

Revista Mexicana de Anestesiología

Volumen 27
Volume

Número 1
Number

Enero-Marzo 2004
January-March

Artículo:

Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Colegio Mexicano de Anestesiología, AC

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico

Mtra. Ma. Eugenia Plata-Muñoz,* Mtra. Ma. Elena Castillo-Olivares,* Dr. Uriah M Guevara-López*

* Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. Unidad de Postgrado. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

Solicitud de sobretiros:

Mtra. Ma. Eugenia Plata Muñoz
Viento azul, Edif. 4 Dpto. 402, Unidad Habitacional
Iztacalco, México, D.F., C.P. 08900
Tel. 56 50 46 03
Fax. 56 57 77 05
mallitax@yahoo.com

Recibido para publicación: 15-07-03

Aceptado para publicación: 19-01-04

RESUMEN

La evaluación del dolor crónico, posibilitará conocer cuáles son las características y las repercusiones que confluyen en el dolor que presenta el paciente, incrementar la fiabilidad del diagnóstico, identificar las variables que mantienen o exacerbán el dolor, seleccionar las conductas clave a modificar y las estrategias terapéuticas que pueden resultar más adecuadas para cada paciente, y evaluar la eficacia del tratamiento. El objetivo de este estudio fue evaluar diferentes variables psicológicas de los pacientes con dolor crónico y conocer si existe una relación significativa entre cada una y la topografía del dolor. Se entrevistó y aplicó una batería de pruebas psicológicas, a 70 pacientes que acudieron por primera vez a la Clínica de dolor del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"; con el fin de evaluar: depresión, ansiedad, estrategias de afrontamiento, percepción de control, autoeficacia e incapacidad funcional. Se utilizó un diseño no experimental, seccional y explicativo. Un análisis de correlación de Spearman reportó que la intensidad del dolor se relaciona significativamente con depresión y catastrofización, mientras que incapacidad funcional mostró una correlación con ansiedad y depresión. Así también, se encontró que algunas variables psicológicas tienen poco o nada que ver con la intensidad del dolor. Los resultados reiteran los hallazgos encontrados en diversas investigaciones acerca de la evaluación de los factores psicológicos y su relación con el dolor siendo de importancia para el posterior manejo del dolor de forma multidisciplinaria. Se discuten sus implicaciones.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, afrontamiento, incapacidad funcional, control, autoeficacia y dolor.

SUMMARY

The evaluation of chronic pain makes it possible to know the characteristics and repercussions of the patient's pain, to enhance the reliability of diagnosis, to identify those variables that elicit, maintain or worsen the pain, to select key behaviors to be modified, as well as the most adequate therapy for each patient, and to assess the treatment's effectiveness. This study evaluated a number of psychological variables in patients with chronic pain, to find out if there is a significant relation between each of them and the topography of pain. An interview and a battery of psychological tests were applied to 70 patients attending our Pain Clinic for the first time, in order to assess depression, anxiety, coping strategies, perceived control, self-efficacy, and functional disability. A non-experimental, sectional and explanatory design was used. Analysis revealed

that the intensity of pain relates significantly to depression and catastrophizing, whereas functional disability correlated with anxiety and depression. Some psychological variables were found to have little or no relation with pain. The results ratified findings from previous research on the assessment of psychological factors and their relation to pain, which is important for the management of pain in a multidisciplinary fashion.

Key words: Anxiety, depression, coping, functional disability, perceived control, self-efficacy, chronic pain.

INTRODUCCIÓN

La experiencia de dolor se debe entender como personal y privada en la que confluyen distintos componentes de naturaleza desigual. El conocer cuáles son los componentes del dolor sin determinar su alcance o su particular contribución a un caso concreto de un paciente concreto no permite una óptima planificación de la intervención. Por lo que, entonces, el proceso evaluativo de la influencia de todos y cada uno de los factores subyacentes fisiológicos, sociales y psicológicos, a determinada experiencia de dolor, es el que argumente, de sentido y significado al tratamiento.

Melzack (1983), cita una evidencia impresionante de que el dolor está influenciado por actividades cognoscitivas o del sistema nervioso central superior, que puede ser etiquetado como determinante del control central del dolor. Se ha apreciado desde hace mucho tiempo que la ansiedad, el temor, trastornos psicológicos, motivación, sugestión y placebo, atención y otros estados emocionales pueden influir mucho en el dolor⁽¹⁾.

El dolor crónico puede ocasionar estrés y malestar; al causar incapacidad laboral y dificultades económicas, alteraciones en el funcionamiento personal habitual y en las relaciones, problemas de sueño, falta de soporte social adecuado y uso excesivo de tranquilizantes o analgésicos. Las diferencias individuales para percibir y responder al estrés están relacionadas con factores cognitivos personales que incluyen el control percibido, el foco de atención, las atribuciones y expectativas, y el afrontamiento cognitivo, entendiendo por tal las respuestas cognitivas y comportamentales en un suceso estresante, que influyen en la capacidad personal para adaptarse a él.

Modelos psicológicos que explican el dolor

Dentro del ámbito de la psicología se plantean diversos modelos que explican el dolor, de los más importantes se encuentran: la aproximación psicodinámica, sistémica, neuropsicológica, gestáltica, cognitiva-conductual. Es en este último en el que se basa, el presente estudio⁽²⁾ (Figura 1).

Aproximación conductual. Los trabajos realizados, pertenecen al modelo de condicionamiento operante; el de Fordyce (1976-1978), está considerado como el que tiene mayor impacto en el tratamiento del dolor, y parte del concepto, de que el dolor no es directamente observable, diferenciado entre la experiencia privada de dolor observable y conducta de dolor cuantificable o manifiesta. Sólo el último es considerado sensible de modificación debido a que son la forma como el paciente comunica el dolor y sufrimiento. Este autor, señala las siguientes conductas de dolor: quejas verbales del sufrimiento ocasionado por el dolor, signos no verbales, posturas y gestos en el cuerpo y limitaciones en el funcionamiento o incapacidad^(3,4).

Keefe, Gil y Rose (1986) señalaron desde una perspectiva evolutiva que inicialmente la respuesta al dolor produce cambios en el comportamiento que tienen relación con la dolencia. Si el dolor persiste por meses el paciente entra en una etapa precrónica donde los modelos de conducta parecen estar permanentemente afectados. Despues de entre 6 meses y un año con dolor el paciente entra en un estado crónico donde el nivel de actividad es bajo presentando alteraciones significativas en los patrones de interacción social. De esta forma la conducta de dolor que inicialmente se corresponde con la patología presentada, evoluciona debido a refuerzos sociales, extinguiéndose los patrones positivos de conducta⁽⁵⁾.

Aproximación cognitiva. En este modelo se pretende examinar cómo los factores cognitivos se combinan o interactúan con factores sensoriales para definir el dolor. Se trata de determinar, cómo la persona se enfrenta psicológicamente con el estrés, dependiendo de su valoración de las situaciones⁽⁶⁾. Todo ello, de acuerdo con la percepción anticipatoria de la persona de evaluar las consecuencias de los acontecimientos y los recursos disponibles para enfrentarse con la amenaza, estando inscrito dentro de un proceso cambiante⁽⁷⁾. Podemos decir que las estrategias eficaces de afrontamiento dependen de las habilidades personales, no siendo suficiente poseer importantes conocimientos. La persona debe creer que las posee y que es capaz de recurrir a ellas cuando las necesita. Bandura (1977) denomina esta última

noción auto-eficacia personal (Self-efficacy). Así pues, las expectativas de eficacia pueden también determinar la cantidad de esfuerzo que invertirá y cuánto tiempo resistirá enfrentándose a la experiencia aversiva. Las estrategias de afrontamiento se agrupan en dos: las que intentan inicialmente alterar la valoración de la situación de dolor y las que intentan diversificar la atención fuera del dolor⁽⁸⁾.

Depresión y dolor

En pacientes con dolor crónico se encuentran síntomas depresivos desde un 22 hasta el 78% de ellos, dependiendo de dónde se realice el estudio; los criterios de depresión mayor los suelen cumplir de 8 a 50% de ellos⁽⁹⁾. Parece, pues, que la incidencia de depresión mayor en estos pacientes es varias veces mayor que en la población general.

A pesar del acuerdo sobre una clara comorbilidad entre depresión y dolor, se mantiene actualmente cierta controversia sobre qué condición inicia a la otra.

Blumer (1982) sugiere que el dolor de origen incierto impreciso debe considerarse como una variante específica de desorden depresivo; en su trabajo describe una serie de aspectos clínicos que pueden predisponer al dolor, señalando entre otras, negación de conflictos, ausencia de iniciativa, inactividad, inhabilidad para disfrutar la vida social, ocio y/o sexo, insomnio, necesidad de afecto, necesidad de ser independiente, predisposición depresiva y una historia fa-

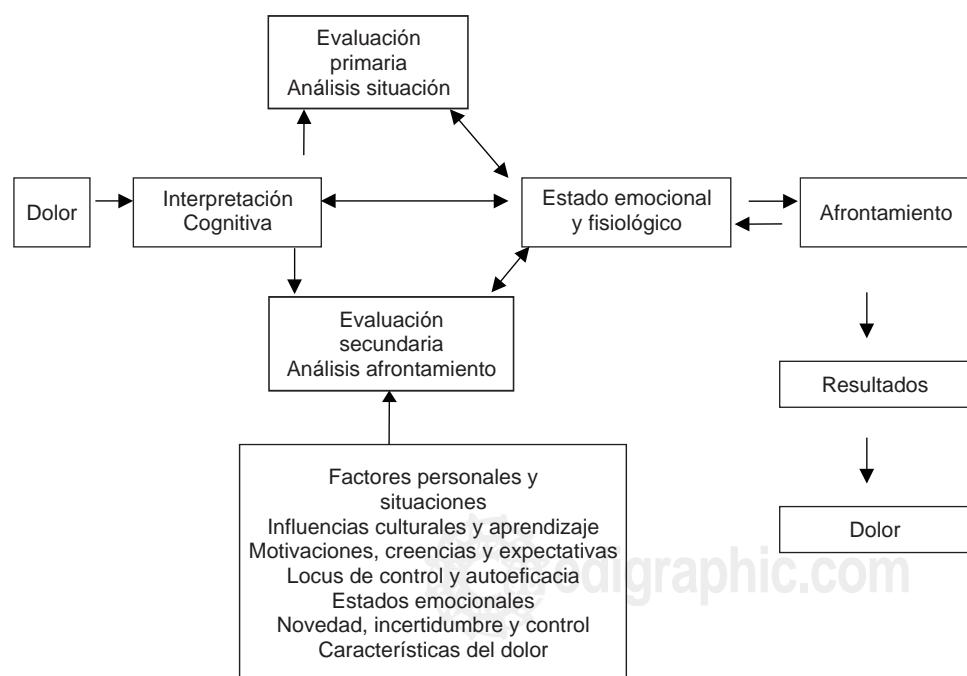
miliar caracterizada con depresión y algún familiar con dolor crónico. Resaltando la diferencia que existe entre estos pacientes y aquellos que presentan una enfermedad reconocida que ocasiona el dolor⁽¹⁰⁾.

La teoría cognitiva parece aportar algo de luz a la dicotomía depresión-dolor. Lefebvre (1981) sugiere que los procesos cognitivos de ciertos pacientes con dolor e individuos deprimidos pueden ser similares⁽¹¹⁾. El modelo cognitivo de depresión Beck considera que las distorsiones o errores cognitivos y creencias son factores que producen y mantienen la depresión, así como cuando se presenta información a los sujetos deprimidos⁽¹²⁾. En diferentes estudios se ha reportado una asociación entre depresión y niveles altos de dolor⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Ansiedad y dolor

Numerosos estudios han demostrado la interacción entre ansiedad y dolor. El hecho de aliviar la ansiedad por medios no farmacológicos como tranquilizar al paciente, darle explicaciones adecuadas y otros apoyos, se relaciona con una menor necesidad de medicamentos preoperatorios y analgesia postoperatoria, así como una breve permanencia hospitalaria. Por el contrario, en presencia de ansiedad aumenta la posibilidad de interpretar los estímulos no nocivos como dolor, experimentando éste con mucho mayor intensidad.

La ansiedad es la forma más común de deterioro del bienestar subjetivo en pacientes con dolor crónico. Esta ansie-



Este modelo explica el proceso cognitivo que sigue el individuo ante el dolor y las variables que interactúan en su retroalimentación.

Figura 1. Modelo de evaluación psicológica del dolor clínico.

dad puede ser: a) situacional (procedimientos invasivos, etc.), causada por un problema médico (hipoxia, émbolos pulmonares, sepsis, delirium, etc.) o tumores secretores de hormonas; b) secundaria al tratamiento (quimioterapia, radioterapia, etc.); exacerbación de un trastorno de ansiedad preexistente⁽¹⁶⁾.

Los pensamientos que acompañan a la ansiedad son muy particulares, en general se orientan hacia el futuro y a menudo predicen catástrofes y con frecuencia también incluyen imágenes de peligro; se acompaña de la percepción de peligro o de amenaza, y de que en alguna forma se es vulnerable. Los síntomas físicos de la ansiedad preparan al individuo para responder al peligro o a la amenaza que espera. La amenaza o el peligro pueden ser físicos, mentales o sociales. La percepción de amenaza cambia en cada persona.

La ansiedad, incluye componentes afectivos, cognitivos, conductuales y fisiológicos, con sus respectivas fuentes de error⁽¹⁷⁾.

Afrontamiento y dolor

Los modelos de estrés y afrontamiento están siendo satisfactoriamente utilizados para explicar las diferencias en los niveles de ajuste entre los pacientes con dolor crónico⁽¹³⁾. Desde esta perspectiva, el dolor es considerado como un importante agente estresor que es necesario afrontar eficazmente para que, en la medida de lo posible, minimizar dicha experiencia.

A pesar del gran interés que ha generado el componente cognitivo del dolor crónico por sus importantes efectos sobre el dolor, no existe evidencia empírica acerca de cuáles son las características de los pensamientos ante el dolor. La relevancia de los pensamientos adoptados por los pacientes con dolor también se ha puesto de manifiesto en los estudios de Boston, Pearce y Richardson (1990); los resultados obtenidos confirman, correlaciones positivas entre pensamientos de desamparo y nivel de dolor, y además, el distress emocional y la conducta de dolor aparecen asociados positivamente con los pensamientos negativos⁽¹⁸⁾.

La catastrofización, una forma de afrontamiento, actualmente es vista como un constructo multidimensional que considera elementos de rumiación, magnificación y desesperanza⁽¹⁹⁾.

En las últimas dos décadas, la catastrofización ha emergido como uno de los más importantes y confiables predictores psicológicos en la experiencia de dolor⁽²⁰⁻²²⁾. A la fecha, se ha observado una relación entre catastrofización y dolor en diferentes poblaciones, por ejemplo, pacientes con artritis⁽²³⁾, cáncer, diabetes⁽²⁴⁾, miembro fantasma⁽¹³⁾ y dolor de espalda baja⁽²⁵⁾.

El propósito de este estudio fue evaluar diferentes variables psicológicas de los pacientes con dolor crónico y conocer si

existe una relación significativa entre cada una y la topografía del dolor. Así como también evaluar la incapacidad física, las habilidades de afrontamiento, la depresión, la ansiedad y percepción de control y autoeficacia en pacientes con dolor crónico; conocer si existe relación entre cada una de las variables psicológicas con la intensidad y duración del dolor; conocer si existe relación entre las diferentes variables psicológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un diseño no experimental, seccional y explicativo. Se llevó a cabo en el Consultorio del Servicio de Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Participaron 70 pacientes referidos por el Servicio de Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, que acudían por primera vez. Con un rango de edad de 30 a 65 años que padecen dolor crónico con un período de evolución mayor a 6 meses, a los cuales se les aplicaron los siguientes instrumentos:

- Escala visual análoga (EVA). La EVA es una herramienta que permite que la dimensión del dolor sea comprendida. El diseño de la EVA es literalmente la presentación de una línea de 10 cm, pudiendo ser horizontal o vertical. Esta escala logra que el paciente, con la propia estimación de su dolor nos indique el dolor que sufre en ese momento, en donde 0 corresponde a la ausencia del dolor y el 10 al dolor severo, con la aplicación de una frase sencilla: “de 0 al 10 cuánto le duele⁽¹⁶⁾”.
- Escala de incapacidad de Sheehan (1983). Está compuesto por 3 ítems diseñados para medir el nivel de incapacidad funcional por dolor en 3 áreas: trabajo, vida social/actividades de tiempo libre y vida familiar/responsabilidades en casa. A través de una escala visual análoga que va de 0 a 10 (0 = no me incapacita en lo absoluto hasta 10 = el dolor me incapacita totalmente). Tiene una confiabilidad alfa = 0.89 para cada ítem y una validez con una sensibilidad de 0.83 y especificidad de 0.69. Es una escala corta, simple, de bajo costo⁽²⁶⁾.
- Cuestionario de estrategias de afrontamiento para el dolor⁽²⁷⁾. Integrado por 48 estrategias categorizadas en seis diferentes tipos de estrategias cognitivas:
1) cambiar el foco de atención hacia pensamientos agradables, 2) reinterpretar las sensaciones de dolor, 3) autodeclaraciones de afrontamiento, 4) ignorar las sensaciones de dolor, 5) orar y tener esperanza, 6) catastrofizar; y 7) una estrategia conductual: incrementar el nivel de actividad. En el cuestionario se presentan 6 estrategias que no corresponden a ninguna de las categorías arriba mencionadas, éstas son: ingesta de medicamento, sentirse decaído, relajarse, darse un baño, ponerse o hacerse algo en el lugar donde tiene el dolor. Es una escala tipo Likert que va

de 0 (nunca hago esto), 3 (algunas veces hago esto) hasta 6 (siempre hago esto); si la respuesta del sujeto no es 0 y tampoco 3 tiene la alternativa de elegir entre 1 y 2; de la misma manera, si su respuesta es más de 3 pero menos de 6 pueden elegir entre 4 y 5. La instrucción que se le proporciona al sujeto es que dé sus respuestas pensando en las situaciones cuando el dolor está presente.

El cuestionario también evalúa cuánto control cree tener el individuo sobre su dolor, así como también qué tan hábil se cree para decrementarlo de acuerdo a una escala que va de 0 (no tengo control/no puedo decrementarlo), 3 (tengo algún control/puedo decrementarlo en alguna medida) hasta 6 (tengo un completo control/puedo decrementarlo totalmente). Para evaluar la consistencia interna de las subescalas del cuestionario se ha reportado un análisis alfa de Cronbach en diferentes estudios: En pacientes con dolor de espalda baja⁽²⁷⁾; y en pacientes con osteoartritis⁽²⁸⁾. Como se ha visto en cada uno de estos estudios los resultados reportan coeficientes altos y en un rango aceptable, lo que sugiere que el cuestionario de estrategias de afrontamiento tiene un nivel aceptable de consistencia interna. La validez del instrumento también ha sido investigada en diversos estudios⁽²⁸⁻³²⁾.

- Escala de depresión de Zung⁽³³⁾. Es un cuestionario que puede ser autoaplicable, donde se incluyen 20 de los síntomas más frecuentes de la depresión (tristeza, llanto, problemas del dormir, problemas de concentración, apetito, conductas repetitivas, interés sexual, rendimiento en el trabajo, angustia, etc.) las opciones de respuesta son: No, Sí y dentro de esta respuesta puede contestar poco, regular o mucho. Diversos estudios han estimado la consistencia interna de la escala de depresión de Zung. El tamaño de las muestras se encuentra en un rango de 100 a 225. El nivel de alfa va de 0.75 a 0.95⁽³⁴⁻³⁶⁾. La validez de la escala también ha sido ampliamente estudiada⁽³⁷⁻⁴⁰⁾.
- Inventario de ansiedad IDARE⁽⁴¹⁾. El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (versión en español del STAI), originalmente se desarrolló para investigar fenómenos de

ansiedad en sujetos adultos normales, es decir, sin síntomas psiquiátricos, se ha demostrado que es también útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y de bachillerato, tanto como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos. Está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad:

1. Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo), consiste de 20 afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente.
2. Ansiedad-Estado (A-Estado), consiste en 20 afirmaciones pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado; es un indicador sensible del nivel de ansiedad transitoria en los pacientes.

Se evaluó de manera individual a los pacientes que acudían al consultorio del servicio por primera vez. La evaluación se realizó en dos sesiones, aplicándoles la batería de instrumentos psicológicos antes mencionados.

Posteriormente se calificó cada uno de los instrumentos según las indicaciones para cada uno de ellos, y de acuerdo a los puntajes obtenidos se realizó el tratamiento estadístico, haciendo correlaciones entre los puntajes.

RESULTADOS

El tratamiento estadístico que se utilizó, fue a través de un análisis descriptivo para los datos sociodemográficos (Cuadro I), y un análisis de correlación de Spearman (Cuadro II), debido a la naturaleza de los datos, para cada una de las categorías de afrontamiento y las variables: intensidad y duración del dolor, depresión, ansiedad, percepción de control y percepción de habilidad para disminuir el dolor.

Los resultados arrojaron una correlación positiva y significativamente alta entre las variables de ansiedad estado e incapacidad funcional en el trabajo ($r = .552, p < .01$), vida social ($r = .253, p < .05$) y vida familiar ($r = .397, p < .01$); lo cual corrobora la hipótesis que, cuando los pacientes pre-

Cuadro I. Los datos demográficos se presentan en porcentajes.

N	Sexo		Edo. civil		Escolaridad	
70	Mujeres Hombres	71.4% 28.6%	Solteros Casados Separados Divorciados Viudos	10% 54.3% 14.3% 1.4% 20%	Analfabetas Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Postgrado	11.4% 34.3% 24.3% 17.1% 11.4% 1.4%

sentan un alto nivel de ansiedad su incapacidad funcional en las tres áreas es mayor.

Asimismo, la variable de depresión presentó correlaciones significativamente altas con la incapacidad funcional en el trabajo ($r = .427$, $p < .01$), en la vida social o actividades de tiempo libre ($r = .398$, $p < .01$), y con la vida familiar ($r = .437$, $p < .01$). Lo que nos indica que los pacientes con mayor nivel de depresión se ven afectados en sus actividades y su nivel de funcionalidad es menor. La depresión y la intensidad del dolor, indican también una correlación significativa ($r = .302$, $p < .05$), es decir, que a mayor intensidad del dolor las personas tienden a ser más depresivos; así como a mostrar mayor incapacidad de funcionamiento en la vida social ($r = .317$, $p < .01$).

Este análisis reveló que la estrategia de desviar la atención del dolor, correlacionó significativamente con percepción de control ($r = .246$, $p < 0.05$) y percepción de habilidad para disminuir su dolor ($r = .299$, $p = < 0.05$); un resultado similar se reportó entre autodeclaraciones de afrontamiento y percepción de control ($r = .481$, $p < 0.01$) y percepción de habilidad para disminuir el dolor ($r = .243$, $p < 0.05$). Con respecto a ignorar el dolor y percepción de control ($r = .403$, $p < 0.01$), ignorar el dolor y percepción de habilidad para disminuirlo ($r = .305$, $p < 0.05$).

Lo que indica que los pacientes con dolor crónico de la presente muestra, que utilizan autodeclaraciones de afrontamiento, ignorar y desviar la atención como estrategias para enfrentar el dolor tienen mayor percepción de control y percepción de habilidad para disminuir su dolor.

La correlación entre catastrofización y depresión es significativa ($r = .570$, $p < 0.01$), así como catastrofización y ansiedad ($r = .394$, $p < 0.01$). La intensidad del dolor correlacionó positiva y significativamente con la catastrofización ($r = .248$, $p < 0.05$), mientras que percepción de control del dolor y catastrofización reportaron una correlación negativa significativa ($r = -.347$, $p < 0.01$). Los resultados anteriores sugieren que los pacientes con dolor crónico que enfrentan su dolor catastrofizando presentan mayores niveles de depresión, ansiedad e intensidad del dolor, así como también, indica que entre más catastrofizan menos percepción de control tienen.

La estrategia de afrontamiento, reinterpretar las sensaciones de dolor correlacionó significativamente con depresión ($r = .321$, $p < 0.01$) y con ansiedad ($r = .275$, $p < 0.05$) lo que refiere que los pacientes con dolor crónico que hacen uso de la reinterpretación de las sensaciones de dolor tienen puntajes más altos de depresión y ansiedad.

La estrategia de afrontamiento orar y tener esperanza correlacionó significativamente con percepción de control del dolor, lo que indica que los pacientes con dolor crónico que utilizan la oración y pensamientos de esperanza creen tener mayor percepción de control sobre su dolor.

Cuadro II. Puntajes obtenidos del análisis de correlación de Spearman.

Variables	Intensidad	Duración	Trabajo	Vida social	Familia	Ansiedad	Depresión	Incapacidad física						Habilidades de afrontamiento					
								Desviar atención	Reinterpretar	Autodeclaraciones	Ignorar dolor	Orar y esperanza	Catastrofizar	Incrementar actividad	Conductas > dolor				
Intensidad	-0.003	0.317	0.182	0.079	0.302*	0.184	0.09	0.181	0	0.119	.284*	0.06	0.12						
Duración	-0.008	0.035	0.002	-0.137	-0.046	0.05	0.079	-0.108	0.194	-0.203	-0.084	0.028	.371**						
Trabajo				.552**	.427**	0.008	0.162	-0.03	-0.012										
Vida social	.253*	.398**	.011	.071	.0055	-0.168													
Familia	.397**	.437**	-0.035	0.104	.0187	-0.23													
Ansiedad				0.031	.275*	-0.072	-0.036	0.147	.394**		0.036	.287*							
Depresión					0.176	.321**	-0.035	0.004	0.193	.570**		0.096	.303*						
Percepción	0.81	-0.01				-0.212	-0.177	.246*	0.133	.481*	.403**	.265*	-0.347	.316*					
control																			
Habilidad																			
disminución	0.003	-0.013					-0.046	-0.014	.299*	0.212	.243*	.305*	0.215	-0.082	.382**		.07	.176	

* La correlación es significativa al nivel de $\alpha = .05$; ** La correlación es significativa al nivel de $\alpha = .01$

Por otra parte es importante señalar que se obtuvieron dos correlaciones que llaman la atención por su lejanía con una posible relación entre ellas, éstas son: ignorar el dolor e intensidad ($r = .000$, $p < 1$) e ignorar el dolor y depresión ($r = .004$, $p < .977$) lo que nos indica que al parecer nada tienen que ver la estrategia de afrontamiento ignorar el dolor con la intensidad del mismo ni con depresión. La correlación entre la estrategia conductual de incrementar la actividad y la percepción de control ($r = .316$, $p < .01$) nos indica que cuanto mayor sea dicha estrategia, los pacientes creen tener mayor percepción de control del dolor y de habilidad para disminuirlo ($r = .382$, $p < .01$).

Las conductas para minimizar el dolor y la duración del dolor obtuvo una correlación negativa significativa ($r = -.371$, $p < .01$), lo que nos dice que entre mayor sea el tiempo en que el paciente tiene dolor, sus conductas para minimizarlo son menores. La correlación entre dichas conductas con la depresión y ansiedad, indica que, entre más utilizadas, menor será la depresión ($r = .303$, $p < .05$) y ansiedad ($r = .287$, $p < .05$).

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio y los hallazgos encontrados en la literatura sobre evaluación del dolor podemos concluir la relevancia que tienen los procesos de atención en la percepción del dolor, es decir, la percepción de la intensidad del dolor no depende únicamente de las dimensiones sensoriales y afectivas de éste, sino que están influyendo otros factores como son: la experiencia pasada del paciente⁽⁴⁾, sus expectativas de control sobre el dolor y las comparaciones que hacen de estas experiencias con las de otros individuos.

La alta significancia encontrada en la correlación entre la intensidad del dolor y la incapacidad física, también se corrobora con datos encontrados en estudios previos^(4,32,42), lo que a su vez se considera como un disparador en los síntomas de depresión y ansiedad, así como una disminución en la percepción para controlar el dolor. Se precisa trabajar sobre la depresión, la ansiedad y otras variables psicológicas de los pacientes con dolor, pero lo que estos resultados sugieren es que el paciente requiere sentirse “capaz” dando respuesta a las demandas de la pareja, de los hijos, del trabajo, financieras, etc. Lo que enfatiza la necesidad de trabajar conjuntamente entre los diferentes profesionales de la salud para lograr “calidad de vida” en el paciente. Si éste tendrá que vivir con dolor lo que le resta de vida (aun cuando sea en intensidad mínima) cómo hacer para sumar esfuerzos y que éste se crea y se sienta funcional, no desde la perspectiva con la que solía compararse antes del dolor sino desde su actual situación de vida y de enfermedad en la que la familia, por supuesto, tiene un papel primordial.

Considerando dichos factores como importantes, y teniendo en cuenta las relaciones entre ellos, se debe mencionar

que el desviar el foco de atención de la experiencia dolorosa, generalmente, da como resultado que la percepción de control y autoeficacia sean mayores.

Además, los resultados son consistentes con investigación previa que muestra que la catastrofización está asociada con la intensidad de dolor y con la depresión^(43,44).

Cabe mencionar los resultados obtenidos con la estrategia de afrontamiento ignorar el dolor y las variables depresión e intensidad del dolor por su nula relación. Cuando en la práctica clínica los pacientes y algunos profesionales de la salud suelen echar mano de dicha estrategia como una forma de intentar aliviar el dolor o al menos mantener al paciente alejado de estados de ánimo depresivos. Estos hallazgos descartan, al menos en la población de estudio, la creencia tan extendida de que el no hacer caso al dolor lo disminuirá. Así también, la percepción de control se relacionó negativamente a la catastrofización, lo que sugiere que disminuyendo la catastrofización e incrementando la percepción de control pueden ser determinantes cognitivos más importantes para el ajuste al dolor.

Con relación al resto de estrategias de afrontamiento, nuestros hallazgos corroboran lo encontrado por estudios anteriores, en los cuales, se fracasó para encontrar una relación entre el uso de la mayoría de las estrategias de afrontamiento evaluadas aquí con la duración e intensidad del dolor. Lo que sugiere que no todas las estrategias de afrontamiento propuestas en la literatura como funcionales para disminuir el dolor resultan serlo en la práctica.

Estos resultados nos permitirían diseñar intervenciones en entrenamiento de habilidades de afrontamiento de acuerdo a las necesidades de cada paciente en particular. El entrenamiento en habilidades de afrontamiento, el manejo de la depresión y la ansiedad con herramientas cognitivo-conductuales, como por ejemplo, la teoría de Beck, para el manejo de la depresión, el manejo de las ideas irrationales que plantea Ellis, el entrenamiento en autoeficacia que propone Albert Bandura podrían ayudar a los pacientes a controlar y decrementar el dolor, y así evitar cogniciones irrationales.

Es importante mencionar también algunas debilidades del presente estudio:

- a) Se trabajó con diferentes tipos de enfermedades crónicas, ignorando las variaciones posibles dentro de cada enfermedad.
- b) La naturaleza del estudio es correlacional; como en cualquier estudio correlacional no se puede hablar de una dirección causal. Se sugiere investigación mediante estudios longitudinales con el fin de observar los cambios en las estrategias de afrontamiento y el ajuste al dolor a través del tiempo; lo que nos permitiría determinar el desarrollo, mantenimiento y exacerbación de distress psicológico en pacientes con dolor crónico.

- c) Todas las medidas del estudio son de autorreporte, lo cual por definición, depende del juicio subjetivo del paciente.
d) Se evaluó un número pequeño de variables psicosociales.

Es posible que la medición de otras cogniciones, afrontamiento y factores medioambientales pudieran tener una asociación significativa con el dolor y medidas de funcionamiento utilizadas en este estudio.

- e) Otra de las limitaciones del estudio fue que dos de los instrumentos de evaluación no han sido validados en población mexicana, tal es el caso del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento y la Escala de Incapacidad Funcional de Sheehan, por lo que se sugiere para futuros estudios ampliar la muestra con el fin de realizar pruebas de validez y confiabilidad de dichos instrumentos.

REFERENCIAS

1. Melzack R, Wall FD. The Challenge of Pain. N. York, Babio Booko, 1983.
2. Buendía J. Psicología clínica y salud. Aspectos psicológicos del dolor crónico. Capítulo 5, Universidad de Murcia, 1991
3. Fordyce WE. Behavioral methods for Chronic Pain and Illness. St. Louis, Mosby, 1976.
4. Fordyce WE. Learning processes in pain. In: STERNBACK RA, The Psychology of Pain. N. York, Raven Press 1978.
5. Keefe FS, Gil KM, Bose SC. Behavioral approaches in the multidisciplinary management of chronic pain: Programs and sieges. Clinical Psychology Review 1986;6:87-113.
6. Roskier E, Lazarus RS. Doping theory and teaching of doping skills. In: Davison PO, Davison SM, Behavioral Medicine: changing Health Lifestyles. N. York, Brunner/Mazel; 1980.
7. Weisenberg M. Psychological intervention for the control of Pain. Behaviour Research Therapy 1987;24(2):301-312.
8. Bandura A. Self-efficacy an unifying bodily sensations. Annals of Internal Medicine 1977;91:62-70.
9. www.psiquiatría.com.
10. Blumer D, Helibronn M. Chronic pain as a variant of depressive disease. The painprone disorder. Journal Nervous Mental Disease 1982;170:381-406.
11. Lefebvre J, Keefe F. Memory for Pain: The relationship of pain catastrophizing to the recall of daily rheumatoid arthritis pain. The Clinical Journal of Pain 2002;18:56-63.
12. Beck AT. Cognitive therapy and emotional disorders. N. York, International Universities Press 1976.
13. Jensen M, Ehde D, Hoffman A, Patterson D, Czerniecki J, Robinson L. Cognitions, coping and social environment predict adjustment to phantom limb pain. Pain 2002;95:133-142.
14. Sullivan M, Rodgers W, Kirsch I. Catastrophizing, depression and expectancies of pain and emotional distress. Pain 2001;91:147-154.
15. Romano JM, Turner JA. Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? Psychogical Bulletin 1985;97:19-35.
16. Bistre S. Evaluación integral del paciente con dolor. En: Merck, Clínica del Dolor. Mc Graw Hill 2001.
17. Calle AR. Ante la ansiedad: una propuesta para mantener la serenidad y evitar el estrés. Urano 1999:65-99.
18. Boston K, Pearce SA, Richardson PH. The pain cognitions questionnaire. Journal of Psychosomatic Research 1990;34:103-109.
19. Sullivan M, Bishop S, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. Psychol Assess 1995;7:524-532.
20. Turk DC, Rudy TE. Cognitive factors and persist Pandora's box. Cognitive Therapy and Research 1992;16:99-122.
21. Geisser ME, Robinson ME, Riley JL. Pain, beliefs, coping, and adjustment to chronic pain. Pain Forum 1999;8:161-168.
22. Keefe FJ, Lefebvre JC, Smith S. Coping research: avoiding conceptual errors and maintaining a balanced perspective. Pain Forum 1999;8:176-180.
23. Keefe FJ, Brown GK, Wallston KA, Caldwell DS. Coping with rheumatoid arthritis: catastrophizing as a maladaptive strategy. Pain 1989;37:51-56.
24. Macrodimitis SD, Endler NS. Coping, control, and adjustment in type 2 diabetes. Health Psychology 2001;20(3):208-216.
25. Keefe FJ, Crisson J, Urban B, Williams D. Analyzing chronic low back pain: the relative contribution of pain coping strategies. Pain 1990;40:293-301.
26. Sheehan DV, Sheehan-Harnett, Raj BA. The measurement of disability. In: Mental Health Status, Functioning, and disabilities measures. Int Clin Psychopharmacol 1996;(suppl 3):11:89-95.
27. Rosenstiell AK, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship patient characteristics and current adjustment. Pain 1983;17:38-44.
28. Keefe FJ, Caldwell DS, Queen KT, Gil KM, Martínez S, Crisson JE, Ogden W, Nunley J. Pain coping strategies in osteoarthritis patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1987;55:208-212.
29. Gross AR. The effect of coping strategies on the relieve pain following surgical intervention for lower back pain. Psychosomatic Medicine 1986;48:229-241.
30. Keefe FJ, Dolan E. Pain behavior and pain coping strategies in low back pain and myofascial pain dysfunction syndrome patients, Pain 1986;24:49-56.
31. Reesor KA, Craig KD. Medically incongruent chronic back pain: physical limitations, suffering, and ineffective coping. Pain 1988;32:35-45.
32. Turner JA, Clancy S. Strategies of coping with chronic low back pain: relationship to pain and disability. Pain 1986;24:355-364.
33. Zung WW. A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatric 1965;12:63-70.
34. Toner J, Gurland B, Teresi J. Comparison of self-administered and rater-administered methods of assessing levels of severity of depression in elderly patients. J Gerontol 1988;43:136-140.
35. Tanaka-Matsumi J, Kameoka VA. Reliabilities and concurrent validities of popular self-report measures of depression, anxiety, and social desirability. J Consult Clin Psychology 1986;54:328-333.
36. Jegede RO. Psychometric properties of the self-rating depression scale. J Psychol 1976;93:27-30.
37. Hedlund JL, Vieweg BW. The Zung Self-rating depression scale: a comprehensive review. J Operat Psychiatry 1979;10:51-64.
38. Lambert MJ, Hatch DR, Kingston M. D. Zung, Beck and Hamilton Rating Scales as measures of treatment outcome: a meta-analytic comparison. J Consulting Clinical Psychologic 1986;54:54-59.
39. Moran PW, Lambert MJ. A review of current assessment tools for monitoring changes in depression. In: Lambert MJ, Christensen ER, DeJulio SS. eds. The measurement of physiotherapy outcome in research and evaluation. New York: Wiley, 1983:263-303.
40. Biggs JT, Wylie LT, Ziegler BE. Validity of the Zung Self-rating depression scale. Br J Psychiatry 1978;132:381-385.
41. Spielberger CD, Urrutia AM, González-Reigosa F, Guerrero DR. Inventario de ansiedad rasgo-estado. 1996.
42. Asghari A, Nicholas MK. Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour. A prospective study. Pain 2001;94:85-100.
43. Sullivan M, Thorn B, Haythornthwaite J, Keefe F, Martin M, Bradley L, Lefebvre J. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. The Clinical Journal of Pain 2001;17:52-64.
44. Severijns R, Vlaeyen JW, Van den Hout, Weber W. Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of level of physical impairment. The Clinical Journal of Pain 2001;17:165-172.