

Rev. Soc. Esp. Dolor
11: 407-414, 2004

Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R)

J. Soriano¹ y V. Monsalve²

Soriano J, Monsalve V. Validation of the reduced chronic pain coping questionnaire (CAD-R). *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 407-414.

SUMMARY

Coping has been turned over the last decades in one of the most important topics to board the patient with chronic pain. Given the importance of considering and evaluating the different forms that the individual has to cope with pain, different instruments in the last decades have been developed to evaluate the above mentioned dimension. The coping pain questionnaire (in Spanish, CAD), initially composed by 31 items, gathers 6 factors: autoaffirmation, Look for information, religion, distraction, catharsis and mental autocontrol. In this study the length of the CAD diminishes, proposing a small version of the same (CAD-R). 364 subjects were evaluated by the psychology service of the Multidisciplinary Pain Treatment Unit of the Valencia University General Hospital. Of the original questionnaire of 31 items (CAD), there was eliminated a whole of 7 items remaining reduced to a whole of 24 items (CAD-R). Assessing the validity of this new version designed for chronic pain patients with a sample of Spanish population, its consistence and stability are analyzed again, and the relationships between coping and affect are defined to determine the most adaptative coping skills. © 2004 Sociedad Española del Dolor. Published by Arán Ediciones, S.L.

Key words: Coping. Chronic pain. Questionnaire. CAD-R. Validation.

¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

²Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Recibido: 25-11-03.
Aceptado: 24-06-04.

RESUMEN

Uno de los tópicos de mayor relevancia en las últimas décadas en el estudio del paciente con dolor crónico ha sido el afrontamiento. Dada la importancia de medir y evaluar las diferentes maneras con las que el individuo afronta el dolor, en las últimas décadas se han desarrollado diferentes instrumentos para evaluar dicha dimensión. El cuestionario de afrontamiento al dolor (CAD), inicialmente compuesto por 31 ítems, incluye 6 factores: autoafirmación, búsqueda de información, religión, distracción, catarsis y autocontrol mental. En este estudio se reduce el CAD, proponiendo una versión más corta del mismo, el CAD-R. Se evaluaron 314 sujetos por el Servicio de Psicología de la Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Del cuestionario original de 31 ítems (CAD) se eliminaron 7 ítems reduciéndose a una versión con un total de 24 ítems (CAD-R). Se evalúa la validez de esta nueva versión, su consistencia interna y estabilidad temporal, así como las relaciones entre afrontamiento y afecto para determinar las estrategias más adaptativas. © 2004 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S.L.

Palabras clave: Afrontamiento. Dolor crónico. Cuestionario. Validación. CAD-R

INTRODUCCIÓN

El afrontamiento ha sido definido como “*los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo*” (1). Dicho concepto se ha convertido en las últimas décadas en uno de los temas que más importancia ha cobrado en el abordaje al pa-

ciente con dolor crónico. Desde una perspectiva multifactorial y multidimensional, tal y como se refleja en la teoría de la neuromatriz (2), se ha considerado que el control del dolor crónico requiere, como fuente de estrés, un esfuerzo adaptativo facilitado por las estrategias que el individuo aporta a dicha situación, y en este sentido, la vivencia del dolor crónico implica la necesidad de enfrentarse a una situación primariamente estresante que va a requerir de la utilización de ciertas estrategias personales. Algunas van a favorecer la adaptación del individuo, mientras que otras van a limitar dicha adaptación, considerándose un criterio diferencial en el ajuste de los pacientes con dolor crónico, de manera que en algunos de ellos los patrones desadaptativos de afrontamiento pueden aumentar la gravedad del dolor y el impacto del mismo sobre la conducta (3,4). Por tanto, y además, la utilización de estrategias de afrontamiento desadaptativas pueden convertirse en un importante distorsionador del beneficio terapéutico (5,6).

Además, las relaciones entre el empleo de estrategias de afrontamiento y la respuesta emocional manifestadas por las personas han sido puestas de manifiesto hace algunos años, de manera que se ha planteado que el afrontamiento actúa como mediador de la emoción (7,8). Por ello resulta frecuente encontrar en la literatura referente al tema el buscar relaciones entre las estrategias de afrontamiento y las emociones experimentadas por las personas, considerando que dichas emociones resultan indicadores de la eficacia y/o adecuación subjetiva de la estrategia de afrontamiento empleada ante la situación o evento.

Dada la importancia de considerar y evaluar las diversas formas que el individuo tiene para afrontar el dolor, en las últimas décadas se han desarrollado distintos instrumentos para evaluar dicha dimensión, algunos de carácter general, y otros de carácter específico para pacientes con dolor crónico. Por su amplia utilización cabe resaltar entre los primeros el *Ways of Coping Checklist* (WCC) y sus revisiones (1,9,10), y entre los segundos el *Vanderbilt Pain Management Inventory* (VPMI) (11), el *Pain-Related Self-Statements Scale* (PRSS) (12) y el *Coping Strategies Questionnaire* (CSQ) (13). Sin lugar a dudas, de todos los anteriores, el CSQ es el instrumento de evaluación más utilizado con pacientes con dolor crónico, y por ello, no cabe duda que es el instrumento de referencia, siendo utilizado en los últimos años en más del 95% de las ocasiones en las publicaciones referentes al ámbito del dolor (14).

Como ya se recoge en otros trabajos (14,15) en el ámbito de la población española, la utilización de estos instrumentos de medida plantean dos tipos de

problemática. Por un lado, el análisis de la aplicación de dichas pruebas con diferentes muestras plantean su inconsistencia estructural (3,5,16). Por otra parte, existe un déficit en el diseño de escalas o cuestionarios que valoren las estrategias de afrontamiento en pacientes con dolor crónico en muestra española. Por estas razones se empezó a diseñar un instrumento de medida que intentara paliar estas deficiencias utilizando, para su construcción, una muestra española de pacientes con dolor crónico.

El cuestionario de afrontamiento al dolor (CAD) inicialmente compuesto por 31 ítems, recoge 6 factores: autoafirmación, búsqueda de información, religión, distracción, catarsis y autocontrol mental. En trabajos anteriores se ha demostrado una alta consistencia interna de dichos factores, así como estructura factorial que explica el 64% de la varianza, porcentaje superior a la mayoría de los cuestionarios utilizados hasta la actualidad (15).

Aunque la versión original del CAD resultó útil y fiable (15), las características generales de los pacientes con dolor crónico y la búsqueda de instrumentos que faciliten lo máximo posible la evaluación y seguimiento mediante pruebas de autoinforme, favoreciendo la fiabilidad de la medida, nos llevó a intentar reducir al máximo el número de ítems a emplear.

Recientemente los autores han reducido el cuestionario a 24 ítems (17). Dicha escala mantiene los seis factores originales pero reduce los 31 ítems originales a 24 (cuatro ítems por cada una de las seis escalas).

En el presente estudio se aborda la validez de esta nueva versión diseñada para pacientes con dolor crónico con una muestra de población española, se analiza nuevamente su estructura factorial, consistencia interna y estabilidad temporal, y se estudian las relaciones entre afrontamiento y afectividad, intentando delimitar qué combinación de las estrategias de afrontamiento puede considerarse la más adaptativa para el paciente con dolor crónico.

MÉTODOS

Participantes

Se evaluaron 314 sujetos, pacientes de la Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Todos los sujetos participaron de forma voluntaria, y dieron su consentimiento para ser incluidos en este estudio. Todos los sujetos cumplieron el criterio

temporal de más de 6 meses para considerar su dolor como crónico.

Del total de la muestra el 22,3% eran varones y el 64,7% mujeres. La media de edad fue de 50,88 d.t. = 12,24 (min = 20 máx = 85). La valoración media del dolor inicial (EVA) fue de 7,57, d.t. = 1,82 (min. = 2; máx. = 10). El nivel de estudios se distribuyó de la siguiente manera: el 5,2% no sabe leer ni escribir; el 63,2% poseía estudios primarios; el 6,6% bachiller superior y el 11,2% tenía estudios universitarios. En cuanto al estado civil el 64,9% eran casados o con pareja; el 7,6% eran viudos; el 5,2% separados o divorciados y el resto (22,3%) solteros. Respecto al diagnóstico del síndrome de dolor (diagnóstico realizado por el equipo médico de la Unidad), se siguieron los criterios de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) (23). Siguiendo dichos criterios el 61,4% de la muestra se diagnosticó de un síndrome de dolor somático, el 32,9% de dolor neuropático, el 2,4% de dolor visceral y el 3,3% se incluyeron en la categoría de otros.

Instrumentos de medida

Cuestionario de afrontamiento al dolor (CAD)

El cuestionario original (CAD) recogía 6 factores con 31 ítems, y se desarrolló utilizando una muestra española de 229 pacientes diagnosticados con dolor crónico (15). El factor I denominado *religión* se refiere a la necesidad de rezar y de emplear el uso de la religión para conseguir estabilidad y consuelo. El factor II denominado *catarsis*, se refiere a la búsqueda de apoyo emocional desde un punto de vista del afrontamiento emocional. Los sujetos que puntúan en este factor necesitan verbalizar su problema a otras personas, no tanto para buscar soluciones como para descargarse emocionalmente. El factor III denominado *distracción* se refiere a la estrategia de afrontamiento ante el dolor que ha resultado más adaptativa, haciendo que el individuo deje de prestar atención al dolor. El factor IV denominado *autoafirmación*, destaca la importancia que tiene en el paciente con dolor crónico el no rendirse ante el dolor constante, crónico, dándose ánimos para hacer frente al mismo. El factor V denominado *autocontrol mental* hace referencia a los esfuerzos mentales por controlar el dolor. Por último, el factor VI denominado *búsqueda de información* (búsqueda de apoyo social instrumental), supone perseguir la obtención de información para poder controlar y disminuir el dolor.

Inventario de afectividad (IA)

Los sujetos de la muestra también respondieron a un inventario que recogía 13 emociones (alegre, irritado, satisfecho, feliz, furioso, tenso, animado, decepcionado, optimista, impaciente, entusiasmado, contento y enfadado). Los ítems se han evaluado mediante una escala Likert de 5 puntos. El listado de emociones se ha extraído de un trabajo previo, escogiendo aquellas que resultaron ser más significativas entre los enfermos con dolor crónico (14).

COPE

El cuestionario COPE (18), consiste en 13 escalas conceptualmente diferentes. Este cuestionario surge del planteamiento teórico que considera que el afrontamiento individual es una preferencia estable, más que una adaptación específica, de manera que tanto los ítems como las escalas están basados teóricamente en el modelo de estrés de Lazarus y en el modelo de auto-regulación conductual de Carver y Scheier (19-21) y Scheier y Carver (22). Las escalas se han derivado desde una doble perspectiva teórica y empírica.

El COPE es un cuestionario de afrontamiento multidimensional formando por cinco escalas que miden el afrontamiento centrado en el problema (afrontamiento activo, planificación, eliminación de actividades interferentes, afrontamiento restringido y búsqueda de apoyo social por razones instrumentales), cinco escalas que miden el afrontamiento centrado en la emoción (búsqueda de apoyo social por razones emocionales, desahogo de emociones, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, y religión) y tres escalas que miden respuestas de afrontamiento de menor utilidad (retirada comportamental, retirada mental y negación).

Tres son las escalas que utilizaremos para la validación del CAD-R: *religión*, *búsqueda de apoyo social por razones instrumentales* y *búsqueda de apoyo emocional por razones emocionales*. La religión puede servir como una fuente de apoyo emocional, como una forma de reinterpretación positiva y crecimiento y, también, como una táctica de afrontamiento activo. Aquí se considera la estrategia como una tendencia religiosa en momentos de estrés o preocupación. *La búsqueda de apoyo social por razones instrumentales* hace referencia a la búsqueda de consejo, asistencia o información. Esto es, afrontamiento centrado en el problema. *La búsqueda de*

apoyo emocional por razones emocionales hace referencia a la búsqueda de apoyo moral, simpatía o comprensión. Este es afrontamiento centrado en la emoción.

Coping scale questionnaire (CSQ)

El cuestionario CSQ (13), desarrollado a principios de la década de los 80, está compuesto por 42 ítems agrupados en 7 escalas de 6 ítems cada una, más 2 ítems referidos al control que se ejerce sobre el dolor y a la capacidad para disminuirlo. Cada ítem se puntúa de acuerdo con una escala de 7 puntos (0= nunca, 3= a veces, 6= siempre). Las escalas son *desviación de la atención* (pensamientos que sirven para distraer la atención del dolor), *reinterpretación de las sensaciones de dolor* (imaginar algo que pueda resultar inconsistente con la experiencia de dolor), *ignorar las sensaciones de dolor* (negación del daño causado por el dolor), *afrontamiento autoafirmativo* (decirse a uno mismo qué se puede hacer frente al dolor), *rezo y esperanza* (mantener la esperanza y rezar para que el dolor mejore algún día), *catastrofismo* (pensamientos negativos e ideas catastrofistas) e *incremento del nivel de actividad* (comprometerse en tareas activas que le mantengan alejado del dolor).

Procedimiento

Los sujetos fueron valorados por el servicio de psicología de nuestra Unidad tras la primera visita médica y previamente a cualquier intervención terapéutica, evitando en lo posible, factores distorsionadores tras dicha visita por la aplicación de tratamientos, modulación de la información por los familiares, etc.

En dicha primera visita, además de recoger todos los datos demográficos y clínicos del paciente, se aplicaron individualmente el CAD y el IA, pruebas anteriormente descritas.

Para analizar la fiabilidad del CAD-R, una muestra de 52 sujetos seleccionados aleatoriamente de la muestra inicial, completaron de nuevo el cuestionario con un intervalo de tiempo, entre los dos pases del mismo, de un mes y medio.

Para validar el cuestionario se ha empleado la misma muestra utilizada para evaluar la fiabilidad (n= 52). Este grupo reducido de sujetos completó, además del CAD-R, el cuestionario COPE y también

el CSQ, aproximadamente un mes después de haber completado los cuestionarios de la primera visita (CAD e IA).

Análisis estadísticos

Con los datos obtenidos, para establecer la estructura de la versión reducida del CAD, se han aplicado dos técnicas de análisis factorial (componentes principales y ejes principales), no apareciendo diferencias significativas entre ellas. Se han realizado rotaciones ortogonales (varimax) y oblicuas (oblimin), que han permitido obtener datos tanto de primer como de segundo orden. Se realizaron análisis estadísticos de la consistencia interna (Alfa de Cronbach), procediéndose a eliminar aquellos ítems de la versión original del CAD que permitieran su reducción por presentar cargas factoriales más bajas, sin que el cuestionario pierda por ello sus cualidades psicométricas.

Para analizar la fiabilidad del CAD-R se realizó una prueba test-retest (Pearson). Para analizar la validez del cuestionario, se realizaron análisis correlacionales (Pearson) entre los factores del CAD-R y factores recogidos en el COPE y el CSQ.

Por último, mediante un análisis *cluster K-means* se han clasificado los sujetos según las estrategias de afrontamiento empleadas. Esta técnica permite agrupar a los sujetos de manera que las diferencias dentro de cada grupo se minimicen, manteniendo máximas las diferencias entre los grupos establecidos. Mediante este procedimiento se pretende establecer los grupos de individuos más semejantes entre sí por emplear una combinación parecida de estrategias de afrontamiento ante el dolor.

RESULTADOS

Estabilidad temporal de la escala

Con el fin de simplificar el cuestionario, se han eliminado aquellos ítems con la carga factorial menor en cada una de las escalas. Del cuestionario original de 31 ítems, se eliminaron un total de 7 ítems quedando reducido a un total de 24 ítems, estando ahora cada factor compuesto por 4 ítems. Además se han reenumerado los ítems con el fin de facilitar su corrección (17). En la Tabla I se recogen ejemplos de ítems de cada una de las dimensiones que recoge el CAD-R.

TABLA I. EJEMPLOS DE LOS ÍTEMS QUE CONFIGURAN LAS SEIS ESCALAS

<i>Factor I: Religión</i>	
Rezo para que mis dolores desaparezcan	
Rezo para conseguir fuerza y guía sobre el problema	
<i>Factor II: Catarsis (búsqueda de apoyo social emocional)</i>	
Cuando tengo dolor intento hablar con alguien y contarle lo que me pasa. Esto me ayuda a soportarlo	
Cuando tengo dolor les digo a los demás lo mucho que me duele, pues el compartir mis sentimientos me hace encontrarme mejor	
<i>Factor III: Distracción</i>	
Cuando tengo dolor pienso en otra cosa	
Ignoro el dolor pensando en otra cosa	
<i>Factor IV: Autoafirmación</i>	
Pienso que he de tener fuerzas y no desfallecer	
Me doy ánimos para aguantar el dolor	
<i>Factor V: Autocontrol mental</i>	
Me concentro en el punto en que más me duele intentando disminuir el dolor	
Cuando tengo dolor me concentro en él e intento disminuirlo mentalmente	
<i>Factor VI: Búsqueda de información (búsqueda de apoyo social instrumental)</i>	
Busco a algún amigo, familiar o profesional para que me aconseje cómo superar la situación	
Intento que me expliquen qué puedo hacer para disminuir el dolor	

Tras la aplicación de la prueba de Chi cuadrado para verificar la significación estadística en las diferentes puntuaciones en las escalas, se obtienen diferencias significativas ($p < 0,000$), lo cual indica que la ordenación de las escalas de mayor a menor es la siguiente: autoafirmación, búsqueda de información, religión, catarsis, distracción y autocontrol mental. Estos resultados coinciden en gran medida a los obtenidos en un trabajo previo (15), con la única diferencia de la inversión en las puntuaciones en las escalas de distracción y catarsis.

Para comprobar la estabilidad temporal del cuestionario se realizó un análisis de correlación (Pearson) entre los dos momentos temporales (test-retest

con un intervalo aproximado de aplicación de un mes y medio), cuyos resultados también se recogen en la Tabla II, apreciándose una estabilidad que oscila de moderada a alta (entre 0,47 y 0,81) en las puntuaciones de los individuos en cada una de las escalas.

TABLA II. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS, ÍNDICES DE CONSISTENCIA INTERNA Y CORRELACIÓN TEST-RETEST

	Media	Desv. típ.	Alfa de Cronbach	Test-retest
Religión	10,90	5,71	0,94	0,814**
Catarsis	10,13	4,13	0,84	0,631**
Distracción	9,10	3,84	0,75	0,472**
Autoafirmación	15,41	3,23	0,77	0,520**
Autocontrol mental	9,00	4,10	0,80	0,502**
Búsqueda de información	12,24	3,90	0,74	0,591**

** $p < 0,01$

Validación

En la Tabla III se muestran las correlaciones obtenidas entre el CAD, COPE y CSQ mostrando la validez convergente de las escalas de *religión*, *catarsis*, *búsqueda de información*, *distracción* y *autoafirmación*.

La escala de autocontrol mental no ha podido relacionarse con ninguna de las pertenecientes a los cuestionarios empleados por abordar aspectos claramente diferentes, sin embargo aunque no se puede obtener la validez convergente, sí que pueden apuntarse datos sobre la validez discriminante, al no obtenerse correlaciones altas con ninguna de las medidas obtenidas por otros cuestionarios, salvo con la escala de *distracción*, cuya correlación es más débil ($r = 0,38$, CSQ). En cualquier caso la correlación obtenida resulta muy inferior a las obtenidas entre las escalas del CAD-R y las pertenecientes a otros cuestionarios que puedan evaluar el mismo constructo.

Estrategias de afrontamiento y adaptación al dolor crónico

Dado que la muestra utilizada resulta muy heterogénea, resulta difícil poder comparar los diferentes tipos de dolor, salvo que se utilicen categorías muy amplias (15), por ello se ha procedido agrupando a los sujetos por su semejanza en el uso de las 6 estrategias de afrontamiento.

TABLA III. CORRELACIONES ENTRE CAD-R, COPE Y CSQ

	<i>Religión</i>	<i>Catarsis</i>	<i>BAS instrumental</i>	<i>Distracción</i>	<i>Autoafirmación</i>	<i>Autocontrol mental</i>
Religión (COPE)	0,941**					0,050
Catarsis (COPE)		0,633**				0,201
BAS instrumental (COPE)			0,766**			0,207
Desviación de la atención (CSQ)				0,729**		0,382**
Autoafirmación (CSQ)					0,610**	0,101

**p < 0,01

Mediante un análisis *cluster K-means* se han clasificado los sujetos en tres clusters o grupos según las estrategias de afrontamiento empleadas (Tabla IV).

TABLA IV. CENTROS DE LOS CONGLOMERADOS FINALES EN LOS TRES GRUPOS ESTABLECIDOS (K-MEANS)

	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Religión	14,34	5,65	16,29
Catarsis	12,13	8,20	10,78
Distracción	11,81	8,65	6,50
Autoafirmación	16,92	15,09	13,95
Autocontrol mental	12,13	8,37	6,66
Búsqueda de información	14,85	11,70	10,10

Todas las estrategias de afrontamiento han resultado significativas para clasificar a los sujetos (religión $F = 453,067$ $p < 0,000$; catarsis $F = 36,043$ $p < 0,000$; distracción $F = 65,864$ $p < 0,000$; autoafirmación $F = 24,513$ $p < 0,000$; autocontrol mental $F = 62,951$ $p < 0,000$ y búsqueda de información $F = 47,276$ $p < 0,000$).

Si comparamos los resultados de la Tabla IV con las medias de la muestra total (Tabla II), podemos describir al grupo 1 como moderadamente alto en todas las estrategias empleadas. El grupo 2 se considera moderadamente bajo en las estrategias de religión, catarsis y distracción y moderado en el resto. Por último, el grupo 3 es alto en la estrategia de religión y moderado en la de catarsis, puntuando moderadamente bajo en el resto de las estrategias. En la Tabla V se recoge la puntuación media obtenida en las emociones por cada uno de los 3 grupos.

Tras la realización de un análisis de varianza se obtiene que las pruebas *post hoc* del estadístico Duncan indican que no hay diferencias entre los tres grupos en las emociones de alegre, satisfecho, feliz, en-

TABLA V. PUNTUACIÓN MEDIA DE LOS TRES GRUPOS EN LAS 13 EMOCIONES Y DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS *POST HOC* (DUNCAN)

	<i>Grupo 1</i>	<i>Grupo 2</i>	<i>Grupo 3</i>	<i>Duncan</i>
Alegre	2,42	2,37	2,22	n.s.
Irritado	2,69	2,57	2,88	2-3
Satisfecho	2,10	2,07	1,96	n.s.
Feliz	2,46	2,47	2,55	n.s.
Furioso	2,32	2,17	2,57	2-3
Tenso	3,12	3,03	3,48	1-3, 2-3
Animado	2,53	2,50	2,22	1-3, 2-3
Decepcionado	2,75	2,39	2,82	1-2, 2-3
Optimista	2,68	2,39	2,10	1-2-3
Impaciente	2,82	2,70	3,09	2-3
Entusiasmado	2,16	2,11	1,92	n.s.
Contento	2,49	2,38	2,26	n.s.
Enfadado	2,33	2,29	2,64	1-3, 2-3

p < 0,05

tusiasmado y contento. El grupo 2, en relación con el 3, se encuentra menos irritado, menos furioso, menos tenso, más animado, menos decepcionado, más optimista y menos enfadado. El grupo 1 en relación con el grupo 3 aparece menos tenso, más animado y más optimista. Por último los grupos 1 y 2 resultan bastante semejantes apareciendo diferencias únicamente en decepcionado y optimista, puntuando más alto el grupo 1 en ambos.

DISCUSIÓN

La evaluación de las estrategias de afrontamiento tuvo su auge en la década de los 80 con autores como Lazarus, Billings o Carver. En el caso del dolor crónico las propuestas de Melzack y su equipo (24,25), también contribuyeron a la aparición en la misma década de instrumentos para evaluar las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico dando lugar a la

aparición de instrumentos como el *Vanderbilt Pain Management Inventory* (VPMI) (11), el *Pain-Related Self-Statements Scale* (PRSS) (12) y el *Coping Strategies Questionnaire* (CSQ) (13), utilizándose, también, instrumentos que no habían sido diseñados específicamente para el caso del dolor crónico como el *Ways of Coping Checklist* (WCC) y sus revisiones (1,7,10).

Todos estos instrumentos se han desarrollado desde el lenguaje anglosajón así como desde su perspectiva de pensamiento y comportamiento (patrones culturales). Sin que ello resulte criticable ni ponderable, resulta necesaria una propuesta de escala para evaluar el afrontamiento ante el dolor crónico desde una perspectiva hispana. De los cuestionarios anteriormente citados es el CSQ el más utilizado, presentando determinadas limitaciones tanto estructurales como también de consistencia interna (5,6,16). Esta problemática ya ha sido analizada por los autores en trabajos anteriores (14,15).

Estos aspectos son los que promueven la propuesta de un cuestionario que tenga una estructura alternativa y que ha sido desarrollado utilizando una muestra de individuos españoles. Las escalas de primer orden, desde una nomenclatura factorial, contribuyen a un mejor diagnóstico de los sujetos, mientras que las escalas de segundo orden, en tanto que más generales, lo hacen en una mejor clasificación de los mismos. Desde esta perspectiva se han propuesto escalas de primer orden (CSQ, WCC, PRSS) y también escalas generales (VPMI). Al igual que en trabajos anteriores (17), la estructura, fiabilidad y validez de las escalas han demostrado ser lo suficientemente sólidas como para ser planteadas y defendidas.

Un segundo aspecto está referido a las estrategias o combinación de las mismas que pueda resultar más adaptativo para este tipo de enfermos. Para ello se han elaborado, mediante la aplicación del análisis *cluster*, tres grupos independientes entre sí (o *clusters*), que mantengan el principio de máxima similitud intragrupo manteniendo la máxima diferencia intergrupos. Así cada uno de los tres grupos se caracteriza por el uso de una combinación de las seis estrategias de primer orden planteadas en el cuestionario CAD-R. El grupo 1 (*cluster* 1) se caracteriza por la utilización de todas las estrategias de afrontamiento de manera moderadamente alta, con relación a la media de la muestra. El grupo 2 se caracteriza por un bajo uso tanto de la religión como de la catarsis y la distracción, aunque con puntuaciones más moderadas, mientras que las cuatro estrategias restantes se emplean de manera moderada o intermedia. El tercer grupo se caracteriza por emplear en gran medida la estrategia de religión, moderadamente la catarsis y tendente a la baja las cuatro estrategias restantes.

En la literatura existente sobre investigación de las estrategias de afrontamiento el modelo que más se ha aplicado es el planteado por Lazarus y cols. (1). Este modelo, iniciado originalmente desde la perspectiva del estrés, se amplió a la respuesta emocional. Si se considera que las respuestas emocionales que manifiestan los enfermos son indicadores de su adaptación a la enfermedad podemos observar que el grupo 3 es el que peor adaptación presenta. Parece que no resulta muy adaptativo el emplear mucho la estrategia de religión y poco el resto de estrategias de afrontamiento. Sin embargo, el resultado más sorprendente es que el grupo que parece más adaptado aunque con pequeñas diferencias es el grupo 2 o grupo intermedio; emplear poco la religión y moderadamente el resto de estrategias supone manifestar la mejor adaptación a la enfermedad. Ciertamente es que no aparecen grandes diferencias entre este grupo "intermedio" y el grupo 1 que podemos considerar el más alto de los tres. La explicación puede deberse al esfuerzo o desgaste que supone para un enfermo el emplear intensamente el máximo de estrategias posibles. No debemos olvidar que partimos de un modelo teórico en el que se considera que el afrontamiento no es todo lo que un individuo realiza para resolver un problema, sino aquellos comportamientos que suponen "esfuerzo" por parte del individuo y, en este sentido, exceden los recursos de los que dispone el sujeto (1).

CONCLUSIONES

El CAD-R se revela como un instrumento equivalente a su antecesor (CAD), al comprobar que, tras la eliminación de 7 ítems el cuestionario mantiene su consistencia interna. De la misma manera un aspecto importante es establecer si el cuestionario evalúa lo que pretende medir, obteniéndose unas correlaciones entre constructos semejantes moderadamente altas, lo cual resulta indicativo de su validez.

Si atendemos al estado de los enfermos con dolor crónico, podemos observar que el tipo de estrategias empleadas resultan adaptativas en términos generales, conforme a trabajos realizados anteriormente (3-6).

El último aspecto abordado en este estudio hace referencia a la combinación de estrategias de afrontamiento que pueda resultar más adaptativa. En definitiva, se refiere a lo que debería promoverse desde las diferentes unidades de dolor. Tras elaborar tres grupos de enfermos que se conforman teniendo en cuenta su semejanza a la hora de emplear determinada combinación de estrategias de afrontamiento, el resultado a "modo de receta" (planteándolo con toda

la prudencia y limitaciones que aconsejan estas situaciones), sería el promover que los enfermos se animen a sí mismos intentando seguir hacia delante, buscando información y consejo en otros, actuando con un autocontrol y distracción moderados y procurando no quejarse o verbalizar su problema de manera excesiva y, además, empleando de manera reducida el rezo o el empleo de la religión. Sin lugar a dudas este último aspecto se refiere a un planteamiento de control externo del problema. El hecho de rezar en muchas ocasiones supone el abandonarse a la suerte o a los designios externos, lo cual suele conllevar una menor implicación con el problema.

En resumen, el CAD-R se plantea como un instrumento fiable, válido, de fácil manejo y que combina las estrategias de primer orden con las de orden superior (aspecto no abordado en este trabajo), estableciéndose una combinación de las estrategias de afrontamiento de primer orden que parece resultar la más adaptativa para los enfermos con dolor crónico. Indudablemente la aplicación de este instrumento de medida en investigaciones futuras puede aportar datos que puedan establecer el perfil adecuado del paciente frente al dolor crónico, así como el establecimiento de baremos que permitan una mejor aplicación e interpretación del mismo.

CORRESPONDENCIA:

José Soriano
Departamento Personalidad, Evaluación y T. Psicológicos
Facultad de Psicología. Universidad de Valencia
Avda. Blasco Ibáñez, 21
46010 Valencia
Telf.: 963 864 476
Fax: 963 864 669
e-mail: jose.f.soriano@uv.es

BIBLIOGRAFÍA

- Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal and coping, N.Y.: Springer 1984.
- Melzack R, Loeser JD. Phantom body pain in paraplegics: evidence for a central "pattern generating mechanism" for pain. *Pain* 1978; 4: 195-210.
- Keefe F, Caldwell D, Queen K, et al. Pain coping strategies in osteoarthritis patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987; 55: 208-12.
- Revenson TA, Felton BJ. Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 57: 344-8.
- Turner J, Clancy S. Strategies for coping with chronic low back pain: relationships to pain and disability. *Pain* 1986; 24: 355-64.
- Spinhoven P, Ter Kuile M, Linssen A, et al. Pain coping strategies in a Dutch population of chronic low back pain patients. *Pain* 1989; 37: 77-83.
- Folkman S, Lazarus R. Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology* 1988; 54: 466-75.
- Lazarus R. Toward better research on stress and coping. *American Psychologist* 2000; 55: 665-73.
- Folkman S, Lazarus R. An analysis of coping middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior* 1980; 21: 219-39.
- Vitaliano P, Russo J, Carr J, et al. The Ways of Coping Checklist: revision and psychometric properties. *Multivariate Behavior Research* 1985; 20: 3-26.
- Brown G, Nicassio P. Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain* 1987; 31: 53-64.
- Flor H, Behle D, Birbaumer N. Assessment of pain-related cognitions in chronic pain patients. *Behavior Research and Therapy* 1993; 31: 63-73.
- Rosenstiel A, Keefe F. The use of coping strategies in chronic low back pain: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain* 1983; 17: 33-44.
- Soriano J, Monsalve V. Valoración, afrontamiento y emoción en pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología* 1999; 62: 43-64.
- Soriano J, Monsalve V. CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2002; 9, 1: 13-22.
- Lawson K, Reesor K, Keefe F, et al. Dimensions of pain-related cognitive coping: cross-validation of the factor structure of the Coping Strategy Questionnaire. *Pain* 1990; 43: 195-204.
- Monsalve V, Soriano J. CAD-R: Cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido. Una propuesta jerárquica del afrontamiento ante el dolor crónico. *Análisis y Modificación de Conducta* (En prensa).
- Carver C, Scheier M. Self-consciousness, expectancies, and the coping process. En: Field T, McCabe PM, Schneiderman N, eds. *Stress and coping* Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1985. p. 305-30.
- Carver C, Scheier M. Attention and self-regulation: a control-theory approach to human behavior. Nueva York: Springer-Verlag, 1981.
- Carver C, Scheier M. A control-theory model of normal behavior, and implications for problems in self-management. En: Kendall PC, ed. *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. Vol. 2. Nueva York: Academic Press, 1983. p. 127-94.
- Carver C, Scheier M, Weintraub J. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 56: 267-83.
- Scheier MF, Carver CS. A model of behavioral self-regulation: translating intention into action. En: Berkowitz L, ed. *Advances in Experimental Social Psychology*. Vol. 21. Nueva York: Academic Press, 1988. p. 303-46.
- Merskey H, Bogduk N. *Classification of Chronic Pain*. Seattle: IASP PRESS, 1994. p. 39-59.
- Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science* 1965; 150: 971-9.
- Melzack R, Casey KL. Sensory, motivational and central control determinants of pain. En: Kenshalo D, ed. *The skin senses*. Springfield, Ill: Thomas, 1968.