

Rev. Soc. Esp. Dolor
1: 26-35; 2007

Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión

G. J. Llorca¹, C. Muriel², M. M. González-Tablas³, M. A. Díez⁴.

Llorca G. J., Muriel C., González-Tablas M. M., Díez M. A.

Relationship between chronic pain character and depression levels

SUMMARY

Objective

The present study aims to assess chronic pain, an attempt is made to study variables such as intensity, time and origin (nature) of pain and to identify their relationship to the patient's state of mind. A heterogenous sample of patients suffering from chronic pain is used and results are discussed.

Material and method

106 patients with chronic pain participated in the study. Subjects were recruited from the Pain Unit of the Department of Anesthesia of the University Hospital Clinic of Salamanca, Spain. First, participants were asked to fill out a number of questionnaires which included socio-demographic data, clinical diagnosis, duration of suffering across time and pain intensity through VAS (Visual Analogical Scale). Second, they

were asked to rate a series of statements a) during the interview and b) during moments of high and low intensity. Finally, the Beck Depression Inventory (BDI) was used to assess their state of mind. Participants were divided in three groups, according to the nature of their pain: oncological, neuropathic and nociceptive. Control analyses of pain intensity and time of suffering were conducted (using uni-factorial analyses: ANOVAS) to assure homogeneity among the participants.

Results and conclusions

Results show that neither pain intensity nor duration of suffering across time affect one's state of mind. The nature of the pain seems to have an impact on depression, therefore the oncology group gave higher ratings on the clinical scale. Ratings of patients with neuropathic or nociceptive pain fluctuated between low and moderate levels of emotional impact. In the present study, the uni-directional axiom which implies that psychological reactions are closely related to the severity and the duration of pain is seriously questioned. The results seem to reinforce the theory of the existence of a wide range of variables that affect the perception of pain.

Key words: chronic pain, depression, pain intensity, duration of pain.

RESUMEN

Objetivo

El objetivo de este trabajo es estudiar variables del dolor crónico, concretamente la intensidad, el tiempo o la etiología, e identificar su relación con el estado de ánimo del paciente, en una muestra de pacientes con dolor crónico heterogéneo y sin antecedentes personales de depresión.

Material y método

La muestra está compuesta por 106 pacientes con dolor crónico que acuden a la Unidad del Dolor del Servicio de Anestesia del Hospital Clínico Universitario de Salamanca en consulta ambulatoria. Los participantes completaron una

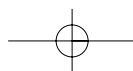
¹ Doctor en Psicología. Psicólogo Clínico. Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad Jaume I. Castellón.

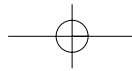
² Catedrático de Anestesiología y Reanimación. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca.

³ Profesora Titular de Metodología. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca.

⁴ Profesora Titular de Psicología. Médica. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca.

Recibido: 01/12/2005
Aceptado: 23/10/2006





RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR CRÓNICO Y LOS NIVELES DE DEPRESIÓN

27

batería de cuestionarios donde, en una primera parte, se recogían los datos sociodemográficos, el diagnóstico clínico, el tiempo de padecimiento del dolor y la intensidad del mismo a través del EVA (escala visual analógica), con tres valoraciones por parte del paciente: durante la entrevista y en los momentos de máxima y mínima intensidad. Posteriormente cumplimentaron el Inventario de Depresión de Beck (BDI) para evaluar su estado de ánimo. La muestra se dividió en tres grupos de estudio en función de la etiología: oncológico, neuropático y nociceptivo, y se efectuaron análisis de control de las variables intensidad y tiempo de dolor mediante ANOVAS unifactoriales, comprobándose que los grupos eran homogéneos.

Resultados y conclusiones

Los resultados indican que la intensidad del dolor y el tiempo que llevan sufriendo el mismo no influyen sobre el estado anímico, y tan sólo el tipo de dolor tiene efecto sobre la depresión, apreciándose que el grupo oncológico es el que ofrece puntuaciones correspondientes a niveles clínicos. Los pacientes con dolor neuropático y nociceptivo conforman dos grupos muy homogéneos en la repercusión afectiva (oscilando entre niveles leves y moderados) derivada del padecimiento algico. Los resultados refuerzan la teoría de la multiplicidad de variables intervinientes en la percepción dolorosa, alejándonos de la unidireccionalidad del axioma que indica que la reacción psicológica es proporcional a la severidad y al tiempo padecido de dolor.

Palabras clave: dolor crónico, depresión, intensidad de dolor, tiempo con dolor.

INTRODUCCION

La conceptualización del dolor y su tratamiento han evolucionado desde una visión lineal biomédica, que entendía el dolor como un mecanismo de defensa activador de una señal de alarma, a un modelo biopsicosocial mucho más complejo (1). La superación del modelo reduccionista original ha implicado la consideración de múltiples variables intervinientes, de forma que se amplían las posibilidades del tratamiento, añadiendo a la terapéutica de la nocicepción y del síntoma doloroso, el sufrimiento y la angustia del paciente englobados en su entorno y situación personal, y siempre teniendo en cuenta su idiosincrasia, tanto en su percepción, como en su interpretación y afrontamiento.

En la práctica clínica de las modernas unidades del dolor se buscan, desde la evidencia científica, protocolos de intervención enfocados a paliar la experiencia algica y sus consecuencias psicológicas, cubriendo

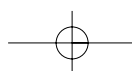
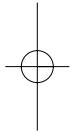
de esta forma áreas de necesidad más allá de las posibilidades médicas. Pero, ante la demanda apremiante de analgesia de los pacientes con dolor crónico, es fácil olvidar las variables psicosociales y focalizar el esfuerzo terapéutico hacia el síntoma predominante, la intensidad dolorosa. Sin embargo, el hecho de no intervenir sobre la psicopatología emergente de un paciente con dolor crónico puede interferir en el éxito del tratamiento, en su rehabilitación (2, 3), y podría incrementar tanto su intensidad del dolor como su discapacidad, perpetuando la relación disfuncional con el dolor (4).

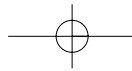
Uno de los problemas detectados en los pacientes con dolor crónico es la alta incidencia de depresión, llegando a ser la complicación psicológica con mayor comorbilidad, oscilando entre un 16 y un 54%, siendo superior a la de pacientes con otras enfermedades crónicas como: cardíacas, cáncer, diabetes y trastornos neurológicos. Aunque también existen sujetos con dolor intenso que presentan síntomas psicológicos menos graves, o que no cumplen ninguno de los criterios estándares para el diagnóstico de trastorno depresivo (5-7).

La relación entre el estado anímico y la nocicepción se ha puesto de manifiesto en diferentes estudios centrados en dolores específicos evidenciándose que la intensidad del dolor está asociada con altas puntuaciones en depresión (8-12). De esta forma, se consolida el consenso de que el dolor persistente puede desencadenar la aparición de depresión (13), así como que los pacientes con más severidad, frecuencia y persistencia del dolor tienen más riesgos para tener una depresión severa (14, 15).

Desde el planteamiento biopsicosocial se ha de tener en cuenta que existen múltiples variables mediadoras que influirán entre el dolor y la depresión. Al considerar la existencia de diversas variables intervinientes en el desarrollo de un trastorno depresivo disminuye la importancia de la intensidad dolorosa en el estado afectivo del paciente (16-18), y se contempla la posibilidad de un buen ajuste psicológico independientemente de la severidad del síntoma doloroso (19). De esta forma, partiendo de la asociación entre la intensidad del dolor y los índices de depresión, se comprueba que aumenta la relevancia de otros factores que mediarían en esta relación, como: la duración del dolor, la percepción de control y las respuestas no reforzantes (15), o la discapacidad y la actitud ante la enfermedad (18, 20-23).

En el presente estudio, se pretende establecer si la variabilidad de variables independientes concernientes al dolor, explican un mejor ajuste del paciente, to-





mando la variable depresión, como constructo dependiente. Es decir, aunque en general se asume que todas las características del dolor crónico están relacionadas con los síntomas depresivos, el objetivo de este trabajo es analizar si en concreto la intensidad, el tipo o la duración del dolor afectan en mayor medida al estado anímico, en una muestra de pacientes con dolor crónico heterogéneo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Criterios de inclusión

Los participantes en el estudio fueron pacientes que acudían a la Unidad del Dolor del Servicio de Anestesia del Hospital Clínico Universitario de Salamanca en consulta ambulatoria. Todos ellos recibieron el diagnóstico de dolor crónico. Se prestó especial atención a los criterios de inclusión referentes a su psicopatograma, de forma que no entraron en la muestra los pacientes con antecedentes psiquiátricos personales o que hubieran consumido psicofármacos con anterioridad, así como todos aquellos que durante el último año hubieran tenido acontecimientos intensos emocionalmente (a excepción de su propia enfermedad). Con estas restricciones se pretendía controlar, en la medida de lo posible, todas aquellas variables que pudieran interferir en los resultados: vulnerabilidad previa a los trastornos afectivos, el efecto bioquímico modulador de la respuesta anímica de los fármacos psiquiátricos, y por último, acontecimientos del entorno que pudieran ser lo suficientemente intensos como para modificar la respuesta al sufrimiento.

Instrumentos de evaluación

Los instrumentos de valoración utilizados fueron los siguientes, en orden de aplicación:

1.- Entrevista Semiestructurada. Confeccionada específicamente para este trabajo, consistía en una serie de preguntas sobre aspectos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nivel educacional, etc...), y preguntas que de forma abierta recogían la historia de la enfermedad (inicio, tiempo, etc...), los tratamientos recibidos hasta el momento, los antecedentes psicopatológicos personales y el estado psicológico actual.

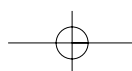
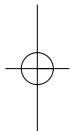
2.- Escala Visual Analógica (24). La Escala Ana-

lógica Visual (EVA) ideada por Huskisson, permite obtener una puntuación objetiva de un síntoma tan subjetivo e individual como es el dolor. Es una escala relativamente simple, que cuantifica la intensidad del dolor de forma breve aún cuando requiere un cierto grado de comprensión y colaboración por parte del paciente. Consiste en una línea recta de 10 cm. de longitud, orientada de izquierda a derecha, limitada por extremos bien definidos que se acompañan de las leyendas: "Sin Dolor" y "Dolor Máximo". El paciente señala sobre la línea continua su grado de sensación dolorosa en relación con los dos extremos de la misma, punto que corresponde con una puntuación de 0 a 10 en el reverso.

Su principal ventaja estriba en el hecho de que no requiere habilidades verbales o de lectura y es suficientemente versátil para ser empleada en diferentes situaciones (25-28). Es una de las escalas más frecuentemente utilizadas (29) debido a su validez y fiabilidad (30-31), y a su capacidad para reflejar los cambios en la intensidad del dolor (28, 32-34).

La elección de esta escala se debió a que evalúa específicamente la intensidad del dolor, variable fundamental en nuestra hipótesis, descartando así otras mediciones multidimensionales que no eran objeto de nuestro estudio. La Escala Analógica Visual nos permitió mayor precisión por la posibilidad de recoger decimales sobre una dimensión continua, y nos ofrecía la ventaja de analizar los datos utilizando técnicas estadísticas paramétricas (35 y 36), por este motivo se desestimó la utilización de otras pruebas que han demostrado igual sensibilidad y pueden tener otras ventajas como la Escala Numérica (37-41). A pesar de que la EVA tiene dificultad de comprensión y manejo en determinados pacientes (24, 42-43), nuestra muestra no anticipaba especiales complicaciones y la sensibilidad que ofrecía era muy superior a otras pruebas más sencillas como la Escala Verbal (37).

3.- Inventario de Depresión de Beck (BDI de Beck y cols., 1961; versión española de Conde y cols., 1975) (44-45). Inventario para la evaluación del estado de ánimo, que además tiene la particularidad de otorgar mayor importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos. Esta característica resulta favorable dado el estado físico de la mayoría de los participantes. No se considera un instrumento diagnóstico, sino que ofrece unas puntua-



RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR CRÓNICO Y LOS NIVELES DE DEPRESIÓN

29

ciones que se estiman como una medida de la gravedad de la depresión. La versión empleada fue la de 21 ítems, cada uno de los cuales describe una manifestación específica del comportamiento depresivo. Cada ítem contiene diversas opciones, graduadas cuantitativamente y correspondientes a grados crecientes de intensidad del síntoma.

Procedimiento

A todos los pacientes que llegaban a la consulta de la Unidad del Dolor y, cumplían los criterios de inclusión, se les explicaba la finalidad del estudio tras la exploración médica y se les solicitaba el consentimiento para entrar a formar parte de la investigación, garantizándoles la confidencialidad de sus resultados y el uso exclusivo con fines de investigación. La batería psicológica fue heteroaplicada por el mismo psicólogo clínico en todos los casos, el primer día de consulta en una sesión por la mañana, siguiendo las normas de cumplimentación de los cuestionarios y respetando siempre el mismo orden de administración de las pruebas.

Una vez recogidos los datos, se procedió al tratamiento estadístico, realizando análisis de varianza de un factor de efectos fijos para el control de las variables en los grupos de estudio y bifactoriales para la comprobación del objetivo del trabajo. El paquete estadístico utilizado fue el SPSS 11.0 implementado para PC.

RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 106 participantes adultos, diagnosticados todos ellos de dolor crónico y con un tiempo medio de padecimiento de 44,28 meses.

Las características sociodemográficas resultantes fueron: edad media de 62.60 años y una Dt = 13,95. El 55% eran mujeres y el resto hombres (45%), la mayoría estaban casados (78,3%), los viudos constituían un 13,2%, y únicamente había un 5,7% de solteros. La mayoría tenían dos hijos (34,9%), un 13,2% tenían uno, tres o cuatro descendientes (39,6%) y el resto 5 o más. El nivel educacional predominante fue el de estudios primarios (63,2%), sin estudios hubo un 4,7%, habían alcanzado la licenciatura el 6,6%, y solamente el 1,9% había obtenido el grado de doctor. Los datos recogidos evidenciaban que la mayoría de los participantes eran de ámbito urbano (56,6%) y el

resto pertenecían al rural (43,4%). El tipo de ocupación se distribuye en los siguientes porcentajes, el 32,9 eran amas de casa, el 12,3% agricultores y el 7,3% se dedicaban a la ganadería, el 6,7% eran obreros cualificados y el 11,4% no cualificados, un 12,3% trabajan en el sector servicios, el 9,5% en el de salud, el 3,9% en educación y un 3,7% tenían profesiones liberales. La situación laboral de los participantes era la siguiente: el 44,2% estaban activos (de ellos el 32,9 eran amas de casa), con baja laboral se encontraban el 12,3%, pensionistas un 39,6 e inactivos un 3,9%.

En relación a los descriptivos de los instrumentos de medida, la valoración de los pacientes de su dolor mínimo, ofreció una media de 2,17 y una desviación típica de 1,9; algunos de los pacientes llegaron a valorar este dolor mínimo por encima de 7. La distribución de las puntuaciones, cuando el sujeto evaluó la intensidad de su dolor en el momento de realizar la valoración mediante la EVA, evidenció una media de 4,06 y desviación típica de 2,18. Por último, en la percepción que tenían los sujetos del dolor máximo, las puntuaciones ofrecieron una media de 7,96 y una desviación típica de 1,92. Es de destacar que no hubo ningún participante que reconociera este dolor con valores entre 0 y 4 (Fig. 1).

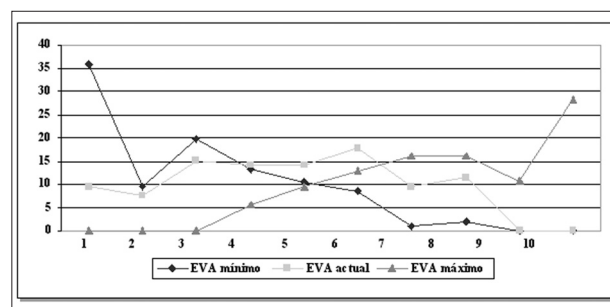
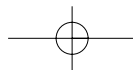


Fig. 1. Distribuciones en las intensidades de dolor percibidas.

El estado de ánimo depresivo evaluado mediante el Inventario de depresión de Beck (BDI) ofreció una media de 19,31 y una desviación típica de 9,87. Realizado el estudio por niveles de depresión, según los puntos de corte que ofrecía la escala, se obtuvieron los siguientes porcentajes: el 21,7% de los sujetos apenas tenían sintomatología depresiva, el 26,4% alcanzaron niveles leves y ya con valores clínicos, el 23,6% evidenciaron un nivel moderado y el 28,3% grave.

Posteriormente, la muestra se dividió en tres grupos de estudio, en función del tipo de dolor: oncológico (9,4%), neuropático (55,7%) y nociceptivo

**Tabla I.** Descriptivos de los valores de depresión (BDI) en los grupos de estudio.

Variables	Grupo Oncológico		Grupo Neuropático		Grupo Nociceptivo	
	Media	Dt	Media	Dt	Media	Dt
Dolor mínimo	1.81	1.60	2.11	2.01	2.35	1.79
Dolor actual	4.64	1.34	3.97	2.12	4.05	2.46
Dolor máximo	7.77	1.90	8.03	1.76	8.12	1.83
Estado de ánimo	30.40	6.56	17.61	8.71	19.02	10.59

Tabla II. Anovas bifactoriales (tipo de dolor x intensidad y tiempo) sobre depresión.

1er Factor: Tipo de Dolor	2º Factor: Intensidad del dolor	Interacción
$F_{T(2, 106)} = 8.09; p = .001$	$F_{I \text{ mínima}(1, 106)} = .29; p = .59$	$F_{TxI \text{ mínima}(2, 106)} = .27; p = .76$
$F_{T(2, 106)} = 5.92; p = .004$	$F_{I \text{ actual}(1, 106)} = .13; p = .72$	$F_{TxI \text{ actual}(2, 106)} = .40; p = .67$
$F_{T(2, 106)} = 8.47; p = .0001$	$F_{I \text{ máxima}(1, 106)} = 2.32; p = .13$	$F_{TxI \text{ máxima}(2, 106)} = .08; p = .92$
$F_{T(2, 106)} = 4.51; p = .014$	$F_{\text{Tiempo}(1, 106)} = 2.01; p = .16$	$F_{TxI \text{ máxima}(2, 106)} = 1.23; p = .29$

T : Tipo de Dolor; I : Intensidad del dolor

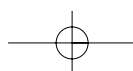
(34,9%). Los estadísticos descriptivos de las variables intensidad de dolor y estado de ánimo en los tres grupos de estudio figuran en la Tabla I.

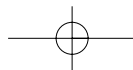
En primer lugar se realizaron análisis de control de las dos variables independientes del estudio (intensidad y tiempo), previa comprobación en todos ellos del criterio de homocedasticidad por la prueba de Levene, dada la desigualdad de tamaño de las muestras en los grupos de estudio. A continuación, se aplicaron sucesivos análisis de varianza de un factor (grupos de estudio) y como variable de medida se introdujeron las puntuaciones en intensidad y tiempo. Los resultados con la variable intensidad, previa comprobación de la homocedasticidad mediante la prueba de Levene ($FI \text{ mínima}(2, 103) = .76; p_a = .46$), ($FI \text{ actual}(2, 103) = 2.52; p_a = .09$), ($FI \text{ máxima}(2, 103) = .25; p_a = .77$), indicaron que no existían diferencias significativas entre los grupos en intensidad de dolor ($FI \text{ mínima}(2, 106) = .60; p_a = .55$), ($FI \text{ actual}(2, 106) = .03; p_a = .97$), ($FI \text{ máxima}(2, 106) = .10; p_a = .89$). Se realiza un nuevo análisis de varianza, asumiendo la igualdad de varianzas desde la prueba de Levene ($F(2, 103) = 1.31; p_a = .28$), y tampoco existían diferencias cuando el factor era el tiempo ($F_{\text{tiempo}}(2, 105) = .84; p_a = .44$). Es decir, los grupos de estudio eran homogéneos en las características estudiadas, independientemente del diagnóstico.

Una vez controladas las variables en los grupos de estudio, se procedió a analizar cuál era la relación de las variables del dolor con el estado anímico, para ello se efectuaron análisis de varianza bifactoriales (tipo de dolor x intensidad). El segundo factor, la intensi-

dad algica, se construyó mediante la categorización de las puntuaciones de la Escala Visual Analógica en función del percentil 50. Como variable de medida en todos los casos se introdujeron las puntuaciones en depresión del Inventario de Beck. Los tres análisis realizados sobre las intensidades de dolor evaluadas (severidad del dolor máxima, mínima y en el momento de la evaluación) son coincidentes y ofrecieron diferencias significativas sólo en el factor tipo de dolor, ni la intensidad, ni la interacción entre los factores fueron significativos (Tabla II). Es decir, no existían diferencias en depresión en función de la intensidad de dolor, sólo el diagnóstico tenía efecto sobre la depresión, apreciándose que era el grupo oncológico el que ofrecía mayores puntuaciones en depresión (Tabla III).

Se realizó un nuevo ANOVA bifactorial, siendo el segundo factor el tiempo con dolor, igualmente categorizado en dos niveles, utilizando como punto de corte el percentil 50. La variable de medida fue de nuevo la puntuación del Inventario de Depresión de Beck. El análisis realizado ofreció resultados similares a los obtenidos anteriormente con las intensidades algicas. Existían diferencias significativas cuando el factor analizado era el tipo de dolor ($FT(2, 106) = 4.45; p_a = .014$); el tiempo ($F_{\text{tiempo}}(1, 106) = 2.01; p_a = .16$) y la interacción entre los factores no resultaron significativos ($FTxt(2, 106) = 1.23; p_a = .29$). Los grupos de estudio no modifican su estado de ánimo en función del tiempo con dolor, pero el grupo con cáncer es el que ofrece siempre valores más elevados, con niveles que oscilan entre moderados y graves (Tabla III).





RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR CRÓNICO Y
LOS NIVELES DE DEPRESIÓN

31

Tabla III. Valores medios en depresión (BDI) en función de las variables intensidad y tiempo.

TIPO DE DOLOR VARIABLES		Grupo Oncológico		Grupo Neuropático		Grupo Nociceptivo	
		Media	Dt	Media	Dt	Media	Dt
Intensidad Mínima Mayor	Menor	28.60	6.15	16.92	9.18	19.41	12.05
	Mayor	32.20	7.15	8.46	18.47	8.38	
Intensidad Actual Mayor	Menor	27.33	4.50	16.83	9.04	19.05	8.19
	Mayor	31.71	7.15	8.41	19.00	12.68	
Intensidad Máxima Mayor	Menor	29.33	6.89	15.24	8.36	17.17	7.82
	Mayor	32.00	6.68	8.55	20.60	12.46	
Tiempo Mayor	Menor	31.37	5.82	17.80	8.93	22.47	11.79
	Mayor	26.50	10.60	8.62	16.10	8,71	

* Menor: valores EVA y tiempo (meses) inferiores al percentil 50

* Mayor: valores EVA y tiempo (meses) superiores al percentil 50

DISCUSIÓN

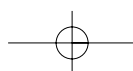
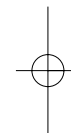
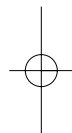
La totalidad de los pacientes estudiados que acudieron a la Unidad del Dolor sufrían niveles de dolor elevados durante largos períodos de tiempo y es evidente la comorbilidad con la sintomatología depresiva, pues casi la mitad de la muestra presentaba niveles de depresión moderados y graves. La mayoría de los estudios (46-49), indican la gran incidencia de depresión en pacientes con dolor crónico pero existe poco acuerdo en cuanto a los porcentajes. Es posible que esta falta de concierto se deba a diferencias metodológicas y al empleo de criterios diagnósticos distintos, tal como indicaron en su revisión Banks y Kerns (5).

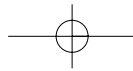
Por otra parte, en nuestros resultados no se confirma un efecto directo de la intensidad del dolor sobre la afectividad, pero sí encontramos la influencia del diagnóstico. Otros investigadores tampoco han encontrado una relación clara entre la magnitud del dolor y la sintomatología depresiva en patologías específicas, como la fibromialgia (50), la lumbalgia crónica (51) o con dolor experimental (52). Tampoco parece que el tiempo que llevan con dolor empeore su estado anímico, en esta línea los resultados son coincidentes con los de Von Korff y Simon (1996), quienes también examinaron características del dolor con los síntomas depresivos, encontrando que la interferencia del dolor, las actividades diarias y el número de zonas de dolor eran las variables que incrementaban los niveles de depresión, y concluyeron que ni la duración, ni la intensidad del dolor obtuvieron asociación significativa, resaltando como a medida que el tiempo con dolor aumentaba la sintomatología depresiva se estabilizaba (23).

La influencia de la intensidad del dolor en el estado psicológico del paciente es un tema discutido debido a que los resultados son muy dispares en los distintos estudios, incluso existen autores que cuando se confirma la ausencia de relación entre la intensidad algica y la sintomatología depresiva, destacan dicho resultado como inesperado sin tener en cuenta que puede estar afectado por otras variables (18, 53-54).

En la revisión de la literatura sobre el tema, en la mayoría de las investigaciones no se especifican medidas de control para estudiar variables psicológicas afectivas, de forma que no se clarifica si los sujetos que incluyen en la muestra se encontraban en el mismo momento de su proceso mórbido y terapéutico, lo cual podría afectar notablemente a los resultados ya que no es lo mismo haber agotado las alternativas terapéuticas que solicitar ayuda en una unidad especializada por vez primera. Esta variable podría variar su afrontamiento, su locus de control y sus expectativas. Otro aspecto importante es la vulnerabilidad personal a padecer trastornos afectivos, ya que si no se diferencia a los que poseen antecedentes personales podría aparecer un trastorno clínico con mayor facilidad, sin que se pueda valorar concretamente el efecto de la intensidad dolorosa. Además, se debe tener en cuenta la posibilidad de que el paciente esté viviendo alguna experiencia emocionalmente intensa, ajena al dolor, que le haga modificar su respuesta a la intensidad dolorosa.

Algunos estudios longitudinales sugieren que, en el mejor de los casos, solamente hay una relación débil entre la mejora de la depresión y la disminución del dolor crónico, y que esta relación se reduce una vez que la influencia de otras variables relacionadas con la enfermedad son controladas (17, 18).





Una posible explicación a nuestros resultados la ofrecen investigaciones donde se afirma que la sintomatología depresiva no compartiría regiones cerebrales implicadas en procesar la dimensión sensorial-discriminativa dolorosa, pero resaltan que los pacientes depresivos sí activarían las regiones cerebrales implicadas en el procesamiento de la dimensión motivacional-afectiva del dolor (50).

Los diferentes patrones de respuesta emocional en los tres tipos de dolor estudiados (neuropático, oncológico y nociceptivo) evidencian diferencias estadísticamente significativas entre ellos. Es el padecer una enfermedad oncológica, la variable que consistentemente produce mayores efectos sobre la sintomatología depresiva, coincidente con recientes investigaciones donde se afirma que el 45% de los pacientes con dolor crónico oncológico evidencian puntuaciones compatibles con depresión moderada o severa (55).

Para entender la repercusión afectiva de las diferentes patologías estudiadas hay que considerar que en nuestro caso son enfermos de larga evolución, que se remiten a la Unidad del Dolor generalmente después del fracaso previo con los protocolos establecidos por sus servicios de referencia. Algunos, ya han sido sometidos a tratamientos muy agresivos, otros saben que ya no quedan recursos curativos, lo único que les diferencia es el diagnóstico y la palabra cáncer que para los que lo sufren rememora tristes desenlaces y sienten demasiado próxima la finitud de la cronicidad de su dolor.

Por otra parte, los pacientes con dolor neuropático y nociceptivo, a pesar de las numerosas variables que diferencian un grupo del otro, como son: la edad, el pronóstico o la calidad de vida, conforman dos grupos muy homogéneos en la repercusión afectiva derivados del padecimiento álgico, alcanzando niveles de sintomatología depresiva leves y moderados. En la práctica clínica las preocupaciones psicológicas del paciente con dolor crónico se centran en la angustia ante la pérdida de calidad de vida, la irritabilidad e incomodidad que le supone reajustarse en el rol social, laboral y familiar y su discapacidad en lo cotidiano. Resulta llamativo como entre sus preocupaciones no se encuentra la intensidad del dolor, dándose por hecho su persistencia como compañera de viaje, y son sus consecuencias las que provocan mayor repercusión emocional.

Ante la evidencia de los datos encontrados, donde la relación directa entre la intensidad del dolor y depresión disminuye su importancia al analizarla conjuntamente con el tipo de dolor, surge la convicción

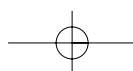
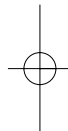
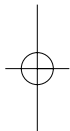
de la existencia de variables mediadoras, y algunos investigadores han planteado la intervención de factores como la importancia del diagnóstico (56, 57); otros la actitud ante la enfermedad y la discapacidad percibida (18, 20, 21, 58-60).

A estas variables interdictoras hay que añadir la consideración de la vulnerabilidad personal que desde el modelo de diátesis-estrés (5, 61), considera al dolor crónico como un estresor que puede provocar los cambios si su intensidad, su duración y sus efectos son suficientemente grandes. Además, los individuos con factores predisponentes bioquímicos, cognitivos o conductuales para la depresión pueden evidenciar desde rasgos subclínicos no diagnosticados hasta un episodio depresivo mayor o un desorden distímico.

Los esfuerzos de la investigación deben orientarse a identificar los factores diferenciadores que desencadenan el desequilibrio afectivo en algunos pacientes, y así poder desarrollar mejores programas de prevención e intervención precoz. Partiendo de la evidencia de que los pacientes con dolor crónico, tienen una mayor incidencia de trastornos depresivos ocasionados por su sufrimiento, también hay que considerar que han de experimentar unos cambios vivenciales para adaptarse a su nueva situación, y son precisamente esos cambios los que hay que determinar, ya que pueden influir sobre la estabilidad anímica. La evidencia empírica nos indica que los pacientes efectivamente sufren más por lo que han dejado de ser que por el propio dolor, y la desesperanza por su cronicidad da lugar al inicio de un proceso depresivo. No cabe duda de que variables como el deterioro de la calidad de vida, sus expectativas y su afrontamiento podrían determinar su adaptación.

La práctica multidisciplinar de las modernas Unidades del dolor pretende entender el dolor crónico de forma holística, desde una perspectiva biopsicosocial, que permita ayudar al paciente desde su complejidad considerando todas las variables intervinientes y perpetuantes. En palabras de Paul Valery: al final de la mente, el cuerpo, pero al final del cuerpo, la mente (62). A nivel clínico, la mejoría en el estado emocional del paciente se debe considerar como indicador de la actuación terapéutica pues el dolor es un fenómeno complejo que requiere una evaluación multidimensional ya que el abordaje terapéutico del dolor crónico podría fracasar si se limitara exclusivamente al aspecto analgésico, ignorando los componentes neuropsicológicos y psicosociales del mismo (63).

Por todo ello, se consolida la idea de la multipli-



cidad de variables intervinientes en la percepción dolorosa alejándonos de la unidireccionalidad del axioma que afirma que la reacción psicológica es proporcional a la severidad del dolor.

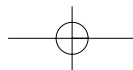
CORRESPONDENCIA

Clemente Muriel Villoria
Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca.
Campus Unamuno, s/n. 37006 Salamanca.
E-mail: cmuriel@usal.es
Telf.: 652415326

BIBLIOGRAFÍA

- Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 1980; 137: 535-544.
- Katon W. The impact of major depression on chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*, 1996; 18: 215-9.
- Burns J, et al. Cognitive and physical capacity process variables predict long-term outcome after treatment of chronic pain. *J Clin Consult Psychiatry*, 1998; 66: 434-9.
- Holzberg AD, Robinson ME, Geisser ME. The effects of depression and chronic pain on psychosocial and physical functioning. *Clin J Pain*, 1996; 18: 215-9.
- Banks SM y Kerns RD. Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. *Psychol Bull.*, 1996; 119: 95-110.
- Wilson KE. Implicaciones psicológicas del dolor crónico. En P. Prithvi Raj, Tratamiento práctico del dolor. Madrid: EDIDE S.L., 2002: 332-346.
- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustran PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 2001; 24: 1069-78.
- Estlander AM, Takala EP y Verkasalo M. Assessment of depression in chronic musculoskeletal pain patients. *Clin J Pain*, 1995, 11(3): 194-200.
- Buckelew SP, Parker JC, Keefe FJ, Deuser WE, Crews TM, Conway R, Kay DR, Hewett JE. Self-efficacy and pain behaviour among subjects with fibromyalgia. *Pain*, 1994; 59: 377-84.
- Frank RG et al. Depression in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*, 1988; 15: 920-5.
- Kinney R, Gatchel R Polatin P, et al.: Prevalence of psychopathology in acute and chronic low back pain. *J Occ Rehab*, 1993; 3: 95-103.
- Haley WE, Turner JA y Romano JM: Depression in chronic pain patients: relation to pain, activity and sex differences. *Pain*, 1985; 23: 337-43.
- Fishbain DA. The pain-depression relationship. *Psychosom: J Consultation Liasion Psychiatry*, 2002; 43(4): 3418.
- Campbell LC, Clauw DJ y Keefe FJ. Persistent pain and Depression: A Biopsychosocial Perspective. *Biol Psychiatry*, 2003; 54 (3): 399-409.
- Marwill Magee LM. Depression and temporomandibular disorders: Toward clarification of the nature of the relationship. *Dissertation Abstracts International*, 1999; 59: 4472.
- Turk DC, Okifuji A y Scharff L. Chronic pain and depression: Role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain*, 1995; 61(1): 93-101.
- Newman SP, Fitzpatrick R, Lamb R Shipley M. The origins of depressed mood in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.*, 1989; 16: 740-4.
- Dickens C, Jayson M, Sutton C y Creed F. The relationship between pain and depression in a trial using paroxetine in sufferers of chronic low back pain. *Psychosom.*, 2000; 41(6): 490-499.
- McCracken LM. Learning to live with pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 1998; 74(1): 21-27.
- Dickens C. Dr. Dickens replies. *Psychosom: J of Consultation Liasion Psychiatry*, 2002; 43(4): 341-342.
- Dickens C, Jayson M. et al. Psychological correlates of pain behavior in patients with chronic low back pain. *Psychosom: J of Consultation Liasion Psychiatry*, 2002; 43(1): 42-48.
- Dickens C, McGowan L, Dale S. Impact of Depression on Experimental Pain Perception: A Systematic Review of the literature with Meta-Analysis. *Psychosomatic medicine*, 2003; 65: 369-75.
- Von Korff, M. y Simon, G. The relationship between pain and depression. *Br J Psychiatry*, 1996, 168 (suppl.30): 101-108.
- Huskisson EC Measurement of pain. *Lancet*, 1974,2: 1127-31.
- Jensen MP y Karoly P. The measurement of clinical pain intensity : a comparison of six methods. *Pain*, 1986; 27: 117-26.
- Collins S, Moore A y Mcquay, H. The visual analog pain intensity scale: what is moderate pain in millimetres? *Pain*. 1997;72; 95-7.
- Ho K, Spence J y Murphy M. Review of pain measurement tools. *Ann Emerg Med*, 1996; 27: 427-31.
- Todd KH, Funk KG Y Funk JP. Clinical significance of reported changes in pain severity. *Ann Emerg Med*. 1996; 27: 485-9.

29. Serrano - Atero MS, Caballero, J, Cañas, A, García-Saura PL, Serrano - Álvarez C y Prieto J. Valoración del dolor (I). *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 2002; 9: 94-108.
30. Price DD, McGrath PA, Rafii A, et al. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures in chronic and experimental pain. *Pain* 1983; 17: 45-56.
31. Yarnitsky D, Sprecher E, Zaslansky R, et al. Multiple session experimental pain measurements. *Pain*, 1996; 67: 327-33.
32. Kelly AM. The minimum clinically significant difference in visual analogue scales pain score does not differ with severity of pain. *Emerg Med J*. 2001;18: 205-7.
33. Gallagher EJ, Liebman M, Bijur PE. Prospective validation of clinically important changes in pain severity measured on a visual analog scale. *Ann Emerg Med*. 2001; 38 (6): 672-4.
34. Dworkin, RH, Turk, DC, Farrar, JT et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 2005; 113: 9-19.
35. Philip BK. Parametric statistics for evaluation of the visual analog scale. *Anesth Analg*, 1990. 71: 710.
36. Dexter F. y Chestnut, DH. Analysis of the statistical test to compare visual analog scale measurements among groups. *Anesthesiology*. 1995; 82: 896-902.
37. Williamson M, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *Journal of Clinical Nursing*, 2005; 14: 798-804.
38. Breivik EK, Bjornsson GA, Skovlund E. A comparison of pain rating scales by sampling from clinical trial data. *Clin. J. Pain*. 2000; 16: 22-8.
39. Bradley J Kaufman JC, Bijur PE, Latimer C y Gallagher EJ. Can a Numerical Rating Scale Be Substituted for a Visual Analog Scale for Pain Assessment?. *Acad Emerg Med*. 2002; 5(9): 403-404.
40. Jensen MP, Karoly P, O'Riordan EF, Bland F, Burns RS. The subjective experience of acute pain. *Clinical Journal of Pain* 1989; 5: 153-159.
41. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain*. 1986; 27:117-126
42. Closs SJ et al. A comparison of five pain assessment scales for nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2004; 27 (3): 196-205.
43. Chibnall JT y Tait RC. Pain assessment in cognitively impaired and unimpaired older adults : a comparison of four scales. *Pain*, 2001; 92: 173-86.
44. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch General Psychiatry*, 1961, 4:561-71.
45. Conde V y Useros E. Adaptación castellana de la Escala de Evaluación Conductual para la Depresión de Beck. *Rev Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 1975, 12: 217-36.
46. Davis PJ, Reeves JL et al. Depression determines illness conviction and pain impact: A structural equation modeling analysis. *Pain Medicine*, 2000, 1(3): 238-46.
47. Maloney P y McIntosh EG. Chronic low back pain and depression in a sample of veterans. *Perceptual and Motor Skills*, 2001, 92(2): 348.
48. Ohayon MM y Schatzberg AF. Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Arch General Psychiatry*, 2003, 60(1): 39-47.
49. Breivik H, Collet B, Ventafrida V et al. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*, 2005; 8.
50. Giesecke T, Gracely RH, Williams DA et al. The relationship between depression, clinical pain, and experimental pain a chronic pain cohort. *Arthritis and rheumatism*, 2005; 52 (5): 1577-84.
51. Bishop SR, Edgley K, Fisher R y Sullivan MJL. Screening for depression in chronic low back pain with the Beck Depression Inventory. *Canadian J Rehabilitation*, 1993, 7(2): 143-8.
52. Litwins NM. The role of cognitions in pain and depression. *Dissertation Abstracts Intern*, 1997, 57: 6582.
53. Arnstein PM. Pain intensity and self-efficacy as predictors of disability and depression in chronic pain. *Dissertation Abstracts International*, 1997; 1(58):1205.
54. McCracken LM. Learning to live with pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 1998,74(1): 21-7.
55. O'Mahony S, Goulet J, Kornblith A, et al. Desire for hastened death, cancer pain and depression: report of a longitudinal observational study. *J Pain Symptom*, 2005; 29: 446-57.
56. Faucett JA. Depression in painful chronic disorders: The role of pain and conflict about pain. *J Pain and Symptom Management*, 1994, 9(8): 520-526.
57. Monsalve V, Soriano J. e Ibañez E. Fiabilidad y estructura factorial de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 2001; 72: 7-21.
58. Okifuji A, Turk DC. et al. Anger in chronic pain: Investigations of anger targets and intensity. *J of Psychosom Res.*, 1999; 47(1): 1-12.
59. Arnstein, PM, Caudill M, Lynn Mandle C et al. Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain*, 1999; 80(3): 483-491.
60. Madland G, Feinmann C y Newman S. Factors asso-



RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR CRÓNICO Y
LOS NIVELES DE DEPRESIÓN

- ciated with anxiety and depression in facial arthromyalgia. *Pain*, 2000; 84(2-3): 225-232.
61. Soucase B, Monsalve V, Soriano JF. Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en dolor crónico. *Rev Soc Esp del Dolor*, 2005; 12: 8-16.
62. Valery P. *Monsieur Teste*. New Jersey: Paperback, 1895
63. Rodrigo MD, Guillén J, Quero J, et al. Sertralina. Eficacia y tolerabilidad como tratamiento antidepresivo coadyuvante en pacientes con dolor crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 2004, 11: 87-93, 2004.

