

EL AFRONTAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

J. Soriano y V. Monsalve

José Soriano Pastor es Profesor Titular en el Departamento de Psicología, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Valencia (Avda. Blasco Ibáñez 21, 46010-Valencia). Vicente Monsalve Dolz es psicólogo en la Unidad Multidisciplinar del Dolor, Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción

El dolor es un síntoma asociado a la enfermedad y, como se indica en diversos trabajos de este monográfico, es un viejo aspecto que acompaña a la existencia humana con un

claro componente adaptativo, que promueve la preservación, el movimiento o la inmovilidad, la protección y/o el estiramiento del organismo en según qué circunstancias. Sin embargo, cuando el dolor deja de ser puntual e identificador de riesgos y amenazas para la salud y se prolonga de forma, en muchas ocasiones inexplicable, extraña y hasta irracional, pasa a ser una enfermedad en sí mismo, de la cual todo individuo intenta librarse. El dolor y el sufrimiento comparten tanto aspectos con sustratos emocionales como de afectividad negativa (véase Pelechano en este mismo número), con lo que el ámbito del tratamiento y de las estrategias de afrontamiento empleadas para su "solución" son elementos clave a la hora de hablar del dolor, especialmente en su vertiente crónica.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 1979, 1994) definió el dolor como "*una sensación no placentera y experiencia emocional asociada con actual o potencial daño o descrito en términos de dicho daño...El dolor es siempre subjetivo*" (IASP, 1994, pp. 210). Por otra parte, hablamos de dolor crónico cuando existe una duración de al menos 6 meses, de forma continua, que no responde a los tratamientos habituales disponibles y que puede persistir a lo largo de la vida del enfermo (Dunajcik, 1999). A partir del trabajo de Melzack y Wall (1965) el dolor ha dejado de considerarse como una experiencia exclusivamen-

te física para dar paso a la importancia del ámbito psicológico, de manera que en la actualidad se considera desde un punto de vista multidimensional en donde se considera la experiencia de dolor como el resultado de las interacciones existentes entre la dimensión sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa. En este modelo se destaca el papel neuromodulador que poseen los acontecimientos cognitivos, así como también la importancia de las relaciones existentes entre el dolor crónico y el estrés (Melzack, 2000).

Cuando el dolor se cronifica provoca en los enfermos mayor ansiedad, depresión, pesimismo y diversos tipos de manifestaciones emocionales que los observados en otros enfermos con dolor no crónico (Trief, Elliott, Stein, Frederickson, 1987; Turk y Rudy, 1992; Brown, Glass y Park, 2002). Estos aspectos han provocado un considerable interés en las formas más apropiadas y adaptativas a la hora de hacer frente a la enfermedad, destacando la importancia que tienen las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico.

Marco teórico

Sin lugar a dudas, el modelo teórico que más se ha utilizado para establecer el funcionamiento del afrontamiento (*coping*) es el planteado por Lazarus y Folkman (1984). Este es un modelo transaccional en el que se establece la existencia de tres grandes ámbitos: los antecedentes causales, los procesos mediadores y los efectos a corto y a largo plazo. Bajo el rótulo de antecedentes causales se encuentran recogidas las variables pertenecientes al individuo (tales como valores y creencias) así como aquellas correspondientes a la situación (temporalidad, características, ambigüedad, etc.). Estos elementos predisponen y modulan el segundo ámbito de actuación: los procesos mediadores, en donde se encuentra el concepto más importante del modelo: los procesos de valoración (*appraisal*), los cuales pueden ser primarios (qué es lo que está en juego, en qué me afecta el problema) y secundarios (qué puedo hacer para resolverlo). A partir de estos procesos de valoración se inicia el proceso de afrontamiento, el cual se define 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* (Lazarus y Folkman, 1984, pp164 de la versión española). La forma en la que un individuo valora o afronta una situación tiene una serie de efectos a corto y largo plazo, entrando así en funcionamiento el último aspecto del modelo. Estas repercusiones que tiene el comportamiento afectan nuevamente a los antecedentes causales de la siguiente interacción del individuo con la situación, planteándose que dicho modelo es recursivo e iniciándose un bucle o retroalimentación constante en el individuo. En la definición de afrontamiento propuesta, se pone de mani-

fiesto que todo lo que un individuo utiliza para resolver un problema (*estresor*) no entra dentro del concepto de afrontamiento. La palabra "esfuerzo" indica que todo lo que se emplea para resolver un problema no constituye afrontamiento. Por otra parte, el afrontamiento se considera que posee dos funciones: la centrada en el problema, pretendiendo cambiar el desarrollo de la situación y la centrada en la emoción, pretendiendo alterar la repercusión emocional que la situación tiene en el individuo.

En este modelo se establece que la valoración precede a la emoción, aspecto formulado originalmente por Magda Arnold (1960) e incluido por Lazarus en su modelo teórico, planteándose un continuo entre antecedentes, valoración, emoción, afrontamiento que reinicia nuevamente el proceso, en donde se considera que el afrontamiento actúa como mediador de la emoción (Folkman y Lazarus, 1988).

Este modelo encuadra con el paradigma actual del dolor. Como tal, es un modelo de estrés, y el dolor, más todavía el dolor crónico, puede ser considerado como una de las fuentes de estrés más importantes en el ámbito de la Salud. Tanto uno como otro son modelos multidimensionales, incorporando variables tales como factores biológicos, variables sociales, variables cognitivas y emocionales y la conducta. Además, el modelo transaccional propuesto por Lazarus y Folkman (1984) considera la importancia de los procesos cognitivos en distintos ámbitos, incluyendo reacciones inmediatas ante los cambios del ambiente, procesos de pensamiento que generan variaciones en la selección de las estrategias de afrontamiento y creencias a lo largo del tiempo. Por último, tanto el modelo multidimensional del dolor como el modelo transaccional del estrés proporcionan el apoyo teórico necesario que plantea la utilización de técnicas psicológicas para el abordaje del dolor.

Instrumentos de evaluación del afrontamiento en el dolor crónico

La evaluación del afrontamiento se ha abordado desde múltiples perspectivas: rasgos vs. estados, medidas específicas vs. medidas generales, entrevista vs. autoinformes, evaluación retrospectiva vs. actual (Cohen, 1987). Paralelamente Parker y Endler (1992) proponen una clasificación basada en las diferencias individuales estableciendo dos grandes líneas: una aproximación intraindividual y otra interindividual. Mientras que en la aproximación intraindividual se pretende estudiar el proceso, normalmente empleando un solo individuo en diferentes situaciones, en la aproximación interindividual se busca el establecimiento de patrones de diferencias individuales buscando, normalmente, estrategias que actúan como características en las que se puede escalar a los individuos. Si seguimos el modelo planteado por Lazarus y Folkman (1984) la forma de evaluar el afrontamiento supone máximamente el empleo de la primera aproximación, la intraindividual, puesto que se pretende eva-

luar el proceso. Sin embargo, lo paradójico es que mientras que la mayoría de autores se adhieren al modelo transaccional planteado por Lazarus y Folkman, generalmente se emplea el sistema de evaluación interindividual en el que, lejos de evaluar el proceso, se valora máximamente la estabilidad. Con este sistema, se han desarrollado la inmensa mayoría de los cuestionarios existentes.

Si aludimos específicamente a la evaluación del afrontamiento en el caso del dolor crónico, Keefe, Salley y Lefebre (1992) también establecen dos grandes aproximaciones: la que investiga las principales fuentes de estrés en los enfermos con dolor crónico haciéndoles responder al estresor que consideren más importante (sea o no el dolor crónico) y la centrada en sus reacciones específicas ante el dolor. Esta última aproximación es la que ha aportado un mayor número de medidas específicas de afrontamiento. Una puntualización importante en relación a esta problemática es que debemos tener en cuenta que el dolor puede no ser el principal problema del enfermo, ya que el mantener un equilibrio emocional y una autoimagen satisfactoria, la necesidad de mantener un sentido de competencia y de dominio, continuar las relaciones familiares y con los amigos y la preparación para un futuro incierto, resultan elementos más importantes en muchas ocasiones (Devins y Binik, 1996).

A continuación describimos brevemente algunos de los instrumentos de medida más utilizados para evaluar el afrontamiento en el paciente con dolor crónico.

Ways of Coping Checklist (WCC).

Este es el cuestionario más clásico en la evaluación del afrontamiento (Folkman y Lazarus, 1980), el cual se revisó y se redujo a 50 ítems manteniendo las mismas 8 escalas originales (Lazarus y Folkman, 1984). En su aplicación al dolor crónico la versión más aplicada es la realizada por Vitaliano y cols. (Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro, Becker, 1985). Este formato de 42 ítems evaluados en una escala de 4 puntos agrupa 5 escalas: afrontamiento centrado en el problema, búsqueda de apoyo social, evitación, autculpa y pensamiento desiderativo.

Vanderbilt Pain Management Inventory (VPMI)

Este cuestionario se desarrolló por Brown y Nicasio (1987) y consiste en 18 ítems evaluados en una escala de 5 puntos. Recoge dos escalas derivadas factorialmente: afrontamiento activo y afrontamiento pasivo.

Escala de autoinforme del dolor (PRSS)

Fue elaborado por Flor, Behle y Birbaumer (1993). Contiene 35 ítems evaluados en una escala de 6 puntos que se agrupan en dos escalas: catastrofismo y afrontamiento.

Chronic Pain Coping Inventory (CPCI)

Propuesto por el grupo de Jensen (Jensen, Turner, Romano y Strom, 1995). Consta de 65 ítems evaluados en una escala de 7 puntos. El cuestionario se contesta refiriéndose a la frecuencia de uso. Se evalúan 8 escalas: protección, descanso, acomodación, búsqueda de asistencia, relajación, persistencia en la tarea, ejercicio/estiramiento, búsqueda de apoyo social y auto-afirmación. Recientemente han publicado una versión reducida de 42 ítems con las mismas características de la versión completa (Romano, Jensen y Turner, 2003).

Coping Strategies Questionnaire (CSQ)

Desarrollado por Rosenstiel y Keefe (1983), agrupa 48 ítems valorados en una escala de 7 puntos. Evalúa 8 escalas: desviación de la atención, reinterpretación de las sensaciones de dolor, afrontamiento autoafirmativo, ignorar las sensaciones de dolor, rezo y esperanza, catastrofismo, incremento del nivel de actividad e incremento en la conducta de dolor. También se incluyen 2 ítems referidos al control que se ejerce sobre el dolor y a la capacidad para disminuirlo.

Posteriormente el cuestionario se ha reducido a 27 ítems denominándose CSQ-R (Riley y Robinson, 1997) y estableciendo 6 escalas evaluadas en una escala de 7 puntos: Distracción, catastrofismo, ignorar el dolor, distanciamiento del dolor, afrontamiento autoafirmativo y rezo. Según se deriva de su uso (Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991) es el cuestionario de afrontamiento al dolor crónico más empleado en el ámbito anglosajón y así parece derivarse de las bases de datos Psycinfo y Medline. Probablemente es también el cuestionario más controvertido en cuanto a su estructura factorial y al contenido de algunas escalas (Soriano y Monsalve, 1999).

Cuestionario de Afrontamiento al Dolor (CAD)

Desarrollado sobre muestra española por Soriano y Monsalve(2002) en una escala de 5 puntos. Contiene 31 ítems y evalúa 6 estrategias: religión, búsqueda de apoyo social emocional (catarsis), distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de apoyo social instrumental (búsqueda de información).

Posteriormente ha aparecido una versión reducida (CAD-R) que consiste en 24 ítems evaluados del mismo modo que en la versión completa reunidos en las mismas escalas (Soriano y Monsalve, 2004). Esta versión además aporta 2 escalas de segundo orden: afrontamiento activo y afrontamiento pasivo.

¿Estrategias adaptativas?

Adoptar un modelo transaccional en el afrontamiento y hablar de estrategias más adaptativas resulta algo incongruente, ya que desde

esta perspectiva se establece que no hay una estrategia mejor que otra, pues depende de la situación e interacción que se presente en dicho momento (Lazarus, 1999). Sin embargo, dado que los trabajos sobre afrontamiento han empleado habitualmente modelos de evaluación interindividuales y dado que aunque los diferentes autores tienden a citar la definición de afrontamiento que plantean Lazarus y Folkman (1984), para posteriormente tratar el afrontamiento como un rasgo, todo ello ha dado lugar a considerar la existencia de estrategias más adaptativas, por lo menos, unas más que otras. El empleo de la metodología factorial ha contribuido al establecimiento de dimensiones que generalmente se agrupan en dos grandes categorías: aquellas que se suelen relacionar con un peor ajuste (pasivas, centradas en la emoción y centradas en la enfermedad) y las que se relacionan con un mejor ajuste (activas, centradas en el problema y las que se centran en el bienestar). Sin embargo, estos resultados deben tomarse con cierta cautela ya que no existen datos sólidos a la hora de establecer las relaciones entre el afrontamiento y el ajuste a la enfermedad y los resultados no suelen replicarse en muchas ocasiones (Boothby, Thorn, Stroud y Jensen, 1999).

Atendiendo a estas consideraciones podemos destacar que en los enfermos con dolor crónico, el empleo de estrategias pasivas se relaciona con un peor ajuste psicológico, además de predecir peor el ajuste a largo plazo (evaluado a través del VPML), mientras que las estrategias activas actúan inversamente (Jensen y cols., 1991). También el afrontamiento pasivo actúa como predictor del distress y de la depresión, mientras que el activo predice el nivel de actividad (Snow-Turek, Norris y Tan, 1996). Smith y Wallston (1992) encontraron relaciones entre el afrontamiento pasivo y el deterioro psicosocial así como con la disminución en el apoyo emocional percibido en un estudio longitudinal de 4 años. Sin embargo las estrategias activas no se relacionaron con ninguna medida. En términos generales los estudios apuntan a que las estrategias incluidas bajo el rótulo de "adaptativas" suelen incluir categorías tales como afrontamiento activo, intentos de afrontamiento, control del dolor y pensamiento racional (según el empleo de diversos cuestionarios) y suelen predecir un mejor funcionamiento a largo plazo, mientras que las incluidas como "desadaptativas" incluyen categorías como afrontamiento pasivo, pensamiento negativo y evitación del dolor, las cuales predicen la disfunción futura (Boothby, Thorn, Stroud y Jensen, 1999). No obstante hay que indicar que la mejor predicción se realiza desde las estrategias desadaptativas, ya que la relación entre las denominadas estrategias adaptativas y mejor funcionamiento resulta bastante débil. Además no está establecido en qué medida una estrategia adaptativa repercute en el dolor severo.

El hecho de que las estrategias de segundo orden resulten mejores predictores de la adaptación no resulta extraño si consideramos que ante la adversidad los individuos no empleamos una estrategia para

hacer frente a un problema, sino una combinación de estas estrategias que, como indican Lazarus y Folkman (1984), se plasman en un conjunto de bucles dentro de la misma situación. Las situaciones no tienen una duración corta, en el sentido que permiten al individuo evaluar y reevaluar lo que está sucediendo y si está teniendo éxito con sus acciones. Las estrategias no se interfieren entre sí, más bien al contrario, actúan apoyándose y potenciándose unas a otras conforme avanza la situación (por ejemplo, la confrontación y la evitación pueden darse en la misma situación, aunque en diferentes momentos temporales, pero ante el mismo problema).

Hay que considerar que todas las estrategias pasivas no actúan de igual manera ni tampoco las activas, lo cual justifica y apunta al empleo de dimensiones más concretas, específicas y con un menor nivel de generalidad, que pueden denominarse como estrategias de primer orden siguiendo la terminología factorial. Las revisiones realizadas por el grupo de Jensen (Jensen y cols., 1991; Boothby y cols., 1999) concluyen que el mejor predictor de desadaptación es el catastrofismo, aunque existen diversas inconsistencias en los estudios realizados. Estrategias como ignorar el dolor, reinterpretar el dolor y distracción no suelen actuar como predictores de la adaptación del enfermo crónico, aunque sí en casos de dolor agudo. Esperanza/rezo, reposo y pensamiento desiderativo predicen la desadaptación en algunas ocasiones, así como el pensamiento autoafirmativo lo hace en el sentido contrario asociándose con menor disfunción. En cualquier caso se trata de estudios correlacionales, descriptivos, en los que no se produce manipulación experimental y en los que tampoco se consideran las diferencias individuales en cuanto a la capacidad de los individuos para adaptarse a situaciones estresantes.

Con muestras españolas empleando el CAD-R las estrategias más adaptativas resultan ser distracción, autoafirmación y búsqueda de información (Monsalve y Soriano, 2002), siendo la estrategia de autoafirmación la que mejor predice la disminución en ansiedad y depresión en enfermos con dolor crónico (Soucase, Monsalve y Soriano, 2005). Por otra parte, trabajando con grupos de individuos adaptados vs. desadaptados, la estrategia de uso de la religión discrimina entre ambos grupos, siendo mayor en el grupo desadaptado (Soucase, Soriano y Monsalve, 2005).

Afrontamiento y calidad de vida

Además de emplear criterios de adaptación emocionales en los enfermos con dolor crónico otro de los criterios adoptados a la hora de establecer el componente adaptativo de unas estrategias frente a otras consiste en tomar en consideración las relaciones existentes entre el comportamiento de los enfermos y las repercusiones en su calidad de vida. Empleando el CAD-R y el cuestionario de calidad de vida SF-36 se

obtiene que la estrategia de autoafirmación actúa negativamente para explicar el dolor corporal y positivamente para la puntuación en salud general, el autocontrol mental actúa negativamente para explicar la salud general y la estrategia de religión también actúa negativamente para explicar la vitalidad (Monsalve, Soriano y de Andrés, 2006).

Recientemente Lamé y cols. (Lamé, Peters, Vlaeyen, Kleef y Patijn, 2005) empleando el SF-36 como criterio de calidad de vida encuentran que el "afrentamiento ante el dolor" (baja puntuación indica ausencia de afrontamiento) sirvió de predictor para la calidad de vida de forma negativa en el funcionamiento físico y en las limitaciones del rol físico, mientras que actuó como predictor positivamente en la salud mental y en la salud general.

Personalidad y Afrontamiento

Como se indicaba en líneas anteriores el modelo transaccional establece tres grandes apartados: antecedentes causales, procesos mediadores y efectos a corto y a largo plazo. Dentro del primer apartado se encuentran las características del individuo en donde los autores hablan de los valores y las creencias. Implícitamente no se habla de las características de personalidad, ya que se considera desde esta perspectiva teórica que las características de personalidad no son determinantes en la puesta en práctica de las estrategias de afrontamiento.

Sin embargo otros autores han contribuido a completar el vacío existente en relación a la importancia que puedan tener las características de personalidad y el empleo de estrategias de afrontamiento. En la revisión que realizan Penley y Tomaka(2002) sobre las relaciones entre afrontamiento y los Big Five plantean que la dimensión de neuroticismo se ha relacionado positivamente con estrategias centradas en la emoción (escape/evitación, reacciones hostiles y desahogo emocional), mientras que se relaciona negativamente con estrategias centradas en el problema (planificación). La extraversión obtiene resultados contrapuestos al neuroticismo. La apertura se relaciona con estrategias centradas en la emoción (reacción hostil, sedación y reevaluación). La afabilidad se relaciona positivamente con estrategias centradas en la emoción (búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva) y con estrategias centradas en el problema (planificación), mientras que la rectitud se relaciona negativamente con estrategias centradas en la emoción (evitación y uso de sustancias) y positivamente con estrategias centradas en el problema (acciones directas y planificación).

Atendiendo al caso del dolor crónico la dimensión de neuroticismo se ha relacionado con un mayor uso del catastrofismo, considerándose un predictor de la conducta observable de dolor (Affleck, Tennen, Urrows y Higgins, 1992). También aparecen estas relaciones en el caso de enfermos oncológicos (Morasso, Constantini, Baracco y Borreani, 1996).

Los mismos resultados se han obtenido empleando muestras españolas de enfermos con dolor crónico en donde el neuroticismo se relaciona con mayor uso de estrategias pasivas de afrontamiento y menor de estrategias activas (Ramírez, Esteve y López, 2001). Además, el neuroticismo también se relaciona con valoraciones de vigilancia al dolor y con valoraciones catastrofistas (Goubert, Crombez y Van Damme, 2004), las cuales repercuten en el empleo de estrategias de afrontamiento.

Los individuos con puntuaciones altas en extraversión manifiestan mayor conducta de dolor en sus hogares y en las entrevistas clínicas, aunque indican que el dolor interfiere en menor grado en sus estilos de vida (Wade, Dougherty, Hart, y Cook, 1992). Phillips y Gatchel (2000) consideran que la extraversión es una dimensión que permite un mayor control del dolor. Los individuos extravertidos poseen una mayor inhibición reactiva ante el dolor, con lo que tienen una menor respuesta de miedo condicionada, poseen un mayor apoyo social lo que les lleva a disminuir el nivel de estrés, tienen mayor expresión de los sentimientos lo cual les lleva a aumentar la demanda de ayuda ante el dolor y una mayor actividad social que les permite un grado mayor de distracción ante el dolor.

El optimismo también se ha relacionado con una mejor adaptación ante el dolor crónico. Se considera como una tendencia a mantener expectativas positivas sobre el futuro, unidas a estados de ánimo positivos y estados afectivos placenteros (Scheier y Carver, 1985). Esta tendencia supone la aplicación de estrategias centradas en el problema, lo cual hace que se produzca un ajuste positivo ante la enfermedad y que se consiga una mayor disminución del dolor (Garofalo, 2000).

Si existen pocos trabajos que relacionen la personalidad y el empleo de estrategias de afrontamiento, en el caso del dolor crónico estos son claramente limitados, con lo que los resultados al respecto deben considerarse como orientativos, antes que claramente demostrados.

Valoración y afrontamiento

La valoración se define como un proceso de evaluación establecido en términos del significado que tiene una interacción para el bienestar de un individuo (Lazarus, 1991). Se establecen dos tipos: la denominada valoración primaria aborda lo que hay en juego para el sujeto (importancia, congruencia y tipo de implicación del ego), pudiendo destacarse dos aspectos: el cognitivo, entendido como lo que le afecta al individuo para su bienestar (o el de otros) y el emocional, determinado por lo que representa para el individuo dicha interacción. El aspecto cognitivo más trabajado se refiere a la importancia de la situación para el sujeto, mientras que los aspectos emocionales más investigados son las valoraciones de amenaza (en donde el sujeto ve desbordados sus recursos) y de desafío (en las que el individuo considera sus opciones de acción).

Amenaza y desafío no se consideran polos opuestos sino dos valoraciones que se producen en la misma interacción. Por otra parte, se encuentra la valoración secundaria entendida como lo que puede y debe hacerse para resolver la interacción (opciones y repercusiones de las acciones).

Las relaciones entre valoración y afrontamiento en el dolor crónico van adquiriendo cada vez más importancia, incluso hay autores que consideran que la valoración es más fácil de evaluar y que tiene más repercusiones que el afrontamiento para establecer protocolos de intervención (Degood, 2000). La valoración precede al afrontamiento y modera las relaciones de su puesta en práctica.

La valoración de amenaza predice el empleo de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción en los enfermos con dolor crónico, mientras que la valoración de desafío predice el empleo de estrategias centradas en el problema (Dysvik, Natvig, Eikeland y Linsdtrøm, 2005). Estos resultados coinciden con la formulación original del modelo transaccional (Lazarus y Folkman, 1984).

El grupo de investigación formado fruto de la colaboración entre la Unidad de Dolor del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia y la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia, trabaja estos aspectos desde hace algunos años. La valoración de amenaza se relaciona con mayor intensidad del dolor, mayor limitación de la vida del enfermo debido al dolor, con menor control del dolor, con un Locus de Control externo en relación al dolor, con mayor afecto negativo y menor afecto positivo. La valoración de desafío se relaciona con mayor afecto positivo. Para explicar la estrategia de desesperanza interviene la valoración del dolor que supera los recursos de la persona, mayor intensidad y mayor confianza en la medicación empleada (Soriano y Monsalve, 1999).

Desde el modelo transteórico del cambio comportamental (Prochasta y DiClemente, 1983) el considerar la posibilidad de cambio en el comportamiento del individuo sobre la salud, así como los intentos y el esfuerzo por mantener dicho cambio se relaciona positivamente con el empleo de estrategias activas de afrontamiento. Por el contrario las puntuaciones bajas en plantearse seriamente el cambiar la conducta y el comprometerse en mantenerla se relacionó con estrategias pasivas de afrontamiento (Kerns, Rosenberg, Jamison, Caudill y Haythornthwaite, 1997).

Además de los aspectos comentados en líneas anteriores también se encuentran otras variables que actúan como predictores del afrontamiento, como por ejemplo el nivel de dolor inicial informado por el enfermo (normalmente evaluado en la primera visita). Habitualmente evaluado mediante una escala analógica visual de 100mm (EVA). El EVA actúa de manera que conforme se incrementa, potencia el empleo de estrategias pasivas, repercutiendo a su vez en un peor ajuste del enfer-

mo. Los enfermos que muestran mayor sintomatología (más intensidad actual del dolor, menor autosuficiencia en la realización de actividades, mayor frecuencia de dolor y peor calidad de sueño), puntúan significativamente más alto en el EVA inicial, empleando en mayor grado la estrategia de afrontamiento de catarsis. El EVA inicial se relaciona con el empleo de la estrategia de religión. (Monsalve, Soriano y de Andrés, 2006)

El EVA inicial actuó como predictor negativo de las ocho subescalas de calidad de vida evaluadas mediante el SF-36. Por otra parte la presencia de elementos evaluadores de sintomatología (evaluados mediante el Índice de Lattinen) como es el considerarse menos autosuficiente en la realización de actividades se relaciona con un mayor uso de la estrategia de afrontamiento de religión y también de catarsis, así como con el factor general de estrategias pasivas (Monsalve, Soriano y de Andrés, 2006)

Comentarios finales: algunos puntos oscuros

Sin lugar a dudas, el afrontamiento es algo que está de moda. Toda la Psicología de la Salud incluye entre sus elementos diagnósticos y de intervención referencias al afrontamiento, bien sea como antecedente, como mediador o como objetivo final de la intervención. Sin embargo, resulta sorprendente, como mínimo, el hecho de que sigamos manejando (generalmente mal) el mismo concepto desde hace 22 años. Algún lector puede pensar que no se trata de mucho tiempo (absoluto), pero si atendemos al volumen de publicaciones en las diversas modalidades y ámbitos de la psicología (hablamos de miles), resulta bastante extraño que sigamos manejando un concepto que lejos de delimitar y poner de acuerdo a los investigadores, confunde, entra en contradicción habitualmente con lo que se plantea y lo que se hace y obtiene resultados que, en bastantes ocasiones, resultan contrapuestos.

El afrontamiento presenta problemas a nivel de concepto: los investigadores se adhieren al concepto transaccional, citan la definición y después no se ajustan a lo que defienden, presentando al afrontamiento como un rasgo en muchas ocasiones. Atendiendo a lo expuesto debería plantearse si el afrontamiento es un rasgo o un estado. Algunos autores pretenden resolver el problema elaborando dos versiones del mismo cuestionario (Carver, Scheier y Weintraub, 1989). Pero no parece que éste sea el caso en el dolor crónico, ya que la inmensa mayoría de investigaciones son transversales, con una única evaluación y siguiendo la metodología de las diferencias interindividuales, la cual favorece la estabilidad.

Un ejemplo de la problemática existente lo tenemos en el catastrofismo. Este concepto se planteó inicialmente por Rosenstiel y Keefe (1983) cuando elaboraron su cuestionario original CSQ. La cuestión es

si el catastrofismo puede considerarse como una estrategia de afrontamiento o no. Al respecto existen múltiples voces en contra como lo planteado por Affleck y cols. (Affleck, Tennen, Urrows, Higgins, 1992), al indicar que el catastrofismo es un constructo independiente mientras que el resto de escalas del CSQ reflejan estrategias de segundo orden de afrontamiento activo. O las críticas planteadas por el grupo de Jensen al considerar que el catastrofismo es una cognición irracional automática e indicar que no es una estrategia de afrontamiento, sino una valoración (Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991). Como algunos autores plantean, el catastrofismo es una variable que ha mostrado resultados cuando se la considera como una variable resultante de tratamiento (Degood, 2000), pero no como una estrategia de afrontamiento. También se le considera como un constructo con componentes afectivos y de valoración secundaria (Jones, Rollman, White, Hill y Brooke, 2003). Esto refleja la confusión existente entre diversos conceptos incluidos como afrontamiento como son las creencias, los recursos y las valoraciones.

Tras las críticas recibidas hacia el catastrofismo como estrategia de afrontamiento, algunos autores propusieron un "modelo comunal" (Sullivan, Tripp y Santor, 2000), en el que destacan el componente de relación interpersonal y de solicitud de apoyo social o de relaciones empáticas por parte del enfermo hacia otras personas. Sin embargo, otros autores argumentan el carácter cognitivo que posee el constructo destacando el parecido existente entre los componentes del catastrofismo y las valoraciones primaria y secundaria planteadas por el modelo transaccional (Severeijns, Vlaeyen y van den Hout, 2004), llegando a cuestionar claramente la "necesidad" o no del constructo.

Una pequeña reflexión. Si todo lo que hace un individuo para resolver un problema no entra dentro del concepto de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984, pp.164-165 de la versión española), la cuestión es en dónde están los límites. Si distinguimos estructuralmente entre recursos, valoraciones, características de personalidad, inteligencia,..., hemos de considerar que algunas partes de estos aspectos influyen y se solapan en muchos aspectos con lo que los investigadores denominan como afrontamiento, pero sólo se incluye como tal lo que se conceptualiza como "esfuerzo": "...excedentes o desbordantes de los recursos..." (pp-164). Consiguientemente la mayoría de instrumentos y cuestionarios al uso están evaluando otra serie de aspectos (rasgos, valoraciones, etc.) no incluidos bajo este rótulo. Evidentemente en la base de lo expuesto se encuentra un problema de confusión y delimitación del concepto.

Directamente derivado de lo expuesto se encuentra otro aspecto escabroso: la utilidad. Ahora hay que preguntarse por qué muchos de los investigadores adoptan y establecen un marco teórico que luego no siguen, al menos en su totalidad. Es posible que lo que se plantea desde un punto de vista teórico no les resulte útil. Es posible que el concepto

de afrontamiento, conforme está definido, presente diversas limitaciones. Es posible que resulte más fácil manejar un concepto más genérico, como ha sucedido en psicooncología con el MAC (Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess, Robertson, 1988; Watson, Law, dos Santos, Greer, Baruch, Bliss, 1994), en donde se mezclan valoraciones, afrontamiento y emociones en las diversas escalas del cuestionario. También habría que considerar la posibilidad contraria, es decir, la posible utilidad de una clara delimitación del concepto, descomponiéndolo en elementos más básicos, más precisos, más nucleares.

Lo cierto es que resulta difícil encontrar trabajos que aborden el afrontamiento desde una perspectiva de intervención en los que se aborde el problema de parámetros normas o utilidad del afrontamiento en los que ponga de manifiesto los elementos a intervenir, ya que la mayoría tienden a centrarse sobre los aspectos más descriptivos del mismo. Con ello la reclamada utilidad suele brillar por su ausencia.

Esto nos lleva a otra cuestión relacionada con lo que se pretende con el concepto. Probablemente en los inicios lo interesante y necesario consistió en establecer los aspectos diferenciales y estructurales. Sin embargo, en la actualidad y a partir de la consideración de dichos elementos, parece más interesante el buscar una utilidad al concepto. Consiguientemente hemos de considerar qué es lo que se pretende promover y eliminar, o lo que es lo mismo, qué estrategias resultan más adaptativas. Si atendemos al modelo teórico esto es incongruente: no hay una estrategia más adaptativa que otra, depende de la situación, concretamente de la interacción. Entonces ¿qué hay que promover o eliminar? Probablemente uno de los motivos responsables de estos resultados sea la metodología empleada que habitualmente suele centrarse en la aplicación de métodos multivariados como es el análisis factorial (con todas sus ventajas e inconvenientes). Con todo ello nos encontramos en una situación que favorece la invarianza (que va en contra del modelo teórico adoptado) y que resulta bastante ineficaz al no conseguir resultados unánimes o inequívocos, ya que no queda claro cuáles son las estrategias verdaderamente adaptativas. Esta circularidad resulta molesta para muchos autores (McCracken y Eccleston, 2003), hasta el punto de considerar si las intervenciones deben dirigirse hacia el afrontamiento o hacia la correcta aceptación de la enfermedad enseñando al enfermo a seguir realizando sus actividades a pesar del dolor.

Abundando más sobre los resultados obtenidos hay que destacar que aunque se ha avanzado en la evaluación interindividual de las estrategias de afrontamiento en el dolor crónico (cuestionarios), se ha recogido poca información en cuanto a sus antecedentes. En nuestro grupo de trabajo hemos obtenido que una combinación de valoración del dolor (EVA inicial), sintomatología (Lattinen) y afrontamiento (CAD-R), ha resultado satisfactoria para explicar la calidad de vida del enfermo (SF-36), todo ello apunta más a una evaluación combinada, en donde el afronta-

miento en sí mismo resulta importante, pero existen otras variables que contribuyen a explicar de forma significativa la adaptación del enfermo al dolor crónico (Monsalve, Soriano y de Andrés, 2006). Sin lugar a dudas es un enfoque multicausal el que mejor nos permite abordar la problemática de la adaptación del enfermo. Con todo, nos encontramos lejos de establecer los elementos clave a la hora de identificar la adaptación del enfermo con dolor crónico.

Por otra parte, un elemento que cada vez está cobrando más importancia es el referido a la valoración (appraisal) del dolor, de hecho empiezan a aparecer cuestionarios específicos para evaluar la valoración en el dolor crónico (Unruh y Ritchie, 1998; Tan, Jensen, Robinson-Whelen y Monga, 2002). También resulta significativo que las creencias y valoraciones sobre el dolor resulten mejores predictores de la calidad de vida que el afrontamiento y el EVA (Lamé, Peters, Vlaeyen, Kleef y Patijn, 2005).

En definitiva, parece existir una clara ruptura entre la teoría y la práctica. La teoría desarrollada en la academia y tal vez lejos de la realidad y la práctica desarrollada en el hospital o centro de salud y sin conseguir la adherencia a un modelo teórico que consiga explicar el funcionamiento del individuo. Claramente estos aspectos no son privativos del dolor crónico, más bien abarcan a la mayoría de ámbitos de la psicología de la salud (Soriano, 2002), lo cual lejos de ser un consuelo, sólo refleja una constatación de la problemática. El afrontamiento interpretado desde el modelo transaccional parece haber dado todo de sí. No de manera contrapuesta, sino complementaria parece empezar a cobrar importancia el que se consideró elemento clave del modelo: la valoración. En un futuro más o menos próximo deberían de establecerse relaciones más útiles dentro del proceso que deberán abarcar todos los ámbitos que inciden en la adaptación y mejora de las condiciones del enfermo con dolor crónico.

Referencias

- Affleck, G.-Tennen, H.-Urrows, S.-Higgins, P. (1992): Neuroticism and pain-mood relation y rheumatoid arthritis: Insights from a prospective daily study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 119-126.
- Arnold, M. (1960): *Emotion and Personality* (2 vols.). New York: Columbia University Press.
- Boothby, J.-Thorn, B.-Stroud, M.-Jensen, M. (1999): Coping with pain. En Gatchel, R. y Turk, D. (Eds.): *Psychosocial factor in pain. Critical perspectives*. New York. Guilford. 343-359.
- Brown, G.-Nicassio, P. (1987): Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31, 53-64.
- Brown, S.-Glass, J.-Park, D. (2002): The relationship of pain and depression to cognitive function in rheumatoid arthritis patients. *Pain*, 96, 279-284.

- Carver, C.-Scheier, M.-Weintraub, J. (1989): Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Cohen, F. (1987): Measurement of coping. En Kals, S y Cooper, C. (Eds.): *Stress and Health: Issues in Research Methodology*. N.Y. Willey. 283-305.
- Degood, D. (2000): Relationship of pain-coping strategies to adjustment and functioning. En Gatchel, R. y Weisberg, J. (Eds.): *Personality characteristics of patients with pain*. Washington. APA. 129-164.
- Devins, G.-Binik, Y. (1996): Facilitating Coping with chronic physical illness. En Zeidner, M y Endler, N. (Eds.): *Handbook of coping: Theory, research, applications*, N.Y. Willey. 640-696.
- Dunajcik, L. (1999): Chronic non-malignant pain. In McCaffery, M. y Pasero, C. (Eds.): *Pain: Clinical Manual*, second edition. Mosby, St. Louis, 467-521.
- Dysvik, E.-Natvig, G.-Eikeland, O.-Linsdtrøm, T. (2005): Coping with chronic pain. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 297-305
- Flor, H.-Behle, D.-Birbaumer, N. (1993): Assessment of pain-related cognitions in chronic pain patients. *Behavior Research and Therapy*, 31, 63-73.
- Folkman, S.-Lazarus, R. (1980): An analysis of coping middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S.-Lazarus, R. (1988): Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- Garofalo, J. (2000): Perceived optimism and chronic pain. En Gatchel, R. y Weisberg, J. (Eds.): *Personality characteristics of patients with pain*. Washington, APA. 203-219.
- Goubert, L.-Crombez, G.-Van Damme, S. (2004): The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in vigilance to pain: a structural equations approach. *Pain*, 107, 234-241.
- IASP. (1979): Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain*, 14, 205-208
- International Association for Study of Pain (1994): *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2^a ed.). Seattle: IASP Press.
- Jensen, M.-Turner, J.-Romano, J.-Karloly, P. (1991): Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.
- Jensen, M.-Turner, J.-Romano, J.-Strom, S. (1995): The chronic pain coping inventory: development and preliminary validation. *Pain*, 60, 203-216.
- Jones, D.-Rollman, G.-White, K.-Hill, M.-Booke, R. (2003): The Relationship Between Cognitive Appraisal, Affect, and Catastrophizing in Patients With Chronic Pain. *The Journal of Pain*, 4, 267-277.
- Keefe, F.-Salley, A.-Lefebvre, J. (1992): Coping with pain: conceptual concerns and future directions. *Pain*, 51, 131-134.
- Kerns, R.-Rosenberg, R.-Jamison, R.-Caudill, M.-Haythornthwaite, J. (1997): Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ). *Pain*, 72, 227-234.
- Lamé, I.-Paters, M.-Vlaeyen, J.-Kleef, M.-Patijn, J. (2005): Quality of life in chronic pain in mores associated with beliefs about pain, than pain intensity. *European Journal of Pain*, 9, 15-24.
- Lazarus, R. (1991): *Emotion and Adaptation*. New York, Oxford.
- Lazarus, R. (1999): *Stress and emotion, A new synthesis*. Springer, London.
- Lazarus, R.-Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal and Coping*. Springer, New York. (Versión española en Martínez Roca, 1986)

- McCracken, L.-Eccleston, C. (2003): Coping or acceptance: what to do about chronic pain?. *Pain*, 105, 197-204.
- Melzack, R.- Wall, P. (1965): Pain Mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-979
- Melzack, R. (2000): Del umbral a la neuromatriz. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 7, 149-156.
- Monsalve, V.-Soriano, J. (2002): Afrontamiento psicológico al dolor. En Peset, R. y Bernat, G. (Dirs.): *Humanización de la Atención Sociosanitaria*. Tomo 3, pp.404-417. Valencia. Generalitat Valenciana. 405-417.
- Monsalve, V.-Soriano, J. de Andrés, J. (2006): Utilidad del índice de lattinen (IL) en la evaluación del dolor crónico. Relaciones con afrontamiento y calidad de vida. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. (En prensa)
- Parker, J.-Endler, N. (1992): Coping with coping assessment: a critical review. *European Journal of Personality*, 6, 321-344.
- Penley, J.-Tomaka, J. (2002): Association among the Big Five, emotional responses and coping with stress. *Personality and Individual Differences*, 32, 1215-1228.
- Prochaska, J.-DiClemente, C. (1984): *The Transtheoretical Approach: Toward as a Systematic Eclectic Framework*. Dow Jones Irwin, Home-wood, Il.
- Ramírez, C.-Esteve, R.-López, A. (2001): Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de Psicología*, 17, 129-137.
- Romano, J.-Jensen, M.-Turner, J. (2003): The chronic pain coping inventory-42: reliability and validity. *Pain*, 104, 65-73.
- Rosenstiel, A.-Keefe, F. (1983): The use of coping strategies in chronic low back pain: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.
- Scheier, M.-Carver, C. (1985): Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies on health. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Severeijns, R.-Vlaeyen, J.-van den Hout, M. (2004): Do we need a communal Coping model of pain catastrophizing? An alternative explanation. *Pain*, 111, 226-229.
- Smith, C.-Wallston, K. (1992): Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: Application of a general model. *Health Psychology*, 11, 151-162.
- Snow-Turek, A.-Norris, M.-Tan, G. (1996): Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 64, 455-462.
- Soriano, J. (2002): Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología*, 75, 73-85.
- Soriano, J.-Monsalve, V. (1999): Valoración, afrontamiento y emoción en pacientes con dolor crónico: *Boletín de Psicología*, 62, 43-64.
- Soriano, J.-Monsalve, V. (2002): CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9, 13-22.
- Soriano, J.-Monsalve, V. (2004): Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11, 407-414.
- Soucasse, B.-Monsalve, V.-Soriano, J. (2005): Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 8-16.
- Soucasse, B.-Soriano, J.-Monsalve, V. (2005): Influencia de los procesos mediadores en la adaptación al dolor crónico. *Internacional Journal of CLinical and Health Psychology*, 5, 2, 277-241.
- Sullivan, M.-Tripp, D.-Santor, D. (2000): Gender differences in pain and pain behavior: the role of catastrophizing. *Cognitive Research and Therapy*, 24, 121-134.
- Tan, G.-Jensen, M.-Robinson-Whelen, J.-Thornby, J.-Monga, T. (2002): Measuring control appraisals in chronic pain. *The Journal of Pain*, 3, 385-393.

- Trief, P.-Elliot, D.-Stein, N.-Frederickson, B.(1987): Functional vs. organic pain: a meaningful distinction. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 219-226.
- Turk, D.-Rudy, T.(1992): Cognitive factors and persistent pain: a glimpse into Pandora's box. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 99-122.
- Unruh, A.-Ritchie, J.(1998): Development of the Pain Appraisal Inventory: Psychometric properties. *Pain Research Management*, 3, 105-110.
- Vitaliano, P.-Russo, J.-Carr, J.-Maiuro, R.-Becker, J.(1985): The Ways of Coping Checklist: revision and psychometric properties. *Multivariate Behavior Research*, 20, 3-26.
- Wade, J.-Dougherty, L.-Hart, R.-Cook, D.(1992): Patterns of normal personality structure among chronic pain patients. *Pain*, 48, 37-43.
- Watson, M.-Greer, S.-Young, J.-Inayat, Q.-Burgess, C.-Robertson, B.(1988): Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209.
- Watson, M.-Law, M.-dos Santos, M.-Greer, S.-Baruch, J.-Bliss, J.(1994): The Mini-MAC: further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12, 33-46.