

Presentación de un protocolo de tratamiento psicológico (grupal cognitivo-conductual) en pacientes con dolor crónico.

A. Biurrun, G. Jusú

INTRODUCCIÓN

Una de las distinciones principales en la caracterización del dolor es la existente entre dolor agudo y dolor crónico. El dolor agudo, ordinariamente asociado a una causa específica y bien localizada, tiene una rápida aparición y un posterior mantenimiento a lo largo de un período más o menos largo hasta que la causa ha desaparecido.

El dolor crónico, que puede iniciarse como el agudo, se diferencia esencialmente en que se mantiene un largo período de tiempo aún después de que se haya producido la curación y por tanto haya desaparecido la causa que lo producía.

El dolor crónico (DC) puede ser considerado como uno de los grandes problemas de salud de la sociedad contemporánea:

- Por la alta prevalencia. A falta de datos de población española, podemos considerar, como referencia los relativos a EE.UU. donde existen 20-30 millones de pacientes afectados de artritis, 25 millones de cefaleas crónicas, 8 millones de lumbalgia (1).
- Por los elevados costes económicos y sociales que conlleva, como la elevada utilización de servicios médico-sanitarios, gastos en medicación, pérdidas de horas de trabajo, costos asociados a indemnizaciones... En EE.UU. se estima que el coste financiero del DC valorando los anteriores conceptos se acerca a los noventa mil millones de dólares(2).
- Por los efectos que tiene en la vida del paciente: trastornos afectivos, problemas sociales, familiares, aislamiento, inactividad, efectos iatrogénicos de los tratamientos.

Pero ante todo, el dolor es una experiencia vivencialmente compleja y así lo recoge la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), que lo define como una "experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión hística presente o potencial o descrita en términos de la misma"(3).

Esta definición contiene implicaciones que constituyen importantes avances en la conceptualización del dolor: lo considera como algo subjetivo; otorga importancia al informe verbal del sujeto en la definición del cuadro; invalida el concepto de dolor como modalidad sensorial, presentándolo como una experiencia compleja, donde existen tres componentes o dimensiones:

- Sensorial-discriminativa. Su función es transmitir la estimulación nociva y describir su intensidad y características espacio-temporales. Se trata de una primera codificación del dolor.
- Motivacional-afectiva. Implica la vivencia del dolor como desagradable y aversivo, cualidades capaces de elicitar ansiedad y alteraciones de las respuestas emocionales del sujeto, así como motivar complejas conductas de escape y/o huida.
- Cognitivo-evaluativa. El papel que variables cognitivas (atención, sugestión, tipos de pensamiento, creencias, atribuciones...) tienen sobre la experiencia de dolor, demuestra su capacidad de modular el funcionamiento del resto del sistema implicado en la percepción del dolor.

Durante los últimos veinte años, han sido numerosas las propuestas de tratamiento psicológico en el manejo del dolor crónico: desde el tratamiento basado en el condicionamiento operante desarrollado por Fordyce(4) a tratamientos mediante técnicas cognitivo-conductuales: relajación, biofeedback, estrategias cognitivas de control atencional(5). La tendencia actual es la aplicación de paquetes terapéuticos compuestos por varias de estas técnicas que se incluyen dentro de programas multidisciplinarios.

La conveniencia y eficacia de los Centros Multidisciplinarios de Dolor, donde se integra una combinación de tratamiento médico-farmacológico, terapia física y psicológica, está aceptada internacionalmente. En un reciente meta-análisis (6), donde fueron examinados 65 estudios que evaluaban la eficacia de tratamientos multidisciplinarios para DC de espalda, se llega a las siguientes conclusiones: los efectos inter e intragrupo revelaban que los tratamientos multidisciplinarios para el dolor crónico eran superiores al no tratamiento, lista de espera y a los tratamientos únicos como los médico-farmacológicos o los basados en terapia física; por otra parte los efectos beneficiosos eran estables a lo largo del tiempo y no estuvieron limitados a mejoras en el dolor y en el estado de ánimo sino que se extendieron a variables conductuales tales como la vuelta al trabajo o el uso del sistema sanitario.

Por parte de la Unidad del Dolor del Hospital de Navarra y del Servicio de Traumatología de Ubarmin (ambas con un volumen importante de pacientes con DC) surgió el interés por incluir, junto a la terapéutica médico-farmacológica habitual, un abordaje psicológico. Interés que propició el contacto de la Unidad del Dolor con el

Psicólogo Clínico de la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Navarra y que culminó en la puesta en marcha (por los autores de este artículo) de este protocolo de tratamiento en Septiembre de 1997. Surgió, así mismo, la necesidad de investigar de forma seria y rigurosa la efectividad de este protocolo de tratamiento, como paso previo a una utilización clínica del mismo dentro de una concepción multidisciplinar. La aprobación de este proyecto de investigación por el Gobierno de Navarra, posibilitará su desarrollo en los citados Servicios durante dos años.

A través de este trabajo, pretendemos realizar de forma detallada la presentación de este protocolo de tratamiento psicológico (grupal cognitivo-conductual) y que, al menos durante dos años, estará incluido en el abordaje terapéutico de pacientes con dolor crónico tanto en la Unidad de Dolor del Hospital de Navarra como del Servicio de Traumatología de la Clínica Ubarmin.

DESCRIPCIÓN DEL PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

Características generales

Se basa en el tratamiento psicológico desarrollado por Philips(2) en el Shaughnessy Hospital de Vancouver B.C. (Canadá).

El objetivo principal de este protocolo de tratamiento es mejorar el nivel de control activo y autodomio del paciente sobre su dolor con la consiguiente mejora en su calidad de vida.

La propuesta de tratamiento es grupal. Si bien el programa puede desarrollarse también de forma individual, consideramos más ventajosa su aplicación en grupo. Este estará constituido por 5-7 sujetos. Estimamos que en estos dos años el tratamiento podrá ser aplicado a unos 15 grupos (100 pacientes aproximadamente).

Para la valoración de los resultados del tratamiento emplearemos un diseño transversal pre-postratamiento.

Selección de los sujetos

Criterios de inclusión:

- Dolor crónico (DC) definido como dolor persistente con una duración de, al menos, seis meses y resistente a la terapéutica médica convencional.
- Reducción del nivel de actividad (actividades diarias y ejercicio físico).
- Intensa respuesta emocional a las experiencias de dolor.
- Depresión de ligera a moderada valorada a través de HAD, SCL 90-R y entrevista clínica.

- Ganancias ambientales por emisión de conductas de dolor y de evitación (atención y cuidado por parte de familiares, abandono de actividades y responsabilidades...). A pesar de que el concepto "Ganancias ambientales" resulta difícil de evaluar y objetivar se tratará de determinar a través de la entrevista clínica.
- Carencia de estrategias de afrontamiento activo, entendiendo el concepto de afrontamiento como todos aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales desarrollados por el individuo con el fin de manejar las demandas internas y externas generadas por su afección de dolor crónico, y que suponen un reto a su potencial de recursos individuales.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con cáncer. La única patología causante de dolor que excluimos en nuestro programa de tratamiento es la asociada a procesos oncológicos.
- Pacientes psicóticos activos.
- Individuos con deficiencia intelectual. Si existe sospecha de deficiencia intelectual efectuamos una exploración psicodiagnóstica específica (TONI 2, prueba que no está incluida en el protocolo de evaluación general definido en términos de sencillez de respuesta, y rapidez, eficacia y relevancia en la obtención de datos).
- Pacientes con depresión grave. En estos casos el paciente es derivado a su Centro de Salud Mental correspondiente.
- Mayores de 65 años.
- Pacientes con una clara ganancia secundaria en torno al dolor (querellas con seguros, litigios con empresas...).

En este punto consideramos de interés realizar una breve reflexión en torno al diagnóstico diferencial con otra categoría de trastornos mentales: los trastornos somatomorfos y más concretamente el trastorno de dolor somatomorfo persistente. Según la CIE-10 el rasgo principal de este trastorno es la presencia de un dolor intenso y persistente que no puede ser explicado por un proceso fisiológico o un trastorno orgánico. El dolor suele aparecer en circunstancias que hacen suponer que está vinculado a conflictos o problemas, o que permite que el paciente reciba mayor atención y apoyo por parte de médicos y otras personas significativas para él. Se excluyen los dolores debidos a mecanismos psicofisiológicos conocidos o inferidos.

Por el contrario, en los pacientes con los que trabajamos existen mecanismos psicofisiológicos conocidos que explican la presencia de sintomatología dolorosa. En cuanto a la presencia de factores psicológicos involucrados, en el ámbito de estudio sobre dolor crónico existe un acuerdo mayoritario a la hora de adoptar esquemas conceptuales dimensionales en lugar de categoriales; es decir, los factores psicológicos siempre van a estar presentes en mayor o menor medida en la percepción y modulación del dolor crónico, como se recoge en la Teoría de la Puerta de Melzack y Wall (7) y sus posteriores desarrollos.

Aspectos descriptivos de las sesiones

La duración total del protocolo de tratamiento es de nueve sesiones, de hora y media cada una y con frecuencia semanal. El régimen de aplicación es ambulatorio.

Las sesiones tienen la siguiente estructura:

A) Revisión de tareas para casa (prescritas en la sesión anterior y efectuadas durante la semana). Es fundamental este trabajo fuera de las sesiones ya que permite el entrenamiento y la generalización de las estrategias aprendidas. La asunción, por parte del paciente, de un papel activo en el cuidado y mantenimiento de su salud es fundamental en este enfoque terapéutico.

B) Presentación didáctica. El psicólogo clínico realiza una corta y didáctica disertación sobre el tema central de la sesión. Los temas abordados en las sesiones integrantes del programa son: acercamiento al autodomínio del dolor; el rol de la relajación; el ejercicio físico; la medicación; el estado emocional; la focalización de la atención; la valoración del dolor; distribución de la actividad; prevención de recaídas.

C) Demostración y práctica de una estrategia relacionada con la presentación didáctica.

Las estrategias que se presentan son las siguientes:

- Relajación progresiva de Jacobson. Se trata de un método de relajación activa y progresiva de nueve grupos musculares por medio del cual el paciente, no sólo aprende a relajarse sino que incrementa su capacidad de percepción propioceptiva sobre los niveles de tensión muscular, siendo finalmente capaz de efectuar una relajación diferencial en función de sus necesidades tensionales.
- Incremento de la actividad/vigor físico. Muchos de los pacientes con dolor crónico han reducido su nivel de ejercicio físico prácticamente a cero. Desde el inicio del tratamiento se inicia un programa de incremento gradual del mismo, practicado diariamente.

- Descenso gradual de las drogas. En la medida en que los pacientes van teniendo más recursos para manejar su dolor son más capaces de ir reduciendo la toma de medicación. Cada caso es valorado en las reuniones periódicas que mantenemos con los médicos de los dos Servicios.
- Reducción de la hiperreactividad emocional. En la experiencia de la gran mayoría de los pacientes se encuentra la repercusión de sus reacciones emocionales (ansiedad, tensión, ira...) en sus niveles de dolor. En el grupo se trabajan diferentes estrategias reductoras de estas reacciones: aplicación de la relajación y técnicas de respiración, planificación y distribución de las actividades, alejamiento momentáneo del contexto (tiempo fuera)...
- Focalización externa. Existe una relación directa entre focalización de la atención en el dolor y los efectos directos sobre el mismo, pero también crea efectos indirectos en la relación con los demás. En el grupo se trabajan estrategias de focalización externa: atención a estímulos ambientales (sonidos, imágenes...), actividades de concentración.
- Asertividad. Es un hecho habitual que los pacientes emitan conductas de dolor para conseguir sus objetivos en las relaciones interpersonales, generando patrones de conducta anómalos y negativos. En el grupo se trabajan una serie de aspectos encaminados al desarrollo de una conducta asertiva que podría definirse como aquella conducta que afirma, asegura o ratifica las opiniones propias en situaciones interpersonales y que tiene como consecuencia el producir y mantener auto-refuerzos sin utilizar conductas aversivas para los otros.
- Revalorización del dolor. Se trabajan una serie de estrategias encaminadas a reinterpretar la experiencia de dolor con objeto de minimizarla o trivializarla: transformación de sensaciones, transformación del contexto, límites en la extensión del dolor...
- Reestructuración cognitiva. Se trabajan aspectos como la toma de conciencia sobre los pensamientos asociados a situaciones de dolor y la creación de un hábito de pensamiento más positivo y encaminado a la acción.
- Distribución, espaciamiento y no evitación de la actividad. Se dan

pautas encaminadas a romper el patrón de inactividad de muchos de los pacientes y a mantener un nivel general de actividad lo más normalizado posible. - Relajación controlada por claves. Tras el entrenamiento realizado en relajación progresiva es posible inducir esta relajación más rápida.

D) Asignación de tareas para casa: ejercitación de la estrategia trabajada y autoregistro(se trata de una hoja en la que el paciente registra la información demandada en función de la sesión y referida a sí mismo) relacionado con la presentación didáctica de la próxima sesión.

E) Fin de sesión y recogida de material por los pacientes. A lo largo del programa se van presentando y entrenando una serie de estrategias relacionadas con la presentación didáctica, las cuales se centran en los factores que se sabe afectan a los niveles de dolor experimentado y/o al desarrollo de círculos viciosos que pueden amplificar el dolor; es decir, todas las reacciones producidas ante un problema de dolor que se mantiene durante mucho tiempo(tensión muscular, protección y desuso de la zona dolorida, ansiedad, ira, depresión...) y que produce, a su vez, más dolor. De esta forma, las estrategias llegan a ser vías por las que el paciente puede llegar a adquirir control sobre su problema de dolor, tanto rompiendo los círculos viciosos como disminuyendo la experiencia dolorosa.

El desglose del tratamiento por sesiones se explica a continuación:

Sesión 1

A. Revisión de tareas para casa.

- Hoja de metas.

B. Presentación didáctica.

- Abordaje del problema centrado en el autodomínio del dolor.
- Presentación del Modelo de Control de la Puerta.

C. Demostración y práctica de estrategia 1A.

- Respiración diafragmática.

D. Asignación de tareas:

- Practicar el control de la respiración dos veces al día.
- Registrar el ejercicio para establecer el nivel basal.

Sesión 2

A. Revisión de tareas.

- Hoja de registro de ejercicio (nivel basal).
- Resolución de problemas sobre la práctica de respiración.

B. Presentación didáctica.

- El rol de la relajación en el dominio del dolor.
- El rol negativo de la tensión muscular.

C. Estrategia 1B:

- Relajación progresiva (9 grupos musculares con control de respiración).

D. Asignación de tareas:

- Práctica de la relajación con cinta (dos veces al día).
- Ejercicio diario a nivel basal.
- Tomar la medicación 3 ó 4 veces al día con horario repartido regularmente.
- Hoja de registro (HR) de patrones de dolor.

Sesión 3

A. Revisión de tareas:

- Resolución de problemas: relajación/ejercicio diario.
- Discusión sobre HR de patrones de dolor (conclusiones generales, picos, valles...).

B. Presentación didáctica:

- El rol del ejercicio y niveles de actividad.

C. Estrategia 2:

- Ejercicios específicos y/o aclaración de elección/demanda de ejercicios generales.

D. Asignación de tareas:

- Incremento de actividad.
- Relajación (dos veces al día).
- Diarios de dolor.

Sesión 4

A. Revisión de tareas para casa.

- Utilización de los diarios de dolor.
- Ejercicio y relajación.
- Problemas relativos al autorregistro del dolor y patrones individuales.

B. Presentación didáctica:

- El rol de las drogas (efectos colaterales, tolerancia, etc.).

C. Demostración y práctica de estrategias:

- Estrategia 1c: relajación e imaginación distractora.
- Estrategia 3: reducción de drogas.

D. Asignación de tareas:

- Incremento del ejercicio.
- Relajación.
- Registro de sucesos estresantes en el diario del dolor.

Sesión 5

A. Revisión de tareas para casa:

- Reacciones a la reducción de medicación, incremento de ejercicio y descanso.
- Conclusiones referentes a los sucesos estresantes para cada paciente.

B. Sesión didáctica:

- El rol del estado emocional; ansiedad e ira.

C. Demostración y práctica de estrategias:

- Estrategia 4: manejo de estrés.

D. Asignación de tareas:

- Incremento de ejercicio.
- Relajación.
- Técnicas de reducción de estrés (indicando resultado de la HR).
- Allegados y paciente registran discusiones/acciones referentes al dolor, independientemente.
- Discusión de las pruebas de aserción.

Sesión 6

A. Revisión de tareas para casa:

- Reacciones a las tareas.
- Conclusiones referentes a la asertividad.
- Conclusiones referentes al registro de discusiones/acciones referentes al dolor.
- Problemas.

B. Presentación didáctica:

- El rol de la focalización de la atención y de las quejas.

- Demostración indirecta de necesidades (y quejas).
- La necesidad de la asertividad.

C. Demostración y práctica de estrategias:

- Estrategia 5: técnicas de focalización, distracción.
- Estrategia 6: role-playing de asertividad.

D. Asignación de tareas:

- Incremento del ejercicio.
- Relajación regular.
- Discusión con allegados sobre comunicación y respuesta de los mismos ante las quejas.
- Ejercicio de asertividad.
- Suspensión del diario.
- Registros del habla interna.

Sesión 7

A. Revisión de tareas para casa:

- Reacciones a las tareas para casa.
- Éxito en las negociaciones con los allegados y en asertividad (reacciones de la familia).
- Problemas con habla interna.

B. Presentación didáctica.

- El rol de la valoración del dolor y la depresión.

C. Estrategias:

- Estrategia 7: relajación controlada por claves.
- Estrategia 8: revalorización, técnicas de habla interna.

D. Tareas para casa:

- Incremento del ejercicio.
- Relajación regular y corta.
- Reducción del habla interna negativa.
- Incremento de actividades placenteras.
- Técnicas de revalorización.
- Registrar la actividad evitadora.

Sesión 8

A. Revisión de tareas para casa:

- Reacciones a las tareas.
- Conclusiones referentes al registro de evitación/confrontación.

B. Presentación didáctica:

- El rol de la distribución de la actividad.

C. Estrategias:

- Estrategia 9: espaciamiento de la actividad.
- Estrategia 7: relajación por claves (continuación).

D. Asignación de tareas:

- Incremento del ejercicio.
- Relajación.
- Reducción de evitación/confrontación.
- Control por claves.
- Registro de comparación de estrategias.

Sesión 9

A. Revisión de tareas:

- Reacciones a las tareas.
- Conclusiones referentes a la distribución de la actividad y a las diferencias individuales en el uso de estrategias.

B. Presentación didáctica.

- Revisión de las diferencias individuales.
- Estrategias episódicas vs preventivas.
- Adaptación de los otros a los cambios del paciente.
- Cómo enfrentarse con las contrariedades y recaídas.

C. Estrategias:

- Abordaje global de todas las estrategias trabajadas.
- Énfasis en el uso episódico de las técnicas y en la inducción corta de la relajación.

- Examen de las hojas de metas.

D. Tareas para casa:

- Incremento del ejercicio.
- Incremento de actividades.
- Hojas de meta para las ocho semanas hasta el seguimiento.
- Diarios de una semana.

Evaluación pre y postratamiento

Todos los pacientes serán evaluados antes y después de la aplicación del protocolo de tratamiento con los siguientes instrumentos:

- Escala Numérica de Dolor(0-5) donde 0 es ausente y 5 incapacitante.
- Entrevista estructurada para pacientes con DC de Philips(2), permite una recogida sistemática de información sobre datos personales y aspectos relacionados con el dolor (tipo de dolor, localización, patrón de desarrollo de los episodios de dolor, antecedentes, uso de medicación, historia del problema...)
- Inventario de Actividad de Penzo (8). Se trata de un Inventario de 41 actividades (adaptación a población española del Indicador de Patrón de Actividad de Fordyce (9)) que permite una recogida de información, sistemática y detallada, del patrón de actividad diaria del paciente.
- Sympton Check List 90 - Reform (SCL 90-R)¹⁰. La versión castellana ha sido realizada por González de Rivera et cols (11). Es un inventario de síntomas psicopatológicos compuesto por 90 ítems, agrupados en nueve escalas o dimensiones. Se obtienen doce medidas: nueve correspondientes a las escalas y tres índices globales.
- Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD)¹²(13). Compuesta por 14 ítems, se trata de una escala especialmente sensible para evaluar ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad física, ya que se han eliminado aquellos ítems que pueden confundirse con síntomas propios de trastorno físico.
- Escala Multidimensional de Locus de Control del Dolor(14), adaptada a pacientes con DC en población española por Pastor y cols(15). En esta Escala de 15 ítems se ha confirmado la formulación multidimensional del constructo "locus de control", obteniéndose cuatro factores o subescalas independientes: "Profesionales", "Interno", "Azar" y "Destino".
- Cuestionario de Formas de Afrontamiento (CEA), adaptado para población española por Rodríguez-Marín y cols¹⁶. Compuesto por 50 ítems, permite establecer 11 escalas representativas de diferentes formas de afrontamiento.

Los dos últimos cuestionarios se centran en la evaluación de dos dimensiones de la personalidad (Locus de Control y Estrategias de Afrontamiento) que son consideradas de gran relevancia tanto en la experiencia de dolor, como en la respuesta a las diferentes propuestas terapéuticas.

REFLEXIÓN FINAL

La caracterización actual del dolor, avalada por numerosos hallazgos clínicos y experimentales, como una experiencia vivencialmente compleja en la que existen tres dimensiones (Sensorial-discriminativa, Motivacional-afectiva y Cognitivo-evaluativa), tiene importantes implicaciones en el tratamiento, ya que plantea como necesario un abordaje terapéutico multidisciplinar donde se integren tratamientos médicos, farmacológicos y psicológicos.

Dentro de este marco de referencia desarrollaremos, en los próximos dos años, nuestro estudio sobre la efectividad de este protocolo de tratamiento psicológico en pacientes con dolor crónico en nuestra comunidad. Por lo tanto quedamos emplazados a un próximo futuro en el que estemos en condiciones de aportar los resultados obtenidos en nuestra investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Donker FJ.** Evaluación y tratamiento del dolor crónico. En: Buena-Casal G (Ed). Manual de Psicología Clínica Aplicada. Madrid: Siglo XXI, 1991.
2. **Philips HC.** El tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Pirámide, 1991.
3. **IASP.** Subcommittee of Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Pain 1979; 6: 249-252.
4. **Fordyce WE.** Behavioral methods for chronic pain and illness. San Luis: Mosby, 1976.
5. **Meichembaum DH, Turk DC.** Stress, coping and disease: a cognitive-behavioral perspective. En: Neufeld R (Ed). Relations between psychological stress and psychopathology. New York: Mc Graw-Hill, 1980.
6. **Flor H, Fydrich T, Turk DC.** Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. Pain 1992; 49: 221-230.
7. **Melzack R, Wall PD.** Pain mechanism: a new theory. Science, 1965, 150: 971-979.
8. **Penzo W.** El dolor crónico. Aspectos Psicológicos. Barcelona: Martínez-Roca, 1989.
9. **Fordyce WE.** Learning processes in pain. En: Sternbach RA (Ed). The psychology of pain. New York: Raven Press, 1978.

- 10. Derogatis LR. SCL 90-R.** Administration scoring and procedures manual. Towson: Clin Psychom Res 1983.
- 11. González de Rivera JL, De las Cuevas G, Monterrey AL, Rodríguez-Pulido F, Gracia R.** Síntomas psiquiátricos y psicósomáticos en la población general. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1993.
- 12. Zigmond AS, Snaith RP.** The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361-370.
- 13. Echeburua E.** Evaluación y tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid: UNED-Fundación Universidad-Empresa, 1993.
- 14. Toomey TC, Lunden TF, Mann ID, Abashians S.** The pain locus of Control Scale: a comparison of chronic pain patients and normals. Pain 1991; 45: 129-133.
- 15. Pastor MA, López S, Rodríguez-Marín J, Sánchez S, Salas E, Pascual E.** Expectativas de control sobre la experiencia de dolor. Rev Psic Sal 1990; 1: 91-111.
- 16. Rodríguez-Marín J, Terol MC, López-Roig S, Pastor M.** Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes. Rev Psic Sal 1992; 4: 59-82.