

LA EXPERIENCIA DE DOLOR CRÓNICO EN PERSONAS MAYORES CON ARTROSIS: DIMENSIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES Y ADAPTACIÓN

Almudena López¹, Ignacio Montorio²,
María Izal Fernández², José Luis González¹ y Miriam Alonso¹
¹Universidad Rey Juan Carlos; ²Universidad Autónoma de Madrid (España)

Resumen

Pese a que investigaciones previas han mostrado el importante papel de diferentes variables psicológicas en la experiencia de dolor crónico en las personas mayores, la investigación es aún escasa, necesiéndose una evaluación más comprensiva de las dimensiones de tal experiencia y su relación con la adaptación. El objetivo del presente trabajo fue la identificación de nuevas variables subyacentes a las variables cognitivo-conductuales y sensoriales implicadas en la experiencia de dolor de las personas mayores, analizando su relación con la adaptación emocional y funcional. Se evaluó una muestra de 104 personas mayores con artrosis. Se efectuó un análisis de componentes principales sobre variables relativas a estrategias de afrontamiento, creencias, conductas de dolor y parámetros sensoriales. El papel de las nuevas variables en la predicción de la depresión y la interferencia del dolor se analizó mediante análisis de regresión. Los cuatro componentes hallados no representan, ni sistemas de respuesta diferentes, ni las dimensiones tradicionalmente descritas por Melzack y Wall (1988), sino otros patrones cognitivo-conductuales que puede ayudar a explicar el ajuste emocional y funcional al dolor.

PALABRAS CLAVE: *dolor crónico, vejez, depresión, discapacidad.*

Abstract

Despite previous work have shown the important role of different psychological variables in older people with chronic pain, a more comprehensive evaluation of the multiple dimensions of pain experience and their relation with adjustment is needed. The objective of the present work is to identify new meaningful underlying variables that show the relationship between different cognitive-behavioural and

Correspondencia: Almudena López, Dpto. de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Avda. de Atenas s/n, 28922 Alcorcón (España). E-mail: almudena.lopez@urjc.es

Agradecimientos: Este trabajo ha sido realizado gracias a la financiación parcial de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y a la colaboración desinteresada para la selección de la muestra de los doctores Teresa González, Javier González y José Antonio López.

sensorial variables involved in the pain experience of the older people, and to evaluate how these new variables explain the emotional and functional adjustment to chronic pain. A sample of 104 older people with osteoarthritis was evaluated. Principal Component Analysis was performed on pain coping strategies, pain beliefs, pain behaviours and sensory pain parameters. Regression analyses were done to analyze the role of the new variables in predicting depression and disability. Four dimensions of the pain experience were identified. These components represent, neither different response systems nor the traditional three dimensions described by Melzack and Wall (1965), but other cognition-behaviour patterns that may help explain the emotional and functional adjustment to the pain experience.

KEY WORDS: *chronic pain, elderly, depression, disability.*

Introducción

En la actualidad, el dolor, especialmente el dolor crónico, se entiende como una experiencia subjetiva compleja, cuyo abordaje debe hacerse desde una perspectiva biopsicosocial (Truyols, Pérez, Medinas, Palmer y Sesé, 2008; Vallejo, 2008). Así, el dolor crónico debe considerarse como una experiencia tanto sensorial, como afectiva y evaluativa (Melzack y Wall, 1965; Pastor, López, Rodríguez, Terol y Sánchez, 1995). En este sentido, distintos trabajos ponen de manifiesto la importancia de los factores cognitivo-conductuales en la modulación y adaptación al dolor en distintos tipos de dolor crónico (Fernández y Vílchez, 2007; Herrero, Ramírez y González, 2008; Ramírez, Esteve y López, 2008).

Respecto a los problemas de dolor en la población de más edad, cerca de un 80% de la población mayor de 65 años sufre alguna enfermedad que le predispone a experimentar dolor, siendo la artrosis una de las causas más frecuentes (Picavet y Hazes, 2003). La artrosis es una enfermedad de la articulación caracterizada por una degeneración progresiva del cartílago articular y por hipertrofia ósea que provoca dolor e incapacidad funcional. La prevalencia de la artrosis aumenta considerablemente con la edad (Biljsma, 2002) y es marcadamente mayor en mujeres, llegando a triplicarse y cuadruplicarse el porcentaje de mujeres que padecen artrosis en distintas localizaciones respecto al de varones (Carmona, Ballina, Gabriel y Laffon, 2001; Picavet y Hazes, 2003). El padecimiento de dolor crónico en las personas mayores se ha relacionado en numerosos estudios con la aparición de desajuste, tanto a nivel físico como psicológico y social (Pawlick y Middaugh, 2002). En el caso de la artrosis, su padecimiento en personas de edad avanzada se ha vinculado con discapacidad funcional (Picavet y Hazes, 2003) y malestar emocional, en concreto al padecimiento de sintomatología depresiva (Martire et al., 2003). No obstante, es importante tener en cuenta que, al igual que en otros trastornos de dolor, en la relación entre el padecimiento de la artrosis y los síntomas depresivos y de discapacidad funcional, las variables psicológicas han demostrado jugar un papel fundamental, tanto en personas mayores (Chang, Herr, Sohn, Cha y Yom, 2007; Izal, López, Montorio y González, 2010; López, Montorio, Izal y Velasco, 2008) como jóvenes (Rapp, Rejeski y Millar, 2000; Turner, Jensen y Romano, 2000).

Aunque los problemas asociados con el padecimiento de dolor crónico en las personas mayores son similares a los encontrados en personas jóvenes (Pawlick y Middaugh, 2002), existen aspectos del dolor (Lansbury, 2000), el malestar emocional (Geerlings, Ttwisk, Beekman, Deeg y van Tilburg, 2002) y la discapacidad (Corran, Gibson, Farrel y Helme, 1994) que son únicos o más comunes en las personas mayores lo que sugiere la necesidad del estudio específico del dolor en las personas mayores. Los resultados de algunas investigaciones señalan diferencias debidas a la edad en las dimensiones afectiva y sensorial del dolor, habiéndose hallado, en población española, menores puntuaciones en la dimensión sensorial en personas mayores que en jóvenes, así como mayor catalogación de la experiencia de dolor como aversiva y desagradable (Ramírez, Esteve, López y Anarte, 2001). Otros trabajos sugieren que las diferencias en la experiencia de dolor entre jóvenes y mayores son más cualitativas que cuantitativas (Campbell, Claw y Keefe, 2003). Por ejemplo, las personas mayores parecen más propensas a informar de los síntomas de dolor si son preguntados sobre ello, y menos propensas que los jóvenes a informar de manera espontánea (Gibson y Helme, 1995; Lansbury, 2000). Así mismo, la relación entre las distintas variables que componen la experiencia de dolor puede ser diferente en las personas mayores. En este sentido, Cook, Brawer y Vowles (2006), en un estudio en el que analizaron el modelo de miedo-avoidancia utilizando ecuaciones estructurales en distintos grupos de edad, encontraron diferencias en los coeficientes estructurales entre jóvenes y mayores. Pese a la importancia de su estudio, existen muy pocos trabajos cuyo objetivo sea el análisis de la experiencia de dolor en la población mayor de 65 años, tanto en lo referente al estudio integrado de las diferentes dimensiones de tal experiencia, como en lo que respecta al análisis de los factores relacionados con ulterior adaptación emocional y funcional al dolor. La mayoría de los datos existentes provienen de estudios con muestras de amplio rango de edad, tanto jóvenes como mayores, lo que dificulta la interpretación de los hallazgos obtenidos.

Por otra parte, algunas investigaciones se han centrado en tratar de determinar los componentes o dimensiones centrales que subyacen a las distintas variables implicadas en la experiencia de dolor. De nuevo, los esfuerzos por determinar estas dimensiones en la población mayor son muy escasos y adolecen de las mismas limitaciones de muestreo mencionadas anteriormente. En esta línea, en un trabajo llevado a cabo sobre una muestra de personas entre los 16 a los 91 años, utilizando análisis exploratorios, los autores identifican siete factores: dolor y discapacidad, descripción del dolor, malestar afectivo, apoyo, estrategias de afrontamiento positivas, estrategias de afrontamiento negativas y actividad (Davison, Dean, Laendre y Davidson, 2008). Previamente, en una muestra de adultos jóvenes, Mikail, Du Breuil y D'Eon (1993) identificaron cinco factores que denominaron malestar afectivo, afrontamiento, apoyo, descripción del dolor y capacidad funcional.

En cuanto a lo que podríamos llamar factores de ajuste relacionados con el padecimiento del dolor crónico, dos de los aspectos que parecen revestir mayor importancia son el malestar emocional y la afectación en el nivel funcional del paciente (Ferreira y Sherman, 2007; Geerlings *et al.*, 2002; Ramírez y Valdivia, 2003). Algunos trabajos, han señalado diferencias en la importancia de las varia-

bles cognitivo-conductuales para la adaptación al dolor. Turk, Okifuji y Scharff (1995) señalaron que el papel de éstas en la depresión en personas con dolor puede cambiar con la edad, hallándose una relación directa entre dolor y depresión en las personas de más edad pero no en los jóvenes, para quienes jugaban un papel relevante las creencias sobre el dolor. Otros trabajos más recientes, sin embargo, señalan el importante papel predictor de variables relacionadas con las creencias y el afrontamiento tanto en la adaptación funcional como en el mantenimiento de la sintomatología depresiva en personas mayores con dolor crónico (p. ej., Esteve, Ramírez y López, 2007; López, Montorio *et al.*, 2008). En cuanto a la adaptación emocional, diversos estudios señalan la relevancia de variables psicológicas como el afrontamiento y las creencias de dolor en personas jóvenes con distintos tipos de dolor (Esteve *et al.*, 2007; Johansen, 2008; López, Esteve y Ramírez, 2008; McCracken y Vowles, 2007), incluida la artrosis (Deeker, Boot, VanderWoude y Bijlsma, 1992; Turner *et al.*, 2000). En la población mayor de 65 años con problemas de dolor articular, incluidas la artrosis y la artritis reumatoide, los estudios son escasos, hallándose que variables como el catastrofismo (Cook *et al.*, 2006; Turner *et al.*, 2000), el miedo al dolor (Cook *et al.*, 2006), el estilo de afrontamiento pasivo (Endler, Corace, Summerfeldt, Johnson, y Rothbart, 2003) o las creencias de estabilidad y misterio (Burns, Kubilus, Bruehl, Harden y Lofland, 2003; López, Montorio *et al.*, 2008) se relacionan con peor adaptación emocional, mientras que estrategias como la autoafirmación (López, Montorio *et al.*, 2008) lo han hecho con menor depresión. Por otra parte, existe cierta controversia respecto al papel de otras variables en la adaptación emocional de las personas mayores con dolor, como es el estilo de afrontamiento activo. Algunos trabajos, con personas jóvenes y con muestras de jóvenes y mayores, indican que un mayor afrontamiento activo se relaciona con menor depresión (Affleck, Zautra, Tennen y Armeli, 1999; Zautra *et al.*, 1995) si bien otros trabajos con muestras similares no encuentran asociación alguna entre el estilo activo de afrontamiento y la depresión (Jensen, Turner y Romano, 2001; Stephens, Druley y Zautra, 2002). Así mismo, el papel de algunas estrategias de afrontamiento como la distracción o ignorar la sensación dolorosa no está del todo definido, apareciendo como adaptativas a nivel emocional en algunos estudios (López, Montorio *et al.*, 2008) y como desadaptativas en otros (Robinson *et al.*, 1997).

Con relación a las variables asociadas a la interferencia del dolor con la realización de actividades, los estudios con muestras compuestas por personas jóvenes y mayores parecen señalar que un afrontamiento de tipo activo se asocia con mejor funcionamiento físico en diversas patologías, incluidas la artrosis y la artritis reumatoide (López, Esteve *et al.*, 2008; Scharloo *et al.*, 1998), mientras que el pasivo y/o centrado en la enfermedad lo hace con una mayor discapacidad física, tanto en artrosis y artritis (López, Montorio e Izal, 2010; Murphy, Dickens, Creed y Berstein, 1999) como en otros tipos de dolor (Johansen, 2008; Samwel, Evers, Crul y Karrimaat, 2006). No obstante, no todos los estudios encuentran asociación entre estrategias activas de afrontamiento y capacidad funcional (Endler *et al.*, 2003; Stepehen *et al.*, 2002). Por otro lado, la existencia de creencias distorsionadas y/o pensamientos negativos sobre el dolor (Bijsterbosch *et al.*, 2009; Murphy *et al.*,

1999) o la creencia de que el dolor es causa inevitable de discapacidad (Turner, Dworkin, Mancl, Huggins y Truelove, 2001) se asocian también con peor adaptación funcional, datos que se han confirmado en personas mayores con artrosis (López *et al.*, 2010). De nuevo, los amplios rangos de edad utilizados en la mayoría de los estudios dificultan la generalización de los datos.

Como se ha señalado, muy pocos investigadores han centrado sus esfuerzos en el estudio del dolor crónico en las personas mayores desde una perspectiva psicológica, haciéndose necesario profundizar en el análisis de la experiencia de dolor en este grupo de edad. Así, este artículo persigue un doble objetivo. Por un lado, identificar las dimensiones o componentes subyacentes a las variables cognitivo-conductuales y sensoriales implicadas en la experiencia de dolor en las personas mayores. Por otro, estudiar el papel de tales dimensiones en la adaptación emocional y en el grado de interferencia del dolor en la realización de actividades cotidianas de la persona mayor. Dado que una de las principales causas de dolor crónico en la edad avanzada es la artrosis, nuestro trabajo se centrará en el estudio de personas mayores con esta patología.

Método

Participantes

La muestra se compuso de 104 personas mayores (85,6% mujeres, 14,4% hombres) diagnosticados de artrosis por el médico reumatólogo. La media de edad fue de 74,32 años ($DT= 12,6$; rango: 65-96), siendo de 74,6 años ($DT= 10,6$) para las mujeres y de 76,5 años ($DT= 10,9$) para los hombres. Fueron criterios de exclusión: padecimiento de enfermedades crónicas graves distintas a la patología artrósica, tales como enfermedades infecciosas, metabólicas, renales, endocrinas, oncológicas, neuromusculares u orgánico-cerebrales; padecimiento de otros trastornos de dolor crónico tales como cefaleas crónicas, fibromialgia, etc.; presencia de trastornos que impliquen discapacidad funcional más allá de la relacionada con la artrosis; poseer un índice de masa corporal mayor de 30 kg/m²; presencia de síntomas psicóticos, historia de psicosis o cualquier otro trastorno psiquiátrico mayor; mantenimiento de regímenes actuales de medicación psicoactiva; cualquier tipo de discapacidad sensorial que impidiese la correcta participación en el estudio (se requirió una adecuada agudeza visual y auditiva); así como cualquier condición física o mental que incapacite para ofrecer su consentimiento informado de manera consciente y voluntaria. Toda la muestra vivía en la Comunidad de Madrid, el 51,9 % residía en la comunidad y el 48,1 % en centros residenciales para personas mayores. La media de tiempo desde el inicio de la enfermedad para la totalidad de la muestra fue de 16,4 años ($DT= 12,32$; rango: 1-60), siendo de 19,4 años ($DT= 13,8$; rango: 1-60) en centros residenciales y de 14,6 años ($DT= 9,3$; rango: 1-40) en los sujetos que viven en la comunidad. En cuanto a la localización del dolor, las rodillas (61,5%) y la zona lumbar (51,9%) fueron las localizaciones más frecuentes, seguidas de manos

(34,6%) y cadera (18,3%), pudiendo los participantes experimentar dolor en varios lugares. En cuanto al estado civil, el 46,2% está viudo, el 40% casado y el 13,5% soltero. Respecto al nivel educativo, el 69,2% tiene estudios primarios, el 11,5% no tiene estudios, el 8,7% tiene estudios secundarios, el 5,8% estudios superiores, y un 1% no sabe o no contesta sobre su nivel de estudios. Todos los sujetos evaluados tenían conocimientos de lectoescritura, aunque no hubiesen terminado la educación básica. La intensidad media de dolor percibida fue de 6,64 ($DT= 2,31$) en una escala de 0 a 10. Por último señalar que, en el momento del estudio, ninguno de los pacientes realizaba, ni había realizado con anterioridad, ningún tipo de terapia cognitivo-conductual con el objetivo de manejar su dolor.

Variables e Instrumentos

PARÁMETROS SENSORIALES. Siguiendo las directrices para la evaluación del dolor en las personas mayores recogidas en el documento de consenso publicado en 2007 (Hadjistavropoulos *et al.*, 2007) así como las recomendaciones de otros trabajos (*American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons*, 2002), se evaluaron la intensidad, frecuencia y duración de los episodios de dolor. La *intensidad del dolor* se identificó como la intensidad media de dolor percibida por el sujeto durante las últimas dos semanas, evaluada mediante una escala de casillas de 11 puntos, del cero al diez, con gradación de colores de distintas intensidades de rojo. Para la evaluación de la *frecuencia de los episodios de dolor* se interrogó al participante sobre la frecuencia de los episodios de dolor durante los últimos seis meses mediante una escala ordinal de cuatro puntos: 1) todos los días experimenta al menos un episodio de dolor, 2) al menos un día a la semana experimenta un episodio de dolor, 3) al menos un día al mes experimenta un episodio de dolor, 4) muy de vez en cuando (menos de un día al mes). La *duración media de los episodios de dolor* fue evaluada mediante una escala nominal de tres puntos: 1) dolor continuo, sin interrupciones; 2) episodios largos, de más de 12 horas de duración; 3) episodios cortos, de menos de 12 horas de duración.

ESTILO DE AFRONTAMIENTO. Se evaluó el grado en que el individuo exhibía un afrontamiento activo o pasivo. Para su evaluación se utilizó la versión española del "Inventario de manejo del dolor de Vanderbilt" (*Vanderbilt Pain Management Inventory*, VPMI; Brown y Nicassio, 1987) de Esteve, López y Ramírez (1999). El nivel de consistencia interna (alfa de Cronbach) fue de 0,71 para la escala de afrontamiento activo y de 0,82 para la de afrontamiento pasivo.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO. Se utilizó el "Cuestionario de estrategias de afrontamiento" (*Coping Strategies Questionnaire*, CSQ; Rosentiel y Keefe, 1983). Este cuestionario de autoinforme de 48 ítems identifica el uso de siete estrategias de afrontamiento: distracción, reinterpretación, autoafirmación, ignorar la sensación, rezo, catastrofismo y aumento de la actividad. Previamente a la recogida de datos de evaluación, se procedió a traducir al español la versión original en lengua inglesa. Para esta tarea se contó con un equipo de tres traductores bilingües familiarizados con la cultura americana y española, y con conocimientos sobre diseño

de test e instrumentos de evaluación, así como conocimientos teóricos sobre el tema de evaluación de los distintos instrumentos a traducir. Los pasos seguidos en la traducción de los cuestionarios fueron: 1) traducción del inglés al español por dos miembros del equipo por separado; 2) establecimiento de consenso en la traducción; 3) traducción del instrumento traducido al español (punto 2) de nuevo al inglés por un tercer miembro del equipo; 4) comprobación de las versiones original y resultante de punto 3 y estudio de discrepancias; 5) traducción definitiva en grupo y por consenso por los tres miembros del equipo al español. Los coeficientes alfa de Cronbach de las distintas escalas oscilaron entre 0,86 y 0,73 para la presente muestra. Se evaluó la validez convergente mediante la aplicación de la versión española del VPML (Esteve *et al.*, 1999). Los coeficientes de correlación entre la subescala de afrontamiento activo y las estrategias de afrontamiento consideradas tradicionalmente activas (distracción, autoafirmaciones positivas, reinterpretación, incremento de actividad) fueron positivos y significativos a un nivel de confianza del 99%, oscilando los coeficientes de correlación de Pearson entre 0,81 y 0,40. Las estrategias tradicionalmente consideradas pasivas (catastrofismo, rezo) correlacionaron negativa y significativamente con la subescala de afrontamiento pasivo (0,78 y 0,40 respectivamente).

CONDUCTAS DE DOLOR. Se evaluaron mediante el "Cuestionario de conductas de dolor" (*Pain Behaviour Questionnaire*; Phillips y Hunter, 1981). Se trata de una escala compuesta de 49 ítems dividida en tres subescalas que evalúan tres conductas de dolor: evitación, queja y búsqueda de ayuda. La fiabilidad test-retest es 0,77, 0,70 y 0,53 para las escalas de evitación, queja y búsqueda de ayuda, respectivamente. Dado que no se conocía ninguna versión en español del instrumento, previamente a la recogida de datos de evaluación, se procedió traducirla siguiendo el mismo procedimiento descrito para la escala CSQ. El análisis de discriminación de los ítems muestra que el ítem 15 "evitar o reducir ir al trabajo" resulta no aplicable en todos los casos y por tanto es eliminado del instrumento en nuestra adaptación del mismo. En la presente muestra coeficientes alfa hallados para cada subescala son 0,88 para evitación, 0,77 para la escala de queja y 0,75 para búsqueda de ayuda.

CREENCIAS SOBRE EL DOLOR. Las creencias a cerca del dolor se evaluaron mediante la versión en español del "Inventario de percepciones y creencias sobre el dolor" (*Pain Beliefs and Perceptions Inventory, PBPI*; Williams y Thorn, 1989) de González, Soler y Ferrer (1999). Este cuestionario evalúa tres tipos de creencias de dolor: juicios sobre la estabilidad del dolor, autculpa y percepción del dolor como un misterio. La consistencia interna hallada para cada una de las escalas fue de 0,80 para la de estabilidad, 0,80 para la subescala de misterio y 0,65 para la de autculpa. Se ha propuesto la corrección tanto en tres como en cuatro subescalas, pudiéndose dividir la escala de estabilidad en las escalas de permanencia y constancia (González *et al.*, 1999; Williams y Thorn, 1989; Williams, Robinson y Geisser, 1994). Para el presente trabajo se utilizará la corrección en tres subescalas (estabilidad, misterio y autculpa), por su simplicidad y adecuación teórica, de forma que obtenemos tres puntuaciones que resultan de sumar las puntuaciones en los ítems de cada escala. En la presente muestra, los coeficientes alfa para las subescalas son 0,79 para estabilidad, 0,88 para misterio y 0,83 para autculpa.

AUTOEFICACIA PARA EL MANEJO DEL DOLOR. Con respecto a la autoeficacia se distinguen dos variables: autoeficacia para la disminución del dolor, esto es, la percepción del individuo sobre su propia habilidad para disminuir su dolor, y autoeficacia para el control del dolor, es decir, la percepción del sujeto sobre el grado de control que cree tener sobre la situación de dolor. Estas variables se miden con los ítems 49 y 50 del CSQ.

DEPRESIÓN. Nivel de sintomatología depresiva evaluada con la "Escala de depresión geriátrica" (*Geriatric Depression Scale*, GDS, Brink *et al.*, 1982) versión española de Izal y Montorio (1993). Se trata de un cuestionario de 30 ítems que arroja una única puntuación entre 0 y 30. El punto de corte sugerido por los autores puede ser de 11 o 14. En el presente trabajo se ha establecido en 14 el punto de corte entre la existencia/ausencia de depresión, ya que posee una tasa de falsos positivos del 14% y los índices de sensibilidad, especificidad y poder predictivo son del 100%. Posee adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach= 0,94) y buena validez concurrente, con una correlación con la "Escala de depresión CAMDEX" (Roth *et al.*, 1989) de 0,83.

INTERFERENCIA DEL DOLOR EN LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS. Se evaluó el nivel de interferencia del dolor en la realización de las siguientes actividades o áreas de funcionamiento del individuo: actividades del hogar, ocio, relaciones familiares, actividad social, actividad sexual, cuidado de la imagen personal y movimiento básico (extremidades inferiores y superiores). Cada área de actividad se evaluó mediante una escala de casillas de 11 puntos, del 0 al 10, donde el participante había de señalar el grado en que el dolor le interfería en cada una de las áreas. El análisis factorial deriva un único factor, pudiéndose obtener así una puntuación de interferencia global. El coeficiente alfa obtenido en el presente trabajo para la puntuación global es de 0,82.

Procedimiento

Para la realización del presente estudio se respetaron en todo momento las directrices establecidas en la Declaración de Helsinki. Las personas que residían en centros residenciales para personas mayores fueron reclutadas a través del médico del centro, quién seleccionó a todos los residentes que cumplían los criterios de inclusión/exclusión y pidió su participación voluntaria en el estudio. De 60 personas reunidas inicialmente, cuatro se negaron a participar y seis no pudieron ser evaluadas por causas ajenas al investigador. Los participantes en régimen ambulatorio fueron reclutados en la consulta del médico reumatólogo de cada centro de salud participante, quien solicitaba su participación en el estudio. De las personas que aceptaron participar, se evaluó a las 10 primeras personas que acudían a consulta en cada centro. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado en el que se determinaba el objetivo del estudio y las condiciones de participación. La aplicación de los instrumentos se realizó mediante entrevista, llevada a cabo por un psicólogo sin acceso previo a la información médica. En todo momento se establecieron las medidas oportunas para asegurar la confidencialidad y protección de los datos.

Resultados

Todos los análisis se efectuaron utilizando el software SPSS 16.0. Previamente a la realización de los análisis se procedió a comprobar la consistencia de las puntuaciones a través de las submuestras (centros residenciales y comunidad) tanto en las variables cognitivo-conductuales y perceptivas como en las variables depresión e interferencia del dolor. Para ello se realizaron sendos análisis multivariantes de la varianza (MANOVA) utilizando en ambos como factor intersujeto la variable *modus vivendi* y ejerciendo un control eficaz sobre el estado civil, el sexo, el deterioro radiológico, la medicación analgésica, la incapacidad funcional y la edad a través de la incorporación de dichas variables como factores intersujeto adicionales o como covariables (en el caso de la edad). El primer análisis, que pretendía analizar la consistencia en las variables cognitivo-conductuales y sensoriales, se utilizaron éstas como variables dependientes. Utilizando el lambda de Wilks como criterio para la contrastación de la significación a un nivel multivariado, los resultados de este análisis indican la inexistencia de un efecto principal multivariado por parte de la variable *modus vivendi* sobre las variables cognitivo-conductuales y perceptivas ($F_{21,44} = 0,948$; $p = 0,538$). En el segundo análisis, cuyo objeto era la comprobación de la consistencia intermuestra en las variables de adaptación emocional y funcional, se incluyeron como variables dependientes la depresión y la interferencia del dolor en las actividades cotidianas. De nuevo en este caso tampoco se apreció la existencia de un efecto principal multivariado por parte de la variable *modus vivendi* sobre las variables de adaptación ($F_{2,62} = 0,825$; $p = 0,485$). Los resultados de ambos análisis MANOVA permiten concluir que las puntuaciones en las variables analizadas son consistentes independientemente del *modus vivendi* del sujeto, considerándose apropiado el análisis sobre el total de la muestra, justificando la generalización de los datos a los dos tipos de población mayor, institucionalizados y en comunidad.

Identificación de dimensiones subyacentes a las variables cognitivo-conductuales y sensoriales

El primer objetivo del estudio fue identificar las dimensiones o componentes subyacentes a las variables cognitivo-conductuales y sensoriales implicadas en la experiencia de dolor en las personas mayores con artrosis. Para ello se realizó un análisis de componentes principales (PCA), identificando así entidades teóricas de más alto nivel que las variables cognitivo-conductuales y sensoriales evaluadas de manera directa. Las variables incluidas en el análisis PCA fueron: frecuencia de episodios de dolor, duración media de episodios de dolor, intensidad de dolor, autoeficacia para el control del dolor, autoeficacia para la disminución del dolor, conductas de búsqueda de ayuda, queja y evitación, estrategias de afrontamiento de distracción, reinterpretación, autoafirmación, ignorar sensación, rezo, catastrofismo e incremento de actividades conductuales, estilo de afrontamiento pasivo, estilo de afrontamiento activo, y las creencias de estabilidad, misterio y

autoculpa. Se utilizó el método de extracción de componentes principales con rotación oblicua mediante el método OBLIMIN, ya que el objetivo del análisis era la obtención de dimensiones o componentes teóricamente significativos, pretendiendo encontrar el número mínimo necesario para justificar la porción máxima de varianza representada en las variables originales y se partía del supuesto de la existencia de correlación entre los componentes (Hair, Anderson, Tatham y Black, 1999). Para la selección del número de componentes, se optó por seguir el procedimiento del test de sedimentación (Gorsuch, 1983), por lo que se consideraron sólo aquellos con valores propios por encima de uno.

Los análisis así efectuados dan lugar a la existencia de cuatro componentes que en conjunto explican el 61,40% de la varianza. En la tabla 1 pueden examinarse las cargas para cada una de las variables, una vez eliminadas aquellas cuyo valor resultó ser menor de $\pm 0,30$ por considerarse de escasa significación estadística y con el fin de facilitar al lector el análisis de la matriz (Hair, Anderson, Tatham y Black, 1999). Así mismo, se han resaltado en negrita las cargas de mayor valor para cada variable. En este caso, se ha utilizado para el examen de las cargas la matriz de patrones factoriales, que contiene las cargas que representan la contribución única o neta de cada variable en el componente, ya que se considera que hacen más fácilmente interpretable la solución (Hair *et al.*, 1999). Una vez determinadas las variables con mayor carga en cada componente a partir de la matriz, se pueden definir cuatro componentes resultantes. El primero de ellos, al que se denominó "Control interno activo aproximativo", está formado por el estilo de afrontamiento activo, las estrategias de afrontamiento, aumento de actividades conductuales, autoafirmación, ignorar sensación, distracción y reinterpretación, la autoeficacia para el control del dolor, la autoeficacia para la disminución del dolor y, en sentido inverso, la conducta de evitación. Este primer componente explica el 28,76% de la varianza (valor propio de 5,751). Un segundo componente, formado por las estrategias de afrontamiento de rezo y reinterpretación, la conducta de queja y la creencia de misterio, fue denominado "Control externo secundario" y explica el 15,42% de la varianza (valor propio de 3,083). El tercer componente, al que se denominó "Temporalidad y características perceptivas del dolor", explica el 10,63% de la varianza (valor propio de 2,126) y lo componen las variables relacionadas con las características sensoriales del dolor: duración, frecuencia e intensidad, y la creencia del dolor como algo estable. Por último, el cuarto componente está compuesto por la creencia de autoculpa, la estrategia de catastrofismo, el estilo pasivo de afrontamiento y la conducta de búsqueda de ayuda y explica el 6,59% de la varianza (valor propio de 1,319). A este componente se le denominó "Control pasivo y distorsiones cognitivas". El análisis de correlaciones entre los componentes muestra correlaciones significativas, a un nivel de confianza del 95%, entre los componentes "Control interno activo aproximativo" y "Temporalidad y características perceptivas del dolor" ($r = -0,218$; $p = 0,026$) y entre este último y el factor "Control pasivo y distorsiones cognitivas" ($r = 0,213$; $p = 0,030$).

Tabla 1
Matriz de componentes

Variables	Cargas rotadas (OBLIMIN)				Comunalidades
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	
Afrontamiento activo	0,888				0,460
Aumento actividades	0,862				0,712
Autoeficacia control dolor	0,794				0,568
Autoafirmación	0,713			-0,349	0,639
Ignorar sensación	0,668				0,438
Autoeficacia disminución dolor	0,586				0,350
Evitación	-0,547	0,344		0,362	0,675
Distracción	0,526	0,428			0,705
Reinterpretación	0,501	0,422			0,628
Rezo		0,776			0,523
Misterio		0,648			0,594
Queja	-0,349	0,555		0,372	0,707
Duración			0,840		0,647
Estabilidad			0,804		0,658
Frecuencia			0,680		0,738
Intensidad		0,401	0,544		0,783
Autoculpa			-0,353	0,641	0,460
Catastrofismo	-0,355			0,624	0,755
Afrontamiento pasivo	0,401	0,304		0,554	0,700
Búsqueda de ayuda	0,340			0,493	0,539

Análisis de la relación entre los componentes y las variables de adaptación

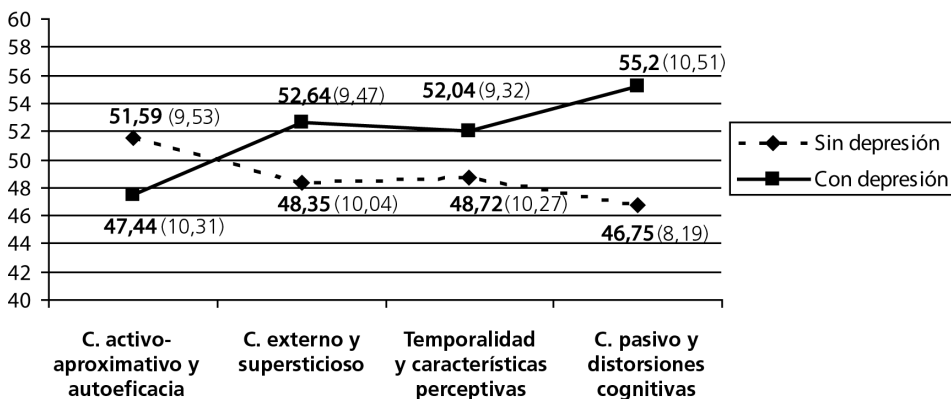
Una vez determinados los componentes o dimensiones subyacentes a las variables evaluadas, el segundo objetivo fue determinar en qué medida estos componentes predicen la adaptación emocional (en términos de sintomatología depresiva) y la adaptación funcional (en términos de interferencia del dolor en la actividad cotidiana) de las personas mayores con dolor asociado con la artrosis. Con el fin de alcanzar este objetivo se realizaron dos tipos de análisis. Primeramente, se trató de determinar si existían diferencias en las puntuaciones medias de los componentes hallados según los niveles de adaptación emocional (existencia o ausencia de depresión) y adaptación funcional (interferencia del dolor alta, media y baja) del participante. Para este primer paso se utilizó la *t* de Student y el análisis de varianza (ANOVA) de un factor respectivamente. Seguidamente, se analizó en qué medida los cuatro componentes o dimensiones hallados eran capaces de predecir los nive-

les de sintomatología depresiva y de interferencia del dolor en las actividades cotidianas medidos a un nivel continuo, para lo cual se efectuaron sendos análisis de regresión lineal tomando como variables dependientes la sintomatología depresiva y la interferencia y como dependientes las puntuaciones en los componentes.

Para el análisis de diferencias en las puntuaciones medias de los componentes, se recodificaron previamente las variables depresión e interferencia del dolor en niveles. Así mismo, con el fin de facilitar la interpretación de los resultados, las puntuaciones se transformaron en puntuaciones derivadas T (media 50 y desviación típica 10). La variable depresión se recodificó en dos niveles, con y sin depresión, utilizando como punto de corte una puntuación ≥ 14 (Izal y Montorio, 1993). Una vez recodificada, se compararon las medias de los sujetos con y sin depresión utilizando la prueba *t* de Student para muestras independientes, con un nivel de confianza de 0,05. La homogeneidad de varianzas se contrastó con la prueba de Levene, siendo las varianzas iguales para todos los componentes: "Control interno activo aproximativo" ($F= 0,266$; $p= 0,607$), "Control externo secundario" ($F= 0,601$; $p= 0,440$), "Temporalidad y características perceptivas del dolor" ($F= 1,153$; $p= 0,285$), "Control pasivo y distorsiones cognitivas" ($F= 1,154$; $p= 0,285$). Los resultados muestran diferencias significativas en las medias de los componentes "Control interno activo aproximativo" ($t_{102}= 2,09$; $p= 0,039$; $d= 0,421$), "Control externo secundario" ($t_{102}= -2,17$; $p= 0,033$; $d= -0,437$) y "Control pasivo y distorsiones cognitivas" ($t_{102}= -4,58$; $p< 0,001$; $d= -0,923$). Para el componente "Temporalidad y características perceptivas del dolor" no se hallaron diferencias significativas ($t_{102}= -1,66$; $p= 0,100$; $d= -0,334$). En la figura 1 se representan las puntuaciones de los componentes en los sujetos con y sin depresión.

Figura 1

Representación gráfica de las puntuaciones medias en los componentes según los niveles de depresión

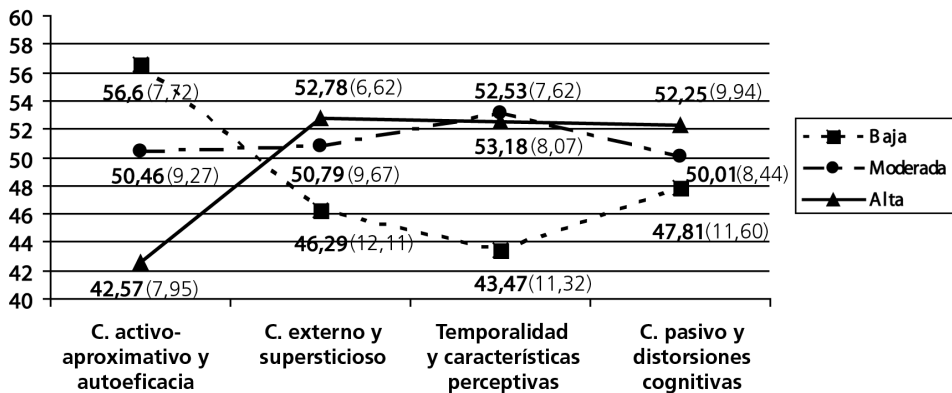


Nota: Los números en negrita muestran las medias en el factor para cada grupo. Los valores entre paréntesis muestran las desviaciones típicas.

La variable interferencia del dolor en las actividades cotidianas se recodificó en tres niveles, a partir de los valores que permiten dividir la muestra en tres grupos iguales formados por el 33% de los sujetos, analizándose las diferencias para los subgrupos alta, moderada y baja interferencia del dolor en las actividades cotidianas. Seguidamente, se realizó un ANOVA de un factor, con un nivel de confianza de 0,05. Este análisis muestra diferencias significativas en las puntuaciones medias de los componentes: "Control interno activo aproximativo" ($F_{2,101} = 21,91$; $p < 0,001$; $d = 1,054$), "Control externo secundario" ($F_{2,101} = 3,71$; $p = 0,028$; $d = 0,448$) y "Temporalidad y características perceptivas" ($F_{2,101} = 11,99$; $p < 0,001$; $d = -0,815$). La prueba de Scheffé señaló diferencias significativas para el primer componente entre el grupo de baja interferencia y los grupos de interferencia moderada ($p = 0,011$) y alta ($p < 0,001$) y entre los grupos de interferencia moderada y alta ($p = 0,001$). Para el componente "Control externo secundario" se encuentran diferencias únicamente entre el grupo con baja interferencia y el grupo con alta interferencia ($p = 0,034$). En el componente "Temporalidad y características perceptivas" las prueba de Scheffé indica diferencias significativas entre el grupo con baja interferencia y los grupos con interferencia moderada ($p < 0,001$) y alta ($p = 0,001$). Para el componente "Control pasivo y distorsiones cognitivas" no se hallaron diferencias significativas ($F_{2,101} = 1,57$; $p = 0,213$; $d = -0,285$). En la figura 2 se representan las puntuaciones medias de los componentes para los sujetos con baja, moderada y alta interferencia del dolor en las actividades cotidianas.

Figura 2

Representación gráfica de las puntuaciones medias en los componentes según los niveles de interferencia del dolor en las actividades cotidianas



Nota: Los números en negrita muestran las medias en el factor para cada grupo.

Los valores entre paréntesis muestran las desviaciones típicas. Con el fin de analizar el valor predictivo de los componentes sobre las variables de adaptación (nivel de sintomatología depresiva y nivel de interferencia del dolor en las actividades

cotidianas) medidas a nivel continuo, se efectuaron sendos análisis de regresión jerárquica. Se introdujeron, mediante el método "enter", en un primer bloque las variables sexo, edad, nivel educativo, gravedad del deterioro radiológico y medicación analgésica, con el fin de controlar su efecto sobre las variables de adaptación, y en un segundo bloque los cuatro componentes. Para ninguna de las variables dependientes (síntomatología depresiva e interferencia) ninguna de las variables del primer bloque resultó significativa. En cuanto a la variable sintomatología depresiva, los análisis revelan la capacidad predictiva de los componentes sobre las puntuaciones obtenidas por el sujeto en la escala de depresión GDS que en conjunto explican el 40,6% de la varianza de la depresión (R^2 corregida= 0,406; $F= 8,359$; $p < 0,001$). En cuanto a su significación individual los componentes "Control interno activo aproximativo" ($\beta = -0,325$; $p < 0,001$), "Control externo secundario" ($\beta = 0,305$; $p < 0,001$) y "Control pasivo y distorsiones cognitivas" ($\beta = 0,369$; $p < 0,001$) resultan significativos, no así el componente "Temporalidad y características perceptivas" ($\beta = 0,073$; $p = 0,411$). Respecto a la variable interferencia del dolor en las actividades cotidianas, los análisis de regresión efectuados muestran que los componentes explican en conjunto el 46.1% de la varianza de la interferencia (R^2 corregida= 0,461; $F= 7,092$; $p < 0,001$). En cuanto a su significación individual los componentes que resultan significativos son: "Control interno activo aproximativo" ($\beta = -0,473$; $p < 0,001$), y "Temporalidad y características perceptivas" ($\beta = 0,249$; $p = 0,008$) con un intervalo de confianza del 99% y "Control externo secundario" ($\beta = 0,185$; $p = 0,026$) con un IC del 95%.

Discusión

En el presente trabajo, se persiguieron dos objetivos fundamentales. Primeramente, se pretendía determinar los componentes subyacentes a las variables relativas a la experiencia de dolor en personas mayores con artrosis, tanto sensoriales cognitivas y conductuales, es decir, creencias, afrontamiento y conductas de dolor, para lo que se realizó un análisis de componentes principales. Tal análisis permitió identificar entidades teóricas de mayor nivel que las variables evaluadas previamente, en concreto, se identificaron cuatro componentes, en los que podría dimensionarse la experiencia de dolor. Un segundo objetivo se centró en la predicción de los niveles de sintomatología depresiva (adaptación emocional) e interferencia del dolor en la actividad (adaptación funcional) a partir de estas nuevas variables o componentes. En este sentido, los resultados mostraron que a partir de determinados componentes se puede predecir la adaptación de las personas mayores al dolor de origen articular, en concreto, a aquel producido por artrosis.

Curiosamente, los componentes derivados de los análisis de componentes principales no se corresponden ni con los diferentes sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), ni con las dimensiones de dolor tradicionalmente propuestas por Melzack y Wall (1965), sino con otro tipo de patrones cognitivo-conductuales. Más aún, las variables parecen agruparse según el tipo de control con el que están relacionadas. Así, un primer componente denominado "Control interno activo

aproximativo" contendría conductas que hacen referencia a un intento activo de control del dolor realizado mediante un afrontamiento de tipo aproximativo y en el que parecen movilizar recursos internos de control. Tradicionalmente, las estrategias de afrontamiento activas se han identificado con el despliegue de acciones instrumentales, mientras las pasivas suponían una atribución externa del individuo con referencia al dolor. No obstante, algunas estrategias comparten elementos activos y pasivos, como la toma de medicación o la utilización de apoyo social (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Snow-Turek, Norris y Tan, 1996), lo que parece indicar que la distinción residiría realmente en el tipo de recursos desplegados para el control del dolor, internos o externos (Truyols *et al.*, 2008). En este sentido, en este componente parecen agruparse las estrategias y conductas orientadas al control del dolor mediante el despliegue de recursos internos. La presencia de las creencias de autoeficacia en este componente, junto con las estrategias de aumento de actividades conductuales, autoafirmación, ignorar sensación y distracción, y la saturación negativa de la conducta de evitación, parecen ir en esta línea. Por otra parte, otros trabajos han señalado la vinculación entre la percepción de autoeficacia y el mantenimiento de estilos activo aproximativos de afrontamiento (Kerns, Rosenberg y Otis, 2002; Turk y Okifuji, 2002).

Un segundo componente, que se ha etiquetado como "Control externo secundario", estaría formado por la estrategia de afrontamiento de rezo, la conducta de queja, la creencia de misterio. Este componente parece aproximarse al concepto de control secundario que durante el proceso de envejecimiento va creciendo en importancia (Izal, Montorio, Márquez, Losada y Pérez, 2003; McConatha y Huba, 1999). La estrategia de rezo podría considerarse como un intento de afrontamiento basado en el intento de delegación del control del dolor por otros poderosos, en este caso una divinidad y por tanto podría relacionarse con el control externo. Algo muy similar se puede decir de la conducta de queja, mediante la cual el individuo puede estar intentando delegar el control de su dolor y actividades en las personas cercanas a él. Por otra parte, la creencia de misterio hace referencia al dolor como algo incomprensible e inmanejable, características que parecen relacionadas con el locus de control externo. Esta creencia se ha identificado también con las creencias de incontrolabilidad, frente a aquellas de control (Truyols *et al.*, 2008).

Un tercer componente es el denominado "Temporalidad y características perceptivas del dolor", que estaría compuesto por las variables relacionadas con las características perceptivas del dolor (duración, frecuencia e intensidad) y la creencia del dolor como algo estable. Como puede observarse, se engloban en este componente aquellos elementos referidos a la dimensión sensorial-discriminativa del dolor así como un elemento cognitivo-evaluativo directamente ligado a esta dimensión, la creencia de estabilidad, ya que se refiere a la percepción del individuo sobre la dimensión temporal de su dolor. La agrupación de la creencia de estabilidad del dolor y los aspectos sensoriales del dolor como la intensidad en un mismo componente ha sido señalada en ya por otros autores (Cole, Cutler, Fishbain, Rosomoff y Steele-Rosomoff, 1999).

El último componente, denominado "Control pasivo y distorsiones cognitivas", está formado por la creencia de autculpa, la estrategia de catastrofismo, el estilo

pasivo de afrontamiento y la conducta de búsqueda de ayuda. Las variables que lo componen, fundamentalmente el catastrofismo, el estilo de afrontamiento pasivo y la estrategia de búsqueda de ayuda, poseen un elemento común: su carácter pasivo en referencia al manejo del dolor. Si se analizan los ítems de los instrumentos que componen las dimensiones evaluadas, puede observarse que el control pasivo que reflejan puede ser tanto sobre la base de un control interno como un control delegado a otros. La variable catastrofismo es, así mismo, un tipo de distorsión cognitiva que implica tanto una actitud pasiva frente al dolor, el mantenimiento de juicios de inhabilidad para persistir en el afrontamiento, así como una percepción negativa y exagerada del dolor y la visión de éste como algo opresivo y desbordante. La creencia de autoculpa, la cuarta de las variables pertenecientes al componente, supone una distorsión cognitiva por la que el sujeto personaliza en sí mismo de modo excesivo o exagerado la causa del dolor, así como se ha relacionado con elementos de incontrolabilidad asociados con un mayor desajuste psicológico (Burns *et al.*, 2003).

Como puede observarse, tres de los componentes mencionados hacen referencia a aspectos cognitivo-conductuales relativos al modo en que el sujeto se enfrenta y vivencia la experiencia de dolor y contienen variables relativas a las diferentes conductas de afrontamiento y creencias sobre el dolor y sobre la propia autoeficacia, mientras que el componente restante contiene los elementos más vinculados al dolor como experiencia sensorial. Un hecho especialmente interesante es la ubicación en un mismo componente de variables relativas tanto al afrontamiento como a creencias y conductas de dolor. Este hecho hace patente la agrupación de los elementos que forman la experiencia de dolor no por sistemas de respuesta (cognición, conducta...), sino por sus características respecto al tipo de control que suponen. Así, las distintas conductas y creencias se agrupan por su carácter con relación al tipo de control y manejo del dolor que representan, esto es: interno y activo aproximativo; interno/externo pasivo; y externo secundario. Podría decirse que las conductas y cogniciones sobre el dolor se agrupan formando entidades que podrían relacionarse con distintos "esquemas cognitivo-conductuales" sobre el dolor, que incluirían tanto elementos cognitivos, como comportamentales, y que podrían incidir en la adaptación al dolor de manera diferencial.

Los resultados de los análisis estadísticos efectuados sobre los componentes y las variables de adaptación (análisis de diferencia de medias y análisis de regresión) permiten contrastar la importancia de estos componentes en la adaptación emocional y funcional de la persona mayor con dolor relacionado con la artrosis. La significación de cada componente es diferente según la variable de adaptación analizada, mostrando la importancia diferencial de los estilos o esquemas cognitivo-conductuales relacionados con la experiencia de dolor para la adaptación emocional o funcional del sujeto al dolor. Tomados en conjunto, estos datos corroboran la importancia de los elementos psicosociales en la adaptación de la persona mayor con dolor articular, contradiciendo aquellas posturas que sostienen que los elementos cognitivos son de escasa importancia en la adaptación al dolor en las personas de más edad (Turk *et al.*, 1995) y apoyando la relevancia de éstos señalada en las investigaciones más recientes (Esteve *et al.*, 2007; Izal *et al.*, 2010; López, Montorio *et al.*, 2008). En el caso de la depresión, los componentes que demuestran su valor

predictivo son: "Control externo secundario", "Control pasivo y distorsiones cognitivas" y "Control interno activo aproximativo". En las dos primeras dimensiones, mayores puntuaciones predicen mayor sintomatología depresiva, mientras para el último componente la relación aparece de forma inversa. La existencia de asociación entre una mayor puntuación en el componente "Control externo secundario" y la depresión, vendría a corroborar, en el caso de las personas mayores con artrosis, la importancia de los elementos de control externo o incontrolabilidad para el mantenimiento de estados depresivos señalada en otros trabajos anteriores (Gibson y Helme, 2000; Skevington, 1983). La relación directa hallada entre un esquema o patrón cognitivo-conductual afrontamiento pasivo y la presencia de distorsiones cognitivas como el catastrofismo en la depresión de las personas mayores con dolor crónico, parece estar en la línea de estudios previos sobre las diferentes variables que componen el componente. Distintos trabajos en población joven señalan la importancia individual de elementos como las distorsiones cognitivas (Burns *et al.*, 2003; Smith, Christensen, Peck y Ward, 1994), el control percibido y la autoeficacia (Tan, Jensen, Robinson-Whelen, Thornby y Monga, 2002; Turk y Okifuji, 2002) o el afrontamiento pasivo (Snow-Turek *et al.*, 1996) para la depresión en las personas con dolor crónico. Respecto al componente "Control interno activo aproximativo", los datos señalan que una mayor utilización de este tipo de esquema cognitivo-comportamental se relaciona con menor depresión, apoyando el papel protector para la depresión que supone el mantenimiento de un esquema de control interno y alta autoeficacia junto con el despliegue de recursos activos de afrontamiento. El papel del locus de control interno en la depresión, en el sentido de que un mayor locus de control interno se relaciona con menor depresión, ha sido señalado ya en otros trabajos tanto con población joven como con personas mayores (Gibson y Helme, 2000; Jordan, Lumley y Leisen, 1998; Rudy, Kerns y Turk, 1988). Así mismo, el papel de la autoeficacia como elemento relacionado con mejor ajuste emocional se ha señalado en numerosos trabajos con población aquejada de dolor crónico (Kerns *et al.*, 2002; Turk y Okifuji, 2002). En lo que respecta al componente compuesto por las características sensoriales del dolor y la creencia asociada a su temporalidad ("Temporalidad y características perceptivas del dolor") no parece relacionarse de modo significativo con la sintomatología depresiva. Estos hallazgos son contrarios a los obtenidos en otros trabajos con población mayor y adultos jóvenes con distintos tipos de dolor respecto a la existencia de una relación directa entre el componente sensorial de intensidad, medido a nivel univariado, y la sintomatología depresiva (Geerlings *et al.*, 2002; Turk *et al.*, 1995), lo que señala la necesidad de estudios que analicen el papel de la edad y la etiología del dolor en la relación entre la dimensión sensorial y la adaptación emocional.

En cuanto a la interferencia del dolor en las actividades cotidianas, podría explicarse a través de los componentes "Control interno activo aproximativo", "Control externo secundario" y "Temporalidad y características perceptivas del dolor". El componente de mayor importancia para la predicción de la interferencia parece ser el denominado "Control interno activo aproximativo", de modo que puntuaciones altas se relacionan con menor interferencia. Estos resultados corroboran la importancia, confirmada en personas jóvenes con dolor de diversas

etiologías, de un esquema cognitivo de control y un patrón activo de manejo en la adaptación funcional al dolor en el caso de las personas mayores con artrosis. La importancia de los elementos cognitivos relativos a las creencias y el control del dolor en la adaptación funcional al dolor en el caso de personas jóvenes ha sido puesta de manifiesto en trabajos anteriores (Burns *et al.*, 2003; Camacho y Anarte, 2001; Stroud, Thorn, Jensen y Boothby, 2000), si bien ha sido más controvertida en el caso de las personas mayores (Turk *et al.*, 1995). Así, una mayor autoeficacia y un locus de control interno se han relacionado con menor impacto del dolor en la funcionalidad y menor discapacidad (Rapp *et al.*, 2000; Wright *et al.*, 1996). El papel de los elementos relacionados con el estilo de afrontamiento activo en el mantenimiento de una mayor actividad y menor discapacidad funcional ha sido señalado en diversos trabajos (López, Esteve *et al.*, 2008; Snow-Turek *et al.*, 1996), si bien no todos los estudios previos encuentran relación entre estrategias activas de afrontamiento y capacidad funcional (Stephen *et al.*, 2002). Respecto al componente "Control externo secundario" los resultados muestran que elevadas puntuaciones predicen una mayor interferencia del dolor en la actividad cotidiana de las personas mayores con artrosis. Un análisis de los resultados de las pruebas post-hoc de diferencia de medias indican que este componente podría resultar de utilidad para diferenciar entre los individuos con baja y alta interferencia, siendo menos útil para la distinción entre los niveles moderado y alto. La relación entre variables relacionadas con un locus de control externo y el mayor impacto funcional de la enfermedad también se refleja en trabajos anteriores (Gibson y Helme, 2000). En referencia al componente "Temporalidad y características perceptivas del dolor", parece útil para discriminar entre la ausencia de interferencia (o una interferencia baja) y la presencia de interferencia (moderada o alta) pero una vez que la interferencia alcanza un grado que podría considerarse "relevante" (moderada o alta) no parece que pudiera ser útil en la discriminación del nivel de adaptación funcional. Uno de los elementos incluidos en éste componente, la intensidad de dolor, se ha relacionado anteriormente con la discapacidad en otros trabajos (Molenaar, Voskuyl y Dijkmans, 2002). En cuanto al componente "Control pasivo y distorsiones cognitivas" no resulta ser relevante en la predicción de la interferencia, lo que indica una mayor importancia de los elementos activos en la adaptación funcional de las personas mayores con dolor relacionado a artrosis, y supone cierto apoyo a los trabajos previos que señalan el escaso valor predictivo de los componentes del componente en la adaptación funcional de las personas con dolor una vez que se tienen en consideración otras variables (Jensen, Turner y Romano, 2001; Turner *et al.*, 2000; Snow-Turek *et al.*, 1996). En aparente contradicción con los resultados obtenidos en este trabajo, otros estudios con personas jóvenes, han hallado que un estilo de afrontamiento pasivo y/o centrado en la enfermedad se relaciona con una mayor discapacidad física (Johansen, 2008; Samwel *et al.*, 2006). Así mismo, respecto del componente de catastrofismo, estudios previos, tanto con personas mayores como jóvenes, han encontrado asociación entre el empleo de las estrategias de catastrofismo y medidas de capacidad funcional e interferencia en las actividades cotidianas (Rapp *et al.*, 2000; Turner, Jensen, Warms y Cardenas, 2002) cuando

aquella se estudia a nivel univariado. Sin embargo, no todas las investigaciones previas señalan la existencia de esta relación entre catastrofismo, afrontamiento pasivo y funcionamiento físico. En esta línea, en un estudio realizado con personas jóvenes, el afrontamiento pasivo no resultó ser un buen predictor del nivel de actividad (Snow-Turek *et al.*, 1996). Por otra parte, Jensen, Turner y Romano (1992) señalan que, en personas jóvenes con dolor crónico, el catastrofismo no contribuye a la predicción de la discapacidad una vez controladas las variables relacionadas con los parámetros sensoriales del dolor y el uso de estrategias activas de afrontamiento. En otro trabajo más reciente, llevado a cabo por Turner *et al.* (2000) con personas jóvenes y mayores, la capacidad predictora del catastrofismo perdía su significación una vez se controlaban el efecto de la intensidad de dolor y se introducían en los análisis las creencias y el afrontamiento activo. Otros trabajos han fallado en encontrar relación entre la utilización de la estrategia de catastrofismo y los niveles de discapacidad funcional (Jensen, Turner y Romano, 1994; Jensen *et al.*, 2001). Teniendo en cuenta lo expuesto, podría pensarse que la relación entre catastrofismo y discapacidad está supeditada a la contemplación o no de otras variables en los análisis, tales como el afrontamiento activo o los parámetros sensoriales del dolor. Esto podría explicar, así mismo, los resultados obtenidos en el presente estudio, en el que no se halla relación entre el componente que contiene los elementos pasivo-catastrofistas de afrontamiento toda vez que se analizan simultáneamente el valor predictivo de los componentes relacionados con el control activo y los parámetros sensoriales del dolor. Así mismo, debe contemplarse la posibilidad de que el papel de esta variable sea algo diferente según el grupo de edad estudiado o la patología relacionada con el dolor, ya que estudios previos señalan diferencias debidas a la edad en la relación entre algunas variables implicadas en la experiencia de dolor (Cook *et al.*, 2006), así como cierta idiosincrasia de las distintas etiologías relacionadas con la existencia de dolor (Camacho y Anarte, 2003).

En conclusión, en este estudio se han identificado cuatro componentes o dimensiones relativas a la experiencia de dolor de las personas mayores con dolor crónico asociado con artrosis. Estas dimensiones o componentes no representan, ni sistemas de respuesta diferentes, ni las tres dimensiones tradicionales descritas por Melzack y Wall (1988), sino otro tipo de patrones cognitivo-conductuales. Así, las variables parecen agruparse debido a sus semejanzas en el tipo de control con el cual se relacionan. A su vez, estos componentes pueden ayudar a explicar el ajuste emocional y funcional a la experiencia de dolor. En líneas generales, la adaptación emocional puede predecirse a través de componentes relacionados con un elevado control pasivo y distorsiones cognoscitivas, un patrón de conducta poco activo y un esquema de control más externo. La interferencia puede explicarse por el escaso mantenimiento de patrones de control interno activos, una elevada presencia de patrones de control externo y por los parámetros sensoriales del dolor. Como puede observarse, al igual que en algún estudio previo (Snow-Turek *et al.*, 1996) los patrones cognitivo-comportamentales asociados con un estilo pasivo de afrontamiento y al mantenimiento de distorsiones como el catastrofismo, resultaron ser un buenos predictores de depresión, pero no así

de los niveles de funcionamiento en las actividades cotidianas, a los que se asociaron patrones más relacionados con el control activo. De los datos obtenidos, se desprende la necesidad, señalada recientemente por otros autores (Redondo, León, Pérez, Jover y Abasolo, 2008) de ampliar los objetivos de los programas cognitivo-conductuales de tratamiento del dolor relacionado con enfermedades reumáticas, más allá del entrenamiento en técnicas de manejo directo del dolor. Hasta la fecha, según señalan Redondo *et al.* en un reciente estudio de revisión, la mayoría de los programas destinados a este tipo de población, se centraban en el entrenamiento de técnicas para el manejo de los componentes sensoriales del dolor, siendo menos frecuentes los programas en los que se contemplaba el trabajo sobre variables emocionales o cognitivas. Los resultados del presente trabajo indican la necesidad de incidir en la modificación global de esquemas o patrones de funcionamiento cognitivo-conductual, y no sólo en el entrenamiento de estrategias de control del dolor, que pueden combinarse con otras terapias de reciente aparición en el área del dolor como la terapia de aceptación y compromiso (Vowles, McCracken y Eccleston, 2007).

Por último, cabe señalar ciertas limitaciones del estudio. La primera se deriva de la naturaleza correlacional de los datos, que no permite sacar conclusiones en términos de causalidad. En segundo lugar y respecto a los instrumentos de evaluación empleados, para la evaluación de las estrategias de afrontamiento, la aplicación de una versión validada con una muestra de mayor tamaño hubiese mejorado la fiabilidad y validez de la medida. Desafortunadamente, en el momento del estudio, los autores desconocían la adaptación de Soriano y Montsalve (1999), y la más reciente de Rodríguez, Cano y Blanco (2004) no se había publicado. Por otra parte, existen algunas variables de distinta índole, no evaluadas, que podrían influir en la depresión y en la interferencia del dolor, tales como el apoyo social, algunas variables de personalidad, el miedo al dolor o la aceptación (Faucet y Levine, 1991; Truyols *et al.*, 2008). Por otro lado, los datos obtenidos se refieren a personas cuyo dolor está causado por artrosis, por tanto, la generalización a otros tipos de dolor ha de hacerse con cautela, ya que en distintos tipos de dolor podrían variar las relaciones funcionales entre las variables objeto de estudio (Camacho y Anarte, 2003). Finalmente, la muestra se compone exclusivamente de personas mayores, en su mayor parte mujeres. Este hecho facilita, por una parte, la generalización de los resultados a la población mayor, especialmente población femenina, hecho relevante dada la escasez de estudios en esta población, y dado el hecho de que la artrosis es de mayor prevalencia en mujeres. Sin embargo, por otro lado dificulta la generalización a otros grupos de edad, ya que estudios anteriores han señalado que la edad puede relacionarse con la percepción de dolor (Ramírez *et al.*, 2001). Así mismo, el hecho de que la muestra contenga un porcentaje de mujeres mayor que el de hombres, si bien refleja los porcentajes de distribución por sexos de esta patología, puede dificultar la generalización de los resultados, ya que trabajos anteriores sugieren que puede haber diferencias relacionadas con la variable sexo en la percepción del dolor (Ramírez *et al.*, 2001). Por ello, sería recomendable realizar en un futuro, con los tamaños muestrales adecuados, estudios que permitan desagregar los efectos de la variable sexo.

Referencias

- Affleck, G., Zautra, A., Tennen, H. y Armeli, S. (1999). Multilevel daily process designs for consulting and clinical psychology: a preface for the perplexed. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 746-54.
- American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons (2002). Clinical practice guidelines: the management of persistent pain in older persons. *Journal of American Geriatric Society, 50*, 15-20.
- Bijlsma, J. W. (2002). Analgesia and the patient with osteoarthritis. *American Journal of Therapy, 9*, 189-197.
- Bijsterbosch, J., Scharloo, M., Visser, A. W., Watt, I., Meulenbelt, I., Huizinga, T. W., Kaptein y Kloppenburg, M. (2009). Illness perceptions in patients with osteoarthritis: change over time and association with disability. *Arthritis and Rheumatism, 61*, 1054-1061.
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P. H., Adey, M. y Rose, T. L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist, 1*, 37-34.
- Brown, G. K. y 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.
- Burns, J. W., Kubitius, A., Breuhl, S., Harden, R. N. y Lofland, K. (2003). Do changes in cognitive factors influence outcome following multidisciplinary treatment for chronic pain? A cross-lagged panel analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 81-91.
- Camacho, L. M. y Anarte, M. T. (2001). Importancia de las creencias en la modulación del dolor crónico: concepto y evaluación. *Apuntes de Psicología, 19*, 453-470.
- Camacho, L. M. y Anarte, M. T. (2003). Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. *Psicothema, 15*, 464-470.
- Campbell, L. C., Clauw, D. J. y Keefe, F. J. (2003). Persistent pain and depression: a biopsychosocial perspective. *Biological Psychiatry, 54*, 399-409.
- Carmona, L., Ballina, J., Gabriel, R. y Laffon, A. (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Annals of the Rheumatic Diseases, 60*, 1040-1045.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretical based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 267-283.
- Chang, H. K., Herr, K. A., Sohn, J. N., Cha, B. K. y Yom, Y.-H. (2007). Prediction of Pain Outcomes in Korean Older Adults: use of a structural equation model. *Pain Medicine, 8*, 75-83.
- Cole, B. C., Cutler, R. B., Fishbain, D. A., Rosomoff, H. L. y Steele-Rosomoff, R. (1999). Differences between pain beliefs tests. Comparing the Pain and Impairment Relationship Scale to the Pain Beliefs and Perception Inventory. *Pain Clinic, 11*, 187-197.
- Cook, A. J., Brawer, P. A. y Vowels, K. E. (2006). The fear-avoidance model of chronic pain: Validation and age analysis using structural equation modeling. *Pain, 121*, 195-206.
- Corran, T. M., Gibson, S. J., Farrel, M. J. y Helme, R. D. (1994). Comparison of chronic pain experience between young and elderly patients. *Progress in Pain Research and Management, 2*, 895-906.
- Davison, M. A., Dean, A. T., Laendre, R. F. y Davidson, P. R. (2008). Chronic pain assessment: a seven-factor model. *Pain Research Management, 13*, 299-308.
- Dekker, J., Boot, B., Van der woude, L. H. V. y Bijlsma, J. W. J. (1992). Pain and disability in osteoarthritis. *Journal of Behavioral Medicine, 15*, 189-214.
- Endler, N. S., Corace, M. C., Summerfeldt, L. J., Johnson, J. M. y Rothbart, P. (2003). Coping with chronic pain. *Personality and Individual Differences, 34*, 323-346.

- Esteve, R., López, A. E. y Ramírez, C. (1999). Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud*, 11, 77-102.
- Esteve, R., Ramírez, C. y López, A. E. (2007). Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 179-188.
- Faucett, J. A. y Levine, J. D. (1991). The contributions of interpersonal conflict to chronic pain in the presence or absence of organic pathology. *Pain*, 44, 35-43.
- Fernández, A. y Vílchez, M. J. (2007). Percepción de estrés y afectación vital en dolor crónico. *Psicología Conductual*, 15, 281-296.
- Ferreira, V. M. y Sherman, A. M. (2007). The relationship of optimism, pain and social support to well-being in older adults with osteoarthritis. *Aging and Mental Health*, 11, 89-98.
- Geerlings, S. W., Ttwisk, J. W. R., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H. y van Tilburg, W. (2002). Longitudinal relationship between pain and depression in older adults: sex, age and physical disability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 23-30.
- Gibson, S. J. y Helme, R. D. (1995). Age differences in pain perception and report. A review of physiological, psychological, laboratory, and clinical studies. *Pain Reviews*, 2, 111-137.
- Gibson, S. J. y Helme, R. D. (2000). Cognitive factors and the experience of pain and suffering in older persons. *Pain*, 85, 375-383.
- González, R., Soler, E. y Ferrer, V. (2002). Inventario de percepción y creencias de dolor: análisis factorial confirmatorio. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 14, 135-148.
- Gorsuch, R. L. (1983). *Factor analysis* (2ª ed.). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Turk, D. C., Fine, P. G., Dworkin, R. H., Helme, R., Jackson, K., Parmelee, P. A., Rudy, T. E., Lynn, B. B., Chibnall, J. T., Craig, K. D., Ferrell, B., Fillingim, R. B., Gagliese, L., Gallagher, R., Gibson, S. J., Harrison, E. L., Katz, B., Keefe, F. J., Lieber, S. J., Lussier, D., Schmader, K. E., Tait, R. C., Weiner, D. K. y Williams, J. (2007). An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *The Clinical Journal of Pain*, 23(supl. 1), 1-43.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. y Black, W. C. (1999). Multiple discriminant analysis and logistic regression. *Multivariate data analysis* (5ª ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Herrero, A. M., Ramírez, C. y González, V. (2008). Personality, Cognitive appraisal and adjustment in chronic pain patients. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 531-542
- Izal, M., López, A., Montorio, I. y González, J. L. (2010). Discordancia entre el nivel de deterioro físico radiológico y el deterioro funcional en la artrosis: el papel de las estrategias de afrontamiento al dolor. *Spanish Journal of Psychology*, 13, 875-885.
- Izal, M. y Montorio, I. (1993). Adaptation of the GDS in Spain. a preliminary study. *Clinical Gerontologist*, 13, 83-91.
- Izal, M., Montorio, I., Márquez, M., Losada, A. y Pérez, M. (2003). *Percepción de control y regulación emocional a lo largo del ciclo vital: exploración de su papel en la vejez saludable*. Informe de Investigación no publicado, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Madrid.
- Jensen, M. P., Turner, J. A. y Romano, J. M. (1992). Chronic pain coping measures: individual vs. composite scores. *Pain*, 51, 273-280.
- Jensen, M. P., Turner, J. A. y Romano, J. M. (1994). Correlates of improvement in multidisciplinary treatment of chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 172-179.
- Jensen, M. P., Turner, J. A. y Romano, J. M. (2001). Changes in beliefs, catastrophizing and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 655-662.

- Johansen, S. A. (2008). Cognitive features, self-management, and disability level associated with chronic back pain. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 69, 1373.
- Jordan, M. S., Lumley, M. A. y Leisen, J. C. (1998). The relationships of cognitive coping and pain control beliefs to pain and adjustment among African-American and Caucasian women with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 11, 80-8.
- Kerns, R. D., Rosenberg, R. y Otis, J. D. (2002). Self-appraised problem solving and pain-relevant social support as predictors of the experience of chronic pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 100-105.
- Lansbury, G. (2000). Chronic pain management: a qualitative study of elderly people's preferred coping strategies and barriers to management. *Disability and Rehabilitation*, 22, 2-14.
- López, A. E., Esteve, R. y Ramírez, C. (2008). Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *Journal of Pain*, 9, 373, 379.
- López, A., Montorio, I. e Izal, M. (2010). El papel de las variable cognitivo-conductuales y sensoriales en la predicción de la capacidad funcional y la interferencia en la actividad en una muestra de personas mayores con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 17, 78-88.
- López, A, Montorio, I., Izal, M. y Velasco, L. (2008). The role of psychological variables in explaining depression in older people with chronic pain. *Aging and mental health*, 12, 735-745.
- Martire, L. M., Schulz, R., Keefe, F. J., Starz, T. W., Osial, T. A. y Dew, M. A. (2003). Feasibility of a dyadic intervention for management of osteoarthritis: a pilot study with older patients and their spousal caregivers. *Aging and Mental Health*, 7, 53-60.
- McConatha, J. T. y Huba, H. M. (1999). Primary, secondary and emotional control across adulthood. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 18, 164-170.
- McCracken, L. M. y Vowles, K. E. (2007). Psychological flexibility and traditional pain management strategies in relation to patient functioning with chronic pain: an examination of a revised instrument. *Journal of Pain*, 8, 700-707.
- Melzack, R. y Wall, P. (1988). *The challenge of pain* (2ª ed. rev.). Londres: Penguin Books.
- Mikail, S. F., Du Breuil, S. C. y D'Eon, J. L. (1993). A comparative analysis of measures used in the assessment of chronic pain patients. *Psychological Assessment*, 5, 117-120.
- Molenaar, E. T. H., Voskuyl, A. E. y Dijkmans, B. A. C. (2002). Functional disability in relation to radiological damage and disease activity in patients with rheumatoid arthritis in remission. *The Journal of Rheumatology*, 29, 267- 270.
- Murphy, H., Dickens, C., Creed, F. y Berstein, R. (1999). Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Jornal of Psychosomatic Research*, 46, 155-164.
- Pastor, M. A., López, S, Rodríguez, J, Terol, M. C. y Sánchez, S. (1995). Evaluación Multidimensional del dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud*, 7, 79-10.
- Pawlick, K. y Middaugh, S. J. (2002). Persistent pain in the older patient. En D. C. Turk y R. J. Gatchel (dirs.), *Psychological Approaches to Pain Management* (2ª ed., pp. 553-572). Nueva York: Guilford.
- Phillips, C. H. y Hunter, M. (2004). Pain behavior in headache sufferers. *Behavioral Analysis Modification*, 4, 257-266.
- Picavet, H. S. y Hazes, J. M. (2003). Prevalence of self reported musculoskeletal diseases is high. *Annals of Rheumatic Disease*, 62, 644-650.
- Ramírez, C., Esteve, R. y López, A. E. (2008). Desarrollo de un inventario para la evaluación cognitiva en pacientes con dolor crónico. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 16, 55-68.

- Ramírez, C., Esteve, R., López, A. E. y Anarte, M. T. (2001). Diferencias en la percepción de dolor relacionadas con las variables sexo y edad. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 8, 562-568.
- Ramírez, C. y Valdivia, Y. (2003). Evaluación del funcionamiento diario en pacientes de dolor crónico. *Psicología Conductual*, 11, 283-291.
- Rapp, S. R., Rejeski, W. y Millar, M. E. (2000). Physical function among older adults with knee pain: the role of pain coping skills. *Arthritis Care and Research*, 13, 270-279.
- Redondo, M., León, L., Pérez, M. A., Jover, J. y Abasolo, L. (2008). El dolor en los pacientes con artritis reumatoide: variables psicológicas relacionadas e intervención. *Revista de Psicología de Clínica y Salud*, 19, 359-378.
- Robinson, M. E., Riley, J. L., Myers, C. D., Sadler, I. J., Kvaal, S. A., Geisser, M. E. y Keefe, F. J. (1997). The Coping Strategies Questionnaire: a large sample, item level factor analysis. *Clinical Journal of Pain*, 13, 43-49.
- Rodríguez, F., Cano, F. J. y Blanco, A. (2004). Conductas de dolor y discapacidad en migrañas y cefaleas tensionales. Adaptación española del Pain Behavior Questionnaire (PBQ) y del Headache Disability Inventory (HDI). *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 739-762.
- Rosentiel, A. K. y Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients. Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.
- Roth, M., Tym, E., Mountjoy, C. Q., Huppert, F. A., Hendrie, H. y Verma, S. (1989) CAMDEX: a standardized instrument for the diagnosis of mental disorders in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 149, 698-709.
- Rudy, T. E., Kerns, R. D. y Turk, D. C. (1988). Chronic pain and depression: Toward a cognitive-behavioral mediation model. *Pain*, 35, 129-140.
- Samwel, H. J. A., Evers, A. W. M., Crul, B. J. P. y Karrimaat, F. W. (2006). The Role of Helplessness, Fear of Pain, and Passive Pain-Coping in Chronic Pain Patients. *Clinical Journal of Pain*, 22, 245-251.
- Scharloo, M., Kapstein, A. A., Weiman, J., Hazes, J. M., Willems, L. N., Bergman, W. y Rooijmans, H. G. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 573-585.
- Skevington, S. M. (1983). Chronic pain and depression: Universal or personal helplessness. *Pain*, 15, 309-317.
- Smith, T. W., Christensen, A. J., Peck, J. R. y Ward, J. R. (1994). Cognitive distortion, helplessness and depressed mood in rheumatoid arthritis. A four year longitudinal analysis. *Health Psychology*, 13, 213-217.
- Snow-Turek, A. L., Norris, M. P. y Tan, G. (1996). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 64, 455-462.
- Soriano, J. y Montsalve, V. (1999). Valoración, afrontamiento y emoción en pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 62, 43-64.
- Stephens, M. A. P., Druley, J. A. y Zautra, A. J. (2002). Older adults' recovery from surgery for osteoarthritis of the knee. psychosocial resources and constraints as predictors of outcomes. *Health Psychology*, 21, 377-383.
- Steultjens, M.P., Dekker, J. y Bijlsma, J.W. (2001). Coping, pain, and disability in osteoarthritis: a longitudinal study. *The Journal of Rheumatology*, 28(5), 1068-1072.
- Stroud, M. W., Thorn, B. E., Jensen, M. P. y Boothby, J. L. (2000). The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain*, 84, 347-52.
- Tan, G., Jensen, M. P., Robinson-Whelen, S., Thornby, J. I. y Monga, T. N. (2002). Measuring control appraisals in chronic pain. *The Journal of Pain*, 3, 385-393.

- Truyols, M. M., Pérez, J., Medinas, M. M., Palmer, A. y Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y tratamiento del dolor crónico. *Clinica y Salud*, 19, 295-320.
- Turk, D. C. y Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 678-690.
- Turk, D. C., Okifuji, A. y Scharff, L. (1995). Chronic pain and depression. Role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain*, 61, 93-101.
- Turner, J. A., Dworkin, S. F., Mancl, L., Huggins, K. H. y Truelove, E. L. (2001). The roles of beliefs, catastrophizing, and coping in the functioning of patients with temporomandibular disorders. *Pain*, 92, 41-51.
- Turner, J. A., Jensen, M. P. y Romano, J. M. (2000). Do beliefs, coping and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85, 115-125.
- Turner, J. A., Jensen, M. P., Warme, 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.
- Vallejo, M. A. (2008). Perspectivas en el estudio y tratamiento psicológico del dolor crónico. *Clinica y Salud*, 19, 417-430.
- Vowles, K. E., McCracken, L. M. y Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: the contributions of pain, acceptance and catastrophising. *European Journal of Pain*, 11, 779-787.
- 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.
- Wright, G. E., Parker, J. C., Smarr, K. L., Schoenfeld-Smith, K., Buckelew, S. P. y Slaughter, J. R. (1996). Risk factors for depression in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 9, 264-272.
- Zautra, A. J., Burleson, M. A., Smith, C. A., Blalock, S. J., Wallston, K. A., De Vellis, R. F., De Vellis, B. M. y Smith, T. W. (1995). Arthritis and perceptions of quality of life: an examination of positive and negative affect in rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology*, 14, 399-408.

RECIBIDO: 9 de noviembre de 2009

ACEPTADO: 13 de enero de 2010

