

Rev. Soc. Esp. Dolor  
8: 102-110, 2001

## *Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor oncológico y benigno*

M. T. Anarte\*, C. Ramírez\*, A. E. López\*\* y R. Esteve\*\*

Anarte MT, Ramírez C, López AE and Esteve R. Evaluation of confronting strategies, functioning level and age in persons with benign and oncologic pain. *Rev Soc Esp Dolor* 2001; 8: 102-110.

### SUMMARY

#### *Background:*

Since the end of the seventies, Psychology has been drawing special attention to chronic pain. Currently and from such perspective, chronic pain is understood as an experience that place the individual under stress, since it negatively and directly affects his/her well-being. In the face of such experience, the individual starts-up different action mechanisms or confronting strategies as an attempt to reduce the malaise caused by such situation. The general conclusion derived by different studies that have been conducted on this topic suggests that the type of confronting strategies used by patients with chronic pain determines the degree of adjustment of the patients to their disease. Thus, the analysis of those strategies has become a relevant factor for the design of multidisciplinary interventions.

#### *Objectives:*

This work had a triple objective. On the one hand, to delimitate the effect that confronting strategies used by patients have both on pain severity and daily functioning levels. On the other, to explore the existence of potential differences in confronting strategies that may characterize patients with benign chronic pain or malign pain, which would have great relevance for the administration of the most appropriate therapy in each case. In addition, the influence of other

variables, such as age of the subjects, as potential modulators of the pain experience has been analyzed.

#### *Methods:*

The sample included 197 patients with chronic pain, 105 of which had benign pain and 92 oncologic pain. For the assessment process the following questionnaires were used: the McGill Pain Assessment Questionnaire, the Vanderbilt Pain Management Inventory and the Haven-Yale Pain Multidimensional Inventory (WHYMPI). In order to analyze the causal relations between variables, Structural Equation Models were used as the methodology for the analysis and, since the multivariate normal distribution requirement was fulfilled, the "Maximum Probability" estimation method was also used. The aim was to simultaneously adjust the model in groups of patients with benign and oncologic pain and, hence, a multi-sample contrast was applied to the covariance matrices of both groups.

#### *Results:*

As regards the variable pain, the results suggest that passive strategies have a significant influence on pain, both oncologic and benign, being this association a positive one, while active strategies only affects benign pain (but non-significantly) and the association being negative in this case. Regarding the functioning variable, it has been found that pain, age and the use of passive strategies have an influence on the functioning of patients with benign pain, such association being negative, but none of the study variables influence the functioning of patients with oncologic pain.

#### *Conclusions:*

Probably the most evident conclusion that can be derived from the above results is the existence of significant differences between subjects with oncological chronic pain and subjects with benign chronic pain, regarding the use of confronting strategies in both groups of patients. Consequently, it has to be concluded that those differences must be considered when designing psychological interventions for the different groups of patients with chronic pain. © 2001 Sociedad Española del Dolor. Published by Arán Ediciones, S.A.

\*Profesora Asociada.

\*\*Profesora Titular.

Departamento de Psicología Social y de la Personalidad.  
Facultad de Psicología Universidad de Málaga. Málaga.

Recibido: 24-08-00.

Aceptado: 27-11-00.

**Key words:** Chronic pain. Confronting. Age. Functioning. Oncologic pain. Benign pain.

## RESUMEN

### *Antecedentes:*

Desde la disciplina psicológica se viene prestando atención particular al tema del dolor crónico desde finales de los 70. Actualmente, y desde esta perspectiva, el dolor crónico se entiende como una experiencia que coloca a las personas bajo estrés, en tanto que atenta directamente contra su bienestar. Ante tal experiencia, los individuos ponen en marcha diferentes mecanismos de actuación o estrategias de afrontamiento para intentar reducir el malestar provocado por dicha situación. La conclusión genérica de los diversos estudios que se han venido efectuando a este respecto, apuntan hacia que el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con dolor crónico incide en el grado de ajuste que éstos presentan ante su enfermedad. Es por ello que el análisis de dichas estrategias se constituye en un factor relevante a la hora de diseñar intervenciones multidisciplinarias.

### *Objetivos:*

El trabajo que se presenta ha tenido un triple objetivo. De un lado, delimitar el efecto que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes tienen tanto sobre el grado de dolor experimentado, como sobre el nivel de funcionamiento cotidiano. De otro, indagar la existencia de posibles diferencias en los modos de afrontamiento que pueden caracterizar a los pacientes con dolor crónico benigno o de origen maligno, lo que tendría importantes repercusiones en el establecimiento de la terapéutica conveniente en cada caso. Asimismo, ha sido analizada la influencia que otras variables, como la edad de los sujetos, tiene en la explicación de la modulación de la experiencia de dolor.

### *Métodos:*

La muestra está compuesta de 197 pacientes con dolor crónico, de los cuales 105 presentan dolor de carácter benigno y 92 dolor de tipo oncológico. En el proceso de evaluación se han utilizado los siguientes cuestionarios: el *Cuestionario de evaluación del dolor de McGill*, el *Inventario de Control del Dolor de V. Aderbilt* y el *Inventario Multidimensional del Dolor de Haven-Yale (WHYMPI)*.

Con el objetivo de analizar las relaciones causales entre las variables indicadas, se ha utilizado como metodología de análisis los Modelos de Ecuaciones Estructurales y, puesto que se cumplía el supuesto de normalidad multivariada, se ha empleado el método de estimación de "máxima probabilidad". Puesto que se deseaba establecer simultáneamente el ajuste del modelo en los grupos de pacientes con dolor benigno y oncológico, se ha aplicado un contraste multi-muestra sobre las matrices de covarianza de ambos grupos.

### *Resultados:*

Con respecto a la variable dolor los resultados indican que las estrategias pasivas influyen significativamente sobre el dolor, tanto oncológico como benigno, siendo dicha relación positiva, mientras que se observa que las estrategias activas sólo influyen en el dolor benigno (aunque no significativamente), y en este caso, la relación es negativa. En

cuanto a la variable funcionamiento, se ha encontrado que el dolor, la edad y el uso de estrategias pasivas influyen en el funcionamiento de los pacientes con dolor benigno siendo dichas relaciones negativas, pero ninguna de las variables estudiadas influye sobre el funcionamiento de los pacientes con dolor oncológico.

### *Conclusiones:*

Posiblemente la conclusión más evidente derivada de los anteriores resultados sea la existencia de una marcada diferencia entre los sujetos con dolor crónico oncológico y aquéllos que sufren un dolor crónico benigno, en lo referente al uso de estrategias de afrontamiento utilizadas por ambos grupos de pacientes. Consiguientemente, ha de concluirse que es primordial considerar estas diferencias cuando se diseñen intervenciones psicológicas dirigidas a los diversos grupos de pacientes que padecen dolor crónico. © 2001 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S.A.

**Palabras clave:** Dolor crónico. Afrontamiento. Edad. Funcionamiento. Dolor oncológico. Dolor benigno.

---

---

## INTRODUCCIÓN

Parece fuera de toda duda que el dolor crónico es un fenómeno multidimensional y un grave problema de salud que afecta a la calidad de vida de las personas que lo padecen. De ahí que desde la disciplina psicológica se venga prestando atención particular a este problema desde finales de los 70. Actualmente, y desde dicha disciplina, el dolor crónico se entiende como una experiencia que coloca a las personas bajo estrés, en tanto que atenta directamente contra su bienestar. De este modo, y en base al *Modelo Procesual del Estrés* (1), que conceptualiza dicho estrés como una relación particular entre un individuo y un entorno que es concebido como amenazante, el dolor crónico puede entenderse como una experiencia estresante en tanto que atenta directamente contra la calidad de vida de quienes lo padecen. Por tanto, y bajo este enfoque, se asume que ante la amenaza resultante del padecimiento de dolor, los sujetos ponen en marcha mecanismos de actuación para paliar los daños producidos. Dichos mecanismos, definidos como intentos de afrontamiento, se entienden como un conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales, continuamente cambiantes, que son utilizados para afrontar demandas que el individuo valora como excesivas respecto a los recursos de que dispone (2-5).

En esta línea, son muchos los estudios que muestran claras diferencias en la adaptación de los pacientes con dolor crónico. Así, en tanto que algunos mani-

fiestan un importante grado de disfunción en diversas áreas de su vida y presentan niveles de depresión y estrés elevados, otros pacientes parecen mostrar un mayor ajuste a su situación. Y estas diferencias inciden, entre otros factores, en el grado de adhesión al tratamiento médico que presentan los diversos enfermos. De ahí que el análisis de dichas estrategias de afrontamiento se constituye en un aspecto relevante para determinar, de un lado, el modo en que los pacientes se adaptan al dolor crónico y, de otro, las diferencias individuales patentes en este fenómeno.

Los resultados que hasta ahora han venido obteniéndose en esta línea, ponen de manifiesto que el uso de determinadas estrategias de afrontamiento incide sobre los niveles de dolor experimentado, así como sobre el estado de ánimo y las limitaciones funcionales de quienes lo padecen (6,7). Así, y en líneas generales, las conclusiones que hasta el momento pueden derivarse de este conjunto de investigaciones muestran que aquellos pacientes que tienden a utilizar estrategias de afrontamiento pasivo (caracterizadas por ceder la responsabilidad del tratamiento a medios externos, como el médico, la toma de medicación, etc.) presentan niveles de dolor más elevado y un peor funcionamiento, amén de mayores niveles de depresión. Sin embargo, aquellos pacientes que tienden a utilizar estrategias de afrontamiento activas (caracterizadas por los intentos del paciente para controlar su propio dolor: distraer su atención de las sensaciones dolorosas, realizar alguna actividad distractora o relajarse, por citar algunos ejemplos) presentan un menor nivel de dolor y un mejor funcionamiento cotidiano, así como una mayor movilidad y un rol social más adaptado. Se ha demostrado que las estrategias de afrontamiento activas son más eficaces en pacientes con dolor crónico benigno. La conclusión genérica que puede extraerse de estos estudios apunta a que el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes incide en el grado de ajuste que éstos presentan ante su enfermedad (8-13), lo que se constituye en un hecho de suma relevancia a la hora de diseñar estrategias de intervención.

Por otro lado, ha venido analizándose, igualmente, el modo en que otras variables modulan la experiencia de dolor. Así, diversos estudios muestran que la edad es una variable relevante en la modulación del dolor, existiendo una relación negativa entre ambos aspectos, de forma que conforme aumenta la edad de los pacientes disminuye el dolor manifestado por éstos (5,3,14-16).

Otra variable asociada al dolor es el nivel de funcionamiento mantenido por la persona que padece dolor crónico. En este sentido, en la literatura se indica que existe una relación negativa entre ambas (17). Del mismo modo, se encuentra una relación negativa

entre dicha variable y la edad del paciente. Así, a mayor edad es menor el nivel de funcionamiento de éste.

No obstante, estas investigaciones han efectuado sus análisis considerando determinados tipos de pacientes con dolor crónico, siendo éste, en la mayoría de los casos, benigno. Sin embargo, existen muy pocos estudios en relación con el fenómeno del afrontamiento en pacientes aquejados de dolor crónico de origen maligno, lo que tal vez pueda ser explicado por el importante papel que desempeña la estimulación nociceptiva en el cáncer cuando éste es origen del dolor. Y aún es más patente la escasez de investigaciones en lo referente a las diferencias, en cuanto al uso de estrategias de afrontamiento se refiere, entre pacientes con dolor crónico benigno y oncológico (3).

Estas consideraciones, amén de los hallazgos empíricos que hasta el momento se han ido obteniendo, pueden resumirse en los siguientes postulados:

1. La experiencia de dolor (manifestado por el paciente) vendrá determinado por:

—La capacidad del sujeto para afrontar una situación que es, en sí misma, estresante, mediante el uso de estrategias activas o pasivas.

—La edad de la persona que padece dolor crónico, existiendo una relación negativa entre ambas, de forma que a mayor edad menor dolor referido por el paciente.

2. De otro lado, el nivel de funcionamiento vendrá determinado por:

—El uso de estrategias activas o pasivas. Así, a mayor uso de estrategias activas mayor es el nivel de funcionamiento mantenido por el paciente y cuanto menor es el uso de estrategias pasivas mayor es el nivel de funcionamiento que éste mantiene.

—La edad de la persona que padece dolor crónico, de modo que cuanto mayor sea la edad del paciente menor será el nivel de funcionamiento mantenido.

—La intensidad del dolor del paciente, de forma que, cuanto mayor es el nivel de dolor experimentado por la persona menor es el nivel de funcionamiento que ésta mantiene.

De este modo, lo que se propone es el modelo general que se recoge en la Figura 1.

Partiendo de esta propuesta genérica, el trabajo que a continuación se expone ha tenido un triple objetivo:

—Delimitar el efecto que la edad y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes tienen sobre el grado de dolor experimentado y el nivel de funcionamiento cotidiano.

—Determinar el efecto que el dolor tiene sobre el nivel de funcionamiento de quienes lo padecen, en base a las estrategias de afrontamiento utilizadas.

—Indagar la existencia de posibles diferencias en los modos de afrontamiento que pueden caracterizar a los

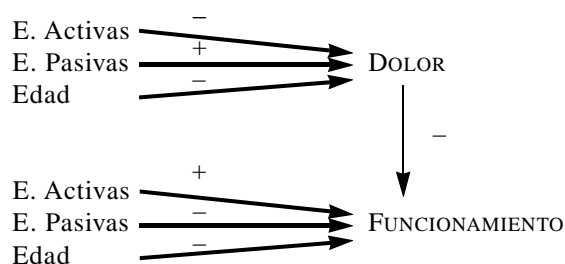


Fig. 1—Modelo general.

pacientes con dolor crónico benigno o de origen maligno, lo que tendría importantes repercusiones en el establecimiento de la terapéutica conveniente en cada caso.

## MÉTODO

### Muestra

La muestra está compuesta de 197 personas adultas con dolor crónico, de las cuales 105 presentan dolor de carácter benigno y 92 dolor de tipo oncológico. Del total de la muestra, 97 son varones y 100 son mujeres, con una edad media de 60 años (en un rango de 20 a 88 años). Todas estas personas estaban siendo atendidas en la Unidad Clínica de Dolor de la Residencia Hospitalaria “Carlos Haya” de Málaga, ubicada en el Hospital Civil de la mencionada ciudad.

### VARIABLES e instrumentos de evaluación

De acuerdo a los objetivos perseguidos en el presente estudio, las variables consideradas han sido las siguientes:

—Intensidad del dolor experimentando: evaluado mediante el *Cuestionario de Evaluación del Dolor de McGill*, en la versión española de Ruiz y cols. (18). El cuestionario comprende 62 descriptores distribuidos en 15 subclases y, a su vez, en tres dimensiones (sensorial, afectiva y evaluativa). Esta versión ha mostrado su sensibilidad para detectar los cambios producidos por un tratamiento multidisciplinar. Aunque las puntuaciones en la escala muestran una asociación positiva significativa con la puntuación en el *Inventario de Depresión de Beck* (BDI) y con una escala analógica visual, no se ha realizado estudio alguno relativo a su estructura ni a su estabilidad y consistencia interna, aspectos sobre los que nos encontramos investigando en la actualidad.

—Estrategias de afrontamiento: evaluadas mediante el *Inventario de Manejo de Dolor Vanderbilt* (8). El

formato original consta de 18 ítems, agrupados en dos dimensiones (estrategias activas y estrategias pasivas), que han de responderse de acuerdo a una escala de 4 puntos (desde *casi nunca* hasta *casi siempre*). La adaptación del instrumento ha sido realizada por las autoras del presente trabajo (2), cuyos resultados arrojan una estructura factorial de nueve ítems (cuatro en el caso la escala de estrategias pasivas, y cinco representativos de la escala de estrategias activas).

—El impacto del dolor sobre el funcionamiento cotidiano del individuo en sus actividades ha sido evaluado mediante la adaptación del *Inventario Multidimensional del Dolor de Haven-Yale* (WHYMPI) de Kerns, Turk & Rudy (17). En concreto, se ha utilizado la parte tercera del “*West-Haven Yale Multidimensional Pain Inventory*”, adaptado a nuestro idioma por Pastor y cols. (19). Esta subescala contiene un listado de 16 actividades cotidianas para que los sujetos indiquen la frecuencia con la que las han realizado en la última semana. En la versión española aparecen cuatro factores: “tareas del hogar”, “bricolaje”, “actividades sociales” y “actividades de recreo”. Todas los factores poseen una adecuada consistencia interna (0,86, 0,76, 0,57), si bien en el factor de “actividades de recreo” dicha consistencia arroja un menor índice (0,41).

—Finalmente, la edad de los pacientes ha sido evaluada, junto con los datos sociodemográficos, mediante entrevista.

### Análisis estadísticos

Para analizar las relaciones causales entre las variables presentadas en el modelo general (Fig. 1) utilizamos como metodología de análisis los *Modelos de ecuaciones estructurales*, y dado que se cumplía el supuesto de normalidad utilizamos el Método de estimación de “*máxima probabilidad*”. Dado que se deseaba establecer simultáneamente el ajuste del modelo en los grupos de pacientes con dolor benigno y oncológico, se ha aplicado un contraste multimuestra sobre las matrices de covarianza de ambos grupos.

Puesto que deseábamos establecer simultáneamente el ajuste del modelo en dos grupos de pacientes (dolor crónico benigno y dolor crónico oncológico) atendidos en la Unidad Clínica de la Residencia Hospitalaria “Carlos Haya” de Málaga, aplicamos un contraste multimuestra sobre las matrices de covarianza de ambos grupos. Para determinar la invarianza multimuestra del modelo se han seguido tres pasos. En primer lugar, se parte del supuesto de que los parámetros y las varianzas de error son exactamente iguales en ambos grupos (supuesto de invarianza total), en segundo

lugar, se deja libre la estimación de los parámetros, manteniendo la invarianza de las varianzas de error; y finalmente, se estiman libremente los parámetros y las varianzas de error. Así puede compararse el ajuste sucesivo del modelo mediante Ji cuadrado ( $\chi^2$ ).

Para contrastar el modelo, se utilizó el programa LISREL 8.20 para Windows desarrollado por Joreskog y Sörbom (20), aplicándose previamente, para el cálculo de la matriz de correlaciones y covarianzas, el programa PRELIS 2.3 (de los mismos autores) (21) incorporado al mismo paquete estadístico.

Mediante dicho programa podemos obtener el efecto de las variables exógenas sobre las endógenas, identificadas por los coeficientes ( $\gamma$ ) y las relaciones entre las variables endógenas, representadas por los coeficientes ( $\beta$ ). Las variables exógenas no están explicadas por otras variables incluidas en el modelo. Su variabilidad se atribuye a causas externas al mismo (indicadas con flechas de mayor grosor). Las variables endógenas son variables dependientes que vienen explicadas por otras variables incluidas en el modelo exógenas o endógenas (indicadas con flechas de menor grosor). Estas influencias no determinan directamente los valores de cada variable, sino que ésta está además afectada por un término de error o residual que incluye tanto error aleatorio como varianza sistemática debida a variables omitidas del modelo. Los *parámetros* son los coeficientes o pesos por los que se multiplican los valores de las variables. La suma de los productos de las distintas variables del sistema da lugar al efecto que queremos medir. Este efecto se descompone en directo e indirecto (mediado por otra variable).

Una vez estimados los parámetros se procede a la evaluación del modelo, a fin de comprobar si el modelo se ajusta a los datos observados.

Para evaluar el modelo se tuvieron en cuenta las recomendaciones de Jaccard y Wan (22), quienes agrupan estos índices en tres grandes categorías:

—En la primera se incluyen las medidas absolutas de ajuste al cotejar el modelo predicho con el que arrojan los resultados, este contraste se realiza a través de la comparación de las varianzas y covarianzas pronosticadas y reales.

En relación a esta primera categoría, estos autores recomiendan el test  $\chi^2$ , el índice de bondad de ajuste –GFI– (*Goodness of Fit Index*) y la raíz media cuadrada residual estandarizada –RMR– (*Standardized Root Mean Square Residual*). Sin embargo, debido a las importantes restricciones estadísticas que requiere, Jaccard y Wan (22) informan que el test  $\chi^2$  probablemente sea el menos acertado:

“De los diversos índices de ajuste, probablemente el menos diagnóstico sea el tradicional test Ji cuadra-

do, por las fuertes exigencias estadísticas que subyacen bajo él”.

Esta opinión también es compartida por Bollen y Long (23) quienes consideran que el estadístico  $\chi^2$  es adecuado para los modelos sobreidentificados (existen más ecuaciones que incógnitas, por tanto es posible más de una solución).

De todas formas, dadas las limitaciones que presenta este índice (Bisquerra) (24) se recomienda utilizar medidas adicionales para completar la evaluación del modelo.

Así, utilizamos el índice de bondad de ajuste (*Goodness of Fit Index* = GFI), que es una medida de la variabilidad explicada por el modelo. GFI oscila entre 0 y 1. Se aproxima a 1 en la medida que el ajuste es bueno y a cero en caso contrario. Es independiente del tamaño de la muestra y menos sensible que  $\chi^2$  a las desviaciones de la normalidad.

Asimismo, es conveniente utilizar el Índice ajustado de bondad de ajuste conocido como AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index*). Este índice también varía entre 0 y 1, siendo 1 el ajuste perfecto.

—La segunda categoría agrupa los índices que miden el grado de parsimonia del modelo propuesto, penalizando el empleo excesivo de parámetros a estimar o, lo que es lo mismo, favoreciendo el uso comedido de las relaciones entre las variables que forman parte del modelo, ya que su uso desmesurado incrementa artificialmente su grado de ajuste.

Dentro de esta segunda categoría de indicadores, Jaccard y Wan (22) proponen el uso de la raíz media cuadrada del error de aproximación –RMSEA– (*Root Mean Square Error of Approximation*). Si el modelo es parsimonioso RMSEA < 0,08.

—En tercer lugar, incluyen otros índices que comparan el ajuste entre el modelo sugerido y otros posibles modelos, ya sean específicos o generados arbitrariamente por el sistema.

En esta tercera categoría Jaccard y Wan (22) recomiendan el empleo del Índice de ajuste comparativo –CFI– (*Comparative Fit Index*).

También es posible utilizar los valores de “t” asociados a cada uno de los parámetros (Bisquerra) (24). Se considera que este valor es significativo cuando “t” > 1,96.

En síntesis: siguiendo estas recomendaciones, en este estudio hemos considerado algunos de los índices que se sugieren, dado que suelen considerarse fundamentales:  $\chi^2$ , GFI, y el valor de t, el cual nos indica si la relación que se establece entre las variables (endógenas o exógenas) es significativa, y por tanto, nos indica el ajuste del modelo respecto a las variables consideradas.

De cualquier forma, como indican Saris y Stronkhorts (25), el ajuste de un modelo a los datos no significa por sí sólo que sea un modelo correcto. Siempre es posible formular modelos distintos que se ajusten a conjuntos de datos particulares. Estos autores proponen tres criterios para determinar si se ha obtenido un modelo correcto: a) plausibilidad del modelo; b) proporción de varianza explicada de las variables endógenas, y c) replicabilidad de los resultados.

## RESULTADOS

Siguiendo el procedimiento de análisis descrito anteriormente (*modelos de ecuaciones estructurales*) se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla I):

—En primer lugar, existe un mal ajuste de Ji cuadrado cuando se obliga al modelo a ser igual en ambos grupos.

—En segundo lugar, cuando se estiman libremente los parámetros hay un descenso de Ji cuadrado (diferencia=4,5) que no es significativo, resultando igualmente un mal ajuste entre ambos grupos.

—Finalmente, se dan diferencias altamente significativas cuando estiman libremente las varianzas de error junto con los parámetros encontrándose un excelente ajuste.

A continuación se comentan las ecuaciones estructurales de ambos grupos bajo el supuesto segundo en el que se estiman libremente los parámetros del mo-

delo, comenzando por el grupo de pacientes con dolor oncológico, seguido del grupo de pacientes con dolor benigno para terminar ofreciendo una explicación general del modelo resultante.

En las Tablas II y III se recogen las ecuaciones estructurales correspondientes a las variables dolor y funcionamiento, respectivamente, en el grupo de pacientes con dolor oncológico. Como puede observarse, el 22% de la varianza de la de la variable dolor viene explicada por la influencia de las variables independientes. Además, el valor de  $R^2$ , ciertamente bajo, indica que la variable funcionamiento no está determinada por ninguna de las variables independientes consideradas en el modelo.

Por tanto, y de acuerdo al modelo resultante, ha de indicarse que no influyen ni las estrategias activas ni la edad sobre el dolor oncológico, aunque sí influye el uso de estrategias pasivas, existiendo una relación positiva entre ambas variables. De este modo, los resultados indican que el uso de estrategias pasivas afecta positivamente al nivel de dolor experimentado por el paciente con dolor oncológico. Sin embargo, ninguna de las variables estudiadas (estrategias pasivas, estrategias activas, dolor y edad) influyen sobre el nivel de funcionamiento de estos pacientes.

En la Tabla IV se recoge la ecuación estructural correspondiente a la variable dolor en el grupo de pacientes benignos.  $R^2$  indica que el 7,3% de la varianza viene explicado por la influencia de las variables independientes. Así, puede observarse que, en este caso, influye

**TABLA I.** ÍNDICES DE AJUSTE GLOBAL DEL MODELO

	$\chi^2$	P	G.L.	GFI
1. Invarianza total	79,68	0,00	9	0,90
2. Estimación de parámetros e invarianza de las varianzas de error	75,14	0,00	2	0,91
3. Estimación de parámetros y varianzas de error	00,00	1,00	0	1,00

Índices de ajuste global del modelo bajo los supuestos 1, 2 y 3. En primer lugar, se parte del supuesto de que los parámetros y las varianzas de error son exactamente iguales en ambos grupos; en segundo lugar, se deja libre la estimación de los parámetros, manteniendo la invarianza de las varianzas de error; y finalmente, en el tercer supuesto se estiman libremente los parámetros y las varianzas de error.

**TABLA II.** PACIENTES CON DOLOR ONCOLÓGICO

EFECTO	Dolor $R^2 = 0,22$	Parámetro Error estándar Valor "t" (significación)	Determinantes		
			Activa	Pasiva	Edad
			-0,018	0,62	-0,083
			0,15	0,14	0,050
			-0,12	4,57	-1,64

Resultados de la ecuación estructural correspondiente a la variable dolor en el grupo de pacientes con dolor oncológico.

**TABLA III.** PACIENTES CON DOLOR ONCOLÓGICO

			<i>Determinantes</i>			
EFECTO	Funcionamiento R <sup>2</sup> = 0,0038	Parámetro Error estándar Valor "t" (significación)	<i>Activa</i>	<i>Pasiva</i>	<i>Edad</i>	<i>Dolor</i>
			0,027	-0,013	-0,0033	0,039
			0,11	0,11	0,037	0,077
			0,24	-0,12	-0,090	0,50

Resultados de la ecuación estructural correspondiente a la variable funcionamiento en el grupo de pacientes con dolor oncológico.

**TABLA IV.** PACIENTES CON DOLOR DE CARÁCTER BENIGNO

			<i>Determinantes</i>		
EFECTO	Dolor R <sup>2</sup> = 0,073	Parámetro Error estándar Valor "t" (significación)	<i>Activa</i>	<i>Pasiva</i>	<i>Edad</i>
			-0,23	0,34	-0,0063
			0,21	0,14	0,040
			-1,08	2,45	-0,16

Resultados de la ecuación estructural correspondiente a la variable dolor en el grupo de pacientes con dolor benigno.

tanto el uso de estrategias pasivas como activas en el dolor referido por estos pacientes. No obstante, en tanto que en el caso de las estrategias pasivas la relación es positiva y significativa (lo que indica que un mayor uso de estrategias pasivas supone una experiencia de dolor más elevada), en el segundo caso la relación es inversa (un mayor uso de estrategias activas incide en un menor dolor percibido), si bien esta relación no alcanza la significación estadística. Finalmente, y en contra de lo postulado, la variable edad no parece influir sobre el dolor experimentado por estos pacientes.

Por último, en la Tabla V se recoge la ecuación estructural correspondiente a la variable funcionamiento en el grupo de pacientes con dolor de carácter benigno. El 44% de la varianza de la variable funcionamiento viene explicada por el modelo. Así, se observa que tanto el uso de estrategias pasivas como la edad de los pacientes influyen significativamente sobre el nivel de funcionamiento de los mismos, siendo esta relación negativa. Por tanto, puede señalarse que un peor nivel de funcionamiento es debido tanto al uso de estrategias pasivas como al hecho

de tener una menor edad. Asimismo, se obtiene una relación negativa entre el dolor y el nivel de funcionamiento, si bien en este caso la relación no alcanza la significación estadística. El ajuste final del modelo se expone en la Tabla I.

1. Con respecto a la variable *dolor*, las estrategias pasivas influyen significativamente sobre el dolor, tanto oncológico como benigno, siendo dicha relación positiva, mientras que se observa que las estrategias activas sólo influyen en el caso de pacientes aquejados de dolor benigno, aunque tan sólo puede apuntarse hacia una cierta tendencia estadística, siendo la relación negativa en este caso.

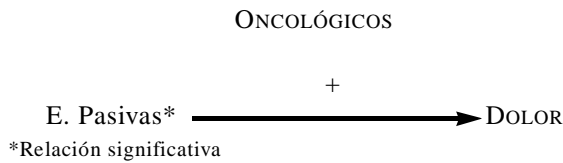
2. En cuanto a la variable *funcionamiento*, el dolor, la edad y el uso de estrategias pasivas influyen en el funcionamiento de los pacientes con dolor benigno, siendo dichas relaciones negativas, pero ninguna de las variables estudiadas influye sobre el funcionamiento de los pacientes con dolor oncológico.

Consiguientemente, el modelo final resultante, para cada grupo de pacientes estudiados, podría quedar representado como puede verse en las Figuras 2 y 3.

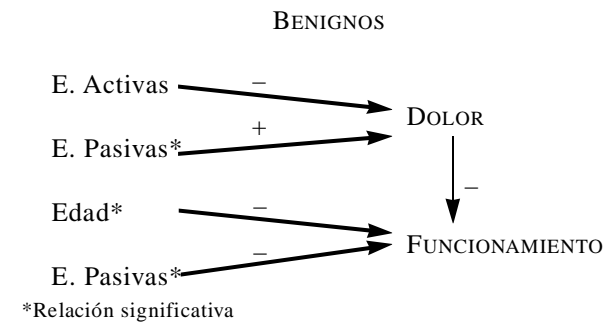
**TABLA V.** PACIENTES CON DOLOR DE CARÁCTER BENIGNO

			<i>Determinantes</i>			
EFECTO	Funcionamiento R <sup>2</sup> = 0,44	Parámetro P Valor "t" (significación)	<i>Activa</i>	<i>Pasiva</i>	<i>Edad</i>	<i>Dolor</i>
			-0,065	-0,29	-0,20	-0,11
			0,16	0,10	0,029	0,072
			-0,42	-2,78	-7,04	-1,47

Resultados de la ecuación estructural correspondiente a la variable funcionamiento en el grupo de pacientes con dolor benigno.



**Fig. 2**—Modelo resultante (grupo de pacientes con dolor oncológico).



**Fig. 3**—Modelo resultante (grupo de pacientes con dolor crónico benigno).

Posiblemente la conclusión más evidente derivada de los anteriores resultados sea la existencia de una marcada diferencia entre los sujetos con dolor crónico oncológico y aquéllos que sufren un dolor crónico benigno. Tal vez sean las características diferenciales de ambos tipos de dolor las que expliquen, al menos en parte, el efecto que en ellos provocan las variables estudiadas (estrategias de afrontamiento, edad y funcionamiento). De esta manera, el uso de estrategias de afrontamiento activas sólo muestra un valor adaptativo en el caso de sujetos con dolor benigno, no así en los individuos con dolor oncológico.

Por otro lado, y continuando con estas diferencias, el nivel de funcionamiento cotidiano del individuo con dolor benigno se ve afectado por variables como la intensidad del dolor, la edad del paciente y la utilización de las estrategias pasivas (como esperábamos, atendiendo a las referencias teóricas al respecto). Sin embargo, una vez más, quedan patentes las diferencias entre ambos tipos de dolor, ya que los resultados indican que ninguna de las variables anteriores produce efecto sobre el funcionamiento de los pacientes con dolor oncológico. Una explicación posible a este respecto podría ser debida a las deficiencias del instrumento de evaluación utilizado para la medición del funcionamiento del sujeto. Es posible que el nivel de deterioro del paciente oncológico sea tal, que el instrumento en cuestión no discrimine adecuadamente

las posibles diferencias entre los sujetos de esta muestra. En la actualidad, intentando soslayar este posible problema, nuestro grupo de investigación se encuentra en las tareas de crear un nuevo cuestionario que incluya actividades de autocuidado e independencia personal. Este instrumento permitirá realizar una evaluación más pormenorizada y específica, para poder delimitar así las diferencias de funcionamiento en un grupo de sujetos con estas características.

Otra posible explicación puede ser que en los pacientes oncológicos el deterioro causado por la enfermedad (y no sólo los aspectos relativos al dolor) sea tal que lo que los pacientes hacen (es decir, las estrategias de afrontamiento que utilizan) no pueden influir sobre el dolor.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, ha de indicarse que los resultados obtenidos son coherentes con la propuesta de Brown y Nicassio (8), en cuanto al efecto negativo de la utilización de las estrategias pasivas. De hecho, en ambos tipos de dolor, el uso de las mismas se relaciona con una mayor intensidad de dolor. Así, por ejemplo, cuando los pacientes intentan controlar el dolor que padecen contándole a los demás lo mucho que les duele, o comienzan a pensar que no pueden hacer nada para aliviar el dolor, el grado de intensidad de éste aumenta.

Las implicaciones de los resultados y conclusiones del presente estudio, dentro del proyecto de investigación más amplio en el que se incluye, son relevantes para el objetivo de diseñar y aplicar un tratamiento psicológico dirigido a influir sobre aquellas variables modificables que modulan la experiencia de dolor. Por un lado, habremos de continuar con el análisis de las diferencias entre sujetos con dolor oncológico y sujetos con dolor benigno. De hecho, hasta ahora, la información apunta a la necesidad de crear tratamientos distintos según el tipo de dolor, ya que aquellas intervenciones que podrían funcionar en unos pacientes pueden ser irrelevantes para los que padecen dolor de otra índole.

Por otro lado, puesto que nos proponemos crear una forma de tratamiento basada en las estrategias adaptativas que utilizan espontáneamente los sujetos, contribuyendo así a solventar los problemas de mantenimiento y utilidad de los tratamientos actuales, no carece de importancia conocer la influencia negativa que, sobre el dolor, ejercen las estrategias de afrontamiento pasivas. No está tan claro, sin embargo, el efecto de las estrategias activas. Como ya se ha apuntado, si bien se encuentra cierta tendencia estadística en la relación inversa entre el uso de estas estrategias y la intensidad de dolor en los pacientes con dolor benigno, no aparece relación alguna entre las mismas y el dolor percibido por



el paciente oncológico. Esperamos que análisis posteriores, en relación con las diferencias entre ambos tipos de dolor, arrojen luz sobre esta cuestión.

## CONCLUSIÓN

En *conclusión*, en este trabajo se comprueba empíricamente que:

1. Las estrategias de afrontamiento pasivas:
  - Están relacionadas positivamente con el padecimiento de dolor, tanto en pacientes de dolor crónico oncológico como de dolor crónico benigno.
  - Están relacionadas negativamente con el funcionamiento de los pacientes de dolor crónico benigno.
  - Parecen ser menos adaptativas que las estrategias de afrontamiento activas.
2. La edad no parece guardar una relación significativa ni con el padecimiento de dolor ni con el nivel de funcionamiento de los pacientes de dolor crónico oncológico.

### CORRESPONDENCIA:

M. T. Anarte Ortiz  
 Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico  
 Facultad de Psicología. Universidad de Málaga  
 Campus Universitario de Teatinos, s/n  
 29071 Málaga  
 Tef.: 952 132994 - Fax: 952 131100  
 E-mail: anarte@uma.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1989.
2. Esteve MR, López AE, Anarte MT, Ramírez C, Rodríguez MJ, Gris E. La escala Vanderbilt de estrategias de afrontamiento al dolor: datos preliminares en una muestra Española. V Congreso de Evaluación Psicológica; 1998 Abr-May 30-3; Benalmádena, Málaga.
3. Rodríguez MJ, Ramírez C, Anarte MT, Esteve MR, López AE, Gris E. Peculiaridades del dolor crónico oncológico. I Congreso Nacional de Psicooncología; 1998 Oct 8-10; Madrid.
4. Gris E, López AE, Ramírez C, Anarte MT, Esteve MR, Rodríguez MJ. Estrategias de afrontamiento y estado de ánimo en pacientes con dolor crónico benigno. II Congreso de la Sociedad Española para el estudio de la ansiedad; 1998 Sep 24-26; Benidorm.
5. Ramírez C, López AE, Anarte MT. Influencias de las variables sexo y edad en las estrategias de afrontamiento y el dolor crónico. IV Jornadas de la Sociedad Española para la Investigación de las Diferencias Individuales; 1999 Feb 12; Valencia.
6. Gil KM, Abrams MR, Phillips G, Williams DA. Sickle cell disease pain: Predicting health care use and activity level at 9 months follow-up. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 267-73.
7. Keefe FJ, Crisson J, Urban BJ, Williams DA. Analyzing chronic low back pain: the relative contribution of pain coping strategies. *Pain* 1990; 40: 293-301.
8. Brown GK, Nicassio PM. The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain* 1987; 31: 53-65.
9. Holmes JA, Stevenson CAZ. Differential effects of avoidant and attentional coping strategies on adaptation to chronic and recent-onset pain. *Health Psychol* 1990; 9: 577-84.
10. Lenhart RS, Ashby JS. Cognitive coping strategies and coping modes in relation to chronic pain disability. *J Appl Rehabil Counsell* 1996; 27: 15-8.
11. Parker JC, Smarr KL, Buescher KL, Phillips LR. Pain control and rational thinking. *Arthritis Rheum* 1989; 32: 984-90.
12. Snow-Turek, AL, Norris MP, Tan G. Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain* 1996; 64: 455-62.
13. Goldie L. The effect of character, experiences and circumstances on the way in which physical pain is endured. *Psychol Med* 1990; 22: 195-6.
14. Wu K. Family Support, Age and emotional states of terminally ill cancer patients. *Omega J Death Dying* 1991; 22: 139-51.
15. Dobratz M. Analysis of variables that impact psychological adaptation in home hospice patients. *Hosp J* 1995; 10: 75-88.
16. Williamson G, Schulz R. Activity restriction mediates the association between pain and depressed affect: A study of younger and older adult cancer patients. *Psychol Aging* 1995; 10: 369-78.
17. Kerns RD, Turk DC, Rudy TE. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain* 1985; 23: 345-56.
18. Ruiz R, Pagerols M, Ferrer I. The Spanish pain questionnaire. *Pain* 1990; 5: 304.
19. Pastor MA, López-Roig S, Rodríguez-Marín J, Terol MC, Sánchez S. Evaluación multidimensional del dolor crónico en enfermos reumáticos. *Rev Psicol Salud* 1995; 7: 79-106.
20. Joreskog KG, Sorbom D. LISREL 8.2 Analysis of linear structural relationships by Maximum likelihood instrumental variables and least squares methods. Mooresville: Scientific Software International, 1999.
21. Joreskog KG, Sorbom D. PRELIS2: A program for multivariate data screening and data summarization. Mooresville: Scientific Software International, 1996.
22. Jaccard J, Wan CK. LISREL approaches to interaction effects in multiple regression. Thousand Oaks, USA: Sage Publications, 1996.
23. Bollen KA, Long JS. Testing structural equation models. Newbury Park, CA, USA: Sage Publications, 1993.
24. Bisquerra R. Introducción conceptual al análisis multivariante. Barcelona: P.P.U., S.A., 1989.
25. Saris WE, Stronkhorst LH. Introduction to causal models in non-experimental research. Amsterdam: Sociometric Research Foundation, 1984.