismo que puede afrontar el dolor sin grandes dificultades (Rosentiel y Keefe, 1983). Por ejemplo: "Tengo que ser valiente y conseguir superar el dolor" (CSQ). Existe gran cantidad de investigación sobre el uso de *pensamientos racionales* con unanimidad de resultados (Keefe et al., 1987a; 1987b; Parker et al., 1989; Spinhover et al., 1989; Keefe, Caldwell, Williams, Gil, Mitchell, Martínez, et al., 1990; Keefe, Caldwell, Williams, Gil, Mitchell, Robertson, et al. 1990; Toomey et al., 1991; Beckman et al., 1991; McCracken et al., 1998), pues aquellos pacientes que puntúan alto en la utilización de esta estrategia tienen menos dolor, menos malestar psicológico y mejor estado de salud que aquellos que puntúan bajo, es decir, se detecta una relación negativa entre dicho factor e incapacidad física, psicológica, conductas de dolor e intensidad del mismo, tanto en diseños transversales como longitudinales.

- *Ignorar o negar las sensaciones de dolor*: Se habla del uso de esta estrategia cuando se niega que el dolor está afectando de alguna forma (Rosentiel y Keefe, 1983). Por ejemplo: "Me digo a mí mismo que no me duele" (CSQ). Los estudios llevados a cabo

sobre esta estrategia no son muy numerosos. Jensen y Karoly, (1991) encontraron que la utilización de dicha estrategia se asocia positivamente a un mejor funcionamiento psicológico y al nivel de actividad, pero si se controla la variable dolor, esta relación sólo se cumple cuando el dolor no es muy intenso.

- *Rezar*: como su nombre indica, consiste en decirse a sí mismo que hay que tener esperanzas y orar para que el dolor mejore cada día. Por ejemplo: "Rezo a Dios para que ésto no se alargue" (CSQ) o bien, "Cuando le duele, reza para que le duela menos" (VPMI); "Confíe en que ocurriera un milagro" (WCCL). En los estudios donde se evalúa el uso de esta estrategia (Rosenstiel y Keefe, 1983; Turner y Clancy, 1986; Keefe et al., 1990; Ashby y Lenhart, 1994; McCracken et al., 1998) se detecta una relación positiva entre dicha estrategia y dolor e incapacidad funcional, tal vez por considerar el *rezar* como una forma de respuesta de afrontamiento pasiva. Sin embargo, en uno de estos estudios aunque antes de la aplicación a los pacientes de un tratamiento cognitivo-conductual los resultados coincidían con lo dicho anteriormente, después del tratamiento los sujetos que puntuaban alto en dicha estrategia experimentaban una reducción del dolor (Turner y Clancy, 1986). Este resultado, que no apoya lo hallado en anteriores investigaciones, puede venir explicado por el hecho de que los pacientes se sometían a un tratamiento cognitivo-conductual que incluía entrenamiento en relajación progresiva, trabajar la imaginación y afirmaciones encubiertas, así como identificación y modificación de pensamientos distorsionados con respecto al dolor y sucesos estresantes, por tanto, el que se redujera el dolor podía ser más bien producto del tratamiento aplicado que de las estrategias que pusiera en marcha posteriormente. De hecho, en el periodo previo al tratamiento, la utilización de la estrategia *rezar* sí se asociaba a un mayor dolor, como en el resto de las investigaciones donde no se realiza terapia alguna.

- *Catastrofismo*: Se define como autoafirmaciones, pensamientos e ideaciones muy negativas referidas a que el dolor no tiene fin, ni solución, ni se puede hacer nada para mejorarlo. Por ejemplo: "Estoy preocupado todo el tiempo pensando si ésto terminará algún día" (CSQ) o "Piensa que no puede hacer nada para que el dolor se quite" (VPMI). Si bien existe todavía una falta de unanimidad en considerar

el *catastrofismo* como una creencia o como una estrategia de afrontamiento, en bastantes estudios hay un total acuerdo en considerarlo como un buen predictor de la mayor frecuencia y duración de las hospitalizaciones, de la aparición de más crisis de dolor, de altos niveles de estrés, de la reducción de la actividad y del tiempo de reposo, influyendo también en la percepción y tratamiento del dolor (Turner y Clancy, 1986; Gil et al., 1989; Geisser et al., 1994; Lefebvre et al., 1995; McCracken et al., 1998) mostrando estos resultados el papel tan importante que tienen este tipo de cogniciones en la exacerbación del sufrimiento humano.

Diversas investigaciones, en las que se analizaba la estructura factorial del CSQ, encontraron que puntuaciones altas en el factor denominado *desamparo* estaban asociadas con el uso frecuente del *catastrofismo*; bajas puntuaciones en la subescala *aumento del nivel de actividad* así como a una escasa puntuación en la eficacia percibida de las estrategias de afrontamiento. Aquellos pacientes que puntuaban alto en dicho factor estaban significativamente más deprimidos y ansiosos que quienes obtenían bajas puntuaciones. Con respecto a este último resultado, podemos pensar que pudiera existir cierto solapamiento entre *catastrofismo* y depresión y por ello, encontrarse asociados positivamente, en este sentido, Sullivan y D'Econ (1990) encontraron una relación significativa entre *catastrofismo* y depresión, de forma que todos los ítems de dicha subescala eran considerados por 6 psicólogos clínicos como síntomas depresivos. Cuando la subescala fue excluida, ninguna de las subescalas restantes del CSQ se relacionaron significativamente con depresión.

Sin embargo, en un estudio llevado a cabo por Geisser y colaboradores (1994) donde se investiga si el *catastrofismo* es un síntoma depresivo o más bien representa un constructo separado, sus resultados muestran que el *catastrofismo* se relaciona con el componente afectivo y evaluativo del dolor mientras que la depresión está directamente relacionada con el aspecto sensorial del mismo. De acuerdo con estos autores, dicho resultado sugiere que el *catastrofismo* no sólo no es un síntoma depresivo sino que además puede considerarse más importante que la depresión, puesto que influye en cómo los pacientes evalúan su experiencia dolorosa y consecuentemente, cómo afrontan el dolor crónico. No obstante, es

necesario tener en cuenta que la prueba que usan para evaluar la depresión es el Inventario de Depresión de Beck (BDI) cuyos ítems están relacionados en su mayoría con el componente físico de la enfermedad depresiva (falta de apetito, del deseo sexual, alteraciones del sueño, pérdida/ganancia de peso, etc.) por tanto, es posible que ello explique la mayor relación con el componente sensorial del dolor.

- *Aumento del nivel de actividad*: se define como la realización de conductas activas que distraen la atención del dolor. Ejemplo: "Hago cualquier cosa activa, como las tareas domésticas" (CSQ); "Cuando me duele hago ejercicio físico" (VPMI). En lo que se refiere al estudio del *aumento de actividad*, se obtiene una correlación negativa con depresión y un mejor funcionamiento psicológico, en definitiva una buena adaptación (Keefe y Williams, 1990; Jensen y Karoly, 1991). De hecho, estos resultados son consistentes con los que asocian el *reposo* a una mayor incapacidad (Jensen et al., 1991); sin embargo Keefe y Williams (1990) encontraron una relación positiva entre *aumento de actividad* y dolor, resultado que puede ser debido a que la muestra estaba formada por pacientes que sufrían dolor crónico pero sin tener en cuenta la duración y la intensidad del mismo.

- *Control percibido del dolor*: Se define como el grado en que el paciente siente que puede controlar su propio dolor. Se evalúa en el CSQ con una escala de 7 puntos, donde el 0 = ningún control y el 6= control completo del dolor; junto con la subescala de *habilidad para disminuir el dolor* tienen por objeto medir el grado de efectividad de las estrategias de afrontamiento que usan los pacientes.

Si bien al igual que ocurre con el *catastrofismo*, no existe aún total acuerdo en considerar el *control percibido del dolor* como una creencia o una estrategia de afrontamiento, los resultados obtenidos en las numerosas investigaciones muestran ser claramente unánimes al respecto (Keefe et al., 1987a; 1987b; Parker et al., 1989; Spinhover et al., 1989; Keefe, Cadwell, Williams, Gil, Mitchell, Robertson, et al., 1990; Keefe, Cadwell, Williams, Gil, Mitchell, Martínez, et al., 1990; Keefe y Williams, 1990; Toomey et al., 1991; Beckman et al., 1991), encontrándose que aquellos pacientes que consideran que controlan el dolor presentan menos dolor, menos malestar psicológico, mejor

estado de salud, menores limitaciones funcionales y un grado menor de depresión, en comparación con aquellos que puntúan bajo en el *control percibido del dolor*, estos resultados se obtienen tanto en diseños transversales como longitudinales (6 meses y 1 año después) constituyéndose el *autocontrol percibido del dolor* en predictor de un buen funcionamiento.

- *Búsqueda de apoyo social*: esta estrategia consistente en recurrir a otras personas para intentar afrontar el problema y ha sido evaluada con la WCCL. Por ejemplo: "Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema" o "Acepté la simpatía y comprensión de algunas personas". Existe extensa bibliografía con relación al estudio del *apoyo social* como estrategia de afrontamiento y su relación con la adaptación a la enfermedad crónica, sin embargo, son escasos los trabajos que lo relacionan con el dolor crónico (Turner et al., 1987; Kleinke, 1994; Hopman et al., 1997), obteniéndose una relación negativa con el dolor y prediciendo una buena adaptación. En un estudio llevado a cabo por Nicassio y colaboradores (1995) se encontró que una disminución de la cohesión familiar se relacionaba con depresión.

- *Fantasías y pensamientos agradables*: consiste en alejarse de la situación mediante la evocación de situaciones placenteras o irreales. Por ejemplo: "Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente" (WCCL). Su uso se asocia positivamente con depresión, estrés e incapacidad física, tanto en diseños transversales como longitudinales (Parker et al., 1988; Revenson y Felton, 1989; Manne y Zautra, 1990). La explicación de dichos resultados sería la misma que en el caso de la estrategia *distracción del dolor*, es decir, estas estrategias serán más efectivas en los casos de dolor agudo o experimental pero pierden efectividad cuando se trata de dolor crónico por la dificultad que entraña escapar de la realidad de forma constante.

- *Autoculpa*: consiste en atribuirse la causa de la enfermedad, por ejemplo: "Me critiqué o me sermoneé a mí mismo" (WCCL). Tanto en diseños transversales como longitudinales, la presencia de *autoculpa* se ha asociado positivamente con depresión, molestias e incapacidad (Parker et al., 1989; Revenson y Felton, 1989). Sin embargo, en un estudio observamos una relación negativa con dolor

(Turner et al., 1987). Este resultado podría explicarse porque en definitiva, la *autoculpa*, no es más que un estilo atribucional interno, y por tanto, el dolor (medido con la escala analógica visual) se convertiría en un evento controlable por el propio sujeto responsable. También hay que tener en cuenta que la *autoculpa* se evalúa con el WCCL, un instrumento diseñado para evaluar el afrontamiento ante estresores en general y no referido al dolor en concreto, con lo que hay que ser cautos en la manera de interpretar sus resultados.

- *Adherencia pasiva al tratamiento médico*: se refiere a hacer frente al dolor exclusivamente mediante el seguimiento de las típicas recomendaciones médicas tales como tomar medicación, reposo, aislamiento, masajes, etc. Las investigaciones que estudian esta estrategia indican que es una forma ineficaz de afrontamiento en el dolor crónico (Gil et al., 1989; Jensen et al., 1991; Kleinke, 1994). Si los pacientes se limitan únicamente a aplicar estrategias fisiológicas y abandonan el uso de otras estrategias cuando aparece el dolor, acaban siendo dependientes de los servicios médicos para controlar el mismo y esta forma de afrontar el dolor se asocia a una peor adaptación. Dichos resultados son consistentes con los obtenidos sobre la subescala de afrontamiento pasivo del VPMI donde el contenido de algunos ítems hacen referencia al uso de estrategias médicas.

- *Evaluaciones comparativas*. Algunos sujetos se comparan ellos mismos o su situación con otras personas o situaciones en un esfuerzo para sentirse afortunados. Los resultados obtenidos en las diferentes investigaciones sugieren relaciones complejas y hasta contradictorias entre el proceso de comparación y las medidas de funcionamiento psicológico. Por ejemplo, De Vellis y colaboradores (1990) encontraron por una parte, que la intensidad del dolor se asociaba a una mayor depresión y más baja autoestima y por otra, que el afecto negativo se relacionaba positivamente con las *comparaciones* que realizaban los pacientes entre sí mismos y personas en circunstancias más negativas que las propias (*comparaciones inferiores*); contrariamente Wilson y colaboradores (1997) muestran que las *comparaciones* que realizan los pacientes con personas que se encuentran en mejor situación (*comparaciones superiores*) se asocian a un aumento del afecto deprimido, mientras que las *inferiores*

se asocian a una reducción del mismo. En un esfuerzo por comprender la complejidad de la situación, se intentó identificar factores que moderaran la relación entre el uso de *evaluaciones comparativas* y adaptación. En este sentido, Blalock y colaboradores (1989) encontraron relación entre el proceso comparativo y el estado de ánimo dependiendo de la dimensión a comparar, así cuando los pacientes conseguían la ejecución deseada en las actividades de la vida diaria preferían realizar *comparaciones superiores* (personas sin artritis) para estar satisfechos con sus habilidades, mientras que cuando tenían dificultades en dichas actividades, se sentían más satisfechos con ellos mismos si se comparaban con pacientes que sufrían también de artritis (*comparaciones inferiores*). En la misma línea, Jensen y Karoly (1992) encontraron que el uso de *estrategias de comparación* en general, estaba asociado con depresión sólo cuando el dolor era de una duración inferior a 11'7 años. Todo ello indica que el papel de las *autoevaluaciones comparativas* viene mediado por otras variables como son la duración del dolor y la dimensión a comparar.

- *Otras estrategias.* Existe otro grupo de estrategias a las que se les ha dedicado menos atención en la investigación sobre afrontamiento al dolor, sin embargo merece la pena que comentemos los resultados obtenidos entorno a las mismas. Por un lado, tenemos la estrategia *minimización de amenaza* consistente en no pensar en la enfermedad y en mantener una postura estoica en la que no se busca ni acepta ayuda, por ejemplo: "Seguí adelante como si no hubiera pasado nada"(WCCL). Su uso se ha asociado positivamente con malestar psicológico e incapacidad (Parker et al., 1988), ya que al tratarse en definitiva, de una forma de evitar el problema, y teniendo en cuenta los resultados obtenidos en los estudios que también tratan sobre estrategias de evitación, en los casos de dolor crónico dichas estrategias no suelen ser efectivas. En cuanto al uso de la *reestructuración cognitiva*, entendida como una serie de esfuerzos cognitivos en encontrar aspectos positivos de la enfermedad, que incluye la reevaluación, comparaciones sociales (anteriormente comentada como estrategia aislada) y redefinición de la misma para verla de un modo más positivo (ejemplo: "Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor"), se obtiene una relación negativa con

el dolor, estrés e incapacidad (Parker et al., 1988; Manne y Zautra, 1990). La *expresión de emociones*, consistente en expresar fuertemente la tensión emocional experimentada, por ejemplo: "Me desquité con los demás" (WCCL) se ha estudiado poco en relación al dolor crónico. No obstante, Revenson y Felton (1989) encontraron una relación negativa entre la expresión de emociones y el afecto positivo, afirmando que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción no son efectivas en este contexto del dolor crónico, sino que más bien, aumentan el malestar psicológico. Es necesario tener en cuenta que estas estrategias cognitivas, junto con la *autoculpa* y las *fantasías* se evalúan con el WCCL, un instrumento diseñado para evaluar el afrontamiento ante distintos estresores en general pero no aplicada al dolor específicamente y por tanto, es preciso ser cautos en la interpretación de los resultados derivados de su uso.

La bibliografía revisada muestra que la mayoría de las investigaciones han ido encaminadas a examinar la relación entre estrategias de afrontamiento específicas y la adaptación al dolor. Determinar cuáles son las estrategias que resultan más eficaces en el afrontamiento del dolor crónico no es tarea fácil, pues va a depender de las circunstancias y de los diferentes momentos del proceso de la enfermedad. Sin embargo, revisando los distintos estudios que se han llevado a cabo, se pueden establecer algunos principios generales sobre las consecuencias de las diferentes formas de afrontamiento.

En líneas generales, con respecto a la diferenciación entre estrategias de afrontamiento *cognitivas* (distracción de atención, reinterpretación de sensaciones dolorosas, autoafirmaciones, ignorar sensaciones de dolor, rezar y catastrofismo) y *conductuales* (incremento en nivel de actividad), parece ser que estas últimas son más eficaces, pues se relacionan con una disminución del dolor y de la incapacidad funcional, mientras que existe un acuerdo casi general en asociar positivamente el afrontamiento *cognitivo* con un deterioro funcional y con el malestar psicológico (Rosentiel y Keefe, 1983; Hagglund et al. 1989; Keefe et al., 1990). En lo que respecta al afrontamiento de tipo *activo* y *pasivo*, cabe decir que existe total acuerdo entre los resultados de las diferentes investigaciones (Brown y Nicasio, 1987; Spinhoven et al., 1989; Brown et al. 1989; Snow

et al. 1996) concluyendo que un afrontamiento caracterizado por la utilización de *estrategias activas* está asociado a bajos niveles de dolor y depresión y a mayor movilidad, mayor actividad física y menor pérdida del rol social, mientras que la utilización de *estrategias pasivas* se asocia positivamente a depresión, dolor, mayor tiempo de reposo, incapacidad funcional y a más frecuentes y largos períodos de hospitalizaciones; en definitiva, a una peor adaptación, manteniéndose los resultados 6 meses después.

Respecto al estudio del *afrontamiento dirigido al dolor y afrontamiento de evitación del dolor* (Holmes y Stevenson, 1990), la evidencia empírica nos muestra que pacientes con dolor crónico que usan *afrontamiento dirigido y centrado en el dolor* (p.e.: búsqueda de información) están menos deprimidos y ansiosos, y son más activos que los que utilizan un *afrontamiento de evitación del dolor*, sin embargo en el caso de dolor agudo, un *afrontamiento de evitación del dolor* es más eficaz. La *evitación* como estrategia de afrontamiento general, se ha relacionado con el dolor, depresión y bajo autocontrol percibido (Weickgenant et al., 1993; Lenhart y Ashby, 1996).

Fry y Wong (1991), llevaron a cabo un estudio donde comparaban la efectividad del afrontamiento *centrado en el problema*, en la *emoción* y *mixto*, concluyendo que todos consiguen una disminución del dolor y la ansiedad y un buen grado de adaptación, si bien, se mostró más efectivo el afrontamiento *centrado en el problema*. En el mismo sentido, Revenson y Felton (1989), encontraron que el afrontamiento *centrado en el problema* (búsqueda de información) se asociaba a un aumento del afecto positivo, mientras que un mayor uso del afrontamiento *centrado en la emoción* (fantasías, autculpa y expresión emocional) se asociaba a una reducción del afecto positivo y a una elevación del afecto negativo.

Los estudios que comparan a pacientes que afrontan el dolor de una manera activa porque usan frecuentemente gran parte de las estrategias evaluadas (*intentos de afrontamiento*) con aquellos que hacen un menor uso de las mismas, concluyen que su utilización está asociada a menos conductas negativas, menor dolor, mayor actividad durante los episodios dolorosos y mejor realización de las tareas, mientras que aquellos pacientes que utilizan menos estra-

tegrías de afrontamiento presentan una peor adaptación, altos niveles de depresión y predice el número y duración de las hospitalizaciones (Dunn-Geier et al., 1986; Gil et al., 1989; Parker et al., 1989; Gil et al., 1992; Sullivan et al., 1992; Zitman et al., 1992; Cole, 1998). La totalidad de los estudios anteriores se basan en diseños correlacionales, por lo que no se pueden inferir relaciones causales entre estrategias de afrontamiento y el resto de las variables, sin embargo, sus resultados son consistentes con los obtenidos en la literatura previa que sugieren que las estrategias de afrontamiento son predictores significativos del funcionamiento físico y psicosocial. En el estudio llevado a cabo por Keefe y colaboradores (1987b) no se encuentran relaciones significativas entre *intentos de afrontamiento* y variables tales como dolor e incapacidad, no obstante hay que tener en cuenta que se trata de una muestra de pacientes relativamente pequeña (N=51).

CONCLUSIONES

Las presentes investigaciones muestran de forma indiscutible que las estrategias de afrontamiento tienen una importante relación con el bienestar, si bien esa relación no parece simple. En este sentido, aquellas estrategias que en los diversos estudios han mostrado ser más eficaces con respecto al dolor crónico son a nivel general, las *estrategias de afrontamiento activas, las centradas en el problema, focalizadas en el dolor y conductuales*, mientras que las estrategias concretas sobre las que existe evidencia más concluyente son por un lado, *distracción de atención, catastrofismo, fantasías agradables* como estrategias relacionadas con un aumento del dolor crónico y de la incapacidad; y *autoafirmaciones y control percibido del dolor* por otro lado, como estrategias cuyo uso se relaciona con una disminución del dolor e incapacidad. Por otra parte, existen estrategias que también han recibido una gran atención pero cuya eficacia va a estar condicionada por otras variables como la duración o intensidad del dolor, como es el caso de las estrategias consistentes en *ignorar sensaciones dolorosas, aumentar el nivel de actividad y realizar evaluaciones comparativas*. Por último, destacar que existen estrategias que en la literatura previa han mostrado su efectividad

en los episodios de dolor agudo, como es el caso de la *distracción de la atención* o *fantasías agradables*, pero que su utilización resulta contraproducente en los casos de dolor crónico, apoyando la opinión de Bayés (1996), cuando afirma que el dolor crónico ha de ser considerado como un auténtico síndrome grave que perturba profundamente la calidad de vida de quienes lo padecen y que, por tanto, no puede ser tratado de la misma manera que el dolor agudo.

Con respecto a la evaluación de las estrategias de afrontamiento, algunos de los instrumentos usados incluyen ítems que reflejan otros constructos tales como errores cognitivos, evaluación y ajuste. Por ejemplo, la subescala Catastrofismo del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento evalúa la tendencia de los pacientes a tener pensamientos negativos referentes al dolor. Si nos remitimos a la definición de Lazarus y Folkman (1984) sobre estrategias de afrontamiento como un conjunto de esfuerzos para manejar el estrés, dichas cogniciones irracionales podrían ser conceptualizadas más apropiadamente como evaluaciones o creencias que como respuestas de afrontamiento. Lo mismo ocurre con los dos ítems que contiene el mencionado cuestionario referentes al *control percibido del dolor* (la medida en que controlan el dolor y lo pueden reducir), los cuales representan creencias sobre el dolor pero no necesariamente esfuerzos para manejarlo.

Aunque los escasos estudios longitudinales existentes proporcionan mayor evidencia de una posible relación causal que los transversales, no se puede establecer de forma concluyente una dirección de causalidad, no obstante aunque existen influencias recíprocas entre el afrontamiento y el bienestar, la evidencia de los efectos del afrontamiento sobre el bienestar es mucho más firme que la relación inversa (Revenson y Felton, 1989). Si la calidad de vida de los pacientes crónicos dependen en gran medida del grado en que lleven a cabo conductas de afrontamiento eficaces, un objetivo primordial de la investigación psicológica será determinar qué estrategias resultan más adecuadas atendiendo a que los pacientes de dolor crónico no pueden ser considerados como un grupo homogéneo pues factores tales como el sexo, la edad, gravedad y duración del dolor y diagnóstico pueden influir en la relación entre afrontamiento y adaptación. Resulta necesario, por tanto, un mayor número

de estudios longitudinales, para conocer los efectos a largo plazo de determinadas estrategias así como investigar si el papel de las estrategias de afrontamiento se ve sometido a algún cambio en función de la evolución de la enfermedad.

Por otra parte, observamos que los estudios sobre estrategias de afrontamiento en dolor crónico de tipo oncológico son prácticamente inexistentes. No obstante, aliviar el dolor en la enfermedad neoplásica es de vital importancia, no sólo como fin en sí sino también para aumentar las expectativas de supervivencia del paciente. Es por ello que las estrategias de afrontamiento al dolor en este tipo de población han de ser objeto de futuros estudios.

En definitiva, la revisión llevada a cabo sobre estrategias de afrontamiento en dolor crónico pone de manifiesto la necesidad de continuar en esta línea de investigación, desarrollando instrumentos de evaluación en los que el afrontamiento no sea confundido con medidas de evaluación y adaptación al dolor, y de esta forma, avanzar en dicho campo de estudio permitiendo a los profesionales de la salud desarrollar las intervenciones más efectivas para los pacientes con dolor crónico.

BIBLIOGRAFÍA

- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C. y Fifield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 239-273.
- Ashby,-Jeffrey-S.; Lenhart,-R.-Scott (1994). Prayer as a coping strategy for chronic pain patients. *Rehabilitation-Psychology*, 39(3) 205-209.
- Bayés, R. (1996). Aspectos psicológicos del enfermo con cáncer (el impacto psicológico del cáncer). En M. González Barón (ed.): *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid: Médica Panamericana.
- Beckham, J.L., Keefe, F.J., Caldwell, D.S. y Roodman, A.A. (1991). Pain coping strategies in rheumatoid arthritis: relationships to pain, disability, depression and daily hassles. *Behavior Therapy*, 22,113-124.
- 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.

- 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.
- 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.
- Cole, D. (1998). Psychotherapy with the chronic pain patient using coping skills development: Outcome study. *Journal-of-Occupational-Health-Psychology, 3*(3): 217-226.
- DeVellis, R.F., Holt, K., Renner, B.R., Blalock, S.J., Blanchard, L.W., Cook, H.L., Holtz, M.L., Mikow, V. y Harring, K. (1990). The relationship of social comparison to rheumatoid arthritis symptoms and affect. *Basic and Applied Social Psychology, 11*, 1-18.
- Doleys, D.M., Crocker, M.F. y Patton, D. (1982). Response of patients with chronic pain to exercise quotas. *Physician Therapy, 63*,1111-1114.
- Dunn-Geier, J., McGrath, P., Rourke, B.P., Latter, J. y D'Astous, J. (1986). Adolescent Chronic Pain: the ability to cope. *Pain, 26*, 23-32.
- Fernández, E., y Turk, D.C. (1989). The utility of cognitive coping strategies for altering pain perception: A meta analysis. *Pain, 38*, 123-145.
- Fry, P.-S.; Wong, Paul-T. (1991). Pain management training in the elderly: Matching interventions with subjects' coping styles. *Stress-Medicine, 7*(2) 93-98.
- Geisser, E., Robinson, E., Keefe, J., Weiner, L. (1994). Catastrophizing, depression and the sensory, affective and evaluative aspects of chronic pain. *Pain, 59*(1) 79-83.
- Gil, K.M., Abrams, M.R., Phillips, G. y Keefe, F.J. (1989). Sickle cell disease pain: relation of coping strategies to adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 725-731.
- Gil, K.M., Abrams, M.R., Phillips, G. y Williams, D.A. (1992). Sickle cell disease pain: 2. Predicting health care use and activity level at 9-month follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*,267-273.
- Gil, K.M., Williams, D.A., Keefe, F.J. y Beckhan, J.C. (1990). The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress. *Behavior Therapy, 21*, 349-352.
- Hagglund, K.J., Haley, W.E., Reveille, J.D. y Alarcón, G.S. (1989). Predicting individual differences in pain and functional impairment among patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism, 32*, 851-858.
- Haythornthwaite, A.; Menefee, A.; Heinberg, J. y Clark, R. (1998). Pain coping strategies predict perceived control over pain. *Pain, 77*(1) 33-39.
- Holmes, J.A. y Stevenson, C.A.Z. (1990). Differential effects of avoidant and attentional coping strategies on adaptation to chronic and recent-onset pain. *Health Psychology, 9*, 577-584.

- Hopman, M.; Kraaijmaat, W.; Odding, E. y Bijlsma, J. (1998). Coping with pain in the hip or knee in relation to physical disability in community-living elderly people. *Arthritis-Care-and-Research*, 11(4) 243-252.
- Hopman, R.; Kraaijmaat, F.; Odding, E. y Bijlsma, J. (1998). Coping with pain in the hip or knee in relation to physical disability in community-living elderly people. *Arthritis-Care-and-Research*, 11(4) 243-252.
- Jensen, M.P. y Karoly, P. (1991). Control beliefs, coping efforts, and adjustment to chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 431-438.
- Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J. y 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. y Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.
- Jensen, M.P.; Karoly, P. (1992). Comparative self-evaluation and depressive affect among chronic pain patients: An examination of selective evaluation theory. *Cognitive-Therapy-and-Research*, 16(3) 297-308.
- Keefe, F.; Affleck, G.; Lefebvre, C.; Starr, K.; et-al (1997). Pain coping strategies and coping efficacy in rheumatoid arthritis: A daily process analysis. *Pain*, 69(1-2), 35-42.
- Keefe, F.J. y Williams, D.A. (1990). A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups. *Journal of Gerontology*, 45, 161-165.
- Keefe, F.J., Caldwell, D.S., Queen, K.T., Gil, K.M., Martínez, S., Crisson, J.E., Ogden, W. y Nunley, J. (1987a). Osteoarthritic knee pain: a behavioral analysis. *Pain*, 28, 309-321.
- Keefe, F.J., Caldwell, D.S., Queen, K.T., Gil, K.M., Martínez, S., Crisson, J.E., Ogden, W. y Nunley, J. (1987b). Pain coping strategies in osteoarthritis patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 208-212.
- Keefe, F.J., Caldwell, D.S., Williams, D. A. y Gil, K.M., Mitchell, D., Martínez, S., Nunley, J., Beckham, J.C., Crisson, J.E. y Helms, M. (1990). Pain coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain: a comparative study. *Behavior Therapy*, 21, 49-62.
- Keefe, F.J., Caldwell, D.S., Williams, D. A. y Gil, K.M., Mitchell, D., Robertson, C., Martínez, S., Nunley, J., Beckham, J.C. y Helms, M. (1990). Pain coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain. II. Follow-up results. *Behavior Therapy*, 21, 435-447.
- Keefe, F.J., Crisson, J., Urban, B.J. y Williams, D.A. (1990). Analyzing chronic low back pain: the relative contribution of pain coping strategies. *Pain*, 40, 293-301.

- Kleinke,-Chris-L. (1994). MMPI scales as predictors of pain-coping strategies preferred by patients with chronic pain. *Rehabilitation-Psychology*, 39(2) 123-128.
- Klinger, L. y Spaulding, J. (1998). Chronic pain in the elderly: Is silence really golden? *Physical-and-Occupational-Therapy-in-Geriatrics*, 15(3) 1-17.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lenhart,-R.-Scott; Ashby,-Jeffrey-S. (1996). Cognitive coping strategies and coping modes in relation to chronic pain disability. *Journal-of-Applied-Rehabilitation-Counseling*, 27(4) 15-18.
- Lin,C. y Ward, S. (1996). Perceived self-efficacy and outcome expectancies in coping with chronic low back pain. *Research-in-Nursing-and-Health*, 19(4) 299-310.
- Lyons, J.S., Parrotta, P., y Hancher-kvam, S. (1988). Perceived social support from family and friends: measurement across disparate samples. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 42-47.
- Manne, S.L. y Zautra, A.J. (1990). Couples coping with chronic illness: women with rheumatoid arthritis and their healthy husbands. *Journal Behavior Medicine*, 13, 327-342.
- McCracken, M.; Goetsch, L. y Semenchuk, M. (1998). Coping with pain produced by physical activity in persons with chronic low back pain: Immediate assessment following a specific pain event. *Behavioral-Medicine*, 24(1) 29-34.
- Melding,-Pamela-S. (1995). How do older people respond to chronic pain? A review of coping with pain and illness in elders. *Pain-Reviews*, 2(1) 65-75.
- Nicassio,-Perry-M.; Radojevic,-Vesna; Schoenfeld-Smith,-Karen; Dwyer,-Kathy (1995). The contribution of family cohesion and the pain-coping process to depressive symptoms in fibromyalgia. *Annals-of-Behavioral-Medicine*, 17(4) 349-356.
- Parker, J., McRae, C., Smarr, K., Beck, N. Frank, R., Anderson, S. y Walker, S. (1988). Coping strategies in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 15, 1376-1383.
- Parker, J.C., Smarr, K.L., Buescher, K.L., Phillips, L.R., Frank, R.G., Beck, N.C., Anderson, S.K. y Walker, S.E. (1989). Pain control and rational thinking. *Arthritis and Rheumatism*, 32, 984-990.
- Regan, C.A., Lorig, K. y Thoresen, C.E. (1988). Arthritis appraisal and ways of coping: scale development. *Arthritis Care Research*, 3, 139-150.
- 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.

- 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.
- Snow, A.; Norris, M. y Tan, G. (1996). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 64(3) 455-462.
- Spinhoven, P., Ter Kuile, M.M., Linssen, A.C.G. y Gazendam, B. (1989). Pain coping strategies in a Dutch population of chronic low back pain patients. *Pain*, 37, 77-83.
- Sullivan, M.J.L. y D'Eon, J.L. (1990). Relation between catastrophizing and depression in chronic pain patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 260-263.
- Sullivan, Michael-J.; Edgley, Krista; Mikail, Samuel; Dehoux, Eric; et-al (1992). Psychological correlates of health care utilization in chronic illness. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 6(1) 13-21.
- Taylor, H. y Curran, N.M. (1985). *The Nuprin Pain Report*. Nueva York: Louis Harris.
- Toomey, T.C., Mann, J.D., Abashian, S. y Pope, T. (1991). Relationship between perceived self-control of pain, pain description and functioning. *Pain*, 45, 129-133.
- Turner, J.A. (1991). Coping and chronic pain. En: M. Bond, J.E. Charlton, y C.J. Woolfe (eds.). *Pain Research and Clinical Management, Proc. Vith World Congress on Pain*. (Vol. 4. 219-227). Nueva York: Elsevier.
- Turner, J.A. y Clancy, S. (1986). Strategies for coping with chronic low back pain: relationships to pain and disability. *Pain*, 24, 355-364.
- 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.
- Weickgenant, Anne-L.; Slater, Mark-A.; Patterson, Thomas-L.; Atkinson, J.-Hampton; et-al (1993). Coping activities in chronic low back pain: Relationship with depression. *Pain*, 53(1) 95-103.
- Wilson, J.; Gil, M. y Raezer, L. (1997). Self-evaluation, coping, and depressive affect in African American adults with sickle cell disease. *Cognitive-Therapy-and-Research*, 21(4) 443-457.
- Zitman, Frans-G.; Linssen, A.-Corrie; Van, H.-Rien (1992). Chronic pain beyond patienthood. *Journal-of-Nervous-and-Mental-Disease*; 180(2) 97-100.