

Perfiles de estrés y afrontamiento en dolor crónico

Francisco Javier Cano García, Luis Rodríguez Franco y M^a Ángeles Antuña Bellerín

*Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Facultad de Psicología - Universidad de Sevilla*

www.personal.us.es/fjcano

E-mail: fjcano@us.es

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue explorar perfiles de 205 pacientes de dolor crónico atendidos en diversos centros sanitarios públicos de la ciudad de Sevilla (España) sobre la base de las características sensoriales del dolor (intensidad, duración, frecuencia, etc.) y de las variables implicadas en el proceso de estrés que suponen las crisis o episodios dolorosos (lenguaje interno, conductas de dolor, afrontamiento, expectativas de control, etc.). Se utilizó el Análisis de Homogeneidad (HOMALS), una técnica factorial de interdependencia que posibilita una interpretación gráfica en varios ejes o dimensiones. Se fueron introduciendo conjuntos de variables, observando un alto nivel de ajuste de los análisis, especialmente en el caso de los parámetros sensoriales del dolor, del lenguaje interno asociado al dolor y de las conductas de dolor. Todos los perfiles fueron congruentes con la literatura científica al respecto, concluyéndose que los procedimientos estadísticos de esta naturaleza pueden ser adecuados para propósitos de investigación como el nuestro debido a que tratan datos cualitativos y a que son capaces de detectar relaciones no sólo de tipo lineal y no sólo entre variables sino también entre categorías de variables.

Palabras clave: Dolor crónico, estrés, afrontamiento, Análisis de Homogeneidad (HOMALS).

ABSTRACT

The aim of the study was to explore clinical profiles in 205 chronic pain spanish patients attended in public health centres. The profiles were based on the pain sensory parameters (intensity, duration, frequency, etc.) and other pain stress variables (self-talk, pain behaviors, coping, control expectancies, etc.). We used the Homogeneity Analysis (HOMALS), a interdependence statistical technique for graphic interpretation in several axis. We were entering sets of variables and we got an high level of adjustment, especially using the pain sensory parameters, the pain self-talk and the pain behaviors. All the profiles were according to the scientific literature, concluding that interdependence statistical techniques could be appropriate to find clinical profiles because they work with qualitative data, because they can found non-linear relations, and because they can also found relations between categories, not only between variables.

Keywords: Chronic pain, stress, coping, Homogeneity Analysis (HOMALS).

INTRODUCCIÓN

Según la encuesta Pain in Europe (*The Pain Society*, 2003) uno de cada tres hogares europeos está afectado por el dolor crónico. Hubo que esperar hasta los años 60 para que la comunidad científica aceptase definitivamente la complejidad del fenómeno doloroso. Fue con la ilustre Teoría de la Puerta (Melzack y Wall, 1965), que identifica neuroanatómicamente tres niveles en la experiencia de dolor: sensorial, afectivo-motivacional y cognitivo-evaluativo. La evolución del concepto de dolor durante el siglo pasado cristalizó en la creación de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, cuyo primer cometido fue elaborar una definición acorde a los progresivos avances científicos (IASP, 1979). El dolor, entendido inicialmente como una mera sensación, pasó a considerarse como una percepción compleja que destaca por su subjetividad, incluyendo procesos psicológicos como dimensiones intrínsecas de este trastorno. La comunidad científica ha venido manteniendo desde entonces esta concepción multidisciplinar, lo cual ha multiplicado la investigación psicológica del dolor, especialmente el crónico (Turk y Okifuji, 2002). Así, algunos estudios bibliométricos muestran, por ejemplo, un crecimiento del 39% en las publicaciones acerca del dolor crónico en la base de datos PsyCLIT durante el periodo 1986-1995 (Norton, Asmundson, Ron, y Craig, 1999).

La investigación psicológica del dolor ha estado influida por el paradigma dominante en cada momento histórico. De esta forma se han sucedido, y coexisten actualmente, aportaciones de la Medicina Psicosomática, de la Medicina Conductual y, últimamente, de la Psicología de la Salud (Keefe, Lumley, Buffington, Carson, Studts, Edwards, Macklem, Aspnes, Fox, y Steffey, 2002). Los tópicos de interés han sido la personalidad dolorosa, patológica o no, entendida como rasgos o como procesos ([Dersh, Polatin, y Gatchel, 2002](#); [Vendrig, 2000](#)); las conductas de dolor ([Dickens, Jayson, y Creed, 2002](#); [Loefvander y Furhoff, 2002](#)); o, más recientemente, los procesos cognitivos ([Comeche, Diaz, y Vallejo, 1999](#); [Passchier, 2003](#)).

Actualmente, la investigación psicológica del dolor ha recibido un gran impulso del modelo transaccional del estrés (Lazarus, 1999). Según este modelo, el estrés es un proceso normal que acontece en dos fases, valoración y afrontamiento, cuando un sujeto percibe unas demandas que le sobrepasan. El dolor es una experiencia intrínsecamente estresante; el estresor es interno, la sensación dolorosa. De este forma, este modelo de estrés resulta muy apropiado para comprender el dolor, sobre todo el crónico, siendo utilizado en muchas investigaciones ([Jensen, Turner, y Romano, 2001](#); [Kerns, Rosenberg, y Otis, 2002](#); [Turner, Jensen, Warm, y Cardenas, 2002](#)).

A lo largo de años de investigación, diversos estudios han revelado las principales variables que integran las dos fases del estrés en el dolor; unas se refieren a la valoración y otras al afrontamiento. Entre las primeras destacan los pensamientos automáticos negativos o el lenguaje interno ([Roth y Geisser, 2002](#); [Stroud, Thorn, Jensen, y Boothby, 2000](#)), el lugar de control ([Gibson y Helme, 2000](#); [Tan, Jensen, Robinson, Thornby, y Monga, 2002](#)) y la autoeficacia percibida sobre el dolor ([Chong, Cogan, Randolph, y Racz, 2001](#); [Tan et al., 2002](#)). Entre las segundas podemos encontrar las estrategias de afrontamiento ([Endler, Corace, Summerfeldt, J.M., y Rothbart, 2003](#); [Mellegard, Grossi, y Soares, 2001](#)) y las conductas de dolor ([Dickens et al., 2002](#); [Loefvander y Furhoff, 2002](#)).

Muchos estudios se han centrado en cómo las personas valoran y se enfrentan al estrés en sus vidas, tanto en los fastidios cotidianos como en los acontecimientos vitales, y qué relación tienen esos procesos con el estatus del trastorno (Liakopoulou, Alifieraki, Protagora, Korpa, Kondyli, Dimosthenous, Christopoulos, y Kovanis, 2002; [Spierings, Sorbi, Maassen, y Honkoop, 1997](#)). Unos han sido experimentales, manipulando alguna de las variables mencionadas anteriormente para detectar cambios en la intensidad del dolor, habitualmente utilizando muestras de control de sujetos normales (Crombez, Eccleston, Van den Broeck, Van Houdenhove, y [Goubert, 2002](#)). Su principal limitación consiste en el reducido número de variables que pueden manejarse al mismo tiempo. Otros han sido correlacionales, bivariados o multivariados, observando la evolución de los procesos de estrés y del dolor mediante autorregistros o cuestionarios ([Grant, Long, y Willms, 2002](#)). Aunque muchos de ellos han arrojado resultados interesantes, otros no han encontrado relación con el estatus del trastorno (Fernández y Sheffield, 1996).

Varios estudios muestran que podría resultar más explicativo centrarse en la valoración y el afrontamiento del dolor mismo. Algunos de ellos han utilizado análisis bivariados para comprobar la influencia de diversas variables psicológicas una a una con el estatus del trastorno (Bishop, Ferraro, y Borowiak, 2001; McCracken y Iverson, 2001). Su principal limitación ha sido similar a la expuesta anteriormente. Otros estudios han utilizado análisis multivariados, utilizando muchas variables al mismo tiempo, pero su objetivo ha sido valorar el componente emocional del dolor, la calidad de vida o las consecuencias psicopatológicas, y no en la sensación de dolor (intensidad, frecuencia, duración) (Buer y Linton, 2002; Ohayon y Schatzberg, 2003).

Nuestra opinión es que el acontecimiento más estresante en relación con el dolor crónico suele ser el propio dolor. Muy pocos estudios se han centrado en la influencia del estrés asociado al dolor en la sensación dolorosa, y menos utilizando metodología multivariada, que es la apropiada para acercarse a procesos tan complejos (Severeijns, Vlaeyen, van den Hout, y Weber, 2001).

En otro trabajo (Cano García, 2001) tuvimos la oportunidad de comprobar cómo todas las variables anteriormente mencionadas contribuyeron a predecir estadísticamente los parámetros fundamentales del dolor en pacientes con dolor crónico. Así, la capacidad de predicción estadística global de la intensidad del dolor fue de 39% y la de la frecuencia del dolor un 47%, lo cual induce a pensar que la consideración de las variables implicadas en la apreciación y el afrontamiento del estrés en los episodios/ crisis de dolor tiene una significación clínica relevante.

En este sentido, el objetivo del presente trabajo ha sido explorar la existencia de tipos de pacientes en función de cómo valoran y manejan sus crisis/episodios de dolor en asociación con determinadas características clínicas del trastorno. En general, hipotetizamos que un mal manejo de las crisis/episodios (en cualquiera de sus fases, tanto en la valoración como en el afrontamiento) se asociará con una gravedad mayor de los parámetros sensoriales del dolor. En concreto, entendemos que el mal manejo de las crisis/episodios se evidenciará con altas puntuaciones en lenguaje interno negativo, en conductas de dolor y en afrontamiento desadaptativo y bajas en controlabilidad del dolor y en afrontamiento adaptativo. Una mayor gravedad del trastorno se evidenciará con mayor duración de la enfermedad, de la duración de las crisis/episodios de dolor, de la intensidad del dolor, de la frecuencia del dolor y del consumo de fármacos contra el dolor. Adicionalmente, introducimos como variable el diagnóstico, sin aventurarnos por

falta de información a hipotetizar si se vinculará a algún perfil concreto.

Secundariamente nos interesará (Díaz de Rada, 2002) comprobar si el tratamiento de todas estas variables clínicas como categóricas (Análisis de Homogeneidad) resulta adecuado a nuestros propósitos. Desde nuestro punto de vista, la obtención de perfiles clínicos se ajusta a las características de este tipo de técnicas debido a que: a) utilizan datos cualitativos; b) detectan cualquier tipo de relación, no sólo lineal; y, c) permiten describir relaciones, no sólo entre variables, sino también entre categorías de variables.

MÉTODO

Sujetos

Participaron en el estudio 205 personas, 177 mujeres y 28 hombres, atendidos en diversos centros públicos de salud de la ciudad de Sevilla. La edad media fue de 41,29 años (DT 9,72 años). El 83% de las personas estaban casadas, el 11% solteras y el 6% restante separados o viudos. Casi la mitad de las personas (46%) poseía estudios primarios, el 22% secundarios, el 21% no tenían estudios y el 11% restante habían terminado estudios universitarios. El 47% eran amas de casa, el 29% trabajadores en activo, el 14% estaban jubilados por enfermedad, el 6% restante eran estudiantes y el 5% restante desempleados. La renta per cápita media fue de 3.970 € (DT 4.897 €).

La distribución de diagnósticos fue, como era esperable, tan diversa, sobre todo en el caso del dolor no cefalálgico, que hubo de realizarse una agrupación según criterios etiológicos. De esta forma se obtuvieron 68 casos de migraña, 50 de cefalea tensional crónica, 49 de dolor de origen muscular y 38 de dolor de origen óseo. Obviamente, las dos últimas agrupaciones fueron todavía más heterogéneas. Sin embargo, el diagnóstico más representativo en el dolor muscular fue el de fibromialgia (75%) y los más representativos en el dolor óseo los de cervicalgia, artritis y artrosis (63%). La duración media del trastorno fue de 12,51 años (DT 10,27 años); la duración media de los episodios/crisis de dolor fue de 24 horas (DT 15,97 horas); la intensidad media del dolor fue de 6,7 sobre 10 (DT 1,88); la frecuencia media del dolor fue de 18,57 días al mes (DT 12,23 días al mes); el promedio de fármacos diarios contra el dolor fue de 1,27 (DT 0,71).

Material y procedimiento

Debemos hacer constar que el proyecto principal en el que se inserta el presente trabajo tenía como uno de sus principales objetivos comparar las cefaleas primarias con otros diagnósticos por dolor crónico en una serie de variables psicológicas (Cano García, 2001); ése es el motivo por el que las cefaleas aparecen sobrerrepresentadas en la muestra.

Reclutamiento y diagnóstico fueron realizados con ayuda de los médicos consultando las historias clínicas. Para evaluar los parámetros sensoriales del dolor se utilizó una entrevista clínica obteniéndose las siguientes variables: duración del trastorno (en años); duración de las crisis/episodios de dolor (en horas); intensidad del dolor (escala numérica de 10 puntos); frecuencia del dolor (en crisis/episodios al mes); y número de fármacos utilizados contra el dolor (al día).

Para evaluar las variables incluidas en el proceso de valoración y afrontamiento del dolor como acontecimiento estresante utilizamos nuestras propias adaptaciones de los siguientes instrumentos:

- Inventory of Negative Thoughts in Response to Pain (INTRP) ([Gil, Williams, Keefe, y Beckham, 1990](#)). En nuestra adaptación a población española mide cinco tipos de pensamientos negativos: Pensamientos Negativos en general (“*Soy un inútil*”), Pensamientos Sociales Negativos (“*Nadie se preocupa de mi dolor*”), Pensamientos de Discapacidad (“*Otras personas tienen que hacer las cosas por mí*”), Pensamientos de Falta de Control (“*No puedo controlar este dolor*”) y Pensamientos de Autoinculpación (“*Es culpa mía que me duela*”) (Cano García y Rodríguez Franco, 2003). En este trabajo utilizamos sólo la puntuación total de Pensamientos Negativos.
- Anxious Self-Statements Questionnaire (ASSQ) (Kendall y Hollon, 1989). En nuestra adaptación a población española mide cuatro tipos de lenguaje interno ansioso: Intolerabilidad (“*No lo aguanto más*”), Preocupación por el Futuro (“*¿Qué voy a hacer con mi vida?*”), Culpa y Confusión (“*Me siento totalmente confuso*”) y Dudas sobre la Autoeficacia (“*¿Lo superaré?*”) (Cano García y Rodríguez Franco, 2002). En este trabajo utilizamos sólo la puntuación total Ansiedad Cognitiva.
- Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ) (Hollon y Kendall, 1980). En nuestra adaptación a población española mide cuatro tipos de lenguaje interno depresivo: Autoconcepto Negativo (“*Soy un fracasado*”), Indefensión (“*Soy tan débil*”), Mala Adaptación (“*¿Qué funciona mal en mí?*”) y Autorreproches (“*He defraudado a la gente*”) (Cano García y Rodríguez Franco, 2002). En este trabajo utilizamos sólo la puntuación total, Tristeza Cognitiva.
- Pain Behavior Questionnaire (PBQ) ([Appelbaum, Radnitz, Blanchard, y Prins, 1988](#)). En nuestra adaptación a población española mide cuatro tipos de conductas de dolor: Queja no verbal (“*Gimo, lloro o suspiro*”), Evitación de Estímulos (“*Evito luces brillantes*”), Queja Verbal (“*Le hablo a una persona del dolor*”) y Evitación de Actividades (“*Falto a la escuela o al trabajo*”) (Rodríguez Franco, Cano García, y Blanco Picabia, 2000). En algunos análisis utilizamos puntuaciones compuestas agrupadas como Quejas y Evitación.
- Coping Strategies Questionnaire (CSQ) (Rosenstiel y Keefe, 1983). En nuestra adaptación a población española mide ocho estrategias de afrontamiento: Catastrofización (“*El dolor es horrible y pienso que nunca me pondré mejor*”), Conductas de Distracción (“*Hago cosas que me gustan, como ver TV o escuchar la radio*”), Autoinstrucciones (“*Me digo a mí mismo que debo ser fuerte y continuar a pesar del dolor*”), Ignorar el Dolor (“*Aunque me duela sigo con lo que estuviera haciendo*”), Reinterpretar el Dolor (“*Me imagino que el dolor está fuera de mí*”), Esperanza (“*Trato de imaginarme un futuro en el que me haya librado del dolor*”), Fe y Plegarias (“*Rezo para que pare el dolor*”) y Distracción Cognitiva (“*Pienso en personas con las que me gusta estar*”) (Rodríguez Franco, Cano García, y Blanco Picabia, 2004). En algunos análisis utilizamos puntuaciones agrupadas como Afrontamiento Adaptativo y Afrontamiento Desadaptativo.
- Headache Specific Locus of Control Scale (HSLC) (Martin, Holroyd, y Penzien, 1990). En nuestra adaptación a población española mide tres tipos de lugar de control del dolor: Interno (“*El dolor depende de mí*”), Azar (“*Estoy completamente a merced de mi dolor*”) y Profesionales de la Salud (“*El*

dolor depende de los médicos”) (Cano García, 2001).

- Headache Self-Efficacy Scale (HSES) ([Martin, Holroyd, y Rokicki, 1993](#)). En nuestra adaptación a población española obtuvimos una medida de autoeficacia general sobre el dolor (“*Soy capaz de prevenir un dolor no muy fuerte*”) (Cano García, 2001).

De esta forma, el lenguaje interno asociado al dolor se evaluó con el INTRP, el ASSQ y el ATQ; las conductas de dolor con el PBQ; las estrategias de afrontamiento con el CSQ; y las expectativas de control del dolor con el HSLC y el HSES. Aunque los dos últimos instrumentos fueron diseñados para evaluar cefaleas, los adaptamos para poder ser utilizados con cualquier síndrome de dolor crónico.

Una vez obtenidos los datos fueron procesados utilizando el programa SPSS 12. Se obtuvieron los estadísticos descriptivos básicos (media, desviación típica, porcentajes y percentiles). Posteriormente se obtuvieron tres categorías para todas las variables según los percentiles 33 y 66. A continuación se seleccionaron únicamente las puntuaciones bajas (hasta el percentil 33 inclusive) y altas (desde el percentil 66 inclusive) para optimizar los perfiles. Por último se utilizó el análisis de homogeneidad (HOMALS). Su objetivo es describir las relaciones entre dos o más variables nominales en un espacio de pocas dimensiones que contiene las categorías de las variables así como los objetos pertenecientes a dichas categorías. Los objetos pertenecientes a la misma categoría se representan cerca los unos de los otros, mientras que los objetos de diferentes categorías se representan alejados los unos de los otros. Cada objeto se encuentra lo más cerca posible de los puntos de categoría para las categorías a las que pertenece dicho objeto. El análisis de homogeneidad es similar al análisis de correspondencias, pero no está limitado a dos variables. Es por ello que el análisis de homogeneidad se conoce también como el análisis de correspondencias múltiple. También se puede ver el análisis de homogeneidad como un análisis de componentes principales para datos nominales. Realizamos seis análisis de homogeneidad, limitándolos a dos ejes o dimensiones para facilitar la interpretación gráfica. El primero representó únicamente los parámetros sensoriales del dolor (incluido el diagnóstico); los siguientes representaron dichos parámetros asociados, respectivamente, al lenguaje interno negativo, a las conductas de dolor, a la utilización de estrategias de afrontamiento y a las expectativas de control del dolor. El último de los análisis de homogeneidad representó los citados parámetros asociados al mismo tiempo con todos los conjuntos de variables implicadas en el estrés y afrontamiento del dolor (algunas de ellas agrupadas para reducir información).

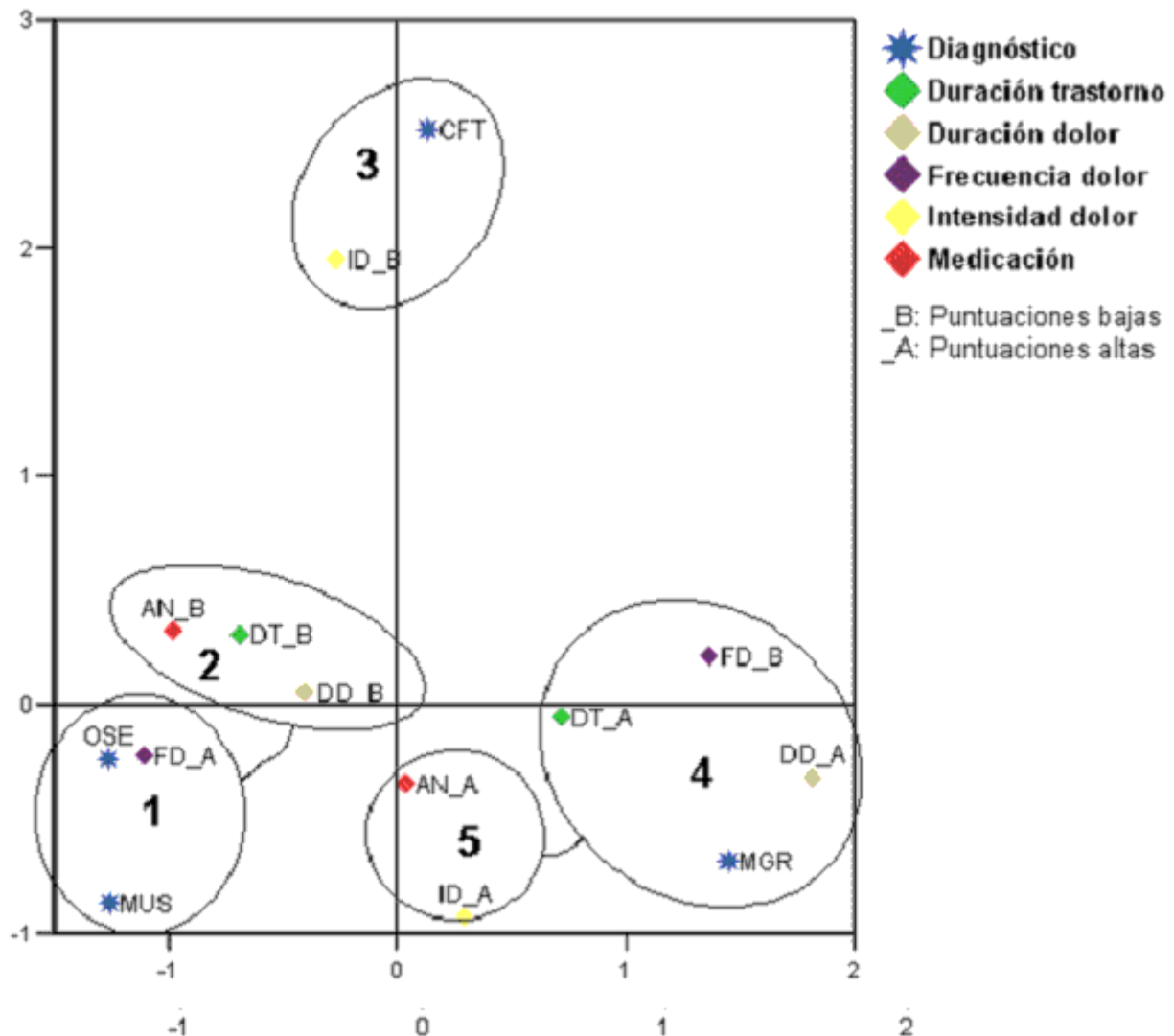
RESULTADOS

La figura 1 muestra el análisis de homogeneidad incluyendo únicamente los parámetros sensoriales del dolor y el diagnóstico. El ajuste conseguido por el análisis fue de 1, con autovalores de 0,59 para el eje 1 y 0,41 para el eje 2. Las variables más discriminativas fueron, por este orden, la frecuencia del dolor, el diagnóstico y la intensidad del dolor.

Hemos encontrado cinco perfiles, rodeados y numerados para mejorar su identificación. El perfil 1 representa a los pacientes con diagnóstico de dolor óseo y muscular con altos niveles de frecuencia del dolor. El perfil 2 representa al tipo de pacientes con bajos niveles de duración del trastorno, de duración de los episodios de dolor y de consumo de fármacos. Por su cercanía en el espacio bidimensional lo hemos

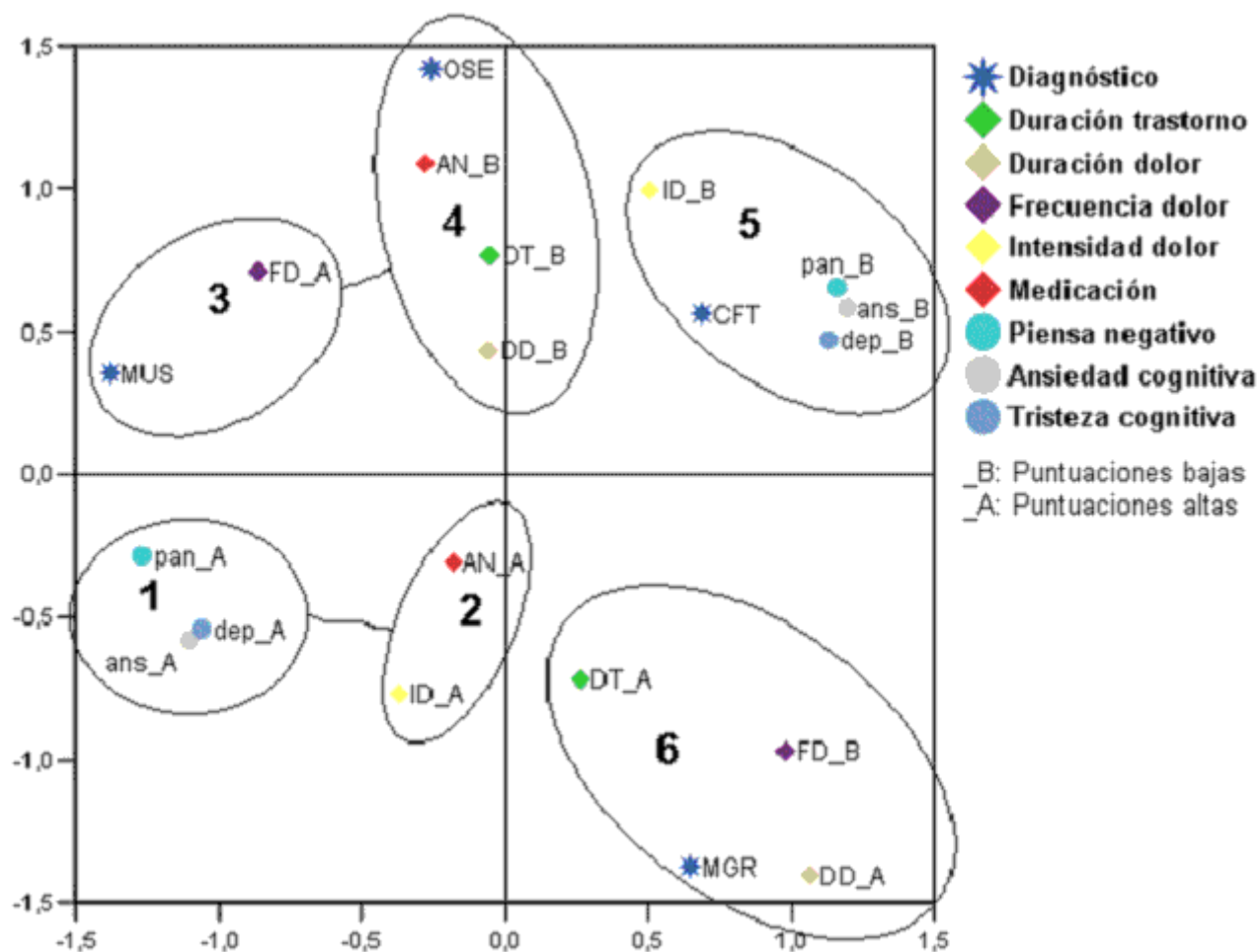
vinculado (que no integrado) al grupo 1. El perfil 3 representa a los pacientes de cefalea tensional, caracterizados por una baja intensidad del dolor en relación con el resto de diagnósticos. El perfil 4 representa a los pacientes migrañosos, caracterizados por gran duración del trastorno y gran duración de las crisis y una baja frecuencia del dolor. El perfil 5 representa a los pacientes caracterizados por una elevada intensidad del dolor y un mayor consumo de analgésicos. Por su cercanía en el espacio bidimensional lo hemos vinculado (que no integrado) al grupo 4.

Figura 1: Análisis de Homogeneidad incluyendo los parámetros sensoriales del dolor y el diagnóstico.



La figura 2 muestra el análisis de homogeneidad incluyendo los parámetros sensoriales del dolor, el diagnóstico y las puntuaciones de lenguaje interno relacionado con el dolor. El ajuste conseguido por el análisis fue de 0,84, con autovalores de 0,48 para el eje 1 y 0,36 para el eje 2. Las variables más discriminativas fueron, por este orden, los pensamientos automáticos negativos, la ansiedad cognitiva y la tristeza cognitiva.

Figura 2: Análisis de Homogeneidad incluyendo los parámetros sensoriales del dolor, el diagnóstico y el lenguaje interno negativo.



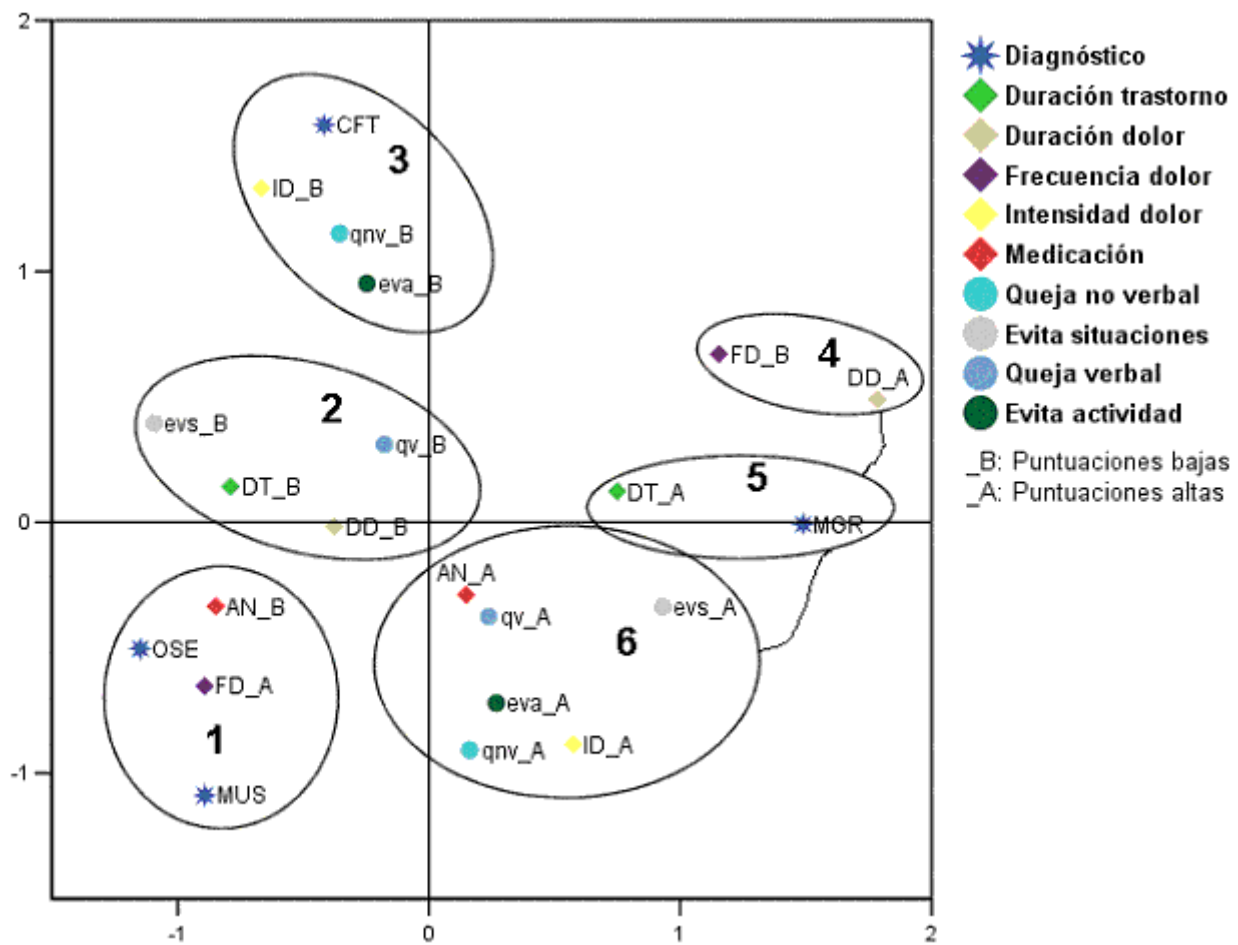
Hemos encontrado seis perfiles. El perfil 1 representa a los pacientes con mayores niveles de lenguaje interno negativo, tanto de pensamientos automáticos negativos, como de ansiedad cognitiva como de tristeza cognitiva. El perfil 2 representa al tipo de pacientes identificados ya en el análisis anterior con altos niveles de intensidad del dolor y de consumo de analgésicos. Por su cercanía en el espacio bidimensional lo hemos vinculado (que no integrado) al grupo 1. Los perfiles 3 y 4 también fueron identificados en el análisis anterior, aunque en éste el dolor muscular se vincula a la mayor frecuencia del dolor, mientras que el dolor óseo se asocia a los menores niveles de duración del trastorno, de duración de los episodios de dolor y de consumo de fármacos contra el dolor. Por su cercanía en el espacio bidimensional los hemos vinculado (que no integrado). El perfil 5 representa a los ya identificados pacientes de cefalea tensional, caracterizados por una baja intensidad del dolor en relación con el resto de diagnósticos, pero además por los menores niveles de lenguaje interno negativo. El perfil 6 representa a la agrupación ya identificada en el análisis anterior de pacientes migrañosos, caracterizados por gran duración del trastorno, gran duración de las crisis y una baja frecuencia del dolor.

La figura 3 muestra el análisis de homogeneidad incluyendo los parámetros sensoriales del dolor, el diagnóstico y las puntuaciones en conductas de dolor. El ajuste conseguido por el análisis fue de 0,71, con autovalores de 0,40 para el eje 1 y 0,31 para el eje 2. Las variables más discriminativas fueron, por este orden, la queja no verbal, la evitación de situaciones o estímulos y la evitación de actividades.

Hemos encontrado seis perfiles. El perfil 1 representa al grupo de pacientes con diagnósticos de dolor óseo y muscular mencionadas en los análisis anteriores, sin asociarse específicamente a ningún tipo de conducta de dolor. El perfil 2 representa a pacientes con bajos niveles de evitación de situaciones y de

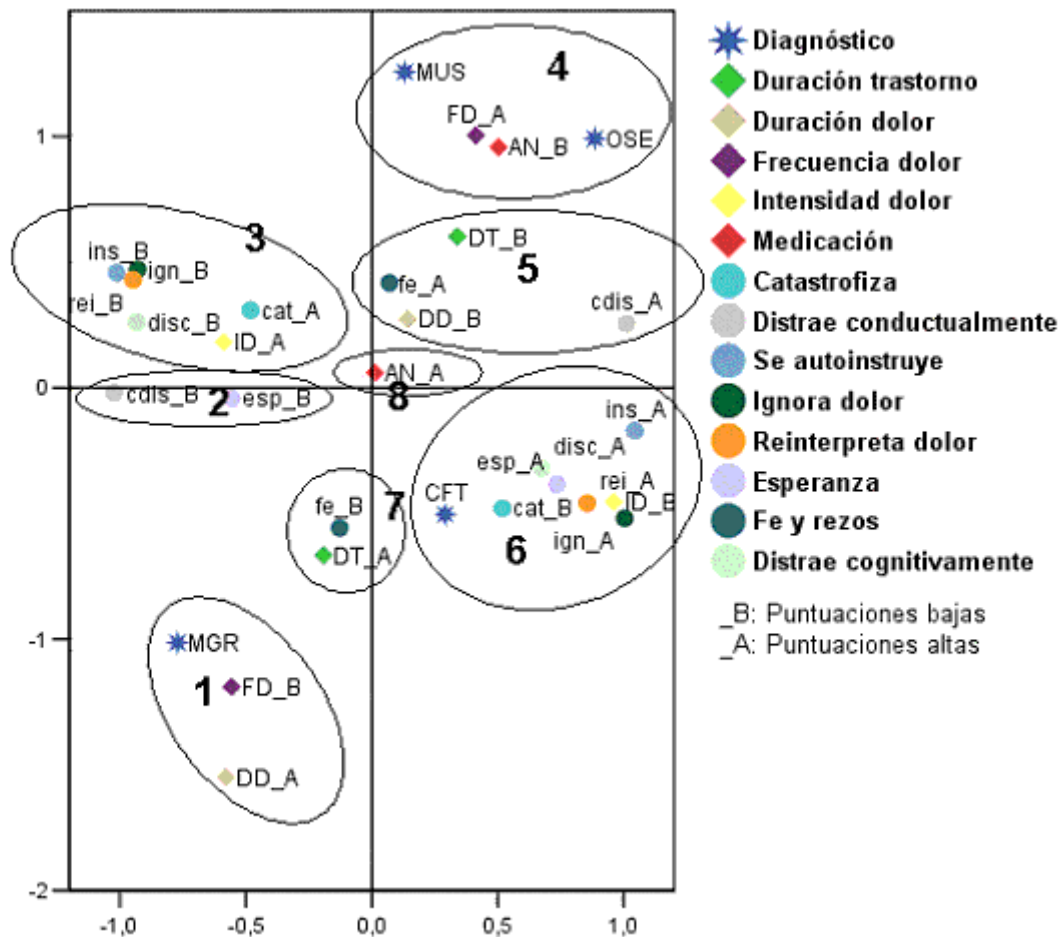
queja verbal vinculados a bajas duración del trastorno y de las crisis/episodios de dolor. El perfil 3 representa al identificado grupo de pacientes con cefalea tensional, con intensidades bajas de dolor pero esta vez vinculado a bajos niveles de queja no verbal y de evitación de actividades. El perfil 4 representa a pacientes con dolor poco frecuente pero muy duradero, probablemente los migrañosos crónicos, representados por el perfil 5. El perfil 6 representa al grupo con mayores niveles de intensidad de dolor y consumo de fármacos contra el dolor, asociados a todos los niveles más altos de conductas de dolor. Por su cercanía en el espacio bidimensional los hemos vinculado (que no integrado) al perfil 5.

Figura 3: Análisis de Homogeneidad incluyendo los parámetros sensoriales del dolor, el diagnóstico y las conductas de dolor.



La figura 4 muestra el análisis de homogeneidad incluyendo los parámetros sensoriales del dolor, el diagnóstico y las puntuaciones en estrategias de afrontamiento. El ajuste conseguido por el análisis fue de 0,58, con autovalores de 0,32 para el eje 1 y 0,26 para el eje 2. Las variables más discriminativas fueron, por este orden, proporcionarse autoinstrucciones contra el dolor, distraerse conductualmente e ignorar el dolor.

Figura 4: Análisis de Homogeneidad incluyendo los parámetros sensoriales del dolor, el diagnóstico y las estrategias de afrontamiento.

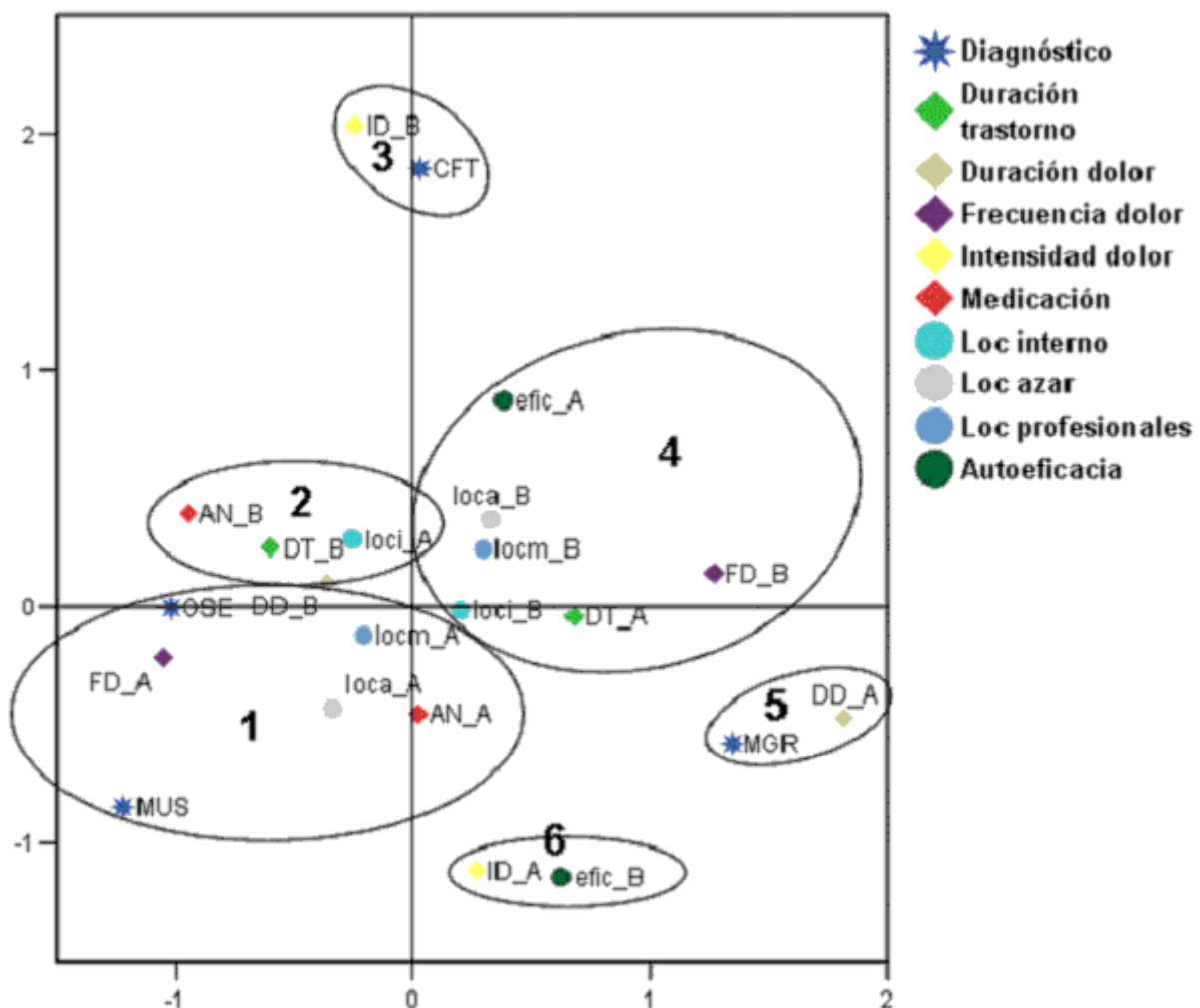


Hemos encontrado ocho perfiles. El perfil 1 representa al grupo de pacientes migrañosos identificados en análisis anteriores, sin vinculación al uso de estrategias de afrontamiento. El perfil 2 representa a pacientes con bajos niveles de esperanza y de distracción conductual. Vinculado por su cercanía, el perfil 3 representa bajos niveles de afrontamiento adaptativo (de reinterpretación del dolor, de ignorar el dolor, de autoinstrucciones, de distracción cognitiva) y altos de desadaptativo (catastrofización) asociados a los mayores niveles de intensidad del dolor. El perfil 4 representa a los pacientes de dolor muscular y óseo comentados en los análisis anteriores y sin vincular a ninguna estrategia de afrontamiento en particular. El perfil 5, por el contrario, no representa a ningún diagnóstico, sino a altos niveles de utilización de fe y rezos y conductas de distracción para manejar el dolor, asociados con bajos niveles de duración del trastorno y de duración del dolor. Por su cercanía en el espacio bidimensional los hemos vinculado (que no integrado) al perfil 4. El perfil 6 se refiere al diagnóstico de cefalea tensional, con bajos niveles de intensidad del dolor, altos de afrontamiento adaptativo (esperanza, autoinstrucciones, distracción cognitiva, reinterpretación del dolor, ignorar el dolor) y bajos de afrontamiento desadaptativo (catastrofización). El perfil 7 representa a los pacientes con la mayor duración del trastorno caracterizados por bajos niveles de la utilización de la fe y los rezos como estrategia de afrontamiento. Por último, el perfil 8, de alto consumo de analgésicos, no parece vincularse a ninguna otra variable, situándose prácticamente en el centro del gráfico.

La figura 5 muestra el análisis de homogeneidad incluyendo los parámetros sensoriales del dolor, el diagnóstico y las puntuaciones de expectativas de control del dolor. El ajuste conseguido por el análisis fue de 0,57, con autovalores de 0,34 para el eje 1 y 0,23 para el eje 2. Las variables más discriminativas fueron, por este orden, la frecuencia del dolor, la intensidad del dolor, el lugar de control por azar y la duración del dolor.

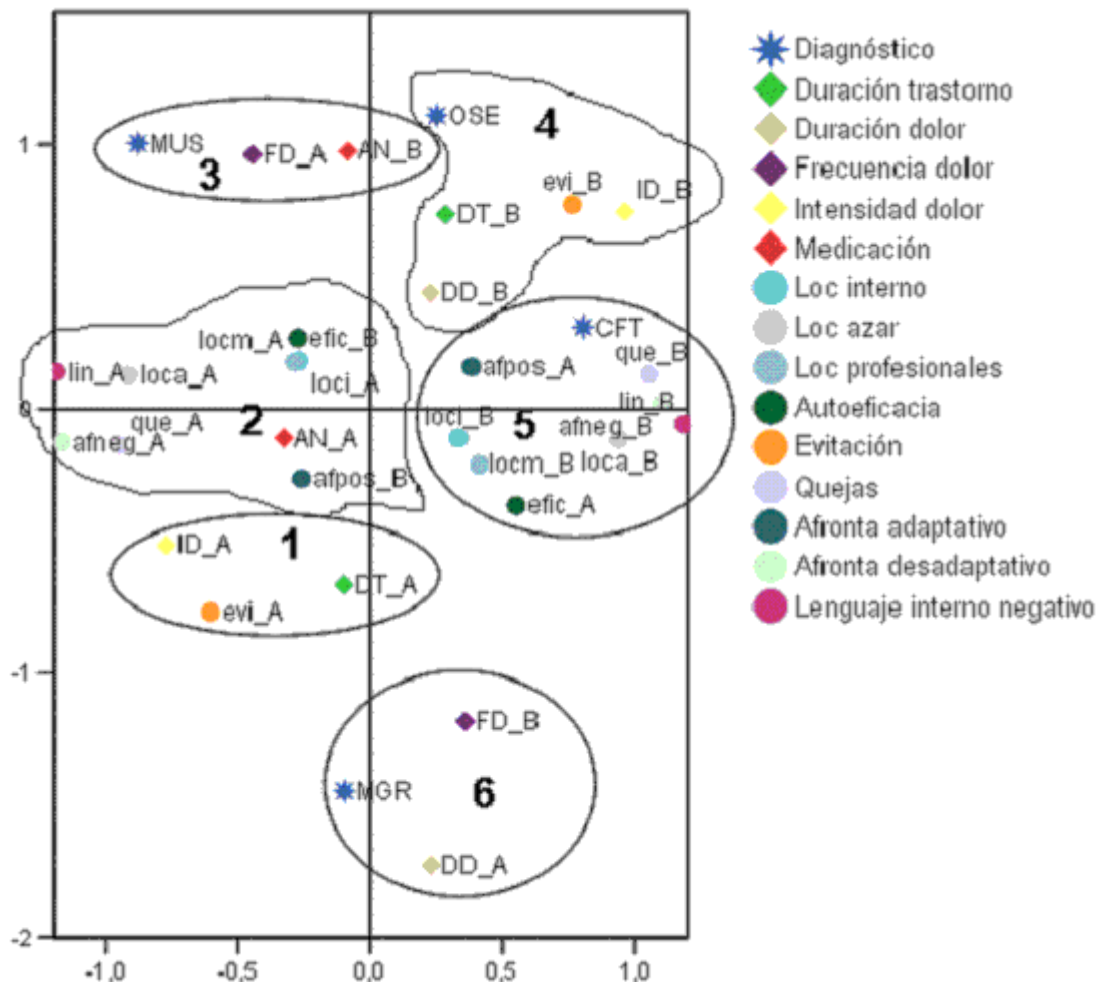
Hemos encontrado seis perfiles. El perfil 1 representa a los conocidos grupos de dolor óseo y muscular asociados con unos mayores niveles de lugar de control por azar y de lugar de control por profesionales de la salud. El perfil 2 representa a los pacientes con mayores niveles de lugar de control interno asociado a una menor duración del trastorno y a un menor consumo de fármacos contra el dolor. El perfil 3 representa al ya conocido grupo de cefalea tensional, sin asociarse a ningún tipo de expectativa de control. El perfil 4 representa a los pacientes más autoeficaces, que, aun con una elevada duración del trastorno, presentan una baja frecuencia de dolor. El perfil 5 representa al conocido grupo de pacientes migrañosos, sin asociarse a ningún tipo de expectativa de control. Por último, el perfil 6 representa a los pacientes menos eficaces y con mayor intensidad de dolor, sin asociarse a ningún diagnóstico concreto, aunque cercanos al perfil 5.

Figura 5: Análisis de Homogeneidad incluyendo los parámetros sensoriales del dolor, el diagnóstico y las expectativas de control del dolor.



La figura 6 muestra el análisis de homogeneidad incluyendo los parámetros sensoriales del dolor, y todas las variables relativas a la valoración y el afrontamiento del dolor. El ajuste conseguido por el análisis fue de 0,55, con autovalores de 0,31 para el eje 1 y 0,24 para el eje 2. Las variables más discriminativas fueron, por este orden, el lenguaje interno negativo, el afrontamiento desadaptativo, el diagnóstico y la frecuencia del dolor.

Figura 6: Análisis de Homogeneidad incluyendo los parámetros sensoriales del dolor, el diagnóstico y todas las variables relativas a la valoración y al afrontamiento del dolor.



Hemos encontrado seis perfiles. El perfil 1 representa a los pacientes caracterizados por mayores duración del trastorno e intensidad del dolor asociadas al mayor nivel de conductas de dolor de tipo evitativo. El perfil 2 representa a los pacientes con peor valoración y manejo del dolor asociado al mayor consumo de fármacos (altos niveles de lenguaje interno negativo, de lugar de control por azar, de lugar de control interno, de lugar de control por profesionales de la salud y de afrontamiento adaptativo; y bajos niveles de eficacia percibida y de afrontamiento adaptativo). El perfil 3 representa a los pacientes de dolor muscular tal como han venido apareciendo en el resto de análisis, sin asociarse a ninguna variable relativa a la valoración y el manejo del dolor. Sin embargo, el perfil 4 representa a los pacientes de dolor óseo caracterizados por un bajo nivel de conductas de dolor de tipo evitativo. El perfil 5 es el contrario del perfil 2, representando a los pacientes con mejor valoración y manejo del dolor, los de cefalea tensional, (bajos niveles de lenguaje interno negativo, de lugar de control por azar, de lugar de control interno, de quejas, de lugar de control por profesionales de la salud y de afrontamiento desadaptativo; y altos niveles de eficacia percibida y de afrontamiento adaptativo). Por último, el perfil 6 representa a los migrañosos tal como han venido apareciendo en el resto de análisis, sin vinculación con la valoración y el manejo del estrés.

Discusión

El objetivo general del trabajo fue comprobar la idoneidad del análisis de homogeneidad para clasificar pacientes de dolor crónico en función de los parámetros sensoriales y de su manejo del dolor como acontecimiento estresante.

Los resultados obtenidos permiten confirmar esta hipótesis, ya que las clasificaciones intentadas fueron estadísticamente satisfactorias. Sin embargo, el índice de ajuste fue diverso: muy alto cuando se consideraron parámetros sensoriales del dolor, lenguaje interno y conductas de dolor, pero sólo moderadamente alto cuando se consideraron las estrategias de afrontamiento, las expectativas de control del dolor y todas las variables a un tiempo (Díaz de Rada, 2002).

Con respecto a los resultados de las clasificaciones, podemos confirmar la hipótesis general de que un buen manejo del dolor se vincula a una menor sensación dolorosa y viceversa, acorde con los resultados de múltiples investigaciones ([Jensen et al., 2001](#); [Kerns et al., 2002](#); [Turner et al., 2002](#)). En cuanto al diagnóstico, ninguno parece asociarse específicamente con un manejo del dolor deficiente. Por el contrario, los pacientes de cefalea tensional mostraron un manejo del dolor significativamente más eficiente. Aunque no hemos encontrado referencias al respecto, en nuestra muestra, de forma posiblemente incidental, los pacientes de cefalea tensional presentaron unos parámetros sensoriales sensiblemente más leves, fundamentalmente en intensidad y en frecuencia del dolor, lo cual podría ser una explicación del citado resultado.

Según la frecuencia de agrupaciones producidas, parecen ser mejores criterios clasificatorios la intensidad del dolor y el consumo de fármacos, seguidos de la duración del trastorno, la frecuencia del dolor y la duración del dolor. Estos resultados son congruentes por los obtenidos por nosotros mismos utilizando otros procedimientos estadísticos clasificatorios como el análisis discriminante ([Cano García, 2001](#)).

El lenguaje interno, compuesto por pensamientos automáticos negativos y por cogniciones ansiógenas y depresógenas, siempre apareció asociado a los perfiles de manejo inadecuado del dolor. Específicamente, su papel parece más importante en asociación con elevadas intensidad del dolor y consumo de fármacos. Estos resultados son congruentes con los de diversas investigaciones, mostrando la relevancia del lenguaje interno en la sensación dolorosa, mayor incluso que la de otras variables psicológicas ([Cano García y Rodríguez Franco, 2002, 2003](#); [Roth y Geisser, 2002](#); [Stroud et al., 2000](#)).

Las conductas de dolor se comportaron de forma idéntica al lenguaje interno. Después de en la intensidad del dolor, su aparición se vinculó fundamentalmente a los trastornos y los episodios/crisis menos duraderos. Al igual que el resto de las variables, estos resultados han sido confirmados en otros estudios ([Dickens et al., 2002](#); [Loefvander y Furhoff, 2002](#); [Rodríguez Franco et al., 2000](#)).

Las estrategias de afrontamiento tuvieron su papel más relevante en la intensidad del dolor y en el consumo de fármacos, aunque se asociaron con todos los parámetros sensoriales del dolor. La catastrofización se mostró como una estrategia desadaptativa mientras que el resto se mostraron como estrategias adaptativas. Este es un resultado reiterado por multitud de investigaciones previas ([Endler et al., 2003](#); [Mellegard et al., 2001](#)). Destaca especialmente en este sentido que rezar y distraerse conductualmente se asociaron a una menor duración del trastorno y de los episodios/crisis de dolor. A diferencia de lo encontrado en otros países, ya discutimos en otro lugar el hecho de que para nuestros pacientes rezar como estrategia de afrontamiento resultara más adaptativo que desadaptativo ([Rodríguez Franco et al., 2004](#)).

Con respecto a las expectativas de control del dolor, inequívocamente, cuanto mayor es la autoeficacia

menos intensos son los parámetros sensoriales del dolor, especialmente la intensidad del dolor, la frecuencia del dolor y el consumo de fármacos, resultado congruente con el obtenido en otros estudios (Chang, Tugade, y Asakawa, 2001; Tan et al., 2002). Sin embargo, el lugar de control no adquirió relevancia ni en la intensidad del dolor ni en la duración del dolor. Poseer un marcado lugar de control (del tipo que sea) se asoció a un mayor consumo de fármacos contra el dolor; por el contrario, no poseer una elevada expectativa de control (de ningún tipo) se asoció a una menor duración del trastorno. Sin embargo, el tipo de lugar de control sí adquirió importancia en la frecuencia del dolor: mientras que poseer un lugar de control por azar o por profesionales de la salud fue propio de las personas con dolor más frecuente, el dolor menos frecuente se asoció a no poseer un lugar de control interno. Interpretar estos resultados requiere dos consideraciones. La primera, que el lugar de control no es una variable tan directamente implicada en la regulación de la conducta como la autoeficacia percibida (Fierro, 2002). La segunda, que un dolor más frecuente parece demandar una mayor construcción de expectativas de control que un dolor menos frecuente, independientemente de que el lugar de control sea finalmente externo o interno.

Recapitulando, los resultados del presente trabajo indican que una técnica de interdependencia como el Análisis de Homogeneidad podría ser una alternativa para identificar perfiles de pacientes -por ejemplo en este caso basados en la sensación dolorosa y en el manejo de las crisis o episodios- debido a sus características idóneas para el ámbito clínico: tratamiento de variables cualitativas y detección de cualquier tipo de relación, no sólo lineal y no sólo entre variables, sino también entre categorías de variables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [Appelbaum, K. A., Radnitz, C. L., Blanchard, E. B., y Prins, A. \(1988\). The Pain Behavior Questionnaire \(PBQ\): a global report of pain behavior in chronic headache. 28, 53-58.](#)
- Bishop, K. L., Ferraro, F. R., y Borowiak, D. M. (2001). Pain management in older adults: Role of fear and avoidance. *Clinical Gerontologist*, 23(1-2), 33-42.
- Buer, N., y Linton, S. J. (2002). Fear-avoidance beliefs and catastrophizing: Occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population. *Pain*, 99(3), 485-491.
- Cano García, F. J. (2001). *Variables psicológicas implicadas en migraña y cefalea tensional. Un estudio comparativo con otros trastornos por dolor crónico*. Tesis Doctoral no publicada, Universidad de Sevilla, Sevilla.
- [Cano García, F. J., y Rodríguez Franco, L. \(2002\). Evaluación del lenguaje interno ansiógeno y depresógeno en la experiencia de dolor crónico. Apuntes de Psicología, 20\(3\), 329-346.](#)
- [Cano García, F. J., y Rodríguez Franco, L. \(2003\). Pensamientos negativos automáticos en el dolor crónico. Psiquis, 24\(3\), 137-145.](#)
- Chang, E. C., Tugade, M. M., y Asakawa, K. (2001). Stress and coping among Asian Americans: Lazarus and Folkman's model and beyond. In C. Scott y P. T. Wong (Eds.), *Stress and coping: A*

multicultural perspective. Dordrecht (Holanda): Kluwer Academic Publishers.

- [Chong, G. S., Cogan, D., Randolph, P., y Racz, G. \(2001\). Chronic pain and self-efficacy: The effects of age, sex, and chronicity. *Pain Practice*, 1\(4\), 338-343.](#)
- [Comeche, M. I., Diaz, M. I., y Vallejo, M. A. \(1999\). Cognitive factors in chronic pain. *Psychology in Spain*, 3\(1\), 75-87.](#)
- [Crombez, G., Eccleston, C., Van den Broeck, A., Van Houdenhove, B., y Goubert, L. \(2002\). The effects of catastrophic thinking about pain on attentional interference by pain: No mediation of negative affectivity in healthy volunteers and in patients with low back pain. *Pain Research and Management*, 7\(1\), 31-44.](#)
- [Dersh, J., Polatin, P. B., y Gatchel, R. J. \(2002\). Chronic pain and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 64\(5\), 773-786.](#)
- Díaz de Rada, V. (2002). *Técnicas de análisis multivariante para investigación social y comercial*. Madrid: Ra-Ma.
- [Dickens, C., Jayson, M., y Creed, F. \(2002\). Psychological correlates of pain behavior in patients with chronic low back pain. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 43\(1\), 42-48.](#)
- [Ender, N. S., Corace, K. M., Summerfeldt, L. J., J.M., J., y Rothbart, P. \(2003\). Coping with chronic pain. *Personality and Individual Differences*, 34\(2\), 323-346.](#)
- Fernández, E., y Sheffield, J. (1996). Relative contributions of life events versus daily hassles to the frequency and intensity of headaches. *Headache*, 36, 595-602.
- Fierro, A. (2002). *Personalidad, persona, acción. Un tratado de Psicología*. Madrid: Alianza Editorial.
- [Gibson, S. J., y Helme, R. D. \(2000\). Cognitive factors and the experience of pain and suffering in older persons. *Pain*, 85\(3\), 375-383.](#)
- [Gil, K. M., Williams, D. A., Keefe, F. J., y Beckham, J. C. \(1990\). The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress. *Behavior Therapy*, 21, 349-362.](#)
- [Grant, L. D., Long, B. C., y Willms, J. D. \(2002\). Women's adaptation to chronic back pain: Daily appraisals and coping strategies, personal characteristics and perceived spousal responses. *Journal of Health Psychology*, 7\(5\), 545-564.](#)
- [Hollon, S. D., y Kendall, P. C. \(1980\). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4\(4\), 383-395.](#)
- IASP. (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 249-252.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., y Romano, J. M. (2001). Changes in beliefs, catastrophizing, and coping

are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 655-662.

- Keefe, F. J., Lumley, M. A., Buffington, A. L. H., Carson, J. W., Studts, J. L., Edwards, C. L., et al. (2002). Changing face of pain: Evolution of pain research in Psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 64(6), 921-938.
- Kendall, P. C., y Hollon, S. D. (1989). Anxious self-talk: Development of the Anxious Self-Statements Questionnaire (ASSQ). *Cognitive Therapy and Research*, 13(1), 81-93.
- Kerns, R. D., Rosenberg, R., y Otis, J. D. (2002). Self-appraised problem solving and pain-relevant social support as predictors of the experience of chronic pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(2), 100-105.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. New York: Springer.
- Liakopoulou, K. M., Alifieraki, T., Protagora, D., Korpa, T., Kondyli, K., Dimosthenous, E., et al. (2002). Recurrent abdominal pain and headache: Psychopathology, life events, and family functioning. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11(3), 115-122.
- Loefvander, M. B., y Furhoff, A. K. (2002). Pain behaviour in young immigrants having chronic pain: An exploratory study in primary care. *European Journal of Pain*, 6(2), 123-132.
- Martin, N. J., Holroyd, K. A., y Penzien, D. B. (1990). The Headache-Specific Locus of Control Scale: Adaptation to recurrent headaches. *Headache*, 30(11), 729-734.
- Martin, N. J., Holroyd, K. A., y Rokicki, L. A. (1993). The Headache Self-Efficacy Scale: Adaptation to recurrent headaches. *Headache*, 33(5), 244-248.
- McCracken, L. M., y Iverson, G. L. (2001). Predicting complaints of impaired cognitive functioning in patients with chronic pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21(5), 392-396.
- Mellegard, M., Grossi, G., y Soares, J. J. F. (2001). A comparative study of coping among women with fibromyalgia, neck/shoulder and back pain. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 103-115.
- Melzack, R., y Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 50, 971-979.
- Norton, P. J., Asmundson, G. J. G., Ron, G., y Craig, K. D. (1999). Growing pain: 10-year research trends in the study of chronic pain. *Pain*, 79, 59-65.
- Ohayon, M. M., y Schatzberg, A. F. (2003). Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(1), 39-47.
- *The Pain Society*. (2003). De <http://www.painsociety.org>

- Passchier, J. (2003). Psychosocial factors associated with chronic pain in adolescents. *Pain*, 101(1-2), 33-43.
- Rodríguez Franco, L., Cano García, F. J., y Blanco Picabia, A. (2000). Conductas de dolor y discapacidad en migrañas y cefaleas tensionales. Adaptación española del Pain Behavior Questionnaire (PBQ) y del Headache Disability Inventory (HDI). *Análisis y modificación de conducta*, 26(109), 739-762.
- Rodríguez Franco, L., Cano García, F. J., y Blanco Picabia, A. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(2), 82-91.
- Rosenstiel, A. K., y 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, 33-44.
- Roth, R. S., y Geisser, M. E. (2002). Educational achievement and chronic pain disability: Mediating role of pain-related cognitions. *Clinical Journal of Pain*, 18(5), 286-296.
- Severeijns, R., Vlaeyen, J., W,S., van den Hout, M. A., y Weber, W. E. J. (2001). Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment. *Clinical Journal of Pain*, 17(2), 165-172.
- Spierings, E. L. H., Sorbi, M., Maassen, G. H., y Honkoop, P. C. (1997). Psychophysical precedents of migraine in relation to the time of onset of the headache: The migraine time line. *Headache*, 37(4), 217-220.
- Stroud, M. W., Thorn, B. E., Jensen, M. P., y Boothby, J. L. (2000). The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain*, 84(2-3), 347-352.
- Tan, G., Jensen, M. P., Robinson, W. S., Thornby, J. I., y Monga, T. (2002). Measuring control appraisals in chronic pain. *Journal of Pain*, 3(5), 385-393.
- Turk, D. C., y Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678-690.
- Turner, J. A., Jensen, M. P., Warm, C. A., y Cardenas, D. D. (2002). Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. *Pain*, 98(1-2), 127-134.
- Vendrig, A., A. (2000). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory and chronic pain: A conceptual analysis of a long-standing but complicated relationship. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 533-559.