

# Ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico.

---

**TESINA**



*Alicia Ribas Marí DNI 47251810N*

*Máster de Psicología Clínica y de la Salud 2010-2011*

**MTPCCATINT101A**



## Índice

1.	Introducción.....	5
2.	¿Qué es el dolor crónico?.....	6
3.	Ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico. ....	11
4.	Evaluación del dolor crónico.....	13
	La entrevista.....	13
	Evaluación de la intensidad del dolor.....	15
	El dibujo del dolor.....	17
	El diario del dolor.....	17
	Protocolos estandarizados de observación.....	18
	Inventarios y Cuestionarios para la evaluación del dolor crónico.....	20
	<i>Cuestionario de dolor de McGill (MPQ)</i> .....	20
	<i>Inventario Multidimensional de Dolor de West Haven-Yale (WHYMPI)</i> .....	23
	<i>Cuestionario de Discapacidad (HAQ)</i> .....	24
	<i>Cuestionario de discapacidad por dolor lumbar de Oswestry.</i> ....	25
	<i>Cuestionario de Afrontamiento Ante el Dolor Crónico (CAD)</i> .....	26
	<i>Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)</i> .....	27
	<i>Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor (CSQ)</i> .....	29
	<i>Inventario de pensamientos Negativos en Respuesta al Dolor (INTRP)</i> .....	30
	<i>Cuestionario de Conductas de Dolor (PBQ)</i> .....	31

5.	Evaluación del dolor crónico en pacientes con ansiedad y pacientes con depresión.....	32
	Pacientes con ansiedad.....	32
	Cuestionario de Autoverbalizaciones Ansiosas (ASSQ).....	32
	Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) .....	33
	Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ).....	34
	Pacientes con depresión.....	37
	Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ).....	37
	Inventario de depresión de Beck (BDI).....	37
	Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) .....	40
	Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ).....	40
6.	Estrategias de afrontamiento en casos de dolor crónico:.....	41
	En pacientes con depresión.....	58
	En pacientes con ansiedad.....	59
7.	Conclusiones .....	63
	Bibliografía .....	70
	Anexos .....	82
	1. Cuestionario de dolor de McGill .....	83
	2. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD). .....	84
	3. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ).....	86



## 1. Introducción.

La forma más universal de estrés quizás sea el dolor. Ningún otro síntoma físico es más desgarrador ni demanda más atención que éste. Es una de las razones más habituales que llevan a visitar al médico y los costes relacionados con sus tratamientos son astronómicos. Aunque analizar así el dolor, en abstracto, no permite considerar el incalculable sufrimiento que produce este trastorno en la vida del paciente (trastornos afectivos, problemas familiares y sociales) (Miró, 2006).

Del mismo modo, Infante et. al. (2005), lo definen como uno de los principales problemas de salud de nuestra sociedad contemporánea, tal y como muestran los datos epidemiológicos. Según, Catala (2002) en España el 23,4% de la población sufre este trastorno. Por otro lado también, como comenta Miró (2006), tenemos el elevado coste económico que conlleva (tanto en la elevada utilización de servicios médicos sanitarios, pérdidas de horas de trabajo y costos de indemnizaciones).

Desafortunadamente, como tanto los tratamientos tradicionales, como intervenciones quirúrgicas o farmacológicas, no han sido totalmente eficaces para aliviar el sufrimiento que experimentan los pacientes con dolor crónico, en los últimos años ha aumentado el interés en estudiar los factores psicológicos implicados. Es por ello que a lo largo de la tesis se va a realizar una revisión bibliográfica en la que se analizan las publicaciones de los últimos años sobre dolor crónico, centradas en la ansiedad y/o la depresión que puede presentar este tipo de patología, y en qué medida afectan a este tipo de pacientes.

Primero se incluye una definición de dolor, centrada sobre todo en el dolor de tipo crónico. Seguidamente se definen las diferentes formas de evaluación que se utilizan en casos de dolor crónico, incluyendo, algunos de los inventarios y cuestionarios más utilizados. Y para finalizar, se va a revisar cómo afectan estos trastornos en el dolor crónico, así como cuáles son las estrategias de afrontamiento de estos pacientes, y cómo las utilizan.

## 2. ¿Qué es el dolor crónico?

### DEFINICIÓN DE DOLOR

El dolor es una experiencia universal. Todo el mundo ha sentido dolor alguna vez en su vida y todos tememos las consecuencias de un accidente o de una enfermedad por el dolor que puede acompañar cualquiera de estas circunstancias. Incluso, en numerosas ocasiones, las personas tienen una mayor prevención contra el dolor que contra la propia muerte. (Torres & Compañ, 2006).

Ante la cuestión de si el dolor tiene un significado, no se puede responder de una forma unívoca ya que lo primero que debemos considerar es que no todos los dolores son iguales ni todas las personas reaccionan de igual forma en una situación de dolor y, asimismo sabemos que hay aspectos históricos, culturales, medioambientales e incluso de género que tienen una importancia capital en la experiencia del dolor (Torres & Compañ, 2006). Es decir, que el dolor es una parte inevitable de la experiencia humana. Nosotros, los seres humanos, vivimos con el temor mortal a la herida incluso más ligera y hemos creado mecanismos para protegernos y, aunque sea una ironía, nuestra inteligencia también es la razón de que suframos. Nuestros cerebros evolucionados son capaces de procesar e interpretar el dolor. La mayor parte de las especies vivas no experimentan dolor en absoluto, o al menos no en la forma en la que lo hacemos los seres humanos. Por consiguiente, pagamos un alto precio por nuestro agudo intelecto: conocemos de primera mano lo que significa sufrir dolor físico (Silver, 2011).

Entre los médicos, el dolor se define como una “experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial de los tejidos”. A pesar de esta definición simple, la mayoría de nosotros describimos el dolor de otra forma. Podemos hacerlo según sus características (por ejemplo punzante, urente, sordo) o por sus estímulos (calor, escozor, punzada).

Podemos hablar de su intensidad (leve, moderada o grave) o utilizar palabras para describir cómo lo experimentamos (deprimente, molesto o intolerable). Sin embargo, a pesar del número incontable de términos que utilizamos para describirlo, cuando otra persona nos habla de su dolor sólo conocemos dos datos: es desagradable y solo ella lo experimenta físicamente (Silver, 2011).

Pero el hecho de que los otros no puedan sentir nuestro dolor no significa que no los afecte. El dolor produce un impacto significativo en los miembros de la familia de la persona afectada. Cuando una persona presenta una enfermedad *crónica*, que a su vez produce un dolor crónico, con frecuencia toda la familia se sume en el caos (Silver, 2011). Tal y como expone Miró (2006), los familiares se sienten cada vez más desesperados y angustiados, pues los costes médicos, la discapacidad y el malestar emocional aumentan, mientras que los ingresos económicos y las opciones de tratamiento disminuyen. Crece la frustración entre los profesionales de la salud, a medida que las opciones de tratamiento se extinguen y la condición de dolor no disminuye o empeora (Miró, 2006).

## FORMAS Y TAXONOMÍA

Según Torres y Compañ (2006), tradicionalmente se han utilizado dos términos para diferenciar el dolor: dolor agudo y dolor crónico. El dolor agudo se produce por la perturbación o alteración de un tipo determinado de tejido que altera los receptores nociceptivos correspondientes y sus conexiones con el sistema nervioso. El dolor crónico puede estar también originado por una lesión pero presenta la característica de que se perpetúa por factores patogénicos y físicos muy alejados de la causa original (Truk & Okifuji, 1998). Los marcadores cronológicos más habituales para diagnosticar un dolor crónico es aproximadamente unos seis meses, aunque se reconoce que este periodo es arbitrario y solo sirve de punto de referencia. (Torres & Compañ, 2006)

Francis J. Keefe, (Keefe & Smith, 1982) estableció tres formas o fases de dolor: el dolor agudo, el dolor precrónico y el dolor crónico. Y define a este último como aquel que tiene una permanencia constante y suele autoperpetuarse, o sea, genera en el individuo un tipo de comportamientos mediante los que espera encontrar alivio su sufrimiento lo que puede generar un sentimiento de mayor dolor. Generalmente, en este tipo de dolor no hay constancia de padecimiento tisular (Torres & Compañ, 2006).

La clasificación universal de los síndromes de dolor crónico ha sido y es todavía una tarea inconclusa a pesar de tener numerosas taxonomías. Los diversos sistemas de clasificación (Tabla 1) utilizan criterios distintos (Torres & Compañ, 2006).

Tabla 1: Sistemas de clasificación del dolor más importantes.

<b>Clasificación</b>	<b>Criterio</b>
Anatómica	<i>Basada en la localización corporal del dolor.</i>
Duración	<i>Según la permanencia total del dolor.</i>
Etiológica	<i>Distingue principalmente entre dolor somatogénico (con una clara referencia fisiológica) y el dolor psicogénico (de origen no detectable orgánicamente).</i>
Sistemas corporales	<i>Centra el foco de atención en el sistema corporal involucrado (neurológico, vascular, miofascial, etc.)</i>
Severidad	<i>Utiliza una escala nominal, ordinal o de intervalo para clasificar el dolor unidimensionalmente.</i>
Mecanismos	<i>Esta clasificación establece una separación entre enfermedad y quejas del paciente. Clasifica grupos de pacientes que son homogéneos en sus mecanismos de dolor, pero heterogéneos en el diagnóstico.</i>

(Extraído de Torres, M., & Compañ, V. (2006). La experiencia del dolor. Barcelona: UOC, p.11)

Todas estas clasificaciones presentan la característica común de estructurarse en función de un criterio único. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*International Association for Study of Pain, IASP*) ha estructurado uno de los sistemas más completos de clasificación. La propuesta consiste en un modelo multidimensional de clasificación que obedece a varios criterios combinados (Tabla 2). Cada una de las dimensiones utilizadas, hace referencia a un eje o criterio bien establecido y convenientemente consensuado (Torres & Compañ, 2006).

Mediante este tipo de clasificación puede establecerse un código numérico de cinco dígitos que constituye un diagnóstico en el dolor crónico y permite hacer un seguimiento de la evolución de dolor en cada caso (Torres & Compañ, 2006).

Tabla 2: Ejes para codificar los síndromes de dolor crónico según la IASP.

<p><i>Eje I: Región del cuerpo.</i></p> <p><i>Eje II: Sistema cuyo funcionamiento anormal puede producir dolor.</i></p> <p><i>Eje III: Características temporales del dolor y patrón de ocurrencia.</i></p> <p><i>Eje IV: Establecimiento por parte del paciente de la intensidad y momento de inicio del dolor.</i></p> <p><i>Eje V: Etiología probable.</i></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Extraído de Torres, M., & Compañ, V. (2006). La experiencia del dolor. Barcelona: UOC, pp.11-12)

## DOLOR CRÓNICO

En 1979, el Subcomité de Taxonomía de la *IASP*, definió el dolor como una “*experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística real (actual) o potencial o descrita en términos de la misma*” (International Association for the Study of Pain, 1979).

Según Miró (2006), en esencia esta definición superaba a las anteriores porque consideraba que en la experiencia del dolor hay componentes sensoriales y emocionales. Y además, aunque se le hacía depender de lesiones somáticas, el dolor era definido independientemente de los estímulos.

Por otra parte, el mismo autor también afirma que, “por definición, entendemos que el dolor crónico se extiende por largos periodos de tiempo- meses, años, incluso décadas. La persona que sufre un problema de dolor crónico se encuentra inmersa en un mundo complejo y caro, poblado no solo por la gran cantidad de pacientes que lo sufren sino también por sus familiares, profesionales de la salud, jefes, compañías de seguros y el gobierno, incluso”.

Para muchos, el dolor se convierte en el centro de sus vidas. Se apartan de la sociedad, pierden sus trabajos, se alejan de la familia y amigos y cada vez están más aislados (Miró, 2006). A diferencia del dolor agudo, el dolor persistente enfrenta al individuo no solo con el estrés causado por el dolor, sino con una cascada continua de estresores que abarcan todos los aspectos de sus vidas (Miró, 2006).

---

*DOLOR: Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística real (actual) o potencial o descrita en términos de la misma (IASP, 1979).*

---

### **3. Ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico.**

Soucase, Monsalve y Soriano (2005), en su estudio sobre el afrontamiento del dolor crónico, obtienen en los resultados que, centrándose en los niveles de ansiedad y depresión y comparándolos con los baremos poblacionales para su edad y sexo, se encuentra que en relación a la ansiedad tanto en mujeres como en varones, la puntuación obtenida es moderadamente alta, mostrando un nivel de depresión moderada.

A nivel predictivo, tanto la ansiedad como la depresión es explicada mayoritariamente por variables de valoración siendo el elemento más importante en la predicción de la ansiedad la represión emocional, mientras que en el caso de la depresión, la variable más relevante en su predicción será la valoración de pérdida lo que uno antes podía hacer o disfrutar y ahora no (Soriano & Monsalve, 2002).

En la misma dirección encontramos el estudio de LLorca et. al. (2007) en el que se comenta que uno de los problemas detectados en los pacientes con dolor crónico es la alta incidencia de depresión, llegando a ser la complicación psicológica con mayor comorbilidad, oscilando entre un 16 y un 54%, siendo superior a la de pacientes con otras enfermedades crónicas como: cardíacas, cáncer, diabetes y trastornos neurológicos. Aunque también existen sujetos con dolor intenso que presentan síntomas psicológicos menos graves, o que no cumplen ninguno de los criterios estándares para el diagnóstico de trastorno depresivo (Banks & Kerns, 1996; Wilson, 2002; Anderson, Freedland, & Lustran, 2001).

Siguiendo con los resultados obtenidos por Llorca et. al. (2007), encontramos que la relación entre el estado anímico y la nocicepción se ha puesto de manifiesto en diferentes estudios centrados en dolores específicos evidenciándose que la intensidad del dolor está asociada con altas

puntuaciones en depresión (Estlander, Takala, & Verkasalo, 1995; Buckelew, y otros, 1994; Frank & et.al., 1988; Kinney, Gatchel, Poltain, & et.al., 1993; Haley, Turner, & Romano, Depression in chronic pain patients: relation to pain, activity and sex differences, 1985). De esta forma, se consolida el consenso de que el dolor persistente puede desencadenar la aparición de depresión (Fishbain, 2002), así como que los pacientes con más severidad, frecuencia y persistencia del dolor tienen más riesgos para tener una depresión severa (Campbell, Clauw, & Keefe, 2003; Marwill Magee, 1999).

También, según Llorca et. al. (2007) , desde el planteamiento biopsicosocial se ha de tener en cuenta que existen múltiples variables mediadoras que influirán entre el dolor y la depresión. Al considerar la existencia de diversas variables intervinientes en el desarrollo de un trastorno depresivo disminuye la importancia de la intensidad dolorosa en el estado afectivo del paciente (Turk, Okifuji, & Scharff, 1995; Newman, Fitzpatrick, Lamb, & Shipley, 1989; Dickens, Jayson, Sutton, & Creed, 2000), y se contempla la posibilidad de un buen ajuste psicológico independientemente de la severidad del síntoma doloroso (McCracken L. , 1998). De esta forma, partiendo de la asociación entre la intensidad del dolor y los índices de depresión, se comprueba que aumenta la relevancia de otros factores (Llorca, Muriel, González-Tablas, & Díez, 2007) que mediarían en esta relación, como: la duración del dolor, la percepción de control y las respuestas no reforzantes (Marwill Magee, 1999), o la discapacidad y la actitud ante la enfermedad (Dickens, Jayson, Sutton, & Creed, 2000; Dickens, 2002; Dickens, McGowan, & Dale, 2003; Dickens, Jayson, & et.al., 2002; Von Korff & Simon, 1996).

A continuación, se van a presentar distintas formas de evaluación del dolor crónico incluyendo la entrevista, instrumentos para evaluar la intensidad del dolor y algunas escalas y cuestionarios de los más utilizados, entre otros.

## 4. Evaluación del dolor crónico.

### La entrevista

Sirve como primer contacto del paciente con el clínico, es por ello que resulta fundamental para todo el proceso terapéutico ya que durante ella se postulan expectativas, plantean objetivos y formulan pronósticos (Miró, 2006).

Así, su naturaleza, objeto, planificación y desarrollo dependerán de la perspectiva teórica del entrevistador y/o de la institución donde trabaja. Por tanto, el tipo de entrevista variará no solo en cuanto a su estructura, sino también en cuanto al proceso, la amplitud, los objetivos y la información recogida (Miró, 2006).

También Miró, en su libro sobre dolor crónico (2006), considera que la entrevista semiestructurada es la forma más pertinente de proceder. Entre otras cosas, disponer de un protocolo facilita el trabajo del clínico, permite recoger información fundamental y asegurarse que todas las áreas consideradas relevantes han sido cubiertas.

Para establecer una buena relación terapéutica, disipar temores y evitar malos entendidos, es recomendable empezar la entrevista recogiendo información sobre el dolor. Por lo tanto, se va a preguntar al paciente sobre la historia del problema, las zonas afectadas y si ha habido variaciones temporales en intensidad y frecuencia. Se van a facilitar algunas respuestas si se pregunta al paciente por ejemplo que describa el curso de dolor en un día o semana típicos, las circunstancias en las que surge el dolor, si toma algún tipo de medicación o está bajo algún tratamiento de cualquier tipo, y si ha abandonado algún tratamiento, por qué lo hizo (Miró, 2006).

Igualmente es importante conocer las expectativas del paciente, es decir cuáles son sus motivaciones, deseos, objetivos, algunas cogniciones

distorsionadas, pensamientos erróneos acerca de la cognición física y de su capacidad para superar el problema, etc. (Miró, 2006).

Asimismo Miró (2006), recomienda identificar cómo afecta el dolor en su vida, es decir, ¿qué cambios se han producido a consecuencia del dolor? Una buena pregunta para recoger información sobre este tema sería: “¿cómo sería su vida si no tuviera este dolor?”.

Otro punto también importante a tener en cuenta son los cambios como consecuencia del dolor que se dan en las relaciones familiares, sociales y laborales. En estos casos resulta habitual entrevistar a allegados, personas significativas en la vida del paciente, bien sea su pareja, padres, amigos, etc., para que aporten datos sobre cómo y en qué medida el dolor afecta en la relación con los demás. Pero en cualquier caso no se trata de corroborar la información que nos aporta el paciente (Miró, 2006).

Antes de terminar la entrevista, conviene brindar la posibilidad para que el paciente aporte información adicional sobre su problema, o entre en detalles sobre cualquier aspecto que considere relevante para comprender su caso y no haya sido tratado suficientemente. Además de darle la oportunidad para que plantee cualquier duda (Miró, 2006).

**Tabla 3. Aspectos de la entrevista del paciente.**

1. *Historia y situación actual del problema.*
2. *Conceptualización del problema de dolor, tratamientos actuales y pasados y expectativas de tratamiento.*
3. *Análisis conductual.*
4. *Historia laboral.*
5. *Aspectos de la historia familiar y social.*
6. *Consumo de alcohol y drogas.*
7. *Trastornos psicológicos.*

Extraído de Miró, J. (2006). *Dolor crónico. Procedimientos e intervención psicológica* (2ª ed.). Madrid: Desclee. (pp. 94-95).

## **Evaluación de la intensidad del dolor**

La forma más habitual de medir la intensidad subjetiva del dolor implica la utilización de escalas unidimensionales, concretamente escalas categoriales, numéricas y analógico-visuales (Jensen & Karoly, 1992 b) (Miró, 2006). Por otra parte, para evaluar el dolor de una forma más objetiva, disponemos de inventarios y cuestionarios que miden diferentes aspectos del dolor.

### ***Escalas categoriales (EC)***

Miró (2006) las define como una serie de palabras dispuestas en orden creciente o decreciente de la intensidad. El sujeto debe escoger entre esas palabras la que le corresponde o mejor define su dolor. El número de palabras (o de niveles de intensidad) que recogen estas escalas varía mucho, existen escalas de cuatro (Seymour, 1982) y hasta de 15 adjetivos (Gracely, McGrath, & Dubner, 1978).

A cada palabra se le asigna un número en relación con su nivel de intensidad, de tal manera que el adjetivo de menor intensidad tiene la puntuación 1, el siguiente la puntuación 2, y así sucesivamente hasta el final. De este modo el número asociado al adjetivo que se haya escogido representaría el valor de intensidad del dolor para esa persona (Miró, 2006).

Como bien dice Miró en su libro (2006), una alternativa que emplean los descriptores verbales (adjetivos) son las escalas que utilizan expresiones faciales. En ocasiones también se utilizan escalas con dibujos que incorporan objetos familiares de distinto tamaño, tales como monedas o frutas. Parece que este tipo de procedimiento resulta efectivo con ancianos, pacientes con limitaciones en el lenguaje o fluidez verbal, los muy jóvenes o con escasa o nula educación (Miró, 2006).

### **Escalas numéricas (EN)**

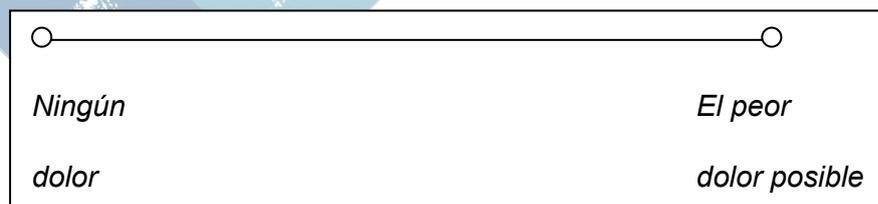
Según Miró (2006), en este tipo de escalas, el paciente debe elegir un número comprendido entre el 0 y el 10 o el 100, donde 0 sería “ningún dolor” o “ausencia de dolor” y el extremo opuesto, 10 ó 100, “el peor dolor posible” o “el dolor más intenso imaginable”.

En algunos casos, estas escalas también se utilizan para evaluar la desagradabilidad o la adversidad, esto es, el componente afectivo, de la experiencia del dolor (Miró, 2006).

### **Escalas Analógico-Visuales (EAV)**

La forma más común consiste en una línea de longitud de 10cm. a lo largo de la cual el sujeto debe trazar una marca que se corresponda con la intensidad de su dolor, teniendo como referencia que el punto de inicio de la línea corresponde con la ausencia de dolor. Generalmente, los extremos de la EAV están cualificados con expresiones semejantes a las indicadas para las EN (Figura 1). Y, al igual que las escalas numéricas, las EAV también se utilizan para evaluar el componente afectivo (Miró, 2006).

Figura 1. Escala analógico-visual.



Extraído de Miró, J. (2006). *Dolor crónico. Procedimientos e intervención psicológica* (2ª ed.). Madrid: Desclee. (pp. 98).

*“El dolor es una experiencia desagradable que asociamos, en primer lugar, con una lesión tisular o que describimos en función de tal lesión o de ambos, y la presencia de la cual se nos muestra por alguna forma de conducta visible o audible”*  
(Fordyce, 1976; Miró, 2006)

### El dibujo del dolor

El dibujo del dolor es una forma rápida, fácil y eficaz de recoger información sobre la localización del dolor. La forma de hacerlo es bastante simple, se presenta al paciente un dibujo de una figura humana, vista de frente y de espaldas. Los pacientes deben señalar la localización exacta del dolor en los dibujos que se les presentan, no obstante las instrucciones de cómo hacerlo pueden variar dependiendo de los autores que han publicado al respecto. De todos modos, la forma más habitual es pedir al paciente que coloree, marque o rellene las áreas del dibujo que se correspondan con las zonas del cuerpo en las que se siente dolor (Miró, 2006).

### El diario del dolor

Desde que empezó a utilizarse por Fordyce y colaboradores en 1973 (Fordyce, y otros, 1973), el diario del dolor se ha convertido en uno de los procedimientos de evaluación más ampliamente utilizados por clínicos de todas las tendencias (Miró, 2006).

La información que proporciona tiene que ver con las características del dolor, principalmente estimaciones de intensidad, y con otros acontecimientos, como el tipo de actividad realizada o la ingesta de medicamentos. Son útiles para detectar pautas regulares, patrones, en cuanto a la intensidad del dolor, por ejemplo. Además, en general, la información que aportan los pacientes resulta suficientemente representativa (Miró, 2006).

## Protocolos estandarizados de observación

Las conductas de dolor como la expresión facial, frotar la zona dolorida, etc. pueden ser observadas por el clínico mientras se está realizando la entrevista con el paciente, sin embargo, en escasas ocasiones esta observación se hace de forma sistemática. Por este motivo, los protocolos estandarizados de observación pueden ser de utilidad. En este procedimiento, se pide al paciente que realice una serie de actividades cotidianas durante un tiempo determinado, mientras un observador entrenado recoge la frecuencia de aparición de las conductas de dolor (Torres & Compañ, 2006).

En general, estos protocolos cuentan con una serie de elementos básicos. En primer lugar, se le explican al paciente los motivos para realizar la sesión de observación, así como las instrucciones que deberá seguir durante la misma. En segundo lugar, se han de diseñar una serie de actividades cotidianas que favorezcan la aparición de las conductas características del dolor. Para diseñar estas actividades, es necesario tener en cuenta las características de dolor de cada persona, de forma que las actividades ejerciten la zona con dolor. Algunos ejemplos pueden ser andar durante varios minutos, sentarse y levantarse un número determinado de veces, tocar con los brazos un punto elevado en la pared, etc. (Torres & Compañ, 2006)

**Tabla 4. Clasificación de conductas de dolor según Fordyce (1976,1978).**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>No verbales</i>: gemidos, suspiros, contracciones, adopción de posturas compensatorias y movimientos cautelosos.</li> <li>2. <i>Verbales</i>: descripciones de características del dolor, tales como intensidad, cualidad y/o localización.</li> <li>3. <i>Petición de ayuda (relacionada con el dolor)</i>: petición de fármacos, de aplicación de masajes, de asistencia médica o acerca de alguna tarea.</li> <li>4. <i>Limitación o restricción de movimientos relacionados con el dolor</i>: guardar reposo, interrupciones (momentáneas o duraderas) de su actividad habitual.</li> </ol>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Extraído de Miró, J. (2006). *Dolor crónico. Procedimientos e intervención psicológica* (2ª ed.). Madrid: Desclée. (pp. 116).

Por otro lado, Torres y Compañ (2006), comentan que también es necesario realizar una descripción detallada y una categorización de las conductas que se van a registrar. Por ejemplo, se contabilizará la conducta “*frotar*” cuando el paciente frote durante más de dos segundos la zona que le duele. Para realizar este registro, la observación puede ser en directo, mientras el paciente lleva a cabo las tareas, o bien se puede grabar en video y proceder al registro después. Por último, obtenemos una serie de datos cuantificables, como la frecuencia de aparición de cada conducta, de forma que podemos utilizarlos para comprobar la mejoría de un paciente, la utilidad de un protocolo de tratamiento, etc. (Kefee & Smith, 2002).

Asimismo, Torres y Compañ (2006) defienden que también podemos observar si existen diferencias en cuanto a la frecuencia de conductas de dolor en función de si está presente otra persona significativa para el paciente, por ejemplo, el marido/la mujer. De esta forma podríamos analizar el papel que está jugando el entorno (personas significativas) en la aparición de estas conductas, ya que, desde el punto de vista de los teóricos del aprendizaje, el refuerzo que otras personas den a estas conductas (por ejemplo, impidiendo que el paciente realice determinadas actividades) puede incrementar su frecuencia de aparición. De hecho, diferentes autores, han puesto de manifiesto la importancia del refuerzo de estas conductas en la cronificación del dolor. Por último, el principal inconveniente que puede presentar este tipo de evaluación es la posible “reactividad” del paciente ante el hecho de estar siendo observado, ya sea inhibiendo la conducta o incrementando su frecuencia de aparición. Una forma de reducir en lo posible esta “reactividad” es ofrecer el mínimo de información posible acerca de las conductas que se van a registrar y minimizando la interacción social con el paciente durante la observación (Kefee & Smith, 2002).

## **Inventarios y Cuestionarios para la evaluación del dolor crónico.**

A continuación se describen algunos de los cuestionarios más utilizados en la evaluación del dolor crónico. Primero se detallarán los cuestionarios e inventario específicos para evaluar el dolor crónico y seguidamente aquellos que se utilizan para evaluar ansiedad, depresión o ambos trastornos emocionales conjuntamente.

Según Soriano y Monsalve (2002), de todos ellos, sin lugar a dudas, el CSQ es el instrumento de evaluación más utilizado y por ello el instrumento de referencia en la evaluación del dolor crónico. Prueba de ello son los datos obtenidos en los últimos 10 años (mediante la revisión de la base de datos Medline) de la utilización de cuestionarios en el ámbito del dolor, en donde el CSQ ha sido utilizado en más de 360 trabajos, lo que representa más del 95% del total. (Soriano & Monsalve, 2002).

### ***Cuestionario de dolor de McGill (MPQ)***

El cuestionario de dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire, MPQ) (*ver anexos*), publicado por Melzack (Melzack, 1975), es el primero que se diseñó específicamente para el estudio del dolor. Se trata de una lista de 78 adjetivos, los cuales se presentan reunidos en 20 grupos que constituyen cuatro categorías. Las 3 primeras representan las diferentes dimensiones (Tabla 5) que comprende la experiencia del dolor siguiendo la teoría de la compuerta. La cuarta categoría está formada principalmente, por términos de carácter sensorial (Miró, 2006).

El orden de los adjetivos de dolor en cada grupo depende de la intensidad que se le asocia. La primera palabra corresponde al nivel de intensidad más bajo y se le asigna un valor numérico de 1. Mientras que la última palabra corresponde a la intensidad más elevada, y se le asigna el valor numérico más alto (Miró, 2006). Melzack (1975), incluye junto al listado de adjetivos, un

dibujo de la figura humana para que los pacientes informen sobre la localización exacta del dolor. (Miró, 2006)

**Tabla 5. Dimensiones que forman el cuestionario de dolor de McGill.**

<ol style="list-style-type: none"><li><b>1. Sensorial:</b> Comprende los subgrupos del 1 al 10 y describe el dolor en términos de las propiedades temporal, espacial, de presión, térmicas, de brillo y la matidez.</li><li><b>2. Afectiva:</b> Comprende los subgrupos del 11 al 15, y describe el dolor en términos de tensión, manifestaciones neurovegetativas y de temor y castigo.</li><li><b>3. Evaluativa:</b> Comprende el subgrupo 16 y describe el dolor en términos de la valoración global de la expresión del dolor.</li><li><b>4. Miscelánea:</b> Comprende los subgrupos 17 al 20, y en ella se incluyeron diversos adjetivos que los pacientes utilizan en contadas ocasiones pero que son significativos, característicos de ciertos tipos de dolor.</li></ol>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Extraído de Miró, J. (2006). Dolor crónico. Procedimientos e intervención psicológica (2ª ed.). Madrid: Desclee, p.105)

El MPQ puede ser administrado tanto oralmente como por escrito (Melzack, 1975), sin embargo se aconseja el primero de los procedimientos (Miró, 2006). Finalmente, la información que aporta el MPQ se recoge en tres índices (Tabla 6), y se ha utilizado tanto en la clínica como en proyectos de investigación, para identificar perfiles de dolor y para el diagnóstico diferencial. Igualmente, el MPQ se ha utilizado para evaluar los perfiles de dolor en diferentes procedimientos de inducción de dolor en el laboratorio (Miró, 2006).

El MPQ se ha mostrado como una prueba fácil de administrar y como una prueba clínicamente relevante, sin embargo, algunos pacientes tienen dificultades para comprender determinados adjetivos (Miró, 2006), pero a pesar

de las limitaciones apuntadas, Miró (2006) defiende que el MPQ es, sin duda, el cuestionario más utilizado en el estudio del dolor.

**Tabla 6. Índices que recogen la información que aporta el MPQ.**

- 1. Índice de valoración del dolor** (*Pain Rating Index, PRI(R)*), basado en el valor ordinal de los adjetivos elegidos. Para todos los subgrupos, el adjetivo que implica el meno dolor se le asigna el valor de 1, la siguiente el valor de 2, y así sucesivamente. También puede ser total o parcial para cada una de las dimensiones (sensorial, afectiva educativa y miscelánea).
- 2. Número de adjetivos elegidos** (*Number of Words Chosen, NWC*), total o parcial de cada dimensión.
- 3. Intensidad del dolor presente** (*Present Pain Intensity, PPI*) que se obtiene a partir de la elección que el sujeto hace en una escala numérico-verbal (puntuación del 0 al 5).

*Extraído de Miró, J. (2006). Dolor crónico. Procedimientos e intervención psicológica (2ª ed.). Madrid: Desclée. (p.106).*

Actualmente existe una versión abreviada: la *Short Form MPQ (SF-MPQ)*, creada por Melzack en 1987. Consiste en 15 descriptores verbales (11 sensoriales y 4 afectivos) que son valorados en función de una escala donde 0 significa nada, 1 es levemente, 2 es moderadamente y 3 es muchísimo. Igual que sucede con la versión original del MPQ, la forma abreviada puede ser autoadministrada o leída por el clínico. También incluye el PPI y una EAV (Miró, 2006).

El MPQ ha sido traducido y/o adaptado a diferentes lenguas, entre ellas el castellano. Así, disponemos de la adaptación realizada por Lahuerta et al. (1982), de la versión utilizada por Madid-Arias (1980) y de la traducción y validación de Lázaro, Bosch, Torrubia y Baños de 1994 (Miró, 2006).

### ***Inventario Multidimensional de Dolor de West Haven-Yale (WHYMPI)***

El Inventario Multidimensional de Dolor de West Haven-Yale (*West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory; WHYMPI*), más conocido como *Multidimensional Pain Inventory* (Inventario Multidimensional del Dolor), constituye una alternativa muy utilizada para evaluar el dolor desde una perspectiva comprehensiva, se considera al dolor como un fenómeno perceptivo complejo, resultado de la interacción de múltiples factores (Miró, 2006).

Evalúa múltiples dimensiones de la experiencia del dolor, siguiendo el *Sistema Multiaxial de Evaluación* descrito por Turk y Rudy (1987), el objetivo del cual es integrar datos de naturaleza diversa: médica, psicológica y conductual. El objetivo de este instrumento no es el de analizar el dolor *per se*, si no que pretende aportar datos de cómo el sujeto vive su experiencia de dolor. Una información de vital importancia en el diseño y aplicación de cualquier programa de tratamiento (Miró, 2006).

La versión más reciente del MPI está formada por 61 ítems, agrupados en 12 escalas que se distribuyen en tres partes. La primera parte comprende 28 ítems repartidos en cinco escalas que evalúan otras tantas dimensiones de la experiencia del dolor: a) la interferencia del dolor en varias áreas de la vida del paciente, b) apoyo y preocupación de los allegados, c) severidad del dolor, d) autocontrol con relación a las actividades y problemas del día a día y e) malestar afectivo (depresión, irritabilidad y tensión) (Miró, 2006).

La segunda parte está compuesta por 14 ítems recogidos en 3 escalas, evalúa las respuestas de los allegados a las demostraciones y quejas de dolor del paciente: a) frecuencia de respuestas de castigo, b) respuestas solícitas y c) respuestas de distracción. Por último, la tercera parte, compuesta por 19 ítems, evalúa la participación del paciente en diferentes tipos de actividades diarias: a) tareas domésticas, b) actividades de carácter manual dentro del hogar (trabajos de jardinería y bricolaje, c) actividades fuera del hogar y d)

actividades sociales. De la combinación de las cuatro escalas se obtiene el *Nivel General de Activación* (Miró, 2006).

Los pacientes deben responder a cada uno de los ítems del cuestionario utilizando una escala Likert de 7 puntos (de 0 a 6). Se obtiene una puntuación para cada uno de los 12 factores que componen el MPI, resultado de dividir la suma de los puntos obtenidos en cada ítem de ese factor por el número de ítems del factor en los que ha respondido la persona (Miró, 2006).

También existe una versión creada especialmente para la pareja del paciente, con un formato similar al original. La primera parte evalúa las percepciones de la pareja de las quejas de dolor del paciente así como de sus propios niveles de malestar emocional, las percepciones acerca del impacto del dolor en sus vidas y su visión general del apoyo que da al paciente. La segunda parte recoge información sobre la forma característica que tiene la pareja de responder a las quejas de dolor del paciente. En la tercera parte la pareja del paciente debe informar sobre el nivel de actividad del paciente (Miró, 2006).

Asimismo pero, hasta la fecha, y si bien esta forma ha sido utilizada en algunos trabajos de grupo, fundamentalmente para contrastar los datos informados por el paciente, todavía no se dispone de datos precisos sobre sus propiedades psicométricas. (Miró, 2006).

### **Cuestionario de Discapacidad (HAQ)**

El cuestionario de Discapacidad o HAQ (*Health Assessment Questionnaire*) (Fries, Splitz, Kraines, & Holman, 1968), está desarrollado para evaluar la capacidad funcional en personas con enfermedades reumáticas. Está adaptado al castellano (Esteve-Vives, Batlle-Gualda, & Reig, 1993) y consta de 20 ítems en los que la persona tiene que valorar el grado de dificultad física para realizar una serie de actividades que están agrupadas en 8 áreas: vestirse y asearse,

levantarse, comer, caminar/pasear, higiene personal, alcanzar, prensión y otras actividades (Torres & Compañ, 2006).

Además el cuestionario cuenta con varias preguntas correctoras para valorar si la persona necesita la ayuda de otras personas o de algún utensilio o ayuda técnica para realizar las actividades descritas en los ítems. Si la persona necesita este tipo de ayudas, la puntuación total se incrementa. Es preciso tener en cuenta que algunas personas tienen dificultades para comprender estas preguntas correctoras, por lo que puede ser útil explicarles el sentido de las mismas. Estas preguntas se incluyen para evitar que una persona obtenga una puntuación irrealmente baja si contesta que puede hacer las actividades “sin dificultad”, pero no tenemos en cuenta que necesita la ayuda de otras personas o de algún utensilio para poder realizarlas. Por último el cuestionario incluye una EVA para la valoración global de la intensidad del dolor. El tiempo de administración es de aproximadamente de 5 minutos (Torres & Compañ, 2006).

#### ***Cuestionario de discapacidad por dolor lumbar de Oswestry.***

El objetivo de este cuestionario es valorar el nivel de discapacidad en problemas de dolor lumbar crónico. Se divide en 10 secciones, cada una de ellas con 6 ítems. La primera sección mide los efectos analgésicos. Las nueve restantes miden los efectos discapacitantes de los niveles del dolor en actividades cotidianas: cuidados personales, levantar peso, andar, estar sentado, estar de pie, dormir, actividad sexual, vida social y viajar (Torres & Compañ, 2006).

El tiempo de administración es de aproximadamente 5 minutos, aunque si se deben leer las preguntas al paciente, entonces el tiempo puede llegar a doblarse (Miró, 2006).

Para cada sección o pregunta, los pacientes deben indicar cuál es el efecto que mejor describa su caso personal. En el caso de que haya marcado más de un ítem, entonces se computa el que indique más gravedad entre los señalados. Las puntuaciones van del 0 al 5 (es igual en todas las secciones), a mayor puntuación, mayor discapacidad. La suma de las puntuaciones parciales se presenta en forma de porcentaje de la puntuación máxima. Si el paciente no contesta alguna de las secciones, entonces se debe realizar un pequeño ajuste. (Miró, 2006).

Al igual que otros cuestionarios que ya hemos comentado, está traducido a varios idiomas incluido el castellano (Flórez-García, y otros, 1995) (Torres & Compañ, 2006).

#### *Cuestionario de Afrontamiento Ante el Dolor Crónico (CAD)*

El CAD (Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico), ha sido desarrollado sobre muestra española por Soriano y Monsalve (2002) en una escala de 5 puntos. Contiene 31 ítems y evalúa 6 estrategias: religión, búsqueda de apoyo social emocional (catarsis), distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de apoyo social instrumental (búsqueda de información) (Soriano & Monsalve, 2005).

Es un instrumento de medida de fácil aplicación, con una estructura estable y altos índices de consistencia interna, que, dado que para su creación ha sido utilizada una muestra de pacientes con dolor crónico española e intentando corregir las deficiencias de otros instrumentos de medida utilizados hasta ahora, puede ser válido para la evaluación de una dimensión, la forma de afrontar el dolor, sin duda relevante para el control y manejo de la percepción algica (Soriano & Monsalve, 2002).

Posteriormente ha aparecido una versión reducida (CAD-R) que consiste en 24 ítems evaluados del mismo modo que en la versión completa reunidos en las mismas escalas (Soriano & Monsalve, 2004). Esta versión además aporta 2

escalas de segundo orden: afrontamiento activo y afrontamiento pasivo (Soriano & Monsalve, 2005).

### *Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).*

El inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), fue parcialmente desarrollado, como la práctica totalidad de los instrumentos de evaluación de estrategias de afrontamiento, a partir de la Escala de Modos de Afrontamiento (Folkman & Lazarus, 1980), aunque más de la mitad de los ítems fueron generados por los autores utilizando entrevistas estructuradas, entrevistas abiertas y sesiones de tormenta de ideas (Cano, Rodríguez, & García, 2007).

El inventario inicial de 109 ítems fue sometido a análisis factorial jerárquico que dio lugar a la estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias primarias, cuatro secundarias y dos terciarias. El instrumento final se compuso de los mejores 72 ítems, 9 para cada una de las 8 escalas primarias, y se validó a partir de una muestra de 398 sujetos universitarios (Cano, Rodríguez, & García, 2007).

La persona comienza por describir detalladamente la situación estresante. A esta descripción se pueden aplicar diversos procedimientos cualitativos de análisis. Posteriormente, el sujeto contesta a 72 ítems según la escala tipo Likert de cinco puntos, con qué frecuencia hizo en la situación descrita, lo que expresa cada ítem. Al final de la escala se contesta a un ítem adiciones acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento (“¿En qué grado manejó adecuadamente la situación?: nada, algo, bastante, mucho, totalmente”) (Cano, Rodríguez, & García, 2007).

Las ocho escalas primarias son, brevemente: Resolución de problemas: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce; Reestructuración cognitiva: estrategias

cognitivas que modifican el significado de la situación estresante; Apoyo social: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional; Expresión emocional: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés; Evitación de problemas: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimientos estresante; Pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante; Retirada social: estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada a la reacción emocional en el proceso estresante o su inadecuado manejo (Cano, Rodríguez, & García, 2007).

Las escalas secundarias surgen de la agrupación empírica de las primarias: *Manejo adecuado centrado en el problema*: incluye las subescalas Resolución de problemas y Reestructuración cognitiva, indicando un afrontamiento adaptativo centrado en el problema, bien modificando la situación, bien su significado; *Manejo adecuado centrado en la emoción*: incluye las subescalas Apoyo social y Expresión emocional, reflejando un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante; *Manejo inadecuado centrado en el problema*: incluye las subescalas Evitación de problemas y Pensamiento desiderativo, indicando un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien evitando las situaciones estresantes, bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras; *Manejo inadecuado centrado en la emoción*: incluye las subescalas Retirada social y Autocrítica, reflejando un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpción (Cano, Rodríguez, & García, 2007).

Las escalas terciarias surgen de la agrupación empírica de las secundarias: *Manejo adecuado*: incluye las subescalas Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social y Expresión emocional, indicando esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante; *Manejo inadecuado*: incluye las subescalas Evitación de problemas, Pensamiento

desiderativo, Retirada social y Autocrítica, sugiriendo un afrontamiento pasivo y desadaptativo (Cano, Rodríguez, & García, 2007).

La adaptación española del CSI, realizada por Cano, Rodríguez y García (2007) resultó satisfactoria, concluyendo que: sus buenas propiedades psicométricas, su brevedad, la sencillez de su aplicación y corrección, la versatilidad en el análisis de situaciones estresantes, pudiendo detallar o generalizar a voluntad, y la posibilidad de combinar información cualitativa con cuantitativa, entre otras cualidades, hacen que merezca la pena considerar su uso, no solo en la investigación, sino también en la práctica clínica (Cano, Rodríguez, & García, 2007).

#### ***Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor (CSQ).***

El Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ), fue creado teniendo en cuenta la relevancia del afrontamiento en la experiencia del dolor crónico, por Rosentiel y Keefe (1983) para evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por una muestra de pacientes con lumbalgia crónica.

Ha sido adaptado a la población española por Rodríguez, Cano y Blanco (2004), mostrándose como un instrumento válido y fiable para evaluar las estrategias de afrontamiento del dolor crónico en población española, además de que, desde su elaboración, hasta el momento actual, ha sido el cuestionario de estrategias de afrontamiento del dolor más utilizado (al menos en 80 investigaciones) y más validado de todos (al menos 20 en investigaciones).

El cuestionario original lo componen 48 ítems generados a partir de la experiencia de Rosentiel y Keefe en estudios clínicos y experimentales. Estos ítems se dividen en ocho escalas de seis ítems cada una: a) distracción, b) reinterpretación de la sensación dolorosa, c) autoverbalizaciones de afrontamiento, d) ignorar la sensación dolorosa; e) rezos y esperanzas; f)

catastrofización; g) incremento del nivel de actividad; y h) incremento de las conductas dirigidas a disminuir el dolor (Rodríguez, Cano, & Blanco, 2004). A la pregunta de ¿Con qué frecuencia utiliza las siguientes estrategias cuando tiene dolor?, los sujetos contestan según una escala de Likert de siete puntos: (0= nunca, 3= a veces, 6= siempre). Al final del cuestionario hay dos ítems de efectividad percibida: i) control del dolor (0-6), y j) habilidad para reducir el dolor (0-6) (Rodríguez, Cano, & Blanco, 2004)

Existe otra versión, realizada por Soriano y Monsalve (1999), que está compuesta por 42 ítems agrupados en 7 escalas de 6 ítems cada una, más 2 ítems referidos al control que se ejerce sobre el dolor y a la capacidad para disminuirlo. Como en la versión antes comentada, cada ítem se puntúa de acuerdo con una escala de 7 puntos (0= nunca, 3= a veces, 6= siempre). Las escalas son *desviación de la atención* (pensamientos que sirven para distraer la atención del dolor); *reinterpretación de las sensaciones de dolor* (Imaginar algo que pueda resultar inconsistente con la experiencia de dolor); *ignorar las sensaciones de dolor* (negación del daño causado por el dolor); *afrontamiento autoafirmativo* (decirse a uno mismo que se puede hacer frente al dolor); *rezo y esperanza* (mantener la esperanza y rezar para que el dolor mejore algún día); *catastrofismo* (pensamientos negativos e ideas catastrofistas); e *incremento del nivel de actividad* (comprometerse en tareas activas que le mantengan alejado del dolor (Soriano & Monsalve, 2002).

### ***Inventario de pensamientos Negativos en Respuesta al Dolor (INTRP).***

En Inventario de pensamientos Negativos en Respuesta al Dolor (INTRP), es el instrumento más destacado –y además prácticamente el único- de evaluación específica de pensamientos automáticos negativos relacionados con el dolor crónico. Fue desarrollado por Gill, Williams, Keefe y Beckham (1990) a partir de una muestra de dolor crónico heterogéneo con el propósito de evaluar el contenido cognitivo que se asocia a las crisis o episodios de

dolor. Las autoverbalizaciones negativas proceden de entrevistas clínicas con pacientes de dolor crónico (Cano & Rodríguez, 2003).

De los 33 ítems iniciales se eliminaron los que aparecieron sesgados y/o distribuidos bimodalmente, resultando finalmente en 21. A la pregunta ¿Con qué frecuencia tiene los siguientes pensamientos en un episodio de dolor?, los ítems se puntúan según una escala tipo Likert de 5 puntos: 0=nunca; 1=raramente; 2= a veces; 3= con frecuencia; 4= siempre (Cano & Rodríguez, 2003).

Cano y Rodríguez (2003) lo adaptaron a la población española, demostrando ser un instrumento válido y fiable para evaluar los pensamientos automáticos negativos relacionados con el dolor en su muestra de dolor crónico heterogéneo.

#### ***Cuestionario de Conductas de Dolor (PBQ).***

El PBQ (*Pain Behavior Questionnaire*) es un cuestionario desarrollado por Phillips y Hunter con una muestra de personas con cefalea (Phillips & Hunter, 1981). El cuestionario consta de 19 ítems que describen conductas de dolor y en los que la persona tiene que indicar “¿cuántas veces hace lo que dice la frase cuando le duele la cabeza?” en una escala de 0 a 4, en la que 0 indica “nunca” y 4 indica “siempre”. Los autores realizaron una clasificación teórica de los ítems en tres escalas: *conductas de evitación*, *quejas* y *conductas mixtas*, que hacen referencia principalmente a la toma de medicación (Torres & Compañ, 2006). En la adaptación española (Rodríguez, Cano, & Blanco, 2000), los autores han encontrado seis factores: evitación, queja no verbal activa, queja no verbal pasiva, queja verbal, descanso y medicación. No es un cuestionario excesivamente utilizado, sin embargo nos puede ofrecer información rápida acerca de las conductas de dolor que realiza una persona (Torres & Compañ, 2006).

## 5. Evaluación del dolor crónico en pacientes con ansiedad y pacientes con depresión.

En muchas ocasiones es necesario valorar la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva en las personas que padecen dolor crónico. Este tipo de sintomatología además de incrementar el malestar y el sufrimiento de la persona, puede interferir en los resultados del tratamiento dirigido al dolor. Por ello, valorar las sintomatologías puede ser tan necesario.

### Pacientes con ansiedad.

#### Cuestionario de Autoverbalizaciones Ansiosas (ASSQ).

El Cuestionario de Autoverbalizaciones Ansiosas (*Anxious Self-Statements Questionnaire*, ASSQ) fue desarrollado por Kendall y Hollon (1989) a partir de una muestra de 508 estudiantes universitarios con el fin de investigar el lenguaje interno asociado a la ansiedad, para: a) identificar aquel que discrimina entre sujetos de alta y baja intensidad; b) evaluar el grado en que la valoración del estrés eleva el lenguaje interno y ansioso; y c) evaluar la terapia de los trastornos por ansiedad. Los ítems se generaron solicitando a los participantes que registraran literalmente sus pensamientos asociados a alguna experiencia provocadora de ansiedad. Se obtuvieron 100 ítems, que pasaron por un proceso de selección y validación cruzada, hasta convertirse en los 32 definitivos. El instrumento discriminó fiablemente entre sujetos de alta y baja ansiedad (Cano & Rodríguez, 2002).

Revuelta (1995) lo adaptó a la población española, manteniendo el mismo formato en el contenido de los ítems, así como el orden (salvo que se intercambian los ítems 15 y 25 para evitar confusiones al utilizar el mismo verbo). También mantuvo el formato de respuesta. Los sujetos utilizados por Revuelta fueron 207 estudiantes Universitarios de Sevilla y Huelva. El análisis factorial reveló una estructura de seis factores: a) Incapacidad para mantener el

afrontamiento y el punto de vista negativo sobre el futuro; b) Autocrítica y confusión; c) Preocupación por el futuro; d) Duda y cuestionamiento personal; e) Frustración y sentimiento de culpa; y f) Deseo y necesidad de ser ayudado. Los 32 ítems y la puntuación total del ASSQ discriminaron entre los grupos criterio de ansiosos frente a los normales, basados en puntuaciones del Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo<sup>1</sup> (State Trait Anxiety Inventory, STAI), (Cano & Rodríguez, 2002).

#### Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y depresión (HAD) (ver anexos) fue diseñada por Fries, Spitz, Kraines y Holman (1980) para detectar trastornos depresivos y ansiosos en el marco de los servicios hospitalarios, de forma que no estuviera contaminado por la sintomatología física que representa el paciente, es decir, sin que los síntomas físicos interfirieran en la valoración de la psicopatología (por ejemplo que los problemas de sueño, tan presentes en el dolor crónico, no interfirieran a la hora de valorar la presencia de depresión, que también suele comportar problemas de sueño) (Torres & Compañ, 2006).

Por este motivo, la escala que valora la ansiedad está centrada en las manifestaciones psíquicas como tensión, nerviosismo, aprensión, etc. y la escala que valora la depresión se centra en la anhedonia (falta de disfrute, alegría, pérdida de interés, etc.) (Torres & Compañ, 2006).

---

<sup>1</sup> Inventario formado por dos escalas que miden facetas diferentes, pero relacionadas, de la ansiedad: el estado y el rasgo. La escala de estado responde informando sobre la intensidad con que aparecen en un momento concreto sentimientos o sensaciones de ansiedad (nada, algo, bastante, mucho). La escala de rasgo se debe responder indicando cómo se siente habitualmente la persona (casi nunca, a veces, a menudo, casi siempre).

Consta solo de 14 ítems, por lo que es muy rápida de aplicar. Se recomienda emplearla solo como instrumento de cribado y si se alcanza una puntuación elevada, completar la valoración con otros instrumentos más precisos. Está adaptada y validada al español por Caro e Ibáñez (1992) (Torres & Compañ, 2006).

### **Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ).**

El Cuestionario de Salud General de Goldberg (*General Health Questionnaire, GHQ*) (*ver anexos*), es un cuestionario de autorreporte de salud general (o cuestionario de salud autopercebida). Fue creado por David Goldberg, en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, en la década del 70 (Goldberg, Manual del General Health Questionnaire, 1978) con el fin de evaluar el grado de salud general (García Vinegras, 1999).

El cuestionario inicial consistía en 60 preguntas. Posteriormente se han elaborado versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems respectivamente, que han mostrado igual utilidad según diferentes fuentes de estudios de validación efectuados (Jacobsen, Hasvold, Hoyer, & Hansen, 1995; Hemert, Heijer, den Vorstenbosh, & Bolk, 1995; Goldberg & Hiller, 1979). Este cuestionario fue elaborado por Goldberg con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera, que en realidad, lo que se mide es salud mental y no el estado de salud general que tendría que incluir el autorreporte de sintomatología física (García Vinegras, 1999).

Esta técnica fue concebida como un cuestionario autoadministrado dirigido a la situación actual del examinado. El origen de los ítems de esta escala se fundamenta en estudios previos sobre enfermedades mentales y la experiencia clínica del grupo de trabajo de Goldberg. Recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría. Algunos de los ítems fueron tomados de la Escala de Ansiedad Manifiesta de

Taylor, del Inventario de Personalidad de Eysenck y del Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota (García Vinegras, 1999).

Los componentes que se tuvieron en cuenta en la selección de los ítems fueron: severidad de la enfermedad (factor general), depresión psíquica, agitación ansiedad y e irritabilidad. Fueron mantenidos en el cuestionario 59 ítems que luego se redondearon a 60 (García Vinegras, 1999).

Esta escala, en cualquiera de sus versiones (60, 30, 28 ó 12 ítems), consta de proposiciones que deben ser respondidas escogiendo una de las posibles respuestas, planteadas al sujeto en la escala Likert. Cuando el ítem está formulado de manera que expresa un síntoma, la respuesta “menos que de costumbre” toma el valor 0 y la respuesta “mucho más que de costumbre”, toma el valor 3. Pero si el ítem está redactado de manera positiva, los valores para calificar cada categoría se invierten. Así se obtiene un estimado de del grado de severidad de la ausencia de salud mental, cuyo puntaje total es la sumatoria de los valores obtenidos en cada uno de los ítems. Para la calificación de GHQ existe otro método, que es el método original de Goldberg y consiste en asignar un 0 a las 2 primeras respuestas de cada enunciado y un 1 a las 2 últimas. De esta manera el autor obtenía un puntaje total, que era indicativo de disturbios mentales más severos, mientras mayor fuese su valor. En esta forma de calificación se establece un punto de corte o “*cut-off-score*” por encima del cual se considrean “casos”, o personas con distintos trastornos psiquiátricos, y por debajo del cual se consideran “no casos”, o personas sanas. Así vemos con frecuencia en la literatura que los autores establecen los puntos de corte de sus muestras de estudio, al contrastar los resultados del GHQ con los obtenidos en otras pruebas, generalmente escalas de depresión, de ansiedad o ambas. En la versión de 12 ítems, casi siempre este punto se reporta en 3/4 ó 4/5 ó 5/6 (García Vinegras, 1999).

En la actualidad el método más utilizado es el método Likert, en particular en la versión castellana, que se emplea en el trabajo de García Vinegras (1999), con valores de 0 a 3 en las categorías de respuesta. Según este método el

valor máximo que se puede obtener en la escala es de 36 puntos y el mínimo de cero puntos. El puntaje total se obtiene por sumatoria simple de las calificaciones en cada uno de los ítems (García Vinegas, 1999).

El GHQ es un cuestionario para evaluar salud autopercebida, o sea la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. Así los ítems 3, 4, 5, 9, y 12, comienzan preguntando “se ha sentido...”, el 7 “ha sido capaz de disfrutar...”. También pretende la evaluación de algunas de sus funciones intelectuales y fisiológicas, como es el caso de los ítems 1 y 2 y la autovaloración del individuo en el establecimiento y alcance de sus metas y propósitos en la vida (ítems 10 y 11) y del enfrentamiento a las dificultades (ítems 6 y 8) (García Vinegas, 1999).

Este cuestionario ha sido considerado por algunos autores como instrumento para evaluar bienestar psicológico, pero García Vinegas (1999) prefiere retomar la intención original del autor al llamarlo Cuestionario de Salud General o de Salud Mental, como ha sido universalmente aceptado. En realidad el bienestar psicológico es un determinante de la salud y a la vez un componente de ella (por eso aceptamos su inclusión en un cuestionario de salud general), pero no son categorías sinónimas. En la literatura revisada se han encontrado autores que emplean el GHQ como indicador de otras categorías tales como “dimensión psicológica de la calidad de vida en el ámbito de la salud” (Naughton & Wiklund, 1993) se podría decir que coinciden con Goldberg al considerarlo como la expresión mental de la salud, o Cuestionario de la Salud (García Vinegas, 1999).

Ha sido adaptado y traducido a varios idiomas. En España, donde ha sido ampliamente utilizado, lo adaptaron Montón et. al. (1993).

## **Pacientes con depresión.**

### **Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ).**

El Cuestionario de Pensamientos Automáticos (*Automatic Thoughts Questionnaire, ATQ*), fue construido por Hollon y Kendall (1980) mediante el mismo procedimiento que el ASSQ, es decir, pidiendo a un grupo de estudiantes, en este caso 788, que anotaran los pensamientos que hubieran pasado por sus cabezas en una experiencia vivida por ellos como depresiva. Tras un proceso de selección se obtuvieron 100 ítems a los que respondió una submuestra de 348 sujetos, de cuyas respuestas se obtuvieron los 30 ítems definitivos (Cano & Rodríguez, 2002).

Belloch, Baños y Perpiná (1990) realizaron una adaptación del ATQ en nuestro país con una muestra de 180 mujeres (60 deprimidas, 60 asmáticas y 60 normales) (Cano & Rodríguez, 2002).

### **Inventario de depresión de Beck (BDI)**

El inventario de depresión de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI*), (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) es un inventario para la evaluación del estado de ánimo, que además tiene la particularidad de otorgar mayor importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos. Esta característica resulta favorable desde el estado físico de la mayoría de los participantes. No se considera un instrumento diagnóstico sino que ofrece unas puntuaciones que se estiman como una medida de la gravedad de la depresión.

Además, se considera el instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora

(Sanz & Vázquez, 1998). En 1976, fue adaptado a la población española por Conde y cols.

En el 1978 elimina algunas afirmaciones alternativas de 10 ítems, de forma que todos los ítems presentan 4 alternativas de respuestas, y en total, 15 ítems fueron cambiados respecto a la versión de 1961. Tampoco hay que olvidar que en la versión de 1978 se utilizan unas nuevas instrucciones; mientras en la versión de 1961 se preguntaba por la situación del sujeto en el momento de completar el cuestionario, en la nueva versión se pregunta por su situación «*durante la última semana, incluyendo el día de hoy*» evaluando, de este modo, una sintomatología depresiva menos momentánea que la evaluada en la versión de 1961 que aún hoy día circula en nuestro país. Además, la adaptación de Conde et al. (1976) de la versión de 1961 presenta algunos inconvenientes adicionales.

En primer lugar, las diferentes afirmaciones de cada uno de los ítems no están graduadas, lo que para Beck constituye un requisito de cara a la legibilidad y validez aparente del instrumento (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961); en segundo lugar, Conde et al. (1976) eliminaron estadísticamente dos ítems, *Sentimiento de Castigo* y *Pobre Imagen Corporal*, dejando el instrumento con 19 ítems, lo que reduce aun más la posibilidad de comparar los resultados obtenidos con esta versión española del BDI con los obtenidos internacionalmente (Sanz & Vázquez, Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck, 1998).

Si se maneja la versión del Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI*) de 19 ítems, versión de Conde y cols. (1976): Las puntuaciones de corte para este inventario aceptadas para graduar su intensidad/ severidad consideran una puntuación inferior a 9 como “no depresión”; “depresión leve” de 10-15; “depresión moderada” de 16-23 y una “depresión grave” mayor/igual a 24, con una puntuación máxima de 63 (Moioli & Merayo, 2005). En pacientes con dolor crónico se utiliza, a efectos de detección de casos, una puntuación de  $\geq 21$ , (Geisser, Roth, & Robinson, 1997).

### ***Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión BDI-II***

El Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión, BDI-II; es un instrumento de autoaplicación de 21 ítems. Ha sido diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a la corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63. (Melipillán, Cova, Rincón, & Valdivia, 2008)

Según Melipillán et. al. (2008), Beck et al. (1996) observaron una alta consistencia interna del BDI-II tanto en muestras clínicas como no clínicas. En la adaptación española realizada por el equipo de Sanz, el Inventario para la Depresión de Beck-II obtuvo niveles elevados de consistencia interna tanto en muestras de universitarios, de población general y de consultantes con trastornos psicopatológicos (Sanz, García, Espinosa, Fortún, & Vázquez, 2005; Sanz, Navarro, & Vázquez, 2003; Sanz, Perdigón, & Vázquez, 2003).

Según Melipillán et. al. (2008), las comparaciones entre el BDI y el BDI-II indican que el segundo instrumento tiene al menos las mismas ampliamente reconocidas y estudiadas cualidades psicométricas del primero, existiendo indicios de que su consistencia interna y validez factorial es superior (Beck, Steer, & Brown, 1996; Sanz, Navarro, & Vázquez, 2003). También es claro que la validez de contenido del BDI-II es superior a la del BDI si se considera su mayor cercanía a la conceptualización actual de los trastornos depresivos mayores y de la distimia, reflejando sus ítems casi la totalidad de los criterios diagnósticos sintomáticos de éstos (Sanz, Navarro, & Vázquez, 2003).

Existen dos traducciones del BDI-II al castellano. Una traducción está disponible junto con el propio Manual del BDI-II, y ha sido estudiada por Penley et al. (2003) en Estados Unidos con población latina. Otra traducción y estudio de sus propiedades psicométricas ha sido realizada en España. En los dos casos, las investigaciones corroboraron la confiabilidad transcultural del instrumento y su capacidad de discriminar adecuadamente la presencia de síntomas y trastornos depresivos (Penley, Wiebe, & Nwosu, 2003; Sanz, Navarro, & Vázquez, 2003). En estas investigaciones se han tomado muestras de población adulta y de estudiantes universitarios, pero no así de adolescentes.

#### **Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)**

Ver *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)* en el punto *Pacientes con ansiedad*, puesto que es una escala que evalúa ansiedad y depresión (p.33).

#### **Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ)**

Ver *Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ)* en el apartado *Pacientes con depresión*, puesto que como la anterior, es una escala que evalúa ansiedad y depresión (p.34).

## 6. Estrategias de afrontamiento en casos de dolor crónico:

*Las **estrategias de afrontamiento**<sup>2</sup> han sido definidas como la forma en que el sujeto intenta manejar las fuentes de estrés (Lazarus, 1966). Esta dimensión ha sido en los últimos años ampliamente considerada en el ámbito del dolor crónico, lo que ha propiciado la necesidad de utilizar instrumentos de medida adecuados a las características del paciente que padece un síndrome álgico.*

Para evaluar el afrontamiento al dolor se han utilizado dos tipos diferentes de aproximaciones (Keefe, Salley, & Lefebvre, 1992). La aproximación más tradicional ha sido evaluar el afrontamiento utilizando cuestionarios que piden al paciente que especifique y responda al estresor primario en su vida (sea o no el dolor) (Lazarus & Folkman, 1984). Otra aproximación ha sido desarrollar cuestionarios de afrontamiento específicos que preguntan al individuo sobre su forma de afrontamiento ante el dolor crónico (Rosentiel & Keefe, 1983). Ambos enfoques suelen coincidir en sus resultados cuando los individuos consideran el dolor como la fuente primaria de estrés en sus vidas, pero difieren cuando no resulta así (Soriano & Monsalve, 2002).

Por otra parte, las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico se han clasificado de diversas formas (Lazarus & Folkman, 1984; Brown & Nicasio, Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients, 1987), que han dado lugar a un conjunto de problemas asociados con las definiciones empleadas. Al respecto, Lazarus y Folkman (1984) consideran que la distinción establecida entre estrategias centradas en el problema y las centradas en la emoción no resulta clara, además de que el éxito en una estrategia conductual reduce el impacto

---

<sup>2</sup> Extraído de Soriano & Monsalve, 2002.

emocional. Por su parte, Fernández (1986) considera que mientras hay autores que prefieren definir el afrontamiento en términos conductuales, otros prefieren hacerlo en términos cognitivos. El problema reside en la distinción entre el afrontamiento y sus resultados cuando se utilizan las definiciones conductuales (Soriano & Monsalve, 2002).

Otra de las formas en que estrategias de afrontamiento pueden clasificarse es en adaptativas y desadaptativas. La consideración de una estrategia como adaptativa o desadaptativa depende de múltiples factores, interviniendo tanto las diferencias intraindividuales como también las interindividuales. Sin embargo, también es cierto que diferentes estudios han encontrado relaciones entre el uso de determinadas estrategias y su grado de adaptación al dolor (Soriano & Monsalve, 2002).

Por otro lado, en general, se plantea una relación positiva entre estrategias activas y los índices de funcionamiento físico y psicológico y una relación negativa entre la utilización de estrategias pasivas y ajuste (Rosentiel & Keefe, 1983; Brown & Nicasio, 1987; Brown, Nicassio, & Wallston, 1989; Holmes & Stevenson, 1990). La utilización de estrategias pasivas (rezo, esperanza, pensamiento desiderativo) se ha asociado con incremento en el dolor, depresión, impotencia y peor ajuste psicológico (Nicholas, Wilson, & Goyen, 1992). Por el contrario las estrategias activas (solución de problemas, búsqueda de información) se encuentran correlacionadas negativamente con depresión e incapacidad física. Sin embargo, tampoco queda claro qué constituye un afrontamiento activo o pasivo, ya que determinadas estrategias clasificadas como pasivas incluyen comportamientos activos (tomar medicación o avisar a la enfermera o al médico) (Soriano & Monsalve, 2002).

Así, el catastrofismo no constituye una estrategia de afrontamiento en sí misma. Como indican algunos autores (Jensen M. , Turner, Romano, & al., 1991; Turner, Coping and chronic pain, 1991) el catastrofismo se refiere a las valoraciones que realizan los pacientes sobre su capacidad de afrontamiento más que sus intentos reales o aplicación de los mismos. Las estrategias etiquetadas como evitación incluyen tanto procesos cognitivos pasivos como

activos así como comportamientos dirigidos hacia la reducción del dolor y hacia su anticipación. Se incluyen aquí la reducción en la frecuencia de las actividades físicas y el ejercicio que se considera que aumentan el dolor, pero también se extienden hacia aquellas conductas que no necesariamente predicen o causan el dolor. Estas estrategias suelen conllevar una retirada de las actividades sociales. Aunque las estrategias de evitación y de retirada suelen reducir el dolor prolongado en las fases iniciales de la enfermedad, a largo plazo suelen reforzar la creencia de que estas estrategias previenen el dolor futuro. El problema que presenta este tipo de acciones es que se generalizan hacia las actividades displacenteras, tales como realizar las actividades del hogar, o hacia la evitación de las relaciones interpersonales cuando hay problemas, quedando reforzadas negativamente (Soriano & Monsalve, 2002).

Parece también que ante el dolor agudo este tipo de estrategias tiene mayor efecto que en el caso del dolor crónico, encontrándose que los individuos con dolor crónico que utilizan estrategias atencionales suelen ser más activos socialmente, menos depresivos y menos ansiosos que los que utilizan la evitación (Soriano & Monsalve, 2002).

Según Soriano y Monsalve (2002), probablemente las estrategias más eficaces en el dolor crónico sean aquellas que eliminan la atención y concentración del paciente sobre el dolor. La concentración en alguna actividad como la relajación disminuye la actividad del sistema nervioso simpático. Además, suele reducir el uso del catastrofismo y la evitación. También la socialización puede reducir el énfasis en la importancia del dolor. Las relaciones sociales actúan como un colchón y poseen un efecto contrario al estrés y a la enfermedad crónica. También se ha investigado sobre el efecto de un condicionamiento operante en el mantenimiento de las conductas de dolor (lamentos, suspiros, quejidos, cojeos, etc.), que pueden reforzarse positiva (atención) o negativamente (evitación o escape de actividades displacenteras) (Fordice, 1976). Ello hace que se encuentren relaciones entre la satisfacción

con el apoyo social recibido y el incremento de conductas de dolor. Por otra parte también se encuentran relaciones entre apoyo social y la manifestación de un mejor humor y un mayor sentido de control, pese a la limitación que supone en sus vidas el tener una pareja con dolor crónico. Esto hace que las relaciones entre el dolor y el apoyo social resulten complejas (Soriano & Monsalve, 2002).

Asimismo, centrándonos en el afrontamiento al dolor y en las relaciones entre creencias, afrontamiento y adaptación al dolor, distintas dimensiones han sido estudiadas por Soucase, Monsalve y Soriano (2005), por ejemplo: *estilo atribucional*, *autoeficacia*, *expectativas de resultado*, *locus de control*, *control sobre el dolor*, *errores cognitivos*, entre otras, mientras que en relación a las estrategias de afrontamiento al dolor en general, diferentes estudios han identificado estrategias de afrontamiento potencialmente desadaptativas en relación con el dolor, como puede ser el reposo, una mayor atención sobre el dolor, la catastrofización o el pensamiento desiderativo, encontrándose asociaciones positivas entre estrategias de afrontamiento activas, es decir, que implican un manejo directo del dolor, e índices de ajuste físico y psicológico. (Soucase, Monsalve, & Soriano, 2005).

Por otra parte, si nos fijamos en el CAD (ver *Evaluación del dolor crónico*), se observa que la estrategia de afrontamiento al dolor más utilizada ha sido la autoafirmación, seguida de la búsqueda de la información y de la religión. De estas estrategias, únicamente esta última fue la estrategia significativamente diferente entre los grupos del estudio de Soucase, Monsalve y Soriano (2005) (ver *resultados comentados a continuación*), siendo el grupo que muestra un peor ajuste el que tiene una mayor utilización de dicha estrategia. Por el contrario la menos utilizada es la estrategia autocontrol mental (Soucase, Monsalve, & Soriano, 2005).

En los resultados del estudio de Soucase, Monsalve & Soriano (2005) se obtienen dos grupos significativamente diferentes en cuanto a ansiedad y depresión: grupo adaptado (grupo 1) y grupo desadaptado (grupo 2), presentado el primero bajas puntuaciones en ansiedad rasgo y depresión

mientras que el segundo grupo se caracterizan por obtener puntuaciones elevadas en ambas escalas, siendo su nivel de adaptación por lo tanto más pobre (Soucase, Monsalve, & Soriano, 2005).

Por lo que se refiere a la valoración, el grupo mejor adaptado (grupo 1) obtiene puntuaciones significativamente más altas, en comparación con el grupo con un peor ajuste (grupo 2) en las variables de valoración que implican control del dolor (“puedo controlar mi dolor”), autoeficacia (“puedo disminuir mi dolor”, “puedo cambiar mi dolor o hacer algo”) y confianza en la existencia de recursos médicos para paliar el dolor (“sé que hay medios para poner solución a mi dolor”), así como en su solución o mejora (“creo que mi dolor se solucionará en poco tiempo”).

Por el contrario, el grupo que presenta una peor adaptación (grupo 2) obtiene puntuaciones significativamente elevadas en las variables: “el dolor supera mis recursos y posibilidades”, “el dolor limita mi vida”, “quiero expresar mis emociones o sentimientos y no puedo”, “esta situación me desborda claramente”, “estoy muy preocupado por mi dolor” y “el dolor supera mis posibilidades”. Por lo tanto, en comparación con el grupo mejor adaptado (grupo 1), el grupo con un ajuste pobre al dolor valora este como más incapacitante, con una mayor preocupación sobre su dolor y con un mayor desbordamiento de los propios recursos para hacerle frente, así como una mayor represión de las emociones.

Finalmente, y para concluir, señalar que aplicando el modelo transaccional (Lazarus & Folkman, 1984) en el campo de estudio del dolor crónico se pone de manifiesto, a partir de los resultados obtenidos, la importancia de las variables de valoración y de las estrategias de afrontamiento en el ajuste a la enfermedad, siendo un mayor número de variables de valoración las que contribuyen a la predicción de la ansiedad y de la depresión, siendo además los elementos más importantes en ambos casos. Ello pone de manifiesto la conveniencia de no pasar por alto qué tipo de valoración hace el paciente de su dolor, es decir, cómo se percibe a sí mismo ante el dolor, y qué tipo de

estrategias de afrontamiento está utilizando, con la finalidad de dotar al paciente de los recursos necesarios para que aprenda a percibir su dolor como un desafío más que como una amenaza o pérdida, y consecuentemente adoptando una actitud más activa ante su dolor (Soucase, Monsalve, & Soriano, 2005).

Coincidiendo con lo comentado más arriba, están los resultados del estudio de Soriano y Monsalve (2002), en el que se muestra que las estrategias de afrontamiento ante el dolor más utilizadas por su muestra han sido la autoafirmación, la búsqueda de información y la religión, mostrando puntuaciones en ansiedad y depresión moderadamente elevadas. Al mismo tiempo, estos resultados, muestran que el nivel de dolor informado por los pacientes oscila entre moderado e intenso, percibiendo que su dolor supera sus propios recursos para hacerle frente, y percibiéndose a sí mismos con una baja autoeficacia para manejar, controlar o disminuir el dolor, siendo este un factor incapacitante y limitante en su vida diaria (Soriano & Monsalve, 2002).

Por otra parte, también en el estudio de Soriano y Monsalve (2002), las estrategias dirigidas hacia el problema resultan mucho más circunscritas a las características del problema, mientras que las estrategias de carácter emocional resultan mucho más transituacionales. Así, en este caso, aquellas estrategias que iban dirigidas hacia la manipulación directa del problema no resultaron fiables, por ejemplo en el caso del dolor crónico lumbar supone unas estrategias directas distintas al dolor de cabeza crónico. Por otra parte, también han encontrado, en el mismo estudio, que tanto las estrategias de afrontamiento como las reacciones emocionales, poco tienen que ver con el tipo de dolor (Soriano & Monsalve, 2002).

Asimismo (Soriano & Monsalve, 2002), las escalas obtenidas: *religión*, *catarsis*, *distracción*, *autocontrol mental*, *autoafirmación* y *búsqueda de información*, se encuentran dirigidas hacia el afrontamiento centrado en la emoción, salvo la última, que se centra más en el problema, aunque no desde la perspectiva de las acciones directas (Lazarus & Folkman, 1984). El afrontamiento religioso puede definirse como *la utilización de técnicas*

*cognitivas o conductuales para afrontar situaciones estresantes que provienen de la religión o espiritualidad* (Tix & Frazier, 1998), estableciéndose como una estrategia efectiva para múltiples circunstancias estresantes (Pargament, 1997). Sin embargo, aparecen claras diferencias entre individuos practicantes de diferentes religiones, apareciendo los individuos protestantes más adaptados que los católicos, al resultar estos últimos con un pobre ajuste ante las situaciones estresantes, frente a los protestantes, así como con un menor control sobre la situación (Tix & Frazier, 1998). En el caso de Soriano y Monsalve (2002), aunque no se tienen datos sobre la práctica y/o creencia religiosa de la muestra, se puede suponer que la mayoría de sujetos pertenecen a la religión católica, por ser el resto de prácticas minoritarias en España. Teniendo en cuenta esta consideración, parte de estos resultados descritos anteriormente, se confirman al relacionar el afrontamiento religioso con emociones como “furioso” y “preocupado”, lo cual apunta hacia una relación del uso de la religión como estrategia de afrontamiento y el incremento en el distrés emocional. (Soriano & Monsalve, 2002).

Otra estrategia es la de “distracción”, que se refiere a un conjunto de acciones que pretenden que el individuo no se concentre en su dolor (Soriano & Monsalve, 2002). La escala de “autocontrol mental” se refiere a los esfuerzos cognitivos para intentar disminuir el dolor y la escala de “autoafirmación” contiene diversas formas de darse ánimos a uno mismo para no desfallecer.

Estas estrategias se relacionan en algunos estudios con menores puntuaciones en la intensidad del dolor (Rybstein-Blinchik, 1979; Spanos, Hornon, & Chaves, 1975), aunque hay otros que no encuentran dichas relaciones (Rosentiel & Keefe, 1983). En el caso de Soriano y Monsalve (2002), no se han obtenido relaciones significativas entre el uso de estas estrategias y la intensidad de dolor inicial, sin embargo, sí que son estrategias que pueden considerarse como adaptativas, en función de las relaciones obtenidas a nivel emocional, encontrándose relacionadas positivamente con emociones positivas, tales como alegre, sociable, optimista o contento, mientras que

aparecen relaciones negativas con emociones tales como furioso e impaciente, aunque de manera desigual entre todas las estrategias de afrontamiento.

En cuanto a las relaciones entre afrontamiento y respuestas emocionales, hay que anotar que la estrategia de *religión* se relaciona con las emociones de *furioso y preocupado*. Resulta sorprendente que la estrategia de catarsis no se relacione con ningún tipo de respuesta emocional. El resto de estrategias (*distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información*), obtienen unas relaciones mucho mayores, siendo más similares las estrategias de *distracción y autoafirmación*, las cuales se relacionan con lo que pueden denominarse como “emociones positivas”, mientras que las estrategias de *autocontrol mental y búsqueda de información* también tienden a lo mismo pero en menor grado (Soriano & Monsalve, 2002).

Por otra parte, la valoración inicial del dolor se relaciona únicamente con la estrategia de *religión*, mientras que las variables de *edad* y nivel de *estudios*, manifiestan unas relaciones interesantes: los pacientes más mayores tienden a utilizar en mayor grado la estrategia de *religión*, mientras que conforme avanza la edad se observa una clara disminución en el uso de estrategias como *distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información*. Por otra parte, conforme aumenta el nivel de *estudios* de los pacientes disminuye el uso de la estrategia de afrontamiento de *religión* y aumenta el de las estrategias de *distracción y búsqueda de información* (Soriano & Monsalve, 2002).

Estos resultados resultan claramente congruentes si tenemos en cuenta que conforme aumenta la edad de los sujetos menor nivel de estudios se posee, tendiendo a utilizar en mayor grado la estrategia de *religión* y en menor las estrategias que resultan más adaptativas tales como *distracción y búsqueda de información*, así como también se tiende a utilizar menos las estrategias de *autocontrol mental y autoafirmación* (Soriano & Monsalve, 2002).

Por lo tanto, como indican Soriano y Monsalve (2002) se puede concluir que mientras que la estrategia de catarsis no tiene correlatos emocionales, la

estrategia de religión los tiene negativos, aunque escasos, mientras que el resto, distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información, obtienen correlatos con emociones positivas, aunque en diversos grados.

Por último, como resumen de los resultados obtenidos en el estudio de Soriano y Monsalve (2002), arriba comentado, cabría indicar que la muestra de pacientes utilizada, parece intentar “darse ánimos, buscar información sobre su dolor, confiar en la religión, distraerse, contar su problema a otros y, por último, intentar reducir su dolor mentalmente”.

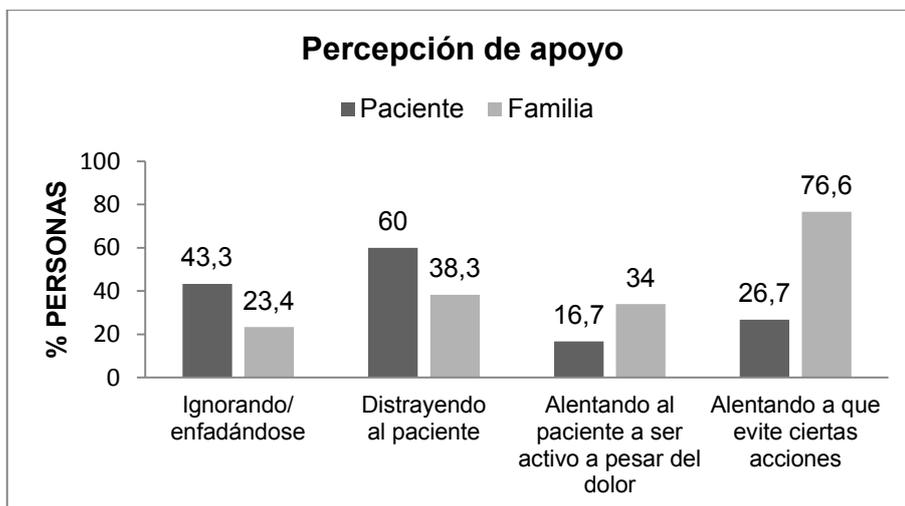
Por otra parte, y también relacionado con la forma de afrontar el dolor, tenemos el estudio de Moioli y Merayo (2005), en el que se evalúa la efectividad de un protocolo de tratamiento psicológico grupal, orientación cognitivo conductual en pacientes con fibromialgia (SFM), enfermedad clasificada como dolor crónico. Sus resultados muestran diferencias significativas después de la intervención, en valores de ansiedad, depresión, dolor y un incremento de actividades en la vida diaria.

En relación con las variables sociodemográficas estudiadas por estos autores, cabe destacar que el paciente tipo corresponde a una mujer (100%), casada (85,11%), con estudios primarios (44,68%), ama de casa (68,09%) y con una media de 20 años conviviendo con el dolor. En relación con los parámetros de dolor y curso del mismo, podemos concluir que la intensidad media y la intensidad máxima son elevadas, que el dolor está presente prácticamente todos los días del año y progresivamente durante todo el día (Moioli & Merayo, 2005).

Un punto interesante de este estudio es el papel que juegan los familiares de los pacientes. El 76,6% de los familiares del paciente que sufre dolor intentan alentar al sujeto a que sea pasivo y no realice determinadas actividades y un 38,3% intenta distraerle ante los episodios de dolor. Sin embargo la percepción de apoyo de los pacientes respecto sus familiares no se corresponde con lo

que ellos dicen. El 60% perciben que intentan distraerles ante los episodios de dolor y un 43,3% dicen que les ignoran (Figura 2) (Moioli & Merayo, 2005).

Figura 2. Percepción de apoyo desde el punto de vista del paciente y de los familiares.



(Extraído de Moioli, B., & Merayo, L. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. Rev. Soc. Esp. del Dolor, 12 (8), p. 749.)

### **Creencias sobre los atenuantes, agravantes y precipitantes de la experiencia de dolor.**

También en el estudio de Moioli y Merayo (2005), encontramos que, el 91% de los sujetos cree que la relajación y los baños calientes (88,9%) atenúan la experiencia de dolor, frente al 80 y el 54,3% respectivamente de lo que dice su familia. El 46,7% de sujetos cree que el ejercicio físico puede mejorar el dolor. El 71,4% de la familia cree que ser objeto de atención y simpatía atenúa la experiencia de dolor, frente al 31,1% de lo que creen los pacientes (Moioli & Merayo, 2005).

Asimismo son destacables los cambios que se producen en las actividades antes y después de la intervención. En este sentido un 15% más de sujetos dicen tras la intervención, que el realizar ejercicio físico amortigua la

experiencia de dolor. Otras actividades que mejoran la experiencia de dolor son la relajación (91,1%) y tomar el sol (65,2%). Las tensiones (71,7%), los enfados (67,4%), el tiempo (64,4%) y la fatiga (65,2%), figuran como creencias que agravan la experiencia de dolor antes de la intervención psicológica. Después de la intervención son las tensiones (82,2%), las preocupaciones (77,8%) y las excitaciones (66,7) las que empeoran su vivencia del dolor. Para los familiares son, en este orden, las tensiones (67,6%), las preocupaciones (54,6%), excitación (51,4%) y trabajar (45,9%) lo que agrava la experiencia de dolor. En cuanto a los antecedentes, son las preocupaciones (52,6%), las tensiones (42,1%) y los enfados (42,1%) antes de la intervención, frente a la fatiga (59,5%), los enfados (45,2%) y el realizar un trabajo de precisión (42,9%), después de la intervención. Las creencias de la familia respecto a estas mismas variables difieren destacando que son las preocupaciones (44,1%), el trabajar (44,1%), la tensión (35,1%) y el ejercicio físico (29,4%) las situaciones que anteceden a la experiencia de dolor (Moioli & Merayo, 2005).

Por otra parte, los sujetos del mismo estudio manifiestan que los síntomas que tienen, de mayor a menor importancia, valorados en una escala de 1 a 6 (de muy poco importante al más importante), según su experiencia son: el dolor (5,18), cansancio (3,75), depresión (3,48), insomnio (3,2), irritabilidad (2,83), ansiedad (2,28), fatiga (2,28) y fallos de memoria (2,83). En cuanto a los problemas actuales y sintomatología clínica que manifiestan tener se encuentran: dificultades de sueño (84,8%), tristeza (76,1%), dificultad de concentración (73,9%), tensión (71,7%) y fatiga (65,2%). En cuanto a los síntomas que acompañan al dolor destacan: el entumecimiento (91,5%), la ansiedad (83%) y la desgana (78,7%) (Moioli & Merayo, 2005). En este caso, vemos cómo la ansiedad y la depresión estarían incluidas en estos síntomas.

Para evaluar los síntomas cognitivos de la depresión se utilizó la versión, comentada en el punto anterior, del Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI*), de 19 ítems, versión de Conde y cols. (1976). Y la ansiedad se evaluó con el inventario de ansiedad de Beck (*Beck Anxiety*

*Inventory, BAI*). Además se utilizó una escala analógica visual para evaluar la intensidad del dolor que, por carecer de estudios que les sirvieran de referencia a los autores, tomaron la puntuación cinco como punto de corte por ser dolor de intensidad moderada. La satisfacción de los participantes con relación a sus expectativas iniciales de tratamiento, la realizaron mediante ocho preguntas en una escala de 1 a 5, obteniendo una puntuación de 4,60, en la satisfacción con los medios empleados, la terapia y el terapeuta (Moioli & Merayo, 2005).

En relación con las diferencias encontradas entre las puntuaciones de ansiedad, depresión y la intensidad de dolor, los autores obtuvieron la conclusión de que hay diferencia significativa entre las dos variables, entendiendo entonces que la intervención ha mejoró los niveles de las variables medidas (Moioli & Merayo, 2005).

Por otro lado, el 70,2% de los sujetos de este estudio señala que tiene algún familiar con procesos músculo-esqueléticos que ha evolucionado con dolor crónico y un 42,6% tiene algún familiar que ha padecido trastornos psicológicos (

Tabla 77). El impacto de la enfermedad ha sido representado a través de las consecuencias del dolor. Antes de la intervención, las actividades que más habían cambiado (a menos) eran: las tareas domésticas, el sueño, la participación en actividades de ocio y el trabajo. En cambio, después de la intervención, las actividades que han mejorado y se realizan más son: ejercicio físico, el sueño, el trabajo, y la participación en la vida diaria.

Sólo se han alcanzado pequeñas correlaciones significativas al nivel 0,01 entre: a) historia de trastorno psicológico en la familia y la historia de dolor en familia; b) historia de dolor en familia y el impacto de la enfermedad; y c) la historia de dolor en familia y la intensidad de dolor (Moioli & Merayo, 2005).

A diferencia de lo que realmente afecta a los pacientes, Moioli y Merayo (2005), concluyen que según la familia lo que se cree que ha cambiado en la

persona con fibromialgia y que le ha afectado desde la aparición de su dolor es su carácter y el sueño.

**Tabla 7. Antecedentes familiares.**

<i>Historia/aparición trast. psicol. Familia</i>		<i>Historia de dolor incapacidad física en familia</i>		<i>Historia de negligencia familiar</i>	
No	Sí	No	Sí	No	Sí
57,4%	46,6%	29,8%	70,2%	78,7%	21,3%

(Extraído de Moiola, B., & Merayo, L. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Rev. Soc. Esp. del Dolor*, 12 (8), p.481).

Por otra parte, las estrategias de afrontamiento del dolor crónico, también pueden estar influenciadas por la personalidad del paciente. Según Infante et. al. (2005), existe una línea de investigación que intenta encontrar relaciones entre perfiles o patologías de personalidad y el padecimiento del dolor crónico. De manera general, los resultados de estas investigaciones encuentran que las psicopatologías más relacionadas con el dolor crónico son la depresión y la ansiedad (Mayr, Hogler, Ghedina, & Berck, 2003), así como los perfiles histéricos, neuróticos e hipocondríacos (Hansen, Sorensen, & Schroll, 1995; Breslau, Chilcoat, & Andreski, 1996).

Sin embargo, según explican Infante et. al. (2005), existen autores que plantean serias dudas acerca de que el dolor pueda ser atribuido a un tipo de personalidad premórbida (Serrano, Cañas, Serrano, García, & Caballero, 2000). Otras líneas de investigación más bien apuntan a que la personalidad no es un precursor del dolor, sino que determina o media en parte el grado de incapacidad, cronificación y sufrimiento (Dersh, Polatin, & Gatchel, 2002). En este sentido, se considera que la personalidad determina las estrategias o las

habilidades que desarrollará el individuo en situaciones estresantes, siendo éstas a su vez las que permitirán al sujeto un alto o bajo nivel de adaptación a la enfermedad (Infante, García, Moix, Cañellas, & Subirá, 2005). A este respecto, por ejemplo, se ha encontrado que los pacientes con dolor crónico y con altas puntuaciones de neuroticismo padecen mayor dolor porque son los que más pensamientos catastróficos presentan (Ramirez, 2002; Ramirez, Esteve, & López, 2001; Infante, García, Moix, Cañellas, & Subirá, 2005).

Según comentan Infante et al. (2005) en su artículo sobre personalidad y dolor crónico, dentro del estudio de la personalidad se han utilizado con bastante frecuencia las distintas versiones del cuestionario de Cloninger (Cloninger, Przybeck, Svraik, & Wetzel, 1991; Cloninger, Przybeck, Svraik, & Wetzel, 1994). Este modelo originalmente asumía cuatro dimensiones de la personalidad: Búsqueda de Novedad (NS), Evitación al Daño (HA), Dependencia de la Recompensa (RD) y Persistencia (PS). Estas dimensiones llamadas de Temperamento son consideradas características individuales que dan lugar a respuestas automáticas a los estímulos emocionales, reguladas por sistemas psicobiológicos. Dichas respuestas son estables a lo largo de la vida y están en parte reguladas genéticamente.

Por otra parte, y también en el estudio de Infante et al. (2005), se comenta el estudio de Franulic et al. (1996) realizado con pacientes ingresados en la unidad de quemados, los resultados del cual encuentran correlación positiva entre la dimensión Evitación al Daño (HA) del TPQ con altos niveles de ansiedad medida con la escala de Hamilton. Otros autores utilizando el TPQ han demostrado que los pacientes con cefalea tensional y migrañosa, al ser comparados con una muestra control, presentan puntuaciones más altas en la dimensión de HA. Además, los enfermos de migraña obtienen puntuaciones significativamente más bajas en la dimensión Búsqueda de Novedad (NS) (Di Piero, y otros, 2001). Los resultados de una muestra de mujeres con intestino irritable y con trastorno de ansiedad mostraron que ambos grupos obtuvieron altas puntuaciones en la escala de HA en comparación con los datos de la población general. Además, las mujeres con intestino irritable se diferenciaron

de las mujeres de trastornos de ansiedad por presentar altas puntuaciones en las subescalas Ha1 (Preocupación/Pesimismo) y Ha4 (Fatiga). En la dimensión de Dependencia de la Recompensa (RD), se observó que las mujeres con intestino irritable obtuvieron mayores puntuaciones con respecto a la población general (Fossey, Lydiard, Marsch, Stuart, & Morton, 1989). Finalmente, resultados similares obtuvo Ulla (1999) con el TCI al evaluar mujeres con fibromialgia, ya que encontró que la muestra se caracterizaba por presentar altas puntuaciones en la dimensión de HA (Infante, García, Moix, Cañellas, & Subirá, 2005).

Los resultados anteriores (Infante, García, Moix, Cañellas, & Subirá, 2005) coinciden en señalar que las muestras con dolor se caracterizan por presentar alta HA en comparación con la población general. La alta HA implica una facilitación neurobiológica de los aprendizajes de evitación frente a un evento inesperado o potencialmente dañino. Estas personas tendrán por tanto un alto grado de vigilancia y poca habituación en condiciones que entrañan peligro potencial. Son especialmente susceptibles a convertirse en personas temerosas, aprensivas y preocupadas, con predisposición a la aparición de trastornos ansiosos y depresivos. Si consideramos la enfermedad de dolor como un evento potencialmente dañino, los rasgos de personalidad en los pacientes con dolor (es decir la forma en que perciben, afrontan y se comportan frente al dolor), pueden jugar un papel fundamental tanto en la génesis como en el mantenimiento de la enfermedad (Infante, García, Moix, Cañellas, & Subirá, 2005).

En los resultados del estudio anterior, se obtienen correlaciones entre la intensidad del dolor, síntomas de depresión y ansiedad en la muestra con dolor crónico. Y se observa correlación significativa, positiva y moderada ( $< 0.30$ ) entre los síntomas depresivos (BDI) con la intensidad del dolor ( $r= 0.26$ ).

También se muestra (Infante, García, Moix, Cañellas, & Subirá, 2005) que los pacientes con dolor crónico se caracterizaron por presentar en las escalas de Temperamento puntuaciones más altas en Evitación del Daño (HA), así

como puntuaciones más bajas en Búsqueda de Novedad (NS) y Persistencia (P) con respecto a la población general. Ya otros estudios han obtenido resultados similares, al observar altas puntuaciones de HA en muestras de pacientes con dolor (Franulic, González, Trucco, & Vallejos, 1996; Di Piero, y otros, 2001; Fossey, Lydiard, Marsch, Stuart, & Morton, 1989; Ulla, 1999).

De acuerdo con Cloninger (1997), los extremos de temperamento pueden predisponer a los sujetos a la conducta inadaptada. Así, la alta Evitación al Daño se asocia con una tendencia a la aparición de trastornos emocionales como la depresión y la ansiedad. En nuestra muestra con dolor crónico, observamos resultados similares, las altas puntuaciones de HA se asociaron fuertemente con los síntomas de depresión y ansiedad. Según Cloninger, podemos considerar que la alta HA es una característica de la personalidad que implica poca habituación ante los eventos inesperados o potencialmente dañinos (Infante, García, Moix, Cañellas, & Subirá, 2005).

Si consideramos la enfermedad de dolor como un evento potencialmente dañino para la persona, podemos hipotetizar que los pacientes con alta HA pueden estar respondiendo ante el dolor de manera inadaptada, no habituándose a la nueva situación, generando de esta forma síntomas de depresión y ansiedad. Sin embargo, habría que interpretar con cautela estos resultados, ya que la alta HA y los síntomas de depresión y ansiedad observada en los pacientes con dolor crónico, también pueden ser interpretadas como consecuencia o manifestación del mismo dolor. En este sentido, habría que llevar a cabo más estudios longitudinales o prospectivos, porque hasta el momento los datos que se tienen derivan sólo de estudios transversales en donde el dolor ya es una enfermedad instaurada en los pacientes.

Siguiendo con el mismo estudio, en las escalas de Carácter, la muestra de Infante y cols. (2005) presentó puntuaciones menores en la escala Autodirección (SD) en comparación con la población general. Además, se observó que la SD se asoció fuertemente con síntomas de depresión y ansiedad. Estas puntuaciones indican ineficacia en resolver las dificultades,

escasez de recursos de afrontamiento y malestar emocional. Por tanto, sus resultados encajarían con los obtenidos en otros estudios con pacientes con dolor crónico en los que se ha observado que el empleo de estrategias de afrontamiento ineficaces o pasivas se asocian con mayor discapacidad e incluso mayor dolor (Esteve, López, & Ramirez, 1999; Grant, Long, & Willms, 2002; McCracken, Goetsch, & Semenchuk, 1998; Rodríguez, Esteve, & López, 2000).

Por otra parte, estos mismos resultados indicaron que ninguna de las escalas de personalidad estaba relacionada directamente con la intensidad del dolor. Sin embargo, observaron que la presencia de síntomas depresivos en la muestra sí estaba relacionada con la intensidad del dolor. Lo anterior concuerda con la literatura, la cual señala que los síntomas depresivos correlacionan fuertemente con la presencia de mayor intensidad del dolor (Haley, Turner, & Romano, 1985; Marbach, Richilin, & Lipton, 1983; Geisser, Roth, & Robinson, 1997; Marbach & Lund, 1981).

En conclusión, los resultados de Infante y cols. (2005) mostraron que los pacientes con dolor crónico presentan rasgos de personalidad más inadaptados y relacionados con más estados emocionales desagradables que la población general. En este sentido, se puede decir que estas características de personalidad (en concreto la alta HA y la baja SD) aunque no están relacionadas directamente con la intensidad del dolor, sí predisponen a la aparición de trastornos emocionales relacionados con el dolor.

En este sentido la intención de estos autores no es suponer la existencia de una personalidad típica de las personas con dolor crónico, pero ello no significa que piensen que las variables de personalidad no influyan en la enfermedad. Los rasgos de personalidad en estos pacientes, es decir la forma en que perciben, sienten, piensan, afrontan y se comportan ante el dolor, puede jugar un papel fundamental tanto en la génesis como en el mantenimiento de la enfermedad (Infante, García, Moix, Cañellas, & Subirá, 2005).

No obstante, aunque el TCI evalúa rasgos biológicos de personalidad y por tanto teóricamente difíciles de modificar, Infante y cols. (2005) creen que estos rasgos pueden verse afectados por el hecho de sufrir dolor y quizá la personalidad temerosa es en cierto modo consecuencia y no causa del dolor. Aunque, para asegurar más sus conclusiones opinan que sería recomendable realizar estudios prospectivos.

### **En pacientes con depresión.**

Los análisis realizados tomando como variables independientes las variables de valoración y las estrategias de afrontamiento al dolor, muestran que el nivel de depresión que presenta el paciente se predice a partir de cinco variables de valoración (“el dolor limita mi vida”, “el dolor es superior a mis posibilidades”, “quiero expresar mis emociones o sentimientos y no puedo”, “estoy muy preocupada por mi dolor”, “puedo anticipar cuándo me va a doler”), y por la misma y única estrategia de afrontamiento predictiva de la ansiedad, la autoafirmación (Soucase, Monsalve, & Soriano, 2005).

En la predicción de la depresión el elemento más importante será la percepción del paciente de que el dolor limita su vida, es decir, la incapacidad debido al dolor en la vida diaria del paciente. La represión de las emociones, al igual que la preocupación por el dolor, y la percepción de que el dolor supera las propias posibilidades para hacer frente, presentan una relación positiva con la variable criterio, mientras que la estrategia de afrontamiento autoafirmación sigue siendo la única estrategia de afrontamiento que predice la depresión, presentando un signo negativo (Soucase, Monsalve, & Soriano, 2005).

En este sentido, podemos plantear que cuanto mayor es la percepción de que el dolor limita su vida, mayor represión de las emociones, mayor preocupación por su dolor, mayor percepción de que el dolor supera sus propios recursos, menor utilización de la autoafirmación como estrategia de

afrontamiento y mayor sea la anticipación del dolor, por este orden. Asimismo, la depresión como índice de ajuste al dolor es explicada en un 34,1%. (Soucase, Monsalve, & Soriano, 2005).

En relación con la predicción de la depresión en pacientes con dolor crónico (Soucase, Monsalve, & Soriano, 2005), el elemento más importante es la incapacidad percibida por el paciente como consecuencia del dolor. La percepción de incapacidad física como consecuencia del dolor ha sido estudiada por diferentes autores (Slater, Itall, Atkinson, & al., 1991; Boston, Pearce, & Richardson, 1990; Strong, Ashton, Cradmond, & Chant, 1990; Jensen & Karoly, 1992 a). En cuanto a la autoafirmación (Soucase, Monsalve, & Soriano, 2005), los resultados obtenidos se relacionan con otros estudios en los que el uso de la autoafirmación se relaciona con un menor distrés psicológico (Hill, 1993), humor depresivo (Van Lanked, Van't Pad Bosh, Van De Putte, Naring, & Van Der Staak, 1994), con elevados niveles de satisfacción con la vida y bajos niveles de depresión (Jensen & Karoly, 1992 b).

### **En pacientes con ansiedad.**

El nivel de ansiedad, como índice de ajuste al dolor crónico es explicado en un 48,7% a partir de una mayor represión de las emociones, una menor confianza en que su dolor se solucionará en poco tiempo, una mayor percepción de que el dolor supera los propios recursos para hacerle frente, una mayor preocupación por su dolor, una mayor valoración de que el dolor le desborda claramente, una menor consideración de las consecuencias de las acciones realizadas ante el dolor y una menor utilización de la autoafirmación como estrategia de afrontamiento ante el dolor, por este orden. (Soucase, Monsalve, & Soriano, 2005).

A partir del estudio de Soucase, Monsalve y Soriano (2005), podemos concluir que por lo que respecta a la predicción de la ansiedad en pacientes con dolor crónico, el elemento más importante dentro de las variables de valoración es una mayor represión de las emociones, siendo la única estrategia predictora un menor uso de la autoafirmación (Soucase, Monsalve, & Soriano, 2005).

En relación a la represión de emociones, los resultados obtenidos por Soucase, Monsalve y Soriano (2005) demuestran el efecto beneficioso del apoyo social en el dolor crónico, al igual que lo hacen otros estudios (Weinberg, Hiner, & Tierney, 1986; Manne & Zautra, 1989; Jamison & Virts, 1990; Revenson, Schiaffino, Majerovitz, & al., 1991), así como el uso de la autoafirmación y su relación con la ansiedad como variable criterio. Los resultados obtenidos en estudio antes comentado también se relacionan con los obtenidos por otros autores que relacionan el uso de la autoafirmación con un menor distrés psicológico (Hill, 1993).

Esto supone que la represión de las emociones en pacientes con dolor crónico tiene un impacto negativo sobre el nivel de ajuste al dolor, represión debida algunas veces tras varios años de evolución del dolor. Es decir, el paciente al inicio de su enfermedad expresa cómo se siente sin embargo a medida que la enfermedad se vuelve crónica el paciente, así como las personas significativas se cansan de decir y oír siempre lo mismo, ante lo cual el enfermo reprime sus emociones repercutiendo negativamente sobre su salud emocional. Además, la valoración de amenaza junto con una expectativa pesimista sobre la mejoría del dolor a corto plazo predice una adaptación al dolor marcada por un elevado nivel de ansiedad. (Soucase, Monsalve, & Soriano, 2005).

Posteriormente, como se ha comentado, al principio del punto *Estrategias de afrontamiento en casos de dolor crónico*, en el análisis de los resultados de Soucase, Monsalve y Soriano (2005) se clasificó a los pacientes en dos grupos en función de su nivel de adaptación al dolor crónico tomando como variables criterio el nivel de ansiedad y depresión, obteniéndose dos grupos

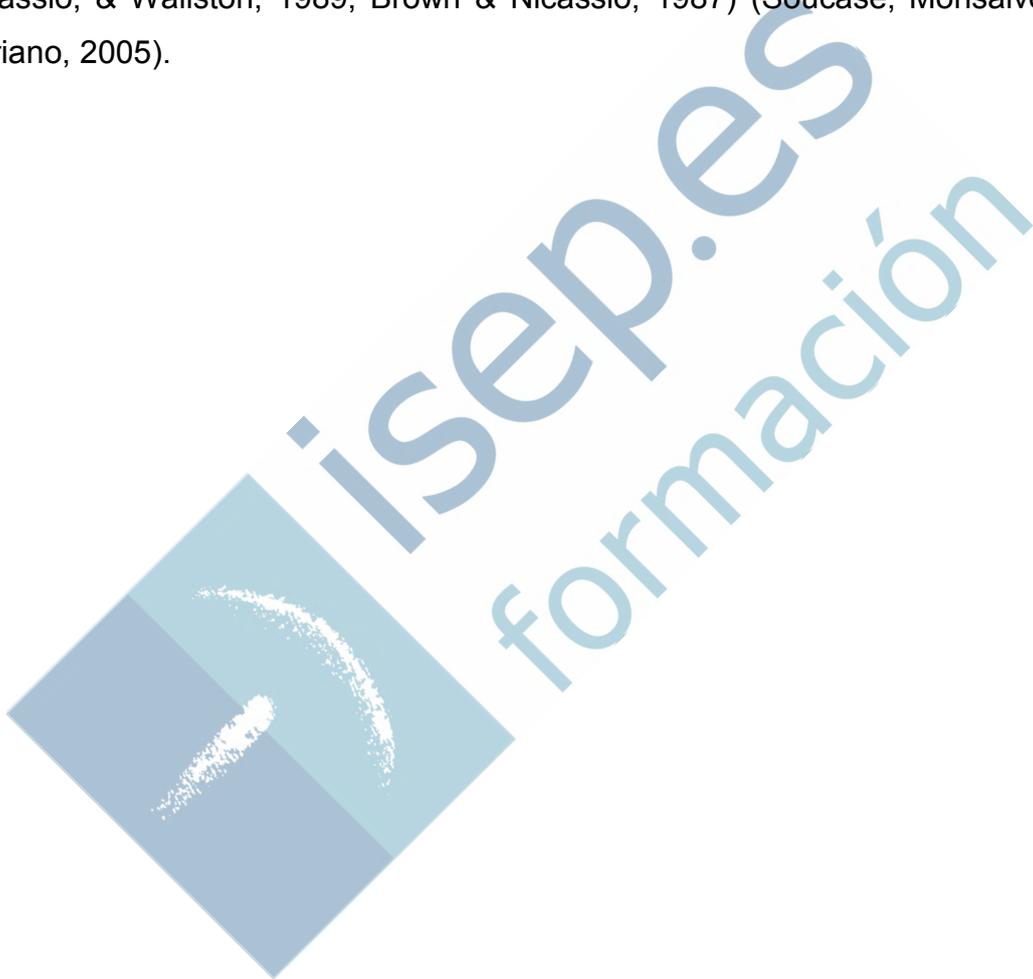
estadísticamente diferentes: el grupo 1 o adaptado representa a pacientes que muestran un nivel de ansiedad moderado y un nivel de depresión media, mientras que el grupo 2 o desadaptado abarca al grupo de pacientes con un nivel de ansiedad elevado y con un nivel de depresión severa (Soucase, Monsalve, & Soriano, 2005).

Las diferencias principalmente encontradas se centran en que el grupo mejor adaptado (grupo 1), en comparación con el grupo peor adaptado (grupo 2), valora que tiene un mayor control sobre su dolor, percibe una mayor autoeficacia en el manejo o disminución del mismo, valora al dolor como poco incapacitante en su vida diaria, presenta una visión más optimista en relación a las posibilidades de tratamiento del dolor y de su mejora a corto plazo, utilizando en menor grado la religión como estrategia de afrontamiento al dolor.

Por lo tanto, los resultados obtenidos en el estudio (Soucase, Monsalve, & Soriano, 2005) muestran que la valoración de control se asocia positivamente con el funcionamiento psicológico adaptativo coincidiendo otros estudios (Keef, Caldwell, Queen, & et.al., 1987; Spinhoven, Ter Kuile, Lissen, & et.al., 1989; Rosenstiel & Keefe, 1983; Turner & Clancy, 1986) del mismo modo que la autoeficacia (Lilt, 1988; O'Leary, Shoor, Lorig, & et.al., 1988; Regan, Lorig, & Thoresen, 1988; Ballock, DeVellis, & DeVellis, 1989; Jensen M. , Turner, Romano, & et.al., 1991). Sin embargo no se han encontrado relaciones significativas entre el locus de control interno ("el dolor depende de mí...") y el nivel de adaptación (Crisson & Keefe, 1988) ni entre el locus de control y el malestar psicológico (Toomey, Finneran, & Scarborough, 1988).

De nuevo, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que en el ajuste al dolor, para los pacientes de la presente muestra, es más importante la percepción de autoeficacia y de control sobre el dolor, así como una expectativa optimista en la mejoría de su dolor que el paciente considere que su dolor depende de él (locus de control interno) o de otros factores externos (Soucase, Monsalve, & Soriano, 2005).

Por otra parte, de las estrategias de afrontamiento estudiadas, únicamente el uso de la religión influirá significativamente en un mejor o peor ajuste al dolor crónico. De esta forma, la utilización de la religión como estrategia de afrontamiento se asocia con un mayor grado de desadaptación coincidiendo los resultados con los obtenidos por diferentes autores (Hill, 1993; Geisser, Robinson, Keefe, & et.al., 1994) o con estudios que muestran cómo el uso de estrategias de afrontamiento pasivas se asocian con una sintomatología depresiva más grave, así como con una adaptación negativa al dolor (Brown, Nicassio, & Wallston, 1989; Brown & Nicassio, 1987) (Soucase, Monsalve, & Soriano, 2005).



## 7. Conclusiones

A partir de la información obtenida a través de la revisión de los diferentes artículos, publicados en los últimos años, sobre dolor, y más concretamente sobre dolor crónico, podemos concluir que tanto la ansiedad como la depresión afectan en mayor o menor medida a los pacientes con dolor crónico.

Los artículos analizados tienen una metodología similar y prácticamente todos se basan en medir, de alguna forma, la relación que tiene el dolor crónico con la ansiedad y/o la depresión. Son artículos sobre investigaciones científicas o revisiones bibliográficas sobre el tema. También se han revisado otros artículos que analizan formas de evaluación del dolor como cuestionarios e inventarios, o bien los adaptan, en este caso, a la población española.

Así, podríamos concluir que el paciente tipo, en relación con las variables sociodemográficas estudiadas por Moiola y Merayo (2005), corresponde a una mujer (100%), casada (85,11%), con estudios primarios (44,68%), ama de casa (68,09%) y con una media de 20 años conviviendo con el dolor. En relación con los parámetros de dolor y curso del mismo, podemos concluir que la intensidad media y la intensidad máxima son elevadas, que el dolor está presente prácticamente todos los días del año y progresivamente durante todo el día.

Del mismo estudio, y como curiosidad, llama la atención que el 76,6% de los familiares del paciente que sufre dolor intentan alentar al sujeto a que sea pasivo y no realice determinadas actividades y un 38,3% intenta distraerle ante los episodios de dolor. Sin embargo la percepción de apoyo de los pacientes respecto sus familiares no se corresponde con lo que ellos dicen. El 60% perciben que intentan distraerles ante los episodios de dolor y un 43,3% dicen que les ignoran. Figura 2

Este estudio (Moioli & Merayo, 2005) sirve para mostrar cómo puede ser útil la intervención psicológica en casos de dolor crónico, y cómo puede servir para mejorar las estrategias de afrontamiento de los pacientes.

En el caso específico de la depresión relacionada con el dolor crónico, según resultados obtenidos por Llorca et al. (2007), muchos estudios (Davis, Reeves, & et.al., 2000; Maloney & McIntosh, 2001; Ohayon & Schatzberg, 2003; Breivik, Collet, Venafrida, & et.al., 2005), indican la gran incidencia de depresión en pacientes con dolor crónico pero existe poco acuerdo en cuanto a los porcentajes. Es posible que esta falta de concierto se deba a diferencias metodológicas y al empleo de criterios diagnósticos distintos, tal como indicaron en su revisión Banks y Kerns (1996).

Por otra parte, y también según los resultados de Llorca et al. (2007), no se confirma un efecto directo de la intensidad del dolor sobre la afectividad, pero sí encontramos la influencia del diagnóstico. Según estos autores, otros investigadores tampoco han encontrado una relación clara entre la magnitud del dolor y la sintomatología depresiva en patologías específicas, como la fibromialgia (Giesecke, Grecely, Williams, & et.al., 2005), la lumbalgia crónica (Bishop, Edgley, Fisher, & Sullivan, 1993) o con dolor experimental (Litwins, 1997).

Tampoco parece que el tiempo que llevan con dolor empeore su estado anímico, en esta línea los resultados son coincidentes con los de Von Korff y Simon (1996), quienes también examinaron características del dolor con los síntomas depresivos, encontrando que la interferencia del dolor, las actividades diarias y el número de zonas de dolor eran las variables que incrementaban los niveles de depresión, y concluyeron que ni la duración, ni la intensidad del dolor obtuvieron asociación significativa, resaltando como a medida que el tiempo con dolor aumentaba la sintomatología depresiva se estabilizaba (Von Korff & Simon, 1996) (Llorca, Muriel, González-Tablas, & Díez, 2007).

Además, Llorca et. al. (2007), añaden que la influencia de la intensidad del dolor en el estado psicológico del paciente es un tema discutido debido a que los resultados son muy dispares en los distintos estudios, incluso existen autores que cuando se confirma la ausencia de relación entre la intensidad algica y la sintomatología depresiva, destacan dicho resultado como inesperado sin tener en cuenta que puede estar afectado por otras variables

(Dickens, Jayson, Sutton, & Creed, 2000; Arnstein, 1997; McCracken L. , 1998).

Asimismo, en la revisión de la literatura sobre el tema, en la mayoría de las investigaciones no se especifican medidas de control para estudiar variables psicológicas afectivas, de forma que no se clarifica si los sujetos que incluyen en la muestra se encontraban en el mismo momento de su proceso mórbido y terapéutico, lo cual podría afectar notablemente a los resultados ya que no es lo mismo haber agotado las alternativas terapéuticas que solicitar ayuda en una unidad especializada por vez primera. Esta variable podría variar su afrontamiento, su locus de control y sus expectativas. Otro aspecto importante es la vulnerabilidad personal a padecer trastornos afectivos, ya que si no se diferencia a los que poseen antecedentes personales podría aparecer un trastorno clínico con mayor facilidad, sin que se pueda valorar concretamente el efecto de la intensidad dolorosa. Además, se debe tener en cuenta la posibilidad de que el paciente esté viviendo alguna experiencia emocionalmente intensa, ajena al dolor, que le haga modificar su respuesta a la intensidad dolorosa (Llorca, Muriel, González-Tablas, & Díez, 2007).

Según Llorca et. al. (2007), algunos estudios longitudinales sugieren que, en el mejor de los casos, solamente hay una relación débil entre la mejora de la depresión y la disminución del dolor crónico, y que esta relación se reduce una vez que la influencia de otras variables relacionadas con la enfermedad son controladas (Newman, Fitzpatrick, Lamb, & Shipley, 1989; Dickens, Jayson, Sutton, & Creed, 2000).

Por otro lado, y en relación a la ansiedad, tenemos que el nivel de ansiedad, como índice de ajuste al dolor crónico es explicado en un 48,7% a partir de una mayor represión de las emociones, una menor confianza en que su dolor se solucionará en poco tiempo, una mayor percepción de que el dolor supera los propios recursos para hacerle frente, una mayor preocupación por su dolor, una mayor valoración de que el dolor le desborda claramente, una menor consideración de las consecuencias de las acciones realizadas ante el dolor y

una menor utilización de la autoafirmación como estrategia de afrontamiento ante el dolor, por este orden. (Soucase, Monsalve, & Soriano, 2005).

Así, a partir de este estudio, se concluye que, por lo que respecta a la predicción de la ansiedad en pacientes con dolor crónico, el elemento más importante dentro de las variables de valoración es una mayor represión de las emociones, siendo la única estrategia predictora un menor uso de la autoafirmación. Esto supone que la represión de las emociones en pacientes con dolor crónico tiene un impacto negativo sobre el nivel de ajuste al dolor, represión debida algunas veces tras varios años de evolución del dolor. Además, la valoración de amenaza junto con una expectativa pesimista sobre la mejoría del dolor a corto plazo predice una adaptación al dolor marcada por un elevado nivel de ansiedad.

A parte de esto Soucase et. al. (2005), demuestran también el efecto beneficioso del apoyo social en el dolor crónico, así como el uso de la autoafirmación y su relación con la ansiedad como variable criterio.

Por otra parte, en lo que respecta a la evaluación del dolor crónico, a lo largo de este trabajo, se han ido presentando diferentes instrumentos de medida, tanto específicos para el dolor crónico, como instrumentos que miden la ansiedad y/o la depresión del sujeto. De estos instrumentos, se han incluido solo algunos de los principales y más utilizados, debido al gran número de material que existe sobre el tema.

Empezando por la entrevista, que formaría parte del primer contacto con el paciente, y que va a resultar fundamental para todo el proceso terapéutico ya que permitirá postular expectativas, plantear objetivos y formular pronósticos, sobre todo si es semiestructurada, ya que facilita el trabajo del clínico y permite recoger información fundamental y asegurar que se han cubierto todas las áreas consideradas relevantes.

Por otro lado, para la evaluación de la intensidad del dolor, se han comentado las escalas categoriales, las numéricas, y las analógico-visuales. Tanto unas como las otras, se utilizan en la misma medida.

También se ha hablado de otros instrumentos para evaluar el dolor, como el dibujo del dolor, el diario del dolor, y el uso de protocolos estandarizados para la observación de conductas de dolor. Todas ellas igual de importantes e igual de útiles a la hora de realizar una evaluación del dolor, pero no siempre es necesario usar las tres. Dependerá de cada paciente, en función del tipo de dolor que presente.

Para finalizar con el apartado de evaluación del dolor, se han incluido, como se ha comentado más arriba, algunos de los cuestionarios e inventarios más conocidos. A parte, también se han expuesto algunos instrumentos que se usan en la evaluación de la ansiedad y/o de la depresión, ya que, como es sabido, en la mayoría de casos están presentes junto con el problema del dolor crónico.

Entre los cuestionarios e inventarios para evaluar el dolor, está el Cuestionario de dolor de McGill (MPQ), que fue diseñado específicamente para el estudio del dolor. El Inventario Multidimensional de Dolor de West Haven-Yale (WHYMPI), por otra parte, constituye una alternativa muy utilizada para evaluar el dolor desde una perspectiva comprehensiva. En este inventario, se considera al dolor como un fenómeno perceptivo complejo, resultado de la interacción de múltiples factores, evaluando varias dimensiones de la experiencia de dolor.

Siguiendo la misma línea, pero realizando una evaluación más específica, está el Cuestionario de Discapacidad (HAQ), que se ha desarrollado para evaluar la capacidad funcional en personas con enfermedades reumáticas. El cuestionario de discapacidad por dolor lumbar de Oswesty, sería similar, pero en este caso, lo que se evaluaría sería el nivel de discapacidad en personas con problemas de dolor lumbar crónico.

Para evaluar las estrategias de afrontamiento en los pacientes con dolor crónico, tenemos: el Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (CAD), El Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor (CSQ) y finalmente, el Cuestionario de Conductas de Dolor (PBQ), que sería el más específico ya que ha sido realizado a partir de una muestra de personas con cefalea.

Después, para evaluar la ansiedad en los casos de dolor crónico, se pueden usar cuestionarios como el Cuestionario de Autoverbalizaciones Ansiosas (ASSQ). Por otro lado, para evaluar la presencia de depresión, está el cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ) o el Inventario de depresión de Beck (BDI), entre otros. A parte, existen otros instrumentos que permiten evaluar la presencia de ansiedad y de depresión conjuntamente. Estos son: la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, y el Cuestionario de Salud General de Golberg (GHQ).

Para una correcta evaluación del problema, deberíamos evaluar cada apartado, es decir, la existencia de dolor crónico, estrategias de afrontamiento, y presencia o no de ansiedad y/o depresión.

Finalmente, por lo que respecta a las estrategias de afrontamiento, a partir del análisis de recientes estudios que evalúan este tipo de estrategias en pacientes con dolor crónico, podemos concluir que, estas son muy diversas y que dependen de muchos factores, entre ellos, tipo de dolor que padezca el paciente, el sexo, la edad, los estudios, el apoyo social y familiar, etc.

Asimismo, son interesantes los cambios que se producen en estos pacientes, antes y después de una intervención psicológica, ya que en general mejoran. Por tanto, podríamos concluir que la intervención psicológica es eficaz en este tipo de problema, y ya no solo de cara a las estrategias de afrontamiento, sino que también puede ayudar a mejorar la ansiedad y la depresión de estos pacientes.



## Bibliografía

- Anderson, R., Freedland, K., & Lustran, P. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, *24*, 1069-1078.
- Arnstein, P. (1997). Pain intensity and self-efficacy as predictors of disability and depression in chronic pain. *Disertation Abstracts International*, *1* (58), 1205.
- Ballock, S., DeVellis, B., & DeVellis, R. (1989). Social comparison among individuals with rheumatoid arthritis. *J Applied Social Psy*, *19*, 665-680.
- Banks, S., & Kerns, R. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. *Psychol. Bull.*, *119*, 95-110.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory - second edition. Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561-571.
- Belloch, A., Baños, R., & Perpiñá, C. (1990). Automatic thoughts Questionnaire (ATQ-30): A clinical validation of spanish women. *Original no publicado*.
- Bishop, S., Edgley, K., Fisher, R., & Sullivan, M. (1993). Screening for depression in chronic low back pain with the Beck Depression Inventory. *Canadian J. Rehabilitation*, *7*(2), 143-148.
- Boston, K., Pearce, S., & Richardson, P. (1990). The Pain Cognition Questionnaire. *J Psychosomatic Research*, *34*, 103-109.
- Breivik, H., Collet, B., Venafrida, V., & et.al. (2005). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on dialy life, amd treatment. *Eur. J. Pain.*, *8*.
- Breslau, N., Chilcoat, H., & Andreski, P. (1996). Further evidence on the link between migraine and neuroticism. *Neurology*, *47*, 563-667.
- Brown, C., & Nicassio, P. (1987). The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, *31*, 53-65.
- Brown, G., & Nicasio, P. (1987). Development of a questionnaire for the esessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, *31*, 53-64.
- Brown, G., Nicassio, P., & Wallston, K. (1989). Pain coping strategies and depression in rehumatoid arthritis. *J Consulting and Clin Psy*, *57*, 652-657.
- Brown, G., Nicassio, P., & Wallston, K. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *J Consult Clin Psychology*, *57*, 652-657.

- Buckelew, S., Parker, J., Keefe, F., Deuser, W., Crews, T., Conway, R., . . . Hewet, J. (1994). Self-efficacy and pain behaviour among subjects with fibromyalgia. *Pain, 59*, 377-384.
- Campbell, L., Clauw, D., & Keefe, F. (2003). Persistent pain and Depression: A Biopsychosocial Perspective. *Biol Psychiatry, 54* (3), 399-409.
- Cano, J., & Rodríguez, L. (2002). Evaluación del lenguaje interno ansiógeno y depresógeno en la experiencia del dolor crónico. *Apuntes de psicología, 20* (3), 329-346.
- Cano, J., & Rodríguez, L. (2003). Pensamientos automáticos negativos en el dolor crónico. *Psiquis 24* (3), 137-145.
- Cano, J., Rodríguez, L., & García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Esp. Psiquiatr., 35* (1), 29-39.
- Caro, I., & Ibáñez, E. (1992). La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. *Boletín de Psicología, 36*, 43-69.
- Catala, E. (2002). Prevalence of pain in the Spanish population. Telephone survey in 5000 homes. *European Journal of Pain, 6* (2), 133-40.
- Cloninger, C. (1997). A systemetic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry, 44*, 573-588.
- Cloninger, D., Przybeck, T., Svraik, D., & Wetzel, R. (1991). The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. Normative Data. *Psychological Reports, 69*, 1047-57.
- Cloninger, D., Przybeck, T., Svraik, D., & Wetzel, R. (1994). *The temperament an Character Inventory (TCI): a guide to its development and use*. St Louis, Missouri, USA: Center for Psychobiology of Personality.
- Conde, V., Esteban, T., & Usureros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del Cuestionario de Beck. *Revista de psicología General y Aplicada, 31*, 469-497.
- Crisson, J., & Keefe, F. (1988). The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. *Pain, 35*, 147-154.
- Davis, P., Reeves, J., & et.al. (2000). Depression illness conviction and pain impact: A structural equation modeling analysis. *Pain Medicine, 1* (2), 238-246.

- Dersh, J., Polatin, P., & Gatchel, R. (2002). Chronic pain and Psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosom Med*, 64 (5), 773-86.
- Di Piero, V., Bruti, G., Venturi, P., Talamontl, F., Blondi, M., Di Legge, S., & Lenzi, G. (2001). Amninergetic tone correlates of migraine amd tension-type headache: a study using the Thridimensional Personality Questionnaire. *Headach*, 41 (1), 63-71.
- Dickens, C. (2002). Dr. Dickens replies. *Psychosom: J Consultation Liasion Psychiatry*, 43 (4), 341-342.
- Dickens, C., Jayson, M., & et.al. (2002). Psychological correlates of pain behaviour in patients with chronic low back pain. *Psychosom: J Consultation Liasion Psychiatry*, 43 (1), 42-48.
- Dickens, C., Jayson, M., Sutton, C., & Creed, F. (2000). The relationship between pain and depression in a trial using paroxetine in sufferers of chronic low back pain. *Psychosom*, 41 (6), 490-499.
- Dickens, C., McGowan, L., & Dale, S. (2003). Impact of Depression on Experimental Pain Perception: A systematic review of the literature with Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 65, 369-375.
- Esteve, R., López, A., & Ramirez, C. (1999). Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *J Health Psychol*, 11 (1-2), 77-102.
- Esteve-Vives, J., Batlle-Gualda, E., & Reig, A. (1993). Spanish version of the Health Assessment Questionnaire. *J. Rheumatol.*, 20, 2116-2122.
- Estlander, A., Takala, E., & Verkasalo, M. (1995). Assessment of depression in chronic musculoskeletal pain patients. *Clin. J. Pain*, 11 (3), 194-200.
- Fernández, E. (1986). A classification system of cognitive coping strategies for pain. *Pain*, 26, 141-151.
- Fishbain, D. (2002). The pain-depression relationship. *Psychosom: J. consultation Liasion Psychiatry*, 43 (4), 3418.
- Flórez-García, M., García-Pérez, M., García-Pérez, F., Armenteros Pedrero, J., Álvarez Prado, A., & Martínez Lorente, M. (1995). Adaptación transcultural a la población española de la escala de incapacidad por dolor lumbar deOswestry. *Rehabilitación*, 29 (2), 138-145.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle aged community sample. *J. Health Soc. Behav.*, 219-239.
- Fordice, W. (1976). *Behavioral Methods in Chronic pain and illness*. St. Louis: Mosby.

- Fordyce, W., Fowler, R., Lehman, J., Delateur, B., Sand, P., & Trieschmann, R. (1973). Operant conditioning in the treatment of chronic pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 54, 399-408.
- Fossey, M., Lydiard, R., Marsch, W., Stuart, G., & Morton, W. (1989). Personality assessment in female patients with irritable bowel syndrome and anxiety disorders. *Psychosom Med*, 51, 253-254.
- Frank, R., & et.al. (1988). Depression in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.*, 15, 920-925.
- Franulic, A., González, X., Trucco, M., & Vallejos, F. (1996). Emotional and Psychological factors in burn patients during hospitalización. *Burns*, 22 (8), 618-622.
- Fries, J., Spitz, P., Kraines, G., & Holman, H. (1980). Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum*, 23, 137-145.
- Fries, J., Splitz, P., Kraines, G., & Holman, H. (1968). Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rehum*, 23, 137-145.
- García Vinegras, C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 15 (1), 88-97.
- Geisser, M., Robinson, M., Keefe, F., & et.al. (1994). Catastrophising, depression and the sensory, affective and evaluative aspects of chronic pain. *Pain*, 59, 79-83.
- Geisser, M., Roth, R., & Robinson, M. (1997). Assessing depression among persons with chronic pain using the Center of Epidemiological Studies-Depression Scale and the Beck Depression Inventory: a comparative analysis. *Clin J Pain*, 13, 163-170.
- Giesecke, T., Grecely, R., Williams, D., & et.al. (2005). The relationship between depression, clinical pain, and experimental pain a chronic pain cohort. *Arthritis and rheumatism*, 52 (5), 1577-1584.
- Gill, K., Williams, D., Keefe, F., & Beckham, J. (1990). The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress. *Behavior Therapy*, 21 (3), 349-362.
- Goldberg, D. (1978). *Manual del General Health Questionnaire*. Windsor: NFER Publishing.
- Goldberg, D., & Hiller, V. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychol Med*, 1, 139-145.

- Gracely, R., McGrath, P., & Dubner, R. (1978). Ratio scales of sensory and affective verbal pain descriptors. *Pain*, 5, 5-18.
- Grant, I., Long, B., & Willms, J. (2002). Women's adaption to chronic back pain: dialy appraisals and coping strategies, personal characteristics and percieved spousal responses. *J Health Psychol*, 7 (5), 545-564.
- Haley, W., Turner, J., & Romano, J. (1985). Depression in chronic pain patients: relation to pain, activity and sex differences. *Pain*, 23, 337-343.
- Haley, W., Turner, J., & Romano, J. (1985). Depression in chronic pain patients: relation to pain, activity, and sex differences. *Pain*, 23, 337-343.
- Hansen, R., Sorensen, B., & Schroll, M. (1995). Minesota Multiphasic Personality Inventory Profiles in person with or without low back pain. *Spine*, 20 (24), 2716-2720.
- Hemert, V., Heijer, M., den Vorstenbosh, M., & Bolk, J. (1995). Detecting psychiatric disorders in medical practice using the general health questionnaire. Why do cutt-off scores vary. *Psychol Med*, 25 (1), 165-170.
- Hill, A. (1993). The use of pain coping strategies by patients with phantom limb pain. *Pain*, 55, 347-353.
- Hollon, S., & Kendall, P. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4 (4), 383-395.
- Holmes, J., & Stevenson, C. (1990). Differential effects of avoidant and attentional coping strategies on adaptation to chronic and recent-onset pain. *Health Psych*, 9, 577-584.
- Infante, P., García, G., Moix, J., Cañellas, M., & Subirá, S. (2005). Personalidad y dolor crónico. *Psiquis*, 26 (3), 93-100.
- International Association for the Study of Pain. (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 249-252.
- Jacobsen, B., Hasvold, T., Hoyer, G., & Hansen, V. (1995). The general health questionnaire. How many items are really nedessary in population surveys. *Psychol Med*, 25 (5), 957-951.
- Jamison, R., & Virts, K. (1990). The influence of family support on chronic pain. *Behav Research Therapy*, 28, 283-287.
- Jensen, M., & Karoly, P. (1992 a). Comparative self-evaluation and depressive affect among chronic pain patients: an examination of selective evaluation theory. *Cognitive Therapy Research*, 16, 297-308.

- Jensen, M., & Karoly, P. (1992 b). Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. A. D. Turk, & R. (Melzack, *Handbook of pain assessment*. (p. 135-151). Nueva York: Guilford.
- Jensen, M., Turner, J., Romano, J., & al., e. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.
- Jensen, M., Turner, J., Romano, J., & et.al. (1991). Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.
- Keef, F., Caldwell, D., Queen, K., & et.al. (1987). Pain coping strategies in osteoarthritis patients. *J Consult Clin Psychology*, 55, 208-212.
- Keefe, F., & Smith, S. (1982). Development of an observation method for assessing pain behaviour in chronic low back pain patients. *Behavior Therapy*, 13, 363-375.
- Keefe, F., Salley, A., & Lefebvre, J. (1992). Coping with pain: Conceptual concerns and future directions. *Pain*, 51, 131-134.
- Keefe, F., & Smith, S. (2002). The assessment of pain behavior: Implications for applied psychophysiology and future research directions. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27 (2), 117-127.
- Kendall, J., & Hollon, S. (1989). Anxious self-talk: Development of the Anxious Self-Statements Questionnaire (ASSQ). *Cognitive Therapy and Research*, 13(1), 81-93.
- Kinney, R., Gatchel, R., Poltain, P., & et.al. (1993). Prevalence of psychopathology in acute and chronic low back pain. *J. Occ. Rehab.*, 3, 95-103.
- Lahuerta, J., Smith, B., & Martinez-Lage, J. (1982). An adaptation of the McGill Pain Questionnaire to the Spanish language. *Schmerz*, 3, 132-134.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: Springer.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. NY: Springer (trad. Española: Estrés y Procesos Cognitivos, Martínez Roca, 1986).
- Lilt, M. (1988). Self-efficacy and perceived control: cognitive mediators of pain tolerance. *J Person Social Psychology*, 149-160.
- Litwins, N. (1997). The role of cognitions in pain and depression. *Disertation Abstracts Intern*, 57, 6582.
- Llorca, G., Muriel, C., González-Tablas, M., & Díez, M. (2007). Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 1, 26-35.

- Madird-Arias, J. (1980). Evaluación y medida de la sensación dolorosa en el hombre. A M. Puig, *Fisiopatología y Tratamiento del Dolor*. Murcia: Facultad de Medicina.
- Maloney, P., & McIntosh, E. (2001). Chronic low back pain and depression in a sample of veterans. *Perceptual and Motor Skills*, 92 (2), 348.
- Manne, S., & Zautra, D. (1989). Suppose criticism and support: their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *J Person Social Psychology*, 56, 608-617.
- Marbach, J., & Lund, D. (1981). Depression, Anhedonia and Temporomandibular Joint and other facial pain. *Pain*, 11, 73-84.
- Marbach, J., Richilin, D., & Lipton, J. (1983). Lines behavior, depression and anhedonia and in myofascial face and back pain patients. *Psycho Psychosom*, 39, 47-54.
- Marwill Magee, L. (1999). Depression and temporomandibular disorders: Toward clarification of the nature of the relationship. *Disertation Abstracts International*, 59, 4472.
- Mayr, M., Hogler, S., Ghedina, W., & Berck, K. (2003). Low back and psychiatric disorders. *Lancet*, 133-40.
- McCracken, I., Goetsch, V., & Semenchuk, F. (1998). Coping with pain produced by physical activity in persons with chronic low back pain: Immediate assessment following a specific pain event. *Behav Med*, 24 (1), 29-34.
- McCracken, L. (1998). Learning to live with pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74 (1), 21-27.
- Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P., & Valdivia, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en Adolescentes Chilenos. *Terapia psicológica*, 26 (1), 59-69.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 1, 227-299.
- Miró, J. (2006). *Dolor crónico. Procedimientos e intervención psicológica* (2ª ed.). Madrid: Desclée.
- Moioli, B., & Merayo, L. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Rev. Soc. Esp. del Dolor*, 12 (8), 476-484.
- Montón, C., Pérez-echevarría, M., Campos, R., & et.al. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*, 12, 345-359.

- Naughton, M., & Wiklund, J. (1993). A critical review of dimension - specific measures of healthy related quality of life in cross - cultural research. *Qual Life Res*, 2 (6), 397-432.
- Newman, S., Fitzpatrick, R., Lamb, R., & Shipley, M. (1989). The origins of depressed mood in rheumatoid arthritis. *J. Rheumatol*, 16, 740-744.
- Nicholas, M., Wilson, P., & Goyen, J. (1992). Comparison of cognitive-behavioral group treatment and an alternative non-psychological treatment for chronic low back pain. *Pain*, 339-347.
- Ohayon, M., & Schatzberg, A. (2003). Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Arch. Genreal Psychiatry*, 60 (1), 39-47.
- O'Leary, A., Shoor, S., Lorig, K., & et.al. (1988). A cognitive-behavioral treatment for rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 7, 527-544.
- Pargament, K. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research and practice*. New York: Guilford Press.
- Penley, J., Wiebe, J., & Nwosu, A. (2003). Psychometric properties of the spanish Beck Depression inventory-II in a medical sample. *Psychological Assessment*, 15, 569-577.
- Phillips, H., & Hunter, M. (1981). Pain Behavior in headache sufferers. *Behav. Anal. Modification*, 4, 257-266.
- Ramirez, C. (2002). Las características personales de la experiencia del dolor y el proceso de afrontamiento. *Escritos de Psicología*, 6, 40-52.
- Ramirez, C., Esteve, R., & López, A. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de psicología*, 17 (1), 129-137.
- Regan, C., Lorig, K., & Thoresen, C. (1988). Arthritis appraisal and ways of coping: scale development. *Arth Care Res*, 3, 139-150.
- Revenson, T., Schiaffino, K., Majerovitz, S., & al., e. (1991). Social support as a double-edged sword the relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science Medicine*, 33, 807-813.
- Revuelta Pérez, F. (1995). Adaptación al español del "Cuestionario de Auto-Manifestaciones ansiosas" (Anxious Self-Statements Questionnaire (ASSQ)) de Kendall y Hollon (1989). *Análisis y Modificación de Conducta*, 21(78), 547-570.
- Rodríguez, L., Cano, F., & Blanco, A. (2000). 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 (109), 739-762.
- Rodríguez, L., Cano, F., & Blanco, A. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 32(2), 82-91.
- Rodríguez, M., Esteve, R., & López, A. (2000). Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Análisis y modificación de conducta*, 26 (107), 391-418.
- Rosenstiel, A., & Keefe, F. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.
- Rosentiel, A., & Keefe, F. (1983). The use of cognitive coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-34.
- Rybstein-Blinchik, E. (1979). Effects of different cognitive strategies on chronic pain experience. *J Behav Med*, 2, 93-102.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10 (2), 303-318.
- Sanz, J., García, M., Espinosa, R., Fortún, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 121-142.
- Sanz, J., Navarro, M., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Sanz, J., Perdigón, A., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Serrano, M., Cañas, A., Serrano, C., García, P., & Caballero, J. (2000). Evaluación psíquica del dolor. *Dolor*, 17, 57-70.
- Seymour, R. (1982). The use of pain scales in assessing the efficacy of analgesics in post operative dental pain. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 23, 441-444.
- Silver, J. (2011). *El dolor crónico*. Madrid: Paidós.
- Slater, M., Itall, H., Atkinson, J., & al., e. (1991). Pain and impairment beliefs in chronic low back pain: validation of the Pain and Impairment Relationship Scale (PAIRS) . *Pain*, 44, 51-56.

- Soriano, J., & Monsalve, V. (1999). Valoración, afrontamiento y emoción en pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 62, 43-64.
- Soriano, J., & Monsalve, V. (2002). CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 9, 13-22.
- Soriano, J., & Monsalve, V. (2004). Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 11, 407-414.
- Soriano, J., & Monsalve, V. (2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 91-107.
- Soucase, B., Monsalve, V., & Soriano, J. (2005). Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Rev. Esp. Dolor*, 12, 8-16.
- Spanos, N., Hornon, C., & Chaves, J. (1975). The effects of two cognitive strategies on pain thresholds. *J Abnormal Psy*, 84, 677-681.
- Spinhoven, P., Ter Kuile, M., Lissen, A., & et.al. (1989). Pain coping strategies in a Dutch population of chronic low back pain patients. *Pain*, 37, 77-83.
- Strong, J., Ashton, R., Cradmond, T., & Chant, D. (1990). Pain intensity, attitude and function in back pain patients. *Aust Occup Ther*, 179-183.
- Tix, A., & Frazier, P. (1998). The use of regious coping during stressful life events: main effects, moderation, and meditation. *J Consulting and Clin Psy*, 66, 411-422.
- Toomey, T., Finneran, J., & Scarborough, W. (1988). Clinical features of health locus of control beliefs in chronic facial pain patients. *Clin J Pain*, 3, 213-218.
- Torres, M., & Compañ, V. (2006). *La experiencia del dolor*. Barcelona: UOC.
- Truk, D., & Okifuji, A. (1998). Treatment of chronic pain patients: clinical outcome, cost-effectiveness, and cost-benefits . *Critical Review of Physical Medicine and Rehabilitation*, 10, 181-208.
- Turk, D., & Rudy, T. (1987). Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients. *Behavior Research and Therapy*, 25, 237-249.
- Turk, D., Okifuji, A., & Scharff, L. (1995). Chronic pain and depression: Role of percieved impact and percieved control in different age cohorts. *Pain*, 61 (1), 93-101.

- Turner, J. (1991). Coping and chronic pain. A M. Bond, J. Charlton, & C. (. Woolf, *Proceedings of the VIth World Congress on Pain* (p. 219-227). Amsterdam: Elsevier Sciences Publishers BV.
- Turner, J., & Clancy, S. (1986). Strategies for coping with chronic low back pain: relationship to pain and disability. *Pain*, 24, 335-64.
- Ulla, M. (1999). *Fibromyalgia syndrome in women - a stress disorder? Neurobiological and hormonal aspects*. Dissertation for the degree of doctor. UPPSALA University.
- Van Lanket, W., Van't Pad Bosh, P., Van De Putte, L., Naring, G., & Van Der Staak, C. (1994). Disease specific stressors in rheumatoid arthritis: coping and well-being. *British Journal of Rheumatology*, 33, 1067-1073.
- Von Korff, M., & Simon, G. (1996). The relationship between pain and depression. *Br. J. Psychiatry*, 168 (supp.30), 101-108.
- Weinberg, M., Hiner, S., & Tierney, W. (1986). Improving functional status in arthritis: the effect of social support. *Social Science Medicine*, 23, 889-904.
- Wilson, K. (2002). Implicaciones psicológicas del dolor crónico. A P. Prithivi Raj., *Tratamiento práctico del dolor* (p. 332-346). Madrid: EDIDE S.L.





## Anexos

- I. *Cuestionario de dolor de McGill*
- II. *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)*
- III. *Cuestionario de Salud General de Goldberg*

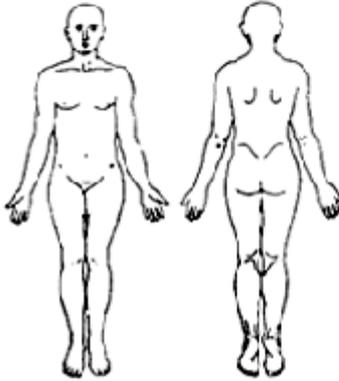


## 1. Cuestionario de dolor de McGill

**McGill Pain Questionnaire**

Patient's Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ am/pm

PRI: S \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ PRK(T) \_\_\_\_\_ PPI \_\_\_\_\_  
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">1 FLICKERING</td><td style="width: 50%;">11 TIRING</td></tr> <tr><td>QUIVERING</td><td>EXHAUSTING</td></tr> <tr><td>PULSING</td><td>12 SICKENING</td></tr> <tr><td>THROBBING</td><td>SUFFOCATING</td></tr> <tr><td>BEATING</td><td>13 FEARFUL</td></tr> <tr><td>POUNDING</td><td>FRIGHTFUL</td></tr> <tr><td>2 JUMPING</td><td>TERRIFYING</td></tr> <tr><td>FLASHING</td><td>14 PUNISHING</td></tr> <tr><td>SHOOTING</td><td>GRUELLING</td></tr> <tr><td>3 PRICKING</td><td>CRUEL</td></tr> <tr><td>BORING</td><td>VICIOUS</td></tr> <tr><td>DRILLING</td><td>KILLING</td></tr> <tr><td>STABBING</td><td>15 WRETCHED</td></tr> <tr><td>LANCINATING</td><td>BLINDING</td></tr> <tr><td>4 SHARP</td><td>16 ANNOYING</td></tr> <tr><td>CUTTING</td><td>TROUBLESOME</td></tr> <tr><td>LACERATING</td><td>MISERABLE</td></tr> <tr><td>5 PINCHING</td><td>INTENSE</td></tr> <tr><td>PRESSING</td><td>UNBEARABLE</td></tr> <tr><td>GNAWING</td><td>17 SPREADING</td></tr> <tr><td>CRAMPING</td><td>RADIATING</td></tr> <tr><td>CRUSHING</td><td>PENETRATING</td></tr> <tr><td>6 TUGGING</td><td>PIERCING</td></tr> <tr><td>PULLING</td><td>18 TIGHT</td></tr> <tr><td>WRENCHING</td><td>NUMB</td></tr> <tr><td>7 HOT</td><td>DRAWING</td></tr> <tr><td>BURNING</td><td>SQUEEZING</td></tr> <tr><td>SCALDING</td><td>TEARING</td></tr> <tr><td>SEARING</td><td>19 COOL</td></tr> <tr><td>8 TINGLING</td><td>COLD</td></tr> <tr><td>ITCHY</td><td>FREEZING</td></tr> <tr><td>SMARTING</td><td>20 NAGGING</td></tr> <tr><td>STINGING</td><td>NAUSEATING</td></tr> <tr><td>9 DULL</td><td>AGONIZING</td></tr> <tr><td>SORE</td><td>DREADFUL</td></tr> <tr><td>HURTING</td><td>TORTURING</td></tr> <tr><td>ACHING</td><td></td></tr> <tr><td>HEAVY</td><td style="text-align: center;">PPI</td></tr> <tr><td>10 TENDER</td><td>0 NO PAIN</td></tr> <tr><td>TAUT</td><td>1 MILD</td></tr> <tr><td>RASPING</td><td>2 DISCOMFORTING</td></tr> <tr><td>SPLITTING</td><td>3 DISTRESSING</td></tr> <tr><td></td><td>4 HORRIBLE</td></tr> <tr><td></td><td>5 EXCRUCIATING</td></tr> </table>	1 FLICKERING	11 TIRING	QUIVERING	EXHAUSTING	PULSING	12 SICKENING	THROBBING	SUFFOCATING	BEATING	13 FEARFUL	POUNDING	FRIGHTFUL	2 JUMPING	TERRIFYING	FLASHING	14 PUNISHING	SHOOTING	GRUELLING	3 PRICKING	CRUEL	BORING	VICIOUS	DRILLING	KILLING	STABBING	15 WRETCHED	LANCINATING	BLINDING	4 SHARP	16 ANNOYING	CUTTING	TROUBLESOME	LACERATING	MISERABLE	5 PINCHING	INTENSE	PRESSING	UNBEARABLE	GNAWING	17 SPREADING	CRAMPING	RADIATING	CRUSHING	PENETRATING	6 TUGGING	PIERCING	PULLING	18 TIGHT	WRENCHING	NUMB	7 HOT	DRAWING	BURNING	SQUEEZING	SCALDING	TEARING	SEARING	19 COOL	8 TINGLING	COLD	ITCHY	FREEZING	SMARTING	20 NAGGING	STINGING	NAUSEATING	9 DULL	AGONIZING	SORE	DREADFUL	HURTING	TORTURING	ACHING		HEAVY	PPI	10 TENDER	0 NO PAIN	TAUT	1 MILD	RASPING	2 DISCOMFORTING	SPLITTING	3 DISTRESSING		4 HORRIBLE		5 EXCRUCIATING	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">BRIEF</td> <td style="width: 33%;">RHYTHMIC</td> <td style="width: 33%;">CONTINUOUS</td> </tr> <tr> <td>MOMENTARY</td> <td>PERIODIC</td> <td>STEADY</td> </tr> <tr> <td>TRANSIENT</td> <td>INTERMITTENT</td> <td>CONSTANT</td> </tr> </table> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>E = EXTERNAL</td> </tr> <tr> <td>I = INTERNAL</td> </tr> </table> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>COMMENTS:</b></p> </div>	BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS	MOMENTARY	PERIODIC	STEADY	TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT	E = EXTERNAL	I = INTERNAL
1 FLICKERING	11 TIRING																																																																																																			
QUIVERING	EXHAUSTING																																																																																																			
PULSING	12 SICKENING																																																																																																			
THROBBING	SUFFOCATING																																																																																																			
BEATING	13 FEARFUL																																																																																																			
POUNDING	FRIGHTFUL																																																																																																			
2 JUMPING	TERRIFYING																																																																																																			
FLASHING	14 PUNISHING																																																																																																			
SHOOTING	GRUELLING																																																																																																			
3 PRICKING	CRUEL																																																																																																			
BORING	VICIOUS																																																																																																			
DRILLING	KILLING																																																																																																			
STABBING	15 WRETCHED																																																																																																			
LANCINATING	BLINDING																																																																																																			
4 SHARP	16 ANNOYING																																																																																																			
CUTTING	TROUBLESOME																																																																																																			
LACERATING	MISERABLE																																																																																																			
5 PINCHING	INTENSE																																																																																																			
PRESSING	UNBEARABLE																																																																																																			
GNAWING	17 SPREADING																																																																																																			
CRAMPING	RADIATING																																																																																																			
CRUSHING	PENETRATING																																																																																																			
6 TUGGING	PIERCING																																																																																																			
PULLING	18 TIGHT																																																																																																			
WRENCHING	NUMB																																																																																																			
7 HOT	DRAWING																																																																																																			
BURNING	SQUEEZING																																																																																																			
SCALDING	TEARING																																																																																																			
SEARING	19 COOL																																																																																																			
8 TINGLING	COLD																																																																																																			
ITCHY	FREEZING																																																																																																			
SMARTING	20 NAGGING																																																																																																			
STINGING	NAUSEATING																																																																																																			
9 DULL	AGONIZING																																																																																																			
SORE	DREADFUL																																																																																																			
HURTING	TORTURING																																																																																																			
ACHING																																																																																																				
HEAVY	PPI																																																																																																			
10 TENDER	0 NO PAIN																																																																																																			
TAUT	1 MILD																																																																																																			
RASPING	2 DISCOMFORTING																																																																																																			
SPLITTING	3 DISTRESSING																																																																																																			
	4 HORRIBLE																																																																																																			
	5 EXCRUCIATING																																																																																																			
BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS																																																																																																		
MOMENTARY	PERIODIC	STEADY																																																																																																		
TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT																																																																																																		
E = EXTERNAL																																																																																																				
I = INTERNAL																																																																																																				

Etraído de Melzack R. The McGill pain questionnaire: Major properties and scoring methods. Pain 1975; 1:277-282.

## 2. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD).

*Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cual es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.*

*Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.*

*No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tiene más valor que las que se piensan mucho.*

---

**A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:**

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

**D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:**

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

**A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:**

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

**D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:**

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

**A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:**

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

**D.3. Me siento alegre:**

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

**A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:**

- 0. Siempre
- 1. A menudo

2. Raras veces

3. Nunca

**D.4. Me siento lento/a y torpe:**

3. Gran parte del día

2. A menudo

1. A veces

0. Nunca

**A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:**

0. Nunca

1. Sólo en algunas ocasiones

2. A menudo

3. Muy a menudo

**D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:**

3. Completamente

2. No me cuido como debería hacerlo

1. Es posible que no me cuido como debiera

0. Me cuido como siempre lo he hecho

**A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:**

3. Realmente mucho

2. Bastante

1. No mucho

0. Nunca

**D.6. Espero las cosas con ilusión:**

0. Como siempre

1. Algo menos que antes

2. Mucho menos que antes

3. En absoluto

**A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:**

3. Muy a menudo

2. Con cierta frecuencia

1. Raramente

0. Nunca

**D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:**

0. A menudo

1. Algunas veces

2. Pocas veces

3. Casi nunca

---

**Valoración:** se considera que entre 0 y 7 no indica caso, entre 8 y 10 sería un caso dudoso y las puntuaciones superiores a 11 son, probablemente, casos en cada una de las subescalas.

### 3. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ).

*(Versión adaptada al castellano por A. Lobo y cols.)*

*Es una escala muy sencilla de usar y de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad.*

*Además constituye un instrumento de evaluación de la severidad y evolución de estos trastornos. Puede usarse también como una guía para la entrevista.*

---

#### **Instrucciones para su administración:**

- *Está dirigida a la población general.*
- *Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas:*
  - *Una para detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión.*
  - *Ambas escalas tienen 9 preguntas.*
  - *Las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias.*
- *La probabilidad de padecer un trastorno es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas.*
- *Los síntomas contenidos en las escalas están referidos a los 15 días previos a la consulta.*
- *Todos los ítems tienen la misma puntuación.*
- *Siguen un orden de gravedad creciente.*
- *Los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más severos.*

---

#### **Subescala de ansiedad:**

- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
- ¿Ha estado muy preocupado por algo?
- ¿Se ha sentido muy irritable?
- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

*(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)*

- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
- ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos).
- ¿Ha estado preocupado por su salud?
- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

*Total ansiedad:*

---

**Subescala de depresión:**

- ¿Se ha sentido con poca energía?
- ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?
- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?  
(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).
- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
- ¿Se ha sentido usted enlentecido?
- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

*Total depresión:*

---

- **Criterios de valoración:**
  - *Subescala de ansiedad:* 4 o más respuestas afirmativas.
  - *Subescala de depresión:* 2 o más respuestas afirmativas.