

Influencia de la catastrofización del dolor en el afrontamiento en adultos con dolor crónico.

Sánchez León Jaczel Arlette¹, Medina Fernández Josué Arturo², Medina Fernández Isai Arturo³, Carrillo Cervantes Ana Laura⁴, Torres Soto Nissa Yaing⁵, Torres Obregón Reyna⁶

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.17444987>

RESUMEN

Introducción: El dolor modifica el afrontamiento, pudiendo ser la catastrofización un factor desencadenante, ya que representa un patrón de pensamiento negativo y exagerado, exacerbando la experiencia y dificultando el afrontamiento efectivo. Existen vacíos en la comprensión de los mecanismos específicos, factores moderadores y efectos a largo plazo en temas relacionados al dolor, aunado a que se puede para innovar con enfoques personalizados, tecnologías avanzadas y modelos biopsicosociales. **Objetivo:** Determinar el porcentaje explicativo de la catastrofización del dolor sobre el afrontamiento en adultos que viven con dolor crónico. **Material y métodos:** Diseño correlacional-explicativo, con una muestra de 89 adultos que viven con dolor crónico recolectado por conveniencia. Se aplicó una cédula de datos personales, la escala de catastrofización del dolor ($\alpha=.94$) y el Cuestionario de Afrontamiento al Dolor ($\alpha=.88$). Los resultados se analizaron con estadística descriptiva en inferencial (correlación de Spearman, modelo de regresión lineal). **Resultados:** Se observó que la mayoría son mujeres, con una edad promedio de 50.9 años. Se presentó que a mayor catastrofización mayor afrontamiento ($p<0.05$). Los resultados del análisis de regresión lineal refieren demuestra que la catastrofización al dolor explica en un 27% ($F=28.818$, $R^2=27$, $p=.000$) el afrontamiento al dolor. **Conclusión:** La catastrofización del dolor influye significativamente en el afrontamiento, explicando el 27% de su variabilidad. Esto indica que niveles más altos de catastrofización se relacionan con una menor capacidad para utilizar estrategias efectivas, lo que puede intensificar la percepción del dolor y conducir a enfoques menos adaptativos para enfrentarlo.

Palabras clave: catastrofismo; adaptación psicológica; dolor crónico; adulto

Influence of pain catastrophizing on coping in adults with chronic pain

ABSTRACT

Introduction: Pain alters coping strategies, and catastrophizing may be a triggering factor, as it represents a pattern of negative and exaggerated thinking, exacerbating the experience and making effective coping more difficult. There are gaps in understanding the specific mechanisms, moderating factors, and long-term effects related to pain. Additionally, there is potential for innovation through personalized approaches, advanced technologies, and biopsychosocial models. **Objective:** To determine the explanatory percentage of pain catastrophizing on coping in adults living with chronic pain. **Materials and Methods:** Correlational-explanatory design, with a convenience sample of 89 adults living with chronic pain. A personal data form, the Pain Catastrophizing Scale ($\alpha=.94$), and the Pain Coping Questionnaire ($\alpha=.88$) were used. The results were analyzed using descriptive and inferential statistics (Spearman's correlation, linear regression model). **Results:** Most participants were women, with an average age of 50.9 years. Higher levels of catastrophizing were associated with greater coping ($p<0.05$). Linear regression analysis showed that pain catastrophizing explained 27% ($F=28.818$, $R^2=27$, $p=.000$) of pain coping. **Conclusion:** Pain catastrophizing significantly influences coping, explaining 27% of its variability. This suggests that higher levels of catastrophizing are associated with a reduced ability to use effective strategies, which may intensify the perception of pain and lead to less adaptive approaches to managing it.

Keywords: catastrophism; psychological adaptation; chronic pain; adult

Influência da catastrofização da dor no enfrentamento em adultos com dor crônica

RESUMO

Introdução: A dor modifica o enfrentamento, podendo o catastrofismo ser um fator desencadeante, pois representa um padrão de pensamento negativo e exagerado, exacerbando a experiência e dificultando o enfrentamento eficaz. Existem lacunas na compreensão dos mecanismos específicos, fatores moderadores e efeitos a longo prazo em temas relacionados à dor, somando-se a isso o potencial de inovação com abordagens personalizadas, tecnologias avançadas e modelos biopsicosociais. **Objetivo:** Determinar o percentual explicativo do catastrofismo da dor sobre o enfrentamento em adultos que vivem com dor crônica. **Material e métodos:** Estudo de desenho correlacional-explicativo, com uma amostra de 89 adultos que vivem com dor crônica, selecionados por conveniência. Foi aplicado um formulário de dados pessoais, a Escala de Catastrofismo da Dor ($\alpha=.94$) e o Questionário de Enfrentamento da Dor ($\alpha=.88$). Os resultados foram analisados com estatística descritiva e inferencial (correlação de Spearman, modelo de regressão linear). **Resultados:** Observou-se que a maioria dos participantes eram mulheres, com idade média de 50,9 anos. Verificou-se que quanto maior o catastrofismo, maior o enfrentamento ($p<0,05$). Os resultados da análise de regressão linear mostram que o catastrofismo da dor explica 27% ($F=28,818$, $R^2=27$, $p=.000$) do enfrentamento da dor. **Conclusão:** O catastrofismo da dor influencia significativamente o enfrentamento, explicando 27% de sua variabilidade. Isso indica que níveis mais elevados de catastrofismo estão relacionados a uma menor capacidade de utilizar estratégias eficazes, o que pode intensificar a percepção da dor e levar a abordagens menos adaptativas para enfrentá-la.

Palavras-chave: catastrofismo; adaptação psicológica; dor crônica; adulto

Recibido: 23 de abril 2025

Aceptado: 30 de junio 2025

Publicado 15 de julio 2025



INTRODUCCIÓN

El dolor crónico, es caracterizado por su persistencia durante al menos tres meses y plantea un desafío para la salud pública en todo el mundo. Las personas que viven con dolor crónico enfrentan una serie de consecuencias médicas y psicológicas que afectan profundamente su calidad de vida. Esta problemática se agrava aún más por la falta de comprensión y tratamiento adecuados, lo que conlleva a un inmenso sufrimiento tanto para los individuos como para la sociedad en su conjunto. En este contexto, es importante comprender cómo las personas afrontan el dolor crónico y qué factores psicológicos pueden influir en su percepción y gestión de este. Un aspecto fundamental para explorar es la catastrofización del dolor, un fenómeno mental negativo exagerado que puede intensificar la experiencia dolorosa y que pudiera dificultar aún más el afrontamiento(1).

A nivel internacional, nacional y estatal, el dolor crónico representa una preocupación significativa para la salud pública que afecta de 25 a 29 % de la población mundial. En América Latina, la incidencia de esta condición es alarmantemente alta, con cifras entre el 27% y el 42% de la población afectada, casi el doble de la incidencia global. Se estima que afecta entre el 25% y el 27% de los mexicanos, lo que equivale a aproximadamente 40 millones de personas, sorprendentemente sólo alrededor del 14% de quienes padecen dolor crónico recibe tratamiento adecuado(2,3).

En otros puntos, la Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor, ha documentado que la prevalencia del dolor crónico en mujeres de la población general es del 39.6% (13.4 - 55.5%) y que éste se presenta en un amplio rango de edades (desde los 15 hasta los 86 años)(3). En este sentido se ha podido observar que algunas enfermedades están más relacionadas con la presencia de dolor, tales como: la artritis, el dolor lumbar, la fibromialgia, el cáncer, las neuropatías y las fracturas(4). De igual forma, el dolor es frecuente en la población de adultos mayores, tal y como lo marca el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, señala que el 41.5% de los adultos de más de 50 años reportó sufrir dolor,

siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres (48.3% vs. 33.6%), y que el porcentaje de dolor aumenta en los adultos de mayor edad(5,6).

Por otra parte, la catastrofización del dolor, representa un patrón de pensamiento negativo y exagerado que acompaña al dolor, exacerbando la experiencia y dificultando el afrontamiento efectivo, y que se caracteriza por magnificar psicológicamente la experiencia del dolor, provocando afectaciones en su salud mental y afectaciones en su afrontamiento al dolor (1,7).

De igual manera, al hablar sobre el afrontamiento del dolor en adultos, se considera como un proceso crucial para mejorar la calidad de vida de aquellos que lidian con el dolor crónico. Entre los factores que desempeñan un papel fundamental en la percepción y gestión del dolor se encuentra el apoyo social. Este apoyo social se define como el intercambio de recursos entre personas que establecen vínculos, y se ha demostrado que desempeña un papel esencial en la adaptación de los individuos, tanto en situaciones cotidianas como en momentos de crisis. Dentro de esta red de apoyo social, se identifican cuatro tipos de recursos: materiales, instrumentales, emocionales e informativos, cada uno de los cuales contribuye de manera única al bienestar y la calidad de vida de quienes padecen dolor crónico(8).

Para comprender completamente cómo las personas enfrentan el dolor, es esencial abordar el concepto de afrontamiento, que se define como la práctica de una serie de esfuerzos cognitivos y conductuales en constante evolución para manejar las demandas específicas que se perciben como excesivas o abrumadoras en situaciones tanto externas como internas. Este proceso de afrontamiento se convierte en una respuesta o serie de acciones adaptativas que los individuos emplean para lidiar con el dolor crónico, y su comprensión es esencial para ayudar a los adultos a vivir una vida lo más plena posible a pesar de esta condición(9–11).

En este contexto, el papel crucial que desempeña el personal de enfermería no puede ser subestimado, las enfermeras, como enlace vital entre los profesionales de la salud y los pacientes, tienen la responsabilidad de no solo aliviar el dolor

físico mediante técnicas y medicamentos adecuados sino también de brindar apoyo emocional y psicológico, su intervención puede marcar una diferencia significativa en la percepción del dolor y el bienestar general de los pacientes que viven con dolor crónico.

Dicho lo anterior, dicha investigación es competencias de enfermería dado que en el libro de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) refiere la intervención llamada “Mejorar el afrontamiento (5230)”, mencionando que enfermería debe facilitar de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida(12).

Es por ello que, la realización de esta investigación permite obtener el análisis explicativo de la catastrofización del dolor en conjunto con el afrontamiento que muestran estos participantes, por lo que se plantea el siguiente objetivo: determinar el porcentaje explicativo de la catastrofización del dolor sobre el afrontamiento en adultos que viven con dolor crónico.

METODOLOGÍA

Diseño, muestra y muestreo.

Diseño de corte cuantitativo de tipo correlacional-explicativo y transversal. La muestra se determinó mediante un muestreo no probabilístico a conveniencia y contó con criterios específicos para poder participar en el estudio, mencionándose en los criterios de selección. De igual forma contamos con el apoyo del programa G Power®, calculándose un tamaño de muestra de 89 adultos que viven con dolor crónico, considerando 0.05 de probabilidad de cometer error tipo 1, poder del 95% ($1-\beta=0.95$) y un predictor.

Entre los criterios de inclusión se menciona aquella persona mayor de edad con presencia de dolor mayor o igual de tres meses, vivir en Quintana Roo, México y que firme el consentimiento informado. Como criterios de exclusión se consideró a aquellos adultos con limitaciones cognitivas con diagnóstico médico que impidan la contestación de las escalas, no hable

español y que haya vivido la muerte de un familiar o mascota en periodo menor a un año.

Instrumentos

Cédula de datos personales

Se aplicó una cédula de datos personales en donde se evaluó datos característicos como la edad, sexo, grado máximo de estudios, estado civil, economía percibida, meses de vivir con dolor, causa de dolor y apoyo percibido del familiar.

Catastrofización del dolor

Posteriormente, se aplicó la escala de catastrofización del dolor, esta escala está conformada por tres factores, el primero rumia cognitiva definida como aquella preocupación constante e incapacidad de inhibir pensamientos relacionados con el dolor, la segunda es magnificación, el cual se enfoca en explicar la exageración de lo desagradable del dolor y el tercero es la desesperanza, el cual se centra en la pérdida de la esperanza por lograr algo, o por que desaparezca algún aspecto físico y psicológico perjudicial para la salud. Cuenta con preguntas Likert, que se evalúa de 0 (nada en absoluto), 1 (un poco), 2 (moderadamente), 3 (mucho) y 4 (todo el tiempo). Se interpreta a puntuaciones más altas indican niveles más altos de catastrofismo al dolor (13).

Afrontamiento del dolor

El Cuestionario de Afrontamiento al Dolor (CAD) (Anexo 2), contiene 31 ítems con 5 opciones de respuesta, las cuales son: 1. Totalmente en desacuerdo 2. Más en desacuerdo que de acuerdo 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo 4. Más de acuerdo que en desacuerdo 5. Totalmente de acuerdo. Se encuentra conformado por 6 factores: Religión ($\alpha = .94$). Necesidad del uso de espiritualidad o religión, apoyándose en la fe para conseguir estabilidad ante la enfermedad. Catarsis ($\alpha = .89$). Alivio que produce verbalizar el sentir del paciente para con su enfermedad, y buscar comprensión, pero no necesariamente para buscar soluciones. Autocontrol mental ($\alpha = .82$). Esfuerzo cognitivo para intentar manejar, o disminuir el dolor. Autoafirmación ($\alpha = .79$). Instrucciones, frases o ideas que el paciente se da a sí mismo para no decaer o desfallecer. Búsqueda de apoyo social

instrumental ($\alpha = .78$). Búsqueda de información en ámbitos sociales para saber más sobre el problema con el fin de controlar, disminuir o solucionar el dolor. La sumatoria del mismo se interpreta a mayor puntuación mayor afrontamiento al dolor(14).

Plan de análisis de datos

Los datos se analizaron con el paquete estadístico Statical Package for Social Sciences (SPSS) versión 27 para Windows 2010. Donde se utilizaron frecuencias, porcentajes, medias, desviación estándar, valor máximo, valor mínimo e intervalo de confianza. Además, se realizó un análisis de distribución de las variables continuas con la prueba de Kolmogorov Smirnov, por lo que para las correlaciones se aplicó la prueba de Spearman. Para poder determinar el porcentaje explicativo de la catastrofización del dolor sobre el afrontamiento al dolor se aplicó un modelo de regresión lineal simple.

Consideraciones éticas

La propuesta de investigación contó con la aprobación de la academia de enfermería y de la División Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, cumpliéndose lo establecido en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, se aplicó el artículo 13 del capítulo 1, título segundo, tratando con respeto y protegiendo su bienestar, se explicó de forma clara el objetivo del estudio y de toda actividad o procedimientos realizados en la investigación, este se cumplió a través de la entrega y firma del consentimiento informado, donde se protegía los derechos de los humanos del participante, su autonomía, con el derecho a la libre decisión, que involucra la recolección y la valoración de datos de este, respetando la confidencialidad y anonimato si ese es su deseo, sin la intención de causar ningún malestar o daño al sujeto de estudio en tiempo determinado.

Por lo mismo, se referencia la ley general de salud en su título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, los

siguientes artículos: Artículo 13, 17, 18, 20, 21, el cual aborda al sujeto de estudio como un ser que deberá prevalecer el criterio del respeto, dignidad y la protección de su derecho y bienestar, se considera de riesgo mínimo y se cancelará cuando haya un daño a la salud aunado a que se deberá aplicar el consentimiento informado, explicado de forma claro y precisa. De igual manera se considerará Declaración de Helsinki (1964) y el respeto a los principios de justicia, beneficencia, respeto y no maleficencia del informe Belmont.

Por último y en cumplimiento a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados y la Ley de Protección de Datos Personales Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Quintana Roo, los datos recabados se utilizaron únicamente con fines de investigación, asumiendo por parte del equipo de investigación las medidas legales y de seguridad para proteger los datos personales de los participantes.

RESULTADOS

Participaron 89 personas, encontrándose una media (M) de edad de 50.92 años ($DE=11.319$, $IC=48.52-53.32$ años). De igual manera se encontró que las personas tienen una M de 39.18 meses de vivir con dolor ($DE=104.576$, $IC=17.02-61.34$). Por último, de acuerdo con el número de personas con las que viven en casa la mayoría vive con cuatro familiares ($DE=1.973$, $IC=4.33 - 5.17$).

En la tabla 1 se encontró que la mayoría de los participantes son mujeres, adultos mayores (más de 60 años), son de estado civil casado, con un grado de estudio de primaria, con una economía percibida media, predominando los que, si laboran, en su mayoría desconocen el origen de su dolor y perciben como bueno el apoyo familiar que reciben.

Tabla 1. Caracterización de los participantes del estudio.

Variable	Fr	%
<i>Sexo</i>		
Hombre	29	32.5
Mujer	60	67.5
<i>Rango de edad</i>		
Menos de 60	20	27.8
Más de 60	69	72.2
<i>Grado de estudios</i>		
Primaria	47	52.8
Secundaria	27	30.3
Preparatoria	6	6.7
Técnico	4	4.4
Licenciatura	5	5.8
<i>Estado civil</i>		
Soltero	8	8.9
Casado	70	78.8
Viudo	9	10.1
Unión libre	2	2.2
<i>Economía percibida</i>		
Bajo	23	25.8
Medio	66	74.2
<i>Enfermedad asociada al dolor</i>		
Dolor crónico sin diagnóstico médico	22	24.7
Dolor muscular crónico	14	15.7
Gonartrosis	8	8.9
Colitis crónica	4	4.4
Litiasis crónica	8	8.9
Migraña	10	11.2
Artritis	7	7.8
Cardiopatía	5	6.4
Diabetes de tipo neuropático	5	6.4
Isquemia arterial periférica	3	5.6
<i>Apoyo familiar percibido</i>		
Malo	3	2.4
Regular	29	32.5
Bueno	44	49.4
Excelente	14	15.7
<i>Labora</i>		
Sí	54	60.6
No	35	39.4

Nota: fr= frecuencia, %=porcentaje.

En la tabla 2 se encontró que la variable catastrofización del dolor evidencia una media ($M=15.28$, $DE=14.884$) por debajo de lo obtenido por la validación de su instrumento, demostrando que los adultos que participaron en esta investigación catastrófica menos.

Tabla 2. Caracterización de la Catastrofización del dolor.

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Val. Mínimo</i>	<i>Val. Máximo</i>	<i>IC</i>
Catastrofización del dolor	15.28	14.884	0	52	12.13 – 18.44
Rumia cognitiva	5.44	4.899	0	16	4.41 – 6.48
Magnificación	3.83	3.566	0	12	3.07 – 4.59
Desesperanza	6.78	6.552	0	24	5.40 – 8.17

Nota: *M*=media, *DE*= desviación estándar, *Val Min.* = Valor Mínimo, *Val. Max*= Valor Máximo, *IC*= Intervalo de confianza.

En la tabla 3 se describe las puntuaciones de la escala y subescalas del afrontamiento al dolor.

Tabla 3. Caracterización del afrontamiento al dolor.

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Val. mínimo</i>	<i>Val. máximo</i>	<i>IC</i>
Afrontamiento al dolor	95.5	36.034	31	155	87.52 – 103.56
Religión	16.96	7.261	5	25	15.35 – 18.58
Catarsis	14.79	7.362	13.15	16.43	15.35 – 18.58
Distracción	17.08	7.289	6	30	15.45 – 18.70
Autocontrol mental	13.95	6.330	5	25	12.54 – 15.36
Autoafirmación	16.64	6.723	5	25	15.14 – 18.13
Búsqueda de información	16.13	6.636	5	25	14.65 – 17.60

Nota: *M*=media, *DE*= desviación estándar, *Val Min.*= Valor Mínimo, *Val. Max*= Valor Máximo, *IC*= Intervalo de confianza.

En la tabla 4 se demostró una fuerte correlación positiva entre la catastrofización y el afrontamiento al dolor ($p=.000$), es decir, a mayor catastrofización del dolor, mayor es el afrontamiento al dolor en este grupo de estudio.

Tabla 4 Análisis correlacional de instrumentos.

Variable	1	2	3	4	5
1. Edad	1	.376**	.071	.193	.069
2. Meses con dolor		1	.025	.577**	.310**
3. Número de familiares en casa			1	.008	.132
4. Catastrofización al dolor				1	.529**
5. Afrontamiento al dolor					1

Nota: ** $p<0.005$, * $p<0.000$.

Los resultados obtenidos del análisis de regresión por técnica intro (ver tabla 5), muestra que al incorporarse la variable catastrofización al dolor tiene un poder de explicación alto, así como un mayor nivel de potencia estadística y tamaño del

efecto alto, este primer índice supera el .80, permitiendo afirmar que los resultados son relevantes para la predicción del afrontamiento al dolor en un 27%, siendo el factor causante la catastrofización al dolor.

Así mismo los indicadores de colinealidad VIF (Variance Inflation Factor) fueron superiores a .10 y los valores de tolerancia mayores a 0.20, lo que indica que existen correlaciones elevadas entre los

factores del modelo y por último el indicador de Durbin Watson se ubicó dentro de las dos unidades (2.169) lo que permite una generalización de los datos.

Tabla 5. Análisis de modelo de regresión lineal

Modelo	<i>F</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2	<i>B</i>	Error estándar	β	<i>p</i>	1- β	<i>f</i> ²
Catastrofización al dolor.	28.818	.270	.260	1.237	.230	.519	.000	.36	.95

Nota: *F*= Anova, $\Delta R^2=R^2$ ajustada, *B*=beta no estandarizada, β =beta estandarizada, *p*=nivel de significancia, 1- β =potencia estadística, *f*²=tamaño del efecto.

DISCUSIÓN

Los resultados de la caracterización de los participantes coinciden con los presentados por Barral y Buonanotte, en el que la mayoría de las personas evaluadas fueron del sexo femenino, sin embargo, la media de edad obtenida fue de 37.16 años(1). Estos resultados también están de acuerdo con el estudio realizado por Barragán, Mejía y Gutiérrez en donde se evidenció que la prevalencia del dolor es más frecuente en mujeres (48.3% vs. 33.6%), con mayor prevalencia a mayor edad siendo de 39.80% en las personas de 50 a 64 años y de 44.6% en los de 65 años o más, y menor a mayor escolaridad con una escolaridad promedio de 4.5 años(6). Con esto se observa que es más frecuente en personas de sexo femenino, adultos mayores y que con menor escolaridad mayor dolor, esto sugiere que es probable que en México halla situaciones físicas y ambientales que pudiera estar influyendo en el aumento del dolor, aunado a que el género y la edad aumenta este riesgo derivado a los cambios ocurridos en el proceso de envejecimiento.

Respecto a la variable de catastrofización del dolor se obtuvo una media de 15.28 (*DE*=14.884) en comparación con la media obtenida por Castromán y colaboradores de 33.44 (*DE*=14.54)(17), en donde la catastrofización es mayor. De igual manera para las tres subescalas en nuestro estudio se obtuvieron medias por debajo de las obtenidas en este estudio con resultados de rumiación (*M*=5.44 *DE*=4.899), magnificación (*M*=3.83 *DE*=3.566 y desesperanza (*M*=6.78 *DE*=6.552) en comparación con las medias de

Castromán y colaboradores rumiación (*M*=10.91 *DE*=±4.89), magnificación (*M*=7.31 *DE*=±3.749 y desesperanza (*M*=15.37 *DE*=±7.22)(17). Esto puede ser derivado a que los factores como la rumiación, magnificación y desesperanza se ve más afectado, pudiendo ser derivado a factores conductuales o a la mayor cantidad de dolor que se observó en sus participantes.

Por otro lado, para la variable de afrontamiento al dolor obtuvo una media de 95.5 (*DE*= 36.034), encontrándose entre las estrategias de afrontamiento más utilizadas la distracción (*M*=17.08 *DE*=7.289) y la aplicación de la religión (*M*=16.96, *DE*=7.261) entre las más utilizadas, aunado a que el autocontrol mental (*M*= 13.95, *DE*= 6.330) y catarsis (*M*=14.79, *DE*=7.362) fueron las menos utilizadas en nuestra investigación. Esto contrasta con los resultados obtenidos en el estudio de Soucase y colaboradores que mencionan que las estrategias más utilizadas fueron la autoafirmación (*M*= 3.98, *DE*= 0.62) y la búsqueda de información (*M*= 3.13, *DE*= 0.92) y el autocontrol mental (*M*= 2.19, *DE*= 0.96) fue la menos utilizada (16), esta última coincidiendo con nuestros resultados.

Sin embargo, en el estudio también realizado por Soucase y colaboradores se encontró que la estrategia de afrontamiento al dolor más utilizada del CAD fue la autoafirmación (*M*= 3.82; *DE*= 0.75), seguida de la búsqueda de la información (*M*= 2.95; *DE*= 0.94) y de la religión (*M*= 2.90; *DE*= 1.44). Siendo por el contrario la menos utilizada la estrategia autocontrol mental (*M*= 2.12; *DE*= 0.85)(16), coincidiendo en los resultados de estrategia más utilizada la religión y

la menos utilizada el autocontrol mental. Esto puede verse influenciado por el aspecto cultural de la religión en México, en el que esta toma relevancia en distintos aspectos de la vida cotidiana, aunado a que no hay una cultura de la búsqueda de apoyo psicológico, por lo que la propia persona genera sus propias estrategias de afrontamiento a la que más se ajuste.

Entre otros puntos, en nuestro estudio se encontró una correlación significativa entre la catastrofización del dolor y los procesos de afrontamiento, donde a mayor catastrofización del dolor, mayor es la activación de los procesos de afrontamiento ($r=.529$, $p=.000$). Cuando una persona catastrofiza el dolor, significa que tiende a exagerar la gravedad y las consecuencias de este. Esta percepción exagerada puede generar un aumento en la sensación de amenaza y desesperanza, lo que a su vez puede llevar a una mayor activación de los procesos de afrontamiento(1). Las personas que catastrofiza el dolor pueden sentirse más motivadas a utilizar estrategias de afrontamiento intensas o extremas, ya que perciben el dolor como algo inmanejable o insoportable.

Así mismo, el análisis de regresión lineal evidenció la relevancia para la predicción del afrontamiento al dolor en un 27%, siendo el factor causante la catastrofización al dolor. Esto es confirmado por Benyon y colaboradores, ya que mencionan que el afrontamiento está vinculado con la intensidad del dolor y la incapacidad. Descubrieron que la catastrofización se asoció con niveles más altos de dolor y discapacidad, por lo tanto, concluyeron que ignorar el dolor puede ser mal adaptativo(18).

Con base a lo anterior, significa que cuando una persona catastrofiza el dolor, es decir, magnifica o exagera la gravedad y las consecuencias de este, esto puede tener un impacto negativo en la forma en que esa persona afronta el dolor. La tendencia a catastrofizar puede llevar a una mayor sensación de miedo, ansiedad y desesperanza, lo que a su vez puede influir en la elección de estrategias de afrontamiento menos efectivas o saludables, pudiendo dificultar el proceso de afrontamiento y manejo del dolor de

manera positiva, siendo importante reconocer y abordar este patrón de pensamiento para poder manejar el dolor de manera más saludable y positiva(19–21).

CONCLUSIÓN

Los hallazgos de este estudio revelan datos significativos sobre la explicación de la catastrofización en el afrontamiento del dolor. Se observó que las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron la distracción y la aplicación de la religión, mientras que la rumiación, magnificación y desesperanza fueron menos comunes. Se demostró un impacto en el afrontamiento del dolor, observándose que la catastrofización del dolor explica en un 27% la modificación de los procesos de afrontamiento.

La tendencia a magnificar o exagerar la gravedad del dolor puede conducir a sentimientos de miedo, ansiedad y desesperanza, lo que a su vez influye en la elección de estrategias de afrontamiento menos efectivas. Es importante reconocer y abordar este patrón de pensamiento para gestionar el dolor de manera más saludable y positiva.

Estos resultados resaltan la importancia de desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas por enfermería y promover un enfoque más realista y equilibrado hacia el dolor para mejorar la calidad de vida de las personas que experimentan algún tipo dolor crónico.

REFERENCIA

1. Barral E, Buonanotte F. Catastrofización ante el dolor y abuso de analgésicos en pacientes con migraña crónica. *Rev Neurol*. 2020;70(08):282. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-193306>
2. Covarrubias A, Guevara U, Betancourt J, Gutiérrez C, Córdova J. Epidemiología del dolor crónico en México. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2010;33(4):1–7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cma104e.pdf>
3. Enfarma. Noticias Enfarma. 2021. p. 1–2 Dolor crónico afecta a entre 27 y 42% de la población

- en Latam, el doble de la incidencia global. Disponible en: <https://enfarma.lat/index.php/noticias/4241-dolor-cronico-afecta-a-entre-27-y-42-de-la-poblacion-en-latam-el-doble-de-la-incidencia-global>
4. Molton IR, Terrill AL. Overview of persistent pain in older adults. *American Psychologist*. 2014;69(2):197–207. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24547805/>
 5. Covarrubias A. Las clínicas del dolor en México. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2008;31(1):1 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2008/cma081k.pdf>
 6. Barragan A, Mejía S, Gutiérrez M. Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *Salud Pública de México* [Internet]. 2007 [citado el 8 de junio de 2024];49(4):1–7. Disponible en: www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s4/v49s4a08.pdf
 7. Alvarado A, Salazar Á. Aprender a vivir con el dolor crónico en la vejez. *Salud Uninorte*. 2018;34(2):349–62. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522018000200349
 8. Morales A, Sosa T. El apoyo social y el afrontamiento del dolor crónico en adultos mayores. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2022;5(1):84–102. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=105495>
 9. Pampin M, Cebral A, Rojo E, Vieto M. El modelo de dolor crónico y abordaje bio-psico-social. En: *Enfoque Editorial SC*, editor. *Manual básico de dolor de la SGADOR para residentes*. 1a ed. Galicia : Sociedade Galega da Dor e Coidados Paliativos; 2017. p. 31–6. Disponible en: https://sgador.com/wp-content/uploads/2018/04/Manual-SGADOR-24x17_WEB_20-03.pdf
 10. Alvarado-García A, Salazar-Maya Á. Descubriendo los sentimientos y comportamientos que experimenta el adulto mayor con dolor crónico benigno. *Gerokomos*. 2016;27(4):143–6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2022/epi221d.pdf>
 11. Ruiz K, Chan V, Hernández G, Cab A, Espadas J, Medina J. Vivir con dolor crónico desde la experiencia de adultos mayores con enfermedades crónico-degenerativas. *Horizontes de Enfermería*. 2021;32(3):297–305. Disponible en: <https://horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/39617>
 12. Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Elsevier. Cheryl Wagner, editor. Vol. 6. 2018. 1–242 p.
 13. García J, Rodero B, Alda M, Sobradíel N, Montero J, Moreno S. Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Med Clin (Barc)*. octubre de 2008;131(13):487–92.
 14. Soriano J, Monsalve V. Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Rev Soc Esp Dolor*. 2004;11(1):407–14. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n7/original1.pdf>
 15. Soucase B, Monsalve V, Soriano J, De Andrés J. Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española de dolor*. 2005; 12(1):8–16. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v12n1/nota2.pdf>
 16. Soucase B, Monsalve V, Soriano J. Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Sociedad Española de Dolor*. 2005;12(1):8–16. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v12n1/nota2.pdf>
 17. Castromán P, Ayala S, Schwartzmann A, Surbano M, Varaldi G, Castillo M, et al. Evaluación del Catastrofismo en Pacientes con Lumbalgia Crónica en la Unidad de Dolor de un Hospital Universitario. *Revista el Dolor*. 2018 ;70(1):10–5. Disponible en: <https://www.revistaeldolor.cl/storage/articulos/July2020/0zlfMk1vv5oli22Xbkt3.pdf>

18. Benyon K, Muller S, Hill S, Mallen C. Coping strategies as predictors of pain and disability in older people in primary care: a longitudinal study. BMC Fam Pract. 2013;14(1):67. Disponible en: <https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-67>
19. Neblett R. Pain catastrophizing: An historical perspective. J Appl Biobehav Res. 2017;22(1). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1/jabr.12086>
20. Martinez-Calderon J, Jensen MP, Morales-Asencio JM, Luque-Suarez A. Pain Catastrophizing and Function In Individuals With Chronic Musculoskeletal Pain. Clin J Pain. 2019;35(3):279–93. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30664551/>
21. Petrini L, Arendt-Nielsen L. Understanding Pain Catastrophizing: Putting Pieces Together. Front Psychol. 2020;11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7772183/>