

Índices generales versus específicos en la evaluación del afrontamiento al dolor crónico

M^a Rosa Esteve, Carmen Ramírez y Alicia Eva López
Universidad de Málaga

El objetivo de este trabajo es que el Inventario Vanderbilt para el Afrontamiento del Dolor (VPMI) (Brown y Nicassio, 1987), construido para evaluar dos modos de afrontamiento generales, pasivo y activo, pueda ser también utilizado para valorar de forma fiable y válida estrategias específicas. En el estudio 1, en el que participaron 210 pacientes con dolor crónico, un análisis factorial confirmatorio mostró que las escalas Activa y Pasiva del VPMI se podían dividir en cuatro escalas fiables de estrategias específicas: catastrofismo, búsqueda de apoyo social, supresión y afrontamiento conductual. En los estudios 2 y 3, con dos muestras distintas de pacientes con dolor crónico (N= 112 y N= 135), se estudió la validez concurrente de las escalas de afrontamiento generales y específicas respecto a la intensidad del dolor, el estado de ánimo negativo y el deterioro. El afrontamiento pasivo y especialmente el catastrofismo mostraron una asociación consistente con una peor adaptación.

General versus specific indexes in chronic pain coping assessment. The Vanderbilt Pain Management Inventory (VPMI) (Brown and Nicassio, 1987) was created to assess two ways of coping with chronic pain: active and passive. The aim of the present paper was to extend the utility of the VPMI to evaluate specific coping strategies. 210 chronic pain patients participated in the first study. A confirmatory factor analysis revealed that the Active and Passive scales of the VPMI could be divided into four reliable scales: Catastrophizing, Social Support Seeking, Suppression and Behavioral Coping. Studies 2 and 3 evaluated the criteria validity of the general and the specific scales in relation to pain intensity, negative mood and impairment in two samples of pain patients (N=112 and N= 135). Passive coping, and specially catastrophizing showed a strong consistent relationship with deficient outcomes in adaptation.

Desde mediados de los años ochenta del pasado siglo se desarrolla una fructífera línea de investigación que se asienta en los modelos de estrés y afrontamiento para explicar la adaptación a la enfermedad crónica y concretamente al dolor crónico (Chico, 2002; González, Montoya, Casullo y Bernabeu, 2002; Martín-Aragón, Pastor, Lledó, López-Roig, Perol y Rodríguez-Marín, 2001; Muela, Torres y Peláez, 2002; Pelechano, Matud y De Miguel, 1993; Rodríguez, Pastor y López, 1993). Contamos con varias revisiones teóricas de las numerosas investigaciones que se han realizado sobre afrontamiento y dolor crónico (Boothby, Thorn, Stroud y Jesen, 1999; Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991; en nuestro país, Rodríguez, Esteve y López, 2000a). En estas revisiones se destaca repetidamente como una cuestión polémica y muy importante si en la evaluación del afrontamiento al dolor y en la predicción de la adaptación se deben utilizar puntuaciones generales, compuestas por varios tipos de estrategias, o si es mejor considerar la información de cada escala por separado. En la primera de estas grandes revisiones Jensen et al. (1991) se preguntaban si no podría ocurrir que sólo algunas de las estrategias recogidas en

esos índices generales fueran realmente las responsables de la adaptación y que, por tanto, su uso esté induciendo a error. Dos estudios han intentado dar respuesta a estas preguntas (Dozois, Dobson, Wong, Hughes y Long, 1996; Jensen, Turner y Romano, 1992) utilizando el Coping Strategies Questionnaire (Rosenstiel y Keefe, 1983). En ambos se comparaba la utilidad de índices generales y específicos de afrontamiento en la predicción de la adaptación en pacientes con dolor crónico. Los resultados de Jensen et al. (1992) muestran que el uso de índices de estrategias específicas permite comprender mejor las relaciones entre afrontamiento y adaptación en pacientes con dolor crónico. Por su parte, Dozois et al. (1996) concluyen que la utilidad de índices generales o específicos depende de cómo se defina la adaptación al dolor.

La segunda gran revisión sobre el tema abarca los trabajos publicados entre 1991 y 1999. Respecto a los estudios que utilizan puntuaciones compuestas, Boothby et al. (1999) concluyen que la evidencia es bastante consistente, sobre todo respecto a las estrategias generales que se asocian a una adaptación peor y que, resumidamente, se engloban en etiquetas como *afrontamiento pasivo*, *pensamiento negativo* y *evitación del dolor*. Sin embargo, las estrategias generales como el *afrontamiento activo*, *los intentos de afrontamiento*, *el control del dolor* y *el pensamiento racional*, que se asocian con una mejor adaptación, tienen una capacidad predictiva mucho más débil. En nuestro país, un interesante estudio muestra que las dimensiones *activa* y *pasiva* tienen un valor heurístico para predecir la eficacia diferencial de dos tipos de trata-

mientos alternativos representativos cada uno de dichas dimensiones (Comeche, Vallejo y Díaz, 2000).

Los resultados de los trabajos que utilizan puntuaciones relativas a estrategias específicas son bastante confusos, pues la mayoría de las estrategias presentan una relación inconsistente con las medidas de adaptación y su capacidad predictiva parece que varía de un estudio a otro, dependiendo de las características de cada muestra concreta; sólo contamos con una evidencia más consistente respecto a la influencia negativa que tiene el *catastrofismo* (Rodríguez et al., 2000a). Cabe por tanto concluir que, aunque las puntuaciones compuestas parece que son más fiables para predecir el funcionamiento de los pacientes, pueden llevarnos a perder información importante, sobre todo de cara a la intervención individual. Es por ello que, actualmente, se aconseja el uso de instrumentos que proporcionen ambos tipos de puntuaciones (DeGood, 2000).

En nuestro país se han validado dos instrumentos para la evaluación del afrontamiento al dolor, el *Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento* (CSQ) (Rosenstiel y Keefe, 1983; Soriano y Monsalve, 1999), creado para la evaluación de estrategias específicas, y el *Inventario Vanderbilt para el Afrontamiento del Dolor* (VPMI) (Brown y Nicassio, 1987; Esteve, López y Ramírez, 1999), construido para evaluar dos estrategias de afrontamiento generales: activas y pasivas. Las primeras estarían dirigidas al control del dolor o a seguir funcionando a pesar de él; con las estrategias pasivas se cede a otros el control del dolor. En su validación al castellano, el análisis factorial permitió identificar un factor de afrontamiento pasivo y otro de afrontamiento activo y contamos con alguna evidencia de la validez concurrente de la escala pasiva que presenta una asociación positiva y significativa con la intensidad del dolor (Esteve et al., 1999; Rodríguez, Esteve y López, 2000b). Por otro lado, aunque el afrontamiento activo mantiene una asociación positiva con la adaptación, esta relación no alcanza la significación en casi ningún estudio.

Recapitulando, más de dos décadas de investigación indican la conveniencia de disponer de instrumentos para la evaluación del afrontamiento al dolor crónico que permitan el uso conjunto de puntuaciones generales y específicas, pues las primeras son las más fiables para predecir la adaptación y las segundas para planificar la intervención individual (DeGood, 2000). En consonancia, el objetivo principal de este trabajo es intentar que el *Inventario Vanderbilt para el Afrontamiento del Dolor* (Brown y Nicassio, 1987), un instrumento construido para evaluar dos estrategias generales, afrontamiento pasivo y activo, pueda ser también utilizado para valorar de forma fiable y válida el uso de estrategias específicas en los pacientes con dolor crónico. Primero, se contrastará si es factible una estructura factorial alternativa en base a estrategias específicas y si las escalas resultantes presentan una fiabilidad aceptable. A ello dedicaremos el estudio 1, en el que se compara el grado de ajuste de la estructura factorial propuesta por los creadores del instrumento con la estructura factorial alternativa de estrategias de afrontamiento específicas. En los estudios 2 y 3, con dos muestras distintas, se estudia la validez concurrente de las escalas de afrontamiento generales y específicas respecto a tres criterios distintos: intensidad del dolor, estado de ánimo negativo y deterioro. Se predice que el afrontamiento activo y sus correspondientes dimensiones específicas –afrontamiento conductual y supresión– se asociarán significativamente con una mejor adaptación. Por el contrario, el afrontamiento pasivo y sus dimensiones específicas –catastrofismo y búsqueda de apoyo social– se asociarán significativamente con una intensidad del dolor mayor, con un estado de ánimo más negativo y con más deterioro.

Método

Participantes

La tabla 1 recoge las características de las muestras de los tres estudios.

Instrumentos

En los tres estudios las estrategias de afrontamiento se han evaluado mediante el *Inventario Vanderbilt para el afrontamiento del dolor* (VPMI) (Brown y Nicassio, 1987) adaptado al castellano (Esteve et al., 1999), que distingue entre Estrategias Activas y Estrategias Pasivas. Consta de 18 ítems agrupados en dos escalas (Tabla 2) que muestran una consistencia interna aceptable.

En los estudios 2 y 3, para evaluar la intensidad del dolor, se empleó la adaptación española del *Cuestionario de Dolor McGill* (Melzack, 1975) de Lázaro, Bosch, Torrubia y Baños (1994), que consta de 65 descriptores que se agrupan en tres dimensiones (sensorial, afectiva y evaluativa) y además proporciona un índice de puntuación total que será el que empleemos en este estudio.

En el estudio 2 el estado de ánimo se evaluó mediante el *Perfil de Estados de Ánimo* (POMS) de Lorr y McNair (1982) en la versión al castellano en formato abreviado de 29 ítems (Fuentes, Balaguer, Meliá y García-Merita, 1995). Evalúa la frecuencia con que los sujetos han experimentado en la última semana sensaciones asociadas a cinco estados de ánimo: depresión, tensión, fatiga, cólera y vigor. Las escalas muestran una elevada consistencia interna. Es un instrumento ampliamente utilizado para la evaluación del estado emocional en pacientes con dolor crónico, pues no cuenta con ítems de contenido somático que pudieran dar «falsos positivos» (vgr. Affleck et al., 1999). Puesto que existía una correlación elevada entre las distintas escalas del POMS, lo cual representaba un serio inconveniente dado el análisis que deseábamos realizar, se creó una única variable de Estado de Ánimo Negativo ($\alpha = .81$).

En el estudio 3 se utilizó el *Inventario de Deterioro y Funcionamiento Diario* para pacientes con dolor crónico (Ramírez-Maestre y Valdivia, en prensa), que permite conocer el deterioro, comparando el nivel actual de funcionamiento con el que tenía el paciente antes del dolor. Consta de 37 ítems que se agrupan en: tareas del hogar, funcionamiento autónomo, actividades sociales y actividades recreativas. Un análisis factorial exploratorio reveló que los ítems se agrupaban en cuatro factores internamente consistentes que se correspondían con las escalas mencionadas.

Procedimiento

Los participantes en el estudio se seleccionaron atendiendo a dos criterios: que llevasen padeciendo dolor más de seis meses y que acudiesen por primera vez a la Unidad del Dolor para solicitar tratamiento. Una vez que habían sido atendidos, los médicos los remitían según el orden de llegada y, en primer lugar, los pacientes firmaban su consentimiento informado. Las entrevistas se realizaron individualmente, en una sola sesión y sin presencia de acompañantes. El bajo nivel cultural de muchos de los pacientes nos llevó a administrar los cuestionarios en todos los casos de forma oral. Las entrevistas fueron realizadas en una consulta de la Unidad del Dolor por cuatro licenciadas en Psicología, alumnas de tercer ciclo.

Tabla 1
Características descriptivas de las muestras de los tres estudios

		Estudio 1 N= 210	Estudio 2 N= 112	Estudio 3 N= 135
Servicio hospitalario	Hospital Universitario Carlos Haya, de Málaga	Unidad del Dolor	Unidad del Dolor	Unidad del Dolor Servicio de Reumatología
Edad	Media	56,82	59,00	56,70
	Desviación típica	15,65	17,16	14,99
	Rango	17-87	22-85	17-87
Sexo	Varón	48%	30%	35%
	Mujer	52%	70%	65%
Estado civil	Soltero	21%	9%	9%
	Casado	60%	64%	80%
	Viudo	15%	22%	9%
	Separado	4%	5%	2%
Estudios	Lecto-escritura	55%	46%	50%
	Primarios	28%	38%	30%
	Secundarios	11%	11%	12%
	Universitarios	6%	5%	8%
Diagnósticos según la Clasificación de la International Association for the Study of Pain	Síndromes generalizados	51%	34%	63%
	Espalda neurológico	23%	26%	12%
	Neuralgias cara o cabeza	7%	11%	3%
	Neurológico cuello, hombros, extremidades superiores	7%	9%	3%
	Neurológico pierna o pie	3%	1%	1%
	Cabeza primario	2%	4%	2%
	Músculoesqueletal cadera y muslo	1%	3%	1%
	Lesiones plexo branquial	1%	4%	2%
	Trastornos vasculares miembros	1%	2%	1%
	Abdominal visceral	1%	3%	3%
	Espalda músculoesqueletal	1%	1%	2%
	Cráneo facial músculoesqueletal	1%	1%	1%
	Lesiones oído, nariz y oronasal	1%	1%	1%
	Espalda visceral			2%
	Pecho			2%
Visceral cuello			1%	

Tabla 2
Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Brown y Nicasio, 1987)

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	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 ayuden 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

Resultados

Estudio 1

Análisis factorial confirmatorio. Comparación de modelos

Como ya se ha mencionado, el VPMI (Brown y Nicassio, 1987) está formado por dos escalas que hacen referencia a dos formas generales de afrontamiento: activo y pasivo. Teniendo en cuenta los trabajos previos sobre afrontamiento al dolor crónico, y especialmente la clasificación propuesta por Fernández (1986), se realizó un análisis de contenido de los ítems que nos llevó a postular las siguientes dimensiones relativas a estrategias específicas: a) Catastrofismo, que se refiere a afirmaciones que reflejan que el paciente no se siente capaz de continuar esforzándose para afrontar la situación y tiende a ver el dolor y su situación como algo terrible; b) Búsqueda de Apoyo Social, referida a que los pacientes acuden a otras personas para que le ayuden a controlar el dolor; c) Afrontamiento Conductual, que se refiere a intentos para influir sobre el dolor mediante conductas y cogniciones, y la Supresión, referida a la eliminación de pensamientos y emociones negativos respecto al dolor. A diez jueces, profesores del área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, que cooperaron voluntariamente en la investigación, se les presentaron las definiciones de las cuatro dimensiones de estrategias específicas y los ítems del VPMI. Teniendo en cuenta las definiciones facilitadas, en una escala de 1 a 6 puntos debían valorar el grado en que consideraban que cada ítem era adecuado para evaluar cada una de las dimensiones. Se adscribió un ítem a una dimensión cuando su media era de cinco o más puntos (Muy o Totalmente adecuado) y su desviación típica no era superior a uno. De acuerdo con los juicios emitidos, los ítems quedaron agrupados de la siguiente forma: Catastrofismo (ítems 1, 2, 3, 7, 10), Búsqueda de Apoyo Social (ítems 4, 5, 6 y 9), Afrontamiento Conductual (ítems 8, 12, 14, 16 y 17) y Supresión (ítems 11, 13, 15 y 18).

Para determinar el grado de ajuste relativo de las dos estructuras alternativas propuestas para el instrumento, se empleó el análisis factorial confirmatorio. Se utilizó el programa LISREL 8.20 (Jöreskog y Sörbom, 1993), tomando como variables observables las respuestas a los ítems que presentan una modalidad de respuesta tipo Likert, siendo en este caso lo más adecuado realizar los análisis sobre una matriz de correlaciones policóricas (Olsson, 1979). La muestra cumple la mínima ratio 5:1 de sujetos por variables puesto que es, aproximadamente, de 11:1 (Gorsuch, 1983).

Dado que no se cumplía el supuesto de normalidad multivariada y atendiendo al tamaño de la muestra, se utilizó el método de estimación de Mínimos Cuadrados no Ponderados. Se facilitaron los momentos de cuarto orden, y puesto que la matriz Γ era correcta, en estos casos LISREL calcula estadísticos t robustos a la no normalidad y dos tipos de estadísticos χ^2 robustos a no normalidad.

Los resultados se presentan comparando ambos modelos: el primer modelo, de dos variables latentes referidas a dos factores de afrontamiento activo y pasivo; y un modelo de cuatro variables latentes de estrategias de afrontamiento al dolor específicas según la asignación de ítems realizada por los jueces.

Los índices de comparación de la bondad de ajuste del modelo teórico a los datos empíricos empleados fueron: la razón entre el valor de χ^2 y el número de grados de libertad (χ^2/gl), en el que se admiten como aceptables valores inferiores a 2; los índices de bon-

dad de ajuste (GFI) y de bondad de ajuste corregido en función de los grados de libertad (AGFI), que indican un buen ajuste cuando son superiores a 0.90 y 0.80, respectivamente; la Raíz del Residuo Estandarizado Cuadrático Medio (SMSR), que debe ser menor que 0.05; la Raíz Media Cuadrática del Error de Aproximación (RMSEA), que debe moverse en torno a 0.05; el Índice de Ajuste Comparativo (CFI), que debe ser mayor que 0.90, y el Índice de Ajuste No Normado (NNFI), en el que son aceptables los valores superiores a 0.90. El criterio de información de Akaike (AIC) está especialmente indicado en este caso, pues permite comparar modelos basados en las mismas variables y datos y tiene en cuenta la parquedad del modelo. Cuanto más bajos son los valores de este índice, mejor es el ajuste.

La inspección de la tabla 3 sugiere que ambos modelos *a priori* presentan un ajuste aceptable, si bien los índices del modelo de cuatro factores muestran un ajuste superior. El modelo de dos factores, aunque cercano, no alcanza un valor aceptable para el RMSEA, lo que sí ocurre con el modelo de cuatro factores. Sobre el modelo de cuatro factores se introdujo una serie de modificaciones dirigidas a optimizar el ajuste, dando como resultado el que denominaremos modelo de cuatro factores *a posteriori* (Tabla 3). Concretamente, de los coeficientes que muestran la relación estimada entre cada variable latente y sus indicadores se eliminaron aquellos que no superaban el valor de 0.40 (Gorsuch, 1983). Tal y como muestra la tabla 3, dicho modelo alcanza un ajuste global muy notable.

Fiabilidad de las escalas

Para estimar la consistencia interna de las escalas resultantes de estrategias específicas se siguió la propuesta de Jöreskog (1971), quien propone que, para estimar la fiabilidad, se contraste empíricamente el ajuste de diferentes modelos de medida de una escala. Concretamente, el modelo de medida de las dos mitades exige que las medidas sean paralelas, el coeficiente Alfa de Cronbach parte de un modelo tau-equivalente y, finalmente, Jöreskog (1971) propone un modelo congenérico, en el que cada puntuación observada refleja la misma puntuación verdadera pero en distintos grados y con diferentes errores de medición. A igual ajuste, las hipótesis más restrictivas son preferibles porque usan menos parámetros y, por tanto, son más parsimoniosas.

Se utilizó el programa LISREL 8.20 (Jöreskog y Sörbom, 1993). Como en el análisis factorial y por las mismas razones, el método de estimación elegido fue el de Mínimos Cuadrados no Ponderados. En las escalas de Catastrofismo ($\Delta\chi^2= 8.19$, $p= 0.10$; $\Delta\chi^2= 5.23$, $p= 0.90$) Búsqueda de Apoyo Social ($\Delta\chi^2= 3.54$, $p= 0.90$; $\Delta\chi^2= 1.80$, $p= 0.90$) y Supresión ($\Delta\chi^2= 4.36$, $p= 0.90$; $\Delta\chi^2= 1.70$, $p= 0.90$) no se producen aumentos significativos de χ^2 entre el modelo congenérico y los modelos tau-equivalente y paralelo, por ello se halló la fiabilidad de acuerdo con el modelo paralelo, por ser el más parsimonioso. En la escala Afrontamiento Conductual sí se constata un aumento significativo de χ^2 entre el modelo congenérico y tau-equivalente ($\Delta\chi^2= 12.95$, $p<0.001$), es por ello que, en este caso, se calculó la fiabilidad de acuerdo con un modelo de medida congenérico. Las escalas de Catastrofismo (5 ítems) y Afrontamiento Conductual (3 ítems) presentan una consistencia interna elevada (0.82 y 0.83, respectivamente), y las escalas de Supresión (3 ítems) y Búsqueda de Apoyo Social (3 ítems) presentan índices aceptables (0.71 y 0.60, respectivamente).

Estudio 2

De acuerdo con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, las variables cumplían el supuesto de normalidad multivariante y por ello utilizamos como método de estimación la Máxima Probabilidad sobre una matriz de covarianza de las variables observables, proporcionándose también la matriz de momentos de cuarto orden. Mediante el programa LISREL 8.20 (Jöreskog y Sörbom, 1993) se aplicó un análisis de regresión simple de las variables determinan-

tes (exógenas) –las estrategias de afrontamiento (generales o específicas)– sobre las variables de criterio (endógenas).

En la tabla 4 se recogen los parámetros gamma que representan los efectos direccionales de las variables exógenas sobre la endógena, además se presentan las *t*, indicándose si son o no significativas y los coeficientes de determinación. Como puede observarse, respecto al criterio de Ánimo Negativo, las estrategias generales de Afrontamiento Pasivo y las específicas –Catastrofismo y Búsqueda de Apoyo Social– se asocian significativamente con un mayor Ánimo Negativo.

Tabla 3					
Análisis factorial confirmatorio. Pesos factoriales, varianzas de error e indicadores de ajuste global					
Variables latentes e ítems	Pesos factoriales	Varianzas de error			
Modelo de dos factores					
Estrategias pasivas	Ítem 1	0.55	0.70		
	Ítem 2	0.77	0.41		
	Ítem 3	0.53	0.72		
	Ítem 4	0.39	0.85		
	Ítem 5	0.68	0.54		
	Ítem 6	0.43	0.82	Índices de bondad de ajuste	
	Ítem 7	0.71	0.49	S-B χ^2	239.89
	Ítem 8	-0.11	0.99	g.l.	134
	Ítem 9	0.24	0.94	$\chi^2/g.l.$	1.78
	Ítem 10	0.71	0.50	GFI	0.94
	Ítem 11	-0.17	0.97	AGFI	0.92
Estrategias activas	Ítem 12	0.35	0.88	RMSR	0.089
	Ítem 13	0.81	0.35	RMSEA	0.061
	Ítem 14	0.69	0.53	CFI	0.94
	Ítem 15	0.51	0.74	NNFI	0.94
	Ítem 16	0.66	0.57	AIC	313.89
	Ítem 17	0.90	0.19		
	Ítem 18	0.68	0.53		
Modelo de cuatro factores <i>a priori</i>					
Catastrofismo	Ítem 1	0.58	0.67		
	Ítem 2	0.81	0.34		
	Ítem 3	0.55	0.69		
	Ítem 7	0.75	0.43	Índices de bondad de ajuste	
	Ítem 10	0.75	0.44	S-B χ^2	198.57
Búsqueda apoyo social	Ítem 4	0.45	0.80	g.l.	129
	Ítem 5	0.82	0.32	$\chi^2/g.l.$	1.54
	Ítem 6	0.52	0.73	GFI	0.95
	Ítem 9	0.28	0.92	AGFI	0.93
Afront. conductual	Ítem 8	0.11	0.99	RMSR	0.080
	Ítem 12	0.36	0.87	RMSEA	0.051
	Ítem 14	0.71	0.50	CFI	0.96
	Ítem 16	0.67	0.55	NNFI	0.95
	Ítem 17	0.92	0.15	AIC	282.57
Supresión	Ítem 11	0.24	0.94		
	Ítem 13	0.81	0.35		
	Ítem 15	0.53	0.72		
	Ítem 18	0.70	0.52		
Modelo de cuatro factores <i>a posteriori</i>					
Catastrofismo	Ítem 1	0.59	0.65	Índices de bondad de ajuste	
	Ítem 2	0.80	0.36	S-B χ^2	69.06
	Ítem 3	0.55	0.70	g.l.	59
	Ítem 7	0.76	0.43	$\chi^2/g.l.$	1.71
	Ítem 10	0.76	0.43	GFI	0.99
Búsqueda apoyo social	Ítem 4	0.43	0.82	AGFI	0.98
	Ítem 5	0.81	0.34	RMSR	0.048
	Ítem 6	0.53	0.72	RMSEA	0.029
Afront. Conductual	Ítem 14	0.68	0.53	CFI	1.00
	Ítem 16	0.76	0.42	NNFI	1.00
	Ítem 17	0.97	0.05	AIC	161.06
Supresión	Ítem 13	0.91	0.17		
	Ítem 15	0.41	0.83		
	Ítem 18	0.55	0.69		

La estrategia general de Afrontamiento Activo guarda una relación negativa no significativa con el criterio Ánimo Negativo. Respecto a las estrategias específicas, el Afrontamiento Conductual y la Supresión guardan una relación no significativa de distinto signo con el criterio (Tabla 4).

Respecto al criterio de Intensidad del Dolor, encontramos que el Afrontamiento Pasivo guarda una relación positiva y significativa con el criterio; de las estrategias específicas, sólo el Catastrofismo guarda una relación significativa con la Intensidad del Dolor. El Afrontamiento Activo guarda una relación negativa y no significativa con la Intensidad del Dolor y de las estrategias específicas, sólo el Afrontamiento Conductual guarda una relación significativa respecto al criterio en tanto que la estrategia de Supresión presenta una relación no significativa y, además, de distinto signo (Tabla 4).

Estudio 3

También en este estudio se aplicó un análisis de regresión simple de las variables determinantes, las estrategias de afrontamiento (generales o específicas), sobre las variables de criterio. Como puede observarse en la tabla 4, el Afrontamiento Pasivo se asocia significativamente con un mayor deterioro; sin embargo, de las es-

trategias específicas sólo la Búsqueda de Apoyo Social tiene un peso significativo en relación al criterio. En este caso, el Catastrofismo no parece tener influencia sobre el Deterioro. Al igual ocurre con el Afrontamiento Activo, que guarda una relación negativa y no significativa sobre el Deterioro. Si examinamos la influencia de las correspondientes estrategias específicas, observamos que la Supresión tiene una influencia (aunque no es significativa) mucho mayor que el Afrontamiento Conductual.

Respecto al criterio de Intensidad del Dolor, el Afrontamiento Pasivo guarda una relación positiva y significativa con el criterio, al igual que las dos estrategias específicas Catastrofismo y Búsqueda de Apoyo Social. El Afrontamiento Activo guarda una relación negativa y no significativa con la Intensidad del Dolor. De las estrategias específicas, en tanto que el Afrontamiento Conductual sí guarda una relación negativa y no significativa respecto al criterio, la estrategia de Supresión presenta una relación no significativa, aunque de cierta importancia, pero de distinto signo.

Conclusiones

El objetivo principal de este trabajo ha sido contrastar la validez y la fiabilidad del Inventario Vanderbilt para el Afrontamiento del Dolor (Brown y Nicassio, 1987) estructurado en torno a estrategias

Tabla 4
Validez de criterio. Análisis de regresión

Variable determinante	Variable criterio	Coefficientes Gamma	t	R ²
Estudio 2				
Afrontamiento Activo	Ánimo negativo	-0.22	-0.53	0.16
Afrontamiento Pasivo		0.98	4.05*	
Afrontamiento Activo	Intensidad del dolor	-0.11	-0.81	0.09
Afrontamiento Pasivo		0.26	2.81*	
Catastrofismo	Ánimo negativo	1.04	3.13*	0.19
Búsqueda de apoyo social		1.18	2.01*	
Afrontamiento conductual		0.43	0.50	
Supresión		-0.97	-1.42	
Catastrofismo	Intensidad del dolor	0.35	2.78*	0.17
Búsqueda de apoyo social		0.11	0.58	
Afrontamiento conductual		-0.76	-2.52*	
Supresión		0.38	1.38	
Estudio 3				
Afrontamiento Activo	Deterioro	-0.13	-1.64	0.10
Afrontamiento Pasivo		0.22	3.12*	
Afrontamiento Activo	Intensidad del dolor	-0.15	-1.01	0.16
Afrontamiento Pasivo		0.73	5.35*	
Catastrofismo	Deterioro	-0.05	-0.43	0.19
Búsqueda de apoyo social		0.75	4.85*	
Afrontamiento conductual		-0.09	-0.53	
Supresión		-0.41	-1.60	
Catastrofismo	Intensidad del dolor	0.84	3.59*	0.21
Búsqueda de apoyo social		0.81	2.61*	
Afrontamiento conductual		-0.58	-1.72	
Supresión		0.71	1.32	

*p< .05

específicas. Como ponen de manifiesto nuestros resultados, una estructura factorial según cuatro dimensiones presenta un ajuste adecuado, similar o ligeramente superior a la estructura original de dos factores. Teniendo en cuenta que la fiabilidad de las escalas resultantes es aceptable, ello permite ampliar la utilidad de un instrumento creado inicialmente para la evaluación de dos modos de afrontamiento generales, siguiendo así las recomendaciones que aconsejan que los instrumentos para evaluar el afrontamiento al dolor proporcionen ambos tipos de puntuaciones (DeGood, 2000).

Respecto a la asociación de los índices de afrontamiento específicos con los criterios de ánimo negativo, el deterioro en el funcionamiento diario e intensidad del dolor, comparando con los índices generales, tal y como muestran nuestros resultados: a) las estrategias generales pueden tener una relación significativa con el criterio aunque, de las estrategias específicas que engloban, sólo una de ellas guarde una relación significativa con el criterio; b) también puede ocurrir que, aunque el índice de afrontamiento general no se relacione significativamente con el criterio, sí lo haga alguno de los índices relativos a estrategias específicas; c) finalmente, también encontramos que dos estrategias específicas englobadas en una misma categoría general pueden tener con el criterio una relación de distinto signo. Jensen et al. (1992) encontraron resultados similares que interpretaron como indicativos de que el uso de índices de estrategias de afrontamiento generales puede llevarnos a una simplificación excesiva e inducirnos a error. Otros autores matizan estas conclusiones y señalan, por el contrario, que las estrategias específicas, si bien proporcionan información valiosa para planificar la intervención individual, respecto a las generales arrojan resultados confusos y contradictorios para predecir la adaptación de los pacientes (Boothby et al., 1999). Como en trabajos anteriores y como formulábamos en nuestras hipótesis, la dimensión de afrontamiento pasivo se muestra como un predictor muy robusto de una adaptación deficiente a través de los dos estu-

dios y de los distintos criterios utilizados. La evidencia respecto a la dimensión activa, también como en investigaciones previas (Esteve et al., 1999; Rodríguez et al., 2000b), es mucho más débil, pues aunque el afrontamiento activo mantiene una asociación positiva con la adaptación, esta relación no es significativa. Sea como fuere, cabe también preguntarse si la fuerte asociación de la dimensión pasiva con una adaptación deficiente viene dada porque en ella se incluye la escala de catastrofismo que, en este estudio y en un sinnúmero de investigaciones previas, presenta una asociación positiva y significativa con la intensidad del dolor, el estado de ánimo negativo y el deterioro en el funcionamiento cotidiano de los sujetos (Rodríguez et al., 2000a). ¿Son estos resultados indicativos de la inconsistencia de las estrategias específicas para predecir la adaptación?, o, por el contrario, tal y como ya señalaban Jensen et al. (1991), ¿no podría ocurrir que sólo algunas de las estrategias recogidas en esos índices generales fueran realmente las responsables de la adaptación y que, por tanto, su uso esté induciendo a error? La investigación futura podrá dar respuesta a estas preguntas cruciales en el campo de estudio del afrontamiento al dolor crónico. Para poder responderlas es imprescindible contar con instrumentos que proporcionen a la vez índices de afrontamiento generales y específicos y el presente estudio representa un paso adelante en esta dirección.

Agradecimientos

Este trabajo ha recibido una ayuda de la Universidad de Málaga, de la Dirección General de Promoción del Conocimiento (PM97-0152) y de la Junta de Andalucía. Agradecemos su colaboración al Dr. Manuel Rodríguez (director), a D. José Antonio Yáñez, a todo el personal de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario «Carlos Haya» (Málaga) y a los pacientes que amablemente participaron en los estudios.

Referencias

- Affleck, G., Tennen, H., Keefe, F., Lefebvre, J.C., Kashikar-Zuck, S., Wright, K., Starr, K. y Caldwell, D.S. (1999). Everyday life with osteoarthritis or rheumatoid arthritis: Independent effects of disease and gender on daily pain, mood and coping. *Pain*, 83, 601-609.
- Boothby, J.L., Thorn, B.E., Stroud, M.W. y Jensen, M.P. (1999). Coping with pain. En R.J. Gatchel y Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain*. Nueva York: Guilford Press.
- Brown, G.K. y Nicassio, P.M. (1987). The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31, 53-65.
- Comeche, M.I., Vallejo, M.A. y Díaz, M.I. (2000). Tratamiento psicológico de la cefalea: predicción de la mejoría en un acercamiento activo-pasivo. *Psicothema*, 12, 55-63.
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14, 544-550.
- DeGood, D.E. (2000). Relationship of pain-coping strategies to adjustment and functioning. En R.J. Gatchel y J.N. Weisberg (Eds.), *Personality characteristics of patients with pain* (pp.129-164). Washington: APA.
- Dozois, D.J.A., Dobson, K.S., Wong, M., Hughes, D. y Long, A. (1996). Predictive utility of the CSQ in low back pain: individual vs. composite measures. *Pain*, 66, 171-180.
- Esteve, R., López, A.E. y Ramírez, C. (1999). Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud*, 11, 77-102.
- Fernández, E. (1986). A classification system of cognitive coping strategies for pain. *Pain*, 26, 141-151.
- Fuentes, I., Balaguer, I., Meliá, J.L. y García-Merita, M. (1995). Forma abreviada del Perfil de Estado de Animo (POMS). En E. Cantón (Dir.), *Libro de Actas del V Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y el Deporte*. Valencia: Universidad de Valencia.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M.M. y Bernabeu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14, 363-368.
- Gorsuch, R.L. (1983). *Factor Análisis*. Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum.
- Jensen, M.P., Turner, J.A. y Romano, J.M. (1992). Chronic pain coping measures: Individual vs. composite scores. *Pain*, 51, 273-280.
- Jensen, M.P., Turner, P., Romano, J.M. y Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: A critical Review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.
- Jöreskog, K.G. (1971). Statistical analysis of sets of congeneric tests. *Psychometrika*, 34, 109-133.
- Jöreskog, K.G. y Sörbom, D. (1993). *Lisrel 8: Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language*. Hillsdale: Scientific Software International.
- Lázaro, C., Bosch, F., Torrubia, R. y Baños, J.E. (1994). The development of a Spanish Questionnaire for assessing pain: preliminary data concerning reliability and validity. *European Journal of Psychological Assessment*, 10, 191-200.
- Lorr, M. y McNair, D. (1982). *Profile of Mood States*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
- Martín-Aragón, M., Pastor, M.A., Lledó, A., López-Roig, S., Terol, M.C. y Rodríguez-Marín, J. (2001). Percepción de control en el síndrome fibromiálgico: variables relacionadas. *Psicothema*, 13, 586-591.

- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain, 1*, 277-279.
- Muela, J.A., Torres, C.J. y Peláez, E.M. (2002). Comparación entre distintas estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema, 14*, 558-563.
- Olsson, U. (1979). Maximum likelihood estimation of the polycoric correlation coefficient. *Psychometrika, 44*, 443-460.
- Pelechano, V., Matud, P. y de Miguel, A. (1993). Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta, 19*, 91-149.
- Ramírez-Maestre, C. y Valdivia, Y. (en prensa). Evaluación del funcionamiento diario en pacientes con dolor crónico. *Psicología Conductual*.
- Rodríguez, M.J., Esteve, R. y López, A.E. (2000a). Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Análisis y Modificación de Conducta, 26*, 391-418.
- Rodríguez, M.J., Esteve, R. y López, A.E. (2000b). Dolor crónico y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema, 12*, 339-345.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M.A. y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema, 5*, 349-372.
- Rosenstiel, A.K. y Keefe, F.J. (1983). The use of coping strategies in low-back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain, 17*, 33-40.
- Soriano, J. y Monsalve, V. (1999). Valoración, Afrontamiento y Emoción en pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología, 62*, 43-64.