



2 Creencias y calidad de vida en el dolor crónico

Beliefs and quality of life in chronic pain

Crenças e qualidade de vida na dor crônica

*Diana Carolina Torres Cifuentes

**David Castro Ramírez

***Lucy Nieto Betancurt

Resumen:

Este artículo de revisión tiene como objetivo describir las relaciones establecidas en la literatura acerca de los factores cognitivos y la calidad de vida en pacientes que padecen dolor crónico. Se realizó una recopilación de algunas de las aproximaciones investigativas al respecto. Los artículos se toman de diferentes bases de datos limitando los resultados a ensayos clínicos, meta-análisis, guías de manejo y revisiones de tema, que estuvieran escritos en inglés o español, y que fueran publicados en los últimos años; como resultados se encuentran diferentes categorías que incluyen creencias, valoración cognitiva, expectativas de autoeficacia como intermediarias de las estrategias de afrontamiento que resultan determinantes en la calidad de vida. Entre ellas, el valorarlo como desafío, tener mayores expectativas de autoeficacia, y *locus* de control interno tienen consecuencias más adaptativas en la vida de los sujetos. Hace falta tener mayor acceso a la información y mejores diseños metodológicos para comparar entre ellos los resultados.

* *Psicóloga Universidad Católica de Pereira, Especialista en Psicología Clínica y Terapia Cognitiva.*

** *Estudiante décimo semestre de psicología.*

*** *Psicóloga, Magíster Salud pública. Docente Programa de Psicología UCP.*

*Recibido:
5 de agosto de 2017*

*Aprobado:
16 de noviembre de 2017*



Palabras clave:

Creencias, Dolor crónico, Calidad de vida.

Abstract:

This review article aims to describe the relationships established in the literature about patients with chronic pain cognitive factors and quality of life, for which a compilation of some of the investigative approaches was made in this regard. The articles published in recent years were taken from data bases limiting the results to clinical trials, meta-analysis, guidelines, and reviews, which were written in English or Spanish. As a result, different categories including beliefs, cognitive assessment, and self-efficacy expectations as intermediaries for coping strategies that determine quality of life were found. Among them, having self-efficacy higher expectations and internal *locus* of control have more adaptive consequences in subject's life. It is necessary to have greater access to information and better methodological designs to compare the results between them.

Keywords:

Beliefs, Chronic Pain, Quality of life.

Resumo:

Este artigo de revisão tem como objetivo descrever as relações estabelecidas na literatura sobre fatores cognitivos e qualidade de vida em pacientes com dor crônica. Uma compilação de algumas das abordagens investigativas a esse respeito foi feita. Os artigos são retirados de diferentes bases de dados, limitando os resultados a ensaios clínicos, meta-análises, guias de gestão e revisões de tópicos, escritos em inglês ou espanhol e publicados nos últimos anos. Como resultados são diferentes categorias que incluem crenças, avaliação cognitiva, expectativas de autoeficácia como intermediárias das estratégias de sucesso com que são determinantes na qualidade de vida. Entre eles, avaliar como um desafio, ter maiores expectativas de autoeficácia e *locus* de controle interno têm mais consequências adaptativas na vida dos sujeitos. É necessário ter maior acesso à informação e melhores desenhos metodológicos para comparar os resultados entre eles.

Palavras-chave:

Creencias, Dor crônica, Qualidade de vida.

El dolor crónico implica un dolor que no se remedia habiéndose realizado los tratamientos que, se espera, sean adecuados, y que persiste por mucho más tiempo del previsto para su curación: más de tres a seis meses. Por estas circunstancias, deja de ser de síntoma y se convierte en una enfermedad en sí misma que afecta el bienestar individual (American Chronic Pain Association, 2013; Bonica citado en Miró, 2003; López, 2000; Ruvalcaba y Trejos, 2013)

Actualmente, el dolor crónico es considerado un problema de salud pública por su alta prevalencia y el incremento de su incidencia que genera consecuencias en la calidad de vida de los sujetos (González, 2014; Ruvalcaba y Trejos, 2013; Camargo, Jiménez, Archila y Villamizar, 2004). La Organización Mundial de la Salud (2005), informa que para el año 2000 existían 600 millones de personas afectadas por un dolor crónico, y proyecta que hacia el 2025 se duplicará. Para el 2050 alcanzará los 2.000 millones de personas como consecuencia del envejecimiento de la población.

En Colombia, en los últimos años ha habido una variación importante en la estimación de la prevalencia del dolor crónico, y los estudios se han basado en metodologías de encuesta que no garantizan el cumplimiento de criterios clínicos por basarse en autoinformes. En el año 2004, Camargo *et al.*, mencionaron que la prevalencia era similar a la de otros países, como Reino Unido con el 26 %, y Canadá con el 13,58 %; es decir, que osciló entre el 13 % y 26 %; no obstante, en la más reciente Encuesta Nacional del Dolor esta prevalencia se estimó en un 47 % (Guerrero y Gómez, 2014).

El dolor crónico tiene un impacto en la dinámica fármaco-económica y en la salud en general. Solo en Estados Unidos, Turk, Wilson y Cahana (2011), encuentran que los gastos asociados al dolor crónico, directa o indirectamente al sistema de salud, exceden los 210 billones de dólares anualmente. Si bien este es un aspecto importante como ya se dijo en términos económicos, también afecta múltiples dominios de la vida como las actividades de la vida diaria, el empleo y la situación económica; las limitaciones físicas, las relaciones sociales y el estado de ánimo (Camargo *et al.*, 2004; Casals y Samper, 2004; Díaz *et al.*, 2009; Estevez y Ramírez, 2003).

Las alternativas terapéuticas farmacológicas en el dolor crónico no muestran eficacia suficiente a largo plazo (Turk *et al.*, 2011) y diversos estudios han encontrado que las variables cognitivas son determinantes en la experiencia del dolor y la calidad de vida de los pacientes (González, 2014; Almendro, Hernández, Rodríguez, Camarero y Del Río 2011; Moix y Casado, 2011, Truyols *et al.*, 2008; Anarte *et al.*, 2001, Camacho y Anarte, 2003; González y Moreno, 2007; Morrison y Bennett, 2006; Ruvalcaba y Domínguez, 2009; Soucase, Monsalve y Soriano, 2004), por lo que las estrategias de intervención involucran propuestas interdisciplinarias en las que se valoran los aspectos psicológicos, que a su vez son tratamientos relevantes y altamente efectivos.

De manera particular, desde el modelo cognitivo conductual, se han desarrollado teorías que hacen referencia a la importancia del procesamiento que se realice de la situación, lo que piensen los pacientes del dolor y sus consecuencias en la incapacidad, la afectación en diferentes áreas de la vida y en la cronificación de la enfermedad (Moix, 2005; Quiceno y Vinaccia 2010).

El propósito de este artículo consiste en exponer las relaciones establecidas en diferentes estudios entre los aspectos cognitivos como las creencias, el afrontamiento frente al dolor y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico.

Metodología

Se realiza una recopilación de algunas de las aproximaciones investigativas alrededor de los aspectos cognitivos frente al dolor y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico. Los artículos se toman de bases de datos como *PubMed*, *SciELO*, *Redalyc*, *Amedeo* y *Google Académico*, limitando los resultados a ensayos clínicos, meta-análisis, guías de manejo, ensayos clínicos controlados aleatorizados y revisiones de tema, que estuvieran escritos en inglés o español, y que fueran publicados en los últimos años. Se utilizan palabras clave como creencias, dolor crónico, calidad de vida y las traducciones a los otros idiomas según los términos *MeSH* y *BIREME*.

Las variables cognitivas son consideradas un factor importante en la adaptación al dolor; así, las creencias, las estrategias de afrontamiento, la percepción y la aceptación, son algunos de los conceptos que han cobrado relevancia en la comprensión de este fenómeno.

Las creencias son definidas como configuraciones cognitivas personalmente formadas o socialmente compartidas (DeGood y Shutty, 1992) que determinan de forma tácita el modo en que se evalúa la realidad y la percepción del individuo en relación con su entorno (Lazarus y Folkman, 1984).

Desarrollo

Las creencias pueden referirse a múltiples aspectos como el mundo en general, la salud, percepción de sí mismo, el dolor, entre otros. Al respecto, DeGood y Shutty (1992) realizan una clasificación aplicada al dolor, dividiéndolas en tres tipos: creencias generales, creencias como característica de la personalidad y creencias específicas del dolor. Las creencias generales son supuestos filosóficos básicos acerca de la naturaleza del ser y del mundo; las siguientes constituyen creencias lo suficientemente generalizadas y estables como para ser consideradas características personales, y las creencias específicas de la experiencia del dolor hacen que los pacientes crean con respecto a la etiología, el diagnóstico, la duración y el control del dolor.

Lazarus y Folkman (1984) plantean que existen dos tipos de creencias que resultan más importantes dentro del proceso de valoración cognitiva: las creencias respecto al control personal y las creencias existenciales.

Las creencias de control se refieren a las sensaciones de dominio y confianza, al grado en que el individuo siente que es capaz de controlar los acontecimientos y situaciones importantes (Lazarus y Folkman, 1984). Al respecto, se ha utilizado el concepto de *locus* de control interno y externo de Rotter (citado en Lazarus y Folkman, 1984), que hacen referencia a la creencia de que los acontecimientos dependen de la conducta propia para el caso del interno, y en el caso externo a que no se tiene control sobre los acontecimientos y estos dependen del azar, la casualidad o la conducta de los demás.

Las creencias existenciales le posibilitan al individuo la construcción de significado y el mantenimiento de la esperanza a pesar de vivir situaciones difíciles o experiencias dolorosas, por poseer creencias como la fe en Dios o en algún orden del universo. Lazarus y Folkman (1984) proponen cómo estas creencias permiten la aceptación de las experiencias, la adaptación a las situaciones o incluso la búsqueda de beneficios.

Otras creencias relevantes dentro del control del dolor son las que se refieren a las expectativas de eficacia y de resultado. La autoeficacia es un concepto propuesto por Bandura (1977) y consiste en la creencia de una persona sobre su capacidad para llevar a cabo una conducta específica, necesaria para obtener un resultado (citado en Martín *et al.*, 1999); es decir, el juicio que se elabora respecto a las propias capacidades, y la expectativa de resultado implica la estimación que realiza un individuo respecto a los resultados que producirá determinada conducta.

Lazarus y Folkman (1984) indican que un evento genera más o menos estrés según la forma en que sea evaluado y afrontado; así, el dolor provocará mayor o menor incapacidad o afectará el nivel de calidad de vida, según se evalúe y afronte (Esteve y Ramírez, 2003; Ramírez y López 2004; Moix, 2005).

En dicho proceso de evaluación y afrontamiento intervienen diferentes factores: antecedentes o condiciones previas del individuo (Lazarus y Folkman, 1984) que determinarán la percepción del dolor, lo que interprete de la experiencia y la forma en que se enfrente a la situación, entre estos se encuentran características como el género, la edad, la personalidad, las creencias y el apoyo social (Esteve y Ramírez, 2003).

La evaluación se puede dar en diferentes momentos: Evaluación Primaria, Evaluación Secundaria y Reevaluación. De hecho, la Evaluación Primaria hace referencia a la valoración inicial de la situación en términos de lo que hay en juego como lo irrelevante, lo benigno-positivo y lo estresante. Las valoraciones estresantes (como el dolor) se dividen en daño, amenaza y desafío (Lazarus y Folkman, 1984).

Posteriormente, de la Evaluación Secundaria se derivan las estrategias de afrontamiento. Tiene lugar un proceso en el que se evalúan los recursos disponibles y se realiza determinada acción para hacer frente a la situación (Lazarus y Folkman, 1984). Este proceso determinará múltiples consecuencias relacionadas con la adaptación o inadaptación, el estado de ánimo, las relaciones interpersonales y la vida cotidiana. La Reevaluación es una evaluación posterior que implica los nuevos cambios que se introducen a la evaluación inicial a partir de la nueva información que se recibe.

De la mediación cognitiva en la Evaluación Secundaria se derivan, entonces, las estrategias de afrontamiento con las que el sujeto responderá al acontecimiento de estrés psicológico. En síntesis, el modelo transaccional del estrés permite ubicar las creencias como uno de los factores antecedentes que modulan las valoraciones y las estrategias de afrontamiento que se realizan ante una situación estresante, a partir de lo cual se tendrán consecuencias en la calidad de vida de los sujetos.

El concepto de Calidad de Vida (CV) ha tenido importantes divergencias en términos de su definición, abordaje y medición. Se ha asociado con la felicidad, el funcionamiento físico, la salud mental, entre otros. (Ardila, 2003; García y González, 2000). En salud, este concepto implica un óptimo funcionamiento mental, físico y social, así como las valoraciones del nivel de satisfacción del paciente (Cardona, Hernández y León, 2014; Vinaccia y Quiceno, 2012; Urzúa, 2010; Lugo, García y Gómez, 2006). El Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (1998) (WHOQoL por sus siglas en inglés), consideran que la calidad de vida se define a partir de:

Las percepciones que tiene un individuo desde su posición en la vida respecto a su contexto cultural y el sistema de valores de ese contexto en relación con sus propios objetivos, normas y expectativas. Se considera que la calidad de vida es un concepto general que depende de la salud física y mental del individuo, de su grado de independencia, de la calidad de sus relaciones sociales, de su integración social y de sus creencias personales, religiosas y espirituales (WHOQoL, citado en Morrison y Bennett, 2006, p. 33).

En el concepto de calidad de vida es importante la valoración del paciente respecto a su bienestar en el proceso de salud-enfermedad, pues se reconoce que la relación entre la enfermedad y discapacidad no es lineal, sino que intervienen factores psicológicos que modifican dicho patrón (Güell y Morante 2007; Torre *et al.*, 2008; Schwartzmann, 2003), este aspecto ha cobrado relevancia por el impacto social de la intervención y la reducción de los síntomas. Realizar un abordaje que considere tales aspectos permite el conocimiento de las consecuencias de los tratamientos en la vida de los pacientes, y la posibilidad de ampliarlos y mejorar dichas intervenciones (Morrison y Bennett, 2006).

El concepto de CV ha sido abordado desde dos perspectivas diferentes. Una que considera que la Calidad de Vida depende de variables externas al sujeto (valores objetivos); otra que propone la Calidad de Vida como factor dependiente solo de la dimensión subjetiva (García y González, 2000).

En el estudio del dolor, el concepto que cobra relevancia es “Calidad de Vida Relacionada con la Salud” (CVRS). Es un componente de la CV que hace referencia a las experiencias subjetivas sobre la salud global

(Lugo *et al.*, 2006) que permite identificar el nivel de bienestar derivado de la evaluación personal acerca de diversos dominios de la vida, con énfasis en el estado de salud (Cardona *et al.*, 2014; Vinaccia y Quiceno, 2012; Urzúa, 2010; Soucase *et al.*, 2004). Se describe como un proceso biopsicosocial, teniendo en cuenta medidas cuantitativas tradicionales (mortalidad, expectativa de vida), y medidas cualitativas como la percepción del paciente y la manera de afrontar la enfermedad (Güell y Morante, 2007).

La CVRS pretende reconocer el impacto que una enfermedad y su tratamiento tiene sobre lo que percibe el paciente acerca de su bienestar, este concepto es multifactorial y depende de diversas dimensiones como los valores, las creencias, el contexto cultural, la historia personal y las implicaciones en múltiples aspectos de la vida cotidiana (Schwartzmann, 2003).

Resultados

Los resultados que se exponen a continuación, se proponen agrupados en dos grandes categorías. La primera, “Aspectos psicológicos en la experiencia del dolor”; la segunda, “Afrontamiento y ajuste al dolor”.

En la primera categoría se hace referencia a las variables cognitivas que en los estudios se reconocen como importantes en la experiencia del dolor, denominándolas como creencias, valoración, catastrofización o expectativas de resultado y eficacia. Estas se mostrarán de modo independiente, pero pueden resultar equivalentes si se entienden como descriptores cognitivos de evaluación de la situación de dolor crónico. Por esta razón, la diferenciación obedece a la organización dada según los conceptos encontrados en los diferentes estudios más que a un orden o una fragmentación del proceso del dolor.

En la segunda categoría se encuentran las estrategias de afrontamiento que se reconocen como importantes en el dolor crónico, y las consecuencias en la calidad de vida de los sujetos, que incluyen los conceptos que se observan de manera más frecuente en los estudios como discapacidad, adaptación, depresión y ansiedad.

Valoración cognitiva

Quiceno y Vinaccia (2010), en una revisión del constructo de percepción de enfermedad a partir del *Illness Perception Questionnaire*, encontraron que cuando hay una percepción desfavorable de la enfermedad, la CVRS es igualmente baja y, por el contrario, cuando es favorable, todas las dimensiones de la CVRS son positivas, lo que permite predecir el estado físico y mental a partir de la valoración que realice el paciente.

Soucase, Monsalve, Soriano y de Andrés (2004), indican que en pacientes con fibromialgia la adaptación al dolor es mayor cuando se valora la situación como un desafío y las estrategias que de allí se derivan posibilitan un mejor ajuste; incluso, puede valorarse como una situación superior a sus posibilidades y será menor la adaptación.

Asimismo, Soucase, Monsalve y Soriano (2005), identificaron que las variables de valoración son importantes en la predicción del ajuste al dolor, afirmando que cuando se percibe el dolor como una amenaza se da una menor adaptación frente a los pacientes que valoran el dolor como un desafío y consideran posible una mejora. Se encontró que las variables de valoración constituyeron en esta investigación el mayor predictor de ansiedad y depresión, siendo la valoración de pérdida el más importante predictor en la depresión.

Soriano y Monsalve (2005), plantean que la valoración en el dolor crónico adquiere cada vez mayor importancia, pues precede al afrontamiento y determina las relaciones de su puesta en práctica, además resulta más fácil de evaluar y de intervenir.

Catastrofización

La catastrofización ante el dolor ha ganado una atención considerable en los últimos años, sobre todo en el desarrollo y el mantenimiento del dolor crónico. A su vez, ha mostrado asociaciones con discapacidades funcionales como la intensidad del dolor, elevada actividad de la enfermedad, ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico (García-Campayo, Rodero, Alda, Sobradie, Montero y Moreno, 2008).

La catastrofización ante el dolor es un constructo psicológico que tiene en cuenta procesos cognitivos y emocionales que se correlacionan con una serie de variables de mal pronóstico y que predisponen a que el dolor se

convierta en crónico (García-Campayo *et al.*, 2008). Igualmente, se considera un conjunto de pensamientos y expectativas negativas ante el dolor (González-Ramírez y Landero-Hernández, 2010).

Respecto de este concepto se encuentran múltiples definiciones. Anarte, Esteve, López, Ramírez y Camacho (2001), definen el catastrofismo como una variable de valoración, como una creencia. También se ha equiparado con las autoafirmaciones, o como errores cognitivos (Anarte y Camacho, 2003; Esteve, Ramírez y López, 2004). Del mismo modo, se concibe como una actitud negativa y exagerada sobre todo durante una experiencia dolorosa actual o anticipada, que influye en la evolución, la discapacidad y la percepción del dolor (Suárez, Barrera y Díaz, 2014), así como la valoración negativa de la propia habilidad para afrontarlo y la aparición de sentimientos de impotencia y pesimismo (Peñarroya, Ballús-Creus y Pérez, 2011). Otros señalan que es una estrategia de afrontamiento cognitivo, (López, Montorio y Fernández, 2010); incluso, Soriano y Monsalve (2005) ubican el catastrofismo como un constructo independiente.

Si bien, la definición no es unívoca. En los estudios revisados (Anarte *et al.*, 2001; Anarte y Camacho, 2001; Esteve *et al.*, 2004; Moix, 2005; Peñarroya *et al.*, 2011; Soriano y Monsalve, 2005; Suárez *et al.*, 2014), existe un consenso en cuanto a señalar cómo la catastrofización presenta una relación positiva y significativa con el malestar emocional y la intensidad del dolor; es decir, con un peor ajuste al dolor.

López, Montorio y Fernández (2010), plantean que frente a las variables cognitivo-conductuales, la intensidad del dolor no resulta significativa como sí lo resulta la estrategia de catastrofismo, que tiene un importante poder predictivo de la incapacidad. Se conoce que los sujetos que catastrofizan desarrollan una visión muy negativa sobre su dolor, piensan mucho en él y se sienten incapaces de controlarlo (García-Campayo *et al.*, 2008).

El establecimiento de relaciones causales resulta difícil; sin embargo, Anarte *et al.*, (2001) y Moix (2005) escriben que las cogniciones, particularmente las negativas, como las autoafirmaciones de catastrofismo, desempeñan un papel fundamental en la modulación del dolor. Anarte *et al.*, (2001) encontraron que los individuos que presentan mayor catastrofismo tienen una percepción mayor del dolor.

También señalan que paradójicamente los individuos que han presentado el dolor durante un menor tiempo hacen un mayor uso de la catastrofización que quienes han presentado el dolor crónico por un tiempo mucho mayor, planteando como conclusión que los pacientes que llevan un tiempo más prolongado de dolencia terminan habituándose, por lo que no recurren a este tipo de autoafirmaciones.

Por otro lado, encontraron cómo los sujetos con menor nivel de educación hacen mayor uso de las autoafirmaciones catastrofistas que los individuos con un nivel mayor de educación Anarte *et al.*, (2001).

Expectativas de autoeficacia y resultado

La expectativa de autoeficacia se refiere a la capacidad que siente el individuo de llevar a cabo una conducta requerida o de afrontar una situación. En el dolor crónico, cuando se evalúa la expectativa de autoeficacia, los autores reconocen que quienes son más autoeficaces tienen una mejor adaptación al dolor (De Góes y de Mattos, 2007; Martín *et al.*, 1999; Soucase, 2005; Vinaccia, Quiceno, Remor, 2012) Asimismo, la autoeficacia ha sido asociada de manera positiva con menor depresión, ansiedad y mejores resultados en el tratamiento (Moix, 2005).

En un grupo de pacientes con bajas expectativas de autoeficacia para manejar, controlar o disminuir el dolor, se identificó un nivel de dolor entre moderado e intenso, que resulta limitante en su vida diaria. Contrario a pacientes más autoeficaces y con mayor confianza en la existencia de recursos médicos para paliar el dolor que se encuentran más adaptados al proceso doloroso (Soucase *et al.*, 2005). De igual forma, Martín *et al.*, (1999) descubre relaciones significativas y negativas entre los factores de autoeficacia con la depresión, la ansiedad, la percepción e impacto del dolor.

De Góes y De Mattos (2007), en su estudio de revisión sobre la creencia de autoeficacia relacionada al dolor crónico, hallan que las transformaciones en esta variable implican cambios en la tolerancia al dolor y en la conducta del dolor. Se concluye que la autoeficacia se asocia positivamente con funcionalidad y respuesta al tratamiento, y negativamente con un peor control del dolor bajo adherencia al tratamiento y empeoramiento de la función física.

Creencias

Los estudios que abordan las creencias y el dolor incluyen una variedad amplia de conceptos, como la valoración, la expectativa de autoeficacia, la catastrofización. En este punto, se abordarán las creencias que no han sido incluidas en las anteriores categorías y que los estudios muestran como relevantes.

Anarte y Camacho (2003), analizan las posibles relaciones entre las creencias, las estrategias de afrontamiento cognitivo, el dolor percibido y el estado de ánimo depresivo. Se encontró que las creencias mantenidas por los pacientes influyen

sobre la percepción del dolor más que las autoafirmaciones que se utilicen, encontrando que a mayores creencias de indefensión, se da mayor percepción del dolor.

Otros autores consideran que las creencias de control del dolor implican un mejor ajuste al proceso, mientras que la incontrolabilidad aumenta la percepción de la intensidad del dolor e influye en los niveles de actividad en la vida diaria (Camacho y Anarte 2001; Vinaccia *et al.*, 2012). En esta misma vía, Anarte *et al.*, (2001) propone que los pacientes que padecían dolor funcional (diferente al orgánico que tiene una clara etiología) presentan con mayor frecuencia creencias de control y predicción sobre el dolor, y utilizan como estrategias más frecuente autoafirmaciones positivas de afrontamiento, teniendo efectos positivos en la adaptación al dolor; por otro lado, fueron las creencias de indefensión las que tuvieron una relación más significativa y positiva con mayor percepción del dolor.

Jensen, Turner y Romano (2007), examinan el grado en que los cambios en el dolor y el funcionamiento del paciente se asocian a las creencias y estrategias de afrontamiento después de un tratamiento multidisciplinar del dolor; además, señalan que el deterioro se asocia de manera significativa a cambios en las creencias respecto al control. Así como la creencia sobre sí mismo como incapacitado, el catastrofismo y mayor uso del descanso, permite solicitar ayuda como estrategia de afrontamiento.

En relación con el control del dolor, investigaciones que evalúan el *locus* de control (Anarte *et al.*, 2001; Martin *et al.*, 1999) y los individuos que reportan mayores creencias internas informan menos dolor y realizan menos conductas de dolor que quienes tienen un *locus* de control externo; este último se asocia a una peor adaptación y una tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento pasivas, mientras que el *locus* de control interno se relaciona con una adaptación más positiva al dolor (Anarte *et al.*, 2001).

Resultados diferentes se evidencian en Kurita y De Mattos (2004), quienes concluyen que en pacientes con mayor internalidad se presenta una baja adhesión al tratamiento. Por ejemplo, al identificar las relaciones entre la creencia de control y la adhesión al tratamiento en enfermos con dolor crónico no oncológico a través del Índice de Acierto de Ingestión Medicamentosa, encuentran que los pacientes que tenían un *locus* de control interno tendían a tener peor adhesión a los tratamientos farmacológicos.

Asimismo, González *et al.*, (2009), señala las reticencias que presentan los pacientes, los médicos y los farmacéuticos en la utilización de analgésicos opiáceos, quienes consideran que intervienen con el tratamiento adecuado de los pacientes con dolor crónico.

Estrategias de afrontamiento

En el contexto del dolor, las estrategias de afrontamiento se entienden como actividades que utilizan las personas para minimizar el impacto que los eventos negativos pueden tener sobre su bienestar psicológico (Osorio-Noriega y Bohorquéz, 2012). Así, el tipo de estrategias de afrontamiento cognitivo que utilice el paciente se relacionará con la percepción final del dolor.

Frente al dolor crónico, el sujeto puede valorar su padecimiento y, *a posteriori*, ejercer los procesos mediadores a través de las diversas estrategias, para finalmente evaluar los efectos a corto y largo plazo que lo llevarán a reajustar o repetir lo establecido. Esto es lo que propone el modelo transaccional del afrontamiento de Lazarus y Folkman.

Las estrategias de afrontamiento se han categorizado en diferentes dimensiones. Una, si se realiza de manera activa o pasiva; otra, si son cognitivas, conductuales, evitativas o atencionales (Truyols, Pérez y Medina, 2008). De igual forma sucede en la reevaluación de la situación estresante (Lazarus y Folkman, 1986). Para Tuyols *et al.*, (2008), las estrategias activas hacen referencia a acciones instrumentales, como el ejercicio o la planificación; mientras que en las pasivas el paciente atribuye el dolor a una fuente externa como la inactividad. Igualmente, existen estrategias intermedias como la búsqueda de apoyo social o la toma de medicamentos. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento cognitivas influyen en el dolor a través del pensamiento y las conductuales modifican la conducta abierta. Las estrategias *evitativas* distraen la atención de la fuente de estrés por negación o distracción y las atencionales centran la atención directamente sobre la fuente de estrés.

En esta línea, Anarte *et al.*, (2001), López *et al.*, (2010), Moix (2005), Soucase *et al.*, (2004), han realizado clasificaciones de las estrategias de afrontamiento según el impacto que tenga en la calidad de vida del individuo, dividiéndolas en estrategias de afrontamiento positivas y negativas, estrategias de afrontamiento activas —que se asocian

frecuentemente a una mejor adaptación- y estrategias de afrontamiento pasivas, y estrategias adaptativas y no adaptativas.

Como ya se ha visto, las estrategias de afrontamiento tienen una influencia sobre la adaptación al dolor, que se evidencia en la capacidad de funcionamiento, la percepción del dolor, el malestar emocional (Anarte *et al.*, 2001; Moix 2005). Esteve *et al.*, (2004) muestra una polémica en torno a si debe evaluarse mediante puntuaciones generales compuestas por varios tipos de estrategias o si debe adoptarse una evaluación que considere cada estrategia de afrontamiento por separado, pues se halló que los índices generales no tienen una predicción tan fuerte como puede serlo un índice específico como el catastrofismo. También se descubrió que las estrategias de afrontamiento pasivas son importantes predictores de una adaptación deficiente, pero que las estrategias de afrontamiento activas, aun cuando presenten una asociación positiva con la adaptación, la relación no es significativa.

En cuanto a los índices específicos en las estrategias de afrontamiento, se ha encontrado cómo las estrategias más utilizadas por los pacientes con este diagnóstico son la búsqueda de la información, las autoafirmaciones (Anarte *et al.*, 2001; Soucase *et al.*, 2004; Soucase *et al.*, 2005) y la religión (Quiceno y Vinaccia 2010; Soucase *et al.*, 2005).

Baetz y Bowen (2008) señalan cómo en la población con dolor crónico es menos probable la utilización de estrategias positivas, y se hace un mayor uso de las negativas como la oración, la ayuda espiritual, la droga, el alcohol y los medicamentos. Incluso, indican cómo ciertas estrategias como la autoafirmación y la distracción (realizar acciones que desvíen la atención del dolor) se asocian con la mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

Por otro lado, Torre *et al.*, (2008) respecto a la calidad de vida, sugieren resultados que entran en contradicción con las clasificaciones que se realizan de las estrategias de afrontamiento, señalando que el aumento de la intensidad del dolor se correlaciona positivamente con el uso de estrategias de búsqueda de información y afrontamiento activo.

De igual manera, Rangel, Peñarroya, Ballus y Pérez (2010), han mostrado resultados que contradicen que las estrategias de afrontamiento tienen efectos directos en el ajuste al dolor. Asimismo, se encontró que en pacientes con dolor crónico las estrategias que utilizan para hacer frente al dolor no influyen en la intensidad de dolor percibido, considerando que puede estar relacionado con otras variables situacionales y de manera más concreta al estado de ánimo.

Jensen, Turner y Romano (2007), plantean que una dificultad en la evaluación de las estrategias de afrontamiento consiste justamente en que algunas estrategias que pueden no tener implicaciones en el funcionamiento de un grupo de individuos debe tenerlas para otros; por ejemplo, la solicitud de ayuda resulta más perjudicial para los individuos que viven con su familia y amigos que quienes están separados.

Consecuencias en la calidad de vida

Anarte *et al.*, (2001-2003), de Góes y de Mattos (2007), Soucase *et al.*, (2004), Torre *et al.*, (2008), Rangel *et al.*, (2010), han hallado cómo las creencias de autoeficacia se relacionan con mejores resultados, mayor funcionalidad y respuesta al tratamiento cognitivo conductual.

En cuanto a la relación con el estado emocional, en la literatura explorada, las investigaciones coinciden en señalar que el dolor presenta una relación significativa y positiva con una sintomatología de ansiedad y depresión: a mayor dolor, mayor depresión y ansiedad (Camacho *et al.*, 2003; Rangel *et al.*, 2010; Soucase *et al.*, 2004; Torre *et al.*, 2008), resultando interesante reconocer cómo los pacientes con dolor crónico no conocen la existencia de dicha relación (González *et al.*, 2009).

Los mencionados resultados hacen evidente cómo las variables psicológicas relacionadas con el proceso del dolor afectan la Calidad de Vida. Respecto a investigaciones que evalúan de manera específica la Calidad de Vida en el proceso del dolor, Vinaccia *et al.*, (2012) indica que la CVRS a nivel físico y mental se encuentra influenciada fuertemente por la percepción de los pacientes respecto a las implicaciones que tiene o tendrá su enfermedad.

Soucase *et al.*, (2004) sugiere que los pacientes con dolor crónico presentan una Calidad de Vida considerablemente inferior a la población en general. Sin embargo, no se encuentran relaciones significativas entre el índice general de Calidad de Vida y las estrategias de afrontamiento al dolor; solamente se hallaron asociaciones significativas y positivas entre las estrategias pasivas y la desadaptación.

Torre y *et al.*, (2008) señala cómo los pacientes que han recibido tratamiento en una Unidad de Tratamiento al dolor presentan, en general, estrategias de afrontamiento activas, y al cabo de seis meses se observa una mejoría en la Calidad de Vida, específicamente en los dominios del rol físico, el dolor corporal y la vitalidad.

Casal y Samper (2004), respecto a la prevalencia del dolor crónico y la Calidad de Vida, descubrieron niveles muy bajos, por debajo de lo que se consideraría un

valor medio, teniendo una mayor afectación en el estado físico que en el estado de salud mental. De igual manera, se identificaron ciertos indicadores predictivos de la Calidad de Vida. Los indicadores negativos fueron el sexo femenino, el sobrepeso, la mayor edad y, en el tipo de dolor, la artrosis. Los indicadores positivos referencian el sexo masculino, el peso normal, la edad joven y la localización visceral. De forma particular observaron un mejor índice de salud mental en los pacientes consumidores de bebidas alcohólicas.

Discusión

Debido al carácter descriptivo de los estudios, en el presente texto solo se muestran las relaciones significativas que se establecen entre la adaptación al dolor y ciertas creencias. Se evidencia cómo las variables se transforman constantemente, pero esto no indica que una intervención sobre las creencias implique mayor adaptación al dolor, o que únicamente el control del dolor ha de cambiar las creencias y las estrategias de afrontamiento. Sin embargo, puede evidenciarse que el dolor y los aspectos psicológicos se hallan fuertemente ligados, y que constituyen variables importantes en el funcionamiento y tratamiento del dolor crónico, lo que además deja señalada la necesidad de investigar al respecto con niveles de evidencia que se obtengan de estudios experimentales.

Un aspecto importante que se detalla en la investigación de las creencias en salud son los posibles sesgos determinados por los intereses del investigador. Por ejemplo, darle un importante valor a la ingesta de medicamentos como estrategia adaptativa (Kurita y de Mattos, 2004); otros estudios señalan que tal estrategia no favorece la adaptación (Quiceno y Vinaccia, 2010); también tiende a mostrar las reticencias que presentan los pacientes ante el consumo de analgésicos opiáceos (González *et al.*, 2009), estrategias que en otros estudios se consideran como una forma pasiva de afrontamiento, y que no se reconocen como una forma importante en el ajuste al dolor.

Por otro lado, la polisemia de los conceptos puede crear confusiones y dificultar el abordaje teórico en algunas investigaciones. Al respecto, Soriano y Monsalve (2005) plantean la existencia de importantes dificultades en la comprensión de las estrategias de afrontamiento, puesto que, las investigaciones en los últimos años recurren al modelo procesual del estrés y definen las estrategias de afrontamiento como un proceso para ser abordado posteriormente a través de cuestionarios como un rasgo.

Lo anterior da lugar a considerar estrategias de afrontamiento más adaptativas que otras, entrando en contradicción con el modelo que plantea que una estrategia no es mejor o peor, sino que depende de la situación a la cual se le está haciendo

frente y la interacción que se da en ese momento. De esta manera, se indica que en el abordaje de las estrategias de afrontamiento la definición teórica no coincide con la manera en que se aborda, sugiriendo como más apropiado el direccionamiento del interés por parte de los investigadores a la variable cognitiva de valoración. Esto señala que las creencias y la manera cómo se valora el dolor puede tener mayor valor predictor en la adaptación a él (Monsalve y Soriano, 2005).

Asimismo, Jensen *et al.*, (1992) señala que la utilización de índices generales de estrategias de afrontamiento puede llevar a una simplificación excesiva e inducir al error. Las implicaciones de ciertas estrategias de afrontamiento en un grupo de individuos no pueden agruparse en una categoría general, puesto que, está determinada por múltiples factores contextuales.

Lo anterior permite reconocer la pertinencia de la evaluación de las estrategias de afrontamiento a partir de índices específicos, y la necesidad de continuar la investigación con mayor cuidado a nivel conceptual. Por otro lado, se reconoce la relevancia que cobran las variables cognitivas como creencias y valoración en las investigaciones, que si bien no se han abordado de manera tan amplia como las estrategias de afrontamiento, empiezan a reconocerse como importantes en la modulación y adaptación al dolor.

Conclusiones

La relación existente entre las creencias respecto al dolor crónico y la Calidad de Vida es dependiente de las estrategias de afrontamiento resultantes de las interacciones entre lo cognitivo y lo contextual. En este sentido, se evidencia en los estudios que los aspectos cognitivos en el dolor crónico, ya sea que antecedan o interfieran a lo largo de su proceso, van a tener importantes implicaciones en la Calidad de Vida (Almendro *et al.*, 2011; Anarte y Camacho, 2001-2003; Anarte *et al.*, 2001; Gonzáles, 2014; Jensen *et al.*, 2007; Moix y Casado, 2011; Quiceno y Vinaccia, 2010; Truyols *et al.*, 2008; Vinaccia *et al.*, 2012).

Se percibe que en las creencias frente al dolor crónico, y el valorarlo como desafío (Soucase *et al.*, 2004), tiene mayores expectativas de autoeficacia (Soucase *et al.*, 2005; Vinaccia *et al.*, 2012) y el *locus* de control interno (Moix, 2005) presenta consecuencias más adaptativas en la vida de los sujetos. Por otro lado, valorar el dolor como superior a los recursos, la catastrofización, las bajas creencias de autoeficacia y las creencias de indefensión se relacionan con un peor ajuste al dolor (Anarte *et al.*, 2001; Anarte *et al.*, 2003; García-Campayo *et al.*, 2008; Lazarus y Folkman

1984; Moix, 2005; Peñarroya *et al.*, 2011; Soucase *et al.*, 2005; Suárez, *et al.*, 2014). Respecto a lo anterior, es importante reconocer que no se puede recurrir a una clasificación de manera fija en las creencias en cuanto al dolor, pues estas se modifican a lo largo del proceso y tendrán diferentes implicaciones, aunque para efectos de una revisión se establecen unos rangos que ubican una media poblacional, mostrando una regularidad aparente.

Como se mencionó, las consecuencias que tengan las creencias frente al dolor se darán a partir de las estrategias de afrontamiento. Así, los hallazgos señalan algunas estrategias que se dan de manera más frecuente en pacientes con dolor crónico, las cuales son la autoafirmación y la búsqueda de información (Soucase *et al.*, 2004; Soucase *et al.*, 2005); la búsqueda de ayuda, como la religión (Soucase *et al.*, 2005; Quiceno y Vinaccia, 2010); la oración, las drogas, el alcohol y los medicamentos (Baetz, 2008), las cuales se relacionan con una mejor o peor adaptación (Baetz y Bowen, 2008; Soucase *et al.*, 2004; Soucase *et al.*, 2005; Torre *et al.*, 2008).

Las estrategias que se relacionan con una mejor adaptación son la autoafirmación, las técnicas de distracción (López *et al.*, 2010; Torre *et al.*, 2008) y las estrategias dirigidas al problema (Moix, 2005). Si bien, pueden encontrarse tales relaciones en los estudios, como se indicó se debe tener en cuenta que cada manera de afrontar tendrá diferentes efectos, pues las consecuencias dependen del individuo, de las características de su entorno, de la enfermedad y del momento de esta (Jensen *et al.*, 2007; Rangel *et al.*, 2010, Soriano *et al.*, 2005).

De esta manera, el problema en torno a la conceptualización se encuentra en las múltiples maneras que se ha pretendido clasificar y evaluar las estrategias de afrontamiento que se distancian del concepto original, intentando clasificaciones que no se ajustan a los elementos teóricos iniciales y que generan nuevas interpretaciones, diferentes a los que se proponen inicialmente (Jensen *et al.*, 2007; Soriano y Monsalve, 2005).

En cuanto a la Calidad de Vida se observa cómo en las investigaciones no la relacionan con las creencias de manera explícita. Sin embargo, las consecuencias generadas en todo este proceso van a tener un impacto en la Calidad de Vida de los sujetos, ya sea en su dimensión física, psicológica, ambiental o social. Además, se encuentra que en general el dolor crónico tiene efectos negativos en la Calidad de Vida de quienes lo padecen, y que según el tipo de creencias que tenga el individuo tendrá un mejor o peor nivel.

De acuerdo con lo anterior, se infiere que depresión, la ansiedad y el dolor, de manera frecuente, se correlacionan significativa y positivamente (Anarte y Camacho, 2003; Rangel *et al.*, 2010; Torre *et al.*, 2008). Dicha asociación está descrita desde su relación estadística y no desde la causalidad: no se puede determinar si la ansiedad o la depresión preceden al dolor, o viceversa. Tampoco que la ansiedad o la depresión conlleven a que haya mayor percepción del dolor o que este se intensifique o predisponga a la enfermedad.

Al respecto, en revisiones de meta-análisis, se ha encontrado que los tratamientos psicológicos por sí solos muestran modestos resultados en cuanto a eficacia a corto plazo frente a otras alternativas y se cuenta con una pobre evidencia a largo plazo. Sin embargo, se ha detallado mayor evidencia de eficacia en tratamientos integrales (medicina, psicología, terapia física y otros profesionales de la salud) (Turk *et al.*, 2011; Morley, Williams y Eccleston, 2013).

Finalmente, para líneas futuras de investigación se hace indispensable aproximarse al conocimiento del tema con diseños metodológicos coherentes con el concepto en cuestión que, además de permitir la caracterización de la población en situaciones específicas, posibilite el establecimiento relaciones que den lugar a la obtención de evidencia y enmarquen la aproximación a las intervenciones psicológicas eficaces frente al dolor crónico.

Se debe señalar, de igual manera, que el presente estudio evidencia varias limitaciones, principalmente de tipo metodológico, debido a la dificultad para acceder a un gran número de artículos de investigación que no se encuentran disponibles al público. De esta forma, este estudio constituye un artículo de revisión y no una revisión sistemática, que si bien no permite realizar generalizaciones da lugar a múltiples reflexiones, una mirada al panorama de la investigación actual en creencias y dolor crónico, y señala la necesidad de darle continuidad a la investigación en dicho tema.

Achury, D. (2008) Dolor: la verdadera realidad. Vol.8, núm. 2 octubre, 2008, pp. 146-158. Universidad de La Sabana. Colombia.

Almendro, M., Clariana, S., Hernández, S., Rodríguez, C., Camarero, B. & Del Río, T. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 31(2), 213-227.

American Chronic Pain Association ACPA (2013) Chronic Pain Medication & Treatment. American Chronic Pain Association, Inc. Rocklin, CA

Anarte, M., Camacho, L. (2001). Importancia de las creencias en la modulación del dolor crónico: concepto y evaluación. Apunt Psicol. 2001; 19:453-70.

Anarte, M., Camacho, L. (2003). Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con Dolor crónico. Psicothema, año/vol. 15 número 003 pp. 464-470. Universidad de Oviedo España.

Anarte, M., Esteve, R., López, A. Ramírez, C., Camacho, L. (2001). El rol de las cogniciones en la modulación del dolor: evaluación de creencias en pacientes con dolor crónico. Revista Española de Neuropsicología 3, 4:46-62 2001.

Anrubia, E. (2007). Casimiro, C., Cayuela, A., Alviria, R., Grimaldi, N., Garay, J. *Filosofías del dolor y la muerte*. Editorial Comares: Granada

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol 35 No.2. Universidad Nacional de Colombia.

Baetz, M., Bowen, R. (2008). Chronic pain and fatigue: Associations with religion and spirituality. Pain Res Manage Vol 13 No 5 September/October 2008; 15(5): 383-388.

Camargo, D. Jiménez, J. Archila, E. Villamizar, M. (2004). El dolor: una perspectiva epidemiológica. Salud UIS 2004;36:2-13.

Cardona, J., Hernández, A. León, V. (2014). Validez, fiabilidad y consistencia interna de tres instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud en personas con fibromialgia, Colombia. *Revista Colombiana de Reumatología*, 21(2), 57-64.

Casals, M., Samper, D. (2004) Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 11: 260-269, 2004.

Cué, M., Oramas, J., Síntesis de información y artículos de revisión. *Acimed* 2008; 17(2).

De Góes, M., de Mattos, C. (2007). Dor crônica e a crença de auto-eficácia/ El dolor crónico y la creencia de la auto-eficacia. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(1):135-40.

DeGood, D.E., Shutty, M.S. (1992). Assessment of pain beliefs, coping and self-efficacy. En Turk D.C. y Melzack R. *Handbook of pain assessment*. Nueva York: The Guilford Press.

Díaz, R., Marulanda, F., Saenz, X. (2009) Estudio epidemiológico del dolor crónico en Caldas, Colombia (Estudio DOLCA) *Acta Médica Colombiana*, vol. 34, núm. 3, julio- septiembre, 2009, pp. 96-102 Asociación Colombiana de Medicina Interna Colombia.

Esteve R., Ramirez, C. (2003). *El desafío del dolor crónico*. Malaga: Ediciones Aljibe.

Esteve, Ramírez y López, (2004). Índices generales versus específicos en la evaluación del afrontamiento al dolor crónico. *Universidad de Málaga Psychothema*. Vol. 16, no 3, pp. 421- 428.

García-Campayo, J., Rodero, B., Alda, M., Sobradíel, N., Montero, J. y Moreno, S. (2008). Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina Clínica*, 131(13), 487-492.

González, M. (2014). Dolor Crónico y Psicología: Actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 25(4), 610-617

González-Ramírez, M. y Landero-Hernández, R. (2010). Evaluación del estrés y el impacto de la fibromialgia después de auto aplicar técnicas cognitivo-conductuales. *Psicología desde el Caribe*, (26). 119-141

González, J., Barutell, C., Camba, A., Contreras, D., Muriel, C., Rodríguez, M. (2009) Creencias, actitudes y percepciones de médicos, farmacéuticos y pacientes acerca de la evaluación y el tratamiento del dolor crónico no oncológico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009; 16(1):7-20.

Güell, M.R. Morante, F. (2007). Conceptos generales. Manual Separ de Procedimientos. Herramientas para la medida de la calidad de vida relacionada con la salud. Publicaciones Permanyer. Novartis.

Guerrero, A. y Gómez, M. (2014). VIII Estudio Nacional de Dolor PREVALENCIA DEL DOLOR CRONICO EN COLOMBIA. Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor.

Infante, P. (2002) Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico. Universitat Autònoma de Barcelona Facultat de Psicologia. Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social.

Jensen, M. Turner, J. Romano, J. (2007). Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning *PAIN* Volume 131, Issue 1 , Pages 38-47, September 2007 International Association for the Study of Pain. IASP.

Kurita, G.P., de Mattos, C.A., (2004) Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38(3):254-61.

Lazarus, R. (1999) Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. En: Emociones y valoración, Manejo. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer

Lazarus, R, Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Londoño, C. Contreras F. Delgadillo G. Tobón, S. Vinaccia, S. (2005). Barreras para el manejo efectivo del dolor crónico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Volumen 10, Número 1, pp. 25-31. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología.

López, A., Montorio, I., Fernández, M. (2010). El papel de las variables cognitivo- conductuales y sensoriales en la predicción de la capacidad funcional y la interferencia en la actividad en una muestra de personas mayores con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2010; 17(2):78-88. López, F. Definición y Clasificación del dolor. *Anestesiología-Reanimación y Clínica del Dolor*. Hospital Clínico San Carlos: Madrid

Lugo, L., García, H., Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 37-50.

Martín, M., Pastor, M.A., Rodríguez, J., March, M.J., Lledó A., López, S., Terol M.C. (1999) Percepción de autoeficacia en dolor crónico adaptación y validación de la Chronic Pain Selfefficacy Scale. *Revista de Psicología de la Salud*, 11(1-2).

Miró,(2003). *Dolor crónico procesos de evaluación e intervención psicológica*. Editorial Descleé: Bilbao

Moix J. (2005) Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología* 2005, vol. 36, no 1, 37-60. Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona.

Moix, J., Casado, M. (2011). *Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico*. *Clínica y Salud*. 22(1), 41-50.

Morley, S., Williams, A., Eccleston, E. (2013). Examining the evidence about psychological treatments for chronic pain: Time for a paradigm shift?. *International Association for the Study of Pain*. Published by Elsevier B.V.

Morrison, V. Bennett, P. (2006). *Psicología de la Salud*. Pearson, Prentice Hall.

Murray, Marles, Evans, Willig, Woodmall, Sykes. (2008). *Psicología de la salud. Teoría investigación y práctica. Manual moderno*.

Obst, J. (2004). *Introducción a la Terapia Cognitiva*. Buenos Aires: CATREC.

Osorio-Noriega, R y Bohórquez, L. (2012). Estudio bibliométrico de las variables cognoscitivas relacionadas con el dolor crónico. *Cuadernos Hispanoamericanos de psicología*, 12(1), 9-22.

Peñarroya, A., Ballús-Creus, C. & Pérez, J. (2011). Diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento, el catastrofismo y el estado de ánimo en función del tiempo de evolución del dolor crónico. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 18(2), 77-83.

Quiceno, J., Vinaccia, S., (2010). Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del illness perception questionnaire. Universidad de San Buenaventura (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, No. 25: Ene-Jun 2010

Ramos M, Romero, E. (2003). Como escribir un artículo de revisión. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina - N° 126 – Abril 2003*.

Rangel, M., Peñarroya, A., Ballús, C., Pérez, J. (2010). Características psicológicas en pacientes con dolor crónico e intensidad del dolor. *Hospital Clínico de Barcelona. Interpsiquis 2010*.

Ruvalcaba, G., Trejo, B. (2013). La terapia psicológica del dolor crónico. *Psicología y Salud*. 19(2), 247-252

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*. 2003, vol.9, n.2, pp. 09-21.

Soriano, J. Monsalve, V. (2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, No. 84, Julio 2005, 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. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. Vol. 12, N.o 1, Enero-Febrero 2005.

Soucase, B. Monsalve, V. Soriano, J. de Andrés, J. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. Vol. 11, N.o 6, Agosto-Septiembre 2004. 353-359.

Suárez, A., Barrera, C. & Díaz, J. (2014). Catastrofización en desórdenes musculoesqueléticos crónicos de mayor prevalencia en Colombia. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 24(1), 125-130.

Torre, F., Martín, J., Callejo, A., Gómez, C., La Torre, S., Esteban, I., Vallejo, R., Arizaga, A. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2: 83-93; 2008.

Truyols, M., Pérez, J., Medinas, M., Palmer, A. & Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio del dolor crónico. *Clínica y Salud*. 19(3), 295-320.

Turk, D., Wilson, H., Cahana, A. (2011). Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet*, Vol 377 June 25, 2011.

Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 318(3), 358-365.

Vinaccia, S., Quiceno, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia: avances de la disciplina*, 6(1), 123-136.

Vinaccia, S., Quiceno, J., Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de psicología*, 2012, vol. 28, no 2 (mayo), 366-377.