

Variables Cognitivas Implicadas en la Experiencia de Dolor Crónico

Moretti, Luciana Sofía * ab

^a Laboratorio de Psicología Cognitiva (CONICET), Córdoba, Argentina

^b Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina.

Artículo de Revisión

Resumen

Con el surgimiento de la teoría de la compuerta se cree que existen variables psicológicas, además de las involucradas con las propiedades físicas del estímulo nociceptivo, que influyen sobre la experiencia de dolor. Así, de entre las variables conductuales, sociales y emocionales, se destacan las variables cognitivas que determinan en gran medida la percepción de dolor. Desde esta teoría se piensa que las variables cognitivas modulan a las otras dos dimensiones de la experiencia de dolor: la dimensión sensorial-discriminativa y la motivacional-afectiva (Camacho Martel & Anarte Ortiz, 2001; Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007). En el presente trabajo se realiza una revisión de las principales variables cognitivas implicadas en la experiencia de dolor, se expone la evidencia empírica que sustenta la importancia de estas variables y se discuten las implicancias clínicas en el ámbito de la psicología y el impacto de esta área de conocimiento en el medio local.

Palabras claves:

Variables cognitivas; Dolor crónico; Teoría de la compuerta; Modelo cognitivo-conductual del dolor crónico; Modelo biopsicosocial del dolor.

Recibido el 7 de Julio de 2010; Recibido la revisión el 20 de Octubre de 2010; Aceptado el 20 de Octubre de 2010.

Abstract

Cognitive Variables Implicated In Chronic Pain: Since the creation of gate control theory, the importance of psychological variables in chronic pain has emerged. Thus, the cognitive variables are emphasized in between behaviors, emotions and social factors for the explanation of chronic pain. Considering the gate control theory, cognitive variables modulate the other two dimensions of the chronic pain experience: the motivational-affective dimension and the sensory-discriminative dimension (Camacho Martel & Anarte Ortiz, 2001; Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007). The aim of this work is to review the main cognitive variables implicated in the chronic pain experience. Moreover, empirical evidence that support the importance of these variables is presented. Furthermore, it is discussed the clinical implications and the importance of this area in the local context.

Key Words:

Cognitive variables; Chronic pain; Gate control theory; Cognitive-behavioral model of chronic pain; Biopsychosocial model of chronic pain.

1. Introducción

En los últimos años la psicología del dolor crónico (DC en adelante) ha variado notablemente gracias a las investigaciones y aportes realizados en el área. Con la aparición de la teoría de la compuerta propuesta por Melzack y Wall (1965) se realiza una reconceptualización de la experiencia de dolor. Esta teoría explica cómo la mente desempeña un papel esencial en la experiencia final de dolor. Es decir, se sugiere que existe un sistema de bloqueo (compuerta), a nivel del sistema nervioso central, que posibilita la apertura o cierre de las vías relacionadas al dolor. La compuerta puede abrirse permitiendo la transmisión del dolor a través de las fibras aferentes y eferentes desde y

hacia el cerebro ó, en caso contrario, la compuerta puede cerrarse para bloquear la transmisión del dolor. Los impulsos eferentes pueden verse afectados por una variedad de factores psicológicos que influyen sobre el cerebro. El mensaje enviado desde el cerebro (vías eferentes) al área donde se siente dolor puede ser modulado por la interpretación que la mente hace sobre esa experiencia de dolor. En este sentido, una buena cantidad de factores modulan la interpretación del dolor como las emociones y las experiencias previas con el dolor. A partir de lo propuesto por esta teoría, podría decirse que ésta integra los componentes fisiológicos, psicológicos, cognitivos y emocionales que regulan la

* Enviar correspondencia a: Lic. Moretti, Luciana S.
E-mail: lsmoretti@gmail.com

percepción del dolor (Camacho Martel & Anarte Ortiz, 2001; Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007).

La teoría de la compuerta distingue tres dimensiones implicadas en la experiencia dolorosa: la dimensión sensorial-discriminativa, la cual involucra la transmisión de la información relacionada con las propiedades físicas del estímulo nociceptivo; la dimensión motivacional-afectiva que asocia al dolor como algo desagradable o aversivo generando una experiencia emocional desagradable y conductas de escape ante el estímulo doloroso y, en última instancia, la dimensión cognitivo-evaluativa, referida al rol de las variables cognitivas como son los pensamientos, creencias y valores, entre otras; siendo ésta la encargada de modular a las anteriores (Camacho Martel & Anarte Ortiz, 2001).

Debido a esta nueva concepción, numerosas investigaciones demuestran que existen una gran cantidad de variables (cognitivas, conductuales, emocionales, físicas y sociales) que juegan un rol importante en la experiencia final de dolor (Boersma & Linton, 2005; Gatchel et al., 2007). El modelo biopsicosocial concibe tanto a la enfermedad como a los eventos que la causan como determinada por la interacción compleja múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales (Gatchel et al., 2007). Este enfoque concibe al DC como un fenómeno perceptivo cuya caracterización necesita de un enfoque multidimensional y no de tipo lineal como el biomédico. Desde este punto de vista, los componentes de tipo psicosocial alcanzan gran relevancia en los problemas de DC, en donde el dolor se relaciona con el contexto social, actitudes, creencias, emociones y con sus características específicas (Miró, 2003; Navarro Calvillo, 2006; Novy, 2004; Van-Der Hofstadt & Quiles, 2001). (Véase Figura 1)

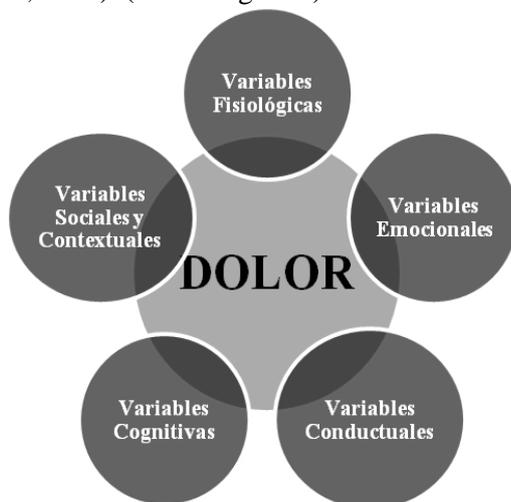


Figura 1. Modelo biopsicosocial del dolor crónico.

Un modelo teórico y empírico que ha adquirido importancia en los últimos años es el modelo cognitivo-comportamental del DC. Dicho modelo asume que los problemas asociados a dicho síndrome se originan a partir de la forma en que el paciente reacciona ante éste. Por ello, la diferencia que existe entre las personas que sufren el DC que consideran que se hallan incapacitados por éste, y los que piensan que el dolor no es problemático, no se basa necesariamente en la percepción sensorial del dolor sino más bien en las valoraciones e interpretaciones que realizan los pacientes acerca de su dolor. Debe destacarse que este modelo, sin dejar de considerar la multiplicidad de variables implicadas en la experiencia de dolor, enfatiza el papel de las creencias que poseen los pacientes acerca de su sintomatología (Sharp, 2001). Por lo dicho, puede verse que las variables cognitivas, de entre las ya mencionadas, se hallan implicadas en la experiencia final de dolor haciendo necesario conocer su influencia e importancia para ser consideradas no sólo en la evaluación de las mismas sino también en la posibilidad de su tratamiento. Así, el objetivo del presente trabajo es realizar un estudio teórico clásico (Montero & León, 2007) de las variables cognitivas que se ha demostrado que poseen importancia en la experiencia de DC. Se pretende, además, presentar evidencia empírica que respalda la importancia que tienen estas variables en los problemas asociados al DC.

2. Cogniciones y creencias asociadas al DC

Desde el modelo cognitivo-comportamental, las cogniciones han sido definidas como respuestas en forma de autoverbalizaciones que son específicas a una situación del ambiente. Por otro lado, las creencias se definen como nociones o constructos personales preexistentes acerca de la naturaleza de la realidad que dan forma o permiten interpretar el significado de los eventos y tomar decisiones acerca de uno mismo y sobre el ambiente (Lazarus & Folkman, 1984). En el ámbito específico del DC, las creencias son consideradas cogniciones (pensamientos) que las personas poseen acerca de su problema de dolor (Busch, 2005; Jensen, Turner, Romano & Karoly, 1991) y sirven para obtener conocimiento y comprensión de los eventos que sucedieron, suceden o sucederán (Stroud, Thorn, Jensen & Boothby, 2000). Es decir, son conceptualizaciones propias de cada persona sobre qué es el dolor y qué significa para ellos y pueden ser entendidas como un subconjunto de un sistema de creencias que representa una comprensión personal de la experiencia de dolor (Turk & Okifuji, 2002; Williams & Thorn, 1989). De acuerdo con lo que afirman

Camacho Martel y Anarte Ortiz (2003) y Turk (2004) estas variables mantienen e incrementan el dolor crónico ya que, de acuerdo a las investigaciones realizadas, las creencias desadaptativas ejercen una influencia desfavorable en el afrontamiento del dolor crónico reduciendo su eficacia (Young Casey, Greenberg, Nicassio, Harpin & Hubbard, 2008). Estas cogniciones y creencias relacionadas al dolor son desarrolladas como resultado de experiencias de aprendizaje previas y del contexto cultural del paciente (Turk & Okifuji, 2002). En otras palabras, dependiendo de las experiencias que el paciente haya tenido con el dolor o el conocimiento de otras personas que han sufrido de dolor, los pacientes podrían haber aprendido que el dolor tiene determinados significados. Asimismo, dependiendo de la observación de los modos que tienen otras personas para responder ante el dolor en la cultura en la que se haya inserto el paciente, puede aprender a interpretar y/o a evaluar el dolor de diferentes maneras (Sharp, 2001).

El sistema de creencias relacionadas con la experiencia del dolor desempeña un papel fundamental en el ajuste al DC (Stroud, Thorn, Jensen & Boothby, 2000; Turk & Okifuji, 2002; Young Casey et al., 2008). Es de gran interés para el tratamiento saber cómo las creencias que los pacientes tienen sobre su dolor pueden influir en la capacidad para hacerle frente, en su estado emocional y en la percepción final del mismo (Ruvalcaba Palacios & Domínguez Trejo, 2009). En relación a lo dicho, se encontró que las creencias de dolor que sostenían los pacientes se relacionaban con las estrategias de afrontamiento que éstos utilizaban para hacer frente al dolor. Los resultados obtenidos de las investigaciones realizadas en torno a las creencias de recursos y dolor muestran que éstas se relacionan de forma negativa y significativa con la intensidad del dolor percibido por el paciente. Asimismo, estos resultados destacan la importancia de las creencias de control en la percepción del dolor crónico. Es decir, cuando la persona evalúa su situación respecto del dolor influyen las creencias (sobre la percepción de indefensión y de recursos) que tiene sobre el dolor, lo cual a su vez determina el tipo de estrategia cognitiva que utiliza para afrontarlo. En este sentido, parece que cuando los pacientes creen tener recursos para afrontar el dolor utilizan más autoafirmaciones de afrontamiento, mientras que aquellos pacientes cuyas creencias son de indefensión son más catastrofistas (Camacho Martel & Anarte Ortiz, 2003). Por otro lado, las creencias asociadas al DC parecerían estar asociadas con la intensidad de dolor reportado, el estado de ánimo y la incapacidad asociada al dolor. Además, aquellos

pacientes que interpretan a su dolor como indicador de mayor daño tienden a tener conductas más evitativas y muestran mayor incapacidad. A partir de lo dicho podría decirse que las cogniciones y creencias asociadas al dolor se asocian con la utilización de estrategias de afrontamiento adaptativas o desadaptativas, lo que a la vez influye en la manera en que el dolor impacta sobre la vida de los pacientes (Douglas, Graham, Anderson & Rogerson, 2004; Sharp, 2001).

Ahora bien, dentro de las creencias asociadas al DC, las que han sido más estudiadas en este ámbito son las creencias de control del dolor que parecen asumir un rol importante tanto en el estado de salud general como en la adaptación psicológica a los problemas de enfermedad (Martín-Aragón Gelabert, Lledó, López-Roig, Terol & Rodríguez-Martín, 2001). Éstas se refieren a las creencias que las personas poseen respecto de las habilidades y recursos disponibles para manejar y controlar el dolor y sus efectos sobre su propia vida (Tan, Jensen, Robinson-Whelen, Thornby & Monga, 2002).

Existen tres constructos relacionados con la percepción de controlabilidad: el locus de control, la autoeficacia y la competencia percibida. En primer lugar, el locus de control se refiere a la creencia que posee una persona respecto a la relación entre la conducta y sus resultados o consecuencias (Visdómine-Lozano & Luciano, 2006). Este concepto involucra a dos aspectos: en primer lugar, el locus de control interno implica el control que posee la propia persona sobre su salud y sobre su dolor; y, en segundo lugar, en el locus de control externo priman las creencias de que existen factores externos a la persona que controlan la salud y el dolor (el poder de los otros y el azar) (Comeche Moreno, Díaz García & Vallejo Pareja, 1999). El locus de control relacionado con la salud ha sido asociado con el uso de estrategias de afrontamiento y las cogniciones relacionadas con el dolor (Harkapaa, Jarvikoski, Mellin, Hurri & Luoma, 1991). Asimismo, Toomey, Mann, Abashian y Thompson-Pope (1991) encontraron que aquellas personas con un locus de control interno elevado reportaban menor intensidad y menor intensidad en el dolor percibido que aquellos con un locus de control interno disminuido. En segundo lugar, las expectativas de autoeficacia son aquellos juicios que las personas establecen acerca de las propias capacidades a partir de los cuales organizarán y ejecutarán acciones con el fin de alcanzar el rendimiento deseado (Bandura, 1987). Es decir, la autoeficacia expresa la creencia que posee la persona acerca de su habilidad para desempeñarse en una

determinada tarea. De este modo, si los pacientes creen que no pueden hacer mucho frente a los síntomas de dolor, no invertirán esfuerzos para controlar activamente su dolor. Frente a esto, los pacientes experimentarán mayor malestar emocional lo que aumentará la percepción de las cualidades físicas del estímulo doloroso y, así, el dolor percibido (Turk & Okifuji, 2002). En última instancia, la competencia percibida en relación a la salud se concibe como las expectativas de los individuos sobre su posibilidad de actuación positiva ante acontecimientos o situaciones. Asimismo, los contenidos de estas creencias podrían estar determinados por las características socio-demográficas y de la historia clínica del individuo que, a la vez, podrían estar asociadas con una mayor o menor percepción de control (Martín-Aragón Gelabert et al., 2001).

En cuanto a estas últimas, Martín-Aragón Gelabert y colaboradores (2001) hallaron que tanto la competencia percibida como las creencias de autoeficacia hacia el control del dolor poseen una estrecha relación con el estado de salud en pacientes con fibromialgia. Asimismo, estos autores afirman que los mejores predictores de determinadas conductas relacionadas al dolor son las creencias de control que poseen las personas respecto a dichos comportamientos (autoeficacia). En este sentido, la autoeficacia es una de las variables que mejor predice la percepción de la intensidad de dolor y su impacto físico y sobre las relaciones sociales. También, Asghari y Nicholas (2001) encontraron que las creencias de autoeficacia hacia el control del dolor estaban correlacionadas significativamente, aunque de manera negativa, con las conductas de dolor, de evitación y de queja. Además, se halló que las creencias de autoeficacia predicen la cantidad total de conductas de dolor y de evitación aunque no de las quejas. Esto quiere decir que una baja autoeficacia hacia el control del dolor es un predictor fuerte de altos niveles de conductas de dolor.

En la misma línea, según Camacho Martel y Anarte Ortiz (2003) la percepción de control sobre el dolor se relaciona con una mejor adaptación al dolor crónico de tal forma que las creencias de ausencia de control están relacionadas con estrategias de afrontamiento no efectivas para el manejo del dolor. En este sentido, la creencia de incontrolabilidad aumenta la percepción de la intensidad del dolor. Es decir, cuando el paciente cree no tener control sobre su dolor se acentúan aún más las características aversivas del mismo y, por lo tanto, puede ser percibido de forma más negativa ya que a medida que pasa el tiempo y el dolor continúa, la persona se cree indefensa ante la imposibilidad de hacer

algo para disminuir el dolor (Camacho Martel & Anarte Ortiz, 2003;). Las investigaciones realizadas en este ámbito revelan la existencia de asociación entre las creencias de control sobre el dolor y los índices de funcionamiento psicológico y físico adaptativos en pacientes con DC (Moix Queraltó, 2005). Asimismo, las creencias de control estarían relacionadas positivamente con el nivel de actividad de los pacientes y negativamente con el autorreporte de la intensidad de dolor (Geisser, Robinson & Henson, 1994).

En otro orden de cosas, existen otro tipo de creencias que estarían implicadas en las creencias de dolor: las creencias de indefensión. Éstas son consideradas como un estado psicológico que se produce cuando los acontecimientos a los que se enfrenta una persona son incontrolables e impredecibles. En estudios realizados con este constructo se encontró que las creencias de indefensión se relacionan de manera positiva con la percepción de la intensidad de dolor, y con el catastrofismo. Por el contrario, las creencias de indefensión se correlacionan de manera negativa con las creencias de los pacientes acerca de que poseen recursos para afrontar el dolor (Camacho Martel & Anarte Ortiz, 2003). Según Samuel, Evers, Crul y Kraaimat (2006) las creencias de indefensión son las variables que contribuyen de manera más fuerte a la percepción de incapacidad y al nivel de dolor percibido, independientemente del miedo asociado al dolor y de las estrategias de afrontamiento pasivas. Asimismo, las creencias de indefensión parecen ser determinantes en la percepción que poseen los pacientes acerca del tratamiento. Es decir, si el dolor persiste y se prueban tratamientos que no son efectivos para reducir el dolor, se podría conjeturar que los pacientes desarrollarían un estado de indefensión aprendida. El paciente podría empezar a creer que ningún tratamiento ha resultado y que ningún tratamiento en el futuro podría ayudarlo. Como consecuencia de ello, los pacientes que sostienen estas creencias podrían no esforzarse en el tratamiento lo que podría incrementar las posibilidades de que el tratamiento no ayude, lo que reforzaría la creencia de "nada puede ayudarme" (Sharp, 2001).

3. Estrategias de afrontamiento

Desde el modelo procesual del estrés de Lazarus y Folkman (1984), el dolor crónico es concebido como una situación estresante que, además de estar sostenida en el tiempo, requiere esfuerzos adaptativos continuos por parte de la persona que lo sufre. Los esfuerzos dedicados a paliar y enfrentar el dolor se denominan estrategias de afrontamiento y son utilizados con la

intención de manejar el dolor (Anarte, Ramírez, López & Esteve, 2001; Camacho Martel & Anarte Ortiz, 2001). Éstas están determinadas por el tipo de valoración que hace la persona de su situación y de los recursos de los que disponga (Ramírez-Maestre, Esteve & López, 2008). Por ello, el papel de la valoración cognitiva en la adaptación a enfermedades crónicas se considera fundamental (Camacho Martel & Anarte Ortiz, 2001). En este proceso valorativo intervienen las creencias de dolor las cuales influyen sobre las estrategias de afrontamiento dando lugar a las diferencias en cuanto a los niveles de adaptación manifestados por los pacientes (DeGood & Shutty, 1992; Herrero, Ramírez-Maestre & González, 2008).

Una de las clasificaciones más utilizadas de las estrategias de afrontamiento es aquella que las divide en activas y pasivas, y en cognitivas y conductuales (Brown & Nicasio, 1987; DeGood & Shutty, 1992). Por un lado, las estrategias de afrontamiento activas son consideradas adaptativas para los pacientes ya que requieren responsabilidad y el desarrollo de acciones instrumentales tendientes al manejo del dolor (como pueden ser el ejercicio físico o el uso de estrategias distractoras). Por el contrario, las estrategias de afrontamiento pasivas se piensa que son desadaptativas debido a que implican el abandono por parte de la persona que sufre el dolor (por ejemplo, descansar en la cama) o porque el paciente no asume la responsabilidad de accionar debidamente situando el control de su dolor en factores externos (por ejemplo, la ingesta de analgésicos) (Comeche Moreno, Díaz García & Vallejo Pareja, 1999).

Con respecto a la segunda clasificación, las estrategias de afrontamiento conductuales se conciben como aquellas conductas con carácter observable que realiza la persona con el propósito de afrontar su dolor (por ejemplo, frotarse la zona afectada) (Camacho Martel & Anarte Ortiz, 2001). Por otro lado, las estrategias de afrontamiento cognitivas se refieren al uso de pensamientos con el objetivo de alterar la percepción de la intensidad del dolor y la propia capacidad para manejar o tolerar el dolor con el fin de continuar con las actividades de la vida diaria (Turk, Meichenbaum & Genest, 1983 en Camacho Martel & Anarte Ortiz, 2001). Según DeGood y Shutty (1992) este tipo de estrategias refieren a lo que las personas hacen con sus pensamientos para intentar controlar el dolor o tolerar los eventos estresantes. Los estudios realizados sobre estas variables hallaron que las autoafirmaciones de afrontamiento se relacionan significativamente con un mejor funcionamiento, con el aumento de la actividad de la persona y con los niveles

de depresión. El tipo de estrategia de afrontamiento cognitiva que los pacientes utilicen se relacionará con la percepción final del dolor. Concretamente, se propone que la utilización de autoafirmaciones de catastrofismo se relaciona de forma positiva con el dolor. En cambio, las autoafirmaciones de afrontamiento se relacionan de manera negativa con la intensidad del dolor (Camacho Martel & Anarte Ortiz, 2003). Para resumir, las estrategias de afrontamiento cognitivas de tipo pasivas junto con las conductuales pasivas afectan de manera negativa sobre el nivel de dolor percibido, la incapacidad y la depresión en gran cantidad de pacientes con variados síndromes de dolor crónico (Samwel, Evers, Crul & Kraaimat, 2006).

Existen dos tipos de estrategias de afrontamiento cognitivas desadaptativas que han sido ampliamente estudiadas en el ámbito del DC y que se hallan relacionadas: la preocupación y la catastrofización. En primer lugar, la preocupación se basa en modelos de desórdenes de ansiedad y se refiere a la tendencia a priorizar el procesamiento de material amenazante y a interpretar estímulos ambiguos de manera amenazante. Esta variable puede conducir a una reducción considerable del nivel de funcionamiento físico y psicológico. El impacto negativo que posee sobre los sistemas musculoesquelético y cardiovascular puede aumentar la incapacidad y conducir a consecuencias físicas indeseables que pueden producir, consecuentemente, un funcionamiento limitado de la persona (Samwel et al., 2006). Si bien este sentimiento de preocupación se supone que es adaptativo en el corto plazo, ya que se caracteriza por ser un intento de escape activo al dolor para resolver situaciones futuras orientadas en el problema, se convierte en desadaptativo cuando el problema de dolor no puede ser resuelto y se convierte en crónico. En la situación específica del DC, concebida como una situación incontrolable de la cual no se puede escapar, el concepto de preocupación es similar a la ya bien conocida catastrofización, la cual se refiere a la rumiación cognitiva sobre el dolor y de sus consecuencias en el futuro (Eccleston, Crombez, Aldrich & Stannard, 2001). En un estudio realizado por Samwel et al. (2006), la preocupación explica en gran medida los niveles de depresión además del sentimiento de indefensión. Estos hallazgos indican que el sentimiento de indefensión es un factor de gran importancia para explicar el nivel de dolor percibido y la incapacidad.

En segundo lugar, la catastrofización ha sido definida como una orientación exageradamente negativa hacia el dolor (Severeijns, van der Hout, Vlaeyen & Picavet, 2002) refiriéndose a los

pensamientos excesivamente negativos e irreales en forma de autoverbalizaciones acerca del dolor (por ejemplo, “el dolor es terrible y siento que me desborda” o “no puedo soportar esto”) (Ehde & Jensen, 2004). Una de las características más importantes de la catastrofización es que el dolor se percibe como excesivamente amenazante, generando miedo y malestar (Crombez, Eccleston, Baeyens & Eelen, 1998) lo que incluye la dificultad de focalizar la atención en otros estímulos que no sea el dolor, percibir al dolor como extraordinariamente intenso y el sentimiento de desamparo frente al control del dolor. De este modo, aquellos individuos que catastrofizan esperan las peores consecuencias de su dolor, exhiben rumiaciones acerca de las sensaciones de dolor y se sienten desamparados en el control del mismo dificultando el uso de estrategias de distracción y de otras estrategias de afrontamiento cognitivas (Schütze, Rees, Preece & Schütze, 2010). Por ello, no es sorprendente que estas personas muestren un ajuste pobre al DC en comparación con aquellos pacientes que no son invadidos por este tipo de cogniciones desadaptativas (Sullivan, Thorn, Haythornthwaite, Keefe, Martin, Bradley & Lefebvre, 2001; Thorn, Boothby & Sullivan, 2002).

En un estudio realizado por Severeijns y colaboradores (2002) se halló que la catastrofización de la experiencia dolorosa tiene un fuerte impacto negativo en los aspectos psicológicos del estado de salud general y sobre la salud general. Asimismo, los pensamientos catastróficos afectan moderadamente el funcionamiento social y la vitalidad. Más específicamente, las personas con dolor musculoesquelético que catastrofizan su dolor experimentan más sentimientos de depresión y nerviosismo y perciben su salud mental como más pobre en relación con los demás. Además, estos investigadores sostienen que la gente mayor que experimenta dolor crónico y que sufren mayor dolor evalúa su estado de salud general de manera más negativa. Este efecto se ve aumentado cuando, al mismo tiempo, catastrofizan acerca de su dolor. Del mismo modo, las personas que poseen mayor dolor y lo catastrofizan perciben mayores limitaciones en sus actividades sociales (por ejemplo, visitar amigos o parientes) y, en el caso específico de las mujeres, aquellas que experimentan mayor dolor y poseen pensamientos catastróficos sobre éste, exhiben menor energía y/o se sienten más fatigadas. A partir de los resultados expuestos se puede decir que la catastrofización posee, de manera más prominente, un impacto social y psicológico y, en menor medida, afecta el nivel de incapacidad o discapacidad.

Por otro lado, los resultados de una investigación realizada por Crombez y colaboradores (1998) muestran que las personas que tienden a catastrofizar expresaron una disrupción inmediata en su atención luego del comienzo del estímulo amenazante (dolor inducido por electroestimulación cutánea). Asimismo, estos mismos participantes mostraron más interferencia en la tarea independientemente del tipo de distractor utilizado. Una posible explicación a este fenómeno de sesgo atencional ante un estímulo amenazante puede ser que estas personas con tendencia elevada a la catastrofización amplifiquen las características sensoriales del estímulo. La catastrofización del dolor puede explicar las variaciones de la sensibilidad al dolor y su tolerancia. Estos resultados revelan que aquellos estudiantes que reportaban una frecuencia elevada de pensamientos catastróficos acerca del dolor mostraron una mayor interferencia en la tarea inmediatamente después de que comenzaba el estímulo amenazante. Durante el procedimiento para investigar la amplificación somatosensorial, los participantes que reportaron una intensidad elevada en la intensidad del estímulo eran los que tenían mayor tendencia a la catastrofización, lo que puede explicarse mediante el sesgo atencional automático y/o por la incapacidad para desviar la atención de información somática amenazante. Estos hallazgos permiten afirmar que las personas con pensamientos catastróficos son hipervigilantes a información somática amenazante.

En función de la evidencia empírica acerca del rol de la catastrofización en los problemas de DC puede decirse que ésta se halla relacionada causalmente con el dolor, y las investigaciones en el área apoyan el rol causal o, por lo menos, que la catastrofización es un antecedente de la experiencia de dolor. Asimismo, investigaciones desarrolladas en el ámbito permiten concluir que una experiencia de dolor intensa causa la aparición de pensamientos catastróficos (Sullivan et al., 2001).

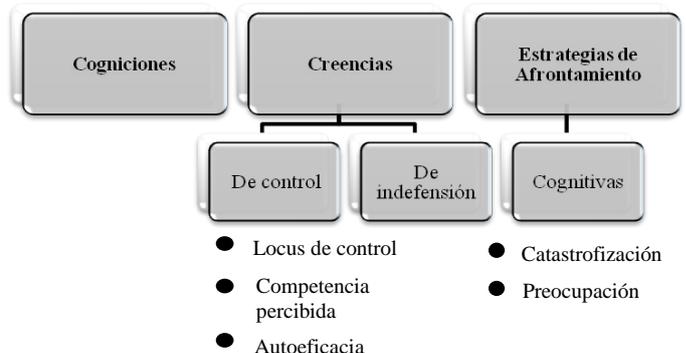


Figura 2. Variables cognitivas asociadas al dolor crónico.

4. Discusión

Luego de la revisión realizada puede decirse que desde el modelo biopsicosocial del DC, las variables cognitivo-evaluativas juegan un rol importante en la determinación de la experiencia de dolor. Es decir, desde este modelo teórico se cree que una persona va a percibir determinado nivel de dolor dependiendo de múltiples factores, como son los comportamientos, los estados emocionales y las valoraciones cognitivas que ésta haga de su problema de dolor (Gatchel et al., 2007; Miró, 2003).

En este sentido, se vio que el ajuste al DC no se centra solamente en la percepción sensorial del dolor sino también en las valoraciones cognitivas que realizan los pacientes acerca de su dolor (Sharp, 2001). De este modo, pensar en la intervención clínica del DC implica pensar en el abordaje necesario de las variables cognitivas asociadas a este trastorno. Así, por ejemplo, se cree que aumentando los niveles de autoeficacia hacia el control del dolor en una persona (Turk & Okifuji, 2002) y disminuyendo la tendencia a la catastrofización del dolor (Schütze et al., 2010) entre otras estrategias clínicas, se podrá lograr que la persona desarrolle estrategias de afrontamiento más adaptativas que se dirijan directamente al control y alivio del dolor impactando así directamente en un aumento en su calidad de vida. Asimismo, en un estudio desarrollado por Ehde y Jensen (2004) se encontró que luego de la intervención con reestructuración cognitiva sobre los pensamientos catastróficos hacia el dolor, se observó que los participantes de este grupo mostraron una mejoría en los niveles de dolor, mientras que el grupo que recibió psicoeducación acerca del dolor los niveles de dolor no mostraron cambios. Es necesario resaltar la idea de que las personas que sufren de dolor crónico necesitan no sólo del tratamiento médico correspondiente, sino también de un abordaje psicológico adecuado centrado en el entrenamiento del paciente en estrategias para el control activo del dolor. En este sentido, las intervenciones cognitivo-conductuales del DC se focalizan en la instrucción de diferentes tipos de estrategias de afrontamiento destinadas no sólo al alivio del dolor sino también a lograr un aumento en la calidad de vida.

En la misma línea, no puede pensarse el abordaje del DC sin una intervención psicológica adecuada, es esencial el abordaje multidisciplinario del paciente para cubrir todos los aspectos que involucra la experiencia dolorosa. Los tratamientos multidisciplinarios para el manejo del dolor incluyen no sólo terapias física y farmacológica sino también intervenciones

psicosociales como el manejo de contingencias, relajación, biofeedback y reestructuración cognitiva. Las metas más comunes de estos tipos de tratamiento es el alivio del dolor y del sufrimiento, reducción de la ingesta de medicación, aumentar los niveles de actividad del paciente (incluyendo la vuelta al trabajo), minimizar el uso de los servicios de salud, eliminar las demandas relacionadas con la incapacidad de los pacientes y, lo que es más importante, la restauración de la capacidad funcional de los pacientes (Cipher, Fernández & Clifford, 2002).

En otras palabras y considerando los postulados de la teoría de la compuerta no sólo debe intervenir sobre la dimensión sensorial-discriminativa del DC, rol exclusivo de médicos y fisioterapeutas, sino también es necesario el abordaje psicológico de las dimensiones motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa. Más aun, se vio que dentro de las tres dimensiones de la experiencia dolorosa, la dimensión cognitivo-evaluativa posee un énfasis especial ya que es la encargada de modular las dimensiones sensorial-discriminativa y motivacional-afectiva, por lo que dejar de lado los factores cognitivos sería un error considerable para el tratamiento de los pacientes con DC.

En otro orden de cosas, es necesario reflexionar acerca de la importancia que posee el estudio científico de los problemas asociados al DC en el medio local ya que dicha problemática es un área de vacancia y que reviste especial significación. En este sentido, es importante desarrollar estudios tendientes a generar instrumentos de evaluación y diagnóstico y trabajos destinados a evaluar las intervenciones en los problemas de dolor. Este último punto es de especial relevancia debido a que es necesario garantizar a las personas que sufren de DC intervenciones efectivas, eficientes y eficaces (Fernández Hermida & Pérez Álvarez, 2001). Así, no debe dejarse de lado la creciente tendencia, aunque muy rechazada por los psicólogos del medio local, de las prácticas en psicoterapia basadas en la evidencia. Al contrario, es necesario empezar a pensar y a utilizar las intervenciones psicológicas que necesariamente se hallen empíricamente validadas (Reed, 2006), por lo que es imperativo creer en la comunicación y trabajo mutuos entre la labor clínica y la investigación científica.

Para finalizar cabe destacar las limitaciones del presente trabajo en cuanto a aspectos metodológicos. En este sentido, la revisión realizada carece de sistematicidad en tanto que no ha seguido un procedimiento sistemático que garantiza la reproducibilidad del mismo, a la vez que la validez

interna del trabajo se ve afectada. Por ello, si bien se cree que este trabajo realiza aportes significativos a la temática, se cree que la metodología utilizada quita rigor científico al mismo. Debido a ello, se sugiere que revisiones futuras consideren el seguimiento de un procedimiento más sistemático y replicable como el propuesto por Fernández-Ríos y Buela-Casal (2009).

Referencias

- Anarte, M. T.; Ramírez, C.; López, A. E. & Esteve, R. (2001). Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor oncológico y benigno. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 8, 102-110.
- Asghari, A. & Nicholas, M. K. (2001). Pain self-efficacy beliefs and pain behavior. A prospective study. *Pain*, 94, 85-100.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- Boersma, K. & Linton, S. J. (2005). How does persistent pain develop? An análisis of the relationship between psychological variables, pain and function across stages of chronicity. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1495-1507.
- Brown, G. K. & Nicassio, P. M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31, 53-64.
- Busch, H. (2005). Appraisal and coping processes among chronic low back pain patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 396-402.
- Camacho Martel, L. & Anarte Ortiz, M. T. (2001). Importancia de las creencias en la modulación del dolor crónico: concepto y evaluación. *Apuntes de Psicología*, 19, 1-13.
- Camacho Martel, L. & Anarte Ortiz, M. T. (2003). Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. *Psicothema*, 15, 464-470.
- Cipher, D. J.; Fernandez, E. & Clifford, P. A. (2002). Coping style influences compliance with multidisciplinary pain management. *Journal of Health Psychology*, 7, 665-673.
- Comeche Moreno, M. I.; Díaz García, M. I. & Vallejo Pareja, M. A. (1999). Cognitive factors in chronic pain. *Psychology in Spain*, 3, 75-87.
- Crombez, G.; Eccleston, C.; Baeyens, F. & Eelen, P. (1998). When somatic information threatens, catastrophic thinking enhances attentional interference. *Pain*, 75, 187-198.
- DeGood, D. E. & Shutty, M. S. (1992). Assessment of pain beliefs, coping and self efficacy. En D.C. Turk & R. Melzack (Eds.) *Handbook of pain assessment*. New York: The Guilford Press.
- Douglas, W.; Graham, C.; Anderson, D. & Rogerson, K. (2004). Managing chronic pain through cognitive change and multidisciplinary treatment program. *Australian Psychologist*, 39, 201-207.
- Eccleston, C.; Crombez, G.; Aldrich, S. & Stannard, C. (2001). Worry and chronic pain patients: a description and analysis of individual differences. *European Journal of Pain*, 5, 309-318.
- Ehde, D. M. & Jensen, M. P. (2004). Feasibility of a cognitive restructuring intervention for treatment of chronic pain in persons with disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 49, 254-258.
- Fernández Hermida, J. R. & Pérez Álvarez, M. (2001). Separando el grano de la paja de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13, 337-344.
- Fernández-Ríos, L. & Buela-Casal, G. (2009). Standards for the preparation and writing of Psychology review articles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 329-344.
- Gatchel, R. J.; Peng, Y. B.; Peters, M. L.; Fuchs, P. N. & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133, 581-624.
- Geisser, M. E.; Robinson, M. E. & Henson, C. D. (1994). The Coping Strategies Questionnaire and chronic pain adjustment: a conceptual and empirical reanalysis. *The Clinical Journal of Pain*, 10, 98-106.
- Harkapaa, K.; Jarvikoski, A.; Mellin, G.; Hurri, H. & Luoma, J. (1991). Health locus of control beliefs and psychological distress as predictors for treatment outcome in low-back pain patients: results of a 3-month follow-up of a controlled intervention study. *Pain*, 46, 35-41.
- Herrero, A. M.; Ramírez-Maestre, C. & González, V. (2008). Personality, cognitive appraisal and adjustment in chronic pain patients. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 531-542.
- Jensen, M. P.; Turner, J. A.; Romano, J. M. & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Martín-Aragón Gelabert, M.; Lledó, P. A.; López-Roig, S.; Terol, M. C. & Rodríguez-Martín, J. (2001). Percepción de control en el síndrome fibromiálgico: variables relacionadas. *Psicothema*, 13, 586-591.
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 171-179.
- Miró, J. (2003). *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Moix Queraltó, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología*, 36, 37-60.
- Montero, I. & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Navarro Calvillo, M. E. (2006). Tratamiento cognitivo-conductual de la migraña en el adulto. *Actualidades en Psicología*, 20, 1-21.
- Novy, D. M. (2004). Psychological approaches for managing

- chronic pain. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 279-288.
- Ramírez-Maestre, C.; Esteve, R. & López, A. E. (2008). Cognitive appraisal and coping in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 12, 749-756.
- Reed, G. M. (2006). What qualifies as evidence of effective practice?. En J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Eds.). *Evidence-based practices in mental health*. Washington: American Psychological Association.
- Ruvalcaba Palacios, G. & Domínguez Trejo, B. (2009). La terapia psicológica del dolor crónico. *Psicología y Salud*, 19, 247-252.
- Samwel, H. J. A.; Evers, A. W. M.; Crul, B. J. P. & Kraaimaat, 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.
- Severeijns, R.; van den Hout, M. A.; Vlaeyen, J. W. S. & Picavet S. J. (2002). Pain catastrophizing and general health status in a large Dutch community sample. *Pain*, 99, 367-376.
- Sharp, T. J. (2001). Chronic pain: a reformulation of the cognitive-behavioural model. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 787-800.
- Schütze, R.; Rees, C.; Preece, M. & Schütze, M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain*, 148, 120-127.
- Stroud, M. W.; Thorn, B. E.; Jensen, M. P. & Boothby, J. L. (2000). The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain*, 84, 347-352.
- Sullivan, M. J. L.; Thorn, B.; Haythornthwaite, J.; Keefe, F.; Martin, M.; Bradley, L. A. & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17, 52-64.
- Tan, G.; Jensen, M. P.; Robinson-Whelen, S.; Thornby, J. I. & Monga, T. (2002). Measuring control appraisals in chronic pain. *The Journal of Pain*, 3, 385-393.
- Toomey, T. C.; Mann, J. D.; Abashian, S. & Thompson-Pope, S. (1991). Relationship between perceived self-control of pain, pain description and functioning. *Pain*, 45, 129-133.
- Turk, D. C.; Meichenbaum, D. & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: a cognitive behavioral perspective*. New York: Guilford Press.
- Turk, D. C. & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 678-690.
- Turk, C. D. (2004). Understanding pain sufferers: the role of cognitive processes (Editorial). *The Spine Journal*, 4, 1-7.
- Thorn, B. E.; Boothby, J. L. & Sullivan, M. J. L. (2002) Targeted treatment of catastrophizing for the management of chronic pain. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 127-138.
- Van-der Hostadt, C. J. & Quiles, M. J. (2001) Dolor crónico: intervención terapéutica desde la psicología. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 8, 503-510.
- Visdómine-Lozano, J. C. & Luciano, C. (2006). Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 729-751.
- Williams, D. A. & Thorn, B. E. (1989). An empirical assessment of pain beliefs. *Pain*, 36, 351-358.
- Young Casey, C.; Greenberg, M. A.; Nicassio, P. M.; Harpin, R. E. & Hubbard, E. (2008). Transition from acute to chronic pain and disability: a model including cognitive, affective and trauma factors. *Pain*, 134, 69-79.