



## Aspectos cognitivos y afectivos del dolor

Javier García Campayo<sup>a,\*</sup> y Baltasar Rodero<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Área de Psiquiatría, Hospital Miguel Servet, Universidad de Zaragoza, España

<sup>b</sup> Área de Psicología, Clínica Rodero, Santander, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 17 de febrero de 2009

Aceptado el 27 de marzo de 2009

On-line el 8 de julio de 2009

#### Palabras clave:

Dolor

Psicología

Catastrofismo

Aceptación

### RESUMEN

En la actualidad, la influencia de las variables cognitivas y emocionales en la percepción del dolor se encuentra fuera de toda duda, admitiéndose que tanto la intensidad como las características del dolor están influenciadas por el procesamiento cognitivo del individuo. El catastrofismo y la aceptación parecen ser los constructos psicológicos que mejor explican los resultados del tratamiento aplicado en patologías que cursan con dolor (p. ej.: fibromialgia), siendo más importantes, incluso, que la intensidad del dolor. Esta revisión tratará de describir los principales constructos cognitivos implicados en el dolor y cómo actúan.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Cognitive and affective aspects of pain

#### ABSTRACT

The influence of cognitive and emotional variables in the perception of pain is currently subject to no doubt, with the admittance that both the intensity and the characteristics of pain are influenced by the subject's cognitive processing. Catastrophism and acceptance seem to be the psychological constructs that are better able to explain the results of treatment applied to pathologies that are accompanied by pain (e.g. fibromyalgia), sometimes having more importance than even the intensity of pain. This review will attempt to describe the main cognitive constructs implicated in pain and the way they act.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

#### Keywords:

Pain

Psychology

Catastrophism

Acceptance

### Catastrofismo

El catastrofismo es un conjunto de procesos cognitivos y emocionales que predisponen a que el dolor se convierta en crónico<sup>1,2</sup>. Los individuos que catastrofizan desarrollan una visión muy negativa sobre su dolor, piensan mucho en él y se sienten incapaces de controlarlo, por lo que presentan un peor pronóstico ante cualquier tratamiento. El catastrofismo está asociado con las siguientes variables (tabla 1).

El catastrofismo se mide con la Pain Catastrophizing Scale<sup>3</sup>, que presenta adecuadas propiedades psicométricas y que ha sido validada en español<sup>4</sup>. Consta de 3 subescalas: magnificación, rumiación e indefensión. La rumiación se refiere a que el paciente no puede apartar de su mente el dolor, no puede dejar de pensar en él. La magnificación alude a la exageración de las propiedades amenazantes del estímulo doloroso, y la indefensión, a la estimación de no poder hacer nada para influir sobre el

dolor<sup>3,4</sup>. Aunque los individuos han sido dicotomizados como catastrofizadores y no catastrofizadores, la mayoría de los autores consideran que es una variable continua que se distribuye normalmente, incluso en sujetos sanos y sin dolor. De hecho, los sujetos sin dolor que muestran altas puntuaciones de catastrofismo padecerán en el futuro de dolor crónico con más facilidad y demandarán servicios de salud relacionados con el dolor<sup>5</sup>.

Otra área de debate se ha fundamentado sobre si el catastrofismo es un rasgo estable y duradero, como una dimensión de la personalidad, o constituye una característica modificable, existiendo evidencias que sustentan ambos supuestos. Por un lado, varios estudios demostraron que el catastrofismo tiende a ser estable con el paso del tiempo, tanto en la población sana como en sujetos con dolor, mostrando una gran fiabilidad test-retest medido a lo largo de meses, manteniéndose incluso cuando el dolor se ha resuelto<sup>5</sup>. De hecho, se ha llegado a sugerir que existe cierta predisposición genética para el catastrofismo<sup>6</sup>. Respecto a los mecanismos mediante los que actúa el catastrofismo, los principales se resumen en la tabla 2.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgarcamp@arrakis.es (J. García Campayo).

**Tabla 1**  
Variables adversas con las que se relaciona al catastrofismo<sup>1-3</sup>

- Mayor intensidad del dolor: ocurre tanto en sujetos sanos como en pacientes con dolor neuropático, artritis, fibromialgia y esclerodermia. Esta asociación persiste incluso después de controlar el nivel de depresión, ansiedad o neuroticismo.
- Mayor sensibilidad al dolor: el catastrofismo muestra una asociación positiva con el número de puntos gatillo en la fibromialgia, pero también en otros trastornos musculoesqueléticos, como artritis reumatoide y osteoartritis.
- Mayor incapacidad, reflejada tanto con autoregistros como con indicadores objetivos, como la reincorporación laboral: se ha demostrado que el catastrofismo predice la incapacidad incluso después de haber controlado la intensidad del dolor.
- Depresión: se ha documentado una asociación positiva entre el catastrofismo y los síntomas depresivos en fibromialgia y en otras patologías. Los sujetos con mayores niveles de catastrofismo son los que presentan un mayor riesgo de suicidio.

**Tabla 2**  
Principales mecanismos de actuación del catastrofismo sobre el dolor<sup>5-7</sup>

- Estilo de afrontamiento: los individuos catastrofistas usan menos estrategias activas de afrontamiento (p. ej.: la distracción, la relajación, etc.), mayor pasividad ante el temor de futuros dolores y menor número de conductas saludables, como el ejercicio.
- Incremento en la atención al dolor: un alto nivel de catastrofismo conduciría a los individuos a atender de una manera más selectiva e intensa a los estímulos relacionados con el dolor.
- Amplificación del procesamiento del dolor en el SNC: Los sujetos catastrofistas muestran mayor actividad en las regiones responsables del procesamiento afectivo del dolor (córtex del cíngulo anterior y córtex insular) durante la experiencia de un dolor agudo. Además, el catastrofismo puede modular a nivel de la médula espinal procesos que facilitan la percepción del dolor en el SNC, como alteraciones en los niveles de cortisol o IL-6.

IL-6: interleucina-6; SNC: sistema nervioso central.

## Aceptación

Se entiende como un dominio conductual con dos componentes<sup>8,9</sup>:

- El primero haría referencia a la realización de «mis» actividades cotidianas a pesar de estar sufriendo dolor. Esto es más que un proceso mental; requiere que el individuo se comprometa fehacientemente con las actividades del día a día pese a las dificultades con las que se puede encontrar.
- El segundo factor correspondería al reconocimiento de que las estrategias basadas en la evitación y el control son frecuentemente ineficaces en el campo del dolor.

La aceptación implica tener contacto con experiencias desagradables o dolorosas sin que eso influya en nuestra conducta, particularmente las relacionadas con evitaciones innecesarias, una participación limitada en la vida o el impedimento de conseguir importantes objetivos en la vida. Aplicar este principio en el dolor crónico significa que, incluso cuando las sensaciones sean intensas, no necesitamos ignorarlas, eliminarlas o controlarlas para que podamos llevar a cabo una vida plena. Aunque la idea de que los individuos con dolor crónico consigan vivir una vida plena pueda resultar extraña, cada vez hay más resultados que avalan una intervención que potencie la aceptación. Hasta la fecha, el Chronic Pain Acceptance Questionnaire<sup>10</sup> ha sido utilizado como el principal cuestionario para medir la aceptación en los sujetos con dolor. En la actualidad, el cuestionario se encuentra en proceso de validación a nuestro idioma.

Se han llevado a cabo estudios de aceptación del dolor en diversas patologías, como lumbalgias, artritis reumatoide, osteoartritis o fibromialgia<sup>11</sup>. Los resultados indican que las personas con mayor aceptación del dolor refieren menos dolor, menos ansiedad y depresión, menor discapacidad, mayor nivel de actividad y mejor estatus laboral<sup>1</sup>; y, lo que es más importante, el nivel de aceptación no estaba en función del dolor, es decir, las personas no presentaban más aceptación porque tuvieran menos dolor. Otros estudios muestran que los sujetos que presentan una mayor aceptación son los que menos uso hacen de los centros de salud, toman menos medicación y presentan una mejor calidad de vida<sup>10</sup>. Por último, parece también que la aceptación es una variable que se relaciona con una mejor adaptación a la respuesta del dolor, sin importar las influencias que pudieran tener variables tales como la depresión, la intensidad del dolor o la ansiedad, y con una predicción superior a las estrategias de afrontamiento ante variables como el dolor, la depresión, la incapacidad, la ansiedad o el funcionamiento físico y psíquico<sup>10</sup>.

En el dolor crónico es patente cómo muchas de las actuaciones dirigidas a eliminar el dolor agudo tienen a la larga consecuencias muy perjudiciales para la calidad de vida de los pacientes porque son inefectivas en el dolor crónico<sup>11,12</sup>: disminución de la actividad que puede llevar al abandono del trabajo, aumento continuo de la medicación cuyos efectos secundarios acaban siendo imposibilitantes, etc. Por tanto, las intervenciones psicológicas han de proponerse como meta promover la aceptación, en tanto y en cuanto los intentos de supresión del dolor y de las emociones desagradables a él asociadas llevarían a perpetuar el dolor, y enseñar a los pacientes estrategias para mejorar su calidad de vida, pero de una vida con dolor. Pese a que los sujetos con dolor crónico a menudo se muestran reticentes ante el término aceptación porque lo entienden como una «rendición», la aceptación no se concibe como resignación y tampoco se trata de sustituir el control por la ausencia de control. Más bien el control se aplicaría selectivamente a aquello que es controlable. Se trataría de la aceptación de lo que no se puede cambiar. De acuerdo con esta propuesta, vemos en la tabla 3 algunas pautas concretas de intervención psicológica en pacientes con dolor crónico<sup>13</sup>.

**Tabla 3**  
Pautas de intervención psicológica en pacientes con dolor crónico basadas en la aceptación

- La sociedad promueve un estilo de vida inadecuado: «evita el sufrimiento y serás feliz». Pero el sufrimiento es una parte inseparable de nuestras vidas. Hay que aceptar como *normal* el sufrir en determinados contextos.
- Revisar con el paciente las formas mediante las que en el pasado ha intentado eliminar el dolor y hacerle ver que no han funcionado.
- Hacer comprender al paciente que el problema es el control. No es posible «quitarse» las emociones y los pensamientos negativos porque haciéndolo se harán más fuertes (por ejemplo, «no quiero pensar en el dolor» hará que aumenten los pensamientos relacionados con el dolor).
- Promover en el paciente la capacidad para diferenciar entre «su yo» y las emociones y los pensamientos como fenómenos que «ocurren» (contenido) en ese «yo» (contenedor), pero que no son la «causa» de la conducta (decirse «no puedo hacer X a causa del dolor» no es una razón válida).
- Ayudar al paciente a elegir los «valores básicos» que van a dirigir su conducta en las áreas familiar, laboral, de ocio, etc., y ello en contraposición a la dirección del dolor, los pensamientos y las emociones negativas («con el dolor y con el miedo voy a hacer X porque concuerda con el valor establecido en el área Y»).
- Promover que el paciente experimente las emociones y los pensamientos negativos y el dolor sin intentar controlarlos, sin evitarlos, sin luchar contra ellos.

## Conclusiones

Hasta la aparición del constructo de la aceptación, muchas de las intervenciones psicológicas se proponían como objetivo terapéutico reducir el nivel de catastrofismo. Para ello se empleaba el tratamiento psicológico por excelencia aplicado hasta la fecha, el cognitivo conductual, el cual, a pesar de contar con datos contrastados sobre su eficacia<sup>14</sup>, ha recibido diversas críticas. La aceptación requiere que un individuo mantenga su funcionamiento y participe en actividades agradables y reforzantes del día a día a pesar de continuar refiriendo dolor. Se podría hipotetizar que la conducta que muestra la aceptación es producida por una interacción entre la experiencia del pasado y del futuro, con influencias actuales sociales, emocionales y verbales. Si afrontar el dolor crónico de una manera activa y aceptándolo ayuda a mantener el funcionamiento, entonces lo contrario también es cierto; un estilo de afrontamiento pasivo y evitativo conducirá a un empeoramiento de nuestro funcionamiento. Podría ser importante tener en cuenta que los proveedores de los centros de salud se aseguraran de que los tratamientos pautados no acarreen a la pasividad por parte del paciente, cuando ésta se ha mostrado perjudicial para un buen funcionamiento. La creencia de que «los pacientes no pueden funcionar mientras sufren dolor» parece no ser cierta. La evidencia acumulada sugiere que a) rendirse de cara a controlar el dolor, y b) conseguir llevar a cabo las actividades normales del día a día son un enfoque más apropiado y parece más exitoso para al menos una parte de los sujetos con dolor crónico.

Por último, tanto el catastrofismo como la aceptación se consideran constructos cognitivos determinantes para pronosticar la evolución del paciente, dado que son dos robustos mediadores y ninguno parece prevalecer sobre el otro<sup>1</sup>. Sin embargo, centrarse en el constructo de la aceptación de cara al tratamiento contribuye a reducir el catastrofismo significativamente y a obtener resultados positivos, tanto en el dolor crónico como en problemas tan diversos como la depresión, la esquizofrenia, la ansiedad, la epilepsia o la diabetes. Teniendo en cuenta estos resultados prometedores, es posible que aumente el interés de los tratamientos basados en la aceptación, reduciendo nuestro énfasis

en reestructurar pensamientos y fomentando una flexibilidad psicológica que le permita al paciente actuar según sus direcciones valiosas.

## Bibliografía

1. Vowles KE, McCracken LM, Eccleston C. Processes of change in treatment for chronic pain: The contributions of pain, acceptance and catastrophizing. *Eur J Pain.* 2007;11:779–87.
2. Buenaver LF, Edwards RR, Smith MT, Gramling SE, Haythornthwaite JA. Catastrophizing and pain-coping in young adults: Associations with depressive symptoms and headache pain. *J Pain.* 2008;9:311–9.
3. Sullivan MJ, Bishop SR, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychol Assess.* 1995;7:524–32.
4. García Campayo J, Rodero B, Alda M, Sobradie N, Montero J, Moreno S. Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina Clínica.* 2008;131:487–92.
5. Edwards RR, Haythornthwaite JA, Sullivan MJ, Fillingim RB. Catastrophizing as a mediator of sex differences in pain: Differential effects for daily pain versus laboratory-induced pain. *Pain.* 2004;111:335–41.
6. George SZ, Wallace MR, Wright TW, Moser MW, Greenfield 3rd WH, Sack BK, et al. Evidence for a biopsychosocial influence on shoulder pain: Pain catastrophizing and catechol-O-methyltransferase (COMT) diplotype predict clinical pain ratings. *Pain.* 2008;136:53–61.
7. Edwards RR, Kronfli T, Haythornthwaite JA, Smith MT, McGuire L, Page GG. Association of catastrophizing with interleukin-6 responses to acute pain. *Pain.* 2008;140:135–44.
8. McCracken LM, Eccleston C. Coping or acceptance: What to do about chronic pain?. *Pain.* 2003;105:197–204.
9. García Campayo J, Pascual A, Alda M, Gonzalez MT. Coping with fibromialgia: Usefulness of the Chronic Pain Coping Inventory-42. *Pain.* 2007;132: S68–76.
10. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain.* 2004;107: 159–66.
11. Kratz AL, Davis MC, Zautra AJ. Pain acceptance moderates the relation between pain and negative affect in female osteoarthritis and fibromyalgia patients. *Ann Behav Med.* 2007;33:291–301.
12. McCracken LM, Vowles KE, Gauntlett-Gilbert J. A prospective investigation of acceptance and control-oriented coping with chronic pain. *J Behav Med.* 2007;30:339–49.
13. McCracken LM. Contextual cognitive-behavioral therapy for chronic pain. Seattle, WA: IASP Press; 2005.
14. Rodero B, García-Campayo J, Casanueva B, Sobradie N. Exposición en imaginación como tratamiento del catastrofismo en fibromialgia: un estudio piloto. *Actas Esp Psiquiatr.* 2008;36:223–6.