

Estrategias de Afrontamiento y Alteraciones Emocionales en Pacientes con Dolor Crónico de la Espalda. Cienfuegos 2020 (Cuba)

Coping strategies and emotional alterations in patients with chronic back pain. Cienfuegos 2020. (Cuba)

Pomares Avalos Ahmed ⁽¹⁾; Zaldívar Pérez Dionisio ⁽²⁾; López Fernández Raúl ⁽³⁾; Naranjo Sabina Yanet ⁽⁴⁾

Resumen

Introducción: El dolor crónico de la espalda forma parte de los síntomas que afectan la salud musculoesquelética. Las estrategias de afrontamiento van a determinar la experiencia del dolor actuando como mediador de las emociones.

Objetivo General: Caracterizar las estrategias de afrontamiento y las alteraciones emocionales en pacientes con dolor crónico de la espalda, Cienfuegos 2020.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo, de serie de casos, en el Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima de la provincia de Cienfuegos, Cuba, en los meses de septiembre de 2019 a enero de 2020. Se realizó un muestreo no probabilístico casual o a conveniencia de participantes voluntarios, con los pacientes que fueron atendidos en consulta de Ortopedia durante el periodo de investigación declarado. El análisis estadístico de la información se realizó en el paquete estadístico SPSS.

Resultados: Se obtuvo un predominio de estrategias de afrontamiento pasivas, así como alteraciones emocionales donde predomina la ansiedad y la depresión en niveles moderado-alto, mientras que en la ira se obtuvieron valores inferiores.

Conclusión: Las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes de estudio se caracterizan por ir dirigidas fundamentalmente a la modificación de las reacciones emocionales que genera el dolor, pero no a lograr una adaptación a las nuevas circunstancias impuestas por la enfermedad, ni a un control instrumental del mismo.

Palabras Claves: Afrontamiento, estados emocionales, dolor de espalda.

Abstract

Introduction: Chronic back pain is one of the symptoms that affect musculoskeletal health. Coping strategies will determine the experience of pain acting as a mediator of emotions.

General aim: To characterize coping strategies and the emotional alterations in patients with chronic back pain, Cienfuegos 2020.

Material and method: It was carried out a descriptive study, series of cases, in the University Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos municipality, Cuba, from September, 2019 to January, of 2020. It was done a non-probabilistic sampling to convenience. The patients who were treated at the outpatient orthopedics consulting office and voluntarily accepted to participate in the study during the declared period of investigation were chosen. The statistical analysis of the information was carried out in the statistical package SPSS.

Results: A prevalence of passive coping strategies was obtained, so much in the interview semiestructurada as in the Coping Reduced Questionnaire to the pain. Regarding the negatives emotional states prevailed the anxiety and depression in moderate-high levels, while in anger lower values were obtained.

Conclusions: The most frequent coping strategies in the studied patients were the passive ones, aimed to regulate emotional states, but not to control pain.

Keywords: coping, emotional states, back pain

Introducción

La salud musculoesquelética es fundamental para el ser humano, ya que permite mantener la independencia económica, social y funcional de la persona a lo largo de la vida.

El dolor crónico de la espalda forma parte de los síntomas o condiciones clínicas que afecta la salud musculoesquelética, considerándose en la actualidad como un grave problema de salud pública, dada su alta prevalencia en la población, la cual se estima entre el 5% y el 40%. (1,2)

Su repercusión supera el ámbito de la salud para convertirse en una carga socioeconómica, generando costos alarmantes por

(1) Licenciado en Psicología, Master en Psicología de la Salud, Profesor Asistente e Investigador Agregado. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos, Cuba

(2) Licenciado en Psicología, Doctor en Ciencias Psicológicas y Profesor Titular. Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana. Cuba.

(3) Licenciado en Pedagogía, Doctor en Ciencias Pedagógicas, Profesor Titular. Universidad Metropolitana de Ecuador y la Universidad "Carlos Rafael Rodríguez", Cienfuegos, Cuba

(4) Licenciada en Psicología, Master en Psicología de la Salud del Centro Especializado Ambulatorio "Héroes de Playa Girón". Cienfuegos, Cuba.

consultas médicas, incapacidad laboral, ausentismo y consumo de medicamentos. (3)

La etiología de este padecimiento es multicausal donde interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales. (4,5)

Dentro de los factores psicológicos, el afrontamiento se ha convertido en un tema medular, ya que se considera que el control del dolor requiere, como fuente de estrés, un esfuerzo adaptativo facilitado por las estrategias que el individuo aporta a dicha situación. (6,7) Dichas estrategias de afrontamiento van a determinar la experiencia del dolor y la adaptación del sujeto a las nuevas condiciones de vida, actuando como mediador de las emociones. (6,7)

El Hospital General Universitario de la provincia de Cienfuegos cuenta con un proyecto institucional dirigido a pacientes con dolor crónico de la espalda, dentro del cual se han desarrollado múltiples estudios que reflejan la problemática de salud que representa este tipo de dolor para el territorio. (8,9)

Sin embargo, en estas investigaciones no se han contemplado las estrategias de afrontamiento utilizadas ante esta problemática de salud, ni su influencia en los estados emocionales, aspectos que necesariamente deben tenerse en cuenta a la hora de establecer acciones de intervención psicoterapéuticas.

Surge así la siguiente investigación que tiene como objetivo caracterizar las estrategias de afrontamiento y las alteraciones emocionales en pacientes con dolor crónico de la espalda, Provincia de Cienfuegos 2020.

Metodología

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, de serie de casos, en el Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima de la provincia de Cienfuegos, Cuba, en los meses comprendidos de septiembre de 2019 a enero de 2020.

Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico casual o a conveniencia de participantes voluntarios, con los pacientes que fueron atendidos en consulta de Ortopedia durante el periodo de investigación declarado. Se utilizó este tipo de muestreo con el objetivo de acceder a la mayor cantidad de sujetos posibles y por no contarse con un registro estadístico en la provincia de este grupo de pacientes. La muestra quedó conformada por un total de 70 personas que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: Paciente con diagnóstico de dolor crónico de la espalda, valorado inicialmente por especialistas de Ortopedia o Medicina Física y Rehabilitación, mayores de 20 años de edad, sin deterioro cognitivo, ni enfermedad psíquica severa, que dieron su consentimiento informado para participar en el estudio.

Instrumentos

Entrevista semiestructurada: Diseñada específicamente para la investigación, tuvo como objetivo complementar la información aportadas por los instrumentos diagnósticos. Sus indicadores fueron: Estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente ante el dolor, emociones negativas asociadas a la experiencia del dolor.

Inventario de ansiedad rasgo y estado (IDARE) (10):

Versión del State Trait Anxiety Inventory (STAI), el cual evalúa dos dimensiones distintas de ansiedad: la ansiedad como rasgo y la ansiedad estado en sujetos adultos normales. En el estudio fue empleada la variante modificada por Grau *et al.* (1986). Esta prueba consta de un total de cuarenta expresiones, veinte reactivos miden la ansiedad como estado (cómo se siente ahora mismo, en estos momentos) y otros veinte reactivos, la ansiedad personal (cómo se siente habitualmente), donde los sujetos deben marcar en cuatro categorías la intensidad con que experimentan el contenido de cada ítem.

Inventario de depresión como rasgo y estado (IDERE)

(11): Es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la depresión: la depresión como estado (condición emocional transitoria) y la depresión como rasgo (propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable).

Para el estudio se utilizó la escala que evalúa la depresión como rasgo. Esta permite identificar a los pacientes, que tienen propensión a sufrir estados depresivos y además ofrece información sobre la estabilidad de estos síntomas. Consta de 22 ítems, que también adquieren valores de 1 a 4 puntos y las opciones de respuesta son: casi nunca (que vale 1 punto), algunas veces (vale 2 puntos), frecuentemente (vale 3 puntos) y casi siempre (4 puntos).

Las cifras obtenidas es el grado de depresión actual y se considera baja si es menor o igual a 34, media si está entre 35 y 42 y alta si es mayor de 42.

Inventario de expresión ira estado y rasgo (STAXI-2)

(12): Adaptación cubana del State Trait Expression Inventory-2. El inventario evalúa las distintas facetas de la ira. La edición española del STAXI-2 con 49 ítems, consta de seis escalas, cinco subescalas y un Índice de Expresión de la ira que ofrece una medida general de la expresión y control de la ira. La escala de Estado Ira consta de 15 ítems y permite evaluar tres componentes distintos de la ira como estado emocional: Sentimiento, Expresión Verbal y Expresión Física. La escala de Rasgo de Ira consta de 10 ítems, dividiéndose esta subescala, en dos subescalas de 5 ítems cada una: Temperamento de Ira y Reacción de la Ira. La escala de Expresión Externa de la Ira, Expresión Interna de la Ira, Control Externo de la Ira y Control Interno de la Ira cuentan cada una con 6 ítems. Finalmente, a partir de 24 ítems de distintas escalas (las dos de expresión y las dos de control), se obtiene el Índice de Expresión de la Ira.

Autoescala de depresión de Zung y Conde (12):

Validada en la población cubana por Molerio *et al.* (2004) con el objetivo de determinar el nivel de depresión de los pacientes. En sus procedimientos se le ofrecen al sujeto un conjunto de 20 frases que expresan diversas vivencias depresivas y se le pide marque con una cruz la frecuencia con que experimenta cada una de ellas de acuerdo a 4 escalas: muy pocas veces, algunas veces, muchas veces y siempre. La calificación se realiza sumando los puntajes correspondientes a los ítems

positivos y negativos según la pauta de calificación de la prueba y los resultados se llevan a la siguiente escala.

Cuestionario Reducido de Afrontamiento ante el dolor crónico (CAD-R) (13): versión reducida del cuestionario CAD elaborado por Soriano & Monsalve (2004). La versión reducida fue validada en la población cienfueguera con dolor crónico de la espalda por Pomares *et al.* (2019). El instrumento consta de 24 ítems, distribuidos en 6 categorías: Autoafirmación, Búsqueda de Información, Religión, Distracción, Catarsis, Autocontrol. La versión cubana mantuvo el mismo número de ítems con las mismas dimensiones, con un índice de consistencia interna global de 0.853.

Los ítems se evalúan con escala de Likert de 5 puntos: 1 = Nunca, 2 = Pocas veces, 3 = Ni muchas ni pocas, 4 = Muchas veces, 5 = Siempre. Los puntajes para cada uno de los 38 elementos se suman, con un rango posible entre 24 y 120.

Procedimientos

En un primer momento, se solicitó la autorización de los directivos del centro, así como aprobación del consejo científico de la institución para la realización de la investigación. A partir de ese momento, se realizó la coordinación con los especialistas de Ortopedia que atienden a los pacientes aquejados de dolor crónico de la espalda, los cuales se fueron derivando a la consulta de psicología.

En un segundo momento se llevó a cabo un encuentro individual con los pacientes, donde se les explicó las características del estudio para conocer su disposición a participar en el mismo, se acordó la fecha y horario en que se llevarían a cabo las sesiones diagnósticas, atendiendo a la disponibilidad de cada uno de los pacientes de la muestra. En este momento, teniendo en cuenta los aspectos éticos de la investigación, se solicitó el consentimiento informado para participar en el estudio.

En un tercer momento, se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos en la consulta de psicología, la cual cuenta con las condiciones adecuadas para la aplicación de los mismos. Estas técnicas se realizaron en tres sesiones de trabajo, de forma individual con cada paciente. Una vez concluida la aplicación de las técnicas, se llevó a cabo la calificación y evaluación, según los criterios establecidos para cada una de ellas. Se realizó un análisis por instrumento para su posterior procesamiento estadístico.

La investigación se basa en los principios éticos de la Declaración de Helsinki, que se establecen en Cuba. Se utilizó el consentimiento informado de los pacientes y de la institución para la realización de la investigación.

Análisis de los Datos

El análisis estadístico de la información se realizó en la base de datos del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Se utilizó la frecuencia y el por ciento. No se utilizó ningún estadígrafo de la Estadística Inferencial, teniendo en cuenta que el estudio es descriptivo. Los resultados se expusieron en tablas y gráficos.

Resultados

De la muestra de estudio, el (74.3%) son del sexo femenino, mientras el (25.7%) del masculino. El (11.4%) se encuentra en el grupo de 20 a 40 años, el (60.0%) entre 41 y 60 y un (28.6%) son mayores de 60 años. El (5.7%) tiene 6to grado de escolaridad, (2.9%) 9no grado, (24.3%) 12 grado, (28.6%) es técnico medio y el (38.6%) alcanza el nivel superior.

Con respecto a la ocupación, (61.4%) tiene una ocupación donde realiza esfuerzo físico frecuentemente y (38.6%) no realiza esfuerzo físico frecuente.

Tabla 1: Distribución de las estrategias de afrontamiento utilizadas según las dimensiones.

Variables	No.	%
Distracción	5	6.67
Búsqueda de Información	3	4
Religión	20	26.67
Catarsis	20	26.67
Autocontrol Mental	6	8
Autoafirmación	21	28.00

Fuente: Cuestionario Reducido de Afrontamiento al Dolor (CAD-R) n: 75.

Los resultados obtenidos reflejan que las estrategias más empleadas son la autoafirmación (30.0%), seguida de la Catarsis y Religión ambas con (28.6%). Llama la atención la pobre utilización del resto de las estrategias de afrontamiento.

Tabla 2: Distribución de las Estrategias de Afrontamiento según activas y pasivas

Variables	No.	%
Activo	29	41.4
Pasivo	36	51.4
Mixto	5	7.2
Total	70	100.0

La **Tabla 2** muestra la distribución de estrategias de afrontamiento activo y pasivo. Prevalen las estrategias pasivas (51.4%) sobre las activas (41.4%), mientras que el (7.2%) priorizan ambas estrategias a la vez. Resultados similares arrojó la entrevista semiestructurada, donde predominaron las estrategias de afrontamiento pasivas (74.1%), representadas

por el uso de medicamentos y el reposo, mientras el (25.9%) emplean principalmente las estrategias de afrontamiento activas, como el aumento de la actividad física.

Tabla 3: Distribución de los pacientes de estudio según ansiedad estado-rasgo.

Variables		No.	%
Ansiedad estado	Baja	13	18.6
	Media	26	37.1
	Alta	31	44.3
	Total	70	100
Ansiedad Rasgo	Baja	4	5.7
	Media	36	51.4
	Alta	30	42.9
	Total	70	100

Fuente: Inventario de Ansiedad como Rasgo y Estado (IDARE) n: 70

Los resultados obtenidos a través del Test de IDARE reflejan que el (81.4%) de los pacientes sufre de ansiedad como estado, mientras la ansiedad como rasgo está presente en el (94.3%), ambas en niveles medios- alto.

Tabla 4: Distribución de los pacientes de estudio según depresión estado-rasgo

Variables		No.	%
Depresión estado	No depresión	22	31,4
	Depresión Leve	18	25,7
	Depresión Moderada	28	40,0
	Depresión severa	2	2,9
	Total	70	100
Depresión Rasgo	Baja	23	32,9
	Media	24	34,3
	Alta	23	32,9
	Total	70	100

Fuente: Inventario de Depresión como Rasgo y Estado (IDERE) y Autoescala de Zung y Conde. n: 70

En cuanto a la depresión como estado, la cual se evaluó mediante el test de Zung y Conde, los resultados reflejan que (68,6%) presentan depresión en alguna medida, prevaleciendo los niveles leve-moderado. Con respecto a la depresión como rasgo, evaluada a través del Test IDERE, se obtiene que (67,1%) de los pacientes, prevaleciendo el nivel medio.

Tabla 5: Distribución de los pacientes de estudio según Ira estado-rasgo e Índice de expresión de la ira

Variables		No.	%
Ira estado	Nulo	49	70,0
	Bajo	20	28,6
	Moderado	-	-
	Alto	1	1,4
	Total	70	100
Ira Rasgo	Nulo	14	20,0
	Bajo	25	35,7
	Patológico	31	44,3
	Total	70	100
Índice de expresión de la Ira	Nulo	27	38,6
	Bajo	26	37,1
	Patológico	17	24,3
	Total	70	100

Fuente: Inventario de expresión ira estado y rasgo (STAXI-2) n: 70

Con respecto a la ira estado el (98.6%) presenta valores bajos o nulos, no así con la ira rasgo donde el (44.2%) se encuentra a nivel patológico, al igual que en el índice de expresión de la ira donde (24,3%) también se encuentran a nivel patológico.

Discusión

Los resultados del estudio muestran que los pacientes priorizan las estrategias de afrontamiento pasivas respecto a las activas, resultados que no coinciden con otras investigaciones sobre el tema, que reportan el uso de estrategias de afrontamiento pasivas y su relación con el incremento del dolor, su asociación con mayores niveles de ansiedad y depresión, baja percepción del control de dolor y mayor discapacidad. (14, 15,16)

La entrevista semiestructurada arrojó que el reposo y la toma de medicamentos figuran dentro de las principales estrategias pasivas empleadas. Se ha encontrado que un aumento del reposo se asocia positivamente con el aumento de la incapacidad, el incremento de la intensidad y frecuencia del dolor y mayores niveles de estrés. (17)

La práctica asistencial cotidiana demuestra que, salvo que el médico indique otra cosa, el paciente debe mantener la mayor movilidad posible durante la fase activa de dolor. Se reconoce, además que ante la experiencia de dolor, el paciente evita toda actividad por el miedo a que los movimientos o acciones produzcan dolor o incrementen el mismo, de tal modo que el miedo a lesionarse o agravarse con la actividad llega a ser más incapacitante que el dolor por sí solo, lo que entorpece la integración social

del individuo y favorece el aislamiento. En consonancia con lo anterior, un estudio realizado en pacientes diagnosticados de Fibromialgia obtuvo que los sujetos que empleaban el distanciamiento y la retracción social sufrían de ansiedad y depresión, asociados a insomnio y disfunción social. (17)

En cuanto a la toma de medicamentos, los criterios son controversiales, ya que algunos autores consideran que comparte características activas y pasivas de afrontamiento. (18) Sin embargo, las evidencias clínicas demuestran que esta práctica trae consigo a largo plazo más costos que beneficios para el paciente y se asocia a mayor discapacidad. Al tratarse de un dolor crónico, donde son frecuentes los fracasos terapéuticos, podemos encontrar pacientes que hacen uso de la polifarmacia para tratar de aliviar el dolor y los síntomas asociados (depresión, ansiedad, insomnio, etc...), tratamientos que en muchas ocasiones son autoprescritos, sin tener en cuenta las consecuencias ni los riesgos asociados, mientras otros pacientes, con miedo a los efectos adversos o a crear adicción a determinado fármaco, no cumplen con las indicaciones médicas.

En cuanto al Cuestionario Reducido de Afrontamiento al Dolor, los resultados coinciden con la entrevista semiestructurada, ya que un mayor por ciento de pacientes empleó en primer lugar las estrategias pasivas: Religión y Catarsis.

Con respecto a la Religión, los resultados de varios estudios muestran que se ha empleado como principal estrategia. (19, 20) A pesar de que algunos autores (21, 22) han relacionado la espiritualidad con la satisfacción con la vida a pesar del dolor crónico, un número importante de estudios concluyen que el uso de la religión como estrategia de afrontamiento al dolor no es útil, ya que la espera constante a que alguien o algo externo disminuya o elimine el dolor, alimenta las emociones negativas y tiene un efecto adverso en la salud mental, se asocia con emociones y actitudes negativas, tales como la catastrofización, el miedo, la espera y con mayor percepción del dolor. (6, 23, 24)

Es necesario señalar que este resultado se explica, si tenemos en cuenta que en la población cubana las creencias e ideas religiosas como forma de ser de la conciencia social y expresión cultural e idiosincrática, son frecuentemente utilizadas como complemento para afrontar las diferentes situaciones de la vida cotidiana y, más específicamente, los problemas de salud. Sin embargo, creer que el dolor se debe a elementos independientes o ajenos a la persona y que su solución tiene carácter divino y no por la implicación activa del sujeto para dirigir su comportamiento hacia acciones que permitan el control del dolor y mantenimiento de la salud, hacen que esta forma de afrontar sea más desadaptativa y permita un menor ajuste al dolor.

En cuanto a la Catarsis, se refleja la necesidad de exteriorizar los sentimientos intensos y la búsqueda de apoyo social desde la perspectiva emocional de los pacientes de estudio,

especialmente mediante la verbalización y el alivio que éste supone, por lo que va dirigida fundamentalmente a la modificación de las reacciones emocionales que genera el dolor, pero no a lograr una adaptación a las nuevas circunstancias impuestas por la enfermedad, ni a un control instrumental del mismo.

Al analizar las estrategias de afrontamiento activas, los resultados demuestran que la Autoafirmación es la estrategia más utilizada, dato que está acorde con otros estudios. (21, 25, 26)

La autoafirmación positiva es una estrategia cognitiva dirigida a reducir el grado de reacción emocional a través del pensamiento positivo y extrayendo un valor positivo de eventos negativos. Guarda mucha relación con la autoeficacia percibida, puesto que el sujeto acepta la responsabilidad personal y experimenta el dolor como un medio de crecimiento personal.

Según algunos autores, las personas que utilizan la autoafirmación como estrategia de afrontamiento, suelen darse ánimos a sí mismos para no desfallecer, consideran que estas personas evitan sentir sumisión por el dolor y buscan encontrar fortaleza inclusive en los momentos más difíciles. Esta dimensión suele predecir la disminución en ansiedad y depresión en los pacientes que sufren dolor crónico. (6, 7, 21)

Otra de las estrategias activas frecuentemente utilizada es el aumento de la actividad física, que al contrario del reposo, trae consigo una serie de beneficios, tanto para la salud física como mental. La actividad física realizada de manera regular ayuda a la activación sanguínea, eliminando la tensión muscular acumulada, evitando la incapacidad y mejorando el grado de movilidad y autonomía.

Los resultados de los instrumentos diagnósticos muestran una fuerte presencia de alteraciones emocionales en los pacientes de estudio, lo que coincide con varios autores que consideran que las emociones negativas amplifican la percepción de dolor, a la vez que el dolor crónico es un predictor de alteraciones emocionales, como la ansiedad y depresión. (26, 27, 28)

Estos resultados pudieran estar relacionados precisamente por el mayor empleo de estrategias de afrontamiento pasivas en los pacientes de estudio, como lo demuestran varias investigaciones sobre el tema. (6, 15, 16)

Con respecto a la ansiedad, las cifras obtenidas son más elevadas que las reportadas en otros estudios. (28, 29) La ansiedad se refleja en el paciente con dolor crónico de la espalda a través de una mayor represión de las emociones, menor confianza en que su dolor se solucionará en poco tiempo, mayor percepción de que el dolor supera los propios recursos para hacerle frente, así es como se correlaciona significativamente con la intensidad del dolor y la discapacidad crónica.

En cuanto a la ansiedad como rasgo, genera una alta propensión al estrés ante la enfermedad y un

funcionamiento personal relativamente desajustado, produciendo un incremento de la tensión muscular, alteraciones del Sistema Nervioso Autónomo y aumento de la percepción de los estímulos dolorosos. Estas reacciones tienen como consecuencia final un largo mantenimiento de la sensación dolorosa, aunque el estímulo nociceptivo haya cesado.

En cuanto a la depresión, los resultados obtenidos se encuentran en plena correspondencia con otras investigaciones en las cuales se han encontrado síntomas depresivos desde un 22 hasta el 78 % en estos pacientes. (28, 29)

Respecto al dolor y la depresión, no debe ser obviado el hecho que, si bien el dolor influye en los niveles de depresión, también la depresión determina los niveles de dolor, actuando recíprocamente. La evidencia clínica ilustra que aquellas personas con estados de ánimo bajos o personalidades propensas a la depresión, manifiestan con frecuencia síntomas físicos dolorosos. En relación con la depresión como rasgo de la personalidad, se constata un predominio de la depresión media, aunque nada despreciable son los valores de depresión alta. Estos resultados apuntan a una disfuncionalidad relativamente estable en el funcionamiento emocional, lo que puede traer consigo alteraciones en la percepción y valoración de la enfermedad.

Con respecto a la ira, llama la atención que los niveles patológicos se encuentran en la ira rasgo y el índice de expresión de la ira, resultados que coinciden con otra autora (30), la cual encontró en su muestra de estudio una distribución similar. Como refiere la propia autora, *“parece ser que estos pacientes en su mayoría poseen características estables, con propensión a la expresión descontrolada de sus emociones, no así como un estado peculiar asociado a situaciones particulares”*. La ira es una emoción negativa que frecuentemente se relaciona con la frustración frente al dolor crónico, las quejas somáticas persistentes, la escasa información sobre la etiología del dolor, acompañado todo ello de repetidos fracasos terapéuticos, aumentan la probabilidad de que los pacientes experimenten estados emocionales de ira como una respuesta natural al dolor.

Conclusión

Se puede concluir diciendo que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes de estudio se caracterizan por ir dirigidas fundamentalmente a la modificación de las reacciones emocionales que genera el dolor, pero no a lograr una adaptación a las nuevas circunstancias impuestas por la enfermedad, ni a un control instrumental del mismo, lo que se manifiesta en importantes alteraciones emocionales.

Referencias Bibliográficas

- 1- Husk Y, Mathilde M, et al. Chronic back pain and its association with quality of life in a large French population survey. Health and quality of life outcomes. 2018; 16(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1018-4>.
- 2- Fatoye F, Gebrye T, Odeyemi I. Real-world incidence and prevalence of low back pain using routinely collected data. Rheumatology international. 2019; 39(4):619-626. <https://doi.org/10.1007/s00296-019-04273-0>.
- 3- Hay SI, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Aboyans V. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet. 2017; 390(10100): 1260-1344. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32130-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32130-X)
- 4- Jegan N, Brugger M, Viniol A, Strauch K, Barth J, Baum E. Psychological risk and protective factors for disability in chronic low back pain—a longitudinal analysis in primary care. BMC musculoskeletal disorders. 2017; 18(1):114. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12891-017-1482-8>
- 5- Abreu M, Montes M, Quinteros G, Retamoso J, Retamoso I. Una experiencia de trabajo interdisciplinario en dolor crónico. Resultados y desafíos. Revista Médica del Uruguay. 2019; 35(1): 84-100. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29193/rmu.35.5>
- 6- Soriano J, Monsalve V. CAD: Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor. 2002; 9(1): 13-22. Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/2002_01_03.pdf
- 7- Soriano J, Monsalve V. Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2004; 11(7): 27-34. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n7/original1.pdf>
- 8- Pomares A, Rodríguez T, Pomares J. Variables psicológicas y clínicas presentes en pacientes portadores de dolor crónico de espalda. Revista Finlay. 2016; 6(1): 49-58. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v6n1/rf07106.pdf>
- 9- Pomares A, Zaldívar D, Vázquez M. Caracterización sociodemográfica y clínica de pacientes con dolor crónico de espalda, Cienfuegos 2019. Rev Soc Esp Dolor. 2020; 27(4):239-245. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3798/2020>
- 10- Gaudry E, Vagg P, Spielberger D. Validation of the state-trait distinction in anxiety research. Multivariate Behavioral Research. 1975; 10(3): 331-341. Disponible en: <https://doi.org/10.1207/s15327906mbr10036>
- 11- Martín M, Grau JA, Grau R. Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE). Manual de aplicación. Santiago de Chile: Acuaris. 2003. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Marta_Martin13/publication/283016407_Manual_del_Inventario_de_Depresion_Rasgo/links/5626793308aed3d3f1387cb9/Manual-del-Inventario-de-Depresion-Rasgo.pdf.
- 12- Molerio O, Nieves Z, Otero I, Casas G. Manual de Inventario de Ira Rasgo-Estado (STAXI-2). Adaptación Cubana. Santa Clara: Editorial Feijoo. Tesis Doctoral. 2004.
- 13- Pomares A, Zaldívar D, López R, Bernal EJ. Validación del cuestionario reducido de afrontamiento al dolor crónico en la población cienfueguera con dolor crónico de espalda (2017-2018). Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2019; 26(5): 276-283. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2019.3732/2019>
- 14- Orozco AM, Villamil V, Mateus LM, Morales C, Osorio R. Pain characteristics, coping strategies and its relation with the quality of life in patients with chronic pain diseases. Salud & Sociedad. 2016; 7(3): 240-252. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439749582001>
- 15- Baastrup S, Schultz R, Rrødsgaard I, Moore R, Jensen TS, Vase T, Gormsen L. A comparison of coping strategies in patients with fibromyalgia, chronic neuropathic pain, and pain-free controls. Scandinavian journal of psychology. 2016; 57(6): 516-522. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/sjop.12325>
- 16- Huang ER, Jones KD, Bennett RM, Hall GC, Lyons KS. The role of spousal relationships in fibromyalgia patients' quality of life. Psychology, health & medicine. 2018; 23(8): 987-995. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1444183>
- 17- Gelves M, Barceló E, Orozco E, Román NF, Allegri RF. Síntomas afectivo-conductuales y estrategias de afrontamiento del dolor en pacientes con fibromialgia (FM). Revista Salud Uninorte. 2017; 33(3): 285-295. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v33n3/2011-7531-sun-33-03-00285.pdf>.

- 18- Cabezas HR, Torres M. Prevalencia de trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo en profesionales de los servicios de rehabilitación y unidades de fisioterapia. *Fisioterapia*. 2018; 40(3): 112-121. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ft.2017.12.004>
- 19- Amaya MC, Carrillo GM. Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*. 2015; 15(4): 461-474. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74142431002.pdf>.
- 20- Bello AM, Benítez M, Oviedo O. Características del dolor, aspectos psicológicos, calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con dolor de espalda crónico en una ciudad de Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2017; 45(4): 310-316. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rca.2017.07.002>
- 21- Ugarte VF. Comparación de las estrategias de afrontamiento ante el dolor entre adolescentes y adultos con enfermedades reumáticas de un Hospital de Lima Metropolitana. 2017. Disponible en: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/622199>.
- 22- Biccheri E, Roussiau N, Mambet C. Fibromyalgia, spirituality, coping and quality of life. *Journal of religion and health*. 2016; 55(4): 1189-1197. Disponible en: <http://doi.org/10.1007/s10943-016-0216-9>
- 23- Andersson G. Chronic pain and praying to a higher power: useful or useless? *Journal of religion and health*. 2008; 47(2): 176-187. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10943-007-9148-8>
- 24- Barragán JA, Almanza G. Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer. *Aquichan*. 2013; 13(3), 322-335. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74130042002.pdf>
- 25- Sahar K, Thomas SA, Clarke SP. Adjustment to fibromyalgia: The role of domain-specific self-efficacy and acceptance. *Australian Journal of Psychology*. 2016; 68(1): 29-37. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ajpy.12089>
- 26- Sturgeon JA, Finan PH, Zautra AJ. Affective disturbance in rheumatoid arthritis: psychological and disease-related pathways. *Nature Reviews Rheumatology*. 2016; 12(9): 532-542. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2016.112>
- 27- Coplan JD, Aaronson CJ, Panthangi V, Kim Y. Treating comorbid anxiety and depression: Psychosocial and pharmacological approaches. *World journal of psychiatry*. 2015; 5(4): 366. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.5498%2Fwjpv.5.i4.366>
- 28- Fernandez M, Colodro L, Hartvigsen J, Ferreira ML, Refshauge KM, Pinheiro MB, Ferreira PH. Chronic low back pain and the risk of depression or anxiety symptoms: insights from a longitudinal twin study. *The spine journal*. 2017; 17(7): 905-912. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2017.02.009>.
- 29- Castromán P, Ayala S, Schwartzmann A, Surbano M, Varaldi G. Evaluación de Ansiedad y Depresión en pacientes con Lumbalgia Crónica en la Unidad de Dolor de un Hospital Universitario. *Revista El Dolor*. 2018; 70: 16-22. Disponible en: <https://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/5cec9f6323672orig02.pdf>
- 30- Ramos Y, Santana A, Valladares A, López L, González M. Relación entre estados emocionales y variables clínicas en pacientes con dolor crónico lumbar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2017; 33(2): 180-190. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v33n2/mgi03217.pdf>.

Conflicto de Interés:

Autor (es) no declaran conflicto de interés en el presente trabajo.

Recibido el 21 de noviembre de 2020, aceptado sin corrección para publicación el 30 de noviembre de 2020.

Correspondencia a:
Ahmed José Pomares Avalos
Hospital General Universitario
Dr. Gustavo Aldereguía Lima
Cienfuegos. Cuba.
E-mail: ahmed881213@gmail.com