

PERCEPCIÓN DE ESTRÉS Y AFECTACIÓN VITAL EN DOLOR CRÓNICO

Antonio Fernández Castillo¹ y M^a José Vílchez Lara²

¹Universidad de Granada; ²Hospital «San Cecilio», Granada (España)

Resumen

El objetivo principal de este estudio es analizar si la alteración emocional y en concreto, el estrés en personas con dolor crónico, se asocia diferencialmente con una mayor pérdida de actividad y un mayor impacto en la vida del sujeto. Para ello se trabajó con una muestra de 92 pacientes con dolor crónico, atendidos en la Unidad del Dolor del Hospital Universitario «San Cecilio» de Granada, España. Nuestros resultados confirman diferencias significativas entre sujetos con altos y bajos niveles de estrés en los niveles de interferencia del dolor en la actividad y el funcionamiento diario. No se encontraron diferencias en función de la edad en ninguna de las variables estudiadas, aunque los hombres con dolor crónico mostraron mayores niveles de estrés que las mujeres. De las variables estudiadas, dos de ellas: la reducción de actividad derivada de la interferencia que el dolor crónico causa en la vida y la afectación emocional, predicen la aparición de estrés en estos sujetos. Se discute un posible modelo de relación entre las variables estudiadas, así como posibles implicaciones prácticas.

PALABRAS CLAVE: *Dolor crónico, estrés, funcionamiento diario.*

Abstract

The main object of this study is to investigate whether emotional alteration, and specifically stress, is associated with activity reduction and the impact on the lives of people with chronic pain. We worked with a sample of 92 subjects with chronic pain. All of them were patients at the Pain Unity of the University Hospital «San Cecilio» of Granada, Spain. Our results confirm the significant differences among subjects with high and low levels of stress in the degree of pain interference with activity and daily functioning. No differences were found in function of age in the studied variables, although men with chronic pain showed greater levels of stress than women. From the studied dimensions, the activity reduction in function of the interference that chronic pain causes in life, and emotional affec-

tation, among others, predicted more stress. A possible relationship model among the studied variables is discussed, as well as practical implications.

KEY WORDS: *Chronic pain, stress, daily functioning.*

Introducción

El dolor crónico se caracteriza, frente a otras tipologías de dolor, por carecer de valor adaptativo (Cano y Salazar, 1990) o por no implicar necesariamente destrucción de tejidos, o presencia de otros tipos de acontecimiento nocivos inmediatos (Gildenberg, 1992). Además, como su propia denominación indica, implica una duración prolongada en el tiempo, de al menos seis meses según algunos autores (Cano y Salazar, 1990) para poder ser considerado propiamente como «crónico».

Cailliet (1995) lo define como aquel «*dolor que persiste un mes más allá del curso habitual de una lesión o enfermedad aguda*» (p. 12). Se trataría según este autor, de una extensa problemática que incluiría el sufrimiento innecesario, ciertos niveles de incapacidad, así como un significativo deterioro personal. Las consecuencias a lo largo de su permanencia temporal, así como el importante componente afectivo que se asocia al mismo, entran a formar parte de sus peculiaridades, que lo pueden diferenciar de forma sustancial del dolor agudo (Masedo y Esteve, 2002).

Múltiples investigaciones de los últimos tiempos relacionadas con el dolor, han sido diseñadas con objeto de conocer en qué medida diversos aspectos psicológicos pueden relacionarse con su padecimiento. Algunos de los aspectos estudiados incluyen el miedo o la sensibilidad a la ansiedad (Asmundson, Bonin, Frombach, y Norton, 2000), estrés (Melzack, 1999; Turner, Jensen, Warmis y Cardenas, 2002), así como algunos trastornos psicológicos, como depresión por ejemplo (Anarte y Camacho, 2003) u otros variados aspectos como por ejemplo las creencias religiosas o la personalidad (Morris, 1999; Ramírez, López y Esteve, 2004), entre otras variables. También destacan aquellos otros estudios que han intentado conocer en qué medida el dolor repercute sobre la realización de actividades de la vida diaria, en la vida familiar, la autonomía funcional o la expresión de ansiedad (Greenberg y Burns, 2003; Ramírez y Valdivia, 2003).

Según diversos autores (Gatchel y Turk, 1999; Strunin y Boden 2004), entre los efectos que el padecimiento del dolor crónico podría tener, se incluirían la pérdida de roles sociales asociados al género, el incremento de la dependencia y la indefensión, depresión, miedo y ansiedad, repercusiones sobre las relaciones de pareja, estrés en el cónyuge y otros familiares o reducción de interacciones sociales, actividades con los hijos, etc. En la misma línea también han sido relacionadas con mayores niveles de dolor crónico la atención prestada a las actividades sociales, el mantenimiento de la independencia, la presencia de depresión y alteraciones emocionales o actividades habituales como trabajar o conducir (Breivik *et al.*, 2006; Taylor *et al.*, 2007).

Más específicamente, el dolor crónico ha sido asociado a cambios en los estilos de vida de quienes lo padecen, desajustes comportamentales y cognitivos, fracaso en las iniciativas de afrontamiento o estrategias pasivas del mismo, que incluso

podrían contribuir al incremento de las sensaciones dolorosas, formando así un adverso círculo vicioso. La afectación de la vida del sujeto, o la calidad de vida, han sido estudiadas y relacionadas incluso con la localización específica del dolor (Ang, Kroenke y McHorney, 2006). Algunas investigaciones han vinculado la vulnerabilidad al estrés, el miedo o la evitación asociados con el padecimiento de dolor (Asmundson *et al.*, 2000), o aspectos como el malestar emocional, la evitación del daño o la reducción de la búsqueda de novedades y el déficit en autodirección (Cañellas *et al.*, 2005).

También en los contextos clínicos y de intervención, cada vez se le viene concediendo mayor importancia a los aspectos psicológicos implicados en el dolor crónico, prueba de ello serían las terapias conductuales, contextualistas y cognitivo-conductuales que están siendo incorporadas a los programas multidisciplinarios de intervención en dolor crónico de manera rutinaria (Burns *et al.*, 2003). En ese sentido por ejemplo, las aproximaciones funcionales-contextuales se muestran cada vez más potentes a la hora de abordar los componentes psicológicos inherentes de la experiencia de dolor y sus consecuencias incapacitantes (Luciano, Visdómine, Gutiérrez y Montesinos, 2001). Todo este conjunto de terapias podrían contribuir a reducir la severidad así como debilitar los efectos del dolor crónico, al tiempo que contribuirían a que los pacientes percibieran el dolor como menos dañino en sus vidas, menos incomprensible a la vez que más controlable e incluso superable.

La reducción de interacciones sociales y de actividades de la vida diaria en general ha sido entendida tradicionalmente como un efecto directo del sufrimiento de dolor, sin que hayan quedado claros posibles variables que se ubiquen entre ambos fenómenos. Aún hoy no parece quedar totalmente claro el papel que el estrés en concreto, como una de esas variables psicológicas aludidas, podría jugar en esta asociación. Todo ello a pesar de que el estudio del estrés en relación con el bienestar y la salud posee ya una amplia y consolidada tradición (p.ej., del Barrio, 2003; Fernández-Castillo, 2000). El estrés ha sido conceptualizado como una valoración negativa o amenazadora de la realidad, implicando frecuentemente imposibilidad o dificultad para el afrontamiento de situaciones que generan alteración emocional (Cano, Rodríguez y Antuña, 2005; Fernández-Castillo, 2000). Igualmente el estrés podría ser una variable asociada al dolor crónico, si entendemos esta tipología de dolor como una situación vital negativa, y la interacción entre ambos aspectos, dolor y estrés derivado del mismo, podría ser responsable de cambios en los estilos vitales y reducción de actividad diaria y funcional (Cano, Rodríguez y Antuña, 2005).

La aparición reciente de nuevos desarrollos teóricos ha permitido interpretar estas asociaciones desde un planteamiento diferente. A este respecto, Hayes y Wilson (1993), por ejemplo, analizan desde un punto de vista novedoso la arbitrariedad en la posible valoración de una misma situación como de amenazante o no, e incluso en el caso de que sea amenazante, que pueda ser interpretada como un desafío con posibilidades de obtener de ella algún beneficio o como un acontecimiento devastador. De tales desarrollos teóricos se han derivado recientemente valiosos planteamientos para la intervención psicológica en múltiples casuísticas (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999).

Como hemos visto, el padecimiento de dolor crónico, así como de altas intensidades del mismo, está asociado de forma inherente a pérdida de calidad de vida, deterioro de interacciones de todo tipo y por supuesto reducción de actividades en general. Desde algunos estudios se ha entendido esta situación no sólo como un efecto directo del dolor, sino como una posible consecuencia de un trastorno de evitación experiencial (Rodríguez-Parra, Esteve-Zarazaga y López-Martínez, 2000). Los esfuerzos por contrarrestar o suprimir una situación estresante, darían como resultado a largo plazo todas las características descritas por diversos autores en relación con la incapacidad funcional, la reducción generalizada de actividades de vida diaria e incluso la evitación experiencial.

Por otra parte, distintas investigaciones han buscado diferencias tanto en el sufrimiento del dolor como en algunos de sus componentes, en función de las variables sexo y edad. Los resultados parecen algo contradictorios, pues mientras que algunos autores han encontrado diferencias entre hombres y mujeres en algunos aspectos del dolor crónico, como por ejemplo la tolerancia al mismo, el número de visitas al especialista o en las manifestaciones del dolor crónico, también estos mismos autores y otros, han encontrado que no existen diferencias entre géneros en otras variables estudiadas, como por ejemplo el miedo, la evitación o el catastrofismo asociados al dolor, o en la evaluación de la severidad del dolor (George, Wittmer, Fillingim y Robinson, 2007; George, Bialosky, Wittmer y Robinson, 2007; Kaur *et al.*, 2007). Para algunos autores parece existir una tendencia a que las mujeres necesiten más recursos que los hombres para manejar el dolor crónico (Kaur *et al.*, 2007).

El objetivo general de este trabajo se centra en el estudio descriptivo transversal de algunas variables psicológicas que podrían estar asociadas o explicar la afectación vital y la reducción de actividad diaria en personas con dolor crónico.

Nuestro primer objetivo específico es replicar si en la muestra estudiada puede encontrarse la asociación entre dolor crónico y afectación vital, encontrada frecuentemente en la bibliografía revisada. En segundo lugar, esperamos discernir si existen diferencias en función de la edad y el género, tanto en la mera intensidad del dolor crónico, como en algunas de las variables estudiadas. El tercer objetivo de nuestro estudio se orienta a conocer con mayor detalle la asociación entre dolor crónico y estrés e impacto vital. Por último, intentaremos determinar en nuestra muestra, cuales de las dimensiones estudiadas de afectación vital asociadas al dolor crónico pueden predecir la aparición de estrés en estos sujetos.

Nuestras hipótesis de trabajo, en base a la bibliografía revisada, nos inducen a pensar que será plausible encontrar una asociación significativa entre dolor, estrés percibido y afectación vital. Así como encontrar diferencias significativas en la afectación vital en función de diferentes niveles de estrés. Adicionalmente hipotetizamos la inexistencia de diferencias significativas en dolor, estrés y afectación vital en función de la edad, así como en función del sexo.

La sensación de dolor crónico, se asociaría a una percepción más negativa de la realidad, influyendo por ejemplo en una mayor percepción de exposición a eventos estresantes, tanto cuantitativa como cualitativamente. Y el efecto devastador que el dolor crónico tiene en la reducción de actividades de la vida diaria, así como en la evitación de actividad en general, aparte de estar mediado por la incapacitación

funcional derivada del proceso de pérdida de salud propiamente dicho, podría estar mediatizada por la presencia de estrés, estando éste asociado diferencialmente a distintas dimensiones de la afectación vital debida al dolor.

Método

Sujetos

En el estudio participaron 92 sujetos seleccionados al azar entre los pacientes de la Unidad de Dolor del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario «San Cecilio» de Granada. Dicha Unidad atiende, entre una diversidad de casuísticas relacionadas con el dolor, con exclusividad a pacientes con diversas circunstancias y patologías en las que está presente el dolor crónico.

De los sujetos participantes en nuestro estudio, 55 fueron mujeres (59,8%) y 37 hombres (40,2%); la media de edad fue de 53,77 años con una desviación típica de 15,7 y un rango que oscila entre 26 y 87 años de edad. En cuanto al estado civil, 17 (18,5%) eran solteros, 70 (76,1%) casados y 5 (5,4%) viudos. 50 de nuestros sujetos tenían su residencia en un núcleo urbano (54,3%) y 42 (45,7%) en zonas rurales.

Se utilizó como criterio de exclusión la incapacidad física o funcional derivada de padecimientos físicos o de salud más graves, así como padecer dolor crónico de origen oncológico, sobre la base del análisis de las historias médicas de los pacientes. Del resto de los sujetos atendidos en la Unidad se seleccionó aleatoriamente la muestra que participó en el estudio. La participación fue libre en todo momento, solicitándose a los participantes la firma de un consentimiento informado.

Instrumentos

A los sujetos que participaron en la investigación, previo requerimiento de consentimiento, se les solicitó que contestaran a una serie de instrumentos de evaluación, que fueron los siguientes:

1. «Escala numérica verbal» (ENV) como instrumento de determinación de la intensidad percibida del dolor. En nuestro caso el escalamiento fue de 0 a 100, con intervalos de 10 en la representación lineal gráfica. El uso generalizado de esta escala se basa en su simplicidad, su facilidad de comprensión, o su fiabilidad. A pesar de los problemas que se le suponen, entre ellos la valoración del dolor como un fenómeno unidimensional con variaciones únicas en intensidad, sigue siendo en la actualidad uno de los instrumentos más utilizado en la valoración del dolor (Fernández-Castillo, Vílchez-Lara y Caballero, 2006).

2. La versión traducida y adaptada al español por Ferrer (1999) del «Inventario multidimensional de dolor West Haven-Yale» (*West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory, WHYMPI*; Kerns, Turk y Rudy, 1985). Se trata de un instrumento compuesto por 52 ítems diseñados en escala tipo *Likert* dirigido a evaluar un amplio ámbito de factores psicológicos, físicos y sociales involucrados en la experiencia de dolor.

El instrumento comprende tres secciones generales centradas, respectivamente, en el impacto del dolor en la vida del sujeto, la percepción del sujeto de la respuesta o comportamiento de otros en relación con su dolor y en tercer lugar, la determinación de la realización de actividades, permitiendo la comparación entre actividad antes y después del padecimiento de dolor crónico. En nuestro caso se usó únicamente la subescala o sección I, dirigida, como hemos dicho, a evaluar el impacto del dolor sobre la vida del sujeto y la afectación comportamental debida al mismo, alcanzando el estadístico de fiabilidad *alpha* de Cronbach un valor $\alpha = 0,90$, no muy alejado de otros indicadores utilizados en otros estudios, por ejemplo Kappa = 0,975 ($z = 15,14$, $p = 0,00$) según Turk y Rudy (1988). La subescala utilizada está compuesta por 20 ítems tipo Likert con 7 opciones de respuesta.

Para nuestro caso, la aplicación del cuestionario se orientó hacia la obtención de una puntuación final para la sección especificada, como resultado de sumar las puntuaciones en cada ítem, sin tipificar, siguiendo los criterios de Ferrer (1999), y también a la utilización de las 5 dimensiones que la componen. Dichas subescalas son: Interferencia del dolor en la actividad y el funcionamiento del paciente, apoyo social percibido e importancia de los demás, severidad del dolor, autocontrol percibido y afectación emocional negativa.

3. La «Escala de estrés percibido» (*Perceived Stress Scale, PSS*; Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983), traducida y adaptada al español por Fernández-Castillo (2000). Este instrumento fue construido con objeto de determinar el grado en que una etapa en la vida de una persona se percibe como estresante y en qué medida determinados acontecimientos se evalúan como amenazantes. La escala la componen 14 ítems referidos a las últimas semanas de la vida del sujeto. Las alternativas de respuesta son cinco: nunca, algunas veces, bastantes veces, casi siempre y siempre. Se le pide a la persona que tenga presente el último mes o las últimas semanas al contestar a las preguntas. Los resultados posibles implican que a mayor puntuación mayor estrés percibido por la persona durante las últimas semanas. Los coeficientes de fiabilidad alfa de la investigación original (Cohen *et al.*, 1983) oscilan entre 0,84 y 0,86. Para la versión española (Fernández-Castillo, 2000) refiere un valor $\alpha = 0,90$. En nuestro caso se encontró un valor algo inferior, $\alpha = 0,81$.

Procedimiento

Con los instrumentos detallados anteriormente se elaboró una herramienta que fue contestada por los pacientes seleccionados con dolor crónico durante sus visitas regulares a la Unidad del Dolor.

Por lo que se refiere al análisis estadístico y con objeto de conocer si existen diferencias significativas entre aquellos sujetos que presentan altos o bajos niveles de dolor crónico, expresados a través de la ENV, se llevó a cabo un análisis «*t*» para muestras independientes, subdividiendo a la muestra en dos grupos: los de alto y bajo dolor crónico. A continuación se buscaron diferencias significativas entre estos grupos, tanto en el grado de estrés al que estaban sometidos, como en la afectación vital que expresaban.

Posteriormente se repitió el análisis de comparación de medias, utilizando ahora un análisis de varianza (ANOVA) y subdividiendo a la muestra en tres grupos según puntuaciones bajas, medias y altas en dolor crónico y en percepción de estrés, respectivamente. En ambos casos se utilizó el percentil 33 y el 66 como puntos de corte al objeto de crear 3 grupos homogéneos de sujetos en función de los valores de ambas distribuciones.

Finalmente, un análisis de regresión nos permitiría determinar en qué medida la afectación en la vida del sujeto, y específicamente las dimensiones de la misma consideradas, pueden predecir el estrés asociado al dolor crónico.

Todos los cálculos estadísticos fueron realizados con el paquete informático SPSS 14.0.

Resultados

Un análisis descriptivo inicial, indicó que nuestros sujetos presentaron una media en la puntuación de dolor crónico, medido a través de la Escala Numérica Verbal (ENV) de 67,07 con una desviación típica de 23,88 (rango 10 - 100). Por lo que se refiere a la puntuación total de estrés percibido, la media fue de 41,35, (mínimo = 27, máximo = 56) y la desviación típica de 8,65.

El análisis de correlación entre ENV y cuestionario de estrés nos indica que ambas variables están relacionadas entre sí: $r = 0,344$ ($p = 0,001$). Algo similar pero con mayor intensidad ocurre entre la afectación comportamental debida al dolor y el estrés percibido, $r = 0,595$ ($p = 0,00$), así como entre la expresión cuantitativa de dolor y la afectación comportamental, $r = 0,67$ ($p = 0,00$). Pero aunque estos resultados nos indican la asociación entre las variables consideradas, el resto de análisis habría de clarificar la relación buscada en función de nuestras hipótesis.

Al objeto de saber si la edad de los pacientes se relacionaba con las variables objeto de estudio, los respectivos análisis de correlación mostraron que la edad no estaba relacionada con el grado de dolor crónico ($r = 0,185$; $p = 0,07$), ni con la puntuación total de estrés percibido ($r = 0,130$; $p = 0,22$), ni con el nivel de afectación de la vida diaria ($r = 0,026$; $p = 0,81$).

Adicionalmente quisimos buscar diferencias significativas entre géneros, en las tres variables estudiadas. Nuestros resultados mostraron que no existían diferencias significativas entre hombres y mujeres en el nivel de dolor crónico, ni en la afectación de la vida diaria, pero que sí las hay en el nivel de estrés percibido, siendo éste más elevado en los hombres, tal como se detalla en la tabla 1.

Según nuestras hipótesis, para conocer si existen diferencias significativas entre personas que puntúan por encima y por debajo de 50 en la ENV, se llevaron a cabo sendas pruebas t de comparación de medias. En ese sentido y en relación con la percepción de estrés, ($t [1,90] = 2,23$, $p = 0,03$), ambos grupos diferían significativamente. La media de estrés fue más alta en el grupo de dolor alto (42,55) ($DT = 8,76$) que en el grupo de dolor bajo (38,12) ($DT = 7,61$). En cuanto a la puntuación en afectación vital, ($t[1,90] = 6,03$, $p = 0,00$), igualmente las dife-

rencias entre los grupos fueron significativas, siendo la media de afectación más alta en el grupo de dolor alto (72,79) ($DT = 12,68$) que en el grupo de dolor bajo (47,80) ($DT = 19,21$).

Tabla 1

Diferencias entre géneros en dolor crónico, estrés afectación de la vida diaria

Dolor crónico				
Género	N	Media	DT	Anova
Hombres	37	63,78	27,014	$F_{(1,90)} = 1,17; p = 0,28$
Mujeres	55	69,27	21,50	
Estrés percibido				
Género	N	Media	DT	Anova
Hombres	37	43,84	9,23	$F_{(1,90)} = 5,37; p = 0,02^*$
Mujeres	55	39,67	7,90	
Afectación de la vida diaria				
Género	N	Media	DT	Anova
Hombres	37	67,97	18,90	$F_{(1,90)} = 0,71; p = 0,40$
Mujeres	55	64,67	18,12	

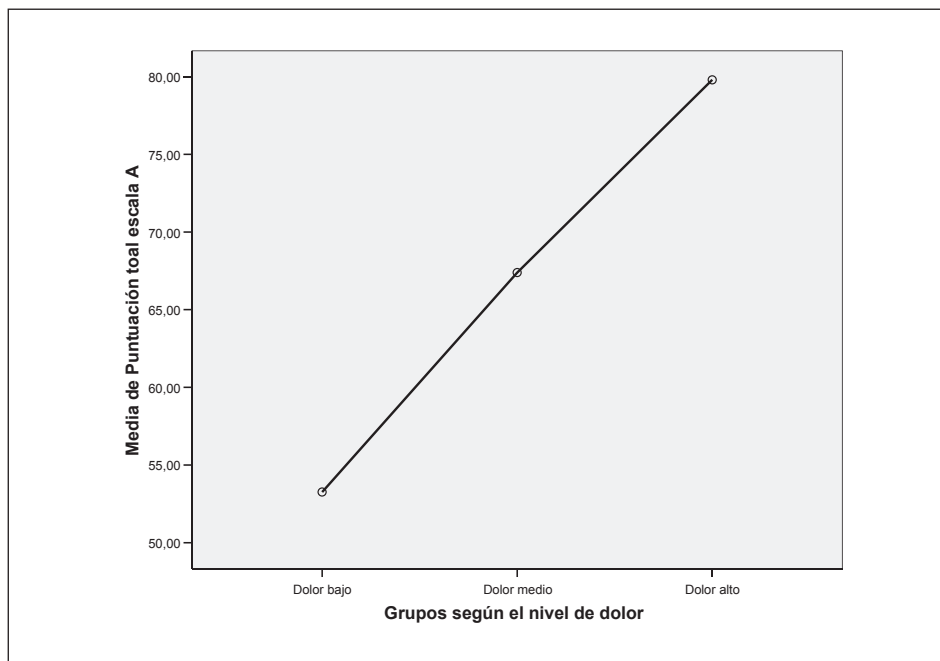
Como hemos señalado y para conocer con más detalle si se pueden dar diferencias en estas asociaciones, se dividió a los sujetos en tres grupos según el dolor expresado en la ENV (sujetos con dolor leve, medio y alto) y según el estrés percibido. A continuación se llevó a cabo, en primer lugar, un ANOVA, que mostraba diferencias significativas ($F [2, 89] = 20,93; p = 0,00$), así como las correspondientes pruebas post-hoc, cuyos resultados se detallan en la tabla 2 y se describen en la figura 1.

Tabla 2

Prueba DMS. Análisis de diferencias en afectación vital según grupos de dolor crónico

Variable dependiente: Afectación vital				
	(I) Grupos según nivel de dolor crónico	(J) Grupos según nivel de dolor crónico	Diferencia de medias (I-J)	p
DMS	Dolor bajo (Media = 53,26; $DT = 20,65$)	Dolor medio (Media = 67,39; $DT = 14,65$)	14,13	0,00
		Dolor alto (Media = 79,80; $DT = 5,27$)	26,54	0,00
	Dolor medio	Dolor alto	12,41	0,00

Figura 1
Asociación entre nivel de dolor y afectación comportamental
(cambio en los estilos de vida)



Los resultados nos hacen suponer la existencia de diferencias significativas en la afectación vital de los sujetos integrantes de nuestra muestra, en función del grado de dolor crónico padecido.

En segundo lugar, un análisis paralelo tomó igualmente la puntuación total de impacto del dolor sobre la vida del sujeto, en los tres grupos de sujetos considerados según el estrés que percibían. En ese sentido se clasificó a los sujetos en función de una puntuación baja, media o alta según la puntuación obtenida en estrés percibido. Los datos indican diferencias significativas en afectación vital según el nivel de estrés en personas con dolor crónico según el ANOVA ($F [2, 89] = 34,01; p = 0,00$) aunque las diferencias en función de los grupos no son siempre significativas, como se resumen en la tabla 3 y se representan gráficamente en la figura 2.

Se pueden encontrar diferencias significativas entre los sujetos con baja y media exposición a estrés, e igualmente entre sujetos con baja y alta puntuación en estrés percibido, sin embargo no se encontraron diferencias entre sujetos con media y alta puntuación en esta variable, tal como se puede observar en la figura 2.

Con objeto de averiguar cuales de las 5 dimensiones del impacto del dolor en la vida del paciente predice la presencia de estrés en personas con dolor crónico, se llevó a cabo un análisis de regresión final.

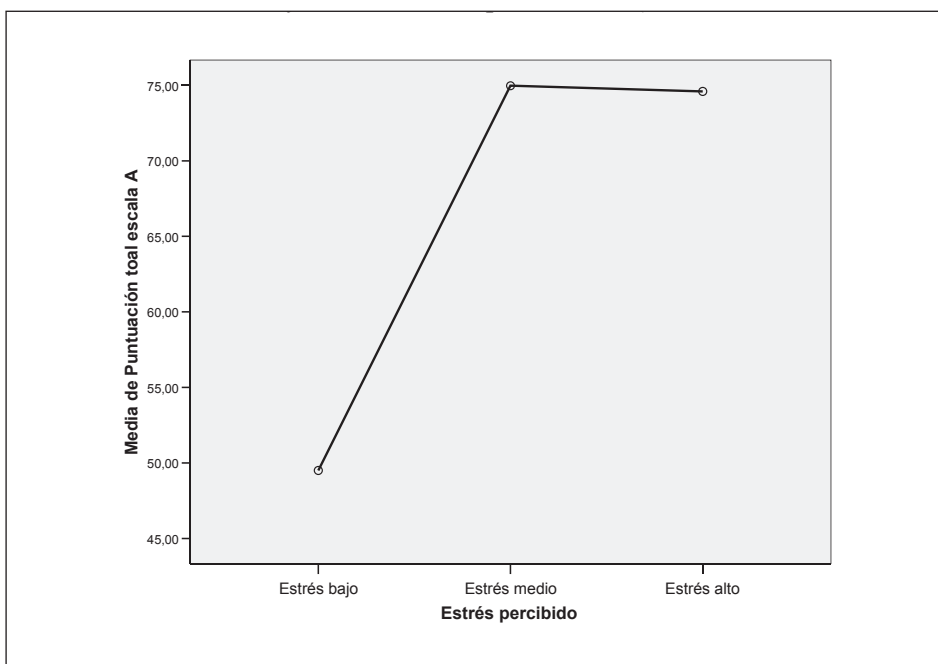
Tabla 3

Prueba DMS. Análisis de diferencias en afectación vital según grupos de estrés

Variable dependiente: Afectación vital				
	(I) Grupos según estrés percibido	(J) Grupos según estrés percibido	Diferencia de medias (I-J)	<i>p</i>
DMS	Estrés bajo (Media = 49,50; DT = 16,79)	Estrés medio (Media = 74,97; DT = 14,13)	25,47	0,00
		Estrés alto (Media = 74,59; DT = 9,50)	25,09	0,00
	Estrés medio	Estrés alto	0,38	0,92

Figura 2

Asociación entre estrés y afectación comportamental (cambio en los estilos de vida)



Las variables predictoras incluidas explicaron el 57,4% de la variabilidad del criterio, según la R cuadrado, encontrándose una relación lineal significativa ($F[5, 86] = 23,17; p = 0,00$). A excepción del apoyo social, el resto de las variables consideradas presentaron relevancia predictiva en la explicación del criterio, tal como se aprecia en la tabla 4.

Tabla 4

Análisis de regresión. Dimensiones de la afectación debida al dolor que predicen estrés percibido en personas con dolor crónico

VARIABLES PREDICTORAS	COEFICIENTES ESTANDARIZADOS BETA	p
Interferencia	0,570	0,000
Apoyo	0,142	0,068
Gravedad del dolor	0,449	0,002
Autocontrol	0,392	0,000
Afectación emocional	0,486	0,000

Discusión

Nuestra investigación intenta establecer un nexo entre el impacto del dolor sobre la vida del sujeto y la afectación comportamental debida al mismo, manifestada principalmente en pérdida de actividad en personas con dolor crónico, y determinados eventos de carácter eminentemente verbal, emocional y perceptivo que suelen estar presentes en estos sujetos que pueden identificarse bajo la denominación de estrés. En relación con los cambios comportamentales asociados al padecimiento de dolor crónico, intentamos averiguar en qué medida, variables como la valoración del grado de dolor al que están sometidos o determinados procesos, como por ejemplo la percepción más negativa de la realidad, expresada en este caso en forma de exposición a mayores niveles de estrés, podrían generarla.

Según nuestros resultados, puede decirse que la afectación en la vida de los sujetos, el cambio en los hábitos comportamentales o el impacto sobre la actividad en general, difieren en función del grado de dolor del que informa el sujeto. La significatividad en las diferencias encontradas se interpreta igualmente de modo que a más dolor, más interferencia en la vida diaria e incluso más reducción de la actividad. Aunque este resultado era de esperar y diversos estudios (p.ej., Greenberg y Burns, 2003), avalan la relación directa entre altos niveles de dolor crónico y reducción de actividades funcionales, nuestro interés se centraba en mayor medida en algunos mecanismos psicológicos que podrían verse implicados en esta relación.

De acuerdo con los resultados de los análisis de correlaciones llevados a cabo, la asociación entre dolor y percepción de estrés resultó positiva y significativa, llamando nuestra atención el alto valor alcanzado por la asociación entre ambas variables. Por supuesto que la intensidad del dolor tendría importancia explicativa en la supresión por parte del sujeto, en la aparición posterior de diferentes grados de reducción de actividad en diversas áreas comportamentales, catastrofismo, etc. (Turner *et al.*, 2002), pero esta asociación podría explicarse, al menos en parte, por la presencia de afectación emocional y estrés. En nuestro caso se constata que el

estrés y la consiguiente percepción y valoración más negativa de ciertos eventos vitales, podría ser una variable relevante, al estar asociada a las alteraciones en los patrones de vida y hábitos conductuales de estos sujetos.

En relación con nuestro segundo objetivo específico, las diferencias buscadas entre grupos de edad no resultaron significativas en ninguna de las variables estudiadas. Es lógico pensar que el nivel de dolor expresado no mantenga ninguna relación con la edad, ni que esta se asocie significativamente con la afectación vital ni con el estrés. Este último resultado coincide con otros estudios que no han encontrado diferencias generales en estrés en función de la edad, aunque ciertamente en otros ámbitos de estudio (Fernández-Castillo y López-Naranjo, 2006). Paralelamente, tampoco esperábamos encontrar diferencias en función del género en ninguna de las tres variables aludidas, sin embargo, si se encontró que los hombres de nuestra muestra presentaban niveles significativamente más elevados de estrés, en comparación con las mujeres. Este resultado, entra a formar parte del desacuerdo que encontramos en la bibliografía consultada, pues hay datos y tendencias que lo avalan y otras que no (George, Wittmer *et al.*, 2007; George, Bialosky *et al.*, 2007). Y puesto que los hombres, a la luz de otros estudios (Kaur *et al.*, 2007), parecen afrontar el dolor de forma más eficaz, o por lo menos necesitan menos recursos, también podríamos pensar que quizá en las mujeres el dolor crónico genera menores niveles de estrés, o que los hombres lo afrontan mejor, puesto que no encontramos después diferencias en afectación vital. De cualquier forma, este resultado merecería mayor atención de futuras investigaciones.

Los resultados obtenidos tras los análisis de varianza, confirman por una parte que las personas que padecen altas intensidades de dolor crónico, perciben que están sometidas a mayores niveles de estrés, en comparación con aquellas personas, que también padecen dolor crónico, pero cuya intensidad es media o baja. No es novedoso que la expresión de esa percepción de un mayor estrés podamos relacionarla con una visión más negativa de la realidad, con catastrofismo y posiblemente con una dificultad o incapacidad para hacer frente a las demandas derivadas de diversas circunstancias vitales (Chong, Cogan, Randolph y Racz, 2001; Turner *et al.*, 2002). Sin embargo, a la luz de diversas aportaciones de diferentes autores (por ejemplo Hayes, Bissett *et al.*, 1999; Hayes, Strosahl *et al.*, 1999), podríamos interpretar la asociación de algunas de estas variables desde otra orientación. El estrés, el catastrofismo y la percepción negativa de la realidad podría asociarse a un proceso deliberado de evitación, de reducción de búsqueda de novedades, auto-dirección o hábitos desadaptativos (Cañellas *et al.*, 2005) que contradictoriamente, iría en contra de los resultados que busca el sujeto, esto es, en contra de un mayor bienestar o de la desaparición del dolor y de las percepciones y verbalizaciones negativas asociadas al mismo. Así pues, el rechazo por parte del individuo a esa situación tanto de presencia de dolor, como sobre todo a la aparición de pensamientos y sentimientos vinculados al mismo, podría conducir a una evitación en el afrontamiento de tales eventos estresantes, con la consiguiente propensión a cambios en los estilos de vida, reducción comportamental o tendencia a la realización de actividades no adaptativas inherentes al trastorno de evitación experiencial. Esta tendencia comportamental podría entenderse como un conjunto de intentos a corto plazo de

supresión inadecuada de las sensaciones derivadas del dolor. Como manifestaciones inherentes al trastorno de evitación experiencial (Wilson y Luciano, 2002), la inhibición comportamental y la consiguiente reducción de actividad se encontrarían entre las reacciones no apropiadas o intentos insatisfactorios de acabar con el estrés derivado de la experimentación del dolor crónico.

Como posibles limitaciones de nuestro trabajo, señalar en primer lugar y en relación con lo anterior, el hecho de que los instrumentos de evaluación utilizados, no sean instrumentos específicos de evaluación de evitación experiencial. Pensamos que a pesar de ello, nos permiten ejemplificar un poco más, parte al menos del componente verbal y perceptivo asociado al padecimiento del dolor crónico y a la aparición ulterior de los intentos de supresión no adaptativos. En segundo lugar, entendemos que futuros trabajos en esta línea podrían tener en cuenta variables que podrían ser relevantes, como por ejemplo la patología específica de cada paciente, los posibles tratamientos recibidos o la duración del padecimiento de dolor, entre otros.

Un resultado curioso de nuestro estudio deriva de la comparación de los patrones de estrés y dolor en relación con la afectación de la vida del paciente. Mientras que la tendencia lineal es clara en el caso del dolor y su asociación con la afectación comportamental (figura 1), no se aprecia esta tendencia en cuanto a la percepción de estrés y su asociación con la interferencia sobre la actividad en general y la afectación comportamental (figura 2). Nuestros datos reflejan que a partir de ciertos niveles, moderados, en la exposición o percepción de estrés en la vida del sujeto, ya se comenzaría a observar un efecto de afectación comportamental, reducción de actividades y alteración de hábitos e interacciones. Dicho efecto tendería a estabilizarse, no incrementándose aunque los componentes psicológicos, en nuestro caso el estrés, se incrementasen en magnitud. Recordemos que la asociación, expresada a través de los análisis de correlaciones, entre estrés, dolor y afectación comportamental, era bastante alta. Lo que nos induce a pensar que a partir de un estado de afectación emocional moderado, el efecto sobre la vida diaria de las personas con dolor crónico no varía. Esta relación, podría permitirnos especular con la posibilidad de que ambas variables, el estrés y la afectación vital, fuesen dimensiones de un mismo fenómeno en el ámbito del trastorno de evitación experiencial en estos sujetos (Cañellas *et al.*, 2005).

Nuestros resultados podrían además interpretarse en relación con la posible presencia de un círculo vicioso en el que en un primer momento, el dolor crónico podría relacionarse con la presencia de estrés, resultado este que no es novedoso. Ambas variables, el estrés y el dolor crónico podrían asociarse a su vez a un mayor cambio en los estilos de vida, configurándose el estrés como una variable relevante, e incluso mediadora, en la asociación del dolor con la reducción de actividad. En un tercer momento, la afectación negativa en los estilos de vida y la actividad diaria, y específicamente algunas de las dimensiones estudiadas, podrían generar nuevamente mayores niveles de estrés, lo que incluso podría relacionarse nuevamente con cambios en la percepción de los niveles de dolor crónico, los cuales podrían ser más intensos. Este modelo resulta por ahora especulativo, precisando de mayor atención e investigación en el futuro.

Para concluir, insistir por último en la relevancia, avalada en los últimos años por múltiples investigaciones, del análisis de los sentimientos, las emociones, las sensaciones psicológicas, físicas y comportamentales que se evalúan con negatividad por parte del sujeto, y que derivan en cambios no adaptativos en los patrones comportamentales, como por ejemplo reducción de actividad. Tales planteamientos parecen ofrecer un modelo explicativo de alto valor, recibiendo en nuestro caso un nuevo respaldo empírico en el caso de los sujetos que presentan dolor crónico.

Referencias

- Anarte, M.T. y Camacho, L. (2003). Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. *Psicothema*, 15, 464-470.
- Ang, D.C., Kroenke, K. y McHorney, C.A. (2006). Impact of pain severity and location on health-related quality of life. *Rheumatology international*, 26, 567-572.
- Asmundson, G.J.G., Bonin, M.F., Frombach, I.K. y Norton G.R., (2000). Evidence of a disposition toward fearfulness and vulnerability to posttraumatic stress in dysfunctional pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 801-812.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. y Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.
- Burns, J.W, Glenn, B., Bruehl, S., Harden, R.N. y Lofland, K. (2003). Cognitive factors influence outcome following multidisciplinary chronic pain treatment: a replication and extension of a cross-lagged panel analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1163-1182.
- Cailliet, R.C. (1995). *Síndromes dolorosos. Dolor: Mecanismos y manejo*. México: Manual Moderno.
- Cañellas, M., García, G., Queralto, J.M., Infante, P. y Subirá, S. (2005). Personalidad y dolor crónico. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicosomática*, 26, 17-24.
- Cano, F.J., Rodríguez, L. y Antuña, M.A. (2005). Perfiles de estrés y afrontamiento en dolor crónico. *Iberpsicología: Revista Electrónica de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 10, 2.
- Cano, J.M. y Salazar, R. (1990). Clínicas de tratamiento del dolor. En R. Salazar (dir.), *Dolor crónico: posibilidades terapéuticas* (pp. 15-31). Palma de Mallorca: C.I.M.
- Chong, G.S., Cogan, D., Randolph, P. y Racz, G. (2001). Chronic pain and self-efficacy. The effects of age, sex, and chronicity. *Pain Practice*, 1, 338-343.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983) A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Del Barrio, V. (2003). Estrés y salud. En J.M. Ortigosa, M.J. Quiles y F.X. Méndez (dirs.), *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia* (pp. 47-69). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Castillo, A. (2000). *Apoyo social y calidad de vida en personas mayores*. Granada: Universidad de Granada.
- Fernández-Castillo, A. y López-Naranjo, I. (2006). Estrés parental en la hospitalización infantil. *Ansiedad y Estrés*, 12, 1-17.
- Fernández-Castillo, A., Vílchez-Lara, M.J. y Caballero, J. (2006). Valoración complementaria del dolor agudo postoperatorio en un contraste de potencia analgésica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 3, 151-158.

- Ferrer, V.A. (1999). *Dolor crónico: análisis de factores psicosociales y de personalidad que pueden influir en su percepción*. Palma: Universitat de les Illes Balears.
- Gatchel, R.J. y Turk, D.C. (1999) *Psychosocial factors in pain. Critical perspectives*. Nueva York: Guilford.
- George, S.Z., Bialosky, J.E., Wittmer, V.T. y Robinson, M.E. (2007). Sex differences in pain drawing area for individuals with chronic musculoskeletal pain. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 37, 115-121.
- George, S.Z., Wittmer, V.T., Fillingim, R.B. y Robinson, M.E. (2007). Sex and pain-related psychological variables are associated with thermal pain sensitivity for patients with chronic low back pain. *The Journal of Pain*, 8, 2-10.
- Gildenberg, P.L. (1992). Síndromes clínicos dolorosos. En K.M. Foley y R. M. Payne. *Terapéutica del dolor* (pp. 1-7). México: Interamericana-McGraw Hill.
- Greenberg, J. y Burns, J.W. (2003). Pain anxiety among chronic pain patients: specific phobia or manifestation of anxiety sensitivity? *Behaviour Research and Therapy*, 41, 223-240.
- Hayes, S.C. y Wilson, K.G. (1993). Some applied implications of a contemporary behavior-analytic account of verbal events. *The Behavior Analyst*, 16, 283-301.
- Hayes, S.C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R.D., Rosenfarb, I., Cooper, I. y Grundt, A. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49, 33-47.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford.
- Kaur, S., Stechuchak, K.M., Coffman, C.J., Allen, K.D., y Bastian, L.A. (2007). Gender differences in health care utilization among veterans with chronic pain. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 228-233.
- Kerns R.D., Turk, D.C. y Rudy, T.E. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356.
- Luciano, M.C., Visdómine, J.C., Gutiérrez, O. y Montesinos, F. (2001). ACT y dolor crónico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 113, 473-502.
- Masedo, A.I. y Esteve, M.R. (2002). On the affective nature of chronic pain. *Psicothema*, 14, 511-515.
- Melzack, R. (1999). Pain and stress: A new perspective. En R.J. Gatchel y D.C. Turk (dirs.), *Psychosocial factors in pain. Critical perspectives*. Nueva York: Guilford.
- Morris, D.B. (1999). Sociocultural and religious meanings of pain. En R.J. Gatchel y D.C. Turk (dirs.), *Psychosocial factors in pain. Critical perspectives*. Nueva York: Guilford.
- Ramírez, C. y Valdivia, Y. (2003). Evaluación del funcionamiento diario en pacientes con dolor crónico. *Psicología Conductual*, 2, 283-291.
- Ramírez, C., López, A.E. y Esteve, R. (2004). Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 147-165.
- Rodríguez-Parra, M.J., Esteve-Zarazaga, R.M. y López-Martínez, A.E. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico. *Psicothema*, 12, 339-345.
- Strunin, L. y Boden, L.I. (2004). Family consequences of chronic back pain. *Social Science & Medicine*, 58, 1385-1393.
- Taylor, D.T., Webster, L.R., Chun, S.Y. Reinking, J., Stegman, M., Shoemaker, S. y Fortner, B. (2007) Impact of Breakthrough Pain on Quality of Life in Patients with Chronic, Noncancer Pain: Patient perceptions and Effect of Treatment with Oral Transmucosal Fentanyl Citrate (OTFC, ACTIQ). *Pain Medicine*, 8, 281-288.
- Turk, D.C y Rudy, T.E. (1988). Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: integration of psychological assessment data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 233-238.

- Turner, J.A., Jensen, M.P., Warm, C.A. y Cardenas, D.D. (2002). Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. *Pain*, 98, 127-134.
- Wilson, K.G. y Luciano M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.