

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/311972175>

# El Humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico

Article · December 2016

---

CITATIONS

0

---

READS

12

7 authors, including:



[Carmen Ramírez-Maestre](#)

University of Malaga

58 PUBLICATIONS 710 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Elena Rocío Serrano-Ibáñez](#)

University of Malaga

3 PUBLICATIONS 2 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Alicia E. López-Martínez](#)

University of Malaga

71 PUBLICATIONS 737 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

All content following this page was uploaded by [Carmen Ramírez-Maestre](#) on 30 December 2016.

The user has requested enhancement of the downloaded file. All in-text references [underlined in blue](#) are added to the original document and are linked to publications on ResearchGate, letting you access and read them immediately.

## El humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico

### *The humor like strategy of confrontation in chronic pain*

---

Sánchez Espinar, S.\*, Ramírez-Maestre, C.\*, Correa-Guerra, M.\*, Ruiz-Párraga, G.T.\*, Serrano Ibañez, E.\*,

López-Martínez, A.E. y Esteve, R.\*

\*Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.

#### RESUMEN

**Marco Teórico.** Aunque se han estudiado diferentes estrategias de afrontamiento en dolor crónico, el papel del humor en la adaptación al dolor crónico no ha sido estudiado hasta el momento. **Objetivo.** Investigar el papel del humor como afrontamiento en la adaptación al dolor crónico. **Método.** Se entrevistaron a 111 pacientes con dolor crónico. Se utilizó el modelo de ecuaciones estructurales para analizar el modelo hipotético. **Resultados.** El humor de autoafirmación y las estrategias de afrontamiento basadas en el humor se asocian positivamente con el afecto positivo y la satisfacción vital. La intensidad de dolor percibido no se relaciona con estas variables. **Conclusión.** El estilo de humor de autoafirmación y el afecto aparecen como recursos de afrontamiento que contribuyen a explicar las diferencias en la adaptación de los pacientes con dolor crónico.

**Palabras clave:** humor, estrategias de afrontamiento, afecto, dolor crónico.

#### ABSTRACT

**Theoretical Framework: Background.** Prior studies have analyzed coping strategies in the setting of chronic pain. However, no study has investigated the role of humor in adjustment to chronic pain. **Purpose.** To investigate the role of humor-coping strategies in adjustment to chronic pain. **Methods.** In total, 111 patients with chronic pain were interviewed. Structural equation modeling analyses were used to test the hypothetical model. **Result.** Self-enhancing humor and the humor-coping strategies were associated with positive affect and satisfaction with life. No association was found between humor and pain intensity. **Conclusion.** Self-enhancing humor appears to be a variable that could explain individual differences in adjustment to chronic pain.

**Keywords** chronic pain, humor, coping strategies, affect, chronic pain.

### **INTRODUCCION.**

La psicología positiva ha identificado el humor como una de las 24 fortalezas para el bienestar y la vida plena (Peterson y Seligman, 2004). El humor puede definirse como una característica humana, universal y transcultural (Erickson y Feldstein, 2007; Martin, 2007). Actualmente, no se ha llegado a una definición común que incluya las distintas características y fenómenos asociados al humor.

Según Martin (2003; 2006), el humor, puede presentarse de dos formas distintas: como estado (fenómeno actual y de duración determinada), o como rasgo (fenómeno habitual persistente en el tiempo). El estudio de Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray y Weir (2003) evidencian la existencia de 4 estilos de humor que aparecen en diversos grupos y culturas. Dependiendo de la función del sentido del humor en la vida diaria, los diferencian y clasifican en: humor afiliativo o social (facilita la relación con otras personas), humor de auto-afirmación (facilita la regulación de emociones negativas y su afrontamiento), humor agresivo (relacionado con la ira y la hostilidad) y humor descalificativo (uso de términos despectivos y cínicos hacía uno mismo).

El humor es relevante en la investigación de la calidad de vida dada su relación con la salud física y psicológica (Capps, 2006; Erickson y

Feldstein, 2007). Se ha considerado una cualidad resiliente que actúa como amortiguador del estrés y se relaciona con una mejor adaptación ante el mismo (White, Driver y Warren, 2010). Este “humor amortiguador” es conocido como humor de afrontamiento o auto-afirmación (Martin, 2007).

La literatura científica recoge la influencia del sentido del humor en distintas situaciones estresantes. Numerosas investigaciones han demostrado que niveles elevados de humor adaptativo se relacionan con mayor bienestar psicológico (Chen y Martin, 2007; Kuiper, Grimshaw, Leite y Kirsh, 2004). En este sentido, diversas investigaciones han señalado que el uso del humor como estilo de afrontamiento permite cambios en la valoración de situaciones inicialmente amenazantes, disminuyendo el impacto de la amenaza al generar emociones positivas e incrementar la propia percepción de capacidad para superar la situación. También concluyen que el humor permite distanciarse de la amenaza (Cann y Etzel, 2008; Erickson y Feldstein, 2007; Kuiper y Nicholls, 2004).

Algunos estudios relacionan humor con satisfacción vital, disminución de la percepción de dolor, mejora en el funcionamiento inmunológico y mayores niveles de salud en general (Martin 2007; Panish, 2002). El humor permite mejorar la calidad de vida y la salud física del individuo al reducir los niveles de estrés y ansiedad (Bennett y Lengacher, 2009, Lockwood y Yoshimura, 2014). Martin (2007) afirma que el aumento

## **El humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico**

---

del sentido del humor y la risa, entendida como consecuencia motora del sentido del humor, mejora la función inmune, incrementa la tolerancia al dolor y reduce el riesgo cardiovascular. Otros estudios muestran resultados contradictorios. Éstos señalan una relación negativa entre humor y salud al tomar parte en actividades más arriesgadas o desatender sus dolencias físicas (Kerkkanen, Kuiper y Nicholls, 2004). Kuiper y Nicholls (2004) encontraron, en una muestra universitaria, que aquellos que utilizan estrategias de afrontamiento basadas en el humor tienen evaluaciones cognitivas más positivas. Esto facilitaría que el individuo se distancie del evento que le preocupa, reduciendo las preocupaciones sobre su salud física. Así, la percepción sobre la salud física podría ser más positiva de lo real, llegando a descuidar hábitos de salud. En este sentido, las estrategias de afrontamiento basadas en el humor se relacionan con una menor preocupación por las sensaciones corporales negativas, pudiendo llegar a descuidar hábitos de vida saludable (Kuiper y Nicholls, 2004).

En el estudio de Kuiper y Harris (2009), que evaluó la relación entre la aparición de síntomas físicos, el afecto negativo, el estilo de humor y las estrategias de afrontamiento en una población universitaria, no se encontró relación entre el aumento de síntomas físicos y el estilo de humor utilizado. Sí hallaron, sin embargo, una relación significativa entre humor adaptativo y el uso de estrategias de afrontamiento activas y eficaces. En este análisis se

tuvo en cuenta el impacto del afecto negativo en el afrontamiento de la situación y en la predicción de la salud física. Así pues, el estilo autoafirmativo aparece como predictivo de un afrontamiento eficaz de problemas de salud. Concretamente, este estilo se asoció con el cambio a una perspectiva más positiva de los síntomas, resultados congruentes con los encontrados por Martin (2003) que muestran que individuos con puntuaciones más altas en humor de auto-afirmación son más propensos a ver situaciones estresantes desde una perspectiva más positiva.

La influencia del humor como afrontamiento ha sido estudiada en poblaciones con diversas enfermedades físicas como cáncer (Roesch, Adams, Hines, Palomares y Vyas, 2005; Roussi, Krikeli, Hatzidimitriou y Koutri, 2007), VIH/SIDA ([Turner-Cobb et al., 2002](#)), enfermedades neurológicas (Helder, Kaptein, Kempen, Weinman, Van Huwelingen y Roos, 2002), enfermedades renales (Svebak, Kristoffersen y Aasarod, 2006) enfermedades neuromusculares ([Leise, 1993](#)), esclerosis sistémica (Merz, Malcarne, Hansdottir, Furst, Clements y Weisman, 2009) y enfermedades cardíacas (Lockwood y Yoshimura, 2014) entre otras. Los resultados muestran que el uso del humor, como estrategia de afrontamiento del estrés diario, se relaciona con niveles menores de depresión y menor número de síntomas físicos (Kuiper y Nicholl, 2004), un incremento de la supervivencia en pacientes con enfermedades renales (Svebak et al., 2006) y

## **El humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico**

---

mejor funcionamiento (entendido como mejora en la autonomía personal) en pacientes con cáncer de mama (Ben-Zur, Gilbar y Lev, 2001) y deficiencia auditiva adquirida (Helvik, Jacobsen, y Hallberg, 2006). Sin embargo, en la literatura empírica otros trabajos no encuentran relación significativa entre humor y la mejora del estado de salud de los pacientes estudiados (Fortune, Richards, Main y Griffiths, 2002; Lockwood y Yoshimura, 2014).

En investigaciones de Kuiper y Nicholl (2004) y Martin y colaboradores (2003), se asocia el humor con el apoyo social. En este sentido, Martin y colaboradores (2003) concluyeron que la satisfacción con el apoyo social recibido tiene que ver más con el mantenimiento de un punto de vista humorístico y alegre en la vida (estilo de humor de auto-afirmación) que con un estilo de humor afiliativo. Además, estos autores señalan que, al facilitar el distanciamiento del evento estresante, se relaciona igualmente con la salud psicológica. Otros investigadores señalan la relación del humor con la percepción de salud física y calidad de vida (Lockwood y Yoshimura, 2014). Sin embargo, como hemos expuesto anteriormente, no todas las investigaciones encuentran asociaciones positivas entre el sentido del humor y las medidas de salud, la adaptación, el bienestar y la calidad de vida (Capps, 2006; Erickson y Feldstein, 2007; Fortune, 2002; Helder et al., 2002; Kuiper, et al., 2004; [Merz et al., 2009](#)). Así, el estudio de Merz y colaboradores (2009) no halló significación entre la utilización del humor

como estilo de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con esclerosis sistémica. En la actualidad varias investigaciones sostienen el beneficio del humor como estilo de afrontamiento eficaz, sin embargo, la evidencia empírica no es concluyente. Así, el objetivo del presente estudio es contribuir a clarificar el papel del humor, como estrategia de afrontamiento, en el bienestar de personas con problemas de salud física. Concretamente, el trabajo se centra en el ámbito del dolor crónico.

#### Humor y dolor crónico

El dolor es una sensación perceptiva que disminuye el bienestar de quien lo sufre. Cuando el dolor es crónico, se entiende como una situación de tensión mantenida que el individuo suele percibir como amenazante (Esteve, López y Ramírez-Maestre, 1999; Ramírez, Esteve y López-Martínez, 2001). Según la Asociación Internacional Para el Estudio del Dolor (International Association for Study of Pain, IASP, 1994), se considera dolor crónico cuando persiste más de 3 meses. A este tipo de dolor se asocia un componente de sufrimiento psíquico importante, que condiciona en mayor o menor medida la aparición de conductas de dolor. En este sentido, la continuidad del dolor incrementa la posibilidad de que determinados factores ambientales y psicosociales interfieran en el estado emocional del paciente (Esteve et al., 1999), haciendo probable que éste experimente pérdidas significativas en el área laboral, económico, familiar,



## **El humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico**

---

social y sexual (Esteve et al., 1999; Ramírez et al., 2001, Ramírez- Maestre, López y Esteve, 2004). Esto retroalimentaría la percepción de dolor experimentada por la persona. Ante la amenaza, los enfermos suelen desarrollar diversos comportamientos para intentar controlar el dolor, poniendo en marcha mecanismos que les permitan disminuir el daño generado. En este contexto, la percepción de intensidad del dolor ha sido utilizada como herramienta para evaluar la adaptación al dolor crónico, considerando una alta percepción de la intensidad de dolor como una evidencia de mala adaptación (Ramírez-Maestre, Esteve y López, 2008).

Diversas investigaciones han analizado la relación entre estrategias de afrontamiento y determinadas variables del individuo que pueden predecir la adaptación al dolor crónico y la vivencia al mismo (Esteve, Ramírez-Maestre y López, 2007; Ramírez-Maestre et al., 2008; Ramírez y Esteve, 2013). Denominamos estrategias de afrontamiento al conjunto de conductas y cogniciones empleados para afrontar eventos estresantes (Lazarus y Folkman, 1986; [White et al., 2010](#)) o para hacer frente a las exigencias tanto internas como externas que sobrepasan sus recursos. Cabe destacar que no todas las estrategias de afrontamiento son eficaces; aunque ayudan a eliminar o disminuir la intensidad del estresor y/o la percepción de amenaza puede suponer consecuencias negativas en el individuo que las lleva a cabo,

agotando las capacidades y limitando los recursos del mismo (Kosek y [Hansson, 1997](#)).

Si bien hasta la fecha se han estudiado diferentes estrategias de afrontamiento en la adaptación al dolor crónico, el humor no ha sido incluido dentro de estos. Probablemente, las más estudiadas en la investigación del dolor crónico, son las estrategias de afrontamiento activas y pasivas (Esteve, Ramírez-Maestre y López-Martínez, 2004), destacando el catastrofismo como estrategia pasiva e ineficaz (Sturgeon y Zautra, 2013).

Por otro lado, existe constancia del papel protector de las emociones positivas en la población con dolor crónico (Strand, Zautra, Thoresen, Odegard, Uhlig y Finset, 2006, Wright, Zautra y Going, 2008; Zautra, Fasman, Parish y Davis, 2007) relacionándose con menor nivel de dolor y un aumento del nivel de autonomía. No obstante, no aparece en la literatura estudios que indaguen la relación entre humor, experiencia de dolor y afecto positivo y/o negativo. La relación entre el afecto negativo y actitudes más negativas hacía la enfermedad, que conduce a más quejas de síntomas, ha sido ampliamente documentada (Mayne, 1999; Petrie, Moss-Morris, Grey y Shaw, 2004). El afecto positivo por su parte ha demostrado beneficios en el bienestar físico, como la recuperación más rápida tras una cirugía (Seebach, Kirkhart y Lating 2001) y el mejor funcionamiento del sistema inmunológico (Pressman y Bach, 2012). No hemos encontrado

## **El humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico**

---

investigaciones que analicen el papel del humor asociándose con el afecto positivo, ni en la salud física en general, ni en el ámbito específico del dolor crónico.

En conclusión, aunque existen estudios que han tenido en cuenta diversas estrategias de afrontamiento en personas que sufren dolor crónico, ninguno analiza el papel del humor como estrategia de afrontamiento per sé en la adaptación a la experiencia del dolor crónico. Conocer los factores psicológicos que mejoran la vida de estos enfermos es un objetivo de la psicología de la salud, además de un ámbito novedoso y de vital importancia para la psicología positiva. Esta investigación hipotetiza la existencia de una asociación antecedente entre el estilo humor de autoafirmación y las estrategias de afrontamiento basadas en el humor. A su vez, supone una relación entre el humor de autoafirmación (y de las estrategias de afrontamiento basadas en el humor) y la adaptación de los pacientes con dolor crónico musculoesquelético. Dicha adaptación se evaluará a través de las mediciones de afecto positivo y negativo, satisfacción vital e intensidad de dolor percibida por los pacientes. El conocimiento de éstas variables antecedentes del paciente en su adaptación al dolor, proporcionaría herramientas al clínico en su labor preventiva así como en la intervención psicosanitaria.

## MÉTODO.

### Participantes

Los participantes fueron 111 pacientes con dolor crónico. Aunque no hay un consenso claro, algunos autores consideran que una muestra adecuada debería tener entre 10 - 20 participantes por parámetro estimado (Kline, 2005). Otros sugieren que el tamaño de la muestra depende del poder estadístico deseado, de las hipótesis nulas a evaluar y de la complejidad del modelo (cuando el modelo es más complejo, mayor tamaño de la muestra) (Cupani, 2012). Los requisitos para formar parte de esta muestra han sido a) llevar padeciendo dolor musculoesquelético al menos 3 meses en el momento de la participación, b) tener entre 18 y 65 años de edad, c) no estar siendo tratados de enfermedades oncológicas, enfermedades malignas o enfermedades mentales, d) comprender el castellano y e) comprender las instrucciones y el cuestionario.

Se citaron a 135 pacientes que cumplieron estos criterios, 20 faltaron a la cita y 4 fueron excluidos; dos por sobrepasar el límite de edad, uno por trastorno depresivo mayor y el último por dolor oncológico. De estos 111 participantes 81 eran mujeres (73%) y 30 hombres (27%). La media de edad de la muestra fue de 50,45 años (DT= 9,42). Un 33,3% de la muestra

## **El humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico**

---

eran trabajadores en activo, un 27% jubilados, un 15,3% amas de casa y el 24,3% restante se encontraba en desempleo. Un 54,1% estaban casados. En la tabla 1 se muestran las características de la muestra con más detalle.

La etiología del dolor fue heterogénea. Los diagnósticos más frecuentes fueron artritis y artrosis (43,2 %), dolor postraumático (13,5%), fibromialgia (24,3%), hernia discal (28,8%) y lumbalgia (16,2%). Entendiendo que un mismo paciente pueda tener varios diagnósticos. Los lugares primarios en los que los participantes indicaban dolor fueron el cuello (52,5%), hombro derecho (60,6%), hombro izquierdo (56,6%), muñeca derecha (50,5%), muñeca izquierda (47,5%), espalda cervical (57,6%), espalda torácica (50,5%), espalda lumbar (67,7%) y espalda sacra (57,6%).

**Tabla 1:**  
*Características descriptivas de la muestra (N=111)*

<b>Variables</b>	<b>Media</b>	<b>D.T.</b>
<b>Edad</b>	50,45	9,42
<b>Tiempo con dolor (años)</b>	9,9	9,42
<b>Dolor</b>	6,2	

<b>Variables</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	
Hombres	27%
Mujeres	73%
<b>Estado civil</b>	
Soltero	10,8%
Casado	54,1%
Divorciado	15,3%
Separado	9%
Viudo	4,5%
<b>Diagnóstico</b>	
Artritis y artrosis	43,2%
Dolor postraumático	13,5%
Fibromialgia	24,3%
Hernia discal	28,8%
Lumbalgia	16,2%
Pinzamiento	7,2%
Tendinitis	8,1%
<b>Situación laboral</b>	
Activo	33,3%
Ama de casa	15,3%
Desempleado	24,3%
Jubilado	27%
<b>Nivel de estudios</b>	
No escolarizado	1,8%
No primaria	12,1%
Primarios	27,3%
Secundarios	40,9%
Diplomatura	8,2%
Licenciatura	8,2%
Máster-Doctor	0,9%
<b>Lugar dolor</b>	
Cuello	52,2%
Hombro dch	60,6%
Hombro izq	56,6%
Muñeca dch	50,5%
Muñeca izq	47,5%
Espalda cervical	57,6%
Espalda torácica	50,5%
Espalda lumbar	67,7%
Espalda sacra	57,6%

### **Procedimiento**

Se solicitó a los participantes su consentimiento informado por escrito, dando la posibilidad de revocar dicho consentimiento sí así lo deseaba. Los instrumentos fueron aplicados oralmente y las alternativas de respuesta estaban impresas en hojas con grandes números y letras para facilitar su respuesta. Los cuestionarios se encontraban dentro de un protocolo que recogía además de nuestros datos, otros necesarios para el proyecto dentro del que se sitúa nuestra investigación. La entrevista tenía una duración aproximada de hora y media. La recopilación de información fue realizada por 4 personas en salas individuales donde pasaban los cuestionarios en idéntico orden y garantizaban las condiciones de confidencialidad e intimidad. La recogida de datos abarcó desde noviembre de 2015 a marzo de 2016 y se llevó a cabo en distintas asociaciones de enfermos de dolor crónico y áreas sanitarias del Hospital Costa del Sol y Hospital Clínico.

### **Medidas**

La recogida de datos demográficos (sexo, edad, ocupación, estado civil y nivel de estudios) y clínicos se realizó usando un protocolo creado

para este estudio. La información se obtenía del propio paciente o de la historia clínica del mismo

La recogida de información de las variables psicológicas y de dolor se realizó durante la entrevista a través de los siguientes instrumentos:

*Cuestionario de Estilos de Humor (HSQ)*. Mide 4 estilos de humor (Martin et al. 2003). En el presente trabajo utilizaremos exclusivamente la escala que evalúa *Humor de Auto-afirmación*. Este estilo de humor permite al sujeto regular las emociones negativas y afrontarlas sin dañarse a sí mismo o a otros. La fiabilidad de la escala es Alfa= 0.81 en su versión original (Martin et al., 2003). Aunque existe una versión argentina se optará por realizar una traducción más fiel al español utilizado en nuestro país. En nuestro estudio esta escala muestra una fiabilidad Alfa= 0,77.

*Brief COPE, Escala de afrontamiento humorístico (BCOPE-H)*. Compuesta por 2 ítems, fue desarrollada por Carver (1997) y es parte de un cuestionario de medición de otros estilos de afrontamiento. En la versión original la subescala de humor presenta un Alfa= 0.73 (Carver, 1997). En su versión castellana la muestra un Alfa= 0.79 (Morán, 2010). En nuestro estudio muestra una fiabilidad Alfa= 0,84.

*Escalas de afecto positivo y negativo PANAS (PANAS)*. Elaborada por Watson, Clark y Tellegen (1988), valora separadamente, las experiencias emocionales positivas (AP) y negativas (AN) vividas



## **El humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico**

---

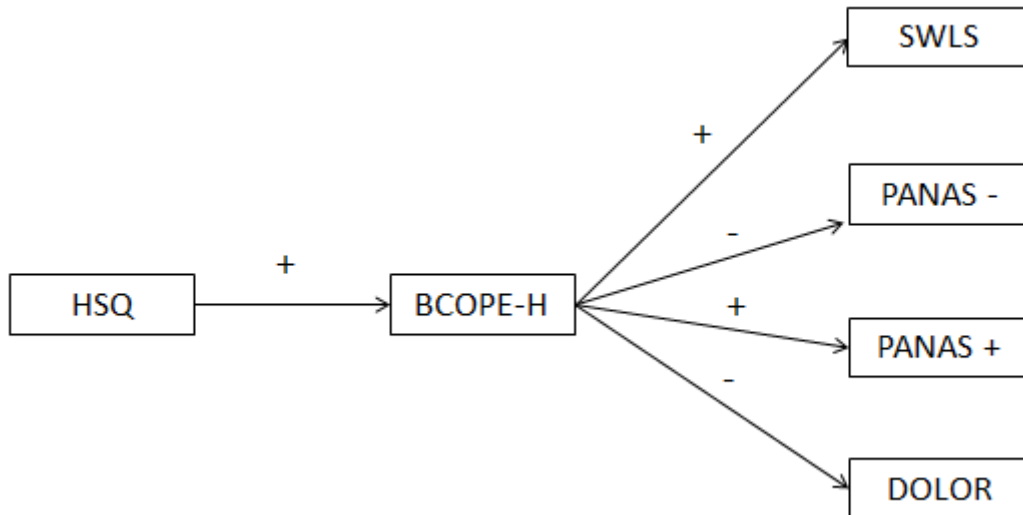
recientemente. Consta de 20 ítems, 10 se refieren a la subescala de afecto positivo (AP) y 10 a la subescala de afecto negativo (AN). Los coeficientes Alfa para las subescalas en la traducción al español son para mujeres Alfa= 0.87 (AP) y Alfa= 0.89 (AN) y para hombres Alfa= 0.89 (AP) y Alfa= 0.91 (AN) (Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente, 1999). En nuestro estudio esta escala muestra una fiabilidad Alfa= 0.92 para la subescala de afecto positivo y un Alfa= 0.89 para la subescala de afecto negativo.

*Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)*. Elaborada por Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) consta de 5 ítems que miden la satisfacción vital. En su versión española presenta una fiabilidad Alfa= 0.84 (Muñoz de Aranillas, Borrero, Moreno y Bollido, 2010). En nuestro estudio muestra una fiabilidad Alfa= 0,85.

*Evaluación de la intensidad de dolor*. Clasifica la intensidad de dolor en una escala numérica de 0 “nada de dolor” a 10 “el peor dolor posible”. Se pregunta a los pacientes por la media del dolor «en el momento presente», el dolor «peor», «promedio» y «el más leve» en las dos semanas anteriores. Es uno de los instrumentos más fiables para medir intensidad de dolor en pacientes con dolor crónico (Jensen, Turner, Romano y Fisher, 1999). En nuestro estudio muestra una fiabilidad Alfa= 0,80.

### **Análisis estadístico**

En primer lugar, se realizó un análisis correlacional entre las variables observadas incluidas en el modelo. A continuación se analizó el ajuste del modelo hipotético (Figura 1) mediante modelos de ecuaciones estructurales (MES) usando el programa informático LISREL 8.30. Se utilizó el método de estimación de máxima verosimilitud, eficaz para cualquier distribución de datos si los análisis se realizan en matrices de covarianza (Bentler, 2006). Se utilizaron varios índices de bondad de ajuste para probar la adecuación del modelo. El índice de ajuste comparativo (CFI) (Bentler, 2006) y el índice no normalizado de ajuste (*non-normed fit index*, NNFI) (Bentler, 1980) para medir la mejora proporcional en el ajuste mediante la comparación de un modelo hipotético con un modelo de línea de base más restringido. El CFI y NNFI toman valores de 0 (absoluta falta de ajuste) a 1 (ajuste perfecto). El error de la raíz cuadrada media de aproximación (RMSEA) señala un buen ajuste con valores inferiores a 0,08 (Hu y Bentler, 1999). Los índices de bondad de ajuste GFI y AGFI toman valores de 0 (absoluta falta de ajuste) a 1 (ajuste perfecto); mientras que en la normalización de la raíz cuadrada media residual (SRMR), cuanto menor es el valor, mejor es el ajuste.



*Figura 1:* Modelo hipotético

HSQ Humor Style Questionnaire, BCOPE-H Brief COPE, Escala de afrontamiento humorístico, SWLS Escala de satisfacción con la vida, PANAS + afecto positivo, PANAS - afecto negativo, DOLOR intensidad de dolor percibido.

El modelo hipotético representado en la Figura 1, muestra la relación esperada entre las variables analizadas. Así, se espera que el estilo de humor de auto-afirmación se relacione positivamente con el uso del humor como estrategias de afrontamiento. A su vez, el humor como estrategia de afrontamiento tendrá una relación directa con satisfacción vital y afecto positivo, y una relación inversa con afecto positivo e intensidad de dolor percibida.

## RESULTADOS.

### Análisis de correlación

La Tabla 2 presenta las correlaciones entre las variables incluidas en el modelo hipotético. Se evaluaron siguiendo las directrices propuestas por Cohen: baja correlación desde 0,10 a la 0,29 correlaciones moderadas de 0,30 a 0,49 y altas correlaciones de 0,50 a 1.

**Tabla 2**

*Matriz de correlaciones*

	Tiempo	Dolor	HSQ	BCOPE-H	SWLS	POS	NEG
<b>Tiempo</b>	1						
<b>dolor</b>		1					
<b>Dolor</b>	0,083	1					
<b>HSQ</b>	0,030	0,011	1				
<b>BCOPE-H</b>	-0,017	0,040	0,722**	1			
<b>SWLS</b>	-0,205*	-0,200*	0,508**	0,576**	1		
<b>POS</b>	-0,175	-0,192*	0,495**	0,540**	0,542**	1	
<b>NEG</b>	0,146	0,326**	-0,356**	-0,307*	-0,441**	-0,589**	1

*Nota: P < 0.05\*, P < 0.01\*\**

*HSQ Humor Style Questionnaire, BCOPE-H Brief COPE, Escala de afrontamiento humorístico, SWLS Escala de satisfacción con la vida, POS afecto positivo, NEG afecto negativo, Dolor intensidad de dolor percibido.*

Como se muestra, no hubo correlación entre el tiempo padeciendo dolor y la mayoría de las variables incluidas en el análisis. Sólo baja

## El humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico

correlación negativa entre tiempo con dolor y satisfacción vital. El estilo de humor de auto-afirmación tiene alta correlación con el estilo de afrontamiento basado en el humor, con la satisfacción vital; una correlación positiva moderada con el afecto positivo y una correlación negativa moderada con el afecto negativo. Las estrategias de afrontamiento basado en el humor presentan una alta correlación con la satisfacción vital y el afecto positivo, y una correlación negativa moderada con el afecto negativo. Por último, la satisfacción vital presenta correlación positiva y alta con el afecto positivo y negativa y moderada con el afecto negativo.

### Evaluación del modelo estructural

**Tabla 3**

*Modelo inicial. Parámetro de cambio,  $X^2$  y Grados de libertad.*

Parámetros de cambio estandarizados						
Modelo inicial	Variables					
	Dolor	BCOPE	SWLS	POS	NEG	
HSQ	-	-.73	-	-	-	-
Dolor	-	-	-	-	-	-
BCOPE	.03	-	.59	.55	-.31	
SWLS	-	-	-	-	-	
POS	-	-	-	-	-	
NEG	-	-	-	-	-	

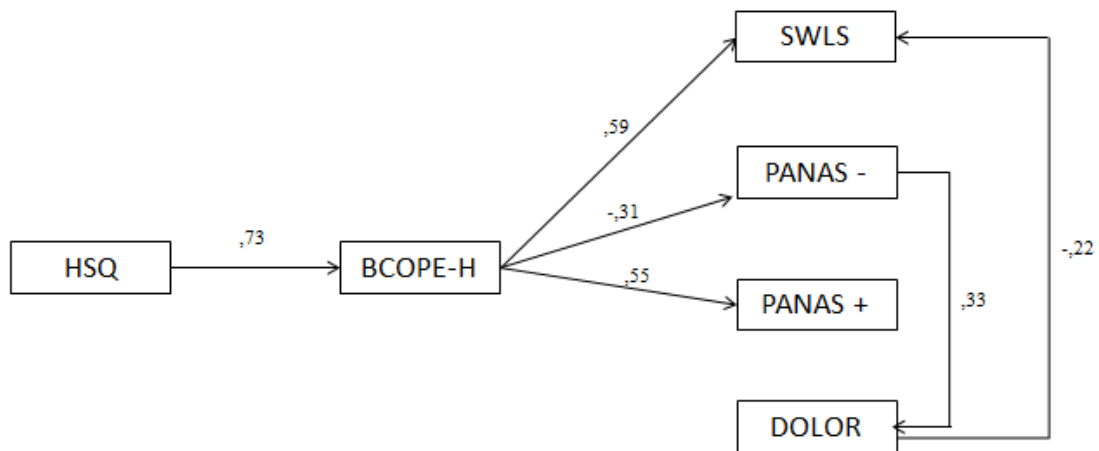
$X^2=34.20$   $gl=9$   $p=0.00$

*HSQ Humor Style Questionnaire, BCOPE-H Brief COPE, Escala de afrontamiento humorístico, SWLS Escala de satisfacción con la vida, POS afecto positivo, NEG afecto negativo, Dolor intensidad de dolor percibido.*

Tras el primer análisis se obtuvo un modelo en el que las asociaciones entre las variables no ajustaban al modelo (Tabla 3). Los índices de bondad de ajuste calculados indicaban un mal ajuste a los datos (RMEA= 0.16). Los valores beta ( $\beta$ ) y gamma ( $\gamma$ ) se muestran en la tabla 3.

Se ha eliminado la asociación hipotética de afrontamiento humorístico a dolor, por no ser significativa, y se han añadido dos asociaciones recomendadas por el programa, una de afecto positivo a percepción de la intensidad de dolor, y otra de esta última a satisfacción vital (Figura 2). Como se ha comentado, las asociaciones sugeridas son plausibles y se refieren a relaciones entre las variables que no fueron considerados en el modelo inicial.

La Figura 2 representa el modelo final. Todos los parámetros de cambio fueron estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ). Los índices de bondad de ajuste calculados indican que el modelo estimado proporciona un buen ajuste a los datos (CFI = 0,98; RMSEA = 0,08; GFI = 0,94; AGFI = 0,85;). Los valores estandarizados de beta ( $\beta$ ) y gamma ( $\gamma$ ) se muestran en la figura 2. Todos son significativos.



**Figura 2:** Modelo final

*HSQ* Humor Style Questionnaire, *BCOPE-H* Brief COPE, Escala de afrontamiento humorístico, *SWLS* Escala de satisfacción con la vida, *PANAS +* afecto positivo, *PANAS -* afecto negativo, *DOLOR* intensidad de dolor percibido.

Apoyando la hipótesis propuesta, en nuestro modelo, el estilo de humor de autoafirmación se asocia positiva y significativamente con la estrategia de afrontamiento basada en el humor. A su vez, el humor como estrategia se relaciona significativa y positivamente con satisfacción vital y afecto positivo; y negativamente con el afecto negativo. Se encontró una asociación significativa y positiva entre intensidad de dolor percibida y satisfacción vital. El uso de estrategias de afrontamiento basadas en el humor se asoció significativamente con la satisfacción vital y el afecto, sin embargo, ésta no fue encontrada con la intensidad de dolor percibida. Por

último, hallamos una asociación significativa y negativa entre afecto negativo e intensidad de dolor.

## **DISCUSIÓN.**

En la psicología positiva, estudios recientes comienzan a investigar la relación entre el humor y las emociones positivas como variables relevantes en la salud física y el bienestar psicológico (Kuiper y Harris, 2009; Kuiper y Martin, 2007; Kuiper et al., 2004), con resultados muy diversos. El objetivo del presente estudio fue analizar el papel del humor como estilo de afrontamiento en la adaptación de los pacientes con dolor crónico. Los índices de adaptación incluidos son la satisfacción con la vida, el afecto positivo y negativo y la intensidad del dolor percibida. Los resultados de este trabajo señalan que el estilo de humor de autoafirmación y las estrategias de afrontamiento basadas en el humor, están relacionados con una mayor satisfacción vital y afecto positivo, a la vez que se asocia con menor afecto negativo. En contra de lo supuesto en la hipótesis inicial, no hemos hallado asociación directa entre el afrontamiento basado en el humor y la intensidad percibida de dolor. En los estudios sobre dolor crónico, una elevada percepción de la intensidad de dolor se ha considerado prueba de mala adaptación al dolor (Ramírez-Maestre et al., 2008). Sin embargo, a pesar de no encontrar asociación entre el humor y la percepción



## **El humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico**

---

de dolor, se incluyen otros índices de bienestar que se incrementan con el uso de esta estrategia de afrontamiento. Así, tomarse con humor una situación tan difícil como es el padecimiento de dolor, permite una mayor satisfacción con la vida y la presencia del afecto positivo, además de la disminución del afecto negativo. Por otro lado, hemos de tener en cuenta que la muestra que ha participado en este trabajo está constituida por pacientes que llevan una media de 10 años con dolor. Se podría pensar que tras un periodo tan largo, los factores que influyen en mayor medida en su bienestar son de naturaleza psicológica, y no física. En este sentido, los resultados señalan que la presencia de afecto negativo incrementa la intensidad de dolor. Por otro lado, los datos apuntan a una relación negativa entre la intensidad de dolor y la satisfacción vital. Esta asociación podría apuntar a que la intensidad de dolor, más que como variable consecuente e indicadora de la adaptación de los pacientes, debería ser tenida en cuenta como variable mediadora de dicha adaptación.

Los datos obtenidos concuerdan con los hallados en otros estudios que afirman que el humor de autoafirmación, permite distanciarse de la situación amenazante posibilitando cambios en la valoración de la misma, generando menor impacto e incrementando las emociones positivas (Cann y Etzel, 2008; Erickson y Feldstein, 2007; Kuiper y Nicholls, 2004), relacionándose a su vez con la calidad de vida. Estas investigaciones han

expuesto que el estilo de humor de autoafirmación se asocia con un cambio de perspectiva más positiva de los síntomas físicos (Kuiper y Harris, 2009; Martin, 2003). En este sentido, los resultados de nuestro estudio podrían sugerir una asociación indirecta y negativa entre el afrontamiento basado en el humor y la intensidad de dolor percibida mediada por los niveles de afecto negativo. Desde un punto de vista clínico, sería interesante investigar qué componentes del humor deben ser incluidos en futuras investigaciones y estudiar la eficacia de los mismos en la adaptación al dolor crónico.

Por otro lado, varias investigaciones evidencian la correlación existente entre emociones negativas con actitudes negativas hacia la enfermedad física y un aumento de las quejas de síntomas (Mayne, 1999; Petrie et al., 2004). Esto concuerda con los resultados hallados en este trabajo. El afecto negativo influye en la intensidad del dolor, hecho que a su vez se asocia negativamente con la satisfacción vital experimentada por el paciente con dolor crónico. Estos resultados apuntan al afecto como un indicador emocional en la adaptación al dolor. Las investigaciones sobre afecto positivo han señalado resultados beneficiosos en el bienestar físico (Pressman y Bach 2012; Seebach et al., 2011). Las emociones positivas parecen amortiguar la reactividad individual al dolor mediante la disminución de los niveles de dolor, mejorando el bienestar personal a

## **El humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico**

---

través de la regulación de varios sistemas como los estados de ánimo negativos y el fortalecimiento del apoyo social (Tugade, 2011). Estos estudios han proporcionado un valioso marco por el cual seguir avanzando en la comprensión de cómo individuos con dolor crónico se adaptan a su situación.

Dada la investigación anterior y la evidencia de que el afecto positivo y las estrategias de afrontamiento basadas en el humor mejoran el bienestar en pacientes que sufren dolor crónico, es necesario seguir estudiando para clarificar el papel de cada una de las variables incluidas en el modelo, y su relación con la satisfacción vital, la salud física y la adaptación de estos pacientes. Sería conveniente contemplar el papel de los recursos psicológicos positivos para futuras intervenciones que potencien estas variables y mejoren la satisfacción vital de los enfermos. De esta manera, el dolor no sería el centro de la vida de la persona y se fomentaría la focalización en aspectos positivos de la vida. Aquí reside la importancia de estudiar la influencia de características "positivas" que ayudan a los enfermos a enfrentarse y adaptarse a la adversidad del dolor en general y al dolor crónico en particular.

Por tanto, debemos seguir investigando para desarrollar y fomentar intervenciones a nivel preventivo que permitan incrementar los niveles de humor de autoafirmación de forma que éste prevalezca sobre otros estilos

de humor desadaptativos. Para esto, en el ámbito de la Psicología de la Salud, sería interesante diseñar programas de intervención que implementen el uso de estrategias de afrontamiento que tenga, entre otras variables resilientes, el humor como una variable a tener en cuenta. Por todo ello sería interesante continuar esta línea de investigación, ampliando así el conocimiento sobre potenciales objetivos terapéuticos que ayuden a mejorar la calidad de vida de los pacientes aquejados de dolor crónico. Además, la replicación de este estudio con otras muestras de pacientes con dolor y distintos diagnósticos, permitirían conocer la generalizabilidad de estos datos.

Queremos destacar que este estudio se encuentra limitado por su dependencia exclusiva de medidas de auto-informe. Además, el estudio se ha basado en medidas transversales, por lo que, al no tratarse de un estudio longitudinal es imposible identificar relaciones causales. La investigación longitudinal, diseñada para seguir las variables de afrontamiento en el tiempo, contribuiría a desarrollar modelos causales que muestren la influencia de las variables de adaptación en el dolor. El desarrollo de métodos longitudinales para futuros estudios de humor y dolor crónico podría ayudar en investigar el valor predictivo del estilo de humor de autoafirmación en la calidad de vida y bienestar de los pacientes con dolor crónico.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

- Bennett, M.P., & Lengacher, C. (2009) Laughter may influence health: IV. Humor and immune function. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 6, 159–164.
- Bentler, P.M., & Bonett, D.G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological bulletin*, 88, 588-606.
- Bentler, P.M. (2006). *EQS 6 Structural equations program manual*. Encino, CA: Multivariate Software, Inc.
- Ben-Zur, H., Gilbar, O., & Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: Patient, spouse and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63, 32–39.
- Cann, A., & Etzel, K.C., (2008). Remembering and anticipating stressors: Positive personality mediates the relationship with sense of humor. *Humor*, 21, 157-178.
- Capps, D. (2006). The psychological benefits of humor. *Pastoral Psychology*, 54, 393-411.

- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Chen, G., & Martin, R.A. (2007). A comparison of humor styles, coping humor, and mental health between Chinese and Canadian university students. *Humor*, 20, 215-234.
- Cupani, M. (2012). Análisis de Ecuaciones Estructurales: conceptos, etapas de desarrollo y un ejemplo de aplicación. *Revista tesis*, 2, 186-199.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Erickson, S., & Feldstein, S. (2007). Adolescent humor and its relationship to coping, defense strategies, psychological distress and well-being. *Child Psychiatry & Human Development*, 37, 255-271.
- Esteve, M.R., Ramírez-Maestre, C., & López, A.E. (2007). Adjustment to chronic pain: The role of pain acceptance, coping strategies and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 179-188.
- Esteve, M.R. Ramírez-Maestre, C. y López, A.E. (2004). Índices generales versus específicos en la evaluación del afrontamiento al dolor crónico. *Psicothema*, 16, 421-428

## **El humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico**

---

- Esteve, R., López, A.E., and Ramírez-Maestre, C. (1999). Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *Revista de Psicología de la salud, 11*, 133–141.
- Fortune, D.G., Richards, H.L., Main, C.J., & Griffiths, C.E.M. (2002). Patients' strategies for coping with psoriasis. *Clinical Dermatology, 27*, 177–184.
- Helder, D.I., Kaptein, A.A., Van Kempen, G.M.J., Weinman, J., Van Houwelingen, H.C., & Roos, R.A.C. (2002). Living with Huntington's disease: Illness perceptions, coping mechanisms, and patients' well-being. *British Journal of Health Psychology, 7*, 449–462.
- Helvik, A.S., Jacobsen, G., & Hallberg, L.R. (2006). Psychological well-being of adults with acquired hearing impairment. *Disability and Rehabilitation, 28*, 535–545.
- Hood, A., Pulvers, K., Carrillo, J., Merchant, G., & Thomas, M.D. (2012). Positive traits linked to less pain through lower pain catastrophizing. *Personality and individual differences, 52*, 401-405.
- Hu, L.T., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new

alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6, 1-55.

International Association for the Study of Pain. (2006). *Classification of chronic pain descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms (2° edition)*. Seattle: IASP Press.

Jensen, M.P. (1999). Patient beliefs predict patient functioning: further support for a cognitive-behavioural model of chronic pain. *Pain*, 81, 95–104

Kerkkanen, P., Kuiper, N.A., & Martin, R.A. (2004). Sense of humor, physical health, and well-being at work: A three-year longitudinal study of Finnish police officers. *Humor*, 17, 21-35.

Kline, R.B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling (3rd Ed.)*. New York: Guilford.

Kosek, E. y Hansson, P. (1997). Modulatory influence on somatosensory perception from vibration and heterotopic noxious conditioning stimulation (HNCS) in fibromyalgia patients and healthy subjects. *Pain*, 70, 41-51.

Kuiper, N.A., & Harris, A.L. (2009). Humor styles and negative affect as predictors of different components of physical health. *Europe's Journal of Psychology*, 5



## **El humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico**

---

Kuiper, N.A., & Nicholl, S. (2004). Thoughts of feeling better? Sense of humor and physical health. *Humor, 17*, 37–66

Kuiper, N.A., Grimshaw, M., Leite, C., & Kirsh, G. (2004). Humor is not always the best medicine: Specific components of sense of humor and psychological well-being. *Humor, 17*, 135-168.

Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Leise, C.M. (1993). The correlation between humor and the chronic pain of arthritis. *Journal of Holistic Nursing, 11*, 82–95.

Lockwood, N.L. & Yoshimura S.M. (2014). The Heart of the Matter: The Effects of Humor on Well-Being During Recovery From Cardiovascular Disease. *Health Communication, 29*, 410-420.

Martin, R.A. (2003). Sense of humor. In S.J. Lopez & C.R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 313-326). Washington, DC: American Psychological Association.

Martin, R.A. (2006). Humor. In N.J. Salkind (Ed.), *The encyclopedia of human development* (Vol. 2, pp. 659-660). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Martin, R.A. (2007). *The psychology of humor: An integrative approach.*

Burlington: Elsevier Academic Press.

Martin, R.A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003).

Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37, 48-75.

Mayne, T.J. (1999). Negative affect and health: The importance of being

earnest. *Cognition and Emotion*, 13, 601-635.

Merz, E.L., Malcarne, V.L., Hansdottir, I., Furst, D.E., Clements, P.J., &

Weisman, M.H. (2009). A longitudinal analysis of humor coping in adjustment to systemic sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*, 14, 553-566.

Morán, C. (2010). COPE- 28: un análisis psicométrico de la versión en

español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9, 543-552.

Muños de Aranillas, R., Borrero, M.F., Moreno, P.P., & Bollido, M.F.

(2010). Evidencias de validez de la adaptación al español de la escala de satisfacción con la vida (SWLS) en una muestra de estudiantes universitarios. *Metodología de Encuestas*, 12, 45-62.

Panish, J. (2002). Life satisfaction in the elderly: The role of sexuality,

sense of humor, and health. *Dissertation Abstracts International*, 63.

## **El humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico**

---

Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (2004). Character strengths and virtues:

A handbook and classification. New York: Oxford University Press.

Washington, DC: American Psychological Association.

Petrie, K.J., Moss-Morris, R., Grey, C. & Shaw, M. (2004). The

relationship of negative affect and perceived sensitivity to symptom

reporting following vaccination. *British Journal of Health*

*Psychology*, 2, 101-111.

Pressman, S.D. y Black, L.L. (2012). Positive emotions and immunity. En:

Segerstrom, S. (2012). *The Oxford Handbook of*

*Psychoneuroimmunology* (pp. 92-104). Oxford University Press.

Ramírez-Maestre C, López A.E & Esteve R. (2004). Personality

characteristics as differential variables of the pain experience.

*Journal of Behavioral Medicine*, 27, 147–65

Ramírez-Maestre, C., & Esteve, R. (2013). Disposition and adjustment to

chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*, 17,

Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & López, A.E. (2008). Cognitive

appraisal and coping in chronic pain patients. *European Journal of*

*Pain*, 12, 749–756.

Ramírez-Maestre, C., Esteve, R. & López-Martínez, A.E. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de Psicología*, *17*, 129-137.

Roesch, S.C., Adams, L., Hines, A., Palmores, A., Vyas, P., Tran, C., et al. (2005). Coping with prostate cancer: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, *28*, 281–293.

Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C., & Koutri, I. (2007). Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, *31*, 97–109.

Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A., Valiente, R.M. (1999). Escala PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, *11*, 37-51.

Seebach, C.L., Kirkhart, M., Lating, J.M., Wegener, S.T., Song, Y., Riley, L.H., & Archer, K.R. (2012). Examining the role of positive and negative affect in recovery from spine surgery. *Pain*, *153*, 518-525.

Strand, E.B., Zautra, A.J., Thoresen, M., Odegard, S., Uhlig, C. & Finset, A. (2006). Positive affect as a factor of resilience in the pain-

## **El humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico**

---

negative affect relationship in patients with rheumatoid arthritis.

*Journal of Psychosomatic Research*, 60, 477-484.

Sturgeon, J.A. & Zautra, A.J. (2013). Psychological resilience, pain catastrophizing, and positive emotions: perspectives on comprehensive modeling individual pain adaptation. *Curret pain and headache reports*, 17, 1-9.

Svebak, S., Kristoffersen, B., & Aasarod, K. (2006). Sense of humor and survival among a county cohort of patients with end-stage renal failure: A two-year prospective study. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36, 269–281.

Turner-Cobb, J.M., Gore-Felton, C., Marouf, F., Koopman, C., Kim, P., Israelski, D., et al. (2002). Coping, social support and attachment style as psychosocial correlates of adjustment in men and women with HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 337– 353.

Watson, D., Clark, L. & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The panas Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

White, B., Driver, S., & Warren, A.M. (2010). Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 55, 23.

Wright, L.J., Zautra, A.J. & Going, S. (2008). Adaptation to early knee osteoarthritis: the role of risk, resilience, and disease severity on pain and physical functioning. *Annals of Behavioral Medicine*, 36, 70.

Zautra, A.J., Fasman, R., Reich, J.W., Harakas, P., Johnson, L.M., Olmsted, M.E., & Davis, M.C. (2005). Fibromyalgia: evidence for deficits in positive affect regulation. *Psychosomatic Medicine*, 67, 147.

Zautra, A.J., Fasman, R., Parish, B.P., Davis, M.C. (2007). Daily fatigue in women with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia. *Pain*, 128, 128–35.