

Variables asociadas de malestar psicológico y funcionamiento de personas con dolor crónico

Lami Hernández, María José^{*,a}; Zambolin, María Victoria^a; Carabajal, María José^a

Artículo Original

Resumen

Abstract

Tabla de Contenido

Hasta un 40% de la población adulta mundial padece de dolor crónico, está asociado a malestar significativo, deterioro del funcionamiento y de la calidad de vida. Se tomaron las variables intervinientes en el Miedo-Evitación del dolor y de Flexibilidad Psicológica. Fueron evaluaron 67 personas con dolor crónico, se midió la ansiedad y depresión (HADS), funcionamiento diario (IDF), catastrofización del dolor (PCS), hipervigilancia y conciencia del dolor (PVAQ), aceptación del dolor crónico (CPAQ), inflexibilidad psicológica (PIPS) y mindfulness (FFMI). En los resultados se observan niveles moderados de ansiedad y depresión. Y se analizan las correlaciones entre las variables mencionadas. El funcionamiento en estas pacientes encuentra correlación significativa con la aceptación del dolor y mindfulness. También se observaron relaciones significativas con la depresión y la ansiedad con varias de las variables involucradas en los modelos mencionados. Se discuten los resultados en relación a la práctica de la clínica psicológica.

Variables associated with psychological distress and functioning of people with chronic pain. Up to 40% of the world's adult population suffer from chronic pain. This condition is associated with significant distress, less functioning and quality of life. The aim of the present study is to evaluate the core variables in two psychological models: Fear-Avoidance model and Psychological Flexibility model. 67 people with chronic pain were evaluated, measures of anxiety and depression (HADS), daily functioning (IDF), catastrophization of pain (PCS), hypervigilance and pain awareness (PVAQ), acceptance of the chronic pain (CPAQ), psychological inflexibility (PIPS) and mindfulness (FFMI). The results show moderate levels of anxiety and depression. And the correlations (Pearson's r) between the mentioned variables are analyzed. The functioning in this group of patients is associated with acceptance of pain and mindfulness. Likewise, significant association were found between anxiety and depression and the core variables involved in the abovementioned models. The results are discussed in relation to the psychological practice.

Introducción	39
Método	41
Diseño	41
Participantes	42
Procedimiento e instrumentos	42
Análisis de datos	43
Resultados	43
Discusión	45
Agradecimiento	47
Referencias	47

Palabras clave:

dolor crónico, flexibilidad psicológica, terapia cognitivo-conductual, terapia de aceptación y compromiso.

Keywords:

chronic pain, psychological flexibility, cognitive-behavioral therapy, acceptance and commitment therapy.

Recibido el 08 de septiembre de 2019; Aceptado el 09 de enero de 2020.

Editaron este artículo: Josefina Rubiales, Paula Abate, Sebastián Leonangeli y María Victoria Ortiz

Introducción

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define al dolor agudo como una experiencia sensorial y emocional vivida como desagradable asociada a un daño actual o potencial del tejido (IASP, 1994). Cuando esta experiencia dolorosa continúa más allá de 6 meses, se lo denomina dolor crónico. La prevalencia del dolor crónico de causa no oncológica refiere entre el 2 y el 40% de la

población adulta mundial (Verhaak, Kerssens, & Dekker, 1998). El dolor crónico genera malestar significativo y deterioro en el funcionamiento y en la calidad de vida de las personas que lo padecen (Nugraha et al., 2019). Debido a este hecho, se ha desarrollado gran cantidad de estudios de evaluación de la eficacia de tratamiento multimodales en los que se incluye el abordaje psicológico desde diversas perspectivas. Estos

^a Universidad Católica de Santiago del Estero, Facultad de Ciencias de la Salud. Santiago del Estero, Argentina.

*Enviar correspondencia a: Lami Hernández, M. J.: majolami@msn.com

abordajes están destinados a reducir el sufrimiento y tratar el dolor crónico, aunque los objetivos fueron diversos y los resultados inconsistentes. A pesar de ello, la evidencia científica ha demostrado que el tratamiento psicológico es un abordaje eficaz y efectivo (en términos de costo-beneficio) para personas con dolor crónico (Gatchel & Okifuji, 2006). En este sentido resulta de interés indagar el nivel de malestar vivenciado por estos pacientes, y evaluar si la sintomatología ansioso-depresiva y el funcionamiento diario poseen relación con aspectos psicológicos. De esta manera, resulta necesario explicitar los procesos intervinientes en los modelos teóricos explicativos. Dahl, Wilson, Luciano, y Hayes (2005) resumen tres modelos subyacentes que dan lugar a abordajes diferentes del dolor crónico: medico/patológico, el *Modelo de Miedo y Evitación del Dolor*, que fundamenta a la terapia cognitivo-conductual y el *Modelo de Flexibilidad Psicológica*, que da lugar a la terapia de aceptación y compromiso. Cada uno de estos modelos aporta una mirada a la comprensión del sufrimiento humano y a la forma de abordarlo.

Desde el modelo médico, por un lado, se asume que hay dos tipos de dolor, el dolor de causa física (real), y el dolor psicósomático o de causa psicológica (no real). Se entiende al ser humano como una máquina biológica, donde se puede encontrar la causa patológica que causa el dolor, y arreglarla. En algunos casos este modelo ofrece una respuesta eficaz, sin embargo, en pacientes con dolor crónico esto podría no ser tan lineal. Uno de los primeros estudios en esta dirección (Boos et al., 1995) evaluó pacientes con hernia discales, y se observó que existía una débil correlación entre el daño somático y los síntomas de dolor manifestados por los pacientes; no sólo eso, sino que también se encontró que la hernia de disco era igual de frecuente entre pacientes con lumbalgia y pacientes sin dolor. Se hace evidente que una mirada a los aspectos biológicos exclusivamente no puede responder a una experiencia compleja como el dolor crónico.

Por otro lado, la terapia cognitivo-conductual estándar (TCC) reconoce la influencia de las variables cognitivas, afectivas y conductuales sobre el bienestar y el funcionamiento de los pacientes con dolor crónico. El *Modelo de Miedo y Evitación del dolor* (Vlaeyen & Linton, 2012) destaca la importancia de las interpretaciones catastrofistas de las sensaciones dolorosas,

dichos pensamientos despertarían una respuesta de miedo y ansiedad ante el dolor. Dada esta activación cognitiva, afectiva y fisiológica, la persona generaría una hipervigilancia a los estímulos o sensaciones dolorosas, lo que finalmente llevaría a evitar movimientos y actividades que podrían generar dolor. Este circuito se perpetúa generando mayor dolor, menor movimiento, menor funcionalidad y mayor ansiedad y depresión (para una revisión de evidencia empírica del modelo véase Leeuw et al., 2007). Por ejemplo, recientes estudios en poblaciones con de diversas culturas como Irán y EEUU respectivamente, han enfatizado el rol de la variable catastrofización del dolor. Shaygan y Shaygan (2019) menciona que la catastrofización del dolor media la relación entre el bienestar espiritual y la depresión, habiendo controlado variables sociodemográficas y la intensidad del dolor.

La TCC aborda tanto cambios a nivel conductual (reforzando comportamientos funcionales y disminuyendo el refuerzo negativo de los comportamientos de evitación y escape), como cognitivo (reestructuración cognitiva para los pensamientos catastrofistas, entrenamiento en estilos de afrontamiento activos, entrenamiento en pensamientos positivos y distracción cognitiva). El auge de esta terapia, en complemento con la medicina comportamental, ha llevado a un importante número de estudios aleatorios controlados. Un meta-análisis (Glombiewski et al., 2010) concluye que los pacientes que han recibido TCC mejoran en mayor medida que el grupo en lista de espera o que han recibido otros tipos de tratamiento.

Por último, se presenta el modelo de *Flexibilidad Psicológica (FP)*. Es un modelo de psicopatología basado en la Teoría de los Marcos Relacionales (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001). Dicha teoría da cuenta de la forma en que los seres humanos, a través del lenguaje, somos capaces de relacionar eventos arbitrariamente mediante el entrenamiento y el aprendizaje. Así, la cultura nos ha enseñado que ciertos tipos de pensamientos, emociones, sensaciones son malos o negativos. De dicha evaluación, surge la tendencia de evitar o alterar la forma y la frecuencia de los eventos internos, a lo que llamamos 'evitación experiencial'. Por ejemplo, tratar y esforzarse por evitar el dolor, o los pensamientos relacionados al dolor, tiene como

resultado: 1- justamente lo contrario, es decir trae a la mente esos pensamientos, 2- esos pensamientos están relacionados con recuerdos, preocupaciones o derivaciones lógicas que son en sí mismas dolorosas (Dahl et al., 2005). Por lo que, paradójicamente, el intentar evitar el dolor, aumenta el sufrimiento y otros eventos internos (recuerdos o pensamientos) relacionados al dolor. Dicho de otro modo, aunque en un corto plazo la evitación es reforzada debido a que el pensamiento catastrofista o el dolor en sí mismo disminuyen en frecuencia o intensidad; a largo plazo se relaciona con mayores problemas psicológicos (Gold & Wegner, 1995). Además, este bucle de evitación-aumento del sufrimiento se generaliza y la persona desarrolla mayormente acciones dirigidas a alejarse del dolor estableciéndose patrones de comportamientos rígidos, estrechos y una vida menos valiosa. Estudios en pacientes con fibromialgia australianos reportan que la flexibilidad psicológica y la aceptación explican el 4% de la varianza del funcionamiento en la vida diaria (Trainor, Baranoff, Henke, & Winefield, 2019).

La terapia de aceptación y compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) es al abordaje por excelencia para intentar reducir la evitación experiencial y promover el comportamiento flexible que ponga en contacto a la persona con sus valores. En los últimos años ha aumentado los esfuerzos por evaluar los procesos de cambio fundamentales en ACT para el dolor crónico. En esta línea un estudio ha observado que la variable flexibilidad psicológica explica el 6-27% de la mejoría en funcionamiento y depresión luego de un tratamiento basado en ACT (Scott, Hann, & McCracken, 2016). En éste la flexibilidad psicológica es evaluada a través de la fusión cognitiva, la descentralización, la acción comprometida y la aceptación del dolor, siendo esta última la que manifiesta los cambios más relevantes en el pos-tratamiento. Estos datos también se observan en la implementación de tratamiento virtual publicado por Lin, Klatt, McCracken, y Baumeister (2018) quienes revisan las relaciones de los procesos de cambio de un tratamiento on-line y observan que la flexibilidad psicológica (medida como la aceptación del dolor y las acciones comprometidas) median las mejorías en todas las variables: bienestar físico y mental, calidad de vida relacionada a la salud e intensidad del dolor.

Dahl et al. (2005) destacan que en ACT el paciente es invitado a observar su experiencia de dolor y su tendencia a controlarla, y que pueda evaluar si ese control, ha sido útil en el largo plazo. ACT persigue desligar la relación arbitraria fosilizada entre ciertos pensamientos, emociones o sensaciones corporales negativas con respuestas conductuales disfuncionales, inadecuadas o negativas. La agenda de control construida en base al lenguaje, es desafiada frente las contingencias contextuales, y en última instancia se busca que la persona pueda elegir la dirección hacia una vida valiosa. La evidencia empírica respecto a la mejoría en pacientes con dolor crónico utilizando ACT ha crecido enormemente en los últimos años, actualmente es considerada una terapia con “fuerte evidencia empírica” por la Asociación Americana de Psicología (por sus siglas en inglés, APA, 2014).

A pesar de la cantidad de evidencia existente que revela la importancia de los aspectos cognitivo afectivos asociados a la experiencia del dolor crónico, no se ha encontrado estudios en nuestro contexto (Santiago del Estero, Argentina) que mida y evalúe las variables intervinientes en los principales modelos explicativos y terapéuticos en pacientes que padecen dolor crónico. Es por ello, que el presente trabajo posee como objetivo responder a los interrogantes: ¿cuál es el nivel de malestar (ansiedad y depresión) y nivel de funcionamiento en las actividades de la vida diaria de personas que padecen patologías que cursan con dolor crónico?, ¿qué variables identificadas en el Modelo de Miedo y Evitación del dolor y de Flexibilidad Psicológica se asocian a mayor malestar psicológico y menor funcionamiento en estos pacientes? Se podría esperar que las variables involucradas en el bucle de cronicidad del dolor, tales como catastrofización del dolor e hipervigilancia al dolor, se relacionen con mayores niveles de malestar y menor funcionamiento. Y las variables asociadas a la flexibilidad psicológica, como aceptación del dolor, conciencia plena y defusión cognitiva se relacionen con mejor funcionamiento diario, aunque no necesariamente con menores niveles de malestar psicológico.

Método

Diseño

Para cumplir con el objetivo de investigación se utiliza un diseño de corte transversal y

descriptivo-correlacional según la clasificación de León y Montero (2007).

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 67 personas, promedio de edad de 52.8 años ($DE = 11.93$), que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: 1) edad comprendida entre 18 y 70 años, 2) haber recibido el diagnóstico de artritis, artrosis, fibromialgia u otras, y 3) ausencia de otras enfermedades médicas de importancia (incluyendo obesidad, embarazo, cáncer, etc.), o trastornos psicológicos graves como trastornos psicóticos, depresión con ideación suicida o abuso de sustancias. El tipo de muestreo fue intencional no probabilístico, los pacientes fueron invitados a participar por sus médicos reumatólogos (quienes desempeñan su práctica tanto en consultorios privados como en públicos) o desde la Asociación de Artritis Reumatoide. Los médicos y referentes de la Asociación facilitaron el número de contacto para que el equipo de investigación se comunicara con los potenciales participantes. Todos residían en la Ciudad Capital o La Banda de Santiago del Estero, Argentina.

La muestra quedó conformada por 38 (56.7%) pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, 17 (25.45%) con fibromialgia, 7 (10.4%) con artrosis y 5 (7.5%) con dolor crónico sin diagnóstico específico. En la [Tabla 1](#) se muestran las características de la muestra:

Tabla 1
Características de la muestra

	N (%)
Género	
Mujer	64 (95)
Varón	3 (5)
Estado civil	
Casada	30 (45.5)
Soltera	14 (21)
Separada/divorciada	14 (21)
Viuda	8 (12.5)
Nivel de estudios	
Primaria	12 (17.9)
Secundaria	32 (47.8)
Formación profesional/Universitario	23 (34.3)
Situación laboral	
Estudiante	1 (1.5)
Trabajador activo	27 (40.3)

Jubilada/pensionada	20 (29.8)
Desempleada	13 (19.4)
Baja laboral	6 (9)

Procedimientos e instrumentos

Se confeccionó un cuadernillo de evaluación con el objetivo de recabar información sobre las variables sociodemográficas y cognitivas-afectivas en estudio mediante instrumentos de auto-informe. Los participantes fueron contactados telefónicamente para una entrevista personal e individual. Las entrevistas se llevaron a cabo por Lic. en psicología con el objetivo de informar y responder cualquier duda sobre su participación en el estudio y evaluar si cumplían los criterios de inclusión. Todos los participantes ofrecieron su consentimiento informado antes de responder los cuestionarios. Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS, adaptación española de [Caro & Ibáñez, 1992](#)). Explora la presencia y gravedad de problemas de ansiedad y depresión en medios no psiquiátricos. Esta escala consta de 14 ítems valorados en un rango de 0 a 3. Los ítems se agrupan en dos escalas separadas: depresión y ansiedad. Ambas subescalas muestran adecuados niveles de fiabilidad ($\alpha = .80$ para la ansiedad, y $\alpha = .85$ para depresión) y adecuados valores de validez criterio.

Inventario de Deterioro y Funcionamiento (IDF, [Ramírez-Maestre & Valdivia-Velasco, 2003](#)). Es un cuestionario elaborado especialmente para personas con dolor crónico compuesto por 19 ítems agrupados en 4 escalas: tareas dentro y fuera del hogar (5 ítems), funcionamiento autónomo (4 ítems), actividades sociales (5 ítems) y actividades recreativas (5 ítems). Muestran los siguientes niveles de confiabilidad en la escala de funcionamiento total ($\alpha = .76$); la subescala de tareas del hogar, ($\alpha = .89$); funcionamiento autónomo ($\alpha = .60$), actividades sociales ($\alpha = .62$) actividades recreativas ($\alpha = .64$).

Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico (CPAQ, adaptación española de [Rodero, García-Campayo, Casanueva, & Luciano, 2010](#)). Explora a través de 20 ítems el compromiso con las actividades y la aceptación/disposición del dolor, ambos factores conforman la puntuación total de aceptación. Los ítems se valoran en una escala numérica comprendida entre 0 ("nunca cierta") y 6 ("siempre cierta"). La adaptación

española muestra una adecuada validez concurrente, buen nivel de consistencia interna ($\alpha = .83$) y la estructura factorial confirma la original de dos factores.

Escala de Catastrofización del Dolor (PCS, Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995). Incluye 13 ítems que evalúan las cogniciones catastrofistas acerca del dolor mediante tres subescalas: rumiación, magnificación e indefensión/desesperanza ante el dolor. Los ítems se responden según una escala comprendida entre 0 (“nada en absoluto”) y 4 (“todo el tiempo”). La adaptación española de la escala presentó la misma estructura factorial de tres factores descriptos originalmente, así como una adecuada consistencia interna ($\alpha = .79$) y fiabilidad test-retest (coeficiente de correlación intra-clase = .84) (García-Campayo et al., 2008).

Escala de Vigilancia y Conciencia del Dolor (PVAQ, McCracken, 1997). Examina la atención al dolor y la atención a los cambios del dolor, a través de 16 ítems de respuesta de escala numérica que va de 0 (“nunca”) a 5 (“siempre”). Para el presente estudio se utiliza la puntuación total de la versión española que ha mostrado adecuados niveles de consistencia interna ($\alpha = .82$) así como validez convergente y discriminante (Martínez et al., 2014).

Escala de inflexibilidad Psicológica en el dolor (PIPS, adaptación al español realizada por Rodero et al., 2013). Este instrumento evalúa a través de 12 reactivos, dos componentes de la inflexibilidad psicológica: evitación (8 ítems) y fusión cognitiva (4 ítems). Posee una escala de respuesta numérica desde 1 (“nunca cierta”) a 7 (“siempre cierta”). La traducción y adaptación al español mostró altos valores de consistencia interna ($\alpha = .90$), así como adecuados niveles de confiabilidad test-re test (correlación intra-clase = .97) y validez criterio en una muestra de personas con fibromialgia. Este equipo de investigación realizó análisis de las propiedades psicométricas observándose un $\alpha = .87$ y adecuados niveles de validez concurrente (Lami, Zambolin, & McCracken, 2019).

Cuestionario de las cinco facetas de la Conciencia Plena (FFMQ, Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006). La versión en español consta de 39 ítems de respuesta tipo Likert desde 1 (“nunca”) a 5 (“siempre”). Mide las 5 facetas: observar, describir, no enjuiciar, no reactividad a la experiencia interna y actuar conscientemente. En este estudio se utiliza la

puntuación total del instrumento. La adaptación española muestra adecuada consistencia interna de la escala total ($\alpha = .88$) y adecuada validez concurrente (Cebolla et al., 2012).

Análisis de datos

Se analizan las variables según los estadísticos descriptivos (media, desvío estándar y valores mínimos y máximos). Se realiza análisis de correlación bivariada, utilizando el estadístico de Pearson (r), con el objetivo de indagar sobre las relaciones entre la aceptación del dolor crónico, inflexibilidad psicología, catastrofización del dolor (y sus subescalas), hipervigilancia al dolor, y mindfulness con el nivel de funcionamiento y síntomas de ansiedad y depresión. El nivel de confianza se estimó al 99 y 99.9%.

Resultados

En la [Tabla 2](#) se muestran los resultados de media y desvío estándar de los participantes en cuanto a su de funcionamiento total y subescalas (IDF), ansiedad y depresión (HADS), aceptación del dolor y sus subescalas (CPAQ), catastrofización del dolor (PCS), hipervigilancia y conciencia al dolor (PVAQ), inflexibilidad psicológica y sus subescalas (PIPS) y mindfulness (FFMI). Se utilizan los estadísticos de dispersión para obtener una visualización de alcance descriptivo de las variables evaluadas.

Con el objetivo de responder a la pregunta sobre qué variables se relacionan con un mejor funcionamiento y menores niveles de malestar psicológico, se realiza el análisis de correlación. Los resultados utilizando el estadístico r de Pearson para el total de la muestra ($n = 67$) se muestran en la [Tabla 3](#). Se incluyen los análisis que permiten observar las correlaciones significativas y no significativas entre las variables cognitivo-afectivas que son clave del modelo de Miedo y Evitación al Dolor y el modelo de Flexibilidad Psicológica.

Con respecto a la medida de funcionamiento, teniendo en cuenta la escala total, se observa que la aceptación del dolor ($r = .39$; $p \leq .001$) y la capacidad mindfulness ($r = .40$; $p \leq .001$) se relacionan significativamente con un mejor funcionamiento. Por el contrario, la subescala indefensión ($r = -.32$; $p \leq .001$) y evitación ($r = -.34$; $p \leq .001$) correlaciona negativamente con el funcionamiento total.

Tabla 2.

Estadísticos descriptivos (media, DE y rango de medidas) de las variables estudiadas (n=67)

<i>Variables</i>	<i>M (DE)</i>	Min	Max
Funcionamiento Total (IDF)	12.43 (3.24)	5	18
Tareas del Hogar (IDF)	4.28 (1.05)	1	5
Funcionamiento Autónomo (IDF)	2.37 (0.94)	0	4
Actividades Sociales (IDF)	3.20 (1.31)	0	5
Actividades Recreativas (IDF)	2.56 (1.54)	0	5
Ansiedad (HADS)	8.75 (4.65)	0	18
Depresión (HADS)	7.00 (4.18)	1	18
Compromiso con actividades (CPAQ)	35.76 (14.04)	0	66
Aceptación del dolor (CPAQ)	20.97 (11.95)	3	49
Aceptación- Total (CPAQ)	55.72 (17.08)	6	90
Rumiación (PCS)	8.52 (4.53)	0	16
Magnificación (PCS)	4.42 (3.39)	0	12
Indefensión (PCS)	8.10 (5.90)	0	22
Catastrofización- Total (PCS)	20.85 (12.41)	0	50
Hipervigilancia al dolor -Total (PVAQ)	48.3 (18.16)	7	75
Evitación (PIPS)	31.05 (13.26)	9	56
Fusión cognitiva (PIPS)	20.06 (5.83)	4	28
Inflexibilidad Psicológica – Total (PIPS)	51.37 (17.51)	17	84
Mindfulness (FFMI)	126.53 (16.14)	88	169

Tabla 3

Resultados de las correlaciones entre las variables estudiadas

<i>Variables</i>	Funcionamiento Total	Tareas del Hogar	Funcionamiento Autónomo	Actividades Sociales	Actividades Recreativas	Ansiedad (HADS)	Depresión (HADS)
Compromiso con actividades (CPAQ)	.33	.34**	-.005	.23	.27*	-.17	-.38**
Aceptación del dolor (CPAQ)	.15	.16	-.01	.25*	.01	-.30*	-.36**
Aceptación- Total (CPAQ)	.39**	.43**	-.01	.32**	.26*	-.33**	-.53**
Rumiación (PCS)	-.09	-.06	.02	-.26*	.04	.43**	.40**
Magnificación (PCS)	-.20	-.08	-.09	-.32**	-.06	.51**	.53**
Indefensión (PCS)	-.32**	-.16	-.02	-.47**	-.16	.63**	.70**
Catastrofización- Total (PCS)	-.23	-.13	-.02	-.38**	-.07	.59**	.60**
Hipervigilancia al dolor -Total (PVAQ)	-.23	-.23	-.01	-.26*	-.10	.36**	.38**
Evitación (PIPS)	-.34**	-.18	.001	-.41**	-.24*	.46**	.59**
Fusión cognitiva (PIPS)	.01	-.10	.22	-.10	.03	.20	.25*
Inflexibilidad Psicológica – Total (PIPS)	-.24	-.16	.08	-.34**	-.16	.43**	.54**
Mindfulness (FFMI)	.40**	.06	.32**	.35**	.29*	-.38**	-.47**

Nota. * $p \leq .01$; ** $p \leq .001$

Asimismo, se realiza un análisis de las subescalas del funcionamiento, en este sentido se observa que las tareas del hogar se relacionan positivamente con la aceptación total ($r = .43$; $p \leq .001$) y la subescala compromiso con las actividades ($r = .33$; $p \leq .001$); el funcionamiento

autónomo sólo se relaciona con la habilidad *mindfulness* ($r = .32$; $p \leq .001$); las actividades sociales se relacionan con la aceptación total ($r = .32$; $p \leq .001$) y la subescala disposición al dolor ($r = .25$; $p \leq .01$), y de manera negativa con la rumiación ($r = -.26$; $p \leq .01$), la magnificación ($r = -.32$; $p \leq .001$), indefensión ($r = -.47$; $p \leq .001$), la catastrofización total ($r = -.38$; $p \leq .001$), la hipervigilancia y conciencia al dolor ($r = -.26$; $p \leq .01$), la evitación ($r = -.41$; $p \leq .001$) y la inflexibilidad psicológica ($r = -.34$; $p \leq .001$). La mayor cantidad de correlaciones significativas se observa en la subescala de actividades sociales del funcionamiento total, que hace referencia a las actividades de ocio que se realizan en contacto con otras personas.

En cuanto a los síntomas de ansiedad y depresión, también se observan correlaciones significativas con las variables evaluadas de ambos modelos.

En cuanto a las variables de Flexibilidad Psicológica, se destaca la correlación significativa entre la aceptación de dolor y menores niveles de ansiedad ($r = .33$) y depresión ($r = -.53$; ambos $p \leq .001$). Y por el contrario, tanto la inflexibilidad psicológica (escala total), como la capacidad *mindfulness* se relaciona negativamente con la ansiedad ($r = .43$ y $r = -.38$; respectivamente) y la depresión ($r = .54$; y $r = -.47$; respectivamente, todas $p \leq .001$).

En cuanto a las variables involucradas en el modelo de Miedo y Evitación del Dolor, la catastrofización del dolor (escala total) muestra correlación significativa con mayor intensidad de síntomas ansiosos ($r = .59$; $p \leq .001$) y depresivos ($r = .60$; $p \leq .001$). En cuanto a la hipervigilancia y conciencia al dolor también se observaron relaciones significativas con la ansiedad ($r = .36$; $p \leq .001$) y depresión ($r = .38$; $p \leq .001$).

Discusión

Existen diversos estudios que muestran la relación de estas variables claves con el malestar psicológico y el funcionamiento en personas con dolor crónico (Leeuw et al., 2007; Thompson & McCracken, 2011). Sin embargo, este es el primer estudio que evalúa la catastrofización, la hipervigilancia al dolor, la aceptación, la inflexibilidad psicológica y *mindfulness* en personas con diagnóstico de dolor crónico en el norte de Argentina. Por lo que, no sólo se estima

como una evaluación empírica de los niveles de estos constructos en nuestro medio, sino que además resulta interesante observar cómo dichas variables conservan la asociación con los síntomas de ansiedad y depresión y el funcionamiento diario de estos pacientes en diversos contextos.

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo donde se observa que el nivel de afección relacionados a sintomatología ansioso-depresiva en esta muestra se encuentra por debajo de los puntos de corte observados en muestras españolas por ejemplo con fibromialgia utilizando el HADS (Cabrera-Perona, Terol-Cantero, Núñez Núñez, & Pastor Mira, 2012). El mencionado estudio encuentra niveles significativos de ansiedad (con una sensibilidad mayor al 70%) en puntuaciones mayores a 12 en la subescala de ansiedad y a 10 en depresión.

Sin embargo, como era esperable, los niveles de ansiedad y depresión en nuestra muestra son clínicamente moderados si lo comparamos con población adulta sana (con puntos de corte entre 8-12 para ansiedad y 5-10 para depresión, para una revisión sobre el uso del HADS véase Terol-Cantero, Cabrera-Perona, & Martín-Aragón, 2015). Retomando la pregunta de la presente investigación, se podría decir que esta muestra manifiesta malestar ansioso depresivo moderado.

En cuanto a la relación entre las variables cognitivo-efectivas y la ansiedad y depresión, en esta muestra se puede observar que todas (excepto la subescala compromiso con las actividades del CPAQ y fusión cognitiva del PIPS con la ansiedad) se asocian al malestar psicológico.

Como se ha demostrado en estudios previos, aquí se observa relación significativa positiva entre la catastrofización y la hipervigilancia del dolor (Quartana, Campbell, & Edwards, 2009), la inflexibilidad psicológica (Trompetter, Bohlmeijer, Fox, & Schreurs, 2015) con la ansiedad y depresión. Y una relación negativa significativa entre el malestar psicológico y la aceptación del dolor y el *mindfulness*, también observado en estudios previos (Thompson & McCracken, 2011). Estos tres procesos psicológicos (aceptación, inflexibilidad psicológica y *mindfulness*) poseen aristas en común, forman parte del modelo de FP y entender el modo en el que se relacionan influirá en la práctica clínica psicológica como procesos claves para el cambio.

La inflexibilidad psicológica, como se ha medido en el presente estudio, está compuesta por dos aspectos, evitación (refiere a la tendencia a alejarse de actividades importantes en respuesta a las sensaciones de dolor o en torno a pensamientos asociados a éste) y fusión cognitiva (define la incapacidad de tomar distancia con las palabras, pensamientos o emociones). La aceptación del dolor se refiere a la apertura y disposición a estar con el dolor, sin intentar evitarlo, eliminarlo o cambiarlo.

Desde el modelo de FP se plantea que la ansiedad y la depresión resultan de manera intensa como un 'sufrimiento sucio' devenido de la poca disposición para vivenciar con actitud de no juzgar la experiencia de dolor, así como los pensamientos fusionados asociados a éste (McCracken, 2005). Es decir, desde este modelo se plantea que no es necesario disminuir o eliminar el malestar (ansiedad y depresión) para lograr vivir una vida plena (Dahl et al., 2005). De esta manera lo plantea la hipótesis de este estudio, aunque se ve refutada ante los datos de esta investigación, ya que si se observan correlaciones significativas entre variables cognitivo-afectivas del modelo de FP y el malestar.

Con respecto al funcionamiento (escala total) de estos pacientes se observa una relación positiva significativa con la aceptación al dolor y mindfulness. Estos resultados son coherentes con estudios recientes que observan relación entre la aceptación y el funcionamiento en pacientes con fibromialgia (Trainor et al., 2019) y la aceptación como mediadora entre el dolor y la discapacidad en pacientes con artritis reumatoide (Costa, Pinto-Gouveia, & Marôco, 2019). Esta asociación tiene que ver, según algunos autores (Costa et al., 2019; Desrosiers, Vine, Curtiss, & Klemanski, 2014) con la cualidad libre de juicios que se entrena a través del mindfulness y la aceptación, que permite a las personas realizar acciones flexibles y funcionales en independencia de sus eventos internos, en este caso relacionados al dolor.

Por el lado contrario, en este estudio se observa relación indirecta significativa entre la subescala indefensión de la catastrofización y la subescala evitación de la inflexibilidad psicológica, variables involucradas en los modelos mencionados. En este sentido Ramírez-Maestre, Esteve, Ruiz-Párraga, Gómez y López-Martínez

(2016) observaron en una muestra española de dolor crónico relación entre la catastrofización y la discapacidad y el proceso de cronicidad después de un episodio de dolor agudo. Asimismo, refieren que existe evidencia suficiente para identificar la catastrofización del dolor como una variable clave en el desarrollo de la discapacidad en el dolor crónico, en línea con la hipótesis de la presente investigación. Desde ACT para la magnificación y la indefensión se entrenaría en defusión y descentralización. Para la rumiación serían útiles las prácticas formales e informales de mindfulness, dado que se ha visto que las intervenciones basadas en mindfulness en pacientes con dolor crónico se muestran eficaces ya que principalmente intervienen sobre la rumiación y la evitación (Chiesa, Anselmi, & Serretti, 2014). Por lo que resulta relevante poder medir estas variables y poder intervenir directamente sobre ellas en un tratamiento multidisciplinario.

En resumen, se observa que tanto las variables claves desde el modelo de Miedo y Evitación del dolor, como del modelo de Flexibilidad Psicológica encuentran sustento empírico en su relación con el malestar psicológico y el funcionamiento diario de las personas con dolor crónico, ratificando parcialmente las hipótesis de este estudio. Por lo que los datos recabados aunque preliminares, ofrecen evidencia empírica para continuar analizando en profundidad las relaciones entre estas variables en nuestro contexto. Tener valores de referencia en cuanto a los aspectos cognitivos en nuestro medio servirá para realizar una atención y derivación temprana en personas con dolor crónico de riesgo para desarrollar el síndrome de desuso (consecuencia extrema de la evitación del movimiento), depresión y ansiedad. Sin embargo, es necesario análisis de sensibilidad y especificidad con muestras más amplias para puntos de corte que sirvan de cribado fácil y rápido.

En el presente trabajo no se han realizado análisis de relación entre estas variables psicoafectivas de ambos modelos, sin embargo, podría evaluarse el modo en que éstas se relacionan en términos de moderación, mediación o cualidad explicativa del sufrimiento humano. Aún así, para que estos avances se vean reflejados en la práctica clínica y desde una aproximación multidisciplinaria es necesario realizar estudios de

eficacia específicos.

Cabe mencionar que los instrumentos utilizados han sido validados al idioma español mayormente en muestras en España, por lo que se podría considerar que mantienen sus propiedades psicométricas en este contexto, debido a que han sido tradicionalmente utilizadas también en otros países. Aunque plantea una dificultad en la evaluación psicológica en nuestro medio, este no es el principal obstáculo que se presenta al medir desde el modelo de Flexibilidad Psicológica. Este modelo es contextual, por lo que requiere un análisis ideográfico y funcional que se deben definir en términos conductuales (incluyendo la conducta verbal) (McCracken, 2005).

Por último, si bien es necesario un trabajo de investigación permanente en este campo más aun en nuestro medio, el presente estudio resulta de una aproximación para la evaluación, medición y evidencia empírica de modelos psicopatológicos con relevancia clínica que actualmente se encuentran discusión a nivel mundial.

Agradecimientos

La presente investigación es financiada por la Secretaria de Ciencia y Técnica (SeCyT) Resolución N° 249/2017 a través de la Universidad Católica de Santiago del Estero.

Referencias

- American Psychological Association, APA (2014). *Society of Clinical Psychology division 12 of the APA*. Recuperado de: <https://www.div12.org/diagnosis/chronic-or-persistent-pain-in-general-including-numerous-conditions/>
- Asociación Internacional para el Estudio del Dolor [International Association for the Study of Pain, IASP] (1994). Education: terminology. Recuperado de: <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576#Pain>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. doi: 10.1177/1073191105283504
- Boos, N., Reider, R., Shcade, V., Spratt, K., Sammer, N., & Aebi, M. (1995). The diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging, work perception and psychosocial factors in identifying symptomatic disc herniation. *Spine*, 20(24), 2613-2625. doi: 10.1097/00007632-199512150-00002
- Cabrera-Perona, V., Terol-Cantero, M. C., Núñez Núñez, R., & Pastor Mira, M. A. (2012). *Adecuación del HAD para población con Fibromialgia*. Póster presentado en el IX Congreso Internacional de la Sociedad Española de Ansiedad y Estrés. Valencia, España.
- Caro, I., & Ibáñez, E. (1992). La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Su utilización práctica en Psicología de la Salud. *Boletín de Psicología*, 36(3), 43-69. doi: 10.4067/S0718-48082015000300003
- Caro, A., Garcia-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118-126. doi: 10.4321/S0213-61632012000200005
- Cebolla, A., Garcia-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118-126. doi: 10.4321/S0213-61632012000200005
- Chiesa, A., Anselmi, R., & Serretti, A. (2014). Psychological Mechanisms of Mindfulness-Based Interventions What Do We Know. *Holistic Nursing Practice*, 28(2), 124-148. doi: 10.1097/HNP.0000000000000017
- Costa, J., Pinto-Gouveia, J., & Marôco, J. (2019). Chronic pain experience on depression and physical disability: The importance of acceptance and mindfulness-based processes in a sample with rheumatoid arthritis. *Journal of Health Psychology*, 24(2), 153-165. doi: 10.1177/1359105316649785
- Dahl, J., Wilson, K., Luciano, C., & Hayes, S. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain*. Reno: New Harbinger Publications.
- Desrosiers, A., Vine, V., Curtiss, J., & Klemanski, D. H. (2014). Observing nonreactively: A conditional process model linking mindfulness facets, cognitive emotion regulation strategies, and depression and anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 165, 31-37. doi: 10.1016/j.jad.2014.04.024
- García-Campayo, J., Rodero, B., Alda, M., Sobradie, N., Montero, J., & Moreno, S. (2008). Validación de la versión española de la escala de catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina Clínica*, 131(13), 487-492. doi: 10.1157/13127277
- Gatchel, R., & Okifuji, A. (2006). Evidence-based scientific data documenting the treatment and cost-effectiveness of comprehensive pain programs for chronic non-malignant pain. *Journal of Pain*, 7(11), 779-793. doi: 10.1016/j.jpain.2006.08.005
- Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J.,

- Koenig, K., Rief, W., & Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain, 151*(2), 280-295. doi: 10.1016/j.pain.2010.06.011.
- Gold, D., & Wegner, D. (1995). Origins of ruminating thought: Trauma, incompleteness, nondisclosure, and suppression. *Journal of Applied Social Psychology, 25*(14), 1245-1261. doi: 10.1111/j.1559-1816.1995.tb02617.x
- Hayes, S., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A post Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Lami, M. J., Zambolin, M. V., & McCracken, L. (2019). *Preliminary validation of Argentinian version of the Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS) in a chronic pain sample*. Trabajo presentado en World Conference 17 of Association of Contextual Behavioral Science. Dublin, Irlanda.
- Leeuw, M., Goossens, M. E., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K., & Vlaeyen, J. W. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: Current state of scientific evidence. *Journal of Behavioural Medicine, 30*(1), 77-94. doi: 10.1007/s10865-006-9085-0
- León, I., & Montero, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*(3), 847-862.
- Lin, J. X., Klatt, L. I., McCracken, L. M., & Baumeister, H. (2018). Psychological flexibility mediates the effect of an online-based acceptance and commitment therapy for chronic pain: an investigation of change processes. *Pain, 159*(4), 663-672. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001134
- Martínez, M. P., Miró, E., Sánchez, A. I., Lami, M. J., Prados, G., & Ávila, D. (2014). Spanish Version of the Pain Vigilance and Awareness Questionnaire: Psychometric Properties in a Sample of Women with Fibromyalgia. *Spanish Journal of Psychology, 17*, 1-8. doi: 10.1017/sjp.2014.108
- McCracken, L. M. (1997). "Attention" to pain in persons with chronic pain: A behavioural approach. *Behaviour Therapy, 28*(2), 271-284.
- McCracken, L. M. (2005). *Contextual Cognitive-Behavioural Therapy for chronic pain, Progress in pain research and management*. Seattle: IASP Press [International Association for the Study of Pain].
- Nugraha, B., Gutenbrunner, C., Barke, A., Karst, M., Schiller, J., Schäfer, P., ... IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Functioning properties of chronic pain. *Pain, 160*(1), 88-94. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001433
- Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: A critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics, 9*(5), 745-758. doi: 10.1586/ERN.09.34
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., Ruiz-Párraga, G. T., Gómez, L., & López-Martínez, A. (2016). The Key Role of Pain Catastrophizing in the Disability of Patients with Acute Back Pain. *International Journal of Behavioural Medicine, 24*(2), 239-248. doi: 10.1007/s12529-016-9600-9
- Ramírez-Maestre, R., & Valdivia-Velasco, A. (2003). Evaluación del funcionamiento diario en pacientes con dolor crónico. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 11*(2), 283-291.
- Rodero, B., García-Campayo, J., Casanueva, B., & Luciano, J. (2010). Validation of the Spanish version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) for the assessment of acceptance in fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes, 8*, 37-47. doi: 10.1186/1477-7525-8-37
- Rodero, B., Pereira, J. P., Pérez-Yus, M. C., Casanueva, B., Serrano-Blanco, A., Rodrigues da Cunha Ribeiro, M., Luciano, J. V., & Garcia-Campayo, J. (2013). Validation of a Spanish version of the psychological inflexibility in pain scale (PIPS) and an evaluation of its relation with acceptance of pain and mindfulness in sample of persons with fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes, 11*, 62-72. doi: 10.1186/1477-7525-11-62
- Scott, W., Hann, K., & McCracken, L. M. (2016). Comprehensive Examination of Changes in Psychological Flexibility Following Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 46*(3), 139-148. doi: 10.1007/s10879-016-9328-5
- Shaygan, M., & Shaygan, L. (2019). Understanding the Relationship Between Spiritual Well-Being and Depression in Chronic Pain Patients: The Mediating Role of Pain Catastrophizing. *Pain Management Nursing, 20*(4), 358-364. doi: 10.1016/j.pmn.2018.12.001
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment, 7*(4), 524-532. doi: 10.1037/1040-3590.7.4.524
- Terol-Cantero, M. C., Cabrera-Perona, V., & Martín-Aragón, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología, 31*(2), 494-503. doi: 10.6018/analesps.31.2.172701
- Thompson, M., & McCracken, L. M. (2011). Acceptance and related processes in adjustment to chronic pain. *Current Pain and Headache Reports, 15*(2), 144-151. doi: 10.1007/s11916-010-0170-2
- Trainor, H., Baranoff, J., Henke, M., & Winefield, H.

- (2019). Functioning with fibromyalgia: The role of psychological flexibility and general psychological acceptance. *Australian Psychologist*, 54(3), 214–224. doi: 10.1111/ap.12363
- Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Fox, J. P., & Schreurs, K. M. (2015). Psychological flexibility and catastrophizing as associated change mechanisms during online Acceptance & Commitment Therapy for chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 50-59. doi: 10.1016/j.brat.2015.09.001
- Verhaak, P., Kerssens, J. J., & Dekker, J. J. (1998). Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain*, 77(3), 231-239. doi: 10.1016/s0304-3959(98)00117-1
- Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2012). Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*, 153(6), 1144-1147. doi: 10.1016/j.pain.2011.12.009.