

## ***Importancia de las creencias en la modulación del dolor crónico: concepto y evaluación***

**Laura CAMACHO MARTEL**  
**María Teresa ANARTE ORTIZ**  
*Universidad de Málaga*

### ***Resumen***

En este trabajo se recogen algunos de los aspectos que son objeto de numerosas investigaciones desde la perspectiva cognitiva-conductual, principalmente variables cognitivas y su papel en la percepción del dolor en pacientes que padecen dicho dolor de forma crónica. Recientemente, el dolor se viene estudiando desde el *modelo procesual del estrés*, considerándose como una experiencia estresante, esto es, que es valorada por la persona como tal. Variables cognitivas como la percepción de control, las expectativas, la indefensión o el catastrofismo parecen ser relevantes en el estudio de los procesos cognitivos junto con las estrategias de afrontamiento.

***Palabras clave:*** valoración cognitiva, creencias, afrontamiento, dolor crónico.

### ***Abstract***

This work analyses some aspects that are the object of a great deal of research from the cognitivebehaviour framework, in particular cognitive variables and their role on pain perception in patients with chronic pain. In recent studies, chronic pain has been studied from the perspective of the Process Stress Model. The pain is considered as a stressful experience and, therefore, assessed as such by the individual. Cognitive variables such as control perception, expectations about pain, helplessness, or catastrophizing seem to be relevant to the study of cognitive processes and of the strategies used in coping with pain.

***Key words:*** cognitive assessment, beliefs, coping, chronic pain.

---

*Dirección de la segunda autora:* Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Campus Universitario de Teatinos, 29071. Málaga. *Correo electrónico:* anarte@uma.es

Nos gustaría agradecer la colaboración del Dr. Manuel Rodríguez de la Clínica del Dolor del Hospital Carlos Haya y al Dr. Antonio Fernández Nebro del Servicio de Reumatología del Hospital Clínico Universitario, ambos de Málaga.

Una vez superados los primeros modelos teóricos explicativos del dolor, por su falta de recursos para explicar el fenómeno del dolor, parece haber un gran acuerdo en considerar que en la percepción del dolor intervienen múltiples factores.

En este sentido, Melzack y Casey (1968) y Melzack y Wall (1983) propusieron un modelo del dolor donde por primera vez se contempla una visión multidimensional, nos referimos al Modelo del Control de la Puerta (*Gate Control Model*), donde se distinguen tres dimensiones que están implicadas en la experiencia de dolor: dimensión sensorial-discriminativa, que hace referencia a la transmisión de la información relacionada con las propiedades físicas del estímulo; dimensión motivacional-afectiva, relacionada con la caracterización del dolor como algo desagradable o aversivo dando lugar a una experiencia emocional displacentera y a conductas de evitación o escape; dimensión cognitiva-evaluativa, implica el papel de variables cognitivas como pueden ser las experiencias anteriores, pensamientos, creencias, valores, etc., en el proceso de interpretación y valoración del dolor. Ésta dimensión integra y modula, a su vez, a las otras dos dimensiones anteriores (Loeser y Melzack, 1999). Desde esta teoría se enfatiza la importancia del sistema nervioso central y periférico en la experiencia del dolor. Éste ya no se considera como el resultado final de un sistema de transmisión lineal, sino que tales sensaciones son modificadas cuando son conducidas al cerebro por la médula y también influidas por las vías eferentes que provienen del cerebro interpretando dicha experiencia, por lo que de este modo, determinados aspectos psicológicos pueden modular la percepción del dolor.

Así, para poder entender la complejidad del fenómeno de dolor crónico hay que tener en cuenta los factores cognitivos, afectivos, sensoriales y conductuales. Sin embargo, aunque la importancia de las variables cognitivas ha sido reconocida de forma generalizada, el posible mecanismo a través del cual las cogniciones modulan la experiencia nociceptiva sigue siendo objeto de investigación y estudio (Herda, Siegeris y Baster, 1994).

Recientemente se viene estudiando el dolor crónico desde la perspectiva del Modelo Procesual del Estrés de Lazarus y Folkman (1984). Partiendo de este modelo, el dolor crónico puede ser entendido como una situación estresante que además está mantenida en el tiempo y que requiere continuos esfuerzos adaptativos por parte de la persona. Dichos esfuerzos son denominados estrategias de afrontamiento que la persona utiliza con la intención de manejar el dolor, y que previamente vendrán determinadas por el tipo de valoración que haga la persona de su situación y de los recursos de que disponga. Por lo tanto, el papel de la valoración cognitiva en la adaptación a enfermedades crónicas es especialmente importante (Afflec, Tennen, Pfeiffer y Kifield, 1987) existiendo en la literatura al respecto continuos debates entre los investigadores referentes a la evaluación de las actitudes, creencias, y expectativas de los pacientes sobre su dolor, así como sobre la relación con las estrategias de afrontamiento y el tratamiento (Riley, Ahern y Follick, 1988; Shutty y DeGood, 1990).

### **El papel de las creencias en la experiencia de dolor crónico**

Aunque el significado que los pacientes dan a su experiencia de dolor ha sido

considerado como un factor importante en su adaptación, sólo recientemente se ha empezado a investigar el papel de las creencias en la adaptación al dolor crónico, así como su influencia en la percepción final del dolor, y en las estrategias de afrontamiento. En consonancia con lo anterior, se puede decir que actualmente el dolor crónico es un ámbito de estudio relativamente reciente para la Psicología, y dentro de él, el estudio de las creencias de dolor lo es aún más. Aunque de forma generalizada se piensa que las creencias tienen un importante valor en el desarrollo posterior de la conducta, se puede comprobar en la literatura que son muy pocos los estudios que se han hecho sobre las creencias y su evaluación en el contexto del dolor crónico, sin embargo es una línea de investigación de creciente interés. El término creencia, es en sí mismo complejo, es decir, es un concepto cognitivo que se utiliza con cierta asiduidad pero no siempre con la claridad necesaria, debido, en parte, a que es un tema de actual desarrollo en el contexto del dolor crónico, lo que le confiere una dificultad añadida a su estudio. Por otro lado, la palabra creencia es una expresión general que, a su vez, engloba a diferentes conceptos más específicos (por ejemplo, creencias de control, expectativas), dependiendo su evaluación de lo que cada autor entienda por creencias y también de qué tipo de creencias se pretenda estudiar en un ámbito concreto (por ejemplo, creencias de control en dolor).

Con relación al tema, las creencias han sido definidas como configuraciones cognitivas personalmente formadas o culturalmente compartidas (Wrubel, Benner, y Lazarus, 1981). Son nociones preexistentes acerca de la naturaleza de la realidad la cual moldea la percepción de nosotros mis-

mos y nuestro ambiente, configurando su significado (Lazarus y Folkman, 1984).

También en la literatura encontramos definiciones de creencias en el ámbito de estudio del dolor crónico. Así, Jensen, Turner, Romano y Karoly (1991) las definen como aquellas cogniciones (pensamientos) que el paciente tiene en relación con su problema de dolor. Williams y Thorn (1989) consideran que las creencias de dolor son conceptualizaciones propias de cada paciente sobre qué es el dolor y qué significa para ellos, y pueden ser entendidas como un subconjunto de un sistema de creencias del paciente el cual representa una comprensión personal de la experiencia de dolor.

Desde la perspectiva del procesamiento de la información, se considera que las personas *activamente* buscan, seleccionan y utilizan la información (Merluzzi, Rudy y Glass, 1981). Dicha actividad es una característica esencial del sistema cognitivo y se piensa que da lugar a una serie de contenidos en diferentes niveles de operación.

Dentro de la literatura al respecto, se han identificado tres niveles distintos de análisis: *estructuras cognitivas*, *procesos cognitivos* y *productos cognitivos* (Arnkoﬀ y Glass, 1982; Turk y Salovey, 1985).

Turk y Rudy (1992) aplican esta clasificación al dolor y diferencian entre:

- *Esquemas cognitivos*: son estructuras cognitivas que permiten clasificar y ordenar la información y todo el conocimiento que hemos ido acumulando a través de nuestras experiencias pasadas, o con la observación de lo que otras personas han experimentado previamente. Las creencias formarían parte de los esquemas cognitivos.

- *Procesos cognitivos*: a través de los procesos cognitivos los individuos

manipulan la información y están influidos por los esquemas cognitivos.

- *Contenido cognitivo*: son considerados como el resultado final (productos cognitivos) del procesamiento de la información (Hollon y Kriss, 1984). Dentro del contenido cognitivo se incluyen las estrategias de afrontamiento cognitivas.

Por otro lado, DeGood y Shutty (1992) realizan una clasificación de las creencias distinguiendo, en un continuo (general vs. específicas), diferentes niveles: *creencias generales*, *creencias como característica de personalidad* y *creencias específicas de dolor*.

Las creencias generales representan valores filosóficos y éticos que cada persona tiene. Cuando las creencias se mantienen más o menos estables a través de las diferentes situaciones son consideradas como características de personalidad (por ejemplo: *locus de control*, expectativas, estilo atribucional). Finalmente, las creencias específicas de dolor son las relacionadas directamente con el contexto del dolor y su tratamiento. En esta última categoría se incluyen creencias sobre la duración del dolor, su origen, así como, las creencias que tienen que ver con el diagnóstico y el tratamiento.

### **Principales variables cognitivas asociadas al dolor crónico: control, expectativas**

#### ***Percepción de control en dolor crónico***

Una de las creencias que más atención ha recibido en la investigación sobre dolor crónico es la creencia de control. Las principales líneas de investigación que este tema ha generado han sido dos. Por un lado, el control se ha estudiado como una

creencia general. Al respecto, se han utilizado instrumentos que evalúan el *locus* de control general, es decir, como una característica más estable a través de las diferentes situaciones. Y de otro lado, se ha estudiado la percepción de control que tienen los pacientes con dolor crónico específicamente sobre su dolor. Con este fin se han creado instrumentos que evalúan la percepción de control sobre el dolor crónico.

De las investigaciones realizadas, al respecto, pueden extraerse las siguientes conclusiones: un *locus* de control interno se relaciona con una adaptación más positiva al dolor y a la inversa un *locus* de control externo se asocia a una peor adaptación (TerKuile, Linssen y Spinhoven, 1993). En este sentido, un *locus* de control externo se relaciona con la tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento pasivas, que, a su vez, se relacionan con una peor adaptación al dolor crónico (Crisson y Keefe, 1988). Igualmente, en los estudios referentes a la percepción específica sobre el control del dolor en pacientes con dolor crónico, se concluye que la percepción de control sobre el dolor se relaciona con una mejor adaptación, de tal forma, que la percepción de falta de control personal está relacionada con estrategias de afrontamiento que no logran el control del dolor (Afeck, Tennen, Pfeiffer y Tifield, 1987). Asimismo, se ha encontrado que la *incontrolabilidad* aumenta la percepción de la intensidad del dolor e influye en los niveles de actividad diaria (Flor y Turk, 1988; Williams y Thorn, 1989; Edwards, Pearce, Turner-Stokes y Jones, 1992). Resultados similares se han hallado también en estudios de laboratorio donde la percepción de control se relacionó con la reducción del impacto de la estimulación aversiva (Thompson, 1981).

### **Expectativas y dolor crónico**

Un tipo de creencias de especial interés y a las que se les ha dedicado mucha atención son las expectativas. Referidas normalmente en la literatura como creencias acerca del futuro, y más particularmente como la relación entre un evento en curso y futuras consecuencias (DeGood y Shutty, 1992).

Dos tipos de expectativas son relevantes para el manejo del dolor: las expectativas de autoeficacia y las expectativas de resultado. La expectativa de autoeficacia puede ser definida como la creencia sobre la propia capacidad para realizar una conducta requerida y producir cierto resultado (Bandura, 1977), es decir, un juicio relacionado con las propias capacidades. Mientras que las expectativa de resultado se refieren a la creencia personal de que una conducta dada conduce a unos resultados, sin tener en cuenta si la persona tiene o no la habilidad para realizar la conducta. Así, las expectativas sobre uno mismo y el ambiente pueden ejercer un papel importante en la determinación de la conducta (Turk y Okifuji, 1997).

Diversas investigaciones se han centrado en el estudio de la asociación entre expectativa y adaptación dentro del ámbito del dolor crónico. Entre ellas, se comentan los resultados encontrados por Loring Chastain, Ung, Shoor y Holman (1989), donde las creencias de pacientes con artritis reumática sobre sus capacidades para realizar ciertas actividades diarias, fueron asociadas negativamente con los niveles de incapacidad que manifestaban. Otros resultados nos muestran como a pacientes a quienes se les asignaron ejercicios físicos como parte de un programa de rehabilitación, informaron de un aumento en puntua-

ciones de eficacia para realizar actividades y disminuyeron las puntuaciones relacionadas con el dolor, encontrándose correlaciones significativas entre autoeficacia y aumento en el nivel de ejercicios (Dolce, Crocker y Doleys, 1986). En otro estudio con pacientes aquejados de dolor crónico, Council, Ahern, Follick y Kline (1988) obtuvieron que las valoraciones que estos pacientes realizaban sobre la propia capacidad para realizar 10 movimientos simples, estaba positivamente relacionada con una mejora observada en los movimientos, y negativamente asociada con las conductas de dolor y las comunicaciones de los pacientes sobre la gravedad del dolor.

### **Evaluación de creencias en dolor crónico**

Actualmente la evaluación de las creencias es un área de la investigación dentro del estudio del dolor crónico que cada vez tiene más interés (Williams y Thorn, 1989). Comprobamos como en los últimos años con el aumento de la atención sobre la evaluación de las creencias de dolor, se han creado escalas especializadas y métodos para este propósito. A continuación, pasamos a describir los principales instrumentos que suelen utilizarse para tal fin (tabla 1), así como algunos resultados obtenidos con dichos instrumentos:

#### ***Pain Beliefs and Perceptions Inventory (PABI)***

Williams y Thorn (1989), crearon este instrumento para evaluar algunas de las dimensiones que consideraban importantes en relación con las creencias de dolor. El instrumento evalúa tres tipos de creencias: 1) autoculpa; 2) percepción del dolor

Tabla 1. Instrumentos de evaluación de creencias en dolor crónico.

Autores	Instrumentos	Subescalas
Lefebvre, 1981	<i>Cognitive Error Questionnaire (CEQ)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Catastrofismo.</li> <li>- Sobregeneralización.</li> <li>- Personalización.</li> <li>- Abstracción selectiva.</li> </ul>
Jensen, Karoly y Huger, 1987; revisado por Jensen y Karoly, 1989	<i>Survey of Pain Attitudes (SOPA)</i>	<p>Evalúa creencias sobre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Control</i>: creencias sobre el propio control del dolor.</li> <li>- <i>Solicitud</i>: creencia en que la propia familia responde adecuadamente a los requerimientos del paciente cuando tiene dolor.</li> <li>- <i>Medicación</i>: creencia en que la medicación es buena, en general, para los problemas de dolor crónico.</li> <li>- <i>Incapacidad</i>: creencia en que uno está limitado funcionalmente debido al dolor.</li> <li>- <i>Emoción</i>: creencia en la relación emoción-dolor.</li> <li>- <i>Tratamientos médicos</i>: creencia en que existe un remedio médico para el propio dolor.</li> </ul>
Schwartz, DeGood y Shutty, 1985; revisado por Shutty y DeGood, 1990.	<i>Pain Information and Beliefs Questionnaire (PIBQ)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimientos generales sobre qué es el dolor crónico y creencias sobre su propio problema de dolor.</li> <li>- Grado de acuerdo con el tratamiento.</li> </ul>
Riley, Ahern y Follick, 1988; revisado por Slater, Hall, Akinson y Garfin, 1991.	<i>Pain and Impairment Relationship Scales (PAIRS)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creencias y actitudes asociadas a la experiencia del dolor crónico y la propia capacidad de funcionamiento a pesar del dolor.</li> </ul>
Williams y Thorn, 1989.	<i>Pain Belief and Perceptions Inventory (PBAPI)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Tiempo</i>: creencia de que el dolor es y será perdurable en el tiempo.</li> <li>- <i>Misterio</i>: el dolor es un evento aversivo que no se comprende.</li> <li>- <i>Autoculpa</i>: creencia de que los pacientes son los propios culpables de su experiencia de dolor.</li> </ul>

Autores	Instrumentos	Subescalas
Boston, Pearce y Richarson, 1990.	<i>Pain Cognitions Questionnaire (PBQ)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afrontamiento.</li> <li>- Desesperanza.</li> <li>- Indefensión.</li> <li>- Optimismo</li> </ul>
Edwards, Pearce, Turner-Stokes y Jones, 1992.	<i>The Pain Beliefs Questionnaire (PBQ)</i>	<p>Creencias sobre la causa del dolor y su tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Creencias orgánicas</i>: creencia en la importancia de los factores orgánicos en la experiencia del dolor.</li> <li>- <i>Creencias psicológicas</i>: creencia en los factores psicológicos personales que influyen en la experiencia de dolor.</li> </ul>
Flor, Behle y Birbaumer, 1993.	<i>Pain-Related Self-Statements / Pain-Related Control Scale (PRSS/PRCS)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoafirmaciones de catastrofismo.</li> <li>- Autoafirmaciones de afrontamiento.</li> <li>- Creencias de indefensión.</li> <li>- Creencias de recursos.</li> </ul>
Waddell, Newton, Henderson, Somerville y Main, 1993.	<i>The Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)</i>	<p>Creencias específicas sobre cómo la actividad física y el trabajo afectan al dolor crónico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creencias de miedo-evitación relacionadas con el trabajo.</li> <li>- Creencias de miedo-evitación relacionadas con la actividad física.</li> </ul>

como un misterio; 3) creencias sobre la duración del dolor.

Utilizando este instrumento, los autores encontraron que esas creencias de dolor eran predictivas de la intensidad subjetiva del dolor y del cumplimiento de los tratamientos multidisciplinarios para el dolor crónico. También se relacionaron con baja autoestima, somatización y malestar emocional, así como, con atribuciones acerca del *locus* de control sobre la salud.

En otro estudio Williams y Keefe (1991), examinaron la relación entre las creencias de los pacientes evaluadas con el PBAPI y las estrategias de afrontamiento

utilizadas por dichos pacientes. Estos autores encontraron que los pacientes que se caracterizaban por tener creencias sobre la temporalidad del dolor (persistencia del dolor en el tiempo) y conceptualizaban el dolor como un misterio, fueron más catastrofistas y menos propensos a usar estrategias de afrontamiento cognitivas (como por ejemplo: reinterpretación de la sensación del dolor), y puntuaron menos en los índices de efectividad sobre las estrategias de afrontamiento que usaban para controlar y disminuir su dolor, en comparación con aquellos pacientes que creían que su dolor no se prolongaría y lo entendían, es

decir, comprendían la naturaleza de su dolor.

Posteriormente, Williams, Robinson y Geisser (1994) encuentran más conveniente que el factor tiempo sea dividido en dos nuevos factores: constancia y permanencia del dolor.

### ***Pain Belief Questionnaire (PBQ)***

Edwards, Pearce, Turner-Stokes y Jones (1992) construyeron el PBQ para evaluar dos tipos de creencias. Creencias acerca de la importancia de los factores orgánicos en la experiencia de dolor (creencias orgánicas) y creencias sobre los factores psicológicos personales que influyen en la experiencia de dolor (creencias psicológicas). Estos autores llevaron a cabo un estudio donde comprobaron que los pacientes con dolor crónico y los sujetos controles (sin dolor), difieren en sus creencias sobre el dolor. Así, los pacientes con dolor crónico ponen mayor énfasis que los controles en los aspectos orgánicos del dolor, y los controles eran más propensos a creer que los factores psicológicos intervienen en la experiencia de dolor.

### ***Pain Information and Beliefs Questionnaire (PIBQ)***

Shutty y DeGood (1990) construyeron el PIBQ para evaluar las creencias que tienen los pacientes sobre qué es el dolor crónico y el grado de acuerdo con los programas de tratamiento que enfatizan factores como la responsabilidad del paciente para el cambio (la participación activa del paciente en la terapia), plantearse como meta terapéutica el manejo del dolor más que la cura definitiva, y la preferencia por el uso de técnicas no invasivas. Para ello, los au-

tores utilizan un vídeo educativo en el que se describen las características del dolor crónico y las estrategias de tratamiento para su manejo. Posteriormente se le pregunta al paciente sobre el contenido del vídeo y el grado de acuerdo con el tratamiento. DeGood (1983) concluye que las creencias previas de los pacientes sobre las terapias psicológicas para el dolor pueden influir en la baja adherencia al tratamiento.

### ***Pain and Impairment Scales (PAIRS)***

En 1988, Riley, Ahern y Follick crearon el PAIRS, un instrumento que evalúa las creencias y las actitudes del paciente en relación con el dolor crónico, así como, la capacidad de funcionamiento a pesar del dolor. En un estudio inicial encuentran que el PAIRS se asociaba significativamente con la incapacidad funcional en una muestra heterogénea de pacientes. Posteriormente, Slater, Hall, Atkinson y Garfin (1991) obtuvieron que las creencias de incapacidad evaluadas con el PAIRS, fueron mayores en pacientes con dolor crónico de espalda que en personas sanas (grupo control). Las puntuaciones en el PAIRS, se relacionaron significativamente con medidas de incapacidad física, pero no con las puntuaciones que los médicos daban en relación con la gravedad de la enfermedad.

### ***Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)***

Otro cuestionario de creencias sobre el dolor es el FABQ, que fue desarrollado basándose en las teorías sobre las conductas de miedo y evitación (Waddell, Newton, Henderson, Somerville y Main, 1993). El cuestionario evalúa creencias de

miedo-evitación sobre el trabajo y creencias de miedo-evitación sobre la actividad física. Los resultados encontrados por estos autores mostraron que ambos tipos de creencias estaban relacionadas con la incapacidad de los pacientes para realizar actividades de la vida diaria y con la pérdida del trabajo (debido a la incapacidad generada por el dolor), incluso una vez que los datos se analizaron controlando la gravedad del dolor.

### ***Suvery of Pain Attitudes (SOPA)***

El SOPA (Jensen, Karoly y Huger, 1987) es un instrumento que evalúa las creencias sobre el control del dolor, la respuesta de la familia a los requerimientos del paciente por el dolor, la utilidad de la medicación, las creencias de incapacidad, la creencia de que existe relación entre estado de ánimo y dolor que se percibe, y la creencia de que existe un remedio médico para el propio dolor. Con dicho instrumento los autores encontraron que los datos obtenidos se asociaban con el informe de los pacientes sobre las conductas de dolor y las respuestas de afrontamiento. Jensen y Karoly (1991) encontraron que algunas creencias medidas con el SOPA, se asociaban con las valoraciones de los pacientes sobre su ajuste psicosocial, social y médico, por ejemplo, la creencia de incapacidad personal se asoció con menores puntuaciones en el nivel de actividad, mayor uso de medicación a causa del dolor y menores niveles de bienestar.

### ***Cognitive Error Questionnaire (CEQ)***

El CEQ es un instrumento que evalúa cuatro errores cognitivos típicos (catastrofismo, sobregeneralización, personaliza-

ción y abstracción selectiva) en pacientes con dolor crónico cuando describen su situación en cuanto al dolor. Utilizando dicho instrumento, Lefebvre (1981) encuentra que los sujetos con dolor crónico de espalda y depresivos presentaban más errores relacionados con la propia experiencia de dolor que los pacientes deprimidos sin dolor crónico cuyos errores cognitivos se relacionaban con aspectos más generales. Los resultados sugieren que el dolor y la depresión interactúan en la determinación de los errores cognitivos en una situación de dolor crónico.

### ***Pain Cognition Questionnaire (PCQ)***

El PCQ (Boston, Pearce y Richarson, 1990) evalúa cuatro factores: afrontamiento, desesperanza, indefensión y optimismo. Los análisis realizados con este instrumento indican que el factor negativo (indefensión y desesperanza), se asocia positivamente con medidas de la intensidad del dolor, malestar emocional y conductas de dolor.

El cuestionario desarrollado por Flor, Behle y Birbaumer en 1993, para la evaluación de cogniciones de pacientes con dolor crónico, consta de dos escalas:

- La primera, *Pain-Related Self Statements Scale (PRSS)*, pretende evaluar cogniciones situacionalmente específicas que promueven o dificultan que el paciente afronte con éxito su situación de dolor crónico. Son pensamientos típicos de personas con dolor crónico y representan estrategias de afrontamiento cognitivas. A su vez, se compone de dos subescalas: autoafirmaciones de catastrofismo y autoafirmaciones de afrontamiento.

- La segunda escala, *Pain-Related Control Scale (PRCS)*, es una medida de las actitudes generales del paciente sobre el dolor, evalúa los esquemas cognitivos subyacentes de los pacientes con dolor crónico, concretamente creencias sobre la controlabilidad y predictibilidad del dolor. También está compuesta por dos subescalas denominadas recursos (creencia en la capacidad para controlar y predecir el dolor) e indefensión (creencia en la falta de capacidad para el control y predicción del dolor).

En un estudio realizado por Flor y Turk (1988) utilizando el PRSS/PRCS en una muestra de pacientes con dolor crónico de espalda y pacientes con artritis reumatoide, encontraron que el dolor y la incapacidad correlacionaron positivamente con las autoafirmaciones de catastrofismo y con la subescala de indefensión. Por otra parte, las autoafirmaciones positivas y la subescala de recursos se relacionaron negativamente con el dolor y con los niveles de incapacidad.

Utilizando este instrumento en un estudio reciente (Camacho, 2000) destaca, como conclusión general, que las creencias (indefensión y control) de los pacientes con dolor crónico influyen sobre la intensidad del dolor percibida, pero las autoafirmaciones de los pacientes no influyen significativamente sobre el dolor que experimentan.

### **Estrategias de afrontamiento del dolor crónico**

Numerosos estudios indican que el tipo de estrategia que el paciente utiliza predice su nivel de ajuste que se refleja en

índices sobre la capacidad de funcionamiento, conductas de dolor, manifestaciones de la severidad del dolor, uso de la medicación o malestar emocional (Rosensteil y Keefe, 1983; Keefe, Crisson, Urban y Williams, 1990).

Dentro de la investigación sobre las estrategias de afrontamiento un objetivo ha sido identificar esas estrategias, o tipos de estrategias, que son más efectivas para la disminución de la experiencia estresante (dolor crónico). Entre las clasificaciones de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico encontramos las siguientes:

### **Cognitivas vs. conductuales**

Por estrategias de afrontamiento *conductuales* se entienden aquellas conductas observables que la persona realiza con el propósito de afrontar el dolor, por ejemplo, hacer actividades como caminar. Mientras que, las estrategias de afrontamiento *cognitivas* se refieren a la utilización de los pensamientos para alterar la percepción de la intensidad del dolor y la propia capacidad para manejar o tolerar el dolor y continuar con las actividades de cada día (Turk, Meichenbaum y Genest, 1983), o lo que las personas hacen con sus pensamientos para intentar controlar el dolor o tolerar los eventos estresantes (DeGood y Shutty, 1992).

Fernández (1986) agrupa las estrategias de afrontamiento cognitivas en tres categorías: imaginación, autoafirmaciones y atención-distracción.

Uno de los cuestionarios de estrategias de afrontamiento que se utilizan con más frecuencia en la literatura es el *Coping Strategies Questionnaire (CSQ)* de Rosenstiel y Keefe (1983), un instrumento que incorpora estrategias de afrontamiento cognitivas (por ejemplo, distrac-

ción, reinterpretar las sensaciones de dolor, autoafirmaciones de afrontamiento, ignorar las sensaciones de dolor-negar que nos duele-, rezar o esperar y catastrofismo) y estrategias de afrontamiento conductuales (por ejemplo, aumentar el nivel de actividad, y el aumento de conductas de dolor que reducen las sensaciones dolorosas - toma de medicación).

Utilizando este instrumento, Jensen y Karoly (1991) en una investigación con pacientes que presentaban dolor crónico, encontraron los siguientes resultados (después de controlar la gravedad del dolor). El uso de estrategias de afrontamiento como ignorar el dolor (negar que nos duele) y el aumento de las actividades se asociaron con un funcionamiento psicológico mejor, mientras que otras estrategias de afrontamiento como desviar la atención del dolor (distracción), autoafirmaciones de afrontamiento y, de nuevo, ignorar el dolor (negar que nos duele), se asociaron positivamente con el aumento del nivel de actividad pero sólo en aquellos pacientes que informaban de niveles bajo de intensidad del dolor. Así, el aumento del reposo se asoció positivamente con el aumento de la incapacidad.

Resultados similares se han encontrado en otros estudios (Keefe y William, 1990). De este modo, desviar la atención del dolor (distracción) y un nivel de actividad menor, se asocia positivamente con la gravedad del dolor. Por otro lado, las autoafirmaciones de afrontamiento y el aumento en el nivel de actividad se relacionan negativamente con depresión.

También se ha encontrado que las autoafirmaciones negativas se relacionan con malestar psicológico y con la intensidad del dolor (Gil, Williams, Keefe y Beckham, 1990).

Por otra parte, el estudio del catastrofismo ha alcanzado gran interés en la literatura sobre el dolor crónico. Puede definirse como la tendencia de la persona en utilizar pensamientos negativos cuando tiene dolor, o como una exagerada orientación negativa hacia la estimulación nociva y la experiencia de dolor (Sullivan, Bishop y Pivick, 1995).

En la actualidad, el catastrofismo es considerado tanto como una estrategia de afrontamiento, que como una valoración que realiza la persona de su situación, es decir, como una creencia. Al margen de dichas consideraciones, lo que parece claro es que los estudios indican que el catastrofismo se relaciona de forma positiva con la intensidad del dolor y con el malestar emocional, es decir, el catastrofismo se relaciona negativamente con la adaptación del paciente al dolor (Gil, Abrams, Phillips y Keefe, 1989; Sullivan y D'Eon, 1990; Beckham, Keefe, Caldwell y Roodman, 1991).

### **Activas vs. pasivas**

Brown y Nicassio (1987) ofrecen otra clasificación que ha dado lugar a un cuestionario para la evaluación de la frecuencia con la que los pacientes usan diferentes estrategias para afrontar su dolor, esto es, el *Vandebilt Pain Management Inventory* (VPMI), que divide las estrategias de afrontamiento en Activas o Pasivas:

Las estrategias de afrontamiento *Activas* son aquellas en la que la persona se implica activamente en el manejo de su dolor, por ejemplo hacer ejercicios físicos, permanecer ocupado (activo) o participar en actividades placenteras. Mientras que cuando el paciente deja en manos de otras personas (médicos o cuidadores), o en otras cosas (medicación, tumbarse en la

cama, etc), el manejo del dolor se considera un afrontamiento *pasivo*.

Referente al tema, existe considerable evidencia en la literatura sobre el uso de estrategias de afrontamiento pasivas y su relación con el incremento del dolor (Parker, Smarr, Buescher, Phillips, Frank, Beck, Anderson y Walker, 1989), con depresión (Brown, Nicassio y Wallson, 1989) y con una peor adaptación (Manne y Zautra, 1990). Por el contrario, las estrategias de afrontamiento activas correlacionan negativamente con depresión y con mayor incapacidad física (Brown y Nicassio, 1987).

En consonancia con lo anterior, en un estudio más reciente de Snow-Turek, Norris y Tan (1996), evaluaron estrategias de afrontamiento activas y pasivas en pacientes con dolor crónico. Encontraron que las estrategias pasivas se relacionaban con malestar psicológico y depresión, mientras que las estrategias de afrontamiento activas se asociaban positivamente con el nivel de actividad, estando inversamente relacionada con el malestar psicológico.

Igualmente, Spinhoven, TerKuile, Linsen y Gazendam (1989) llevaron a cabo un estudio en pacientes con dolor crónico de espalda. Controlando el nivel de incapacidad, la duración del dolor, las operaciones previas, la edad y el género, obtuvieron que las estrategias de afrontamiento activas se asociaban negativamente con la intensidad del dolor y con limitaciones funcionales. La indefensión se asoció positivamente con la intensidad del dolor, limitaciones funcionales, ansiedad y depresión.

Resultados similares se han encontrado en un estudio reciente donde se comparan tipos de pacientes con dolor crónico benigno y oncológicos (Anarte, Ramírez, López y Esteve, 2001). Las estrategias de afrontamiento activas fueron adaptativas

sólo en pacientes con dolor crónico benigno, mientras que las estrategias de afrontamiento pasivas se relacionaron con mayor intensidad de dolor en ambos grupos de pacientes.

En relación con el estado de ánimo, las estrategias de afrontamiento activas o pasivas y la edad, los resultados obtenidos por Gris, López, Ramírez, Anarte, Esteve y Rodríguez (1998) indican que los sujetos con mayor edad y malestar emocional, tienden a utilizar estrategias de afrontamiento pasivas.

### *Adaptativas vs. no adaptativas*

Por último, otra forma en la que las estrategias de afrontamiento han sido consideradas, más que clasificadas, parte de las reflexiones de autores como Turk y Rudy (1992), que consideran que lo importante en cuanto a las estrategias que los pacientes utilizan para afrontar el dolor, es que, efectivamente, esas estrategias sean *adaptativas* o *no adaptativas* para la persona. Al respecto, conviene tener en cuenta que una respuesta de afrontamiento puede ser adaptativa o no dependiendo del estresor y de los recursos disponibles (Lazarus y Folkman, 1984).

En definitiva, parece ser que la utilización de diferentes estrategias para afrontar el dolor se relacionan con el ajuste de la persona a su situación, siendo éste tema, por tanto, de gran relevancia al estudiar, investigar y tratar el dolor crónico como queda reflejado en la literatura.

### **Conclusiones**

El dolor crónico es un tema de investigación dentro de la Psicología relativamente nuevo y que, por tanto, requiere aún

de muchos estudios que permitan el avance en la comprensión de los mecanismos involucrados en el complejo fenómeno del dolor crónico. Partiendo de dicha consideración, puede decirse que aunque se reconoce la importancia de las cogniciones, es necesario un mejor conocimiento de la influencia de las mismas en los procesos de valoración que realiza el paciente sobre su situación que, a su vez, dan lugar a la percepción final del dolor. En esta línea, la revisión de la literatura ha demostrado la importancia de las creencias, como puede observarse por el número de investigaciones realizadas al respecto en los últimos años. No obstante, estas investigaciones son tan numerosas como diversas. Si a ello le añadimos que el término de creencia no siempre es entendido del mismo modo, podrá comprenderse la complejidad del tema y la dificultad de delimitar dicho término. Así, cuando se hace referencia a las creencias en el ámbito del dolor crónico, se puede estar aludiendo a numerosos conceptos (control, expectativas, indefensión, etc.) ya que al ser un término muy general se emplea para referirse a diferentes aspectos que siempre es necesario delimitar.

Revisando la literatura podemos comprobar que entre las variables cognitivas que mayor atención reciben por parte de los investigadores se encuentran las creencias sobre el control del dolor y las expectativas. Al respecto, los estudios muestran una clara relación entre control y adaptación. Así, cuando el paciente cree tener control sobre su situación percibe menos intensidad del dolor, muestra mayores niveles de actividad, utiliza estrategias de afrontamiento más adaptativas, quedando todo ello reflejado en mejores niveles de adaptación. Por el contrario, cuando el paciente se cree indefenso ante la imposi-

bilidad para controlar su situación de dolor crónico (dolor que se prolonga en el tiempo) la frecuencia e intensidad de episodios dolorosos aumenta. En definitiva, los resultados encontrados destacan la importancia de la percepción de control en los pacientes que padecen dolor crónico. De igual forma, las expectativas relacionadas con el dolor y su afrontamiento son objeto de numerosos estudios ya que su influencia repercute en los niveles de adaptación del paciente tal y como se recoge en la literatura. Frecuentemente, se relacionan con el aumento en la eficacia personal que repercute en el aumento de la actividad y en la puesta en marcha de estrategias más eficaces para el manejo del dolor.

Estas conclusiones, derivadas de los resultados encontrados, destacan la relación que se observa entre las creencias que el paciente tiene relacionadas con el contexto del dolor y su tratamiento, y el tipo de estrategia que utiliza para manejar el dolor. Dicha relación, entre creencias y afrontamiento, pone de manifiesto la influencia de las creencias como variables determinantes del afrontamiento posterior.

Referente a los diversos estudios sobre las estrategias que los pacientes utilizan para afrontar el dolor puede concluirse, que lo importante es que esas estrategias sean adaptativas. De este modo, las diferencias en los niveles de adaptación que se observan en los pacientes, se explicarían por la utilización de diferentes estrategias de afrontamiento más o menos eficaces dependiendo de cada persona y situación en particular. No obstante, el estudio de qué tipo de estrategia/s parecen ser más eficaces ha atraído, y sigue haciéndolo, el interés y atención de los investigadores. Algunas de las clasificaciones son las que diferencian entre estrategias cognitivas vs

conductuales; estrategias activas vs. pasivas, entre otras, y que han dado lugar a la creación de instrumentos específicos de evaluación del afrontamiento en pacientes que padecen dolor crónico.

Por otro lado, en la literatura sobre dolor crónico actualmente hay cuestiones que son debatidas por los investigadores, especialmente las relacionadas con las creencias. Entre ellas, las que tienen que ver con la evaluación de creencias y los instrumentos que se utilizan para tal fin, ya que aunque los títulos de los instrumentos aluden a cuestiones parecidas pueden estar evaluando cosas muy diferentes. Por consiguiente, es muy importante mejorar y perfeccionar los instrumentos de evaluación. Además, se hace fundamental, también, la definición de los conceptos que se pretenden evaluar ya que de la imprecisión de éstos surgen problemas metodológicos reflejados en las dificultades para extraer conclusiones generales de los diversos estudios.

Como decíamos, todavía quedan muchas cuestiones por aclarar que necesitan la realización de estudios que nos permitan ir profundizando en el conocimiento de los factores implicados en el dolor crónico y sus relaciones.

## Referencias

- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C. y Kifield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53 (2), 273-279.
- Anarte, M.T., Ramírez, C., López, A.E. y Esteve, R. (2001). Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor crónico oncológico y benigno. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. (En prensa).
- Arnokoff, D.B. y Glass, C.R. (1982). Clinical cognitive constructs: examination, evaluation and elaboration. *Advances in Cognitive Behavioral Research and Therapy, Vol.1*. Nueva York: Academic Press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Beckham, J.C., 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, 125-127.
- Boston, K., Pearce, S.A. y Richardson, P.H. (1990). The Pain Cognitions Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 103-109.
- Brown, G.K., Nicassio, P.M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31, 53-64.
- 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 (5), 652-657.
- Camacho, L. (2000). El papel de las variables cognitivas y emocionales en la modulación del dolor crónico. *Memoria de Licenciatura no publicada*. Universidad de Málaga. Málaga.
- Council, J.R., Ahern, D.K., Follick, M.J. y Kline, C.L. (1988). Expectancies and functional impairment in chronic low back pain. *Pain*, 33, 323-333.
- Crisson, J.E. y Keefe, F.J. (1988). The relationship of locus of control to pain

- coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. *Pain*, 35, 147-154.
- DeGood, D.E. (1983). Reducing medical patients' reluctance to participate in psychological therapies: the initial session. *Professional Psychology*, 14, 570-579.
- DeGood, D.E. y Shutty, M.S. (1992). Assessment of pain beliefs, coping and self-efficacy. En Turk D.C. y Melzack R. (Eds.), *Handbook of pain assessment*. Nueva York: The Guilford Press.
- Dolce, J.J., Crocker, M.F. y Doleys, D.M. (1986). Prediction of outcome among chronic pain patients. *Behaviour Research Therapy*, 24, 313-319.
- Edwards, L.C., Pearce, S.A., Turner-Stokes, L. y Jones, A. (1992). The Pain Beliefs Questionnaire: an investigation of beliefs in the causes and consequences of pain. *Pain*, 51, 267-272.
- Fernández, E. (1986). A classification system of cognitive coping strategies for pain. *Pain*, 26, 141-151.
- Flor, H., Behle, D.J. y Birbaumer, N. (1993). Assessment of pain-related cognitions in chronic pain patients. *Behavior Research and Therapy*, 31, 63-73.
- Flor, H. y Turk, D.C. (1988). Chronic back pain and rheumatoid arthritis: predicting pain and disability from cognitive variables. *Journal Behavioral Medicine*, 11, 251-265.
- 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(6), 725-731.
- Gil, K.M., Williams, D.A., Keefe, F.J., y Beckham, J.C. (1990). The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress. *Behaviour Therapy*, 21, 349-362.
- Gris, E., López, A., Ramírez, C., Anarte, M.T., Esteve, R. y Rodríguez, M.J. (1998). Estrategias de afrontamiento y estado de ánimo en pacientes con dolor crónico benigno. *II Congreso de la S.E.A.S. Benidorm*.
- Herda, C.A., Siegeris, K. y Baster, H.D. (1994). The Pain Beliefs and Perceptions Inventory: further evidence for a 4-factor structure. *Pain*, 57, 85-90.
- Hollon, S.D. y Kriss, M.R. (1984). Cognitive factors in clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*, 4, 35-76.
- Jensen, M. P. y Karoly, P. (1991). Control beliefs, coping efforts, and adjustment to chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3), 431-438.
- Jensen, M.P., Karoly, P. y Huger, R. (1987). The development and preliminary validation of an instrument to assess patient's attitudes towards pain. *Journal Psychosomatic Research*, 31, 393-400.
- Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M. y Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.
- Keefe, F.J., Crisson, J., Urban, B.J., y Williams, D.A. (1990). Analysing chronic low back pain: the relative contribution of pain coping strategies. *Pain*, 40, 293-302.
- 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.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.

- Lefebvere, M. F. (1981). Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49 (4), 517-525.
- Loeser, J.D. y Melzack, R. (1999). Pain: an overview. *The Lancet*, 353 (8), 1607-1609.
- Loring, K., Chastain, R.L., Ung, E., Shoor, S. y Holman, H.R. (1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis Rheumatology*, 32, 37-44.
- Manne, S.L. y Zautra, A.J. (1990). Couples coping with chronic illness: women with rheumatoid arthritis and their healthy husbands. *Journal of Behavioral Medicine*, 13, 327-342.
- Merluzzi, T.V., Rudy, T.E. y Glass, C.R. (1981). The information-processing paradigm: implications for clinical science. En T.V. Merluzzi, C.R. Glass, y M. Genest (Eds.), *Cognitive Assessment*. Nueva York: Guilford.
- Melzack, R. y Casey, K.L. (1968). Sensory and central control determinants of pain: A new conceptual model. En D. Kenshalo (Ed.), *The skin senses*, III, Charles C. Thomas, Springfield.
- Melzack, R. y Wall, P.D. (1983). *The challenge of pain*. Nueva York: Basic Books.
- Parker, J., Smarr, K., Buescher, K., Phillips, L., Frank, R., Beck, N., Anderson, S. y Walker, S. (1989). Pain control and rational thinking: implications for rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatology*, 32, 984-990.
- Riley, J.F., Ahern, D.K. y Follick, M.J. (1988). Chronic pain and functional impairment: assessing beliefs about their relationship. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 69, 579-582.
- Rosenstiel, A.K. y Keefe, F.J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.
- Schwartz, D.P., DeGood, D.E. y Shutty, M.S. (1985). Direct assessment of beliefs and attitudes of chronic pain patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66, 806-809.
- Shutty, M.S. y DeGood, D.E. (1990). Patient knowledge and beliefs about pain and its treatment. *Rehabilitation Psychology*, 35, 43-54.
- Slater, M.A., Hall, H.F., Atkinson, J.H. y Garfin, S.R. (1991). Pain and impairment belief about in chronic low back pain: validation of the pain and Impairment Relationship Scale (PAIRS). *Pain*, 44, 51-56.
- Snow-Turek, A.L., Norris, M.P. y Tan, G. (1996). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 64, 455-462.
- Spinhoven, P., TerKuile, M.M., Linssen, A.G.C. 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., Bishop, S. y Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 524-532.
- 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.
- TerKuile, M.M., Linssen, C.G. y Spinhoven, P. (1993). The development of the

- Multidimensional Locus of Pain Control Questionnaire (MLPC): factor structure, reliability, and validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 387-404.
- Thompson, S.C. (1981). Will it hurt if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, 90, 89-101.
- Turk, D.C., Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983). *Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive-Behavioral Perspective*. Nueva York: Guilford Press.
- Turk, D.C. y Okifuji, A. (1997). Evaluating the role of physical, operant, cognitive, and affective factors in the pain behaviors of chronic pain patients. *Behavior Modification*, 21 (3), 259-280.
- Turk, D.C., y Rudy, T.E. (1992). Cognitive factors and persistent pain: a glimpse into Pandora's Box. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 99-122.
- Turk, D.C. y Salovey, P. (1985). Cognitive structures, cognitive processes y cognitive-behavior modification: 1. Client issues. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 1-17.
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, Somerville, D. y Main, C.J. (1993). A fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52,157-168.
- Williams, D.A. y Keefe, F.J. (1991). Pain belief and the use of cognitive-behavioral coping strategies. *Pain*, 46, 185-190.
- Williams, D.A., Robinson, M.E., y Geisser, M.E. (1994). Pain beliefs: assessment and utility. *Pain*, 59, 71-78.
- Williams, D.A. y Thorn, B.E. (1989). An empirical assessment of pain beliefs. *Pain*, 36 351-358.
- Wrubel, J., Benner, P. y Lazarus, R.S. (1981). Social competence from the perspective of stress and coping. En J. Wine y M. Smye (Eds.), *Social Competence* (págs.61-99). Nueva York: Guilford Press.