

UNIVERSITAT JAUME I
Facultat de Ciències de la Salut

Treball Fi de Màster

Ús d'un qüestionari de resposta
forçada com a ferramenta per avaluar
l'estil d'afrontament en pacients amb
dolor crònic: Desenvolupament i estudi
de propietats psicomètriques

LLOPIS BALLESTER, JOAN

DNI: 21.005.589-B

Tutor: SUSO RIBERA, CARLOS

Màster en Psicologia General Sanitària



UNIVERSITAT
JAUME·I

València, 30 de Gener
2021

1. RESUM

Introducció. Els estils d'afrontament són fonamentals per entendre l'adaptació de les persones al dolor crònic. Les mesures d'afrontament han utilitzat fins ara escales de resposta tipus Likert. Per evitar que una persona indique altes puntuacions tant en afrontament adaptatiu com desadaptatiu (un problema comú en escales Likert), es va crear una versió de resposta forçada del Social Problem Solving Inventory (SPSI), anomenat Forced-Choice SPSI (FC-SPSI). L'objectiu d'aquest treball és valorar-ne les propietats psicòmètriques. **Mètode.** Els participants han estat 273 persones amb dolor crònic de dues Unitats de Dolor. Junt al FC-SPSI, se'ls va administrar mesures de salut (física i mental) i interferència del dolor (validesa de criteri concurrent) i d'afrontament (validesa de constructe). Les dades han estat processades amb l'SPSS 21. **Resultats.** Els factors evitació i afrontament racional del FC-SPSI correlacionaren de manera significativa ($p < 0.05$) i en la direcció esperada amb els seus anàlegs de l'escala original SPSI. Això no va succeir amb el factor d'impulsivitat. La impulsivitat i, en menor mesura, l'afrontament racional es van relacionar amb millor salut física i mental i menys dolor. El contrari va succeir amb l'evitació. **Conclusions.** El constructe impulsivitat del FC-SPSI sembla no valorar el mateix que el seu homònim del SPSI. El FC-SPSI entén l'estil impulsiu com una "persistència centrada en la tasca" (estratègia adaptativa front el dolor); aquest qüestionari sembla ser una alternativa adient –i possiblement *més conductual* que el SPSI– pel fet d'utilitzar respostes forçades per avaluar els estils d'afrontament del dolor.

Paraules clau. Dolor Crònic, Solució de Problemes, FC-SPSI, Resposta Forçada.

2. ABSTRACT

Introduction. Coping styles are key to understand how people adapt to chronic pain. Coping measures so far have used Likert-type response scales. To prevent a person from indicating high scores on both adaptive and maladaptive coping (a common problem on Likert scales), a forced-choice version of the Social Problem Solving Inventory (SPSI) was created, named Forced-Choice SPSI (FC-SPSI). The aim of this work is to evaluate its psychometric properties. **Methods.** A clinical sample of 273 subjects with chronic pain belonging to the Pain Units of several Catalan hospitals was used for the study. Along with FC-SPSI, they were administered measures of health (physical and mental) and interference of pain (concurrent criterion validity) and coping (construct validity). Data was processed with SPSS 21. **Results.** The avoidance and rational coping factors of FC-SPSI correlated significantly ($p < 0.05$) and in the expected direction with its analogues of the original SPSI scale. This did not happen with the impulsivity factor. Impulsiveness and, to a lesser extent, rational coping were associated with better physical and mental health and less pain. The opposite happened with avoidance. **Conclusions.** The FC-SPSI impulsivity construct does not seem to value the same as its SPSI namesake. FC-SPSI understands impulsive style as “task-centered persistence” (adaptive strategy against pain); this questionnaire appears to be a suitable alternative -and *more behavioral* than the SPSI- for using forced choice to assess pain coping styles.

Key Words. Chronic Pain, Problem Solving, FC-SPSI, Forced Choice.

3. INTRODUCCIÓ I MARC TEÒRIC

Segons la OMS (Organització Mundial de la Salut), el dolor crònic ve definit per tot aquell dolor que té una duració superior als 3 mesos de temporalitat, independentment d'altres descriptors com la intensitat del dolor, l'impacte en la funcionalitat de la persona que el pateix o el distrés causat per aquest (Bilevicius et al., 2020; Nugraha et al., 2019). Amb aquesta definició, que inclou diverses tipologies adscrites a la classificació oficial, és senzill observar la magnitud del seu abast. Diversos estudis, com el dut a terme per Suso-Ribera et al. (2019), aprofundeixen en aquesta matèria i mostren com el dolor crònic incrementa el malestar psicològic que sofreix la persona i fa minvar la seua qualitat de vida i l'habilitat per participar en una vida que considere valuosa. L'aparició o cronificació del dolor afecta de tal manera que el 30% dels pacients amb aquesta dolència acaben desenvolupant trastorns psiquiàtrics com la depressió major (Rayner et al., 2016), un percentatge de fins el 60% dels afectats per dolor crònic arriba a patir ansietat en qualsevol de les seues formes (Arnold et al., 2006) i, fins i tot, s'esdevenen seqüeles emocionals que ocasionen un increment significatiu de la taxa de suïcidi (Bilevicius et al., 2020).

EPIDEMIOLOGIA

Els estudis epidemiològics actuals mostren que la prevalença d'aquesta malaltia a la població adulta a nivell mundial va des del 19% al 38% (Larsson et al., 2017). Aquestes dades semblen replicar-se a l'Estat Espanyol, on les xifres oscil·len entre el 17% i el 18% (Caramés i Navarro, 2016; Casals i Samper, 2004). Açò es tradueix en que una de cada cinc persones, segons alguns estudis, i una de cada tres, segons d'altres, presenten afectació de dolor crònic. I el que és més greu, les implicacions

d'aquestes dades no acaben ací, sinó que al mateix ritme que augmenta l'esperança de vida de la població general, també ho fa el nombre de persones que experimenten dolor crònic i conviuen amb ell al seu dia a dia, donat que l'envelliment comporta un increment de la prevalència d'aquesta afecció (Miró et al., 2007). Però la cosa no acaba ací: segons l'estudi dut a terme per Vincent i Velkoff (2010), s'espera que al 2050 es duplique la població que pateix dolor crònic d'entre les persones majors de 65 anys i es triplique d'entre els majors de 80.

EL DOLOR CRÒNIC I ELS SEUS COSTOS

Les implicacions del dolor crònic són com una gran teranyina que s'estén per molts fronts i la limitació de la funcionalitat de les persones que el sofreixen n'és un de ben conegut. Cal remarcar, en aquesta línia, la influència que esta limitació té sobre l'economia i els costos de salut. En el cas espanyol, per exemple, l'edat mitjana dels pacients atesos a les Unitats de Tractament del Dolor (UTD) oscil·la d'entre els 48 i els 57 anys, és a dir, un rang d'edat de persones que es troben en plena època productiva i laboral (Casals i Samper, 2004). De tots aquests atesos a les UTD, s'estima que el 89% veu limitada la seua capacitat per a treballar (Reid et al., 2011). I tot açò considerant que només l.1% de les persones amb dolor són ateses a alguna UTD (Caramés i Navarro, 2016).

De dolors n'hi ha de molts tipus, malgrat que una majoria d'ells s'emmarquen en els coneguts com a dolors múscul-esquelètics. Es tracta d'un tipus d'afecció on es veuen danyats els músculs, els tendons, les articulacions o els ossos (Arendt-Nielsen et al., 2011). Un dels principals diagnòstics per dolor – que també forma part d'aquest grup

de dolències múscul-esquelètiques –, la lumbàlgia inespecífica, és la principal causa de despesa pública en termes laborals i assistencials. Suposa el 12.54% del total de baixes laborals i el cost mitjà es xifra en més de 162 milions d'euros en concepte de jornades no treballades per incapacitats transitòries (Mercé i González-Viejo, 2008). Si arrepleguem dades de caire estatal, la mitjana de dies perduts a causa del dolor a l'Estat Espanyol és de 16.8 a l'any (González-Escalada, 2010).

En conjunt, s'estima que el cost econòmic que suposa el dolor crònic a l'Estat Espanyol, tant en l'àmbit sanitari com al laboral, és d'uns 15.000 milions d'euros, és a dir, un 2-2.8% del PIB estatal (González-Escalada, 2010).

Per tot açò, queda evidenciat que el dolor crònic és un problema de salut pública mundial i representa un repte per a tota la comunitat científica internacional, no només per l'alta prevalença que mostra, sinó també per les implicacions socials i psicològiques sobre la població, així com els costos, tant directes com indirectes, que suposa per a les institucions (Breivik et al., 2013; Suso-Ribera et al., 2020).

IMPORTÀNCIA DE L'AFRONTAMENT SOBRE EL DOLOR

Segons les teories clàssiques, el dolor era tractat com una experiència sensorial en què la intensitat i la gravetat de la malaltia era proporcional a la quantitat de dany tissular. Tot i això, la recerca i els avanços científics sobre el dolor crònic en les últimes dècades ens han dut a comprendre aquesta dolència des d'un marc biopsicosocial i integrador (Williams i Craig, 2016), que defineix el dolor com una *experiència estressant*

multidimensional associada a danys actuals o potencials en teixits corporals i que conté un component sensorial, però també un d'emocional, de cognitiu i de social. A aquesta definició més actual es pot apreciar la importància que agafen els factors psicosocials en la modulació del dolor. De fet, la valoració del dolor i el seu afrontament són processos indissolublement units al propi dany tissular i determinen en gran mesura quina va a ser l'evolució dels símptomes i, fins i tot, la cronificació del quadre de salut-malaltia (Rodríguez i Cano, 2001). Des que es va desenvolupar la teoria de la comporta del dolor (Melzack i Wall, 1965), han estat milers els estudis que han avaluat de quina manera i amb quina intensitat han pogut influir sobre el dolor factors psicològics com l'afrontament, pilar fonamental del present estudi.

L'afrontament es defineix com un conjunt de respostes cognitives i comportamentals destinades a gestionar esdeveniments estressants (Jensen et al., 1991). Front a una afecció com el dolor crònic, cada persona desplega un estil d'afrontament diferent, que es troba relacionat amb creences i estratègies determinades sobre la situació i el context. Aquestes creences i estratègies usualment es classifiquen com a adaptatives (si condueixen a ajustos positius) o desadaptatives (si condueixen a resultats o ajustos negatius) (Sharma et al., 2020). Com que l'ús d'unes estratègies ens condueixen a resultats més beneficiosos que l'ús de les altres, és de gran rellevància per al tractament del dolor crònic l'estudi d'aquests tipus d'afrontament diferencials i l'avaluació de la seua influència sobre les persones.

L'ESTUDI DE L'AFRONTAMENT DEL DOLOR

Als anys 70-80, la influència de l'afrontament sobre la manera d'experimentar el dolor crònic ja havia estat patent en nombroses investigacions (Lazarus i Folkman, 1984). Atenent a aquestes bases, va sorgir llavors la necessitat de crear instruments senzills, fiables i vàlids per tal d'avaluar-lo.

És així com, durant molts anys, s'ha tractat de determinar, a través de centenars d'estudis, l'estructura de les estratègies d'afrontament emprades front el dolor crònic. El focus ha estat ficat, no tant en els estils d'afrontament, sinó més bé en determinar quines estratègies específiques eren més adaptatives i quines ho eren menys (Rodríguez et al., 2004).

Baix aquests paràmetres, Rosenstiel i Keefe (1983) van desenvolupar el Qüestionari d'Estratègies d'Afrontament (o Coping Strategies Questionnaire –CSQ–, com es coneix en anglès) amb l'objectiu d'avaluar quines estratègies d'afrontament empraven els pacients d'una mostra amb lumbàlgia crònica i determinar quines d'aquestes estratègies semblaven més adaptatives per a la persona. Es tracta d'una prova adaptada a l'Estat espanyol en paral·lel per Rodríguez et al. (2004) i per Soriano i Monsalve (2004) i que compta amb 39 ítems amb resposta tipus Likert de 7 punts, on 0 = mai, 3 = de vegades i 6 = sempre. Des del seu naixement, el CSQ ha estat el qüestionari d'afrontament del dolor més validat i emprat al món, convertint-se en referent en l'estudi d'aquest àmbit. Les desenes d'investigacions fetes sobre el CSQ han determinat que la prova presenta una estructura variant (depenent de l'estudi), on principalment es troben dos grans escales: les estratègies de tipus cognitiu i les de tipus conductual. Per al nostre estudi, si més no, el més rellevant és la manera en què aquest

qüestionari classifica els tipus d'afrontament: l'afrontament passiu (catastrofització, descans...) resulta ser desadaptatiu per als subjectes. En canvi, les estratègies que formen part de l'afrontament actiu (distracció, ignorar sensacions, autoverbalitzacions d'afrontament...) han destacat com a ferramentes més adaptatives.

En la mateixa línia, encara que uns anys més tard, va sorgir el CPCI, desenvolupat pels investigadors Jensen et al. (1995). L'Inventari d'Afrontament del Dolor Crònic (conegut com a Chronic Pain Coping Inventory, per les seues sigles en anglès) és un qüestionari molt emprat en l'actualitat que va ser dissenyat en el seu dia per tal d'avaluar, de la mateixa manera que el CSQ, les estratègies que la gent emprava per fer front el dolor cronificat. Està conformat per 8 subescales i presenta unes bones dades de fiabilitat i validesa. Tant adés com ara, el qüestionari ha estat emprat com a *screening* inicial, com a mesura de millora en tractaments i com a documentació gràfica de la necessitat de tractament.

Aquestes van ser les primeres passes en el camí de l'estudi científic i instrumental de l'afrontament davant del dolor i de la seua influència per sobre de la modulació d'aquest. Gràcies a elles – i també a través d'elles – es va poder operativitzar el constructe *afrontament* front al dolor crònic i es va avançar en la visió de les diferents formes de fer front a un problema, com en el cas del dolor.

D'aquesta experiència al món dels instruments d'avaluació i operativització es va extraure una màxima que acompanya a aquest estudi: que cada persona fa ús d'un estil d'afrontament o d'altre front una situació estressant. Malgrat això, les investigacions

més recents ens diuen que l'estil d'afrontament no és sempre estable i rígid en cada persona, i que les estratègies concretes no tenen l'etiqueta d'adaptativa/desadaptativa de manera fixa; més bé, aquesta concepció varia segons el context i la situació, provocant que cada estratègia siga adaptativa o desadaptativa segons el moment, el lloc i la circumstància que l'envolta (Brady et al., 2016).

Sota aquesta premissa, sorgeix altre model que ubica la seua anàlisi en el plànol situacional, superant la dicotomia d'estratègies adaptatives/desadaptatives. Estem parlant del Model de Solució de Problemes de D'Zurilla i Nezu (1990; 2007) i Nezu et al. (2014), una de les teories d'afrontament més reconegudes en l'actualitat. Segons aquesta, hi ha dues perspectives que es poden prendre front un problema:

- 1. Orientació positiva:** Tendència a considerar els problemes com a reptes, com qualcosa que es pot solucionar i front a la que u es pot enfrontar malgrat que requerisca esforç i temps. Es tracta d'una orientació adaptativa cap els problemes de la vida, on s'entenen les emocions negatives com a part integral del procés de d'afrontament i els problemes com a successos vitals normals.
- 2. Orientació negativa:** Tendència a considerar els problemes com amenaces, creure que són irresolubles i dubtar de la pròpia capacitat de fer-los front. Es tracta d'una orientació desadaptativa cap als problemes en la qual les emocions negatives es jutgen com a molestes i indesitjables i sentir-les causa frustració.

En la mateixa línia, aquest model presenta altra novetat respecte dels anteriors: una classificació segons l'estil personal de solució de problemes. Dins el model de D'Zurilla i Nezu, existeixen tres maneres distintives d'encarar un contratemps:

- **Estil Impulsiu:** Resposta precipitada, desorganitzada i incompleta front un problema al qual es cerca solució. En aquest cas, la persona només té en compte pocs recursos i poques alternatives de solució, fet que la porta a executar una resposta de manera ràpida, descuidada i impulsiva, que no atén a la varietat d'estratègies que hi ha ni a les conseqüències que comporta l'acció.
- **Estil Evitatiu:** Ús d'estratègies com la passivitat, inacció, procrastinació i dependència dels altres. Facilitat per eludir i esquivar els problemes, endarrerir el moment en què se'ls ha de fer front, esperant sempre a que es resolguen sols i atorgant la responsabilitat als altres.
- **Estil Racional:** És el més constructiu dels tres. Implica el desplegament, per part de la persona, de les habilitats i recursos que posseeix, des d'una perspectiva racional i sistemàtica. El procés requereix una definició del problema, una atenció a totes les circumstàncies i factors que influeixen a la situació, una generació d'alternatives, una presa de decisions i una implementació i revisió dels resultats.

D'aquesta manera, l'orientació positiva serà aquella que isca de la pròpia valoració de la situació i de l'ús d'un estil d'afrontament o altre segons la circumstància ho requerisca. Però aquest fet no només cobra rellevància en la resolució de problemes de

l'àmbit quotidià. Al camp del dolor crònic, els estudis han evidenciat la mateixa qüestió: Mentre que tradicionalment s'han buscat estils i estratègies concretes que foren adaptatives per tal de reduir el dolor crònic i permetre una bona adequació de la persona al seu entorn (Rodríguez et al., 2004), en l'actualitat les teories sobre afrontament afirmen que les estratègies per fer front al dolor també semblen ser situacionals: és a dir, una mateixa estratègia pot ésser adaptativa en un moment determinat i desadaptativa en altre context (D'zurilla i Nezu, 1990; Lazarus i Folkman, 1984).

Sabem que aquest model situacional funciona i s'adapta correctament. No obstant això, sorgeix una limitació per emprar-lo sense caure en biaixos: les mesures de què disposem en l'actualitat, com és el cas dels qüestionaris tipus Likert, no semblen un mètode adient per tal d'obtenir uns resultats vàlids (D'Zurilla i Maydeu-Olivares, 1995).

EL PROBLEMA DE L'ÚS DE LES ESCALES LIKERT

Històricament, al camp de la psicologia i les ciències de la salut ha estat habitual trobar-se escales de mesura que treballen i generen dades de tipus normatiu. Aquest és el cas de les escales de qualificació, comunament conegudes com a escales de resposta tipus Likert (Brown i Maydeu-Olivares, 2011). Les escales de tipus Likert proporcionen un conjunt d'enunciats individuals presentats com a afirmacions en les quals els enquestats han d'assenyalar el seu nivell d'acord utilitzant una escala graduada, per exemple, de l'1 al 7 (on 1 indica *molt en desacord* i 7 indica *molt*

d'acord). Aquest format de resposta presenta grans avantatges i utilitats investigadores. No obstant això, els qüestionaris normatius mostren una important limitació: és molt difícil controlar i valorar el falsejament de la resposta per part dels subjectes, que es veu influït per factors com la desitjabilitat social (Calderón i Ximénez, 2014). I el que és més important i rellevant per al nostre estudi: en fer ús d'aquesta tipologia de qüestionari per a la mesura d'atributs, cadascun dels ítems apareix de manera aïllada (en format d'ítems d'estímul únic), característica que té la potencialitat de produir una inflació sistemàtica de totes les puntuacions. La problemàtica esdevé evident quan l'objectiu de l'estudi és discriminar entre diverses dimensions d'un mateix atribut o diverses opcions (atributs) amb un atractiu similar (Schulte et al., 2020). En la pràctica, açò suposaria que un mateix subjecte pot puntuar alt en dos característiques diferents que volem avaluar (en el cas del model de D'Zurilla i Nezu, per exemple, implicaria que una persona puntuaria alt tant en *Estil Evitatiu* com en *Estil Racional*. Com que l'objectiu del model és valorar quin estil d'afrontament – per sobre dels altres – adopta el subjecte en un cas determinat, el fet que dos característiques presentaren una alta puntuació invalidaria –o almenys dificultaria molt– la interpretació de la informació que desitgem extraure).

Per tractar de resoldre aquest obstacle, sorgeix la idea d'emprar els Qüestionaris de *Resposta Forçada*, un model de resposta que permet avaluar qualsevol tret de manera situacional, que supera el problema de la sobreestimació simultània en més d'un factor i que, segons el nostre coneixement en realitzar la revisió bibliogràfica, encara no havia estat emprat en l'àmbit del dolor crònic.

UNA LLUM AL MIG DEL CAMÍ: ELS QÜESTIONARIS DE RESPOSTA FORÇADA

Amb l'objectiu de superar aquestes limitacions i fer fora certs biaixos, sorgeix el model de resposta forçada o mesures ipsatives (Chan i Bentler, 1993). Segons aquest, als enquestats se'ls presenten diversos ítems que designen pols oposats d'un mateix continu (per exemple benestar vs. malestar) o bé blocs multidimensionals que contenen dos o més ítems, cadascun dels quals representa un tret latent distintiu a la resta (Walton et al., 2020). Les persones participants en l'estudi reben instruccions per ordenar totalment o parcial (en el cas de blocs amb 3 o més ítems -opcions de resposta) indicant quina de les alternatives els descriu més i/ó quina de les alternatives els descriu menys en l'atribut estudiat (ja siga un comportament o una actitud). Com que les diverses opcions dins d'un mateix bloc apareixen de manera simultània, els enquestats no poden mostrar altes puntuacions en més d'un ítem (valorar alt un ítem implica valorar més baix als altres), de manera que es redueix la tendència a respondre de manera socialment desitjable i, el que és més important per al nostre estudi, forces al subjecte a triar una opció per sobre les altres, fet que permet apreciar quina és l'orientació de resposta preferida per cada persona. Portant açò al camp de la pràctica, si ens focalitzem en el model de D'Zurilla i Nezu, per exemple, s'observaria si el subjecte orienta les seues respostes cap a un estil racional, cap a un d'evitatiu o cap a un d'impulsiu per damunt dels altres dos. Es troben ja diversos estudis empírics que afirmen que les escales de resposta forçada són menys susceptibles al falsejament (Fisher et al., 2018; O'Neill et al., 2017), fet que fa preferible l'ús d'aquest tipus d'escales de resposta.

Per altra banda, el biaix de resposta no només es presenta en forma de desitjabilitat social, sinó també en altres formes generals: l'aquiescència, el biaix d'extremitat i

l'efecte halo. És important remarcar doncs que, en deixar d'emprar l'escala de classificació tipus Likert, també es redueix l'efecte halo i el biaix d'aquiescència (Cheung i Chan, 2002).

Per acabar, les recerques meta-analítiques dels últims anys suggereixen també que els qüestionaris de resposta forçada tenen una validesa predictiva major que l'aportada per les dades normatives (Bartram, 2007; Salgado i Táuriz, 2014).

3.1. JUSTIFICACIÓ DEL TREBALL

Aquest estudi naix de la necessitat de seguir aprofundint en el camp del dolor crònic i el seu afrontament, per tal d'avançar en la comprensió biopsicosocial d'aquesta afecció i millorar l'enfocament terapèutic ofert als pacients.

Segons les dades extretes de la revisió bibliogràfica realitzada, no s'han trobat estudis que relacionen d'alguna manera l'ús de qüestionaris amb escales de resposta forçada i l'ajust al dolor crònic. Si més no, la gran majoria dels estudis sobre aquest model estan realitzats al camp dels trets i les diferències de la personalitat, així com la seua aplicació pràctica a la selecció de personal al món laboral (àmbit per al qual és de rellevància considerable obtenir unes dades lliures del biaix causat per la desitjabilitat social i unes respostes adaptades situacionalment) (Vasilopoulos et al., 2006). Podem dir, doncs, que aquesta és la primera línia d'estudi que relaciona els qüestionaris de resposta forçada amb el dolor crònic.

És per això que amb la present investigació es pretén oferir una alternativa d'avaluació de la solució de problemes i afrontament, que siga coherent amb el model de D'Zurilla i Nezu (segons el qual un tipus d'afrontament determinat pot ser adaptatiu o desadaptatiu depenent de la situació) i que faça servir una escala de resposta que no tinga els problemes que mostra l'escala tipus Likert al mateix temps que haja estat creada per poder ser emprada en persones amb dolor crònic.

3.2. OBJECTIU I HIPÒTESI

L'objectiu principal del present estudi és avaluar la idoneïtat metodològica del qüestionari FC-SPSI (l'adaptació de l'inventari SPSI al format de resposta forçada, o *Forced Choice*), construït *ad hoc* en aquesta línia d'investigació (Suso-Ribera et al., 2014), comparant-lo amb altres proves reconegudes ja validades i que actuen com a fonts de validesa de criteri— grau d'eficàcia amb què es pot predir una variable d'interès a partir de les puntuacions en un test – (SF-36 i BPI) i validesa de constructe – confirmen si la prova *mesura el que diu mesurar* – (SPSI i CSQ) respectivament.

Pel que fa a la nostra **hipòtesi**, s'espera que cadascun dels estils d'afrontament avaluats pel qüestionari FC-SPSI (és a dir, els estils *impulsiu*, *racional* i *evitatiu*) correlacione directament amb el seu factor corresponent del qüestionari SPSI i, per extensió, de la prova CSQ [Coping Strategies Questionnaire]. Per altra banda, en base a la literatura (Suso-Ribera et al., 2014) s'espera també que les dades extretes del qüestionari FC-SPSI mostren que els *estils d'afrontament evitatiu i impulsiu* es troben associats amb una major interferència del dolor i pitjor salut

(mental i física), mentre que la relació inversa es trobaria amb l'*afrentament racional*.

4. METODOLOGIA

Participants

Es tracta d'una mostra clínica, composta per un total de 273 persones procedents de les Unitats del Dolor de l'Hospital Vall d'Hebron (d'on van ser reclutats 183 participants) i de l'Hospital Clínic de Barcelona (n=90). La mostra presenta una estructura heterogènia que consisteix en pacients amb dolor múscul-esquelètic, d'esquena i de coll principalment, així com de persones amb artritis i va ser recollida al llarg de l'any 2016.

Els criteris d'inclusió també van abastar un rang temporal determinat de manifestació dels símptomes. D'aquesta manera, es va requerir un mínim de 6 mesos des que es patia el dolor (criteri per a determinar que aquest ha cronificat). En concret, feia entre 6 mesos i 52 anys que els participants presentaven dolor, amb un temps de 9.21 anys de duració mitja del dolor ($DT=8.99$).

A més de ser persones amb dolor crònic, els altres requisits necessaris per tal de poder participar en la investigació implicaven tindre més de 18 anys i acceptar i signar el consentiment informat. En la vessant oposada, es va determinar com a criteri

d'exclusió la incapacitat per completar els qüestionaris (ja fóra deguda a alteracions cognitives o a problemes del llenguatge).

Per gènere, el 62.3% de les persones avaluades i enquestades eren dones, mentre que els homes suposaven el 37.7% restant. L'edat mitjana va ser de 51.4 anys ($\pm 13,1$) i el 50.2% estaven casats/des o amb parella estable, mentre que l'altre 49.8% es trobava en una situació sentimental diferent (fadrina, vídua, separada...). Pel que respecta a la nacionalitat, en un 89.4% dels participants aquesta era espanyola; la resta, el 10.6% mancava, posseïa una altra nacionalitat diferent. No obstant això, tots ells van mostrar una comprensió idònia del castellà, idioma en el qual es va dur a terme l'anàlisi.

El nivell educatiu també es va apreciar molt heterogeni: un 23.4% dels participants gosava d'estudis primaris; un 15% havia finalitzat estudis secundaris; un 30% havia obtingut una capacitació de Formació Professional; per últim, el 31.6% de les persones que resten tenia estudis universitaris o superiors. A l'hora d'analitzar la situació laboral es van detectar dos grans grups diferenciats: aquells que es trobaven treballant de manera activa en el moment de ser enquestats constituïen el 41.7% del total. Per la banda oposada, el 58.3% es trobaven en situació de desocupació per diferents motius (situació d'atur, baixa laboral temporal, incapacitat laboral permanent...).

Procediment

Després d'obtenir l'aprovació per part del comitè ètic de l'Hospital Vall d'Hebron, es va procedir a demanar la participació voluntària en l'estudi dels pacients que acudien a la Unitat de Dolor del mateix hospital o de l'Hospital Clínic de Barcelona. El propi equip sanitari de cadascuna de les Unitats va estar l'encarregat de reclutar i d'explicar les característiques de l'estudi. Una vegada acceptada la participació, se'ls va demanar que signaren el consentiment informat i els formularis de protecció de dades. La complementació dels qüestionaris implicava l'administració de proves no rutinàries que comportaven un temps de resposta d'aproximadament 25-30 minuts i va ésser realitzada a la mateixa sala d'espera de la Unitat de Dolor de cada hospital i posteriorment lliurada al metge especialista, qui acabava per resoldre qualsevol dubte de comprensió que podia haver sorgit durant l'administració dels qüestionaris.

Com que l'objectiu principal de l'anàlisi és valorar l'adequació de l'escala de resposta FC-SPSI, creada per Suso-Ribera et al. (2014) seguint el model d'afrontament de D'Zurilla i Nezu, es van administrar qüestionaris sobre interferència del dolor i salut per tal d'obtenir la validesa de criteri concurrent. De la mateixa manera, els qüestionaris sobre afrontament administrat han servit com a fonts de la validesa de constructe. La descripció i anàlisi de cada prova es presenta al proper apartat, al qual li segueix l'exposició de l'anàlisi de dades realitzat.

Proves i materials administrats

- *Qüestionari d'Estratègies d'Afrontament*
(Coping Strategies Questionnaire [CSQ])

Dissenyat per Rosenstiel i Keeefe (1983) i adaptat a una mostra espanyola posteriorment pels investigadors Rodríguez et al. (2004), el CSQ és una prova d'autorregistre que pretén valorar les estratègies d'afrontament emprades per part de persones amb una problemàtica de dolor crònic. Presenta 39 ítems amb una escala de resposta tipus Likert de 7 punts que va de 0 a 6, on 0 = mai i 6 = sempre. L'adaptació espanyola compta amb claus de correcció i barems validats per a una mostra local.

La prova es desglossa en 8 escales o factors, cadascun dels quals compta amb un nombre determinat d'ítems (*a l'adaptació espanyola s'han descartat 3 ítems per raons psicomètriques). Aquests factors mesuren: (1) Catastrofització, amb 6 ítems, (2) Conductes de Distracció, amb 6, (3) Autoinstruccions, amb 5, (4) Ignorar el Dolor, amb 7, (5) Reinterpretar el Dolor, amb 6, (6) Esperança, amb 3, (7) Fe i Pregàries, mesurat per 3 ítems i (8) Distracció Cognitiva, mesurat per 3 ítems. La puntuació màxima, sumant tots els factors, és de 234, encara es prima la interpretació de l'inventari a través de la valoració de cada subescala.

○ *Inventari de Solució de Problemes Socials*

Social Problems Solving Inventory [SPSI]

El SPSI, en la seua versió abreviada i revisada, va estar creat pels investigadors D'Zurilla et al. (2001). Aquest qüestionari, a més a més, ha estat traduït i adaptat amb mostra espanyola pel propi Maydeu-Olivares. El SPSI mesura variables

relacionades amb la manera d'encarar els problemes de la vida quotidiana. Té dos versions, una llarga, de 52 ítems, i altra curta (25 ítems). La prova, en la seua versió reduïda (la que s'ha emprat a aquest estudi), avalua cinc dimensions: per una banda dos dimensions que valoren la Orientació cap als Problemes (Orientació Positiva cap als Problemes i Orientació Negativa cap als Problemes) i per l'altra banda els tres estils de Solució de Problemes que considera el model (Estil Impulsiu, Estil Evitatiu i Estil Racional). Pel que respecta a la seua adscripció, la Orientació Positiva i l'Estil Racional solen estar relacionats amb conductes de tipus adaptatiu, mentre que les dimensions Orientació Negativa, l'Estil Evitatiu i l'Estil Impulsiu correlacionen positivament amb les conductes desadaptatives (D'Zurilla i Nezu, 1990).

L'inventari es respon emprant una estructura tipus Likert amb cinc opcions de resposta, on 0 = No s'aplica en res a mi, 1 = S'aplica lleument a mi, 2 = S'aplica moderadament a mi, 3 = S'aplica molt a mi i 4 = S'aplica extremament a mi. La interpretació de l'inventari indica que, a major puntuació, més afinitat amb l'estil d'afrontament que s'està avaluant a partir d'eixa subescala. Si es desitja consultar la informació respecte de les propietats psicomètriques de la prova, aquesta pot ésser consultada en D'Zurilla et al. (2001).

- *Inventari de Dolor - Breu*

Brief Pain Inventory [BPI]

De la necessitat d'avaluar les característiques del dolor va nàixer, el 1991, el BPI, de la mà de l'equip de recerca *Pain Research Group* del *Collaborating Centre for Symptom Evaluation in Cancer Care*. El projecte, capitanejat per l'investigador Cleeland (1991), va validar aquest qüestionari amb 15 ítems, cadascun dels quals presenta una estructura de resposta diferent:

Inicialment es troben dos factors: (1) *Interferència del dolor* i (2) *Intensitat del dolor*. La *Interferència del dolor* està avaluada fent ús de 7 categories: (1.1) *estat d'ànim*, (1.2) *treball*, (1.3) *activitat general*, (1.4) *capacitat de caminar*, (1.5) *relacions*, (1.6) *gaudi vital* i (1.7) *son*. Al mateix temps, aquests set ítems formen part d'una estructura factorial que divideix el factor (1) en dos subdimensions: d'una banda la *Interferència en les activitats del dia a dia* i d'altra la *Interferència afectiva*. En la vessant oposada, el factor (2) *Intensitat del dolor*, és mesurat a través de quatre ítems, a saber: (2.1) *la intensitat màxima*, (2.2) *la mínima*, (2.3) *la mitjana* i (2.4) *l'actual*. En tots els casos anteriors, l'inventari fa ús d'un criteri de resposta tipus Likert que oscil·la entre 0 i 10, on 0 = Cap dolor / no m'ha afectat i 10 = El pitjor dolor imaginable / M'ha afectat per complet. Pel al nostre estudi, cal dir, només ha estat emprat el factor (1) *Interferència del dolor*.

La prova, a més a més, pregunta per quin és el tipus de dolor crònic que es pateix i en quina zona corporal es troba el malestar, així com el tractament que s'està rebent. Aquesta informació, arreglada a títol informatiu pel test, no ha estat processada al nostre estudi. L'inventari es troba adaptat i validat amb mostra espanyola (Badia et al., 2003).

○ *Qüestionari de Salut – Versió reduïda*

Short Form - Health Survey [SF-36]

El SF-36 és una escala genèrica que ofereix un perfil de l'estat de salut de la persona i és aplicable tant a la població general com a la població clínica major de 14 anys. Està compostat per 36 ítems que valoren els estats de salut, tant positius com negatius. Originalment desenvolupada per al seu ús als EEUU, aquesta prova ha estat adaptada i traduïda al castellà per Alonso et al. (1995) baix el projecte International Quality of Life Assessment (IQOLA) (Aaronson et al., 1992) i presenta unes més que acceptables propietats psicomètriques (que poden ser consultades a l'article citat adés).

L'objectiu avaluatiu del SF-36 ha estat el representar els 8 conceptes de salut i malaltia més rellevants i els emprats amb més freqüència en els principals qüestionaris de salut. Aquests conceptes, evidenciats com a factors de l'escala són: Salut General, Dolor Corporal, Rol Físic, Rol Emocional, Funció Física, Funció Social, Vitalitat i Salut Mental.

L'escala de resposta fa ús d'una estructura tipus Likert. Malgrat això, el rang de resposta oscil·la en cada pregunta, fet pel qual es pot trobar ítems amb 3 alternatives (1 = em limita molt; 3 = no em limita res) i d'altres amb 5 (1 = sempre; 3 = de vegades; 5 = mai) o 6. Pel que fa al mode de complimentació, el disseny de l'inventari permet que siga autoadministrat, administrat per telèfon o administrat en una entrevista presencial. Si atenem a les característiques de puntuació, a major puntuació millor és l'estat de salut que presenta el subjecte (10

dels ítems es troben invertits i hauran d'homogeneïtzar-se per tal d'equiparar totes les preguntes). La puntuació obtinguda al formulari, doncs, ha de transformar-se linealment per obtenir la mesura en una escala del 0-100, on una puntuació superior o inferior a 50 indica un major o menor estat de salut en relació amb la mitjana poblacional de referència.

○ *Inventari de Solució de Problemes Socials- Resposta Forçada*

Forced-choice Social Problem Solving Inventory [FC-SPSI]

El qüestionari FC-SPSI va ser dissenyat i construït ad hoc en aquesta línia d'investigació (Susó-Ribera et al., 2014). Es tracta d'una adaptació del Social Problem Solving Inventory (conegut per les seues sigles en anglès, SPSI) que cerca esquivar els biaixos que l'estructura tipus Likert provoca en aquest cas i convertir aquesta prova al format de resposta forçada explicat abans.

L'inventari conté 14 ítems que avaluen l'afrontament de la persona en situacions de la *vida quotidiana*. Les preguntes es responen seguint un model de resposta forçada de 3 alternatives, on el subjecte ha de triar quina de les 3 afirmacions li *descriu millor* i quina li *descriu pitjor*. En aquest sentit, cadascuna de les opcions representa un estil d'afrontament de problemes segons el model de D'Zurilla i Nezu. Aquests estils són: *Estil Impulsiu*, *Estil Evitatiu* i *Estil Racional*).

Anàlisi de dades

Les dades dels qüestionaris normatius administrats, tipus Likert (SPSI, CSQ, BPI i SF-36), han estat processades junt al qüestionari de resposta forçada FC-SPSI, fent ús del programari SPSS 21. Dels 273 subjectes que van formar part de la mostra en un principi, finalment han estat introduïdes en l'anàlisi un total de 261 respostes vàlides, el que significa una pèrdua de 12 avaluacions.

Si parem atenció als anàlisis executats, destaquen els descriptius poblacionals bàsics (edat, gènere, estat civil, situació laboral, nivell educatiu, etc.) i les mitjanes, desviacions típiques (DT) i rangs de puntuació de cadascuna de les subescales dels qüestionaris analitzats. A més a més, s'han arreplegat dades clíniques rellevants com el temps transcorregut des de l'aparició del dolor i s'ha realitzat un estudi correlacional, a l'SPSS, entre les tres escales d'afrontament de problemes (tipificades com a *Evitació, Impulsivitat i Racionalització*) al qüestionari FC-SPSI i la resta de factors avaluats dels inventaris SPSI, CSQ, BPI i SF-36.

L'interval de confiança assumit durant tota la investigació ha estat del 95%.

Consideracions ètiques

L'estudi va rebre l'aprovació del Comitè Ètic de l'Hospital Vall d'Hebron de Barcelona. Amb referència PR (AG) 128/2014, va ésser aprovat el dia 25 de juliol del 2014. De la mateixa manera, els i les investigadors evidencien que no hi ha cap conflicte d'interessos que puguin afectar a les dades i els resultats extrets.

Respecte al tractament de les dades, es va seguir la Llei Orgànica de Protecció de Dades de caràcter personal 15/1999. En aquesta línia, els protocols emprats no van especificar el nom ni cap dada personal del pacient o familiar, sinó que es va fer ús d'un codi aleatori de 3 lletres seguides per 4 números (com per exemple AAA0000). L'equip investigador es va comprometre a tractar els noms i els codis per separat i a mantindre'ls protegits amb contrasenya.

5. RESULTATS

Una vegada analitzades totes les dades extretes a partir dels diversos qüestionaris i processades a través de l'SPSS, ens trobem front el desplegament dels resultats obtinguts a partir de les mateixes. Inicialment, i abans de donar pas al producte de l'estudi correlacional, s'exposen les característiques demogràfiques de la mostra:

El total de subjectes analitzats inclou 261 participants (12 participants dels 273 tenien massa valors perduts per a poder analitzar les respostes), dels quals tres cinquenes parts (el 61.3%) van ser dones (Taula 1). Si atenem a l'estat civil, quasi la meitat dels participants es trobaven casats (49.8%), mentre que un terç (27.6%) estaven fadrins. El vint per cent restant es repartien entre les persones divorciades (7.7%), les separades (5%) i les vídues (6.1%) (Taula 2). Pel que fa al nivell educatiu, ens trobem front una mostra molt diversificada. Les persones amb estudis superiors assolien quasi el seixanta per cent, distribuït entre persones amb formació universitària (28.8%) i participants amb formació professional (28.7%). Els estudis de secundària estaven representats pel 16.5% de les

persones enquestades, mentre que fins a un 20.7% disposaven només d'estudis primaris i un 3.4% no havien gaudit de cap formació (Taula 3).

Si parem atenció a la situació laboral en què es trobaven les persones participants de l'estudi (Taula 4), s'observa que la meitat de la mostra era població activa, distribuïda entre els assalariats (31.4%), els autònoms (7.7%) i les persones en situació d'atur en el moment de la investigació (12.3%). Per contra, l'altra meitat de la mostra està composta per persones en situació d'inactivitat. D'aquesta manera, els estudiants signifiquen el 3.1% del total, les persones amb baixa laboral impliquen el 6.9%, els jubilats representen el 16.1% i els participants amb incapacitat permanent arriben a emplaçar un de cada cinc avaluats (18.8%).

L'edat mitjana de les persones enquestades va ser de 52.47 anys (DT=12.88, rang d'edat 22-90), sent totes elles adultes i incloent persones de tots els segments poblacionals. Pel que respecta a l'afectació del dolor, la mitjana d'anys des que s'havia iniciat el dolor que patien és de 9.30 anys (DT=9.19, rang de temps 0.5-52) (Taula 5). És a dir, almenys havien de complir-se 6 mesos de dolor continuat com a mínim per ser considerades persones amb dolor crònic i ser incloses com a participants a l'estudi.

A banda de l'edat mitjana de les enquestades i els anys que feia que presentaven el dolor, la Taula 5 aporta moltes més dades que és important puntualitzar. Primerament, les primeres cinc columnes superiors corresponen al qüestionari SPSI. En aquest sentit, s'observa una mitjana considerablement superior a la variable *Orientació Positiva cap als problemes* respecte de la *Orientació Negativa cap als Problemes*. En paral·lel, la

puntuació mitjana del factor *Afrontament Racional* (11.20, DT=3.88) a la nostra mostra és molt superior a la mitjana indicada pels seus anàlegs *Afrontament Impulsiu* i *Afrontament Evitatiu*.

Si continuem parant atenció a la Taula 5, les següents variables (de *Catastrofisme* a *Distracció Cognitiva*) formen part de l'inventari CSQ. Analitzant aquestes dades de manera aïllada, i després de comparar les puntuacions de la nostra mostra amb els barems normatius existents de la pròpia prova, es pot apreciar que només tres variables destaquen per rebre puntuacions mitjanes elevades: aquest és el cas de les estratègies *Reinterpretació del Dolor*, *Conductes de Distracció* i *Distracció Cognitiva*, que situen a la nostra mostra per damunt del percentil 80. En l'altra banda de l'espectre, la variable *Fe i pregàries* no arriba a situar-se en el percentil 30. La resta de subescales del qüestionari presenten puntuacions properes a la mitjana normativa, amb un pc. 50-55.

Altres dades rellevants que podem extreure de la Taula 5 són les referents al qüestionari de salut SF-36 (que a la taula abasta del factor *Funcionament Físic* fins *Salut Mental*). Revisant les dades oferides sobre aquestes subescales, les mitjanes de tots aquests factors són prou inferiors a les mitjanes normatives dels barems validats (que pot ser consultada a la Taula 6 dels Annexes). En aquest sentit, el grup normatiu i el mostral difereixen significativament en les escales *Funció Física* ($t=7.38$, $p<0.001$), *Rol Físic* ($t=3.49$, $p<0.001$), *Dolor Corporal* ($t=12.67$, $p<0.001$), *Salut General* ($t=5.06$, $p<0.001$), *Vitalitat* ($t=5.68$, $p<0.001$), *Funció Social* ($t=8.09$, $p<0.001$), *Rol Emocional* ($t=2.93$, $p<0.01$) i *Salut Mental* ($t=5.96$, $p<0.001$). Aquesta informació ha estat extreta del càlcul formal de diferències de mitjanes realitzat a partir de la prova *t*. Sembla, doncs, que en els

participants de la nostra mostra clínica apareix un estat general de salut inferior respecte de la mitjana normativa estatal.

Per últim, és interessant observar la lleugera diferència existent entre les mitjanes de resposta del FC-SPSI. Segons aquestes, les participants del nostre estudi han tendit a escollir estratègies d'afrontament *Impulsives* (16.72, DT=6.64) front les *Racionals* (13.42, DT=4.84), i aquestes per sobre de les *Evitatives* (11.86, DT=6.22).

Però és la Taula 7 la que més ens interessa en relació amb la nostra investigació, doncs mostra les correlacions entre les escales de la nostra prova de resposta forçada, el FC-SPSI, i els diversos factors de la resta de qüestionaris administrats. Si anem pas a pas, inicialment cal centrar la mirada sobre les correlacions entre els factors del FC-SPSI i el propi SPSI. D'aquesta observació extraïem dades rellevants: la correlació entre el factor evitació del FC-SPSI i el factor evitació del SPSI original és de 0.15 i, tot i que resulta significativa ($p=0.016$) i positiva, és petita en magnitud. De la mateixa manera, la correlació és positiva per als factors d'afrontament racional ($r=0.23$, $p<0.001$), però de nou petita en grandària. Per contra, les evidències ens mostren que sembla no existir cap correlació (o fins i tot una lleugera correlació negativa) entre els factors d'afrontament impulsiu de les dues escales.

És important també atendre a la correlació dels factors del FC-SPSI amb els factors d'orientació positiva i negativa del SPSI. En aquesta línia, la subescala evitació del FC-SPSI mostra una correlació positiva però de petita magnitud amb la subescala d'orientació negativa del SPSI ($r=0.19$, $p=0.003$) i una de negativa i de petita grandària amb la

orientació positiva ($r=-0.17$, $p=0.008$). A diferència d'aquesta, la variable afrontament racional del FC-SPSI correlaciona positivament amb la subescala d'orientació positiva del SPSI ($r=0.18$, $p=0.005$) i negativament amb la orientació negativa ($r=-0.17$, $p=0.009$). El factor d'afrontament impulsiu, al seu torn, no correlaciona de manera significativa amb cap de les dues variables del SPSI.

Seguint amb la valoració de les correlacions entre el nostre qüestionari i l'afrontament, en aquest cas amb el CSQ, s'aprecia una correlació positiva del factor evitació amb la subescala catastrofisme ($r=0.35$, $p<0.001$) i una correlació significativament negativa amb les subescales conductes de distracció ($r=-0.20$, $p<0.001$), autoinstruccions ($r=-0.36$, $p<0.001$), ignorar el dolor ($r=-0.40$, $p<0.001$) i reinterpretació del dolor ($r=-0.26$, $p<0.001$). No s'observen correlacions significatives amb cap altre factor. Respecte de la subescala d'afrontament racional, aquesta presenta només una correlació negativa amb les variables catastrofisme ($r=-0.15$, $p=0.016$) i fe i pregàries ($r=-0.15$, $p=0.017$).

La subescala d'afrontament impulsiu, en canvi, correlaciona positivament amb els factors conductes de distracció ($r=0.16$, $p=0.009$), autoinstruccions ($r=0.36$, $p<0.001$), ignorar el dolor ($r=0.40$, $p<0.001$), reinterpretació del dolor ($r=0.27$, $p<0.001$) i distracció cognitiva ($r=0.13$, $p=0.038$), mentre que ho fa de manera negativa amb la variable catastrofisme ($r=-0.22$, $p<0.001$).

Si passem a considerar la qualitat de vida, entesa aquesta com a una font de validesa de criteri concurrent, les correlacions del FC-SPSI amb el qüestionari SF-36 són les següents. Sorgeix una correlació negativa ($p<0.001$, excepte en la variable salut mental,

on és un poc menor) entre el factor d'afrontament evitatiu i totes les subescales del qüestionari de salut (correlacions que oscil·len entre -0.20 i -0.39). És a dir, a major afrontament evitatiu, pitjor salut física i mental. El factor d'afrontament racional, al seu temps, correlaciona de manera positiva només amb els factors funció física ($r=0.14$, $p=0.031$) i salut mental ($r=0.16$, $p=0.010$). Per últim, la subescala d'afrontament impulsiu presenta una correlació positiva d'entre 0.21 i 0.31 ($p<0.001$) amb tots els factors de la prova SF-36, excepte amb la variable de salut mental, amb la qual la correlació no és significativa.

Per acabar, les tres subescales del FC-SPSI mostren una correlació amb la interferència del dolor. Malgrat això, cada subescala es troba relacionada amb una grandària i una direcció diferent. Així doncs, mentre que la variable d'afrontament evitatiu presenta una correlació positiva de 0.30 ($p<0.001$) amb la interferència del dolor, les variables racional ($r=-0.13$, $p=0.035$) i impulsiu ($r=-0.19$, $p=0.003$) revelen una correlació negativa amb el mateix constructe.

6. DISCUSSIÓ

L'objectiu del present estudi ha estat avaluar de quina manera el qüestionari FC-SPSI correlaciona amb cadascuna de les subescales d'altres proves reconegudes ja validades (SPSI, CSQ, BPI i SF-36), assumint com a font de validesa de criteri – grau d'eficàcia amb què es pot predir una variable d'interès a partir de les puntuacions en un test – una mesura d'interferència del dolor i una altra de salut física i mental i com a validesa

de constructe – confirmen si la prova *mesura el que diu mesurar* – dues mesures d'afrontament. S'esperava, doncs, que les dades corroboraren una correlació entre cadascun dels estils d'afrontament avaluats pel qüestionari FC-SPSI i els seus anàlegs de la prova SPSI, al mateix temps que es donara una correlació dels primers amb certes estratègies d'afrontament, salut física i mental i interferència del dolor. S'hipotetitzava també una associació entre els *estils d'afrontament evitatiu i impulsiu* i una major interferència del dolor i pitjor salut (mental i física), mentre que la relació es presumia inversa amb l'*afrontament racional*. El primer dels supòsits, però, no s'ha complert completament, donat que la correlació que apareix entre els *estils d'afrontament racional i evitatiu* d'ambdós qüestionaris no es troba acompanyada d'una correlació entre els factors *afrontament impulsiu* de dites proves. De la mateixa manera, l'associació amb una major interferència del dolor i una pitjor salut mental i física només s'ha donat amb l'*estil d'afrontament evitatiu* del qüestionari FC-SPSI (els resultats amb l'escala *d'impulsivitat* han estat contradictoris), fet que ens ha induït també a descartar parcialment la nostra segona hipòtesi. Aquestes observacions es comentaran i discutiran al llarg dels següents paràgrafs.

Baix el nostre coneixement, aquest és el primer estudi científic que avalua de manera situacional (utilitzant situacions concretes de la vida quotidiana) i fent ús d'un qüestionari de resposta forçada l'ús d'estils d'afrontament davant del dolor crònic. Aquesta fita inicialment pot semblar insignificant però, quan atenem el que ens mostra l'evidència empírica a dia de hui (Bilevicius et al., 2020; Nugraha et al., 2019; Suso-Ribera et al., 2019), ens adonem de la rellevància que presenta el fet d'avançar en el coneixement del dolor crònic i els beneficis que es poden extreure per a desenvolupar un millor plantejament del tractament. En aquest punt és fonamental parar atenció als

aprenentatges que ens ofereixen D’Zurilla i Nezu (1990; 2007) i Nezu et al. (2014) que, amb el seu model de solució de problemes, mostren la influència que un adequat *Estil d’Afrontament* presenta sobre el malestar ocasionat pel dolor crònic.

Coneixent els grans costos econòmics que suposa el tractament del dolor a nivell estatal i mundial (González-Escalada, 2010) i aprofitant les línies que marquen els investigadors a dia de hui respecte de la situacionalitat dels estils d’afrontament (D’Zurilla i Maydeu-Olivares, 1995), el nostre estudi ha tractat de representar un pas cap a eixa quimera que és la cerca del benestar humà. Eixa cerca, si més no, ha requerit l’ús dels qüestionaris de resposta forçada, una alternativa al tipus Likert que precisa que el subjecte s’incline per una de les opcions per damunt de les altres. És aixina com sorgeix el disseny de la prova FC-SPSI, les propietats psicomètriques de la qual es discuteixen en les línies següents.

Amb els resultats principals ja sobre la taula, sembla sensat asseverar que les dades mostren una realitat complexa que haurem d’anar desgranant pas a pas. Inicialment, però, com s’havia anticipat, els factors d’*afrontament evitatiu i racional* correlacionen de manera directa i significativa amb els seus anàlegs del SPSI, el que indica una adient validesa de constructe i ens mostra que aquestes subescales de la prova FC-SPSI mesuren, de forma similar al SPSI (cal tenir en compte que les correlacions eren baixes, possiblement per la diferència en els tipus d’escala de resposta entre proves), el que es pretén que mesuren, és a dir, un *estil d’afrontament evitatiu* i un *estil d’afrontament racional*.

Per contra, no podem dir el mateix del factor d'*afrentament impulsiu* del FC-SPSI que, lluny de correlacionar positivament i de forma significativa amb el factor d'impulsivitat del SPSI, presenta una correlació que tendeix a ser negativa (encara que no significativa) amb aquest. De manera sumativa a açò que s'acaba d'esmentar, mentre que la subescala d'*afrentament impulsiu* del FC-SPSI presenta una forta correlació positiva amb totes les subescales de la resta de qüestionaris (excepte el factor catastrofisme del CSQ i la interferència del dolor, amb els quals correlaciona de manera negativa), el factor impulsivitat del SPSI només correlaciona directament amb els factors catastrofisme (en la direcció contrària que la subescala impulsivitat del FC-SPSI) i fe i pregàries, del CSQ, i la interferència del dolor (també de manera contrària que la subescala anàloga del FC-SPSI). Tot açò ens porta a pensar inevitablement que el factor *estil d'afrentament impulsiu* del nostre qüestionari de resposta forçada no valora el mateix que el seu corresponent del SPSI.

Podríem dir que el qüestionari FC-SPSI és *molt conductual* i *menys cognitiu* que el SPSI, és a dir, que entén el factor de la impulsivitat com un “fer-persistència en la tasca” més que com una “acció ràpida no reflexionada”, que seria una visió més pròpia de la variable del SPSI. Aquest fet explicaria per què els participants que puntuen alt en la subescala impulsivitat del FC-SPSI presenten una menor interferència del dolor en comparació amb les persones que indiquen mantenir un estil d'afrentament impulsiu als ítems de la variable afrontament impulsiu del SPSI, doncs aquest últim qüestionari entén el factor impulsivitat com una “acció ràpida no reflexionada” (Susó-Ribera et al., 2019); un tipus d'accions que, segons diverses investigacions com la de Nezu et al. (2007), si es donen de forma repetida en una mateixa persona, semblen

repercutir desfavorablement en el dolor experimentat per sobreexforç fet de manera no reflexiva.

D'entre les implicacions pràctiques que es poden extreure de tot açò trobem la importància de presentar resultats que evidencien que, front a la disjuntiva entre l'elecció d'un qüestionari o d'altre en futures investigacions, és essencial atendre que a cadascun d'aquests la subescala impulsivitat mesurarà un constructe o d'altre de manera diferenciada. Tenint en compte els resultats trobats, seria més adequat que el nom de l'escala que suposadament mesura impulsivitat en el FC-SPSI rebi el nom de "Persistència en la tasca". Per tant, si cerquem valorar la "persistència en la tasca", potser hauríem de plantejar-nos l'elecció del FC-SPSI, mentre que si pretenem conceptualitzar l'acció de persistència com una "acció ràpida no reflexionada" o el que en altres estudis rep el nom de persistència excessiva o *overdoing* (Kindermans et al., 2011) seria més adient que ens decantàrem per el SPSI (sense deixar de reparar mai en la diferència que ambdós proves també presenten respecte de la valoració de la situacionalitat – o no – dels ítems).

Atès un dels objectius del nostre estudi, girem la mirada ara sobre l'altre supòsit del nostre estudi per tal de comentar els resultats obtinguts. Així doncs, inicialment s'esperava que l'*estil d'afrontament evitatiu* i l'*impulsiu* es relacionaren amb més dolor i pitjor salut, mentre que el contrari succeira amb l'*afrontament racional*. En aquest sentit els resultats s'han manifestat concloents pel que fa a l'evitació i l'afrontament racional, però contradictoris pel que fa a l'afrontament impulsiu, segurament pel fet que els ítems d'aquesta darrera escala han estat entesos com a persistència en la tasca. Apareix així una correlació positiva entre la "impulsivitat-

persistència” del FC-SPSI amb les variables de l’SF-36 (que recordem que a major puntuació, indiquen un millor estat de salut) i una de negativa amb la interferència del dolor del BPI, fets que també esdevenen amb el factor *afrontament racional* (encara que en aquest cas la correlació és de menor intensitat). En el cas de la subescala evitació, en canvi, s’ha evidenciat una correlació negativa amb les variables de l’SF-36 i una correlació positiva amb la variable interferència del dolor. D’ací semblen evidents les deduccions que es poden fer: les persones que al nostre qüestionari FC-SPSI expressen l’ús d’estratègies d’afrontament evitatives mostren una major queixa per la interferència del dolor que pateixen al mateix temps que experimenten una menor qualitat de vida general. Pel contrari, les persones que indiquen fer ús d’un estil d’afrontament impulsiu-persistent o racional al qüestionari FC-SPSI mantenen una menor interferència del dolor i una major qualitat de vida. En la pràctica açò té evidents implicacions, donat que es podria, per una banda, detectar totes les persones amb una tendència de resposta evitativa i, per altra, emprar aquesta informació per tal de crear programes formatius de cara a facilitar que aquests individus que pateixen dolor crònic puguin ampliar el seu ventall de respostes d’afrontament i assolir altre estil d’afrontament més beneficiós i que permeti a la persona desenvolupar-se amb menor interferència del dolor en la seua vida quotidiana i, per extensió, aconseguir assolir una millor qualitat de vida.

Altra de les curiositats que ens deixa l’anàlisi comparatiu entre el FC-SPSI i l’original SPSI és la correlació positiva, però de xicoteta magnitud, entre l’escala evitació del FC-SPSI i l’orientació negativa del SPSI ($r=0.19$, $p=0.003$) (molt inferior, malgrat tot, front la correlació $r=0.52$ entre la subescala evitació del SPSI, i orientació negativa cap als problemes). Per contra, l’afrontament racional sembla correlacionar positivament

amb el factor orientació positiva del SPSI ($r=0.18$, $p=0.005$) (valor també relativament baix respecte del seu equivalent del SPSI, amb el qual es dona una correlació que arriba als 0.58). El factor d'afrontament impulsiu del FC-SPSI, al seu torn, no correlaciona de manera significativa amb cap de les dues variables del SPSI, cosa que sí succeeix amb el seu factor respectiu en aquesta prova, que presenta una correlació significativa igual a 0.44 ($p<0.001$) amb la orientació negativa. Aquesta diferència en el nivell de correlació entre aquestes subescales d'ambdós proves pot veure's influenciada per la diferència en els tipus d'escala de resposta de cadascuna de les proves.

Si parem atenció a la grandària i direcció de les correlacions trobades entre l'escala de resposta forçada i els qüestionaris CSQ, SF-36 i BPI front a les trobades entre aquests i el SPSI, es pot dir que:

Les correlacions de la subescala evitació del FC-SPSI semblen més fortes (amb una grandària major) que les del mateix factor al SPSI en tots els casos excepte en les subescales salut general, vitalitat, funció social, rol emocional i salut mental del qüestionari SF-36, on les dades s'estimen paregudes. Si observem la direcció d'aquestes correlacions es constata que en tots els casos es preserva, és a dir, que si les correlacions de la subescala evitació del SPSI amb la resta de factors és positiva, les correlacions de la subescala anàloga del FC-SPSI també ho és, encara que amb una grandària superior. Del mateix mode succeeix amb les correlacions negatives, que encara que no es mantenen en grandària, sí ho fan en direcció.

Respecte de la comparativa entre els factors d'afrontament racional, la subescala del SPSI presenta unes correlacions majors amb les variables del CSQ amb les que es troba

relacionat de manera significativa excepte amb la subescala fe i pregàries, on la subescala del qüestionari de resposta forçada manté una correlació negativa de major grandària. Pel que fa a la comparativa d'ambdós factors amb les subescales del SF-36 i el BPI, tots dos mostren correlacions en la mateixa direcció i lleugerament major – excepte en els factors funcionament físic, salut mental i interferència del dolor – en el cas de la variable afrontament racional del SPSI que, a més a més, coincideix amb una major significativitat (exceptuant els tres factors exposats adés, amb una significativitat que es veu incrementada en les correlacions de la subescala afrontament racional del FC-SPSI).

Per acabar, una de les coses més interessants que ens deixa l'anàlisi de la Taula 7 pot ser la comparativa entre les correlacions obtingudes amb les subescales d'impulsivitat, cadascuna d'elles pertanyent a un qüestionari diferent. Així doncs, mentre que s'observen correlacions altament significatives entre la subescala impulsivitat del qüestionari FC-SPSI i els factors catastrofisme, conductes de distracció, autoinstruccions, ignorar el dolor, reinterpretació del dolor i distracció cognitiva, tots ells integrats a la prova CSQ, és curiós apreciar que la correlació de la subescala impulsivitat del SPSI només es dona amb les variables catastrofisme i fe i pregàries del propi CSQ. Parant atenció a les dades que la taula ens aporta respecte del qüestionari SF-36, la correlació del factor impulsivitat amb les variables del mateix és moderada i significativament positiva (com s'ha expressat amb anterioritat), fet que contrasta amb les dades atorgades sobre la subescala impulsivitat del SPSI, que correlaciona de manera negativa amb les variables que mesuren la qualitat de vida. Amb la variable interferència del dolor, integrada en la prova BPI, succeeix justament el contrari: si bé el factor impulsivitat del qüestionari de resposta forçada ens informa

d'una correlació negativa ($r=-0.19$, $p=0.003$), el seu equivalent del SPSI ho fa de manera positiva ($r=0.21$, $p<0.001$). Amb tot, es podria dir que les subescales d'impulsivitat no correlacionen entre sí, encara que la pròpia del FC-SPSI sí presenta una alta correlació amb totes les subescales de la resta de qüestionaris.

Cal fer esment també als resultats que evidencien i remarquen les característiques de la nostra mostra, per tal de deixar patent la influència que aquestes han pogut tindre sobre la resta de resultats extrets. D'aquesta manera, sembla indubtable que ens trobem front una mostra de caire clínic, tal i com expressen les baixes puntuacions mitjanes obtingudes a la prova SF-36 (que mesura un índex de salut) en comparació amb la mitjana normativa dels barems validats (Alonso et al., 1995). A més a més, els participants del nostre estudi han assolit percentils superiors a 80 en les estratègies reinterpretació del dolor, conductes de distracció i distracció cognitiva, que formen part del qüestionari CSQ. Aquest fet pot indicar que els participants de la nostra mostra empren més estratègies d'afrontament que la mitjana nacional (no clínica) (Rosenstiel i Keeefe, 1983. Adaptació per Rodríguez et al., 2004), possiblement pel fet que tenen dolor, al mateix temps que s'identifiquen especialment amb l'ús d'estratègies cognitives i conductuals per lidiar amb aquest dolor.

Tornant al cas particular del qüestionari FC-SPSI que ací ens competeix, segons les dades extretes de la nostra mostra, es presenta una tendència de resposta cap a un dels estils d'afrontament en particular: les persones enquestades han notificat en gran mesura que, front a les experiències de dolor, fan ús d'un *Afrontament Impulsiu* per damunt de respostes d'*Afrontament Racional* i *Afrontament Evitatiu*. Açò, no obstant, no concorda amb les respostes dels mateixos individus a la prova SPSI (ja validada i

de caire no situacional), les quals presenten una clara tendència a emprar afrontaments de tipus racional front els altres dos estils.

7. CONCLUSIONS

En conclusió, l'apropament a aquest nou enfocament al dolor per mitjà del model situacional que aporta el FC-SPSI ha resultat esclaridor, doncs ofereix una mesura de l'afrontament que atén a la realitat pragmàtica dels participants. És a dir, sabem que els subjectes no responen sempre amb un mateix estil d'afrontament davant els diversos problemes de dolor i que una mateixa estratègia de solució de problemes pot esdevenir adaptativa en unes situacions i desadaptativa en altres (D'zurilla i Nezu, 1990; Lazarus i Folkman, 1984). Per això, analitzar els estils d'afrontament d'una manera estàtica i inamovible potser no fora la millor via per avaluar les dinàmiques de solució de problemes que es donen en la pràctica quotidiana. En aquest sentit, el sorgiment del FC-SPSI com a instrument de mesura situacional és un avanç que tracta d'apropar-se de manera més realista i efectiva a la forma d'actuar que tenen les persones que pateixen dolor crònic, i que permet conèixer de manera més adient les dinàmiques que empren en el seu dia a dia, de cara a obtindre informació rellevant que facilite la optimització del programes d'intervenció en dolor.

Si més no, en aquest espai de claredat, és important no perdre de vista els resultats obtinguts i discutits respecte de la prova FC-SPSI, que revelen una bona validesa de criteri concurrent per al subfactor evitació, una validesa més baixa per al factor racional i que l'escala impulsivitat possiblement mesura persistència centrada en la tasca. Tot i que la baixa correlació entre algunes escales del FC-SPSI i els seus

homòlegs del SPSI podrien suggerir una baixa validesa de constructe, cal també tenir en compte que els resultats es poden interpretar en base al tipus d'escala de resposta que, en el nostre cas, no permet que una persona indiqui altes puntuacions en més d'una escala. Aquest és, de fet, un dels punts forts de la prova i de l'estudi.

Si atenem a la comprovació de la nostra hipòtesi, cal assenyalar que, almenys la primera part d'aquesta, ha estat parcialment rebutjada. Mentre que els factors *Racional* i *Evitatiu* del FC-SPSI sí han trobat correlació amb els seus anàlegs del SPSI, el factor *Impulsivitat* no ha evidenciat cap relació significativa. En canvi, s'esperava també que les dades extretes del qüestionari FC-SPSI mostraren que els estils d'afrontament evitatiu i impulsiu es troben associats amb una major interferència del dolor en comparació amb l'ús de l'estil racional. En aquest sentit, l'estudi ha constatat una correlació positiva ($r=0.30$, $p<0.001$) entre el factor evitació i el factor d'interferència del dolor, el que significa que a major ús de l'estil evitatiu, apareix una major interferència del dolor crònic sobre la persona (tal com s'esperava). Per contra, la correlació presentada per la subescala interferència del dolor amb els factors racional i impulsivitat del FC-SPSI és negativa i, per tant, evidencia que un ús d'aquests estils d'afrontament –segons la prova de resposta forçada– es troba relacionat amb una menor interferència del dolor crònic.

Limitacions.

Tot estudi es troba emmarcat en un espai paradigmàtic i metodològic que li serveix, alhora, com a via de coneixement i *corsé*. Al llarg d'aquesta investigació, doncs, han

aparegut certes limitacions que, d'una manera o d'altra, han pogut representar una amenaça cap a la validesa dels resultats i conclusions extretes.

Altra de les limitacions que cal esmentar és la consideració del *software* emprat en l'anàlisi de dades. Mentre que al nostre estudi s'ha utilitzat l'*SPSS 21*, certs autors, com Calderón i Ximénez (2014), informen que aquest programari pot arribar a produir possibles distorsions en les mesures de validesa de criteri, validesa de constructe i fiabilitat. És per això que desestimen l'ús d'estadístics de fiabilitat i validesa dins el marc del model clàssic de tractament de dades, ja que podrien induir a resultats i conclusions errònies.

Finalment, cal remarcar que certs constructes relacionats amb l'afrontament del dolor estan condicionats per un aprenentatge sociocultural. Cada societat pot diferir en la seua visió, comprensió i afrontament del dolor respecte de la resta. És per aquesta raó que cal no perdre de vista en quin lloc i baix quines circumstàncies sociodemogràfiques ha estat duta a terme aquesta investigació i caldria una revisió major de cara a validar els resultats obtinguts en mostres socioculturals més heterogènies i procedents d'altres indrets culturals.

Propostes de millora i línies de futur.

Per acabar aquest treball no hi ha millor manera de fer-ho que presentant les propostes de millora i, especialment, les línies d'investigació futures.

Un aspecte que podria arribar a millorar aquest treball seria el fet d'emprar un *software* d'anàlisi de dades específic per als qüestionaris de resposta forçada (per exemple el MPlus7 proposat per Brown i Maydeu-Olivares (2011), que segueix el model TIRT – *Thurstonian Item Response Theory*). Tot i que aquests softwares encara no estan ben establerts, el seu ús i perfeccionament podria ser d'utilitat en el futur per a permetre procediments analítics més moderns.

Per últim, l'avaluació poblacional ha estat duta a terme amb una mostra clínica de persones amb dolor crònic. Seria interessant desenvolupar una comparativa entre els estils d'afrontament emprats principalment per les persones amb dolor i per aquelles que no pateixen aquesta dolència.

Amb tot, les línies de futur estan dibuixades: és necessari continuar aprofundint en el coneixement del qüestionari FC-SPSI com a ferramenta per avaluar els estils d'afrontament front el dolor, comparant-lo amb l'afrontament en persones sense aquesta dolència i en diferents cultures. Tots aquests avanços podrien proporcionar-nos un major coneixement sobre aquest àmbit del dolor i facilitar així el disseny de programes d'intervenció més específics per tal de fomentar estils d'afrontament més adaptatius i beneficiosos per a la qualitat de vida de les persones amb certes condicions de salut.

8. BIBLIOGRAFIA

Aaronson, N. K., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bucquet, D., Bullinger, M., Bungay, K., Fukuhara, S., Gandek, B., Keller, S., Razavi, D., Sanson-Fisher, R., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S., Wagner, A. i Ware, J. E. (1992). International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of Life Research*, 1(5), 349-351. <https://doi.org/10.1007/BF00434949>

Alonso, J., Prieto, L. i Anto, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(1), 771-776.

Arendt-Nielsen, L., Fernández-de-las-Peñas, C. i Graven-Nielsen, T. (2011). Basic aspects of musculoskeletal pain: from acute to chronic pain. *Journal Of Manual & Manipulative Therapy*, 19(4), 186-193. doi: 10.1179/106698111x13129729551903

Arnold, L., Hudson, J., Keck, P., Auchenbach, M., Javaras, K., i Hess, E. (2006). Comorbidity of Fibromyalgia and Psychiatric Disorders. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 67(8), 1219-1225. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0807>

Badia, X., Muriel, C., Gracia, A., Manuel Núñez-Olarte, J., Perulero, N., Gálvez, R., ...Cleeland, C. (2003). Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Medicina Clínica*, 120(2), 52-59. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(03\)73601-x](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(03)73601-x)

- Bartram, D. (2007). Increasing Validity with Forced-Choice Criterion Measurement Formats. *International Journal Of Selection And Assessment*, 15(3), 263-272.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2389.2007.00386.x>
- Bilevicius, E., Sommer, J. L., Keough, M. T. i El-Gabalawy, R. (2020). An Examination of Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Chronic Pain on Substance Misuse in a Canadian Population-Based Survey. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1(1), 1-8. <https://doi.org/10.1177/0706743719895340>.
- Brady, B., Veljanova, I. i Chipchase, L. (2016). Culturally informed practice and physiotherapy. *Journal of Physiotherapy*, 62(3), 121–123.
- Breivik, H., Eisenberg, E. i O'Brien, T. (2013). The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BCM Public Health*, 13(1), 1-14.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1229>
- Brown, A. i Maydeu-Olivares, A. (2011). Item response modelling of forced-choice questionnaires. *Educational and Psychological Measurement*, 71(1), 460–502.
<https://doi.org/10.1177/0013164410375112>
- Calderón, C. i Ximénez, C. (2014). Análisis factorial de ítems de respuesta forzada: una revision y un ejemplo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 24-34.

- Caramés, M. A. i Navarro, M. (2016). Costes del tratamiento del dolor versus su no tratamiento. Aproximación a la realidad de Portugal y España. *Dor Pesquisa, Clínica e Terapêutica*, 24(1), 1-9.
- Casals, M. i Samper, D. (2004). Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(5), 260-269.
- Chan, W. i Bentler, P. M. (1993). The covariance structure analysis of ipsative data. *Sociological Methods & Research*, 22(1), 214–247.
- Cheung, M. W. i Chan, W. (2002). Reducing uniform response bias with ipsative measurement in multiple-group confirmatory factor analysis. *Structural Equation Modeling*, 9(1), 55-77.
- Cleeland, C. S. (1991). Pain assessment in cancer. En D. Osoba (Ed.), *Effect of Cancer on Quality of Life* (pp. 293-305). CRC Press.
- D'Zurilla, T. J. i Maydeu-Olivares, A. (1995). Conceptual and methodological issues in social problem-solving assessment. *Behavior Therapy*, 26(3), 409–432.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80091-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80091-7)
- D'Zurilla, T. J. i Nezu, A. M. (1990). Development and Preliminary Evaluation of the Social Problem-Solving Inventory. *Psychological Assessment*, 15(2), 156–163.

D`Zurilla, T. J., Nezu, A. M. i Maydeu-Olivares, A. (2001). *Manual for the Social Problem-Solving Inventory-Revised*. North Tonawanda. Nova York: Multi-Health Systems.

D`Zurilla, T. J., Nezu, A. M. i Maydeu-Olivares, A. (2004). Social Problem Solving: Theory and Assessment. En E.C. Chang, T. J. D`Zurilla i L. Sanna (Eds.), *Social Problems Solving: Theory, Research and Training* (pp.11-27). Washington, DC: American Psychological Association.

D`Zurilla, T. J. i Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention*. Nova York: Springer.

Fisher, P. A., Robie, C., Christiansen, N. D. i Komar, S. (2018). The impact of psychopathy and warnings on faking behavior: A multisaturation perspective. *Personality and Individual Differences*, 127(1), 39–43.

González-Escalada, J. R. (2010). Actualizaciones en los aspectos socioeconómicos del dolor. En C. Muriel (Ed.), *Actualizaciones en el control del dolor: diez años. Reunión de expertos* (pp.145-169). Salamanca: Fundación Grünenthal.

Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. i Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain*, 47(3). 249–283.

Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. i Strom, S. E. (1995). The Chronic Pain Coping Inventory: Development and preliminary validation. *Pain*, 60, 203–216.

- Kindermans, H. P., Roelofs, J., Goossens, M. E., Huijnen, I. P., Verbunt, J. A. i Vlaeyen, J. W. (2011). Activity Patterns in Chronic Pain: Underlying Dimensions and Associations With Disability and Depressed Mood. *The Journal of Pain*, *12*(10), 1049–1058. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.04.009>
- Larsson, C., Hansson, E. E., Sundquist, K. i Jakobsson, U. (2017). Chronic pain in older adults: prevalence, incidence, and risk factors. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, *46*(1), 317–325.
- Lazarus, R. S. i Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Melzack, R. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, *150*(3699), 971-979. <https://doi.org/10.1126/science.150.3699.97>
- Mercé, M. i González-Viejo, M. A. (2008). Incapacidad laboral por dolor lumbar en España 2000 a 2004. *Medicina Clínica*, *131*(8), 318-319. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(08\)72267-X](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(08)72267-X)
- Miró, J., Paredes, S., Rull, M., Queral, R., Miralles, R., Nieto, R., Huguet, A. i Baos, J. (2007). Pain in older adults: a prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. *European Journal of Pain*, *11*(1), 83-92. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.01.001>

- Nezu, A. M., Nezu, C., Jain, D., Xanthopoulos, M., Cos, T., Friedman, J. i Lee, M. (2007). Social Problem Solving and Noncardiac Chest Pain. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 944–951.
- Nezu, A. M., Nezu, C. i D`Zurilla, T. (2014). *Terapia de Solución de Problemas: manual de tratamiento*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Nugraha, B., Gutenbrunner, C., Barke, A., Karst, M., Schiller, J., Schäfer, P., Falter, S., Korwisi, B., Rief, W. i Treede, R. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: functioning properties of chronic pain. *Pain*, 160(1), 88-94. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001433>.
- O'Neill, T. A., Lewis, R. J., Law, S. J., Larson, N., Hancock, S., Radan, J., Lee, N. i Carswell, J. J. (2017). Forced-choice pre-employment personality assessment: Construct validity and resistance to faking. *Personality and Individual Differences*, 115(1), 120–127.
- Rayner, L., Hotopf, M., Petkova, H., Matcham, F., Simpson, A. i McCracken, L. M. (2016). Depression in patients with chronic pain attending a specialised pain treatment centre. *Pain*, 157(7), 1472-1479. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000542>
- Reid, K. J., Harker, J., Bala, M. M., Truyers, C., Kellen, E., Bekkering, G. E. i Kleijnen, J. (2011). Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research and Opinion*, 27(2), 449–462. <https://doi.org/10.1185/03007995.2010.545813>

Rodríguez, L. i Cano, F. J. (2001). Papel del psicólogo en el abordaje del dolor. *Actualizaciones en Dolor*, 2(4), 279-288.

Rodríguez, L., Cano, F. J. i Blanco, I. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(2), 82-91.

Rosenstiel, A. K. i Keefe, F. J. (1983). The use of cognitive coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17(1), 33-44. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(83\)90125-2](https://doi.org/10.1016/0304-3959(83)90125-2)

Salgado, J. F. i Táuriz, G. (2014). The five-factor model, forced-choice personality inventories and performance: A comprehensive meta-analysis of academic and occupational validity studies. *European Journal of Work & Organizational Psychology*, 23(1), 3-30. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2012.716198>

Schulte, N., Holling, H. i Bürkner, P. C. (2020). Can High-Dimensional Questionnaires Resolve the Ipsativity Issue of Forced-Choice Response Formats? *Educational and Psychological Measurement*. Prepublicació online. <https://doi.org/10.1177/0013164420934861>

Sharma, S., Ferreira-Valente, A., Williams A.C., Abbott, J. H., Pais-Ribeiro, J. i Jensen, M. P. (2020). Group Differences Between Countries and Between Languages in Pain-Related Beliefs, Coping, and Catastrophizing in Chronic Pain: A Systematic Review. *Pain medicine*, 21(9), 1847-1862.

- Soriano, J. i Monsalve, V. (2004). Validation of the reduced chronic pain coping questionnaire (CAD-R). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(1), 407-414.
- Suso-Ribera, C., Camacho-Guerrero, L., McCracken, L. M., Maydeu-Olivares, A. i Gallardo-Pujol, D. (2014). Social problem solving in chronic pain: An integrative model of coping predicts mental health in chronic pain patients. *Journal of Health Psychology*, 21(6), 1015–1025. <https://doi.org/10.1177/1359105314544133>
- Suso-Ribera, C., Camacho-Guerrero, L., Osma, J., Suso-Vergara, S. i Gallardo-Pujol, D. (2019). A reduction in pain intensity is more strongly associated with improved physical functioning in frustration tolerant individuals: A longitudinal moderation study in chronic pain patients. *Frontiers in Psychology*, 10(907), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00907>
- Suso-Ribera, C., Martínez-Borba, V., Martín-Brufau, R., Suso-Vergara, S. i García-Palacios, A. (2019). Individual differences and health in chronic pain: are sex-differences relevant? *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 128-139. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1182-1>
- Suso-Ribera, C., Yakobov, E., Carriere, J. S. i García-Palacios, A. (2020). The impact of chronic pain on patients and spouses: Consequences on occupational status, distribution of household chores and caregiving burden. *European Journal of Pain*. Prepublicació online. <https://doi.org/10.1002/ejp.1616>

Thurstone, L. L. (1927). A law of comparative judgment. *Psychological Review*, 34(1), 273-286. <https://doi.org/10.1037/h0070288>

Thurstone, L. L. (1931). Rank order as a psychophysical method. *Journal of Experimental Psychology*, 14(1), 187–201. <https://doi.org/10.1037/h0070025>

Vasilopoulos, N. L., Cucina, J. M., Dyomina, N. V., Morewitz, C. L. i Reilly, R. R. (2006). Forced-Choice Personality Tests: A Measure of Personality and Cognitive Ability? *Human Performance*, 19(3), 175–199. https://doi.org/10.1207/s15327043hup1903_1

Vincent, G. E. i Velkoff, V. A. (2010). *The next four decades the older population in the United States: 2010 to 2050*. U.S. Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, U.S. Census Bureau.

Walton, K. E., Cherkasova, L. i Roberts, R. D. (2020). On the Validity of Forced Choice Scores Derived From the Thurstonian Item Response Theory Model. *Assessment*, 27(4), 706-718. <https://doi.org/10.1177/1073191119843585>

Williams, A. C. i Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*, 157(1), 2420-2423. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000613>

9. ANNEXES

Taula 1

Distribució del gènere de la mostra.

	Freqüència	Percentatge vàlid
Home	101	38.7
Dona	160	61.3

Taula 2*Estat civil de la mostra*

	Freqüència	Percentatge vàlid
Fadri/na	72	28.7
Casat/da	130	51.8
Separat/da	13	5.2
Divorciat/da	20	8.0
Vidu/a	16	6.4

Taula 3*Nivell educatiu de la mostra*

	Freqüència	Percentatge vàlid
Sense estudis	9	3.5
Primaris	54	21.1
Secundaris	43	16.8
FP	75	29.3
Universitat	75	29.3

Taula 4*Situació laboral de la mostra*

	Freqüència	Percentatge vàlid
Assalariat	82	32.7
Autònom	20	8.0
A l'atur	32	12.7
Baixa	18	7.2
Incapacitat	49	19.5
Jubilat	42	16.7
Estudiant	8	3.2

Taula 5*Mitjanes, DT i rangs de valors possibles*

	Edat	Anys dolor	PPO	NPO	RAT	IMP	AVO	CAT	CON	AUT	IDO	RTD	ESP	FE
Mitjana	52.47	9.30	11.18	6.50	11.20	4.81	3.22	13.14	17.99	17.03	21.01	12.79	10.28	5.21
Desviació estàndard	12.88	9.19	3.74	4.37	3.88	3.92	3.76	7.88	6.53	6.17	6.16	7.59	4.86	5.67
Rang	22-90	0.5-52	0-20	0-20	0-20	0-20	0-20	0-36	0-36	0-30	0-42	0-36	0-18	0-18

	COG	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	INT	FC_AVO	FC_RAT	FC_IMP
Mitjana	10.61	52.37	44.76	32.96	46.12	42.42	57.60	61.04	59.58	5.12	11.86	13.42	16.72
Desviació estàndard	4.41	27.53	27.40	22.25	22.01	21.25	28.13	29.33	21.71	2.66	6.22	4.84	6.64
Rang	0-18	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-10	0-28	0-28	0-28

Nota. PPO orientació positiva cap als problemes, NPO orientació negativa cap als problemes, RAT afrontament racional, IMP afrontament impulsiu, AVO afrontament evitatiu, CATo catastrofisme, CON conductes de distracció, AUT autoinstruccions, IDO ignorar el dolor, RTD reinterpretació del dolor, ESP esperança, FE fe i pregàries, COG distracció cognitiva, PF funcionament físic, RP rol físic, BP dolor corporal, GH salut general, VT vitalitat, SF funció social, RE rol emocional, MH salut mental, INT interferència del dolor, FC_AVO afrontament evitatiu – resposta forçada, FC_RAT afrontament racional – resposta forçada, FC_IMP afrontament impulsiu – resposta forçada.

Taula 6

Estadístics descriptius de les escales del SF-36. Validats en mostra espanyola.

Escala	Mitjana	Desviació típica
Funció Física	75.79	25.08
Rol Físic	57.97	40.54
Dolor Corporal	69.50	25.09
Salut General	59.56	22.86
Vitalitat	56.25	19.26
Funció Social	83.50	24.74
Rol Emocional	72.46	39.10
Salut Mental	74.39	19.51

Nota. El rang de puntuacions de les escales del SF-36 va de 0 a 100.

Taula 7

Correlacions entre els factors del qüestionari de resposta forçada i les sub-escals de les proves SPSI, CSQ, SF-36 i BPI.

	PPO	NPO	RAT	IMP	AVO	CATo	CON	AUT	IDO	RTD	ESP	FE	COG	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	INT
FC_AVO	-.17**	.19**	-.18**	.16**	.15*	.35***	-.20**	-.36***	-.40***	-.26***	-.03	.06	-.07	-.41***	-.36***	-.26***	-.31***	-.39***	-.35***	-.29***	-.20**	.30***
FC_RAT	.18**	-.17**	.23***	-.16*	-.15*	-.15*	.03	-.03	-.04	-.04	.01	-.15*	-.09	.14*	.04	.05	.11	.11	.07	.09	.16**	-.13*
FC_IMP	.03	-.06	.01	-.04	-.04	-.22***	.16**	.36***	.40***	.27***	.02	.06	.13*	.29***	.31***	.21***	.21***	.29***	.28***	.21***	.07	-.19**
PPO		-.27***	.58***	-.02	-.29***	-.18**	.21***	.29***	.16*	.06	.11	-.03	.16*	.08	.15*	.01	.22***	.18**	.18**	.22***	.20**	-.14*
NPO	-.27***		-.09	.44***	.52***	.41***	-.14*	-.15*	-.04	.00	-.08	.17**	-.00	-.14*	-.16**	-.14*	-.35***	-.34***	-.30***	-.39***	-.51***	.18**
RAT	.58***	-.09		-.15*	-.12	-.19**	.18**	.24***	.12	.12	.13*	-.07	.18**	.10	.11	.08	.20**	.16*	.18**	.17**	.15*	-.11
IMP	-.01	.44***	-.15*		.52***	.31***	-.03	-.03	.05	.03	-.03	.19**	.01	-.17**	-.21***	-.23***	-.28***	-.12	-.21***	-.33***	-.22***	.21***
AVO	-.29***	.52***	-.12	.52***		.30***	-.07	-.10	.02	.07	-.07	.09	-.04	-.15*	-.12*	-.05	-.24***	-.09	-.21***	-.29***	-.25***	.08
CAT	-.18**	.41***	-.19**	.31***	.30***		-.06	-.13*	-.15*	.04	.04	.31***	.05	-.52***	-.56***	-.61***	-.65***	-.57***	-.66***	-.56***	-.64***	.66***
CON	.21***	-.14*	.18**	-.03	-.07	-.06		.51***	.45***	.51***	.29***	.15*	.57***	.15*	.08	.07	.15*	.20**	.18**	.07	.12	-.04
AUT	.29***	-.15*	.24***	-.03	-.01	-.13*	.51***		.61***	.57***	.34***	.02	.37***	.20**	.14*	.11	.19**	.27***	.23***	.12	.16*	-.08
IDO	.16*	-.04	.12	.05	.02	-.15*	.45***	.61***		.55***	.16*	.05	.31***	.22***	.13*	.10	.15*	.23***	.12	.06	.14*	-.12
RTD	.06	.00	.12	.03	.07	.04	.51***	.57***	.55***		.32***	.24***	.46***	.11	.03	-.00	.07	.15*	.09	.00	.01	.04
ESP	.11	-.08	.13*	-.03	-.07	.04	.29***	.34***	.16*	.32***		.22***	.36***	.04	.03	-.02	.10	.16**	.14*	.06	.12	.03
FE	-.03	.17**	-.07	.19**	.09	.31***	.15*	.02	.05	.24***	.22***		.34***	-.17**	-.11	-.22***	-.11	-.05	-.07	-.20**	-.16*	.15*
COG	.16*	-.00	.18**	.01	-.04	.05	.57***	.37***	.31***	.46***	.36***	.34***		-.07	-.03	-.09	-.00	.05	.02	-.04	.03	.14*

Nota. FC resposta forçada, PPO orientació positiva cap als problemes, NPO orientació negativa cap als problemes, RAT afrontament racional, IMP afrontament impulsiu, AVO afrontament evitatiu, CATo catastrofisme, CON conductes de distracció, AUT autoinstruccions, IDO ignorar el dolor, RTD reinterpretació del dolor, ESP esperança, FE fe i pregàries, COG distracció cognitiva, PF funcionament físic, RP rol físic, BP dolor corporal, GH salut general, VT vitalitat, SF funció social, RE rol emocional, MH salut mental, INT interferència del dolor.

*p<.05, **p<.01, ***p<.001