

Título: Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico

Autores:

Luis Rodríguez Franco
Francisco Javier Cano García
Alfonso Blanco Picabia

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Universidad de Sevilla

Información de contacto:

Francisco Javier Cano García
Facultad de Psicología - Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
C/ Camilo José Cela, s/n - 41018 - Sevilla (España)
Teléfonos: 954556930 – 954557813
Fax: 954557807
Dirección electrónica: fjcano@us.es

RESUMEN.

Introducción. Se realizó una adaptación a población española del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor, CSQ. El instrumento, el más utilizado en su ámbito, fue desarrollado por Rosenstiel y Keefe en 1983. **Metodología.** Compusieron la muestra 205 pacientes procedentes de centros públicos de atención primaria y unidades de dolor. Más de la mitad padecían migraña y cefalea tensional crónica; el resto fundamentalmente fibromialgia, lumbalgia, artrosis y artritis. **Resultados.** Los diversos análisis factoriales explicaron el 59% de la varianza total, sobre una estructura de ocho factores de primer orden que convergieron en dos de segundo orden. En los de primer orden la novedad fue la diversificación de la distracción mental y no mental, y de la esperanza con y sin matices religiosos. En los de segundo orden lo novedoso fue la agrupación según la eficacia del afrontamiento. Todos los factores obtenidos mostraron su consistencia interna y validez de constructo. Así, las estrategias de afrontamiento “desadaptativas” se asociaron a un lenguaje interno negativo, ansiógeno y depresógeno, a una deficiente percepción de control y autoeficacia percibida, y a la proliferación de conductas de dolor de diversa naturaleza. Al contrario ocurrió con las estrategias de afrontamiento “adaptativas”. Además, aparecieron diferencias en la utilización y eficacia de las estrategias de afrontamiento en función del diagnóstico. **Conclusiones.** El CSQ se muestra como un instrumento válido y fiable para evaluar las estrategias de afrontamiento del dolor crónico en población española, volviéndose a demostrar la discrepancia entre su estructura teórica y la obtenida empíricamente.

PALABRAS CLAVE.

Dolor crónico; Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor; Evaluación psicológica; Afrontamiento.

ABSTRACT

Introduction. We made an adaptation of the Coping Strategies Questionnaire (CSQ) to Spanish population. This measure, the most used in its scope, was developed by Rosenstiel and Keefe in 1983. **Method.** 205 participants coming from primary care and pain clinics. More than half they suffered migraine and tension-type headache; the rest, fibromyalgia, low back pain, arthrosis or arthritis. **Results.** Factor analysis explained 59% of the total variance, on a 8-factor structure that converged in a 2-factor structure. In the 8-factor solution the newness was the diversification of the mental-nonmental distraction strategies, and religious-no religious hope strategies. In the 2-factor solution the newness was the grouping according to the effectiveness of the coping. All the CSQ factors showed internal consistency and construct validity. Thus, unadaptative coping strategies were related to negative, anxious and depressed self-talk, related to lack of control and perceived self-efficacy, and related to many pain behaviors. On the contrary it happened with adaptative coping strategies. In addition, the diagnostic of pain was related to the utilization and effectiveness of coping strategies. **Discussion.** The CSQ a reliable and valid measure of coping strategies in chronic pain in Spanish population, showing again the difference between theoretical and empirical factor structures.

PALABRAS CLAVE.

Chronic pain; Coping Strategies Questionnaire (CSQ); Psychological assessment; Coping.

INTRODUCCIÓN.

No resulta ni extraño ni difícil justificar la importancia de las estrategias de afrontamiento en los trastornos por dolor crónico, habida cuenta de la gran cantidad de datos disponibles en las últimas décadas, y especialmente desde la propuesta de Lazarus (1,2) que planteó un complejo modelo bien distinto al del estrés como estímulo o como simple respuesta.

La valoración del dolor y su afrontamiento son procesos indisolublemente unidos que determinan en gran medida la evolución de los síntomas e incluso la cronificación del cuadro (3). En este sentido, los investigadores han orientado sus esfuerzos a determinar los modos de afrontamiento del dolor que aparecen, con qué tipo de valoraciones se relacionan y qué resultados tienen en la evolución del trastorno.

Sobre el primer aspecto, se ha tratado de determinar la estructura de las estrategias de afrontamiento utilizadas en el control del dolor, centrándose más en estrategias específicas que en estilos. Los resultados apuntan a una estructura ya conocida en otras áreas de investigación, destacándose las de tipo cognitivo (por ejemplo, utilizar la imaginación para ignorar el dolor o transformarlo en otra sensación, las de distracción y la reestructuración cognitiva), y las conductuales (la búsqueda de apoyo social, el descanso, la evitación de actividades o situaciones, la medicación, el ejercicio), etc.

En cuanto a los procesos de valoración del dolor, las variables más relacionadas con el afrontamiento son las referidas al lenguaje interno, especialmente las creencias de control. Así, se han investigado las creencias irracionales sobre el dolor (4, 5, 6), los pensamientos negativos automáticos (7, 8), el lugar de control (9, 10), y las expectativas de autoeficacia percibida (11, 12, 13).

Los resultados del afrontamiento se han relacionado con cambios en los parámetros del dolor tanto sensoriales (intensidad, frecuencia, duración), como emocionales (ansiedad, depresión) y funcionales (conductas de dolor, discapacidad, interferencia en la vida social, laboral, etc.). Por ejemplo, Gil et al. (14) encontraron que las estrategias de afrontamiento predecían el ajuste a la enfermedad. El afrontamiento pasivo (catastrofización, descanso, etc.) resultó desadaptativo, asociándose con el incremento de la intensidad y frecuencia del dolor, a mayores niveles de estrés y más frecuentes hospitalizaciones y visitas al médico. El afrontamiento activo (ignorar sensaciones, autoverbalizaciones de afrontamiento, distracción, etc.) ha destacado como más adaptativo, mostrando una disminución en los parámetros sensoriales del dolor. Jensen et al. (15) encontraron que la desesperanza y la catastrofización se asociaron directamente con altos niveles de discapacidad emocional y depresión, mientras que rezar y tener esperanza se asociaron con alta discapacidad física. Geisser et al. (16) demuestran que la catastrofización mediatiza la relación entre los aspectos evaluativos y afectivos del dolor y la depresión. Haythornwaite et al. (10) aportan datos que apoyan la relación dinámica entre valoración y afrontamiento en el dolor crónico: dos estrategias de afrontamiento, autoverbalizaciones de ánimo para el afrontamiento y reinterpretar el dolor, predijeron la percepción de control sobre el dolor.

Teniendo en cuenta, por tanto, la relevancia del afrontamiento en la experiencia de dolor crónico, pronto surgió la necesidad de contar con instrumentos sencillos, válidos y fiables para valorarlo. Rosenstiel y Keefe (17) desarrollaron el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (*Coping Strategies Questionnaire*, CSQ) para evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por una muestra de pacientes con lumbalgia crónica. Los autores plantearon una estructura teórica que incluía seis estrategias cognitivas (Distracción, Reinterpretación del dolor, Autoverbalizaciones de afrontamiento, Ignorancia del dolor, Rezar o tener esperanza y Catastrofización); dos estrategias conductuales (Incremento del nivel de actividad e Incremento de las conductas de dolor); y dos escalas de efectividad (Control sobre el dolor y Capacidad para disminuir el dolor). Partiendo de esta estructura teórica factorizaron las puntuaciones de las subescalas (no los ítems individuales). La estructura resultante, de segundo orden, se compuso de tres factores. El primero, denominado Afrontamiento cognitivo y supresión, incluye las estrategias Reinterpretación del dolor, Autoverbalizaciones de afrontamiento e Ignorancia del dolor, que implican un afrontamiento activo y generalmente adaptativo. El segundo, Desesperanza, incluye las estrategias de Catastrofización y Escaso incremento en el nivel de actividad, y se asocia con un afrontamiento pasivo y poco eficaz. El tercero, Distracción y rezos, se refiere a un afrontamiento centrado en aspectos externos. Los autores demostraron que el uso de ciertas estrategias de afrontamiento se asociaba genéricamente con el ajuste al trastorno. Así,

los pacientes que utilizaban el primer grupo de estrategias se mostraban menos impedidos funcionalmente; los que utilizaban estrategias del segundo grupo aparecían más ansiosos y deprimidos; mientras que los que utilizaban el tercer grupo padecían más dolor y más limitación funcional.

Desde su elaboración hasta el momento actual, el CSQ ha sido el cuestionario de estrategias de afrontamiento del dolor más utilizado (al menos en 80 investigaciones) y más validado de todos los existentes (al menos en 20 investigaciones). Además de en muestras de dolor crónico heterogéneo (18, 19, 20, 21, 22, 23, 24), ha sido adaptado en hemofílicos (9, 25, 26), en dolor de miembro fantasma (27, 28), en fibromialgia (29), en lumbalgia crónica (30, 31, 32), en anemia falciforme (33), y en artritis reumatoide (34). Curiosamente, no hemos encontrado ninguna adaptación específica en cefaleas, el dolor crónico más frecuente que existe.

La mayoría de estos trabajos se ha centrado, como en el estudio original, en la validación de la estructura de segundo orden, encontrando dos o tres factores. En los que encuentran dos factores, éstos son difícilmente equiparables entre sí. Por ejemplo, Neves (27): Estrategias cognitivo-conductuales y Desesperanza; Riley et al. (30): Afrontamiento cognitivo y Distracción; Gil et al. (14): Intentos de afrontamiento y Pensamiento negativo-Adherencia pasiva. En los que encuentran tres factores parece haber más homogeneidad, sobre todo respecto a dos de ellos: Afrontamiento cognitivo y Desesperanza (9, 28, 29).

Sin embargo, pocos trabajos se han ocupado de comprobar la estructura factorial de primer orden a partir de los ítems individuales, a pesar de que existen datos que documentan la discrepancia entre las estructuras factoriales obtenidas empíricamente y las formuladas teóricamente (23), así como la superioridad predictiva de las puntuaciones simples en el estatus del trastorno (15, 31). En los que lo han hecho surgen estructuras de cuatro (23, 26) y cinco factores (21). No obstante, los únicos datos disponibles a partir de análisis factoriales confirmatorios destacan la estructura de 6 factores (30). Además, sólo conocemos un estudio al respecto con población hispanohablante, el de Soriano y Monsalve (35) realizado sobre 58 pacientes de dolor crónico en una unidad de dolor española, en el que los factores de primer orden no se obtienen empíricamente, sino basándose en la formulación teórica inicial de Rosenstiel y Keefe (17).

De acuerdo a las consideraciones anteriores, nos parece necesario realizar una adaptación del CSQ que aporte luz sobre la evaluación de las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes de dolor crónico en un contexto cultural español. Además, y concretamente, nos interesa comparar la utilización de medidas compuestas e individuales, concediendo una especial relevancia a los casos de cefaleas crónicas.

METODOLOGÍA.

Sujetos.

La muestra total la componen 205 casos de dolor crónico reclutados en tres centros públicos de la ciudad de Sevilla (España). Dos de ellos son de Atención Primaria, el tercero la Unidad de Dolor de uno de los hospitales de la ciudad. En los centros de Atención Primaria los pacientes fueron reclutados de entre los que consultaron por cefaleas como cuadro principal. En la Unidad de Dolor el reclutamiento se produjo en las sesiones de evaluación o tratamiento. El 33% de los diagnósticos incluidos en la muestra fue de migraña (fundamentalmente migraña sin aura); el 24% de cefalea tensional crónica; el 24% de dolor de origen muscular (fundamentalmente fibromialgia y lumbalgia); y el 19% de dolor de origen óseo (básicamente artrosis y artritis). Los diagnósticos de migraña y cefalea tensional fueron realizados por los médicos de Atención Primaria utilizando los criterios de la Sociedad Internacional de Cefaleas (36). El resto de diagnósticos fue realizado por los médicos especialistas de la Unidad de Dolor. Algunos de los pacientes atendidos en la Unidad de Dolor habían recibido diversas sesiones de tratamiento de acupuntura, variable que fue registrada y controlada en la investigación.

El 86% de la muestra fueron mujeres; la edad media fue de 41 (± 10) años; y la renta per cápita media 3982 (± 4911) euros. El 83% estaban casados, el 11% solteros y el 6% en situación diferente de las anteriores. Un 21% de los sujetos no poseía ningún nivel de estudios, un 46% estudios de EGB, un 22% BUP o FP y un 11% estudios universitarios. Un 47% eran amas de casa, un 29% trabajaba, un 14% se encontraba en situación de invalidez provisional o permanente, un 5% estudiaba, y un 5% se encontraban desempleados.

La duración media del trastorno fue de 12,5 ($\pm 10,3$) años; la duración media de los episodios de dolor fue de 24 (± 16) horas; la intensidad media del dolor de 6,7 ($\pm 1,9$) sobre un máximo de 10 en una escala visual analógica; la frecuencia media fue de 18,6 ($\pm 12,2$) episodios al mes; el promedio de analgésicos diarios de 1,9 ($\pm 2,1$); el de ansiolíticos diarios 0,42 ($\pm 0,9$); y el de antidepresivos diarios de 0,12 ($\pm 0,6$).

Material.

Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Coping Strategies Questionnaire, CSQ)

Rosenstiel y Keefe (17) generaron los 48 ítems del CSQ a partir de su experiencia en estudios clínicos y experimentales. Fueron divididos en 8 escalas de 6 ítems cada una: a) Distracción; b) Reinterpretación de la sensación dolorosa; c) Autoverbalizaciones de afrontamiento; d) Ignorar la sensación dolorosa; e) Rezos y esperanza; f) Catastrofización; g) Incremento del nivel de actividad; y h) Incremento de las conductas dirigidas a disminuir el dolor. A la pregunta de “¿Con qué frecuencia utiliza las siguientes estrategias cuando tiene dolor?”, los sujetos contestan según una escala tipo Likert de 7 puntos: “0=Nunca”; “3=A veces”; “6=Siempre”. Al final del cuestionario hay dos ítems de efectividad percibida: i) Control del dolor (0-6); y, j) Habilidad para reducir el dolor (0-6).

En el momento de realizar la adaptación desconocíamos la existencia de la versión de Soriano y Monsalve (35), así que adaptamos los ítems del CSQ, sin modificar sustancialmente el contenido de ninguno, aunque eliminando los dos referidos al grado de control del dolor y a la capacidad percibida para reducirlo, pues contábamos con instrumentos específicos para evaluar estos parámetros. En cuanto al sistema de puntuación, respetamos la escala tipo Likert de 7 puntos. Aunque en los trabajos sobre este instrumento sólo se mencionaban explícitamente los extremos y el punto medio (0=Nunca; 3=A veces; 6=Siempre), incluimos las puntuaciones intermedias: 1=Casi nunca; 2=Pocas veces; 4=Muchas veces; 5=Casi siempre.

Otras medidas

Junto al CSQ se utilizaron otros instrumentos que nos permitieron realizar una evaluación exhaustiva de diferentes aspectos implicados en el dolor crónico. El primero de ellos fue una historia clínica, elaborada *ad hoc* para evaluar los parámetros sensoriales del dolor. El resto fueron instrumentos adaptados por nosotros para valorar distintos procesos psicológicos como los pensamientos negativos, con el Inventario de Pensamientos Negativos en Respuesta al Dolor (INTRP) (7, 37); las conductas de dolor, con el Cuestionario de Conductas de Dolor (PBQ) (38, 39); la ansiedad, con el Cuestionario de Automanifestaciones Ansiosas (ASSQ) (40, 41); la tristeza, con el Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ) (41, 42); el lugar de control, con la Escala de Locus de Control en Cefaleas (HSLC) (43, 44); y las expectativas de autoeficacia, con la Escala de Autoeficacia Percibida para las Cefaleas (HSES) (44, 45). Estos dos últimos fueron adaptados para permitir la evaluación, no sólo de cefaleas, sino de cualquier tipo de dolor crónico.

Procedimiento.

La batería de instrumentos, incluyendo el CSQ, fue aplicada por psicólogos en sesiones específicas de evaluación programadas como parte de la atención médica a los pacientes. Los datos fueron procesados en el programa SPSS 10, donde se efectuaron diversos análisis estadísticos.

Para comprobar la validez del CSQ utilizamos dos tipos de procedimientos: el Análisis Factorial de Componentes Principales en el caso de la validez estructural; y la asociación con distintas variables, en el caso de la validez de constructo. La fiabilidad fue comprobada utilizando el coeficiente α de Cronbach. Para determinar la utilización de estrategias de afrontamiento en los distintos grupos diagnósticos utilizamos la prueba F univariada, de comparación de medias, con prueba post hoc de Tukey.

Se realizaron dos análisis factoriales: uno, de primer orden, sobre las contestaciones a los ítems individuales; otro, de segundo orden, sobre los factores de primer orden o estrategias de afrontamiento. En ambos la extracción de factores se realizó por el procedimiento de Componentes Principales (autovalores por encima de 1), en el que las variables son combinaciones lineales exactas de los factores. Tras la

extracción se realizó una rotación Varimax (comunalidades estimadas por iteración, como máximo 25), descartando las cargas factoriales inferiores a 0,30. Este tipo de rotación es ortogonal y su objetivo es simplificar la interpretación de los factores.

Las medidas elegidas correspondieron a todos los niveles de la experiencia de dolor. Los parámetros clínicos y sensoriales fueron la intensidad, frecuencia y duración del dolor, así como el consumo de medicación contra el dolor y el número de sesiones de tratamiento recibidas. Los parámetros emocionales fueron ansiedad y tristeza. Los parámetros cognitivos fueron pensamientos automáticos negativos, lugar de control y expectativas de autoeficacia. Los parámetros conductuales fueron conductas de dolor.

RESULTADOS.

Estructura factorial y consistencia interna del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento.

El análisis factorial de primer orden reveló la existencia de once factores subyacentes a las respuestas de los ítems del CSQ, que explicaron un 64% de la varianza (ver Tabla 1 y Tabla 2). Respectivamente lo hicieron en un 22,4%, 10,7%, 5,7%, 4,9%, 4,2%, 3,4%, 2,8%, 2,6%, 2,6%, 2,4% y 2,4%. A pesar de que todos los ítems tuvieron suficiente carga en algún factor, tres factores presentaron problemas de interpretación: el primero se compone de los ítems 16, 30, 15, 41 y 35; el segundo de los ítems 44 y 36; y el último de los ítems 21 y 46. Tras eliminar estos 9 ítems el porcentaje de varianza explicada queda en 59,2%.

El primer factor obtenido sugiere ideación negativa e incluso dramática acerca del dolor, sus consecuencias y las dificultades para afrontarlo. Lo denominamos Catastrofización, y está compuesto por los ítems 2, 18, 37, 12, 38 y 26. El segundo incluye actividades de ocio no mentales encaminadas a distraerse de la percepción dolorosa. Compuesto por los ítems 6, 9, 4, 8, 11 y 42, lo denominamos Conductas distractoras. El tercer factor, denominado Autoinstrucciones, se refiere a una serie de autoverbalizaciones dirigidas a afrontar con éxito el dolor (ítems 31, 3, 1, 10 y 28). El ítem 28 (“*No importa lo grande que sea el dolor, sé que puedo con él*”) cargaba originalmente de forma negativa en el factor I, Catastrofización, pero hemos optado por incluirlo en III, Autoinstrucciones, por tres motivos: es más congruente teóricamente con este último factor; no hace disminuir la consistencia interna de dicho factor (de $\alpha=0,80$ a $\alpha=0,77$) e incrementa drásticamente la del factor I (de $\alpha=0,73$ a $\alpha=0,89$). El cuarto factor sugiere comportamientos que pretenden eliminar la influencia del dolor en la vida diaria; lo denominamos Ignorar el dolor (ítems 27, 32, 47, 23, 7, 5 y 33). El quinto factor, cuyos ítems revelan una intención de transformar la percepción dolorosa para aliviar su impacto, recibe la denominación de Reinterpretar el dolor (ítems 17, 39, 20, 34, 19 y 25). En el sexto factor subyace la idea de que el dolor desaparecerá algún día; lo denominamos Esperanza (ítems 13, 14 y 29). En el séptimo factor, al que llamamos Fe y Plegarias (ítems 22, 24 y 45), el afrontamiento se basa en creencias y conductas religiosas. El último factor se basa en actividades mentales de distracción, que al mismo tiempo parecen compensar el sufrimiento producido por el dolor; lo denominamos Distracción cognitiva (ítems 48, 43 y 40).

Para obtener la puntuación del factor IV, Ignorar el dolor, puesto que el ítem “47. *Me acuesto*” tiene una carga factorial negativa, y a fin de evitar posibles puntuaciones negativas, se ha sumado 6 a todos los casos, de manera que la puntuación mínima en ese factor sea 0.

Los valores de consistencia interna α de Cronbach fueron de 0,89 para el factor I; 0,76 para el II; 0,80 para el III; 0,68 para el IV; 0,80 para el V; 0,77 para el VI; 0,85 para el VII; y 0,74 para el VIII. Todos fueron estadísticamente significativos (prueba F) al $p<0,01$ excepto el factor VIII, que lo fue para $p<0,05$.

Los resultados del análisis factorial de segundo orden se muestran en la Tabla 3. La estructura bifactorial resultante explica un 59% de la varianza. El primer factor se compone de seis estrategias y da cuenta del 38% de la varianza total explicada. Las estrategias de afrontamiento no parecen agruparse ni en función de si están centradas en el problema o en la emoción, ni si son activas o pasivas, ni si son cognitivas o conductuales. Comprender su significado requirió estudiar las asociaciones con otras medidas. Aunque estos resultados se describirán en un apartado posterior, escogimos la denominación Afrontamiento Adaptativo para el factor I por su asociación negativa con la intensidad del dolor, el lenguaje interno negativo, ansioso y depresivo, conductas de dolor y lugar de control por azar; y positiva con

autoeficacia percibida. El segundo factor se compone de dos estrategias, que dan cuenta del 21% de la varianza, y se justifica en el sentido opuesto al expuesto para el primer factor. Recibe la denominación de Afrontamiento desadaptativo. Merece destacarse el hecho de que el factor Esperanza cargó positivamente tanto en Afrontamiento adaptativo como en Afrontamiento Desadaptativo (aunque bastante más en el primero que en el segundo).

Los valores de consistencia interna α de Cronbach fueron de 0,78 para el primer factor y 0,46 para el segundo. Ambos fueron significativos (prueba F) al $p < 0,01$.

Puntuaciones en estrategias de afrontamiento.

En la Tabla 4 se presentan las medias y desviaciones típicas obtenidas por los cuatro grupos diagnósticos en la utilización de estrategias de afrontamiento, consideradas individual y globalmente.

En cuanto al factor Catastrofización, los pacientes de migraña y dolor de origen muscular presentan puntuaciones estadísticamente mayores que los de cefalea tensional y dolor de origen óseo ($F=5,94$; $p < 0,001$). En Conductas distractoras, los cefalálgicos presentan medias inferiores, aunque no de forma estadísticamente significativa. En la utilización de las Autoinstrucciones o autoverbalizaciones de afrontamiento tampoco hay diferencias significativas, aunque los pacientes de dolor óseo hacen un mayor uso de ellas. Las puntuaciones en Ignorar el dolor diferencian significativamente a los dos grupos de cefaleas ($F=5,8$; $p < 0,001$); en la misma línea que en los dos factores anteriores, el dolor óseo se distingue por presentar altas puntuaciones. Parece que ningún grupo se caracteriza por utilizar excesivamente la estrategia de Reinterpretar el dolor, especialmente el grupo de dolor muscular. En el factor Esperanza las diferencias tampoco son estadísticamente significativas, aunque los grupos de dolor óseo y migraña se destacan del resto. Las puntuaciones en Fe y plegarias son significativamente mayores en el dolor óseo ($F=2,61$; $p < 0,05$) que en la cefalea tensional, sobre todo controlando el efecto de la edad ($F=23,6$; $p < 0,0001$). Por último en cuanto a estrategias concretas, el grupo de dolor óseo se distingue del resto en la utilización de la distracción cognitiva, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas.

Considerando las puntuaciones compuestas, el grupo de dolor óseo se destaca por presentar un mayor nivel de afrontamiento adaptativo, exactamente al contrario que el grupo de migraña, aunque la diferencia no llega a ser estadísticamente significativa ($F=2,49$; $p=0,06$). Por el contrario, migrañosos y pacientes de dolor muscular se distinguen (respecto a los de cefalea tensional) por realizar un afrontamiento más desadaptativo ($F=3,33$; $p < 0,05$).

Validez de constructo del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento.

En la Tabla 5 se presentan las correlaciones entre estrategias de afrontamiento. Entre las estrategias adaptativas (según la factorización de segundo orden), como es lógico, existen asociaciones positivas, de entre las que destacan, por su intensidad, las de el factor Autoinstrucciones con Ignorar el dolor y Reinterpretar el dolor, así como entre las dos estrategias que implican distracción. Entre las estrategias desadaptativas (según la factorización de segundo orden) aparece, lógicamente, una asociación positiva. En relación con las adaptativas, la Catastrofización es una estrategia inequívocamente asociada negativamente con ellas; sin embargo el rol de la estrategia Fe y Plegarias es más complejo, pues se asocia positivamente con dos estrategias como Esperanza y Distracción cognitiva.

En la Tabla 6 se presentan las correlaciones obtenidas entre las estrategias de afrontamiento y diferentes variables relativas a la experiencia de dolor.

Considerando las estrategias de afrontamiento, lo primero que destaca es la enorme significación del factor Catastrofización (y, relacionada con ella, la del factor de segundo orden Afrontamiento desadaptativo). En ambas todas las asociaciones son positivas salvo con el nivel de autoeficacia percibida, como era de esperar. Sin embargo, aparece una diversificación mayor del lugar de control en el factor global Afrontamiento desadaptativo, aunque se conserva el gran peso del LOC azar. Idéntico peso y sentido en las correlaciones aparece en Fe y Plegarias. Este es el motivo por el que interpretamos la naturaleza del segundo factor global, compuesto por Catastrofización y Fe y Plegarias, como un afrontamiento desadaptativo.

Con respecto a las estrategias adaptativas, su importancia en nuestra muestra es menos significativa, aunque las asociaciones encontradas son del signo esperado. Destacan por sus múltiples asociaciones los factores Autoinstrucciones e Ignorar el dolor. Los factores Reinterpretar el dolor y Esperanza destacan por lo contrario.

De las variables clínicas, la intensidad del dolor se asocia a la mitad de las estrategias de afrontamiento, destacando la Catastrofización y la Ignorancia del dolor, en sentidos opuestos. El tratamiento, aunque las asociaciones son en general débiles, se asocia con el uso de estrategias adaptativas, especialmente las conductas distractoras.

De las variables relativas a procesos psicológicos destacan las asociaciones de estrategias de afrontamiento con pensamientos negativos de discapacidad y falta de control; con conductas de evitación y queja no verbal; con intolerabilidad, indefensión, autoconcepto negativo y preocupación por el futuro; con lugar de control por azar; y con autoeficacia percibida.

CONCLUSIONES.

La primera conclusión que obtenemos en el presente trabajo es que, indudablemente, el CSQ vuelve a aparecer como un instrumento válido y fiable. Sin embargo, también resulta evidente que sus propiedades psicométricas dependen de un análisis adecuado de la estructura que adopta en cada muestra en la que es utilizado. Sí es útil para evaluar estrategias de afrontamiento del dolor, pero ¿cuáles y cómo? Si consideramos la heterogeneidad de síndromes de dolor crónico parece razonable encontrar cuatro, cinco o seis estrategias de afrontamiento que pueden agruparse en dos o tres “metaestrategias”. En nuestro caso, la pluralidad de diagnósticos (hasta treinta y dos) es mayor que en casi todos los trabajos publicados hasta el momento, a lo cual se añade el hecho de que más de la mitad de ellos son de cefaleas.

Hemos identificado ocho estrategias al factorizar sobre los ítems individuales, las cuales explican un elevado porcentaje de la varianza total, superior, por ejemplo al obtenido por Swartzman et al. (21). Vuelve a confirmarse que la estructura teórica inicialmente planteada por Rosenstiel y Keefe (17) –en la que se basan muchas factorizaciones de segundo orden- no es equiparable a las obtenidas empíricamente, como se ha documentado en varias ocasiones (21, 23, 26). En nuestro caso sólo aparece idéntica la estrategia Catastrofización. De forma parcial son comparables las estrategias Autoverbalizaciones de afrontamiento (nosotros la denominamos Autoinstrucciones), Ignorar el dolor y Reinterpretar el dolor (estas dos últimas con algún intercambio de ítems). Sin embargo, las discrepancias aparecen con respecto a las otras cuatro estrategias formuladas por Rosenstiel y Keefe (17). Dos de ellas se diversifican en nuestra muestra; las otras dos simplemente se distribuyen en otros factores o desaparecen. En el caso de su estrategia Fe y Rezos, en nuestra muestra aparecen dos factores exactos; uno tiene que ver con la esperanza en un futuro sin dolor (Esperanza), mientras que el otro se basa en el rezo y la fe en Dios (Fe y plegarias), evidenciando una discriminación basada en elementos religiosos. En cuanto a su factor Distracción, los resultados de nuestro trabajo permiten distinguir entre la que utiliza fundamentalmente la actividad mental (Distracción cognitiva) y la que no (Conductas distractoras). En este punto debemos señalar que los ítems 4 (“*Me pongo a cantar o tararear canciones mentalmente*”) y 8 (“*Realizo juegos o distracciones mentales para quitarme el dolor de la cabeza*”) parecen haber sido malinterpretados, teniendo en cuenta sólo la primera parte de su contenido, por lo que cargan en Conductas distractoras y no en Distracción cognitiva, lo que hubiera parecido más congruente. No tenemos constancia de la diversificación de estas dos estrategias de afrontamiento en ningún estudio. Hipotetizamos que se debe a la heterogeneidad de diagnósticos y al peso de los casos de cefalea en la muestra, pero esto es algo que debería ser confirmado.

Con respecto a las otras dos estrategias formuladas por Rosenstiel y Keefe (17), en nuestro estudio no tienen entidad como factores independientes. La mitad de los ítems de Incremento del nivel de actividad e Incremento de las conductas dirigidas a disminuir el dolor no carga en ningún factor interpretable; la otra mitad se integra perfectamente en otros factores como Conductas distractoras o Ignorar el dolor. Este resultado viene apareciendo en todas las factorizaciones de primer orden conocidas (21, 23, 26).

La factorización de segundo orden parece agrupar las estrategias según la eficacia del afrontamiento; de ahí las denominaciones de Afrontamiento adaptativo y Afrontamiento desadaptativo. La

estructura resultante permite explicar un porcentaje de varianza algo inferior al obtenido por Rosenstiel y Keefe (17) o Gil et al. (14), pero bastante superior al de Soriano y Monsalve (35). Una precisión resulta imprescindible: es un hecho probado que la naturaleza de las estrategias de afrontamiento no es identificable con su eficacia, sino que esta última depende de la persona en la situación estresante (1, 2). Por tanto, sería inexacto denominar a nuestras estrategias adaptativas o desadaptativas; sólo lo hacemos para destacar que en nuestra muestra se comportan globalmente así. En algunos de los estudios que obtienen dos factores de segundo orden la estructura es similar a la nuestra (27), mientras que en otros no aparecen juntas Fe y Catastrofización (14) o, sencillamente la estructura es diferente (30). De entre las estructuras trifactoriales, nuestro factor Afrontamiento adaptativo podría subsumirse en Afrontamiento cognitivo y supresión, mientras que nuestro factor Afrontamiento desadaptativo podría hacerlo en Desesperanza (9, 17, 28, 29, 35). Mención especial merece el nuestro factor Esperanza, que sugiere un afrontamiento tanto adaptativo como desadaptativo, aunque más relevante este primero.

Las estructuras de primer y segundo orden, empíricamente obtenidas sobre muestras específicas, resultan válidas por igual en la evaluación de las estrategias de afrontamiento. Sin embargo, la estructura de primer orden permite una discriminación más fina del tipo de estrategia utilizada, independientemente de su eficacia, tal como demostraron Jensen et al. (15).

Sobre el fondo de un peso mayor de las estrategias de afrontamiento desadaptativas destaca, por su enorme poder predictivo, la Catastrofización, como se ha documentado en muchos estudios previos, aunque su naturaleza como estrategia de afrontamiento está siendo cuestionada, ya que parece funcionar más como un proceso de valoración (18). Catastrofización y Fe y plegarias son las dos estrategias de afrontamiento con mayor significación conceptual. Consideradas individual o conjuntamente como Afrontamiento desadaptativo implican un manejo del dolor caracterizado por la abundancia de lenguaje interno negativo, ansiógeno, depresógeno, unas escasas percepción de control y autoeficacia, así como por la proliferación de conductas de dolor de diversa naturaleza. Por el contrario, de entre las estrategias de afrontamiento adaptativas, proporcionarse autoinstrucciones contra el dolor, ignorarlo e intentar conductas de distracción no se caracterizan por los procesos anteriores sino por todo lo contrario.

El afrontamiento parece más adaptativo en los diagnósticos de cefalea tensional y dolor óseo, curiosamente los dos grupos más distintos entre sí. Como no disponemos de datos sobre otras investigaciones, aventuramos dos hipótesis: en el caso de la cefalea tensional puede deberse a la menor entidad clínica e impacto en la vida cotidiana del paciente; en el caso del dolor de origen óseo, único de los cuatro diagnósticos donde la existencia de lesión orgánica es evidente, este hecho parece apuntar hacia una mejor comprensión y adaptación a la enfermedad, tanto personal como familiar y social. Ambos grupos catastrofizan menos y son más capaces de ignorar el dolor. Por el contrario, migraña y dolor de origen muscular (con primacía de casos de fibromialgia) se caracterizan por un afrontamiento más desadaptativo en relación con todas las estrategias de afrontamiento. Además el grupo de dolor óseo es el más esperanzado, el más capaz de distraerse y de proporcionarse autoinstrucciones para enfrentarse al dolor.

Todas las anteriores conclusiones demuestran la riqueza y complejidad de la percepción dolorosa, cuyas implicaciones trascienden cualquier reduccionismo conceptual o clínico, revelando la importancia de explorar y comprender lo que significa y cómo cada persona se enfrenta a su sufrimiento específico.

REFERENCIAS.

1. Lazarus RS. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
2. Lazarus RS. Stress and emotion. A new synthesis. New York: Springer; 1999.
3. Rodríguez Franco L, Cano García FJ. Papel del psicólogo en el abordaje del dolor. Actualizaciones en Dolor 2001; 2(4): 279-288.
4. Turner JA, Dworkin SF, Mancl L, Huggins KH, Truelove EL. The roles of beliefs, catastrophizing and coping in the functioning of patients with temporomandibular disorders. Pain 2001; 92: 41-51.
5. Williams DA, Thorn BE. An empirical assessment of pain beliefs. Pain 1989; 36: 351-358.
6. Ferrer Pérez VA, González Barrón R, Soler-Herreros E. Evaluación de creencias sobre dolor en pacientes con dolor crónico y su modulación por las experiencias previas. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace 1997; 41: 15-24.

7. Gil KM, Williams DA, Keefe FJ, Beckham JC. The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress. *Behavior Therapy* 1990; 21: 349-362.
8. Boston K, Pearce SA, Richardson PH. The pain cognitions questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research* 1990; 34(1): 103-109.
9. Barry T, Elander J. Pain coping strategies among patients with haemophilia. *Psychology, Health and Medicine* 2002; 7(3): 271-281.
10. Haythornthwaite JA, Menefee LA, Heinberg LJ, Clark MR. Pain coping strategies predict perceived control over pain. *Pain* 1998; 77(1): 33-39.
11. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Self-efficacy and outcome expectancies: relationship to chronic pain coping strategies and adjustment: *Pain* 1991; 44: 263-269.
12. Lin CC. Comparison of the effects of perceived self-efficacy on coping with chronic cancer pain and coping with chronic low back pain. *Clinical Journal of Pain* 1998; 14(4): 303-310.
13. Keefe FJ, Kashikar Zuck S, Robinson E, Salley A, Beuapre P, Caldwell D, Baucom D, Haythornthwaite J. Pain coping strategies that predict patients' and spouses' ratings of patients' self-efficacy. *Pain* 1997; 73(2): 191-199.
14. Gil KM, Abrams MR, Phillips G, Keefe FJ. Sickle cell disease pain: relation of coping strategies to adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 57(6): 725-731.
15. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Chronic pain coping measures: Individual vs. composite scores. *Pain* 1992; 51(3): 273-280.
16. Geisser ME, Robinson ME, Henson CD. The Coping Strategies Questionnaire and chronic pain adjustment: A conceptual and empirical reanalysis. *Clinical Journal of Pain* 1994; 10(2): 98-106.
17. Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of cognitive coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain* 1983; 17: 33-44.
18. Stewart MW, Harvey ST, Evans IM. Coping and catastrophizing in chronic pain: A psychometric analysis and comparison of two measures. *Journal of Clinical Psychology* 2001; 57(1): 131-138.
19. Snow-Turek AL, Norris MP, Tan G. Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain* 1996; 64(3): 455-462.
20. Lefebvre JC, Lester N; Keefe FJ. Pain in young adults: II. The use and perceived effectiveness of pain-coping strategies. *Clinical Journal of Pain* 1995; 11(1): 36-44.
21. Swartzman LC, Gwadry FG, Shapiro AP, Teasell RW. The factor structure of the Coping Strategies Questionnaire. *Pain* 1994; 57(3): 311-316.
22. Jensen IB, Linton SJ. Coping Strategies Questionnaire (CSQ): Reliability of the Swedish version of the CSQ. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy* 1993; 22(3-4): 139-145.
23. Tuttle DH, Shetty MS, DeGood DE. Empirical dimensions of coping in chronic pain patients: A factorial analysis. *Rehabilitation Psychology* 1991; 36(3): 179-188.
24. Lawson K, Reesor KA, Keefe FJ, Turner JA. Dimensions of pain-related cognitive coping: cross-validation of the factor structure of the Coping Strategy Questionnaire. *Pain* 1990; 43: 195-204.
25. Tan G, Jensen MP, Robinson-Whelen S, Thornby JI, Monga TN. Coping with chronic pain: A comparison of two measures. *Pain* 2001, 90(1-2): 127-133.
26. Santavirta N, Bjoervell H, Koivumaeki EA, Hurskainen K. The factor structure of coping strategies in hemophilia. *Journal of Psychosomatic Research* 1996; 40(6): 617-624.
27. Neves MG. Coping with phantom limb pain. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2001; 62(4-B): 2071.
28. Hill A. The use of pain coping strategies by patients with phantom limb pain. *Pain* 1993; 55(3): 347-353.
29. Burckhardt CS, Henriksson C. The Coping Strategies Questionnaire-Swedish version: Evidence of reliability and validity in patients with fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy* 2001; 30(3): 97-107.
30. Riley JL, Robinson ME, Geisser ME. Empirical subgroups of the Coping Strategies Questionnaire--Revised: A multisample study. *Clinical Journal of Pain* 1999; 15(2): 111-116.
31. Dozois DJA, Dobson KS, Wong M, Hughes D. Predictive utility of the CSQ in low back pain: Individual vs composite measures. *Pain* 1996; 66(2-3): 171-180.
32. Main CJ, Waddell G. A comparison of cognitive measures in low back pain: Statistical structure and clinical validity at initial assessment. *Pain* 1991; 46(3): 287-298.
33. Gil KM, Williams DA, Thompson RJ, Kinney TR. Sickle cell disease in children and adolescents: The relation of child and parent pain coping strategies to adjustment. *Journal of Pediatric Psychology* 1991; 16(5): 643-663.

34. Keefe FJ, Caldwell DS, Martinez S, Nunley J. Analyzing pain in rheumatoid arthritis patients: Pain coping strategies in patients who have had knee replacement surgery. *Pain* 1991; 46(2): 153-160.
35. Soriano J, Monsalve V. Valoración, Afrontamiento y Emoción en pacientes con dolor crónico. / Assessment, coping and emotion in patients with chronic pain. *Boletín de Psicología* 1999; 62: 43-64.
36. International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8(SUPPL. 7): 1-96.
37. Cano García FJ, Rodríguez Franco L. Pensamientos negativos automáticos en el dolor crónico. *Psiquis* 2003 (en prensa).
38. Appelbaum KA, Radnitz CL, Blanchard EB, Prins A. The Pain Behavior Questionnaire (PBQ): a global report of pain behavior in chronic headache. *Headache* 1988; 28: 53-58.
39. Rodríguez Franco L, Cano García FJ, Blanco Picabia A. Conductas de dolor y discapacidad en migrañas y cefaleas tensionales. Adaptación española del Pain Behavior Questionnaire (PBQ) y del Headache Disability Inventory (HDI). Análisis y modificación de conducta 2000; 26(109): 739-762.
40. Kendall PC, Hollon SD. Anxious self-talk: Development of the Anxious Self-Statements Questionnaire (ASSQ), *Cognitive Therapy and Research* 1989; 13(1): 81-93.
41. Cano García FJ, Rodríguez Franco L. Evaluación del lenguaje interno ansiógeno y depresógeno en la experiencia de dolor crónico. *Apuntes de Psicología* 2002; 20(3): 329-346.
42. Hollon SD, Kendall PC. Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research* 1980; 4(4): 383-395.
43. Martin NJ, Holroyd KA, Penzien DB. The Headache-Specific Locus of Control Scale: adaptation to recurrent headaches. *Headache* 1990; 30: 729-734.
44. Cano García FJ. Variables psicológicas implicadas en migraña y cefalea tensional. Un estudio comparativo con otros trastornos por dolor crónico. Tesis Doctoral no publicada: Universidad de Sevilla, 2001.
45. Martin NJ, Holroyd KA, Rokicki LA. The Headache Self-Efficacy Scale: adaptation to recurrent headaches. *Headache* 1993; 33: 244-248.

	I	II	III	IV	V
Factor I: Catastrofización					
02. Creo que no puedo más	0,83				
18. Creo que no puedo soportarlo más	0,82				
37. El dolor es horrible y siento que me desborda	0,80				
12. El dolor es terrible y pienso que nunca me pondré mejor	0,77				
38. Me paso el día preocupado de si acabará alguna vez el dolor	0,73				
26. Pienso que no vale la pena vivir así	0,67				
Factor II: Conductas distractoras					
06. Hago cosas que me gustan, como ver la TV o escuchar la radio		0,71			
09. Salgo de casa y hago algo, como ir al cine o de compras		0,66			
04. Me pongo a cantar o tararear canciones mentalmente		0,65			
08. Realizo juegos o distracciones mentales para quitarme el dolor de la cabeza		0,65			
11. Paseo mucho		0,63			
42. Trato de estar con otras personas		0,44			
Factor III: Autoinstrucciones					
31. Me digo a mí mismo que debo ser fuerte y continuar a pesar del dolor			0,71		
03. Me digo a mí mismo que no puedo permitir que el dolor interfiera en lo que tengo que hacer			0,70		
01. Veo el dolor como un desafío (“a ver quién puede más, él o yo”)			0,65		
10. Me digo a mí mismo que puedo superar el dolor			0,60		
28. No importa lo grande que sea el dolor, sé que puedo con él	(-0,50)		0,39		
Factor IV: Ignorar el dolor					
27. Aunque me duela sigo con lo que estuviera haciendo				0,77	
32. Continúo con lo que estaba haciendo como si no pasara nada				0,76	
47. Me acuesto				-0,59	
23. Me pongo a hacer cosas como tareas domésticas o planear actividades				0,56	
07. No pienso en el dolor				0,41	
05. No presto atención al dolor				0,39	
33. Ignoro el dolor				0,39	
Factor V: Reinterpretar el dolor					
17. Me imagino que el dolor está fuera de mí					0,82
39. Trato de no pensar en que el dolor está en mi cuerpo, sino que más bien está fuera de mí					0,70
20. Hago como si el dolor no fuera parte de mí					0,63
34. Trato de distanciarme del dolor, casi como si el dolor estuviera en otro cuerpo					0,48
19. Hago como si no me doliera nada					0,45
25. Me digo a mí mismo que no me duele					0,43

Tabla 1: Estructura factorial de primer orden del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento.

	VI	--	VII	VIII	--	--
Factor VI: <i>Esperanza</i>						
13. Tengo confianza en que algún día los médicos me curarán el dolor	0,82					
14. Creo que algún día alguien me ayudará y el dolor desaparecerá	0,80					
29. Trato de imaginarme un futuro en el que me haya librado del dolor	0,58					
Factor excluido						
16. Pienso en el dolor como si fuera otro tipo de sensación, por ejemplo, adormecimiento	0,67					
30. No pienso en el dolor como tal dolor, sino como una sensación continua de calor	0,62					
15. Me relajo	0,51					
41. Leo	0,45					
35. Intento pensar en algo agradable	0,40					
Factor VII: <i>Fe y plegarias</i>						
22. Rezo a Dios para que no dure más el dolor			0,85			
24. Rezo para que pare el dolor			0,83			
45. Cuento con mi fe en Dios			0,71			
Factor VIII: <i>Distracción cognitiva</i>						
48. Pienso en personas con las que me gusta estar				0,79		
43. Recuerdo buenos momentos del pasado				0,76		
40. Pienso en cosas que disfruto haciendo				0,49		
Factor excluido						
44. Tomo medicinas					0,69	
36. Hago cualquier cosa para quitarme el dolor de la cabeza					0,53	
Factor excluido						
21. Me ducho o me baño						0,78
46. Me pongo la manta eléctrica o la bolsa de agua caliente						0,43

Tabla 2: Estructura factorial de primer orden del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (cont.)

	I	II
<i>Factor I: Afrontamiento adaptativo</i>		
Autoinstrucciones	0,75	(-0,32)
Distracción cognitiva	0,73	
Conductas distractoras	0,73	
Reinterpretar el dolor	0,71	
Ignorar el dolor	0,64	(-0,51)
Esperanza	0,60	(0,37)
<i>Factor II: Afrontamiento desadaptativo</i>		
Fe y Plegarias		0,78
Catastrofización		0,73

Tabla 3: Estructura factorial de segundo orden del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento.

	Rango	MG	CT	DM	DO	p
		M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	
Catastrofización	0-36	14,8 (10,5)	9,1 (9,5)	13,6 (9,8)	8,1 (7,5)	0,001
Conductas distractoras	0-36	6,9 (6)	8,6 (6,6)	11,5 (8,6)	13 (9,3)	n.s.
Autoinstrucciones	0-30	14,1 (6,9)	15,6 (7,4)	14,7 (8,1)	17,9 (7,1)	n.s.
Ignorar el dolor	0-42	14,5 (10,3)	21,6 (9,5)	16,6 (8,4)	18,9 (9,5)	0,001
Reinterpretar el dolor	0-36	7,1 (7,9)	7,5 (6,9)	5,8 (5,8)	7,26 (7,2)	n.s.
Esperanza	0-12	9,7 (5,8)	8,7 (5,6)	8,1 (4,9)	10 (5,7)	n.s.
Fe y plegarias	0-18	8,4 (6,3)	7 (6,4)	8,7 (5,7)	10,8 (6,2)	0,05
Distracción cognitiva	0-18	6,1 (5,3)	5,7 (4,9)	5 (4,2)	7,9 (5,7)	n.s.
Afrontamiento adaptativo	0-174	58,1 (30,2)	67,8 (29)	62 (26,2)	73,8 (35)	n.s.
Afrontamiento desadaptativo	0-54	23,2 (14,5)	16,1 (12,3)	22,4 (13,3)	18,7 (11,4)	0,05

MG: migraña; CT: cefalea tensional; DM: dolor de origen muscular; DO: dolor de origen óseo; M: media aritmética; DT: desviación típica; p: significación en la prueba F (ANOVA univariado).

Tabla 4: Puntuaciones en estrategias de afrontamiento para los diferentes diagnósticos de dolor crónico.

	CAT	CDIS	AUT	ID	RD	ESP	FEP	DCOG
Catastrofización	-							
Conductas distractoras	-0,19**	-						
Autoinstrucciones	-0,35**	0,45**	-					
Ignorar el dolor	-0,39**	0,43**	0,56**	-				
Reinterpretar el dolor	-	0,35**	0,54**	0,46**	-			
Esperanza	-	0,34**	0,30**	-	0,27**	-		
Fe y plegarias	0,34**	-	-	-0,17*	-	0,29**	-	
Distracción cognitiva	-	0,45**	0,36**	0,35**	0,39**	0,39**	0,23**	-

CAT: Catastrofización; CDIS: Conductas distractoras; AUT: Autoinstrucciones; ID: Ignorar el dolor; RD: Reinterpretar el dolor; ESP: Esperanza; FEP: Fe y plegarias; DCOG: Distracción cognitiva.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tabla 5: Asociación entre estrategias de afrontamiento.

	CAT	CDIS	AUT	ID	RD	ESP	FEP	DCOG	AF+	AF-
VARIABLES CLÍNICAS										
Intensidad del dolor	0,45**	-	-0,22**	-0,39**	-	-	-	-	-0,30**	0,39**
		0,25*	*							
Frecuencia del dolor	-	0,27*	-	-	-	-	0,17*	-		
		*								
Sesiones de tratamiento	-	0,29*	-	-	0,16*	-	-	0,15*	0,17*	
		*								
PENSAMIENTOS NEGATIVOS										
Generales	0,64**	-	-0,31**	-0,20**	-	-	0,28**	0,17*		0,60**
De tipo social	0,34**	-	-	-	-	-	0,20**	-		0,35**
De discapacidad	0,52**	-	-0,20**	-0,36**	-	-	0,33**	-		0,54**
De falta de control	0,74**	-	-0,23**	-0,30**	-	-	0,31**	-	-0,19**	0,70**
De autoinculpación	0,31**	-	-	-	0,15**	-	-	-		0,29**
CONDUCTAS DE DOLOR										
Quejarse de forma no verbal	0,48**	-	-	-0,34**	-	-	0,42**	-	-0,15*	0,55**
Evitar estímulos	0,32**	-0,17*	-	-0,30**	-	-	0,21**	-		0,34**
Quejarse verbalmente	0,21**	-	-	-	-	-	-	-		0,21**
Evitar actividades	0,23**	-0,16*	-0,19**	-0,46**	-	-	-	-	-0,28**	0,22**
ANSIEDAD COGNITIVA										
Sentir el dolor intolerable	0,79**	-	-0,23**	-0,29**	-	-	0,35**	-	-0,16*	0,75**
Preocuparse por el futuro	0,64**	-	-0,15*	-0,27**	-	-	0,37**	-		0,65**
Sentirse culpable y confuso	0,59**	-	-0,16*	-0,17*	-	-	0,29**	-		0,58**
Dudar de la autoeficacia	0,55**	-	-	-	-	-	0,24**	-		0,52**
TRISTEZA COGNITIVA										
Autoconcepto negativo	0,61**	-	-0,30**	-0,14*	-	-	0,19**	-	-0,19**	0,54**
		0,19*	*							
Sentirse indefenso	0,69**	-	-0,28**	-0,21**	-	-	0,29**	-	-0,15*	0,64**
Adaptarse mal al dolor	0,56**	-	-0,21**	-0,19**	-	-	0,23**	-		0,52**
Autorreprocharse	0,49**	-	-0,20**	-	-	-	0,21**	-		0,46**
CREENCIAS DE CONTROL										
Loc interno	-	-	-	-	-	-	-	0,16*		0,16*
Loc azar	0,56**	-	-0,20**	-0,34**	-	-	0,34**		-0,24**	0,57**
Loc profesionales de la salud	-	-	-	-0,16*	-	0,29**	0,31**	-		0,22**
Autoeficacia percibida	-0,19**	-	0,22**	-	0,21**	-	-0,16*	-	0,21**	-0,22**

Tabla 6: Asociaciones entre estrategias de afrontamiento y otras medidas.