

## **FACTORES PSICOLOGICOS Y DOLOR EN PACIENTES REUMATICOS.**

**Pastor, M.A.; García-Hurtado, J.; López, S. y Rodríguez, J.**  
*Departamento de Psicología de la Salud.*  
*Universidad de Alicante.*

**Pascual, E. y Salas, E.**  
*Sección de Reumatología. Hospital de Alicante*  
*del Servicio Valenciano de Salud.*

### **RESUMEN**

Este trabajo estudia 40 pacientes reumáticos del Hospital del S.V.S. de Alicante distribuidos en 4 grupos (Lupus, Artritis Reumatoide, Espondilitis Anquilosante y Síndrome Fibromiálgico Primario). Hemos analizado las posibles relaciones entre la ansiedad como rasgo de personalidad, el neuroticismo, el estrés atribuido a la enfermedad, características sociodemográficas y variables relativas al dolor (intensidad, frecuencia, limitación y actividad diaria). Los resultados muestran una relación positiva, pero débil, entre la ansiedad y el neuroticismo con algunas variables de dolor. Las características sociodemográficas son las que presentan las relaciones más fuertes y frecuentes con las variables de dolor.

---

Este trabajo ha sido realizado con la ayuda de investigación PA85-0336 de la Comisión Asesora de Investigación Científica y Técnica (CAICYT), Ministerio de Educación.

## ABSTRACT

This work studies 40 rheumatic out-patients (Lupus, Rheumatoid Arthritis, Ankylosing Spondylitis and Primary Fibromyalgia Syndrome) from the Alicante General Hospital. We analyzed the relationships between trait-anxiety, neuroticism, stress appraisal, sociodemographic characteristics and pain variables (intensity, frequency, limitation and daily activity). Results show a positive, but weak, relationships of the trait-anxiety and neuroticism to pain variables. The strongest and the most frequent relationships with pain variables were showed for the sociodemographic characteristics.

## INTRODUCCION

En los últimos años se está produciendo un interés creciente por la naturaleza y función del dolor crónico. Si bien existe un acuerdo generalizado sobre el carácter adaptativo del dolor agudo, la situación es distinta cuando dicho dolor se convierte en persistente y no remite después de cierto tiempo de padecimiento. El estudio del dolor, en general, presenta gran dificultad dado su carácter multidimensional y la complejidad de los factores fisiológicos, psicológicos y sociales que entran en juego, interactuando entre sí y mediatizando las respuestas del individuo a esa condición de dolor. Esta situación se agrava en el caso del dolor crónico, donde se añaden complejos mecanismos de aprendizaje al conjunto de la experiencia de dolor (Fordyce, 1976). Hoy día, por tanto, el dolor aparece como una experiencia subjetiva compleja en donde adquieren especial relevancia factores emocionales, motivacionales y cognitivos, aceptándose, además, que determinadas características de personalidad influyen tanto en la percepción como en la tolerancia al mismo (Tursky & Jammer, 1982; Weisenberg, 1980). En este sentido, parece haber un acuerdo general en que la ansiedad como rasgo de personalidad se asocia, de algún modo, al dolor. Aunque la tendencia actual es a establecer una relación positiva entre ambas variables, de forma que una ansiedad elevada supondría, también, mayor percepción de dolor, no se encuentra precisada, todavía, la dirección exacta de dicha relación (Sternbach, 1978; Vallejo, 1983). Con todo, se tiende a atribuir a la ansiedad un doble mecanismo de acción

sobre el dolor: por una parte, influiría sobre el grado de tensión muscular del sujeto, empujando al mismo a un círculo vicioso de tensión-dolor-tensión, etc. (Bonica, 1977) y, por otro, determinaría una mayor facilidad para percibir el dolor (Vallejo, 1983). La ansiedad aparece como uno de los elementos esenciales a valorar dentro del estudio psicológico del dolor crónico. Dentro de las enfermedades que cursan con dolor crónico, el grupo de patologías reumáticas es uno de los más representativos en cuanto a este síntoma ya que, en la mayoría de ellas, el dolor crónico es uno de los síntomas más frecuentes e importantes y constituye la queja más común. Nuestra intención en este trabajo, finalmente, es analizar el papel que tienen determinadas variables emocionales y de personalidad (ansiedad, neuroticismo y depresión) en la percepción del dolor, así como en algunas de sus consecuencias (actividad y limitación atribuida al mismo).

## **METODO**

### **1. SUJETOS**

Hemos estudiado una muestra de 40 pacientes de la Sección de Reumatología del S.V.S. de Alicante, distribuidos en los siguientes grupos de patología:

Fibrositis (F): n = 13,  
Artritis Reumatoide (AR): n = 8,  
Lupus Eritematoso Diseminado (LED): n = 9  
Espondilitis Anquilosante (EA): n = 10.

Las mujeres predominan en el total de la muestra (75%), frente al 25% de varones. Esto se repite en cada grupo a excepción de los pacientes con espondilitis en donde predominan los varones (90%). La edad media del grupo total es de 45.8 años (DS = 13.2) con un rango de 23 a 67 años. Un 87.5% están casados y el resto solteros. Respecto a la situación laboral, un 40% está en activo (incluye situación de las amas de casa), mientras que los sujetos restantes se distribuyen entre las categorías de paro (12.5%), jubilación (7.14%), incapacidad laboral transitoria (12.5%) y permanente (27.5%).

**TABLA 1.- DESCRIPCION DE LA MUESTRA**

	G.TOTAL (n=40)		F (n=13)		AR (n=8)		LES (n=9)		EA (n=10)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SEXO:</b>										
Varones	10	25	0	0	1	12.5	0	0	9	90
Mujeres	30	75	13	100	7	87.5	9	100	1	10
<b>E. CIVIL:</b>										
Casados	35	87.5	12	92.3	7	87.5	7	77.8	9	90
Solteros	5	12.5	1	7.7	1	12.5	2	22.2	1	10
<b>S. LABORAL:</b>										
Activo	16	40	5	38.5	2	25	6	66.7	3	30
Paro	5	12.5	2	15.4	2	25	1	11.1	0	0
Jubilación	3	7.1	1	7.6	1	12.5	0	0	1	10
ILT	5	12.5	0	0	2	25	2	22.2	1	10
ILP	11	27.5	5	38.5	1	12.5	0	0	5	50
<b>N. EDUCATIVO:</b>										
Analfabeto	2	5	2	15.4	0	0	0	0	0	0
Leer y escribir	16	40	7	53.8	5	62.5	0	0	4	40
E. Primarios	15	37.5	3	23.1	3	37.5	3	33.3	6	60
E. Medios	6	15	0	0	0	0	6	66.7	0	0
E. Superiores	1	2.5	1	7.7	0	0	0	0	0	0
<b>N. INGRESOS:</b>										
≤ 50.000 pts.	11	27.5	6	46.2	1	12.5	0	0	4	40
51-100.000 pts.	21	52.5	4	30.8	7	87.5	6	66.7	4	40
101-150.000 pts.	4	10	2	15.4	0	0	0	0	2	20
151-200.000 pts.	3	7.5	1	7.6	0	0	2	22.2	0	0
≥ 200.000 pts.	1	2.5	0	0	0	0	1	11.1	0	0
	M	dt	M	dt	M	dt	M	dt	M	dt
<b>EDAD</b>	45.8	13.2	51.1	10.1	49	14	34.1	12.2	47.1	12.1
<b>T.ENFERMEDAD</b>	10.6	13.8	11.9	10.2	9	8.9	7.3	7.3	13.1	13.8

F = Fibrosis; AR = Artritis Reumatoide; LES = Lupus Eritematoso Diseminado;  
 EA = Espondilitis Anquilosante; ILT = Incapacidad Laboral Transitoria;  
 ILP = Incapacidad Laboral Permanente

El tiempo medio de padecimiento de la enfermedad es de 10.6 años, siendo la EA y F las patologías con mayor tiempo de duración (13.1

y 11.9 años respectivamente). Con respecto al nivel educativo del grupo, la mayoría saben leer y escribir (40%) o tienen estudios primarios (37.5%), sólo un 2.5% tienen estudios superiores. En general, los distintos grupos se distribuyen de forma bastante homogénea en las categorías de edad, sexo y estado civil, produciéndose las diferencias mayores en el nivel educativo y de ingresos.

## 2. INSTRUMENTOS

En este trabajo hemos utilizado los siguientes instrumentos:

1. Personalidad: EPQ-A de Eysenck (Eysenck & Eysenck, 1984).
2. Ansiedad Estado-Rasgo (STAI: Spielberger, 1982).
3. Depresión: HAD-D (Zigmond & Snaith, 1983).

Además, hemos traducido y adaptado la escala de Apreciación del valor estresante de un acontecimiento de Vitaliano y cols (1985). Finalmente, hemos registrado cinco variables de dolor: frecuencia (número de días con dolor), intensidad (escala verbal de cinco puntos), actividad (tiempo medio, en horas, de actividad laboral y doméstica) y valoración subjetiva de limitación (escala verbal de cinco puntos) (todas ellas referidas a un período de dos semanas anterior a la entrevista).

## 3. PROCEDIMIENTO

Desde la consulta reumatológica nos remitieron pacientes según orden de llegada, siempre que cumplieran los criterios de asignación al grupo muestral, y aceptaran participar voluntariamente. El cuestionario se aplicó mediante entrevistas personales dentro del marco hospitalario (Consultas Externas). El entrevistador aseguraba el anonimato de lo que allí se tratase y el análisis grupal de los datos.

## RESULTADOS

En el análisis de correlación realizado en el grupo total de pacientes (Tabla 2), la ansiedad-rasgo sólo se ha relacionado, positiva y significativamente, con la percepción de intensidad de dolor ( $r = .33$ ,  $p \leq .05$ ). También se han asociado con la intensidad de dolor, el Neuroticismo ( $r = .38$ ,  $p \leq .05$ ), el tiempo de padecimiento de la enfermedad ( $r = .33$ ,  $p \leq .05$ ) y las variables sociodemográficas (Edad:  $r = .60$ ,  $p \leq .001$ ; Nivel educativo:  $r = -.65$ ,  $p \leq .001$ ; Nivel de Ingresos:  $r = -.43$ ,  $p \leq .01$ ). Además, las personas que refirieron más intensidad de dolor, informaron de un menor número de horas de actividad laboral ( $r = -.37$ ,  $p \leq .05$ ), y de más limitación ( $r = .75$ ,  $p \leq .001$ ). El neuroticismo también se ha relacionado significativa y positivamente con la limitación atribuida al dolor ( $r = .35$ ,  $p \leq .05$ ).

Respecto a las variables sociodemográficas registradas, los sujetos de más edad dedican menos tiempo a actividades domésticas ( $r = -.41$ ,  $p \leq .05$ ), padecen el dolor con más frecuencia ( $r = .39$ ,  $p \leq .05$ ), y le atribuyen mayor limitación ( $r = .59$ ,  $p \leq .001$ ). Aquellos con mayores ingresos dedican más tiempo a actividades domésticas ( $r = .36$ ,  $p \leq .05$ ), y atribuyen menor limitación al dolor ( $r = -.37$ ,  $p \leq .05$ ). Finalmente, el nivel educativo ha presentado relaciones significativas positivas con el tiempo de actividad doméstica ( $r = .54$ ,  $p \leq .001$ ), y negativas, con la frecuencia de dolor y la percepción de limitación ( $r = -.42$ ,  $p \leq .01$  y  $r = -.64$ ,  $p \leq .001$ , respectivamente). Es de destacar la ausencia de relaciones de la depresión y la valoración de la enfermedad como acontecimiento estresante con las variables de dolor registradas (Tabla 2).

En los grupos particulares los resultados de este análisis han sido los siguientes:

### 1. En el grupo con Fibrositis:

Los sujetos de mayor edad y de menor nivel educativo y de ingresos, son los que perciben más intensidad de dolor (Intensidad-Edad:  $r = .72$ ,  $p \leq .05$ ; Intensidad-N.Educativo:  $r = -.64$ ,  $p \leq .05$ ; Intensidad-Ingresos:  $r = -.78$ ,  $p \leq .01$ ). Además, los que poseen menores ingresos son, también, los que refieren un mayor grado de limitación ( $r = -.78$ ,  $p \leq .01$ ). La frecuencia de dolor se relaciona con el nivel de intensidad del mismo ( $r = .76$ ,  $p \leq .01$ ) y, finalmente, también se ha dado una relación

**TABLA 2.- ANALISIS DE CORRELACION DE LAS VARIABLES DE DOLOR.  
GRUPO TOTAL(a)**

		r	p
TIEMPO A. DOMESTICAS	Edad	-.41	*
	N.Educativo	.54	***
	N.Ingresos	.36	*
	Int.Dolor	-.37	*
FRECUENCIA DOLOR	Edad	.39	*
	N.Educativo	-.42	**
	Int.Dolor	.53	***
	Limit.Dolor	.51	**
INTENSIDAD DOLOR	Edad	.60	***
	N.Educativo	-.65	***
	N.Ingresos	-.43	**
	T.Enfermedad	.33	*
	Ansiedad-Rasgo	.33	*
	Neuroticismo	.38	*
	Act.Laboral	-.37	*
	Limit.Dolor	.75	***
LIMITACION ATRIBUIDA AL DOLOR	Edad	.59	***
	N.Educativo	-.64	***
	N.Ingresos	-.37	*
	T.Enfermedad	.36	*
	Neuroticismo	.35	*

(a) = en tabla sólo relaciones significativas

\* =  $p \leq .05$ ; \*\* =  $p \leq .01$ ; \*\*\* =  $p \leq .001$ ; n = 40

positiva entre la ansiedad-rasgo y el neuroticismo ( $r = .83, p \leq .01$ ) (Tabla 3). No se ha dado ninguna relación significativa de las variables de dolor

con las de personalidad y emocionales (ansiedad, neuroticismo y depresión), así como con la apreciación de la enfermedad como acontecimiento estresante.

**TABLA 3.- ANALISIS DE CORRELACION DE LAS VARIABLES DE DOLOR.**  
**FIBROSITIS(a)**

		r	p
TIEMPO A. DOMESTICAS	Edad	-.83	**
	N.Educativo	.78	**
FRECUENCIA DOLOR	Int.Dolor	.76	**
INTENSIDAD DOLOR	Edad	.72	*
	N.Educativo	-.64	*
	N.Ingresos	-.78	**
LIMITACION ATRIBUIDA AL DOLOR	N.Ingresos	-.78	**

(a) = en tabla sólo relaciones significativas

\* =  $p \leq .05$ ; \*\* =  $p \leq .01$ ; n = 13

## 2. En el grupo de pacientes con Artritis Reumatoide:

En este grupo la intensidad de dolor percibida se ha relacionado con el grado de limitación atribuido al dolor ( $r = .78$ ,  $p \leq .05$ ) y con el nivel de ingresos ( $r = .80$ ,  $p \leq .05$ ), esta última variable se relaciona, a su vez, con el grado de limitación referido por el sujeto ( $r = .81$ ,  $p \leq .05$ ). Las horas de actividad laboral se relacionan con el nivel de ingresos ( $r = -.77$ ,  $p \leq .05$ ), la depresión ( $r = .94$ ,  $p \leq .001$ ), y el neuroticismo ( $r = .80$ ,  $p \leq .05$ ), mientras que las dedicadas a tareas domésticas lo hacen con la ansiedad-



rasgo ( $r = .90$ ,  $p \leq .01$ ) (Tabla 4). Finalmente, la depresión y el neuroticismo aparecen relacionadas positivamente ( $r = .78$ ,  $p \leq .05$ ).

**TABLA 4.- ANALISIS DE CORRELACION DE LAS VARIABLES DE DOLOR A.REUMATOIDE (a)**

		r	p
TIEMPO A. DOMESTICAS	Ansiedad-Rasgo	.90	**
	N.Ingresos	-.77	*
TIEMPO A. LABORAL	Depresión	.94	***
	Neuroticismo	.80	*
	N.Ingresos	.80	*
INTENSIDAD DOLOR	Limit.Dolor	.78	*
	N.Ingresos	.81	*

(a) = en tabla sólo relaciones significativas

\* =  $p \leq .05$ ; \*\* =  $p \leq .01$ ; \*\*\* =  $p \leq .001$ ;  $n = 8$

### 3. En el grupo de pacientes con Lupus:

Los sujetos de este grupo con un menor nivel educativo son los que perciben mayor intensidad de dolor ( $r = -.81$ ,  $p \leq .01$ ) y, además, ésta última variable se relaciona, aunque a nivel de tendencia, con la depresión y el neuroticismo ( $r = .55$ , ns.;  $r = .47$ , ns., respectivamente). Las personas de mayor edad, menor nivel educativo y mayor intensidad de dolor, son los que atribuyen al mismo un mayor grado de limitación ( $r = .80$ ,  $p \leq .01$ ;  $r = -.92$ ,  $p \leq .001$ , y  $r = .92$ ,  $p \leq .001$ , respectivamente). Finalmente, se ha dado una relación positiva entre el neuroticismo y la

depresión ( $r = .87, p \leq .01$ ), y entre ésta última y la apreciación de la enfermedad como estresante ( $r = .70, p \leq .05$ ) (Tabla 5).

**TABLA 5.-ANÁLISIS DE CORRELACION DE LAS VARIABLES DE DOLOR.  
LUPUS (a)**

		r	p
TIEMPO A. DOMESTICAS	Tiempo A. Laboral	-.71	*
INTENSIDAD DOLOR	N.Educativo	-.81	**
	Limit.Dolor	.92	***
LIMITACION ATRIBUIDA AL DOLOR	Edad	.80	**
	N.Educativo	-.92	***

(a) = en tabla sólo relaciones significativas

\* =  $p \leq .05$ ; \*\* =  $p \leq .01$ ; \*\*\* =  $p \leq .001$ ; n = 9

#### 4. En el grupo de espondilíticos:

Estos pacientes presentan una relación positiva del neuroticismo con la intensidad de dolor ( $r = .72, p \leq .05$ ) y, de la ansiedad-rasgo con el neuroticismo ( $r = .74, p \leq .05$ ). Además, los sujetos de este grupo que han padecido dolor un mayor número de días, son también los que refieren más limitación por el mismo ( $r = .87, p \leq .01$ ) (Tabla 6).

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la existencia de una relación positiva entre la ansiedad de rasgo y la intensidad percibida

TABLA 6.-ANALISIS DE CORRELACION DE LAS VARIABLES DE DOLOR.  
ESPONDILITIS(a)

		r	p
TIEMPO A. DOMESTICAS	Edad	-.81	*
TIEMPO A. LABORAL	N.Ingresos	.79	*
INTENSIDAD DOLOR	Neuroticismo	.72	*
LIMITACION ATRIBUIDA AL DOLOR	Frec.Dolor	.87	**

(a) = en tabla sólo relaciones significativas

\* =  $p \leq .05$ ; \*\* =  $p \leq .01$ ; n = 10

de dolor, en el grupo total de pacientes. Ese resultado es coherente con los obtenidos en los estudios referidos sobre el papel de la ansiedad en la percepción del dolor: la ansiedad constituye un factor facilitador de la misma (Sternbach, 1978; Bonica, 1977). Ciertamente, los datos que nosotros hemos obtenido no permiten, dadas las obvias limitaciones metodológicas, que establezcamos una relación causal entre el nivel de ansiedad y la percepción del dolor, simplemente permiten señalar la asociación entre ambas variables. Hay que destacar que las variables sociodemográficas, son las que han presentado las relaciones más altas con todas las variables de dolor estudiadas, superando a las de personalidad y emocionales (en general, se han dado también estas relaciones en los grupos particulares). Este resultado nos permite sugerir la necesidad de considerar características sociodemográficas a la hora de estudiar la percepción de dolor en pacientes reumáticos, coincidiendo parcialmente con los resultados obtenidos por Parker y cols. (1988), que

encontraron que las variables sociodemográficas, principalmente la edad y el nivel de ingresos, fueron los mejores predictores de la percepción de dolor, frente a variables médicas y psicológicas, aunque el signo de las relaciones no coincide (en su estudio la percepción de dolor se relacionó negativamente con la edad). Respecto a los trastornos emocionales, parece existir acuerdo en que la depresión se presenta con bastante frecuencia en los enfermos de dolor crónico y reumáticos, al menos en el caso de la artritis reumatoide, y que tiende a relacionarse en forma positiva con la percepción de dolor (Haley y cols., 1985; Frank y cols., 1988). Sin embargo, en nuestro estudio los resultados van en la dirección contraria, pues la depresión no se ha relacionado con ninguna de las variables de dolor registradas.

Finalmente, sólo señalar que todas las variables de dolor medidas están relacionadas entre sí de forma coherente: los sujetos que más dolor perciben son los que más limitados se encuentran, los que perciben dolor con más frecuencia ( en número de días), y los que menos horas de actividad laboral, y doméstica, tienen.

## REFERENCIAS

- BONICA, J.J. (1977): Neurophysiologic and pathologic aspects of acute and chronic pain. *Archives of Surgery*, **112**: 750-761.
- EYSENCK, H.J. & EYSENCK, S.B.G. (1984). "EPQ. Cuestionario de Personalidad". Madrid: Tea Ed.
- FORDYCE, W.E. (1976): *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis, Missouri: C.V.Mosby.
- FRANK, R.G.; BECK, N.C.; PARKER, J.C.; KASHANI, J.H.; ELLIOT, T.R.; HAUT, A.E.; SMITH, E.; ATWOOD, C.; BROWNLEE-DUFFECK, M. & KAY, D.R. (1988): Depression in rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, **15** (6): 920-925.
- HALEY, W.E.; TURNER, J.A. & ROMANO, J.M. (1985): Depression in chronic pain patients: relation to pain, activity, and sex differences. *Pain*, **23**: 337-343.
- PARKER, J.; FRANK, R.; BECK, N.; FINAN, M.; HEWETT, J.E.; BROSTER, CH.; SMARR, K.; SMITH, E. y KAY, D. (1988): Pain in rheumatoid arthritis: relationship to demographic, medical and psychological factors. *The Journal of Rheumatology*, **15** (3), 433-437.

- SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R.J. & LUSHENE, R. (1969): **The State-Trait Anxiety Inventory: Test Manual Form X**. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press. Edición española en: Tea. Madrid. 1982
- STERNBACH, R.A. (1978): Clinical aspects of pain. En R.A. Sternbach (Ed.), **The Psychology of Pain**. New York: Raven Press.
- TURSKY, B. & JAMMER, L.D. (1982): Behavioral assessment of pain. En R.S. Surwit; R.B. Williams; A. Steptoe & R. Biersner, **Behavioral treatment of disease**. New York: Plenum Press.
- VALLEJO, M.A. (1983): Evaluación y tratamiento psicológico del dolor. **Revista Española de Terapia del Comportamiento**, 1 (3): 329-377.
- VITALIANO, P.P.; RUSSO, J.; CARR, J.E.; MAIURO, R.D. y BECKER, J. (1985): The ways of coping checklist. Revision and psychometric properties. **Multivariate Behavioral Research**., 20: 3-26.
- WEISENBERG, M. (1980): Understanding pain phenomena. En S. Rachman (Ed.), **Contributions to Medical Psychology**. Oxford: Pergamon Press, pp. 79-112.
- ZIGMOND, A.S. & SNAITH, R.P. (1983): The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Act. Psychiatr. Scand.**, 67:361-370.