

Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer³

RESUMEN

Actualmente el dolor es conocido como un síntoma desagradable que nace de la interacción de la persona con su entorno y consigo misma, y es responsabilidad del profesional de enfermería evaluarlo a fin de establecer acciones concretas para su atención. **Objetivo:** valorar las estrategias de afrontamiento del dolor crónico en personas con cáncer de forma multidimensional dentro de procesos físicos y emocionales. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo transversal; se aplicó la versión en español del Cuestionario de Afrontamiento del Dolor Crónico (CAD) a una muestra de 117 personas con cáncer de diversa etiología, mayores de 18 años y sin alteración del estado mental, entre junio y octubre del 2010, los datos se procesaron el SPSS; se realizó validez facial y conceptual para Colombia. **Resultados:** la aplicación del CAD permitió obtener puntuaciones de los factores que componen el cuestionario, así como la correlación con variables sociodemográficas; las personas utilizan estrategias adaptativas relacionadas con las categorías: esperanza (media de 5,1), autoinstrucciones (media de 4,33), distracción cognitiva (media de 4,9), es decir la confianza, la ayuda y la visión de un futuro sin dolor; se destacan como conductas desadaptativas la castrofización (media de 3,9) y fe y plegarias (media 5,23). **Conclusiones:** el estudio permitió valorar conductas de afrontamiento adaptativas al dolor crónico de las dimensiones propuestas; sin embargo, persisten conductas de tipo desadaptativo al afrontamiento.

PALABRAS CLAVE

Dolor crónico, neoplasias, percepción del dolor, evaluación, estrategias, enfermería. (Fuente: DeCS, BIREME).

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Barragán, J. A., Almanza Rodríguez, G. (2013). Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer. Aquichan. Vol. 13, No. 3, 322-335.

- 1 Enfermero. Magíster en Enfermería con énfasis en gerencia de servicios de salud y enfermería. Docente Asistente, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Colombia. julian.barragan@uptc.edu.co
- 2 Enfermera. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Colombia. geraldine.almanza@uptc.edu.co
- 3 Los autores agradecen a Sara Esther Lizarazo, sembrera del grupo de investigación, por la recolección de la información y la tabulación de datos.

Recibido: 25 de mayo de 2012
Enviado a pares: 4 de junio de 2012
Aceptado por pares: 29 de octubre de 2013
Aprobado: 29 de octubre de 2013

Rating Strategies at the Outpatient Level for Coping with Chronic Pain in Persons with Cancer

ABSTRACT

Pain is understood currently as an unpleasant symptom that arises from a person's interaction with his/ her environment and with themselves, and it is the nurse's responsibility to assess pain in the interest of instituting specific action to cope with it. **Objective:** Assess strategies for coping with chronic pain in persons with cancer in a multidimensional way, as part of physical and emotional processes. **Materials and Methods:** This is a cross-sectional, descriptive study. The Spanish- language version of the Chronic Pain Coping Questionnaire (CSQ) was applied between June and October 2010 to a sample of 117 persons ages 18 and over who have cancer of diverse etiology and no alteration in their mental state. The data were processed through SPSS. Face and conceptual validity for Colombia was done. **Results:** Application of the CSQ produced scores for the factors included in the questionnaire and allowed for a correlation with socio-demographic variables. Persons use coping strategies related to the categories of hope (mean of 5.1), self-instruction (mean of 4.33) and cognitive distraction (mean of 4.9); that is, confidence, support and vision of a future without pain. Catastrophization (mean of 3.9) and faith and prayer (mean of 5.23) stand out as behavior reflecting a certain inability to cope. **Conclusions:** The study allowed for an evaluation of behavior to cope with chronic pain in the stated dimensions; however, behavior indicative of inability to cope persists.

KEY WORDS

Chronic pain, neoplasms, pain perception, evaluation, strategies, nursing. (Source: DeCS, BIREME).

Avaliação de estratégias de enfrentamento, no âmbito ambulatorio, da dor crônica em pessoas com câncer

RESUMO

Atualmente, a dor é conhecida como um sintoma desagradável que nasce da interação da pessoa com seu ambiente e consigo mesma, e é responsabilidade do profissional de enfermagem avaliá-la a fim de estabelecer ações concretas para seu atendimento. **Objetivo:** avaliar as estratégias de enfrentamento da dor crônica em pessoas com câncer de forma multidimensional dentro de processos físicos e emocionais. **Materiais e métodos:** estudo descritivo transversal; aplicou-se a versão em espanhol do Questionário de Enfrentamento da Dor Crônica (CAD, com sua sigla em espanhol) a uma amostra de 117 pessoas com câncer de diversa etiologia, maiores de 18 anos e sem alteração do estado mental, entre junho e outubro de 2010; os dados se processaram o SPSS; realizou-se validade facial e conceitual para a Colômbia. **Resultados:** a aplicação do CAD permitiu obter pontuações dos fatores que compõem o questionário, bem como a correlação com variáveis sociodemográficas; as pessoas utilizam estratégias adaptativas relacionadas com as categorias: esperança (média de 5,1), autoinstruções (média de 4,33), distração cognitiva (média de 4,9), isto é a confiança, a ajuda e a visão de um futuro sem dor; destacam-se como condutas mal adaptativas a catastrofização (média de 3,9) e fé e preces (média 5,23). **Conclusões:** o estudo permitiu avaliar condutas de enfrentamento adaptativas à dor crônica das dimensões propostas; contudo, persistem condutas de tipo mal adaptativo ao enfrentamento.

PALAVRAS-CHAVE

Dor crônica, neoplasias, percepção da dor, avaliação, estratégias, enfermagem. (Fonte: DeCS, BIREME).

Introducción

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, Seattle, Washington) define el dolor como una experiencia sensorial desagradable y emocional, que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o en función de dicha lesión (1, 2). El dolor por cáncer se clasifica como crónico y tiene características específicas como mayor duración y alteraciones psicológicas que condicionan la conducta de tipo doloroso (3); estas traen como consecuencia implicaciones a nivel psicosocial en la persona que padece el dolor de tipo oncológico y conducen a alteraciones en las relaciones sociales y en la manera como se convive con la enfermedad (4).

El dolor asociado al cáncer evoluciona de una etapa aguda a crónica, interrumpe las actividades diarias de la persona que lo padece, y depende del estadio de la enfermedad y del grado de control que el individuo ejerza sobre el mismo (5, 6). En Colombia el número de personas diagnosticadas con esta patología ha aumentado considerablemente; la tasa de mortalidad por neoplasias para el año 2010 fue de 73,1 por cada cien mil habitantes, siendo más común el cáncer de estómago y de vías digestivas con una tasa de 103,5 por cada cien mil habitantes (7). En el departamento de Boyacá, el 14,2 % de la mortalidad reportada se asoció a muertes por cáncer de estómago con un 16,4 % en los hombres y cáncer de seno como la tercera causa en las mujeres (7). Las personas que cursan con cáncer son diagnosticadas y tratadas en cuatro instituciones de salud del departamento por un grupo de profesionales que incluye a enfermeras para el cuidado; las instituciones que realizan abordaje a las personas con cáncer cuentan con el servicio de Dolor y Cuidados Paliativos, y generalmente tratan el dolor como un síntoma, en cuya valoración se utiliza la Escala Analgésica del Dolor (1).

El dolor crónico presenta una duración entre tres y seis meses, y se asocia por lo general a una enfermedad permanente, su manifestación puede ser espontánea, intermitente o recurrente, y requiere manejo diario (8). Los profesionales de enfermería deben realizar la valoración de la persona de forma holística e interdisciplinar, y establecer procesos investigativos para determinar si las personas con cáncer realizan estrategias de afrontamiento del dolor, los tipos de estrategias y su efectividad.

El afrontamiento como concepto hace referencia a los “esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio que sir-

ven para manejar las demandas externas y/o internas y que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (9). Las estrategias como acciones concretas dependen de la evaluación primaria y secundaria, es decir, la situación y los recursos que tenga la persona para afrontarla determinan su condición como reto o amenaza para hacerle frente. Cuando las estrategias constituyen una amenaza, la persona se torna ansiosa y con poca disposición al afrontamiento y, por tanto, menos tendente a realizar acciones eficaces (9, 10).

Los profesionales de enfermería valoran el dolor como una sensación desagradable e individual que responde a factores estresores internos o externos y cuyo tratamiento no solo obedece al manejo farmacológico. En este caso existe una afectación integral del ser humano, en cuyos sistemas, el conjunto de componentes organizados son más que la suma de sus partes y reaccionan e interactúan con otros sistemas del entorno (11). Para Roy, la persona es un sistema abierto y adaptativo que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida; esto indica que cada persona se adapta de acuerdo con los estímulos internos y externos que la rodean, y reacciona a los factores que generan estrés de forma particular, debido a que son cambiantes (12).

Las personas realizan procesos de afrontamiento que se modifican a medida que transcurre el diario vivir; en el desarrollo de esta adaptación, Roy plantea que los seres humanos emplean gran cantidad de energía que podría ser canalizada hacia la recuperación de la enfermedad (12). La participación de enfermería inicia cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento y deja muy poca energía disponible para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. La enfermera (o) juega un papel importante en la atención de las personas debido a que puede ayudar a quienes padecen cáncer en el proceso de afrontamiento del dolor como parte de su proceso patológico y contribuir en el ahorro de energía para que sea empleada en la recuperación de la enfermedad (13).

Es importante fijar la meta de enfermería en ayudar a la persona con dolor crónico producido por cáncer a adaptarse y generar estrategias activas de afrontamiento que permitan una mejoría en la calidad de vida, así como con las implicaciones a nivel fisiológico y emocional que el dolor trae consigo (12).

De igual forma, en el ámbito afectivo, el dolor de tipo oncológico aflige al ser humano en todas sus esferas y conlleva conduc-

tas de tipo suicida, convirtiéndose así en la enfermedad misma (13, 14). La complejidad de la conducta dolorosa en la persona con enfermedad terminal se asocia al concepto de dolor total (15).

Las personas que sufren dolor provocado por cáncer, en general, desarrollan y utilizan estrategias para afrontar, manejar o minimizar los efectos del dolor. Estas estrategias pueden incluir conductas como el descanso, la aplicación de calor húmedo, cambios de postura, el ritmo de las actividades, o usar métodos de relajación; otras, sin embargo, abordan el afrontamiento del dolor y buscan cambiar la forma de pensar, como concentrarse en algo para distraerse, repetir autoafirmaciones, calmarse, practicar meditación o rezar, aspectos que contempla el modelo propuesto por Lazarus y Folkman (16).

Se observa que las personas que cursaron con cáncer utilizan estrategias útiles para aliviar el dolor, algunas son positivas como la distracción, ignorar el dolor o darse autoinstrucciones, otras son negativas como la catastrofización (17); las estrategias positivas les permiten mantenerse activas para manejar la angustia psicológica. Estudios demuestran que las personas que viven el dolor como algo catastrófico tienen más probabilidades de experimentar niveles elevados del mismo, ansiedad y problemas que interfieren en sus actividades diarias (17, 18).

Existen instrumentos para la valoración del dolor como la Escala Análoga Visual, la Escala McGill, el Cuestionario Breve, la Escalas de Distress del Dolor, entre otros, que son aplicables al contexto colombiano, pero no evalúan las estrategias de afrontamiento que realizan las personas con cáncer. La mayoría de las escalas miden el dolor de forma unidimensional, lo que limita las intervenciones que el profesional de enfermería puede realizar para el cuidado de la persona.

El Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor (CAD) fue validado para España en el 2004 por Cano *et al.*; obtuvo un alfa de Cronbach de 0,88 por lo cual es un instrumento fiable y válido para la población española en la valoración de afrontamiento del dolor en pacientes con migraña, cefalea tensional, dolores óseos y dolores musculares (17). Los autores encontraron que quienes sufrían de cefalea tensional y dolor óseo realizaron un afrontamiento del dolor más adaptativo que quienes sufrían de las demás patologías, lo que conduce a concluir que la presencia de una lesión de tipo orgánico influye positivamente en la adaptación de la persona que padece la enfermedad (17). El abordaje de enfermería a las personas que sufren dolor crónico debe acometerse

no solo desde los aspectos farmacológicos, sino a partir de intervenciones integrales que permitan a la persona que padece la enfermedad y a su familia adaptarse a la nueva situación y a los estilos de vida que trae como consecuencia el hecho de convivir con dolor ocasionado por cáncer (3, 19).

En Boyacá no se encontró evidencia de estudios publicados sobre el manejo del dolor o valoración de estrategias de afrontamiento en personas con cáncer o similares. Investigaciones sobre el dolor en Colombia evidencian resultados concretos respecto a la intervención integral de la persona para el manejo efectivo del dolor crónico, tales como el diagnóstico preciso, el abordaje de la calidad de vida y el reforzamiento de estrategias eficaces, fuera del tratamiento farmacológico convencional. Estudios realizados acerca de estrategias de afrontamiento del dolor crónico concluyen que las personas son capaces de asumir la enfermedad como una experiencia enriquecedora, en cuyo caso conductas como la búsqueda de apoyo social, espiritualidad, solución de problemas y evitar del dolor, entre otras, aumentan la satisfacción con la vida (20-22), aun cuando el diagnóstico del cáncer genere un impacto catastrófico (23). Si bien los tratamientos farmacológicos para el manejo del dolor resultan efectivos en el 80 % de los casos (24), se requieren intervenciones concretas para el afrontamiento y la capacidad de la persona para mejorar su calidad de vida.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal, la muestra estuvo compuesta por 117 personas diagnosticadas con cáncer de diversa etiología que asistieron a citas de control o tratamiento en una institución especializada en el departamento de Boyacá, durante el primer semestre del año 2010. Se establecieron fases para el desarrollo de la investigación: en la primera fase se obtuvo la validez facial del instrumento (anexo 1) que consistió en la realización de una prueba piloto con 39 personas no incluidas en la muestra final que cumplieron con los criterios de inclusión planteados en el diseño metodológico y aceptaron participar en el estudio. Las 39 personas se seleccionaron de acuerdo con el número de ítems de CAD, previa autorización de los autores, con el fin de determinar dificultades en el lenguaje y la aplicación en personas que asistieron a consulta y tratamiento en una institución para el manejo de cáncer en Tunja.

Una vez realizada la validez facial se dio paso a la segunda fase para la obtención de validez de contenido; se utilizó la meto-

dología de LoBiondo-Wood, Haber y Cohen, mediante un panel de cinco expertos de reconocida trayectoria académica y experiencia en el abordaje del dolor, así como en la validación de instrumentos. Esta validez tuvo en cuenta cuatro criterios: la definición del constructo por medir, la formulación de los ítems del cuestionario, el desarrollo de instrucciones para los expertos evaluadores y la validez del instrumento (25). Se elaboró un instructivo que fue enviado a los evaluadores vía correo electrónico.

La tercera fase consistió en la recolección de la información y su procesamiento en el programa estadístico SPSS® versión 10.0. Se utilizaron estadísticos descriptivos y un análisis bivariado. La investigación estuvo enmarcada dentro de los principios éticos contemplados en la Resolución 008430 de 1993 que establece normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Este estudio se clasifica como investigación de mínimo riesgo. Se contó con la aprobación del comité de ética de la institución y se respetó el principio de confidencialidad por medio de la utilización del consentimiento informado así como el de beneficencia, con la retroalimentación de los resultados en la institución y el respeto a las personas si en algún momento decidieran retirarse del estudio, aspectos contemplados en la Ley 911 de 2004 (26).

Instrumento

El Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor (CAD), creado inicialmente por Rosenstiel y Keefe en 1983 (27), y posteriormente adaptado y modificado a una versión en español por Rodríguez, Cano y Blanco en 2004, es un instrumento válido y confiable para evaluar las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. Tiene una varianza del 59,2 % y una consistencia interna entre 0,68 a 0,89 de los ocho factores que posee (17).

El primer factor se denomina *Catastrofización* con 6 ítems, el cual sugiere una ideación negativa y dramática del dolor, con consecuencias y dificultades para afrontarlo (28). El segundo factor, denominado *Conductas distractoras* con 6 ítems, incluye actividades de ocio no mentales encaminadas a distraerse de la percepción dolorosa. El tercer factor, *Autoinstrucciones*, con 5 ítems, se refiere a una serie de autoverbalizaciones dirigidas a afrontar con éxito el dolor. El cuarto factor sugiere comportamientos que pretenden eliminar la influencia del dolor en la vida diaria, este se denomina *Ignorar el dolor* y contiene 6 ítems. El quinto factor, *Reinterpretar el dolor*, revela la intención de transformar la

percepción dolorosa para aliviar su impacto, contiene 7 ítems. El sexto factor, *Esperanza*, con 3 ítems, establece la idea de que el dolor desaparecerá con el tiempo. El séptimo factor con 3 ítems, *Fe y Plegarias*, basa el afrontamiento en creencias y conductas religiosas. Por último, el octavo factor, *Distracción cognitiva*, con 3 ítems, se basa en actividades mentales de distracción que al mismo tiempo pretenden compensar el sufrimiento producido por el dolor (17).

El instrumento consta de 39 ítems en total, evaluados en una escala de 0 a 6, siendo 0 correspondiente a nunca, 1 casi nunca, 2 pocas veces, 3 a veces, 4 muchas veces, 5 casi siempre, y 6 siempre. El instrumento original contempla como datos sociodemográficos: la edad, el nombre y la fecha de la valoración; con el fin de establecer relaciones entre estas variables se decidió agregar datos como género, estado civil, lugar de residencia y ocupación. El porcentaje de aceptabilidad fue del 100 % de las personas que conformaron la muestra.

Resultados

Se aplicaron en total 121 instrumentos, de los cuales 4 fueron descartados por diligenciamiento incompleto; todas las personas aceptaron su participación voluntaria en el estudio. El 64,1 % de los encuestados correspondió al género femenino, mientras que el 35,9 % fueron del género masculino. La media de edad fue de 58,03 años, siendo la población más representativa el grupo de edad correspondiente a los 56-64 años con un 19,6 %, y las personas entre los 74 y 82 años con un 15,3 %.

Respecto al estado civil, el 44,4 % de las personas participantes en la investigación estaban casadas, el 19,6 % eran solteras, el 18 % viudos, el 10,3 % vivían en unión libre, y el 7,7 % separados.

Se encontraron 28 diagnósticos diferentes de cáncer que se agruparon de forma cefalocaudal, como se muestra en la Tabla 1, para un total de 10 grupos; se destaca la elevada incidencia de cáncer de seno, gástrico, de colon y de cuello uterino. Si se tiene en cuenta la localización y el género, fueron las mujeres quienes más se vieron afectadas por la enfermedad.

La validez facial dio como resultado la comprensión de todos los ítems del instrumento y su interpretación, por lo que no se introdujeron cambios en el lenguaje del mismo; cada persona utilizó en promedio 10 minutos para responder la totalidad del

Tabla 1. Descripción de los diagnósticos

Diagnóstico	Descripción	Porcentaje
Cabeza y cuello	Cáncer cerebral, cara, tiroides, cuello y cáncer de nariz	11,10
Tórax	Cáncer de pulmón y de seno	25,60
Abdomen	Cáncer gástrico, hepático y de páncreas	15,40
Colon	Cáncer colon	15,40
Cuello uterino	Cáncer de cuello uterino	11,10
Próstata	Cáncer de próstata	6,80
Piel y tejidos blandos	Cáncer de piel, tejidos blandos, glioma de células gigantes.	4,30
Vasos sanguíneos	Linfoma Hodking, leucemia	3,40
Metástasis	Metástasis	1,70
Otros	Cáncer renal, de columna y de pierna	5,10

Fuente: base de datos de la investigación SPSS V 10.0.

cuestionario. Para la validez de contenido se tuvieron en cuenta los criterios de pertinencia, relevancia, claridad y redacción con la fórmula de Índice de Validez de Contenido (IVC) (29); la puntuación de los 39 ítems fue superior a 0,80, lo cual permite afirmar que el CAD es un instrumento válido en cuanto a su apariencia y contenido en el contexto colombiano, y en la valoración de estrategias de afrontamiento del dolor asociado al cáncer. La prueba de confiabilidad a través del alpha de Cronbach fue de 0,89, y con eliminación de ítems el valor se mantuvo entre 0,88 y 0,90, demostrando la confiabilidad del CAD.

La Tabla 2 muestra los resultados por categorías; se encontró que los ítems correspondientes a *Catastrofización (CAT)* mostraron una media de 2,23, es decir, *pocas veces*. Se resaltan los porcentajes obtenidos para *nunca* (21,1 %), *a veces* (21,3 %) y *siempre* (21,8 %), lo cual supone una menor proporción de quienes no realizan catastrofización y mayor para aquellos que tienden a hacerla o definitivamente la realizan.

En la categoría *Conductas distractoras (CDI)* se observa una media de 3,27 *a veces*, lo cual evidencia que acciones como “Me pongo a cantar o tararear canciones mentalmente”, con una media de 1,6, no son realizadas en gran medida. Por otro lado se

observa que la media más alta para los ítems de esta categoría es para la afirmación “Hago cosas que me gustan como ver televisión o escuchar la radio”, con una media de 4,21, debido a que culturalmente es más factible acceder a este tipo de recursos y a que son más asequibles. La categoría *Autoafirmación (AUT)* tuvo una media de 4,33 *muchas veces* con varianza de 2,43, lo cual indica la posibilidad de que las personas realicen afirmaciones positivas para tener control sobre el dolor. Para la categoría *Ignorar el dolor (IDO)* la media fue de 4,11 con una varianza de 3,7, que indica la variedad en las respuestas de las personas encuestadas frente a esta categoría, pues se establece una conducta de tipo adaptativo que busca disminuir el dolor ignorándolo.

La categoría *Reinterpretar el dolor (RDO)* evalúa las estrategias que realizan las personas para alejarse de este; se observó una media de 4,13 *muchas veces*, con una varianza de 4,6. Este dato indicó que no siempre se recurre a actividades simples como dormir, debido a la complejidad que representa convencerse a sí mismos de que el dolor está fuera de su cuerpo y que lo pueden alejar mentalmente.

La categoría de *Esperanza (ESP)* evaluó pensamientos de las personas acerca de la creencia, en un futuro, respecto a la mejoría de la enfermedad. Se obtuvo una media de 5,1, con una varianza de 2,88, que indica que la esperanza está *casi siempre* presente en las personas, que creen en un futuro con mejor calidad de vida. Se resalta que esta categoría influye de manera positiva en el afrontamiento del dolor.

La categoría *Fe y plegarias* evidenció una media de 5,7 con una varianza de 0,9, la media más alta y la menor varianza en la medición de las categorías del instrumento, aspecto que indica que las personas encuestadas se aferran a la fe y a las conductas religiosas con el fin de mejorar su estado de salud.

Por último, la categoría *Distracción cognitiva (DIC)* evidenció una media de 4,9 *muchas veces* y una varianza de 3,0. De igual forma, se realizó un análisis de conglomerados con el objetivo de determinar la agrupación de puntuaciones de las categorías respecto a la variable género, la cual permitió diferenciar la asociación de puntuaciones bajas para los hombres en las conductas de afrontamiento desadaptativo (*Catastrofización*, media de 3,96; *Fe y plegarias*, media de 5,28) y menores en las de tipo adaptativo (especialmente *Ignorar el dolor*, media de 2,39, y *Reinterpretar el dolor*, media de 1,59). Respecto a las mujeres, dentro de las conductas de afrontamiento desadaptativo están *Fe y plegarias*

con una media de 5,82, y mayor para las de tipo adaptativo como *Esperanza*, media de 5,48, y *Distracción cognitiva*, media de 2,28.

El análisis de regresión, se realizó como prueba de predicción de las variables independientes edad, género, estado civil y

ocupación, con las categorías del instrumento, para determinar su incidencia en el afrontamiento (Tabla 3). No se encontraron relaciones estadísticamente significativas, en las pruebas de regresión realizadas ($p > 0,005$).

Tabla 2. Resultados por categorías CDA: estrategias de afrontamiento del dolor en pacientes con cáncer

Categoría	Variable (%)	Nunca (%)	Casi nunca (%)	Pocas veces (%)	A veces (%)	Muchas veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)	M	V	Media Categoría
CAT	El dolor es terrible y pienso que nunca me pondré mejor	26,50	12,00	11,10	20,50	5,10	7,70	17,10	2,57	4,73	2.23
CAT	Creo que no puedo soportarlo más	19,70	9,40	11,10	21,40	10,30	8,50	19,70	2,97	4,51	
CAT	Pienso que no vale la pena vivir así	34,20	13,70	8,50	17,90	6,00	3,40	16,20	2,23	4,82	
CAT	El dolor es horrible y siento que me desborda	12,00	11,10	6,80	26,50	7,70	8,50	27,40	3,42	4,33	
CAT	Creo que no puedo más	19,70	7,70	13,10	23,10	10,30	7,70	17,90	2,91	4,27	
CAT	Me paso el día preocupado pensando en si alguna vez acabará el dolor	14,50	9,40	5,10	18,80	10,30	9,40	32,50	3,59	4,83	
CDI	Me pongo a cantar o a tararear canciones mentalmente	53	11,10	2,60	14,50	4,30	2,60	12	1,62	4,58	3.24
CDI	Hago cosas que me gustan como ver televisión o escuchar la radio	12,80	5,10	4,30	10,30	8,50	11,10	47,90	4,21	4,81	
CDI	Realizo juegos o distracciones mentales para quitar el dolor de mi cabeza	41	9,40	4,30	17,10	4,30	6	17,90	2,24	5,48	
CDI	Salgo de casa y hago algo, como ir al cine o ir de compras	23,10	4,30	2,60	13,70	8,50	16,20	31,60	3,56	5,59	
CDI	Paseo mucho	25,60	10,30	6,00	12,00	3,40	7,70	35,00	3,21	6,29	
CDI	Trato de estar con otras personas	6,00	5,10	4,30	7,70	4,30	9,40	63,20	4,8	3,68	
AUT	Veo el dolor como un desafío y no dejo que me moleste	12,80	7,70	7,70	25,60	9,40	9,40	27,40	3,49	4,27	2.43
AUT	Me digo a mí mismo que no puedo permitir que el dolor interfiera con lo que tengo que hacer	12	7,70	3,40	17,90	6	14,50	38,50	3,96	4,64	
AUT	Me digo a mí mismo que puedo superar el dolor	7,70	3,40	5,10	12,80	5,10	11,10	54,70	4,56	3,89	
AUT	No importa lo grande que sea el dolor, sé que puedo con él	7,70	2,60	6,00	12,80	10,30	11,10	49,60	4,47	3,73	
AUT	Me digo a mí mismo que debo ser fuerte y continuar a pesar del dolor	4,30	1,70	2,60	4,30	2,60	16,20	68,40	5,21	2,43	
IDO	No presto atención al dolor	20,50	6	5,10	23,90	6,80	8,50	29,10	3,32	5,1	4.11
IDO	No pienso en el dolor	13,70	11,10	6	16,20	6,80	11,10	35	3,65	5,02	

Categoría	Variable (%)	Nunca (%)	Casi nunca (%)	Pocas veces (%)	A veces (%)	Muchas veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)	M	V	Media Categoría
IDO	Me pongo a hacer cosas como tareas domésticas o planear actividades	13,70	3,40	1,70	12,80	6,80	12,80	48,70	4,29	4,73	
IDO	Aunque me duela sigo con lo que estaba haciendo	8,50	5,10	1,70	6,00	7,70	15,40	55,60	4,68	3,91	
IDO	Continúo con lo que estaba haciendo como si no pasara nada	8,50	0,90	4,30	14,50	6,80	10,30	54,30	4,59	3,74	
IDO	Ignoro el dolor	10,30	3,40	6,80	16,20	7,70	12,00	43,60	4,18	4,25	
RDO	Me acuesto	10,30	3,40	3,40	29,10	6,80	6,00	41,00	4,01	4,11	4.13
RDO	Me imagino que el dolor está fuera de mí	17,10	3,40	3,40	10,30	6,80	14,50	44,40	4,08	5,24	
RDO	Hago como si no me doliera nada	11,10	6,00	6,00	13,70	6,80	9,40	47,00	4,15	4,68	
RDO	Hago como si el dolor no fuera parte de mí	13,70	5,10	5,10	12,80	6,80	12,80	43,60	4,07	4,89	
RDO	Me digo a mí mismo que no me duele	8,50	5,10	5,10	8,50	7,70	13,70	51,30	4,48	4,11	
RDO	Trato de distanciarme del dolor, casi como si el dolor estuviera en otro cuerpo	12,00	6,80	3,40	12,80	8,50	11,10	45,30	4,14	4,74	
RDO	Trato de no pensar en que el dolor está en mi cuerpo, como si estuviera fuera de mí	14,50	4,30	0,90	18,80	9,40	10,30	41,90	4,03	4,75	
ESP	Tengo confianza en que los médicos algún día me curarán el dolor	3,40	1,70	0,00	6,80	0,90	5,10	82,10	5,44	2,06	5.1
ESP	Creo que algún día alguien me ayudará y el dolor desaparecerá	1,70	0,00	0,90	7,70	1,70	8,50	79,50	5,51	1,37	
ESP	Trato de imaginarme un futuro en el que me haya librado del dolor	10,30	2,60	5,10	8,50	6,00	6,80	60,70	4,61	4,33	
FEP	Rezo a Dios para que no me dure más el dolor	0,90	0,00	1,70	4,30	3,40	1,70	88,00	5,67	1,02	5.7
FEP	Rezo para que me pare el dolor	0,90	0,00	2,60	3,40	1,70	5,10	85,50	5,66	1,05	
FEP	Cuento con mi fe en Dios	0,90	0,00	1,70	2,60	0,00	1,70	93,20	5,79	0,79	
DIC	Pienso en cosas que disfruto haciendo	7,70	4,30	3,40	7,70	4,30	17,10	55,60	4,7	3,76	4.9
DIC	Recuerdo buenos momentos del pasado	6,80	0,90	3,40	6,80	9,40	13,70	59,00	4,88	3,12	
DIC	Pienso en personas con las que me gusta estar	2,60	2,60	1,70	6,00	4,30	13,70	69,20	5,25	2,14	

Fuente: base de datos de la investigación SPSS V 10.0.

Tabla 3. Análisis de regresión múltiple: Estrategias de afrontamiento al dolor en pacientes con cáncer

Variable dependiente: Género					
Variable independiente	Beta	Error típico	Coficiente Beta	t	p
Catastrofización	3,20	1,08	0.447	2,95	0,40
Conductas Distractoras	0,16	0,08	0,197	2,07	0,40
Auto instrucciones	-0,36	0,34	-0,115	-1,08	0,28
Ignorar el Dolor	-0,18	0,10	-0,161	-1,73	0,08
Reinterpretar el dolor	-0,21	0,17	-0,127	-1,27	0,20
Esperanza	6,82	0,06	0,107	1,13	0,26
Fe y Plegarias	2,1	0,29	0,007	0,07	0,94
Distracción Cognitiva	-0,27	0,77	-0,137	-1,37	0,28
Constante	4.59	1.56		3,94	0,01
R = 3.551	R cuadrado = 0.126	Error = 1.483	F = 26.43	Sign. = 0,020	

Fuente: Base de Datos Investigación SPSS V 10.0.

Discusión

La evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor permitió identificar las conductas que influyen en el abordaje y manejo del dolor que utilizan las personas con cáncer en Boyacá. Sobre las conductas de tipo adaptativo para el afrontamiento del dolor las personas utilizan más aquellas relacionadas con la categoría *Esperanza*, es decir la confianza, la ayuda y la visión de un futuro sin dolor; este abordaje resulta importante para el personal de enfermería, puesto que el cuidado se debe orientar a la ayuda y el fortalecimiento de acciones que permitan a la persona confiar en sí misma y adaptarse al dolor.

Otras conductas asociadas al afrontamiento adaptativo en la muestra se relacionan con *autoinstrucciones* por medio de las cuales las personas son capaces mentalmente de darse afirmaciones para controlar el dolor. Si bien este tipo de conductas psicológicas aporta elementos de autoayuda, es necesario el abordaje integral de la intervención clínica por parte de los profesionales de salud, que además incluya la reciprocidad para que la persona se involucre en su cuidado y sea capaz de aportar herramientas propias para sí mismo (3). Son útiles conductas como la *Distracción cognitiva* que constituyen estrategias de tipo adaptativo frente al dolor (17) y facilitan la realización de procesos mentales conducentes a

la distracción y el olvido del mismo, disminución de la intensidad y menor duración de la experiencia dolorosa.

La *catastrofización* resultó ser una de las estrategias utilizadas por las personas en el presente estudio y aquella que conduce a un afrontamiento desadaptativo e ineficaz; al igual que en los estudios de Cano, Soriano y Soucase, se observa que cuando prevalece el uso de este tipo de conductas se prolonga la experiencia dolorosa y se limita la utilización de las estrategias adaptativas (17, 18, 21, 30, 31).

Se encontró que la categoría *Fe y plegarias* representa un porcentaje significativo en la utilización de estrategias de afrontamiento, posiblemente asociada a la cultura boyacense y colombiana de religiosidad y su vínculo con aspectos espirituales; se resalta que el dolor asociado a enfermedades como el cáncer genera en las personas mayor temor a la muerte y es posible que exista una alta tendencia al uso de este tipo de estrategias. Esta categoría es compleja de analizar debido a que se correlaciona con la *catastrofización* y, a su vez, con la categoría *Esperanza*. Las conductas de *Fe y plegarias* han sido asumidas como desadaptativas en los estudios de validez y aplicación del CAD en España y en otras regiones donde ha sido aplicado. Esta categoría ha sido descrita como desadaptativa para el afrontamiento del dolor (17,

18), relacionándose de forma directa con las conductas correspondientes a la categoría de *Catastrofización* que en la puntuación del cuestionario (CAD) obtuvieron el mayor puntaje en los ítems *casi siempre* y *siempre*. Cabe resaltar que la categoría *Fe y plegarias* se correlaciona negativamente con catastrofización y positivamente con esperanza (17).

Las estrategias de afrontamiento del dolor constituyen abordajes complementarios para el cuidado de enfermería que guían a los profesionales a reforzar acciones tendentes a mejorar la calidad de vida de las personas, e integran no solo aspectos físicos o fisiológicos para el manejo del dolor, sino elementos psicológicos y emocionales más allá de la terapia farmacológica (32).

En el presente estudio, los hombres tienen tendencia al afrontamiento desadaptativo más que las mujeres, aspecto que difiere de los resultados obtenidos en la investigación de Miró *et al.*, donde las mujeres realizan mayor uso de la catastrofización que los hombres (30).

Es importante tener en cuenta el entorno de la persona, así como su edad y diagnóstico, aspectos que permitirán un mejor

direccionamiento de las intervenciones y la pronta mejoría y disminución de la sensación dolorosa.

Conclusiones

En las estrategias de afrontamiento del dolor se presentan variaciones en cuanto al modo de adaptación frente al dolor crónico ocasionado por el cáncer, siendo las categorías *Esperanza*, *Autoinstrucciones*, *Distracción cognitiva*, *Catastrofización* y *Fe y plegarias* las más utilizadas por las personas para hacerle frente. Las variables sociodemográficas como edad, sexo, ocupación y diagnóstico no tienen relación, en el presente estudio, con la aparición de estrategias de afrontamiento adaptativas. Se encontró mayor incidencia de cáncer en el sexo femenino; sin embargo, son las mujeres quienes realizan mayor cantidad de estrategias adaptativas que los hombres. Los profesionales de enfermería están en capacidad de participar interdisciplinariamente en el diagnóstico, abordaje y cuidado integral de las personas que padecen dolor crónico a causa de enfermedades como el cáncer; los conocimientos y el dominio de los procesos de adaptación y afrontamiento en las personas resultan un manejo profesional que facilita la adopción de estrategias activas y eficaces en la población colombiana con este padecimiento.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer. Informe de un Comité de Expertos. Serie de informes Técnicos, Ginebra; 1990. [citado 2012 may 24]. Disponible en <http://www.who.int/iris/handle/10665/41759>
2. Ibarra E. Una nueva definición de "dolor": un imperativo de nuestros días. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2006 Mar [citado 2013 Sep 10]; 13(2):65-72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000200001&lng=es
3. Secoli SR, Pezo Silva MC, Alves Rolim M, Machado AL. El cuidado de la persona con cáncer: un abordaje psicosocial. *Index Enferm* [Internet]. 2005 Mar [citado 2013 Sep 10]; 14(51):34-39. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962005000300007>.
4. Peñarroya A, Ballús-Creus C, Pérez J. Diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento, el catastrofismo y el estado de ánimo en función del tiempo de evolución del dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2011 Abr [citado 2013 Sep 10]; 18(2):77-83. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462011000200002&lng=es.
5. Reyes D, González JC, Mohar A, Meneses A. Epidemiología del dolor por cáncer. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2011 Abr [citado 2013 Sep 10]; 18(2):118-134. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462011000200006&lng=es
6. Araújo AM, Gómez M, Pascual J, Castañeda M, Pezonaga L, Borque JL. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2004;27:63-75.

7. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Indicadores de Salud Colombia 2010 [Internet]. 2010 [citado 2012 may 24]. Disponible en: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=135
8. Sánchez B. Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. *Aquichan*. 2003;3(3):32-41.
9. Soriano J, Monsalve V. Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2004 Nov [citado 2013 Sep 10]; 11(7):27-34. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000700002&lng=es.
10. Casado Cañero FD. Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes Psicol*. 2002;21(1):403-14.
11. Roy C, Andrews H. *The Roy Adaptation Model*. 2 ed. Stanford: Appleton & Lange; 1999. p. 31-48.
12. Fawcett J. *Análisis y evaluación de los modelos conceptuales de enfermería*, 3ª ed. FA Davis; 1995.
13. Rodríguez C, Barrantes JC, Jiménez G, Putvinski V. Manejo del dolor en el paciente oncológico. *Acta pediátr costarric* [Internet]. 2004 Ene [citado 2013 Sep 09]; 18(1):06-13. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00902004000100001&lng=es. Manejo del dolor en el paciente oncológico. *Acta Pediátrica Costarricense*.
14. Hoyos G, Castillo A, Lili FV de. El impacto emocional del dolor y la enfermedad. 2008 mar 1 [citado 2012 may 2]. Disponible en: http://www.icesi.edu.co/biblioteca_digital/handle/10906/4484
15. Pessini L, Bertachini L. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Interfaces*. 2006;12(2).
16. Folkman S, Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988;54(3):466-75.
17. Rodríguez L, Cano FJ, Blanco A. Evaluación de las estrategias de afrontamiento al dolor. *Act Esp Psiq*. 2004;32:82-91.
18. Soucase B, Monsalve V, Soriano JF, Andrés J. Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2004 Sep [citado 2013 Sep 10]; 11(6):45-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000600004&lng=es.
19. Triviño V, Zaider G, Sanhueza O. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichan* [Internet]. 2005 Oct [citado 2013 Sep 09]; 5(1):20-31. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100003&lng=en.
20. Acosta PA, Chaparro LC, Rey CA. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Rev Col Psic*. 2008;9-26. [citado 2013 Sep 09]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80411803001>
21. Gaviria A, Vinaccia S, Riveros MF, Quiceno J. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicol Caribe*. 2007;20. [citado 2012 may 2]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123417X2007000200004&lng=pt&nrm=iso
22. Rodríguez RF, Daza P, Rodríguez M. Tratamiento farmacológico del dolor en pacientes con cáncer. *Colomb Med* [Internet]. 2006 Sep [citado 2013 Sep 09]; 37(3):242-246. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165795342006000300011&lng=en
23. Martínez M, Méndez C, Ballesteros B. Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al Centro Javeriano de Oncología. *Univ Psycho*. 3.2. [Internet] 2004. [citado 2013 Sep 10]. Disponible en: http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N209caracteristicas_espirituales.pdf
24. Murillo M, Alarcón A. Tratamientos psicósomáticos en el paciente con cáncer. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet] [citado 2013 Sep 09]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474502006000500007&lng=en
25. García MJ, Rodríguez F, Carmona L. Validación de cuestionarios. *Reumatol Clín*. 2009;5(4):171-177.
26. República de Colombia. Ley 911 de 2004 [Internet] [citado 2012 Abr 26]. Disponible en: http://www.anec.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=70&Itemid=91
27. Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*. 1983;17(1):33-44.

28. Esteve R, López A, Ramírez C. Índices generales versus específicos en la evaluación del afrontamiento al dolor crónico. *Psicothema*. 2004;16(3):421-8.
29. Lamprea JA, Gómez-Restrepo C. Validez en la evaluación de escalas. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2007;36:340-348.
30. Miró E, Diener FN, Martínez MP et al. La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos. *Psicothema*. 2012;24(1):10-5.
31. Soriano J, Monsalve V. Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2004 Nov [citado 2013 Sep 10]; 11(7):27-34. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000700002&lng=es
32. Grupo de estudio Facultad de Enfermería. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan* [Internet]. 2009 may 28 [citado 2012 mar 12]; 2(1). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18/36>

Anexo 1

Cuestionario de estrategias de afrontamiento del dolor (CAD)

Rosenstiel y Keefe, 1983. Adaptado por Rodríguez, Cano y Blanco (17)

Responda, marcando con una X en la casilla correspondiente, con qué frecuencia realiza las siguientes acciones cuando tiene dolor. Utilice la siguiente escala:

0 = Nunca, 1 = Casi nunca, 2 = Pocas veces, 3 = A veces, 4 = Muchas veces,
5 = Casi siempre, 6 = Siempre

Esté seguro de responder a todas las frases y de que marca solo una casilla en cada una de ellas. No hay respuestas correctas ni incorrectas; solo se evalúa lo que usted hace en ese momento.

Nombre:

Edad:

Fecha:

Ocupación:

Estado civil:

Lugar de residencia:

Género:

Diagnóstico:

1	Ve el dolor como un desafío y no dejo que me moleste	0 1 2 3 4 5 6
2	Creo que no puedo más	0 1 2 3 4 5 6
3	Me digo a mí mismo que no puedo permitir que el dolor interfiera con lo que tengo que hacer	0 1 2 3 4 5 6
4	Me pongo a cantar o a tararear canciones mentalmente	0 1 2 3 4 5 6
5	No presto atención al dolor	0 1 2 3 4 5 6
6	Hago cosas que me gustan como ver televisión o escuchar la radio	0 1 2 3 4 5 6
7	No pienso en el dolor	0 1 2 3 4 5 6
8	Realizo juegos o distracciones mentales para quitar el dolor de mi cabeza	0 1 2 3 4 5 6
9	Salgo de casa y hago algo, como ir al cine o ir de compras	0 1 2 3 4 5 6
10	Me digo a mí mismo que puedo superar el dolor	0 1 2 3 4 5 6
11	Paseo mucho	0 1 2 3 4 5 6
12	El dolor es terrible y pienso que nunca me pondré mejor	0 1 2 3 4 5 6
13	Tengo confianza en que los médicos algún día me curarán el dolor	0 1 2 3 4 5 6
14	Creo que algún día alguien me ayudará y el dolor desaparecerá	0 1 2 3 4 5 6
15	Me imagino que el dolor esta fuera de mí	0 1 2 3 4 5 6
16	Creo que no puedo soportarlo más	0 1 2 3 4 5 6
17	Hago como si no me doliera nada	0 1 2 3 4 5 6
18	Hago como si el dolor no fuera parte de mí	0 1 2 3 4 5 6
19	Rezo a Dios para que no me dure más el dolor	0 1 2 3 4 5 6
20	Me pongo a hacer cosas como tareas domésticas o planear actividades	0 1 2 3 4 5 6
21	Rezo para que me pare el dolor	0 1 2 3 4 5 6
22	Me digo a mí mismo que no me duele	0 1 2 3 4 5 6
23	Pienso que no vale la pena vivir así	0 1 2 3 4 5 6
24	Aunque me duela sigo con lo que estaba haciendo	0 1 2 3 4 5 6
25	No importa lo grande que sea el dolor, sé que puedo con él	0 1 2 3 4 5 6
26	Trato de imaginarme un futuro en el que me haya librado del dolor	0 1 2 3 4 5 6
27	Me digo a mí mismo que debo ser fuerte y continuar a pesar del dolor	0 1 2 3 4 5 6
28	Continúo con lo que estaba haciendo como si no pasara nada	0 1 2 3 4 5 6
29	Ignoro el dolor	0 1 2 3 4 5 6
30	Trato de distanciarme del dolor, casi como si el dolor estuviera en otro cuerpo	0 1 2 3 4 5 6
31	El dolor es horrible y siento que me desborda	0 1 2 3 4 5 6
32	Me paso el día preocupado pensando en si alguna vez acabará el dolor	0 1 2 3 4 5 6
33	Trato de no pensar en que el dolor está en mi cuerpo, como si estuviera fuera de mí	0 1 2 3 4 5 6
34	Pienso en cosas que disfruto haciendo	0 1 2 3 4 5 6
35	Trato de estar con otras personas	0 1 2 3 4 5 6
36	Recuerdo buenos momentos del pasado	0 1 2 3 4 5 6
37	Cuento con mi fe en Dios	0 1 2 3 4 5 6
38	Me acuesto	0 1 2 3 4 5 6
39	Pienso en personas con las que me gusta estar	0 1 2 3 4 5 6