EVALUACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL DOLOR CRÓNICO

Esteve Zarazaga R., López Martínez A.E. y Ramírez Maestre C.
Dpto. de Psicología Social y de la Personalidad
Facultad de Psicología
Universidad de Málaga

RESUMEN

La finalidad de este estudio ha sido adaptar el "Vanderbilt Pain Management Inventory" (Brown y Nicassio, 1987) y estudiar sus propiedades psicométricas. El instrumento consta de dos escalas que evalúan la frecuencia con la que los pacientes que padecen dolor crónico utilizan estrategias activas o pasivas cuando el dolor alcanza una intensidad moderada o alta. La muestra estaba formada por 213 enfermos con dolor crónico, aproximadamente la mitad padecía cáncer en diversas localizaciones (N=101) y la mitad restante (N=112) padecía dolor derivado de múltiples patologías benignas, siendo todos atendidos en la Unidad del Dolor de la Residencia Carlos Haya de Málaga. Junto con el "Vanderbilt Pain Management Inventory" (Brown y Nicassio, 1987) se administraron el "Cuestionario de dolor de McGill" (Melzack, 1975, adaptado por Ruiz y colaboradores, 1990) y la Escala de Actividad General del "West-Haven Yale Multidimensional Pain Inventory" (Kerns, Turk y Rudy, 1985, adaptado por Pastor y colaboradores, 1995). Mediante análisis factorial se identificó una dimensión de afrontamiento activo y otra de afrontamiento pasivo. El afrontamiento pasivo estaba asociado con un grado mayor de dolor. Se encuentran relaciones complejas con otras variables como sexo, edad y tipo de dolor. Finalmente se comparan nuestros resultados con los obtenidos por Brown y Nicassio (1987) con la escala original.

Palabras Clave: Evaluación, Estrategias de afrontamiento, Dolor crónico.

ABSTRACT

The initial stages in the development of the Spanish version of the Vanderbilt Pain Management Inventory (Brown and Nicassio, 1987) are described. The instrument assesses the frequency with which chronic pain patients use active or passive coping strategies when their pain reaches a moderate or greater level of intensity. The sample was made up of 213 chronic pain patients recruited from the Clinical Pain Unit at Carlos Haya Hospital in Málaga. Nearly half of the sample was made up of patients who suffered cancer in different sites (N=101) and the other half was made up of 111 subjects who suffered pain of a benign origin. Besides the Vanderbilt Pain Management Inventory (VPMI), the patients completed the McGill Pain Questionnaire (MPQ), and the General Activity scale of the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). Using factor analytic techniques, active and passive dimensions of coping were identified. The more passive coping that patients reported, the greater their pain. Complex relationships with other variables such as sex, age and type of pain were found. The results are discussed in the light of previous research paying special attention to those obtained by Brown and Nicassio (1987) with their original scale.
Key Words: Assessment, Coping Strategy, Chronic Pain.

INTRODUCCIÓN

Actualmente existe un acuerdo generalizado en que el dolor es un fenómeno multidimensional en el que entran en concurso factores sensoriales, emocionales, conductuales y cognitivos (IASP, 1986). El dolor crónico supone una situación de tensión mantenida que compromete muy distintos aspectos de la vida. Las repercusiones del dolor crónico pueden ser numerosas y es muy probable que las personas que lo padecen experimenten pérdidas importantes en la esfera laboral, económica, familiar, social y sexual. La amenaza de estas pérdidas llevará al enfermo a movilizarse para intentar controlar el dolor de una u otra forma.

Desde hace unos años este fenómeno multidimensional que es el dolor, y concretamente el dolor crónico, ha sido conceptualizado desde el *Modelo Transaccional del Estrés* (Lazarus y Folkman, 1984) en el que las estrategias de afrontamiento son uno de sus ejes fundamentales. Algunos estudios han mostrado que *los esfuerzos cognitivos* y *conductuales* que realizan las personas para intentar controlar el dolor crónico, es decir, las estrategias de afrontamiento, guardan relación con su bienestar físico y psicológico (para una revisión ver Jensen y cols., 1991 y Keefe y cols., 1992).

Paralelamente al desarrollo de esta línea de trabajo se han ido construyendo instrumentos para evaluar las estrategias utilizadas para hacer frente al dolor crónico. En primer lugar, el "Ways of Coping Questionnaire", creado por Folkman y Lazarus (1980) como medida general de afrontamiento y que Turner, Clancy y Vitaliano (1987) ampliaron para aplicarlo específicamente en pacientes con dolor crónico. Este instrumento se ha utilizado casi exclusivamente con finalidades de investigación, concretamente se ha indagado la relación entre el uso de determinadas estrategias de afrontamiento y las creencias respecto al dolor (Buckelew y cols., 1990; Turner, Clancy y Vitaliano, 1987). Queda sin embargo por establecer la utilidad clínica de esta escala (DeGood y Shutty, 1992).

Cabe destacar, de otro lado, el "Coping Strategies Questionnaire" (CSQ, Rosenstiel y Keefe, 1983), instrumento creado específicamente para evaluar estrategias de afrontamiento al dolor crónico. Cuenta con las siguientes escalas: distracción, reinterpretación de las sensaciones dolorosas, catastrofismo; ignorar las sensaciones dolorosas; rezar y esperar; auto-afirmaciones de afrontamiento; aumento de comportamientos de dolor y aumento de la actividad. Además consta de dos escalas de 7 puntos en las que el sujeto debe estimar el grado de control que considera que tiene sobre el dolor y el grado en el que considera que es capaz de disminuir el mismo. El CSQ ha demostrado repetidamente su validez concurrente en relación con el nivel de funcionamiento cotidiano, los estados de ánimo y el nivel de dolor experimentado por los pacientes (Rosenstiel y Keefe, 1983; Turner y Clancy, 1986; Keefe y cols., 1987, 1989; Buckelew y cols., 1990; Turner, 1991; Beckham y cols., 1994; Lenhart y Ashby, 1996; Martin y cols., 1996; Burckhardt y cols., 1997; Schanberg y cols., 1997; McCrae y Lumley, 1998; Novy y cols., 1998). Sin embargo, los estudios respecto a la estructura factorial del instrumento arrojan resultados contradictorios (Rosenstiel y Keefe, 1983; Turner y Clancy, 1986; Keefe y cols., 1987; Lawson y cols., 1990; Tuttle, Shutty y DeGood, 1991; Swartzman y cols., 1994; Santavirta y cols., 1996; Riley y Robinson, 1997; Riley, Robinson y Geisser, 1999). Al mismo tiempo, se ha cuestionado la entidad teórica de dos escalas del CSQ: la escala de catastrofismo y los dos ítems en los que el sujeto determina el control que considera que tiene sobre el dolor y el grado en el que estima que es capaz de disminuirlo. Concretamente, Jensen y cols. (1991) se preguntan si, ateniéndonos a la definición de afrontamiento postulada por el modelo teórico de partida (Lazarus y Folkman, 1984), no sería más correcto considerar que las citadas escalas miden más bien *valoraciones (appraisals)* que estrategias de afrontamiento. Esta crítica es especialmente trascendente porque limita el alcance de las conclusiones que se han extraído respecto a la influencia de las estrategias de afrontamiento en la adaptación al dolor. No debemos olvidar que los estudios que han utilizado como predictores puntuaciones factoriales del CSQ muestran claramente que los factores que realmente predicen la adaptación al dolor son precisamente los que contienen las escalas de catastrofismo y las estimaciones de

control (Rosenstiel y Keefe, 1983; Gil y cols., 1989; Keefe y cols., 1989, 1990; Parker y cols., 1989; Sullivan y D'Eton, 1990; Lefebvre, Lester y Keefe, 1995). Aunque algunos autores también han señalado que no tiene sentido hablar del catastrofismo como estrategia de afrontamiento sino más bien como síntoma de depresión (Haag, 1992), dos trabajos recientes parecen indicar que el catastrofismo juega un papel antecedente respecto al dolor y la adaptación al mismo (Geisser y cols., 1994; Sullivan y cols., 1998).

Recientemente Jensen y cols. (1995) han creado el "Chronic Pain Coping Inventory" (CPCI) que mide once estrategias de afrontamiento: protegerse, descansar, pedir ayuda, relajarse, persistir en la tarea, ejercicio/estiramientos, búsqueda de apoyo social, auto-afirmaciones de afrontamiento, uso de medicación opiácea, uso de anti-inflamatorios, uso de sedantes. Las escalas muestran una elevada consistencia interna y estabilidad. Asimismo, el instrumento parece predecir adecuadamente el nivel de adaptación de los pacientes (Jensen y cols., 1995; Hadjistavropoulos, McLeod y Asmundson, 1999). Entre los inconvenientes del CPCI destacar su excesiva longitud y el hecho de que es un instrumento específicamente relacionado con una forma de intervención desarrollada por sus creadores, lo que limita su aplicabilidad en otros contextos.

Los creadores del "Vanderbilt Pain Management Inventory" (Brown y Nicassio, 1987), objeto del presente estudio, parten de la premisa de que, independientemente del tipo específico de estrategia utilizado por los pacientes (rezar, distraerse, minimización, etc.), las estrategias se pueden clasificar como adaptativas o desadaptativas según sea su relación con el dolor experimentado por el sujeto y su funcionamiento psicosocial. Así, distinguen:

- *Estrategias activas* (adaptativas): dirigidas al control del dolor o a seguir funcionando a pesar de él.
- *Estrategias pasivas* (desadaptativas): estrategias mediante las que se cede a otros el control del dolor y que hacen que el dolor deteriore otras áreas de la vida del sujeto.

De acuerdo con este esquema conceptual el "Vanderbilt Pain Management Inventory" (Brown y Nicassio, 1987) consta de dos escalas que evalúan la frecuencia con que los pacientes que padecen dolor crónico utilizan estrategias activas o pasivas cuando el dolor alcanza una intensidad moderada o alta. Los autores utilizan el análisis factorial en la construcción del instrumento, y las dos escalas resultantes muestran una consistencia interna y una estabilidad elevadas.

Así, en el "Vanderbilt Pain Management Inventory" (VPMI) las estrategias de afrontamiento al dolor se agrupan en sólo dos dimensiones: "activa" y "pasiva". Jensen, Turner y Romano (1992) consideran que el uso de este tipo de *puntuaciones compuestas* presenta varias ventajas. En primer lugar, facilita la interpretación de los resultados cuando las puntuaciones individuales tienen una correlación muy

elevada entre sí. Segundo, el que cada escala tenga un número mayor de ítems se traduce en un aumento de la fiabilidad. Tercero, la disminución de medidas de afrontamiento lleva aparejada la reducción del número de pruebas estadísticas a realizar y consiguientemente la probabilidad de cometer un error Tipo-I. Finalmente, el uso de un número menor de predictores permite llegar a resultados fiables con muestras relativamente pequeñas. No obstante, el uso de estas *puntuaciones compuestas* en los instrumentos de evaluación del afrontamiento al dolor no está exento de polémica y estos mismos autores (Jensen, Turner y Romano, 1992) se preguntan si no ocultará relaciones potencialmente significativas entre puntuaciones individuales de afrontamiento y medidas de adaptación. En un trabajo posterior Dozois y cols. (1996), con una muestra de pacientes con dolor lumbar crónico, concluyen que la mayor o menor utilidad predictiva de las puntuaciones compuestas dependerá de las variables que se elijan como criterio, es decir, de cómo se defina la adaptación al dolor. Finalmente, son muy interesantes los resultados de Snow-Turek, Norris y Tan (1996) quienes han identificado las dimensiones "activa" y "pasiva" también en el CSQ, lo que indica que no son sólo específicas del VPMI y que constituyen un marco conceptual útil para clasificar las estrategias de afrontamiento al dolor crónico.

Brown y Nicassio (1987) aportan también datos sobre la validez concurrente y predictiva de la escala en una muestra de pacientes con artritis reumatoide. Encontraron que los pacientes que utilizaban más estrategias activas eran los que tenían a su vez puntuaciones más elevadas en lugar de control interno referido a la salud y en auto-eficacia; también tenían puntuaciones más bajas en depresión, en desamparo y en deterioro funcional. Al mismo tiempo, el uso de estrategias pasivas mostraba un patrón de relaciones opuesto. Estudios posteriores han mostrado que las estrategias pasivas estaban asociadas con una sintomatología depresiva más grave y con un deterioro mayor de la actividad física y del funcionamiento diario (Brown, Nicassio y Wallston, 1989; Smtih y Wallston, 1992; Nicassio y cols., 1995).

Así, este instrumento es especialmente prometedor por su cuidada elaboración psicométrica, la brevedad de sus escalas y su capacidad demostrada para identificar a pacientes vulnerables a otros problemas psicológicos asociados a modos concretos de afrontamiento. Es por ello que nos planteamos como objetivo de este estudio el adaptar el "Vanderbilt Pain Management Inventory" de Brown y Nicassio (1987) y estudiar sus propiedades psicométricas en una muestra heterogénea de enfermos con dolor crónico. También consideramos interesante contrastar la estructura factorial del instrumento en una muestra de características muy distintas a la utilizada por sus creadores, exclusivamente compuesta por enfermos reumáticos. Como se describe a continuación, la muestra de este trabajo está integrada por pacientes con dolor crónico de muy distinta naturaleza de los que aproximadamente la mitad padecen dolor de origen neoplásico. Recogemos así las recomendacio-

nes de reproducir las estructuras factoriales de los instrumentos en muestras distintas a las empleadas en su validación inicial (Pastor y cols., 1995), lo cual es especialmente importante en el VPMI que se ofrece como un instrumento general de evaluación de afrontamiento al dolor.

Finalmente se analizarán las diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento al dolor relacionadas con el sexo, la edad y si el dolor es de origen oncológico o benigno. Estudios previos muestran que son los sujetos mayores y las mujeres quienes utilizan en mayor medida las estrategias pasivas, siendo los hombres y los jóvenes los que hacen uso más frecuente de las estrategias activas (Felton y Revenson, 1987; Keefe y Williams, 1990; Watkins y cols., 1999). Igualmente, algunos trabajos indican que existen diferencias sustanciales en la experiencia y afrontamiento del dolor crónico oncológico y benigno en tanto que el primero está causado por una enfermedad que supone una grave amenaza para la vida (Wilkie y cols., 1992; Stanton y Snider, 1993; Lin, 1998).

MÉTODO

Adaptación del instrumento.

El "Vanderbilt Pain Management Inventory" de Brown y Nicassio (1987) consta de 18 preguntas que se contestan de acuerdo a una escala de 4 puntos. Los sujetos deben señalar la frecuencia con la que realizan las actividades que se consignan en los ítems cuando experimentan dolor ("casi nunca", "algunas veces", "frecuentemente", "casi siempre"). La traducción del instrumento fue realizada por las autoras del trabajo, siguiendo las normas habituales en la traducción de instrumentos de evaluación psicológica, y con el criterio de conseguir un modelo lo más exacto posible, respecto al contenido de la versión inglesa (Werner y Campbell, 1970; Brislin, 1986). La administración del instrumento a 10 pacientes puso de relieve una comprensión óptima de las preguntas por parte de los pacientes.

Sujetos.

La muestra estaba compuesta por 213 pacientes que habían acudido a la Unidad Clínica del Dolor del Hospital Regional Carlos Haya para recibir tratamiento contra el dolor. El 47.42% de estos pacientes (N= 101) padecía cáncer en diversas localizaciones, siendo más numerosos los casos de cáncer de pulmón (N= 23). El 52.11% de la muestra (N=111) padecía dolor derivado de múltiples patologías

benignas (artrosis, hernias discales, lumbalgia, fibrosis epidural, cefalea y neuralgia post-herpética, entre otras).

La edad media de la muestra era de 60 años (S= 14.88; edad mínima de 20 años y máxima de 88). De ellos, el 50.70% eran hombres y el 49.30% eran mujeres. El 76.50% de la muestra estaba casado/a, el 8.80% soltero/a, el 13.20% estaba viudo/a y el 1.50% se había separado o divorciado. El 45.10% de los sujetos no tenía estudios; el 38% tenía estudios primarios; el 11.70% había cursado estudios secundarios; la diplomatura el 3.30% y estudios de licenciatura el 1.90%.

Instrumentos.

- El "Vanderbilt Pain Management Inventory" de Brown y Nicassio (1987), objeto de este estudio y ya descrito.
- "Cuestionario de dolor de McGill" (Melzack, 1975) en una de sus versiones españolas, concretamente la de Ruiz y colaboradores (1990). El cuestionario comprende 62 descriptores distribuidos en 15 subclases y, a su vez, en tres clases o dimensiones (sensorial, afectiva y evaluativa), una escala numérica donde los pacientes deben valorar de 1 a 10 la intensidad del dolor (1= sin dolor y 10= dolor insoportable), y una representación de la figura humana en la que debe señalarse exactamente el lugar en el que se localiza el dolor. Se obtiene un valor de la intensidad del dolor para cada dimensión: sensorial, afectiva y evaluativa. De la suma de las tres se obtiene la puntuación total. Además, mediante el instrumento se valora la *Intensidad del dolor actual* (VIA) mediante una escala verbal de 5 puntos ("sin dolor", "leve", "molesto", "intenso", "fuerte", "insoportable"). Otro índice utilizado en este instrumento es el *Número de palabras elegidas* para expresar el dolor. La versión española ha demostrado su sensibilidad para detectar los cambios producidos por un tratamiento multidisciplinar. Aunque las puntuaciones en la escala muestran una asociación positiva significativa con las puntuaciones en el "Inventario de Depresión de Beck" y con una Escala Analógica Visual, nos se ha realizado estudio alguno relativo a su estructura ni a su estabilidad y consistencia interna, aspectos sobre los que nuestro grupo de investigación se encuentra trabajando actualmente.

- Utilizamos la parte tercera del "West-Haven Yale Multidimensional Pain Inventory" (Kerns, Turk y Rudy, 1985) adaptado en nuestro país por Pastor y colaboradores (1995) en una muestra de enfermos reumáticos. Contiene un listado de 16 actividades cotidianas para que los sujetos indiquen la frecuencia con la que las han realizado en la última semana. En la versión española aparecen 4 factores: "tareas del hogar", "bricolage", "actividades sociales" y "actividades de recreo". Todas las escalas poseen una

adecuada consistencia interna (0.86, 0.76, 0.57) excepto la escala de "actividades de recreo" (.41).

Procedimiento.

Los sujetos que componen la muestra fueron entrevistados la primera vez que acudían a la Unidad Clínica del Dolor del Hospital Regional Carlos Haya. Las entrevistas fueron realizadas en una de las consultas y los/as pacientes eran remitidos ese mismo día por los médicos/as que los atendían según su orden de llegada. Debido al bajo nivel cultural de la muestra, todos los instrumentos descritos fueron aplicados oralmente y las alternativas de respuesta estaban impresas en unas tarjetas con grandes letras en las que los/as pacientes debían señalar la opción elegida. Las entrevistas se realizaron sin presencia de acompañantes y previa aceptación voluntaria de participación en el estudio.

RESULTADOS

Análisis factorial exploratorio.

Sobre la matriz de correlaciones de los 18 ítems que componen el "Vanderbilt Pain Management Inventory" se realizó un análisis factorial de componentes principales seguido de rotación Varimax. Siguiendo los criterios de Brown y Nicassio (1987) en la construcción de la escala se retuvieron dos factores que explicaban aproximadamente el 30% de la varianza (29.5%).

Para determinar los ítems que conformarían cada factor seguimos de nuevo el procedimiento de los creadores del instrumento y consideramos:

a) que los ítems tuviesen una saturación mínima de .30 en un factor;
b) que la saturación en un segundo factor fuese menor de .30;
c) una diferencia de pesos factoriales entre dos factores de al menos .25.

Así, para posteriores análisis se retuvieron 11 ítems que saturaban significativamente en sólo un factor o que mostraban o una relación negativa o ausencia de relación con otro factor. Como puede observarse en la tabla 1, según la conceptualización de Brown y Nicassio (1987), el *Factor I* se referiría a *estrategias pasivas* (ítems 1, 2, 3, 7 y 10) y el *Factor II* a *estrategias activas* (ítems 8, 11, 13, 14, 15 y 18).

Tabla 1. Análisis factorial exploratorio.

Items	Factor I Pasivo	Factor II Activo
1. Cuando le duele, Ud. piensa que le hubiera gustado que el médico le hubiera mandado medicinas más fuertes.	.69	.04
2. Este dolor le tiene cansado, harto, puede con Ud.	.61	-.27
3. Contarle a los demás que le duele mucho.	.31	-.18
4. Rezar para que le duela menos.*	.03	.07
5. Reduce sus actividades sociales (sale menos, hace menos cosas con gente, etc.) *	.21	-.08
6. Depende más de los demás para que le ayude en las tareas diarias.*	-.05	.11
7. Se pone a pensar que no puede hacer nada para aliviar el dolor.	.76	.17
8. Se toma la medicina para ver si se le pasa el dolor.	.04	.39
9. Llama a un médico o enfermera.*	.05	-.09
10. Se pone a pensar en cuánto le duele y dónde le duele.	.58	-.08
11.Intenta no sentirse ni enfadado, ni deprimido, ni ansioso.	.24	.71
12. Se pone a hacer ejercicio físico.*	.10	.14
13. Se olvida del dolor.	-.47	.38
14. Se pone a hacer muchas cosas.	-.16	.51
15. Se quita de la cabeza los pensamientos que le molestan.	-.08	.77
16.Se pone a leer.*	.01	-.02
17.Se pone a hacer algo que le guste.*	-.21	.27
18.Procura distraerse del dolor.	-.22	.48

* Items eliminados por no cumplir los criterios especificados.

Análisis factorial confirmatorio.

Se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio para contrastar la estructura hallada previamente. De acuerdo con los resultados del análisis factorial exploratorio se restringió el peso de cada ítem a uno de los dos factores. Se utilizó el programa Lisrel-8. En la tabla 2 se pueden observar los pesos factoriales de los ítems que se retuvieron tras sucesivos ajustes del modelo. Como se puede observar se eliminaron los ítems 2 y 8.

En el modelo resultante todos los pesos factoriales son muy elevados así como los índices de ajuste (tabla 2) que indican que un modelo de dos factores representan adecuadamente la matriz de correlaciones observada.

Tabla 2. Análisis factorial confirmatorio.

Items	Factor I Estrategias Activas	Factor II Estrategias Pasivas
1. Ud. piensa que le hubiera gustado que el médico le hubiera recetado medicinas más fuertes.		.60
3. Contarle a los demás que le duele mucho.		.38
7. Se pone a pensar que no puede hacer nada para aliviar el dolor.		.50
10. Se pone a pensar en cuánto le duele y dónde le duele.		.87
11.Intenta no sentirse ni enfadado, ni deprimido, ni ansioso.	.50	
13. Se olvida del dolor.	.45	
14. Se pone a hacer muchas cosas.	.44	
15. Se quita de la cabeza los pensamientos que le molestan.	.67	
18.Procura distraerse del dolor.	.51	
$\chi^2 = 30.09$, p = .22		
GFI = .97		
AGFI = .94		
Correlación entre ambos factores = -.22		

Fiabilidad.

Para cada una de las escalas resultantes del análisis factorial confirmatorio indagamos su grado de consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. Ambas escalas muestran una consistencia interna aceptable teniendo en cuenta el número de ítems retenidos finalmente (tabla 3). En ningún caso mejora la fiabilidad al eliminar algún ítem. Al igual que Brown y Nicassio (1987), encontramos entre ambas escalas una correlación negativa moderada (-.22).

En la tabla 3 se presentan los estadísticos descriptivos de los ítems finalmente retenidos. Se presentan los valores medios y las desviaciones típicas de cada uno de los ítems pertenecientes a cada escala, así como la correlación que cada uno de ellos guarda con el total de la dimensión a la que pertenecen. También se recogen

las medias, desviaciones típicas y coeficientes de Alpha de la *Escala Activa* y de la *Escala Pasiva.*

Tabla 3. Media, desviación típica, correlación ítem-total y fiabilidad para cada uno de los elementos y escalas de VPMI.

	Media	Desviación típica	Correlación ítem-total
Escala Estrategias Pasivas α = .7009	10.6256	3.4870	
Ítem 1	2.3602	1.3392	.4367
Ítem 3	2.7773	1.1517	.3608
Ítem 7	2.6209	1.2376	.5369
Ítem 10	2.8673	1.1958	.5404
Escala Estrategias Activas α = .6360	10.6305	3.3086	
Ítem 11	2.8325	1.1132	.3951
Ítem 13	1.5369	.8398	.3022
Ítem 14	1.4433	.9068	.3500
Ítem 15	2.2315	1.1818	.5148
Ítem 18	2.5862	1.1018	.3456

Validez Concurrente

Realizamos una valoración de la validez concurrente considerando la relación entre las escalas de *estrategias activas* y de *estrategias pasivas*, y diversos índices de dolor y de nivel de funcionamiento.

En la tabla 4 pueden observarse las relaciones entre las escalas de *estrategias activas* y *estrategias pasivas* y los diversos índices de dolor. A la vista de estos resultados puede afirmarse que el afrontamiento pasivo está asociado a un mayor grado de dolor, pues se da una relación positiva y significativa entre la escala de *estrategias pasivas* y todos los índices de dolor, excepto con la puntuación en la *Escala Sensorial* del McGill. Si bien en todos los casos las correlaciones entre *estrategias activas* y los índices de dolor son negativas, sólo son significativas en relación con la *Intensidad del dolor actual* y la *escala numérica*.

Tabla 4. Correlaciones entre puntuación en las escalas de *estrategias activas* y la escala de *estrategias pasivas* y las variables de criterio.

Variables de criterio	EstrategiasActivas	Estrategias Pasivas
Dolor		
McGill Total	-.11	.19*
McGill Escala Sensorial	-.12	.07
McGill Escala Afectiva	-.00	.16*
McGill Escala Evaluativa	-.04	.21*
Intensidad del dolor actual	-.21*	.22*
Escala numérica	-.17*	.37*
Número de palabras elegidas	-.06	.40*
Nivel de funcionamiento		
Funcionamiento total	-.00	.03
Tareas del hogar	-.03	.05
Bricolage	-.02	-.11
Actividades sociales	.15*	-.09
Actividades de recreo	.07	-.06

* p< .05

Por otra parte, nuestros resultados indican la inexistencia de relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por los sujetos y su nivel de funcionamiento. Sólo encontramos una asociación positiva y significativa entre el uso de *estrategias activas* y la frecuencia de *actividades sociales.* Sin embargo, tal y como señalan algunos autores (Jensen, Turner y Romano, 1992), a la hora de extraer conclusiones respecto a la relación entre estrategias de afrontamiento y el nivel de funcionamiento de las personas que padecen dolor crónico debemos tener en cuenta el papel moderador de la intensidad del dolor, pues los pacientes con más dolor hacen un mayor esfuerzo para enfrentarse al mismo y además puede que tengan de entrada un peor nivel de funcionamiento. Además, parece que algunas estrategias de afrontamiento sólo son efectivas cuando el dolor tiene una intensidad determinada (Keefe y Williams, 1990; Jensen y Karoly, 1991; Haythornthwaite y cols., 1998; Novy y cols., 1998); es más, algunos estudios indican que la intensidad del dolor influye en el tipo de estrategias que se eligen (Estlander y Harkapaa, 1989; Keefe y cols., 1997). Es por ello que calculamos las correlaciones parciales entre *estrategias activas* y *estrategias pasivas* y el nivel de funcionamiento, controlando la influencia de varios índices de dolor. Como se puede observar en la tabla 5, aun controlando la influencia del dolor, no se da un cambio respecto a los resultados anteriores, pues aunque se da un ligero aumento en algunos coeficientes, no alcanzan la significación estadística en ningún caso.

Tabla 5. Correlaciones parciales entre la puntuación en las escalas de *estrategias activas* y la escala de *estrategias pasivas* y nivel de funcionamiento controlando la influencia de la *intensidad del dolor*.

Variables de criterio	Estrategias Activas	Estrategias Pasivas
Control de McGill Total		
Funcionamiento total	.01	.01
Tareas del hogar	-.02	.03
Bricolage	-.02	-.13
Actividades sociales	.15*	-.10
Actividades de recreo	.09	-.09
Control McGill Escala Sensorial		
Funcionamiento total	.00	.01
Tareas del hogar	-.03	.03
Bricolage	-.01	-.12
Actividades sociales	.15*	-.12
Actividades de recreo	.09	-.09
Control McGill escala Afectiva		
Funcionamiento total	.00	.02
Tareas del hogar	-.03	.04
Bricolage	-.02	-.11
Actividades sociales	.17*	-.12
Actividades de recreo	.10	-.09

* p< .05

Tabla 5 (continuación).

Variables de criterio	Estrategias Activas	Estrategias Pasivas
Control McGill escala Evalua.		
Funcionamiento total	.01	-.01
Tareas del hogar	-.02	-.00
Bricolage	-.02	-.13
Actividades sociales	.17*	-.12
Actividades de recreo	.09	-.09
Control Intensidad dolor actual		
Funcionamiento total	-.01	.04
Tareas del hogar	-.03	.05

Variables de criterio	Estrategias Activas	Estrategias Pasivas
Bricolage	-.03	-.12
Actividades sociales	.14*	-.10
Actividades de recreo	.09	-.09
Control Escala Numérica		
Funcionamiento total	.01	.02
Tareas del hogar	-.02	.04
Bricolage	-.02	-.12
Actividades sociales	.15*	-.09
Actividades de recreo	.10	-.11
Control número de palabras elegidas		
Funcionamiento total	.01	-.01
Tareas del hogar	-.02	.00
Bricolage	-.02	-.10
Actividades sociales	.17*	-.11
Actividades de recreo	.09	-.07

* p< .05

Edad, sexo, diagnóstico y estrategias de afrontamiento

Respecto a la influencia de las variables demográficas, al contrario de Brown y Nicassio (1987), no encontramos diferencias significativas entre hombres y mujeres en sus puntuaciones en *estrategias activas*, aunque los varones puntúan más alto en esta escala (tabla 6). En *estrategias pasivas* sin embargo, sí se dan diferencias significativas, siendo las mujeres quienes tienden a utilizar estas estrategias con mayor frecuencia. Las mujeres presentan puntuaciones más elevadas en la mayoría de los índices de dolor, excepto en la Escala Sensorial, en el índice de Intensidad del Dolor Actual y el Número de Palabras Elegidas. Las mujeres, sin embargo, tienen un Nivel de Funcionamiento Total mejor que los hombres, presentando puntuaciones más elevadas en la escala de *Tareas del Hogar*. No se dan diferencias entre sexos en la escala *Actividades de recreo* y los hombres puntúan más alto en las escalas de *Bricolage* y *Actividades sociales.*

Tabla 6. Diferencias entre sexos. U de Mann-Whitney.

	Rangos Medios		Sig.
	Hombres	Mujeres	
Afrontamiento			
Estrategias activas	106.53	97.51	.27

Estrategias pasivas	95.76	116.73	.01**
Dolor			
McGill Total	96.09	114.52	.02*
McGill Escala Sensorial	103.69	107.42	.66
McGill Escala Afectiva	98.15	114.23	.05*
McGill Escala Evaluativa	97.68	116.59	.01**
Intensidad del dolor actual	104.45	109.62	.52
Escala numérica	99.00	115.23	.05*
Número de palabras elegidas	100.77	113.40	.12
Nivel de funcionamiento			
Funcionamiento total	75.93	138.96	.00***
Tareas del hogar	73.57	141.38	.00***
Bricolage	114.33	95.40	.00***
Actividades sociales	115.85	96.98	.02*
Actividades de recreo	109.55	104.38	.43

* p< .05; ** p<.01; ***p<.001

Como los creadores de la escala (Brown y Nicassio, 1987), no encontramos relación entre la edad de los sujetos y el uso de estrategias pasivas (*r:* .09, *P:* .22), no obstante, se detecta una relación inversa entre edad y el uso de estrategias activas aunque no alcance la significación estadística (*r:* -.12, *P:* .08). Sí encontramos una asociación negativa y significativa entre el nivel de funcionamiento de los sujetos y la edad (*r:* -.25, *P:* .00) y esto para todas las escalas. No se encuentran relaciones significativas entre la edad y la intensidad del dolor de la que informan los pacientes en ninguno de los índices utilizados. Tampoco se encuentran diferencias dignas de mención asociadas al nivel educativo, aunque debemos tener también en cuenta que en los dos niveles superiores no contamos casi con sujetos.

Son dignas de mención las diferencias asociadas a la condición de padecer dolor derivado del cáncer o de una patología benigna (tabla 7). Existen diferencias significativas en el uso de estrategias pasivas, pues los pacientes que padecen dolor de origen benigno usan las estrategias pasivas con mayor frecuencia que los pacientes oncológicos. Además, los enfermos de cáncer hacen un uso más frecuente de las estrategias activas que las personas que padecen una patología benigna. Respecto al nivel de funcionamiento, los pacientes de cáncer tienen puntuaciones significativamente menores en la escala total y en todas las subescalas y esto teniendo en cuenta que ambos grupos no se diferencian significativamente en la edad. Respecto a la intensidad del dolor, ambos grupos no se diferencian significativamente ni en la puntuación total en el McGill, ni tampoco en la Escala Sensorial, sin embargo, los enfermos de cáncer tienen una puntuación significativamente más

baja en las Escala Afectiva, Evaluativa, Numérica, Intensidad del dolor actual y Número de palabras elegidas.

Tabla 7. Diferencias según el diagnóstico. U de Mann-Whitney.

	Rangos Medios		Sig.
	Oncológicos	Benignos	
Afrontamiento			
Estrategias activas	121.39	84.53	.00***
Estrategias pasivas	92.20	117.82	.00***
Dolor			
McGill Total	101.44	107.28	.48
McGill Escala Sensorial	109.69	100.70	.28
McGill Escala Afectiva	94.94	114.91	.02*
McGill Escala Evaluativa	62.58	74.96	.06
Intensidad del dolor actual	94.38	177.53	.01**
Escala numérica	96.65	115.46	.02*
Número de palabras elegidas	98.01	114.23	.05*
Nivel de funcionamiento			
Funcionamiento total	79.39	131.17	.00***
Tareas del hogar	54.56	83.73	.00***
Bricolage	62.42	75.15	.01**
Actividades sociales	57.63	80.37	.00***
Actividades de recreo	58.98	78.90	.00***

* p< .05; ** p<.01; ***p<.001

DISCUSIÓN

Los resultados anteriormente descritos muestran que, tal y como la concibieron sus autores, es posible identificar en la "Vanderbilt Pain Management Inventory" (Brown y Nicassio, 1987) adaptada al castellano las dimensiones *estrategias activas* y *estrategias pasivas.* Es especialmente destacable que las personas que utilizan estrategias pasivas experimenten un grado más elevado de dolor. Sin embargo, tal y como destacan Brown y Nicassio (1987), queda para la investigación futura la tarea de dilucidar cuál es la dirección en que se da esta influencia: ¿se utilizan más estrategias pasivas porque la intensidad del dolor es mayor? o más bien, ¿es mayor la intensidad del dolor porque se utilizan estrategias pasivas?

Era esperable, sin embargo, una relación negativa más intensa entre el dolor y el uso de estrategias activas que sólo aparece en dos de los índices de dolor utilizados. A la luz de estos resultados cabría poner en entredicho la relevancia del papel de las estrategias activas en relación con el dolor, aunque también es posible explicar la debilidad de esta relación si atendemos al hecho de que en nuestra muestra los índices de dolor presentan valores muy elevados siendo pacientes todos ellos atendidos por una Unidad de Dolor y que han sido derivados por otros servicios. Aunque Brown y Nicassio (1987) no ofrecen información respecto al nivel de dolor experimentado por su muestra parece razonable pensar que es menor al de la nuestra pues está integrada por pacientes atendidos en consultas de reumatología. Es posible que la *capacidad* de las estrategias activas para incidir positivamente sobre el dolor se vea reducida cuando el dolor alcanza una intensidad muy elevada. Queda por tanto para futuras investigaciones la tarea de dilucidar si el papel de las estrategias de afrontamiento cambia dependiendo de la intensidad del dolor crónico.

De los 18 ítems que componen el instrumento original, si seguimos el mismo procedimiento y criterios aplicados por sus creadores, sólo se retienen nueve ítems. Consideramos que estos resultados se pueden explicar por un doble motivo:

a) En primer lugar, las diferentes realidades sociales. Por ejemplo, desaparecen todos los ítems que tienen que ver con el que el/la enfermo/a se ponga en contacto con su médico/a cuando le duele. Esto probablemente puede explicarse porque los sistemas de acceso a los/as médicos/as en nuestro país y para la muestra estudiada siguen unos cauces que no hacen posible que los pacientes llamen al médico/a o acudan a visitarle sin una cita previa.

b) En segundo lugar, como ya se ha mencionado, la muestra de este estudio difiere de la utilizada en la validación original en aspectos importantes. En primer lugar, Brown y Nicassio (1987) trabajan con un grupo homogéneo compuesto únicamente por pacientes que sufren artritis reumatoide. La muestra de nuestro estudio, sin embargo, es mucho más heterogénea, y aproximadamente la mitad está compuesta por pacientes oncológicos que, como hemos visto, difieren significativamente de los pacientes con dolor benigno en varios aspectos relevantes. Como ya se indicó en el planteamiento de este trabajo, nuestros resultados son relevantes pues los ítems retenidos en los sucesivos análisis recogerían estrategias de afrontamiento significativas para personas que padecen todo tipo de dolores y ello es deseable en un instrumento que como éste aspira a desarrollarse como una medida general de afrontamiento al dolor sea cual sea su procedencia. Cuestión aparte y que también debe ser respondida en el futuro es si se deben construir medidas de afrontamiento específicas según el tipo de dolor lo que a su vez va unida a una pregunta previa y de corte teórico: las per-

sonas que padecen distintos tipos de dolor, ¿aplican estrategias también *típicas* de la patología que padecen?

Así mismo, la muestra de este estudio tiene un nivel cultural mucho más bajo que la muestra de validación y ello podría también explicar la diferencia de resultados entre ambos trabajos pues Brown y Nicassio (1987) encuentran una asociación positiva significativa entre el uso de estrategias activas y el nivel educativo de los sujetos; y una relación negativa significativa entre el uso de estrategias pasivas y el nivel educativo. Este factor también puede explicar que se eliminen ítems como “Se pone a leer” que sólo un 6.7% de la muestra dice practicar como estrategia de afrontamiento “frecuentemente” o “casi siempre”.

En comparación con el estudio de Brown y Nicassio (1987) llama también la atención en nuestros resultados la escasa relación entre estrategias activas o pasivas y el nivel de funcionamiento de los sujetos, lo que, en cierta medida viene a poner en entredicho la utilidad de las dimensiones del afrontamiento "activa" y "pasiva" como predictores de la adaptación de los pacientes. También es posible que estos resultados se puedan explicar porque en la validación original se mide “grado de deterioro”, mientras que nosotros evaluamos el “nivel de funcionamiento”. Efectivamente, las medidas de “nivel de funcionamiento” nos informan del grado de actividad de los sujetos, pero no sabemos si ese era el nivel previo a padecer dolor crónico, p.e. es posible que una persona informe de que en la última semana no ha realizado pequeñas reparaciones en casa, no ha ido a la compra o no ha ido al cine, pero que prácticamente nunca en su vida haya realizado tales actividades. Además, la relación entre este tipo de medidas y las *estrategias activas* se debe analizar con cautela en tanto que se puede dar el problema - omnipresente en este ámbito - del solapamiento entre las medidas de afrontamiento y el criterio. La otra opción sería utilizar como variable el “deterioro”, pero no basta en este caso con preguntar si “ha dejado de hacer esta actividad que antes realizaba”, pues dicha medida presentaría todos los sesgos propios de los auto-informes retrospectivos. Sólo estudios longitudinales - con los altos costes que llevan aparejados - podrán ofrecer una respuesta consistente a estos interrogantes.

En relación con el nivel de funcionamiento cotidiano es especialmente llamativo el papel del *sexo* y la *edad*, sobre todo en escalas como la utilizada en este trabajo en las que un número elevado de ítems se refieren a tareas del hogar. Igualmente debemos matizar nuestras conclusiones habida cuenta de que las mujeres presentan puntuaciones significativamente más elevadas que los hombres en la mayoría de los índices de dolor lo cual es un resultado frecuente en otros estudios (Crook, Rideout y Browne, 1984; Buckelew y cols., 1990; Feine y cols., 1991; Ruda, 1993).

Finalmente, son muy interesantes las diferencias encontradas en relación con el uso de estrategias de afrontamiento en enfermos oncológicos y aquellos que pade-

cen dolor derivado de una patología benigna. Es destacable el uso más frecuente de estrategias activas por parte de los pacientes oncológicos y más infrecuente de estrategias pasivas y ello a pesar de que tienen un nivel de funcionamiento peor que los enfermos con una patología benigna e informan de menos dolor en todos los índices excepto en la escala sensorial. Tal y como se recoge en otro trabajo realizado por este grupo de investigación (Rodríguez, Esteve y López, en prensa), en el mayor uso de estrategias activas parece que la *represión emocional* característica de los pacientes oncológicos juega un importante papel, lo que por otro lado nos indica la necesidad de considerar esta variable a la hora de analizar las relaciones entre estrategias de afrontamiento y dolor.

Contemplados en su conjunto nuestros resultados nos indican la necesidad de continuar el proceso de adaptación del "Vanderbilt Pain Management Inventory" (Brown y Nicassio, 1987) incluyendo en él ítems más adaptados a nuestro entorno cultural. Al mismo tiempo, revelan la enorme importancia de considerar en la evaluación del enfermo con dolor crónico el papel de las estrategias de afrontamiento. Lejos de soluciones simples, este estudio muestra claramente un entramado de relaciones complejas en el que juegan un papel nada despreciable variables como el sexo, la edad, el nivel educativo, la intensidad y el tipo de dolor. Variables todas que tendremos que tener en cuenta conjuntamente al analizar el complejo fenómeno de las estrategias de afrontamiento al dolor crónico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Beckham JC, Rice JR, Talton SL y Helms MJ. Relationship of cognitive constructs to adjustment in rheumatoid arthritis patients. *Cogn Ther Res,* 1994, 18: 479-496.

Brislin, RW. The wording and translation of research instruments. En: W Lonnor y JW Berry, (eds.). *Field Methods in Cross-Cultural Research.* Beverly Hills, Ca: Sage, 1986.

Brown GK y Nicassio PM. The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain,* 1987, 31: 53-65.

Brown GK, Nicassio PM y Wallston KA. Pain coping strategies, and depression in rheumatoid arthritis. *J Consult Clin Psychol,* 1989, 57: 652-657.

Buckelew SP, Shutty MS, Hewett J, Landon T, Morrow K y Frank RG. Health locus of control, gender differences and adjustment to persistent pain. *Pain,* 1990, 42: 287-294.

Burckhardt CS, Clark SR, O'Reilly CA y Bennett RM. Pain-coping strategies of women with fibromyalgia: Relationship to pain, fatigue, and quality of life. *J Musculoskel Pain,* 1997, 5: 5-21.

Crook J, Rideout E y Browne G. The prevalence of pain complaints in a general population. *Pain,* 1984, 18: 299-314.

DeGood DE y Shutty MS. Assessment of Pain Beliefs, Coping, and Self-Efficacy. En: DC Turk y R Melzack, (eds.). *Handbook of pain assessment.* New York: Guilford Press, 1992.

Dozois DJ, Dobson KS, Wong M. y Hughes D. Predictive utility of the CSQ in low back pain: Individual vs composite measures. *Pain,* 1996, 66: 171-180.

Estlander AM y Karkapaa K. Relationship between coping strategies, disability and pain levels in patients with chronic low back pain. *Scan J Behav Ther,* 1989, 18: 59-69.

Feine JS, Bushnell MC, Miron D y Duncan GH. Sex differences in the perception of noxious heat stimuli. *Pain,* 1991, 44: 255-262.

Felton BJ y Revenson TA. Age differences in coping with chronic illness. *Psychol Aging,* 1987, 2: 164-170.

Folkman S y Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav,* 1980, 21: 219-239.

Geisser ME, Robinson ME, Keefe FJ y Weiner ML. Catastrophizing, depression and the sensory, affective and evaluative aspects of chronic pain. *Pain,* 1994, 59: 79-83.

Gil KM, Williams DA, Keefe FJ y Beckman JC. The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress. *Behav Ther,* 1989, 21: 349-352.

Haag DA. Catastrophizing, confounds and depression: A comment on Sullivan and D'Eton (1990). *J Abnorm Psychol,* 1992, 101: 206-207.

Hadjistavropoulos HD, MacLeod FK y Asmundson GJ. Validation of the Chronic Pain Coping Inventory. *Pain,* 1999, 80: 471-481.

Haythornthwaite JA, Menefee LA, Heinberg LJ y Clark MR. Pain coping strategies predict perceived control over pain. *Pain,* 1998, 77: 33-39.

International Association for the Study of Pain, Subcomitte of Taxonomy. Classification of chronic pain. *Pain,* 1986, suppl. 3: 19-32.

Jensen MP y Karoly P. Control beliefs, coping efforts and adjustment to chronic pain. *J Consult Clin Psychol,* 1991, 59: 431-438.

Jensen MP, Turner JA y Romano JM. Chronic pain coping measures: individual vs. composite scores. *Pain,* 1992, 51: 2273-2280.

Jensen MP, Turner JA, Romano, JM y Karoly P. Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain,* 1991, 47: 249-283.

Jensen MP, Turner JA, Romano JM y Strom SE. The Chronic Pain Coping Inventory: development and preliminary validation. *Pain,* 1995, 60: 203-216.

Keefe FJ y Williams DA. A comparison of coping strategies in chronic pain patients of different age groups. *J Gerontol,* 1990, 45: 161-165.

Keefe FJ, Salley AN y Lefebvre JC. Coping with pain: conceptual concerns and future directions. *Pain,* 1992, 51: 131-134.

Keefe FJ, Affleck G, Lefebvre JC, Starr K, Caldwell DS y Tennen H. Pain coping strategies and coping efficacy in rheumatoid arthritis: A daily process analysis. *Pain,* 1997, 69: 35-42.

Keefe FJ, Brown GK, Wallston KA y Caldwell DS. Coping with rheumatoid arthritis pain: Catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain,* 1989, 37: 51-56.

Keefe FJ, Caldwell DS, Queen KT, Gil KG, Martínez S, Crisson JE, Ogden W y Nunle J. Pain coping strategies in osteoarthritis. *J Consult Clin Psychol,* 1987, 55: 208-212.

Keefe FJ, Crisson J, Urban BJ y Williams DA. Analyzing chronic low back pain: The relative contribution of pain coping strategies. *Pain,* 1990, 40: 293-301.

Kerns RD, Turk DC y Rudy TE. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain,* 1985, 23: 345-356.

Lazarus RS y Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping.* New York: Springer, 1984.

Lawson K, Reesor KA, Keefe FJ y Turner JA. Dimensions of pain-related cognitive coping: Cross validation of the factor structure of the Coping Strategy Questionnaire. *Pain,* 1990, 43: 195-204.

Lefebvre JC, Lester N y Keefe FJ. Pain in young adults: II. The use and perceived effectiveness of pain-coping strategies. *Clin J Pain,* 1995, 11: 36-44.

Lenhart R y Ashby JS. Cognitive coping strategies and coping modes in relation to chronic pain disability. *J Appl Rehabil Counsel,* 1996, 27: 15-18.

Lin, Ch. Comparison of the effects of perceived self-efficacy on coping with chronic cancer pain and coping with chronic low back pain. *Clin J Pain,* 1998, 14: 303-310.

Martin MY, Bradley LA, Alexander RW y Alarcón GS, Triana-Alexander M, Aaron LA y Alberts KR. Coping strategies predict disability in patients with primary fibromyalgia. *Pain,* 1996, 68: 45-53.

McCrae JD y Lumley MA. Health status in sickle cell disease: Examining the roles of pain coping strategies, somatic awareness, and negative affectivity. *J Behav Med,* 1998, 21: 35-55.

Melzack R. The McGill Pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain,* 1975, 1: 277-299.

Nicassio PM, Radojevic V, Schoenfeld-Smith K y Dwyer K. The contribution of family cohesion and the pain-coping process to depressive symptoms in fibromyalgia. *Ann Behav Med,* 1995, 17: 349-356.

Novy DM, Nelson DV, Hetzel RD, Squitieri P y Kennington M. Coping with chronic pain: Sources of intrinsic and contextual variability. *J Behav Med,* 1998, 21: 19-34.

Parker JC, Smarr KL, Buesher KL, Phillips LR, Frank RG, Beck NC, Anderson SK y Walker SE. Pain control and rational thinking: Implications for rheumatoid arthritis. *Arth Rheum,* 1989, 32: 984-990.

Pastor MA, López Roig S, Rodríguez-Marín J, Terol MC y Sánchez S. Evaluación Multidimensional del dolor crónico en enfermos reumáticos. *Rev Psicol Salud,* 1995, 7: 79-106.

Riley JL y Robinson ME. CSQ: Five factors or fiction? *Clin J Pain,* 1997, 13: 165-162.

Riley JL, Robinson ME y Geisser ME. Empirical subgroups of the Coping Strategies Questionnaire-Revised: A multisample study. *Clin J Pain,* 1999, 15: 111-116.

Rodríguez MJ, Esteve R y López AE. Represión emocional y afrontamiento en pacientes con dolor crónico oncológico. Aceptado para su publicación por *Psicothema.*

Rosenstiel AK y Keefe FJ. The use of coping strategies in low-back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain,* 1983, 17: 33-40.

Ruda MA. Gender and pain. *Pain,* 1993, 53: 1-2.

Ruiz López R, Pagerols M y Ferrer I. The Spanish pain questionnaire. *Pain,* 1990, 5: 304.

Santavirta N, Bjoervell H, Koivumaeki EA y Hurskainen K. The factor structure of coping strategies in hemophilia. *J Psychosom Res,* 1996, 40: 617-624.

Schanberg LE, Lefebvre JC, Keefe FJ, Kredich DW y Gil KM. Pain coping and the pain experience in children with juvenile chronic arthritis. *Pain,* 1997, 73: 181-189.

Smith CA y Wallston KA. Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: Application of a general model. *Health Psychol,* 1992, 11: 151-162.

Snow-Turek AL, Norris M y Tan G. Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain,* 1996, 64: 455-462.

Stanton AL y Snider PR. Coping with breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychol,* 1993, 12: 16-23.

Sullivan MJ y D'Eton J. Relation between catastrophizing and depression in chronic pain patients. *J Abnorm Psychol,* 1990, 99: 260-263.

Sullivan MJ, Stanish W, Waite H, Sullivan M y Tripp DA. Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain,* 1998, 77: 253-260.

Swartzman LC, Gwadry FG, Shapiro AP y Teasell RW. The factor structure of the Coping Strategies Questionnaire. *Pain,* 1994, 57: 311-316.

Turner JA. Coping and Chronic pain. En: MR Bond, JE Charlton y CJ Woolf, (eds.). *Proceedings of the Vth World Congress on Pain.* New York: Elsevier, 1991.

Turner JA y Clancy S. Strategies for coping with chronic low back pain: Relationship to pain and disability. *Pain,* 1986, 24: 355-364.

Turner JA, Clancy S y Vitaliano PP. Relationships of stress, appraisal and coping to chronic low back pain. *Behav Res Ther,* 1987, 25: 281-288.

Tuttle DH, Shutty MS y DeGood DE. Empirical dimensions of coping in chronic pain patients: A factorial analysis. *Rehab Psychol,* 1991, 36: 179-188.

Watkins KW, Shifren K, Park DC y Morrell RW. Age, pain, and coping with rheumatoid arthritis. *Pain,* 1999: 82, 217-228.

Werner O y Campbell DT. Translating, working through interpreters and the problem of decentering. En: RN Cohen y R Cohen, (eds.). *A Handbook of method in cultural anthropology*. New York: American Museum of Natural History, 1970.

Wilkie DJ, Keefe FJ, Dodd MJ y Copp LA. Behavior of patients with lung cancer: description and associations with oncologic and pain variables. *Pain*, 1992, 51: 231-240.

Notas:

[1] Este trabajo ha sido realizado gracias a las ayudas de la Universidad de Málaga y de la Dirección General de Enseñanza Superior (PM97-152).

[2] Queremos expresar nuestro agradecimiento al Dr. D. Manuel Rodríguez (director), a D. José Antonio Yáñez y a todo el personal de la Unidad del Dolor de la Residencia Carlos Haya de Málaga.

Correspondencia:

Rosa Esteve Zarazaga
Dpto. Psicología Social y de la Personalidad
Facultad de Psicología
Universidad de Málaga
Campus de Teatinos
29071 - Málaga

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Vanderbilt Pain Management Inventory (Brown y Nicassio, 1987)

A continuación le voy a decir algunas cosas que hace la gente cuando siente dolor, y Ud. me dice la frecuencia con la que las practica.

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuen-temente	Casi siempre
1. Cuando le duele, Ud. piensa que le hubiera gustado que el médico le hubiera mandado medicinas más fuertes.	1	2	3	4
2. Se pone a pensar que este dolor le tiene cansado, harto, puede con Ud.	1	2	3	4
3. Contarle a los demás que le duele mucho.	1	2	3	4
4. Rezar para que le duela menos.	1	2	3	4
5. Reduce sus actividades sociales (sale menos, hace menos cosas con gente, etc.).	1	2	3	4
6. Depende más de los demás para que le ayude en las tareas diarias.	1	2	3	4
7. Se pone a pensar que no puede hacer nada para aliviar el dolor.	1	2	3	4
8. Se toma la medicina para ver si se le pasa el dolor.	1	2	3	4
9. Llama a un médico o enfermera.	1	2	3	4
10. Se pone a pensar en cuánto le duele y dónde le duele.	1	2	3	4
11. Intenta no sentirse ni enfadado, ni deprimido, ni ansioso.	1	2	3	4
12. Se pone a hacer ejercicio físico.	1	2	3	4
13. Se olvida del dolor.	1	2	3	4
14. Se pone a hacer muchas cosas.	1	2	3	4

15. Se quita de la cabeza los pensamientos que le molestan.	1	2	3	4
16. Se pone a leer.	1	2	3	4
17. Se pone a hacer algo que le guste.	1	2	3	4
18. Procura distraerse del dolor.	1	2	3	4