

VARIABLES PSICOLÓGICAS IMPLICADAS EN LA PERCEPCIÓN DE MEJORÍA EN PACIENTES CON DOLOR*

PSYCHOLOGICAL VARIABLES RELATED TO TREATMENT OUTCOME PERCEPTION IN CHRONIC PAIN PATIENTS

LYDIA GÓMEZ-PÉREZ Y ALICIA E. LÓPEZ-MARTÍNEZ¹
*Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico
Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. España.*

Resumen: El propósito de este trabajo ha sido analizar la capacidad predictiva conjunta de tres variables psicológicas (perfiles de personalidad, estrategias de afrontamiento y grado de adherencia médica) para explicar cómo valoran los pacientes la mejoría debida al tratamiento médico. Un grupo de 73 pacientes con dolor crónico no oncológico fue evaluado mediante los siguientes cuestionarios: el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento al Dolor Vanderbilt, la Escala de Cumplimiento Informado, la Escala de Adherencia a la Medicación y el Cuestionario de Mejoría Percibida Debido al Tratamiento. Un análisis de correlaciones canónicas revela que los pacientes que presentan un perfil de personalidad menos ajustado y que utilizan en menor medida estrategias de afrontamiento activas para manejar su dolor consideran menos efectivo el tratamiento médico que reciben.

Palabras clave: dolor crónico, personalidad, afrontamiento, adherencia terapéutica, mejoría percibida

Abstract: The aim of this study was to examine the simultaneous predictive power of personality factors, pain coping and medical adherence, in order to explain how patients evaluate their medical treatment outcomes. A group of 73 non-malignant chronic pain patients was assessed using the Clinical Millon Multiaxial Inventory, the Vanderbilt Coping Strategies Questionnaire, the Participant Compliance Reporting Scale, and the Patients' Treatment Outcomes Perception Questionnaire. Canonical correlations analysis revealed that patients with less adjusted personality and which tend to use more active pain coping responses were those which perceived the medical treatment as less effective.

Keywords: chronic pain, personality, coping, adherence, treatment outcome

El dolor crónico es un problema de salud de indudable importancia. El reciente estudio epidemiológico sobre dolor crónico no oncológico, resultado de las entrevistas efectuadas a pacientes aquejados de esta patología en 15 países europeos (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006), ha puesto de manifiesto la magnitud de esta enfermedad. Algunos de los datos aportados en este trabajo indican que actualmente existen 46 394 personas diagnosticadas de dolor crónico (56% son mujeres y 44% son varones), de las cuales 3 801 son españolas. La duración media

de los episodios de dolor en el momento de la entrevista era de siete años, siendo la media de edad de los entrevistados de 50 años. Además, tomando como referencia una escala de 1 (dolor muy leve) a 10 (dolor muy elevado), los pacientes informaron tener un nivel de dolor de entre 5 y 7 puntos, con una frecuencia de episodios superior a tres días semanales. Asimismo, y en relación con los problemas laborales causados por esta patología, los pacientes entrevistados informaron haber perdido una media de 7.8 días laborables por causa del dolor.

* Este estudio ha contado con la financiación de los proyectos de investigación BSO02-02939 (Ministerio Español de Ciencia y Tecnología) y HUM-566 (Junta de Andalucía). La primera autora forma parte del Programa FPU (Ministerio Español de Educación y Ciencia). Agradecemos al equipo médico de la Unidad Clínica del Dolor (HRU "Carlos Haya" de Málaga, España) su disponibilidad para facilitar la recogida de los datos.

¹ Dirigir correspondencia a: Alicia E. López-Martínez, Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, Campus de Teatinos, 29071-Málaga (España), fax: 952-131101. Correo electrónico: aelm@uma.es

En este estudio se pone también de manifiesto que 40% de los afectados no maneja su dolor de la manera adecuada y que un porcentaje considerable de la medicación que se prescribe no logra paliar el dolor de un modo significativo (Breivik et al., 2006). Asimismo, otros trabajos indican que 30% de las intervenciones quirúrgicas, dirigidas a eliminar o paliar el dolor, fracasan (Franklin, Haug, Heyer, McKeefrey & Picciano, 1994). Ello implica, además de consecuencias psicológicas serias, que estos pacientes sigan demandando atención al sistema de cuidados de salud, el cual trata de responder incrementando el uso de narcóticos y poniendo en marcha tratamientos múltiples que encarecen notablemente los gastos asistenciales de esta patología.

Parte de la falta de éxito de los tratamientos dirigidos a paliar el dolor crónico no oncológico se debe a que todos los pacientes con el mismo diagnóstico médico son tratados como si fueran un grupo homogéneo, sin atender a sus diferencias individuales (Ramírez-Maestre, López-Martínez & Esteve, 2004; Turk, 2005). Sería, pues, necesario identificar qué es lo que diferencia a los pacientes que mejoran tras el tratamiento de los que no lo hacen, y considerar dichas características a fin de elegir el tipo de intervención más efectiva en cada caso. Esta propuesta viene de la consideración, actualmente indiscutible, de que el dolor es un fenómeno multifactorial. De hecho, la definición sobre dolor crónico que en su día aportase la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain, IASP, 1986) refleja la necesidad de atender los aspectos subjetivos del dolor, en tanto que conceptúa el mismo no sólo como una sensación, sino como una experiencia perceptiva y emocional desagradable, resultante de factores biológicos, psicológicos y sociales.

En este sentido, se han efectuado investigaciones centradas en la identificación de subgrupos de pacientes con base en características psicológicas que pudieran explicar esas diferencias en los resultados terapéuticos (Block, 1999; Block, Ohnmeiss, Guyer, Rashbaum & Hochschuler, 2001; Hutten, Hermens & Zilvold, 2001; Swimmer, Robinson & Geisser, 1992). Entre estas variables psicosociales se encuentran: los perfiles y desórdenes de personalidad, el tipo de estrategia de afrontamiento que los pacientes ponen en marcha para afrontar su dolor y su grado de adherencia a los tratamientos médicos que les son prescritos.

En lo referente a la primera de las variables, hay datos suficientes como para afirmar que existe una preva-

lencia considerable de desórdenes de personalidad en pacientes aquejados de dolor crónico no oncológico (Bockian, Meager & Millon, 2000; Burton, Polatin & Gatchel, 1997; Herron, Turner & Weiner, 1986; Polatin, Kinney, Gatchel, Lillo & Mayer, 1993). Los desórdenes de personalidad serían aquellos estilos de funcionamiento mal adaptados atribuibles a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de un miembro para relacionarse con las situaciones con que se enfrenta (González, Ramírez-Maestre & Herrero, 2007; Millon, 1981). La presencia de rasgos de personalidad bajo los que subyacen desórdenes podría complicar la adaptación del paciente a su patología e influir en el proceso terapéutico. Algunos de estos perfiles de personalidad han mostrado asociarse con distintas medidas del éxito de las intervenciones terapéuticas, tanto médico-quirúrgicas como psicológicas y multidisciplinarias. Así, hay estudios que muestran que los pacientes con dolor crónico no oncológico sometidos a una laminectomía lumbar con peores resultados tras la intervención quirúrgica son los que presentan un perfil de personalidad más desadaptativa (Burton et al, 1997). Elliot, Jackson, Layfield y Kendall (1996) encuentran relación entre la presencia de desórdenes de personalidad y niveles de dolor más elevados antes y después del tratamiento. Según Uomoto, Turner y Herron (1988) el perfil de personalidad se constituye en un predictor moderado del éxito de las intervenciones quirúrgicas en pacientes con dolor crónico. Son prácticamente inexistentes los trabajos en este ámbito efectuados con muestras de pacientes hispanohablantes aquejados de esta patología, si bien cabe destacar el reciente estudio efectuado por González, Ramírez-Maestre y Herrero (2007). Los resultados del mismo ponen de manifiesto que ciertos perfiles de personalidad, utilizando como prueba diagnóstica el Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad Millon (Millon, 1999), se asocian a un peor funcionamiento autónomo (menos nivel de actividad diaria) y a un nivel de deterioro más elevado (es decir, una pérdida de funciones que se ve reflejada en un mayor grado de discapacidad funcional).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, los trabajos existentes apuntan a que aquellos pacientes que utilizan estrategias de afrontamiento más activas y adaptativas, que implican una participación directa del paciente en el manejo del dolor, presentan un mayor grado de ajuste a su enfermedad, y aunque los estudios acerca de la relación entre esta variable y el pronóstico de las intervenciones terapéuticas en el ámbito del dolor cróni-

co no oncológico son todavía escasos, algunos de sus resultados reflejan diferencias en la respuesta al tratamiento en función de las estrategias de afrontamiento que los pacientes utilizan (Austenfeld & Stanton, 2004; Cipher & Clifford, 2003; Cipher, Clifford & Schumacker, 2002).

En lo que se refiere a la adherencia a las prescripciones terapéuticas (entendida como el grado en que el comportamiento del paciente se corresponde con las recomendaciones efectuadas por el profesional), es evidente que ésta se constituye en un determinante primario de la efectividad del tratamiento. La no adherencia a los tratamientos o recomendaciones prescritas puede tener importantes consecuencias, incluyendo la exacerbación y la progresión de la enfermedad, el desarrollo de complicaciones secundarias, crisis médicas frecuentes y prescripciones innecesarias de medicamentos (World Health Organization, 2003). En el ámbito específico del dolor crónico no oncológico, Dworkin et al. (2005) recomiendan utilizar medidas de adherencia a las prescripciones como uno de los indicadores del pronóstico terapéutico, puesto que para poder concluir si un tratamiento está siendo o no efectivo es necesario asegurarse de que la persona realmente está cumpliendo adecuadamente las prescripciones terapéuticas.

Tomando en consideración lo indicado en párrafos precedentes, el objetivo de este estudio es examinar la capacidad predictiva conjunta de las tres variables psicológicas reseñadas (perfiles de personalidad, estrategias de afrontamiento y grado de adherencia a los tratamientos médicos prescritos) para el dolor crónico no oncológico sobre la mejoría percibida por los pacientes y atribuida al tratamiento médico prescrito. Concretamente, se postula que un perfil de personalidad más desajustado, un mayor uso de estrategias de afrontamiento pasivas y un menor grado de adherencia al tratamiento médico se asociarán a una percepción menos positiva de los beneficios atribuidos a la terapéutica médica.

MÉTODO

Participantes

La muestra está formada por 73 pacientes, diagnosticados de diversos síndromes de dolor crónico no oncológico, que reciben atención médica en la Unidad de Dolor de la Residencia Hospitalaria Universitaria "Car-

los Haya" de Málaga (España). Las características sociodemográficas y clínicas de la muestra no difieren del perfil prototípico de paciente aquejado de dolor crónico no oncológico (Breivik et al., 2006). El 69.9% de los pacientes son mujeres, con una edad media de 55.41 años ($DT = 15.98$, rango de 24 a 90 años). La mayoría de los pacientes están casados (64.4%), 63% está jubilado y 43.84% de la muestra no ha finalizado los estudios escolares básicos.

El 71.2% de los pacientes padece dolor de tipo musculoesquelético y el resto se ha diagnosticado de dolor neuropático (originado por lesiones nerviosas a nivel central o periférico). La media de años de padecimiento de dolor es de 11.70 años ($DT = 12.38$, rango de 1 a 69 años) y la media de tiempo que vienen recibiendo atención médica es de 3.27 años ($DT = 3.42$, rango de 0 a 14 años). Al 65.8% de los participantes se les ha prescrito únicamente fármacos, fundamentalmente opiáceos menores (39.8% de los pacientes) asociados a medicación coadyuvante; el 23.3%, además de necesitar fármacos, es tratado con bloqueo del dolor mediante infiltraciones; un 6.8% de los sujetos tiene implantado un neuroestimulador y 4.1% una bomba interna de morfina. El 24.66% de los sujetos se ha intervenido quirúrgicamente, siendo cuatro el número medio de operaciones quirúrgicas sufridas por cada paciente intervenido.

La selección de los participantes se realizó tomando como criterios los que definen la condición de dolor crónico no oncológico: que el dolor estuviese presente en la vida de los pacientes desde hacía más de seis meses, que fuese un dolor presente al menos durante cuatro o cinco días semanales y que los pacientes otorgasen una puntuación equivalente o superior a tres (en una escala de 0 a 10) a la hora de puntuar la intensidad subjetiva del dolor padecido habitualmente. Asimismo, se consideró como criterios de selección que los pacientes no estuviesen recibiendo tratamiento psiquiátrico debido a la presencia de problemas psicológicos graves y que no tuviesen riesgo de autolisis.

Procedimiento

La recogida de datos se realizó a través de una entrevista individual, en formato oral, en la que se presentaron una serie de cuestionarios siempre en el mismo orden. Todas las entrevistas fueron realizadas por la misma evaluadora

(licenciada en psicología y con experiencia clínica) en las dependencias de la mencionada Unidad, tras la firma del documento de consentimiento informado de los pacientes que desearon participar voluntariamente en el estudio y mientras esperaban ser atendidos por su médico. El proyecto de investigación, del que este estudio es parte, fue aprobado por el Comité Ético del mencionado hospital.

Materiales

Las variables demográficas y clínicas se evaluaron a través de entrevista oral y consultando la historia clínica de los pacientes. Los perfiles de personalidad se evaluaron mediante la adaptación para pacientes con dolor crónico del Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad Millon (López-Martínez et al., 2006) y cuyos resultados agrupan los reactivos del inventario en tres factores de personalidad característicos de esta población: un perfil de malestar emocional (propio de pacientes con puntuaciones elevadas en las escalas ansiedad, autodestructiva, depresión mayor, distimia, esquizoide, evitativa, pensamiento psicótico y somatoforme), un perfil de desajuste psicosocial (propio de pacientes con puntuaciones elevadas en abuso de drogas, agresivo-sádica, antisocial, narcisista, paranoide, pensamiento psicótico y trastorno delirante) y un perfil de falta de control de impulsos (compuesto por las escalas de hipomanía y compulsión). La fiabilidad (alfa de Cronbach) para cada una de las escalas oscila entre .71 (escala esquizoide) y .90 (escala de distimia) (López-Martínez et al., 2006).

Las estrategias de afrontamiento se evaluaron mediante la versión española del Inventario Vanderbilt para el Manejo del Dolor de Esteve y colaboradores (Esteve, López-Martínez & Ramírez-Maestre, 1999; Esteve, Ramírez-Maestre & López-Martínez, 2004), originalmente creado por Brown y Nicassio (1987). Este instrumento está compuesto por un total de 18 reactivos distribuidos en dos escalas: estrategias de afrontamiento activas (o adaptativas) dirigidas al intento por controlar el dolor y seguir funcionando normalmente a pesar del mismo (alfa = .80), y estrategias de afrontamiento pasivas (o desadaptativas), que implican delegar el control del dolor en otros y permitir que éste influya negativamente en otras áreas de la vida cotidiana (alfa = .82).

La adherencia a la medicación se evaluó mediante la Escala de adherencia a la medicación (Morinsky, Green

& Levine, 1986), diseñada para ser administrada oralmente en sujetos con pocas habilidades de lectoescritura. Esta escala tiene un alfa de Cronbach de 0.61. La adherencia a otras prescripciones terapéuticas (tales como el uso de ayudas o la práctica de ejercicio físico) se evaluó a través de la Escala de Cumplimiento Terapéutico Informado por el Participante (Robinson et al., 2004), único instrumento de autoinforme diseñado específicamente para medir esta variable en pacientes con dolor crónico. Ambos instrumentos fueron traducidos al español para el presente estudio.

Por último, la percepción de mejoría debida al tratamiento se evaluó mediante el Cuestionario de Mejoría Percibida en Dolor Crónico diseñado específicamente para llevar a cabo esta investigación. Dicho cuestionario consta de 23 reactivos distribuidos en una escala tipo Likert de cuatro puntos que oscila entre 0 (nada en absoluto) y 4 (totalmente) y que evalúa cuatro aspectos: cambios en el nivel de dolor percibido (5 reactivos), en el grado de funcionamiento autónomo cotidiano (6 reactivos), en el estado de ánimo general (11 reactivos) y un reactivo referido a la mejoría global percibida por el paciente debida al tratamiento que estaba recibiendo en el momento de la evaluación. Los índices de fiabilidad (alfa de Cronbach) arrojan valores que oscilan entre .92 y .96 para cada una de las escalas.

RESULTADOS

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 12.0). En primer lugar, se efectuó un análisis descriptivo sobre las puntuaciones del total de la muestra a todas las variables consideradas en el estudio. La Tabla 1 recoge los resultados de este análisis.

En segundo lugar, al objeto de controlar el efecto de la edad, el tiempo padeciendo dolor, el diagnóstico médico y el tipo de medicación prescrita sobre las variables de resultado (cambios en el nivel de dolor percibido, grado de funcionamiento autónomo cotidiano, estado de ánimo general y mejoría global percibida), se llevó a cabo una serie de pruebas no paramétricas, puesto que algunas variables no se distribuían normalmente en todos los niveles de las variables consideradas: cinco para la edad (menores de 40 años, entre 41 y 50 años, entre 51 y 60 años, entre 61 y 70 años, y mayores de 70 años), cinco

Tabla 1

Estadísticos descriptivos

	Media	DT	Mínimo	Máximo
Personalidad				
Malestar emocional	173.45	81.52	33	338
Desajuste psicosocial	136.07	49.27	32	256
Falta de control de impulsos	40.97	7.42	24	61
Estrategias de afrontamiento				
Estrategias activas	8.07	4.05	5	19
Estrategias pasivas	8.93	3.60	4	16
Adherencia				
Adherencia medicación	90.83	9.74	63	100
Adherencia prescripciones	63.05	19.95	0	100
Percepción de mejoría				
Nivel de dolor percibido	11.18	4.28	5	20
Grado funcionamiento autónomo	9.62	4.66	6	21
Estado de ánimo general	18.42	9.00	11	44
Mejoría global percibida	2.33	1.04	1	4

para el tiempo de padecimiento del dolor (menos de dos años, de dos a cinco años, de cinco a 10 años, de 10 a 20 años, más de 20 años), dos para el diagnóstico médico (dolor musculoesquelético y dolor neuropático) y tres para el tipo de medicación (anti-inflamatorios no esteroides –AINES–, opiáceos menores y opiáceos mayores). Para analizar las diferencias en función de la edad, el tipo de medicación consumida y el tiempo de padecimiento del dolor, se efectuó la prueba de Kruskal-Wallis y para examinar las diferencias en función del diagnóstico médico se llevó a cabo la prueba Mann-Whitney. Los resultados indicaron que no había diferencias significativas para ninguna de las variables de resultado consideradas (nivel de dolor percibido, grado de funcionamiento autónomo cotidiano, estado de ánimo general y mejoría global percibida) en función del tiempo padeciendo dolor, del tipo de diagnóstico y del tipo de medicación consumida. Respecto a la edad, tan sólo se obtuvieron diferencias significativas en la variable grado de funcionamiento autónomo cotidiano entre el grupo de pacientes menores de 40 años y el grupo de mayores de 70 años, indicando que el grado de funcionamiento autónomo cotidiano es muy inferior en el grupo de edad más avanzado respecto al mostrado por el grupo de pacientes más jóvenes. La Tabla 2 muestra las medias en las cuatro variables de resultado para los diferentes niveles de las variables edad,

tiempo de padecimiento del dolor, diagnóstico y tipo de medicación consumida.

Una vez controlados los efectos de las variables edad, tiempo padeciendo dolor, tipo de diagnóstico y medicación consumida, y a fin de considerar en su conjunto tanto las variables predictoras como las variables criterio, se llevó a cabo un análisis de correlaciones canónicas. A pesar de que se obtuvieron diferencias significativas entre los dos grupos de edad más extremos en una de las variables de resultado (grado de funcionamiento autónomo cotidiano), la variable edad no fue incluida en el análisis, puesto que las puntuaciones diferentes de ambos grupos reflejan el lógico deterioro funcional que implica una edad más avanzada, con independencia del padecimiento de dolor.

Tabachnick y Fidell (1983) aconsejan usar el análisis de correlaciones canónicas cuando el objetivo del estudio es examinar el grado de relación entre diversas variables y hay más de una variable dependiente continua. En este caso, dichas variables dependientes han de formar parte de un mismo constructo, tal y como ocurre en el presente trabajo. Previamente a la realización del análisis, se comprobó que se cumplían los supuestos requeridos por el mismo, se examinó la multicolinealidad de las variables y se analizaron los casos aislados multivariados mediante la prueba de Mahalanobis.

Tabla 2

Descriptivos para las variables relativas a la percepción de mejoría en función de la edad, el tiempo con dolor, el diagnóstico médico y el tipo de medicación consumida por los pacientes

	n	Nivel de dolor	Funcionamiento autónomo	Estado de ánimo	Mejoría global
		M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)
Edad					
Menos de 40 años	16	12.3 (13.1)	13.1 (5.6)	22.6 (8.9)	2.6 (1.0)
Entre 41 y 50 años	12	10.9 (6.0)	11.7 (6.0)	19.6 (11.0)	2.6 (1.3)
Entre 51 y 60 años	13	11.9 (3.6)	9.1 (3.6)	19.00 (8.9)	2.5 (1.1)
Entre 61 y 70 años	18	11.0 (1.4)	7.3 (1.4)	15.7 (5.0)	2.3 (0.9)
Más de 70 años	14	9.6 (2.6)	7.4 (2.6)	15.6 (6.7)	1.8 (0.9)
Tiempo con dolor					
Menos de 2 años	10	11.2 (3.0)	4.9 (1.6)	16.4 (6.8)	2.3 (0.7)
De 2 a 5 años	20	11.6 (4.7)	5.4 (1.2)	20.0 (9.9)	2.4 (1.1)
De 5 a 10 años	10	11.0 (5.3)	5.3 (1.7)	21.0 (9.7)	2.6 (1.3)
Entre 10 y 20 años	25	11.3 (4.4)	3.9 (0.8)	18.6 (9.7)	2.4 (1.1)
Más de 20 años	8	10.1 (3.3)	2.5 (0.5)	13.3 (3.7)	1.5 (0.5)
Diagnóstico					
Musculoesquelético	52	11.0 (4.9)	9.0 (4.0)	17.3 (9.3)	2.1 (1.0)
Neuropático	18	11.0 (3.5)	9.8 (4.5)	19.1 (9.0)	2.5 (1.1)
Tipo de medicación					
AINES	12	11.0 (4.9)	9.0 (4.0)	17.3 (9.3)	2.1 (1.0)
Opiáceos menores	29	11.1 (3.5)	9.8 (4.5)	19.1 (9.0)	2.5 (1.1)
Opiáceos mayores	21	10.8 (4.3)	8.1 (3.4)	17.1 (8.1)	2.1 (1.0)

El conjunto de variables predictoras quedó compuestas por un total de siete variables: los tres factores de personalidad (“malestar emocional”, “desajuste psicosocial” y “falta de control de impulsos”), las estrategias de afrontamiento que los pacientes utilizan para manejar su dolor (activas y pasivas) y la adherencia al tratamiento prescrito (adherencia a la medicación y adherencia a otras recomendaciones terapéuticas). El conjunto de variables criterio, referidas a la mejoría percibida debida al tratamiento recibido, incluyó un total de cuatro variables: nivel de dolor percibido, grado de funcionamiento autónomo cotidiano, estado de ánimo general y mejoría global percibida.

Se obtuvieron cuatro funciones canónicas de las cuales tan sólo la primera de ellas resultó significativa [$F(28, 224) = 2.85, p < .001$], con un coeficiente de correlación de .72 (52.3% de varianza explicada). La Tabla 3 muestra estos resultados.

Como puede verse en la Tabla 3, la primera función canónica da cuenta de la existencia de una relación sig-

nificativa entre los dos conjuntos de variables estudiadas. Utilizando un punto de corte de .30, fueron cuatro las variables del conjunto de variables predictoras las que mostraron correlacionar con la primera función canónica: los tres factores de personalidad considerados en el estudio y las estrategias de afrontamiento activas. Respecto a las variables del segundo conjunto de variables criterio, las cuatro variables que definen la mejoría percibida debida al tratamiento médico superaron la correlación de .30, por lo que pasaron a formar parte de la primera función canónica.

La función canónica obtenida muestra que aquellos pacientes con puntuaciones más elevadas en los tres factores de personalidad (“malestar emocional”, “desajuste psicosocial” y “falta de control de impulsos”) y con menores puntuaciones en la escala de estrategias activas, son los que obtienen puntuaciones más bajas en las cuatro escalas de mejoría percibida: nivel de dolor percibido, grado de funcionamiento autónomo cotidiano, estado de ánimo general y mejoría global percibida. Es la variable

Tabla 3

Correlaciones, coeficientes canónicos estandarizados, porcentaje de varianza y coeficientes de redundancia entre las variables predictoras y las variables referentes a la percepción de mejoría y sus correspondientes variantes canónicas

Conjunto de variables predictoras	Primera variable canónica	
	Correlación	Coeficientes
Personalidad		
Malestar emocional	.87	1.24
Desajuste psicosocial	.38	-.52
Falta de control de impulsos	.45	.39
Estrategias de afrontamiento		
Estrategias de afrontamiento activas	-.35	-.06
Estrategias de afrontamiento pasivas	.23	-.44
Adherencia		
Adherencia a la medicación	-.21	-.01
Adherencia a las prescripciones	-.22	-.12
Porcentaje de varianza	19.57	
Redundancia	10.23	
Conjunto de variables de percepción de mejoría		
Nivel de dolor percibido	-.45	.10
Grado de funcionamiento autónomo cotidiano	-.87	-.96
Estado de ánimo general	-.78	-.62
Mejoría global percibida	-.39	.70
Porcentaje de varianza	43.02	-
Redundancia	22.50	-

representada por el factor de personalidad “malestar emocional” la que arroja una correlación más elevada con la función canónica (explicando 75.69% de la varianza del conjunto de las variables criterio), seguida de las variables de personalidad “falta de control de impulsos” (20.25% de varianza) y “desajuste psicosocial” (14.44% de varianza) y, por último, de la variable “estrategias de afrontamiento activas” (12.25% de varianza).

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio ha sido examinar en una muestra de pacientes diagnosticados de síndromes de dolor crónico no oncológico la capacidad predictiva conjunta de los perfiles de personalidad, las estrategias de afrontamiento utilizadas para manejar el dolor y el grado de adherencia a los tratamientos médicos prescritos sobre la percepción de mejoría que los pacientes atribuyen al tratamiento recibido. Se postulaba que aquellos pacien-

tes con un perfil de personalidad más desajustado, que utilizasen estrategias de afrontamiento más pasivas y desadaptativas, y cuyo grado de adherencia al tratamiento médico fuese menor, serían quienes valorasen de modo menos beneficioso los efectos debidos al tratamiento médico prescrito por su patología.

Los resultados obtenidos confirman, en parte, las predicciones efectuadas. De acuerdo a los mismos, cabe concluir que aquellos pacientes aquejados de un síndrome de dolor crónico no oncológico que presentan un perfil de personalidad más desajustado (con mayores puntuaciones en los tres factores de personalidad considerados: “malestar emocional”, “desajuste psicosocial” y “falta de control de impulsos”) son los que valoran de modo menos positivo los beneficios del tratamiento médico que están recibiendo. Por tanto, son los pacientes con un perfil de personalidad más desajustado los que perciben que su dolor ha disminuido en menor medida, los que tienen un menor grado de funcionamiento autónomo cotidiano, los que informan de un estado de ánimo más negati-

vo y quienes consideran que su mejoría global es menor. Sin embargo, ni el uso de estrategias de afrontamiento pasivas y desadaptativas, ni el grado de adherencia al régimen terapéutico (medicación y otras recomendaciones) guardan relación con la percepción de los beneficios atribuidos al tratamiento recibido. No obstante, los resultados indican que un menor uso de estrategias activas y más adaptativas también está asociado a una valoración menos positiva del tratamiento.

Los hallazgos obtenidos apuntan en la misma línea de los informados en otros trabajos en los que se obtienen diferencias en los resultados terapéuticos en función de los perfiles y desórdenes de personalidad del paciente (Elliot et al., 1996; Herron et al., 1986; Uomoto et al., 1988), poniendo de manifiesto la importancia de atender a esta variable a la hora de tomar decisiones acerca del tratamiento. Así, que las intervenciones médicas que se efectúan con el objetivo de controlar el dolor crónico no oncológico no logren los resultados esperados (Block, 1999; Hutten, 2001), puede conllevar efectos iatrogénicos que no sólo pueden acarrear consecuencias psicológicas serias, sino además hacer que estos pacientes continúen demandando atención al sistema de cuidados de salud que trata de dar respuesta a los mismos incrementando el uso de narcóticos y poniendo en marcha tratamientos múltiples que elevan, más aún, los costes sanitarios que derivan de esta problemática. Asimismo, los resultados de este estudio apuntan en la línea de otros trabajos, basados igualmente en las puntuaciones al Inventario Multiaxial de Millon y efectuados con pacientes españoles aquejados de dolor crónico no oncológico, en los que se pone de manifiesto que los desórdenes de personalidad se asocian a niveles de discapacidad funcional más elevados y a una peor calidad de vida (González et al., 2007).

Los resultados obtenidos muestran también que los pacientes que utilizan menos estrategias de afrontamiento adaptativas o activas son igualmente los que perciben menos beneficios del tratamiento. Estos resultados son congruentes con los obtenidos en investigaciones previas (Austinfeld et al., 2004; CIPHER et al., 2002; CIPHER & Clifford, 2003). Teniendo en cuenta que las estrategias de afrontamiento activas, más adaptativas, hacen referencia al intento del paciente por controlar su dolor y seguir manteniendo el máximo nivel de funcionamiento autónomo posible a pesar del mismo, cabe postular que las personas que usan en menor medida este tipo de es-

trategias tienden a evitar la actividad física y ciertos movimientos por miedo a que les duela, lo que conlleva una disminución progresiva de su nivel de actividades cotidianas (Vlaeyen & Linton, 2000). Esta disminución se asocia, además, a un peor estado de ánimo, debido al aislamiento personal y social al que estos pacientes acaban viéndose abocados. La falta de actividad física característica de muchos de estos enfermos limita seriamente su grado de funcionalidad y afecta su estado físico, lo que implica que el tratamiento médico prescrito acabe por resultar menos beneficioso para estos pacientes. En cualquier caso, como ponen de manifiesto los resultados, un menor uso de estrategias de afrontamiento activas no implica que los pacientes utilicen más estrategias pasivas. De hecho, y contrariamente a lo que cabría haber esperado, las estrategias de afrontamiento pasivas no han entrado a formar parte de la función canónica. Este resultado apunta hacia la independencia de ambos tipos de estrategias de afrontamiento (activas y pasivas) en el manejo del dolor crónico por parte de los pacientes, lo que ha sido ya mostrado en investigaciones previas (Esteve, Ramírez-Maestre & López-Martínez, 2007; López-Martínez, Esteve & Ramírez-Maestre, 2008; Rodríguez, Esteve & López-Martínez, 2000; Vlaeyen & Linton, 2000) e incide en la consideración de que se han de fomentar las estrategias de afrontamiento activas en los pacientes, puesto que su uso implica un mayor grado de ajuste a una patología que, además de crónica, afecta muy seriamente la calidad de vida de quienes la padecen.

Los resultados relativos a la adherencia al tratamiento médico prescrito ponen de manifiesto que estos pacientes tienen una adherencia elevada al mismo, y que este nivel de adherencia se mantiene a lo largo del tiempo. Sin embargo, no apoyan lo postulado en torno a la asociación entre adherencia (a la medicación y a las prescripciones terapéuticas) y percepción de mejoría debida al tratamiento recibido, cuando se consideran conjuntamente con el resto de variables que han formado el grupo de predictores (perfiles de personalidad y estrategias de afrontamiento activas). Por consiguiente, no se pueden extraer conclusiones en la misma línea de trabajos precedentes (Dworkin et al., 2005) que han defendido el uso de medidas de adherencia a las prescripciones como uno de los indicadores que pueden pronosticar el éxito terapéutico de pacientes aquejados de dolor crónico. No ha de olvidarse que la muestra de este estudio incluye pacientes cuya media de años padeciendo dolor se eleva a

más de 11. Este dato es indicativo de que los diferentes tratamientos médicos prescritos a lo largo del tiempo no han logrado disminuir, hasta el punto de no requerir más tratamiento, el nivel de dolor percibido por estos pacientes, aun cuando éstos hayan cumplido correctamente con la ingesta medicamentosa. De hecho, como se ha evidenciado en los resultados, no hay diferencias significativas en la percepción de mejoría ni en función del tipo de tratamiento farmacológico prescrito (AINES, opiáceos menores y opiáceos mayores) ni del tiempo de padecimiento del dolor. Por consiguiente, cabe apuntar a que sean otras variables diferentes a la adherencia las que, al menos en pacientes aquejados de dolor crónico no oncológico de larga duración, expliquen estos resultados. Así, podría argumentarse que son los pacientes que tienden a percibir su dolor como un reto o desafío al que pueden hacer frente, los que usan estrategias de afrontamiento más activas y, por consiguiente, los que se perciben mejor, tal y como indican recientes investigaciones (Ramírez-Maestre, Esteve & López-Martínez, 2008). En este sentido, la literatura científica existente ha mostrado sin lugar a dudas que son variables individuales de carácter estable (como las representadas por los estilos de personalidad) las que explican cómo perciben los pacientes el dolor y cómo de ello dependen su nivel de funcionamiento y su calidad de vida (González et al., 2007; Ramírez-Maestre et al., 2004; Ramírez-Maestre, Esteve & López-Martínez, 2004). Los resultados obtenidos en este estudio apuntarían en esta dirección puesto que, como se ha visto, un estilo de personalidad más desajustado guarda clara relación con una peor percepción de mejoría.

En cuanto a los resultados referentes a la percepción de mejoría, de ellos puede deducirse que el tratamiento médico prescrito a estos pacientes se asocia en mayor medida con la intensidad de dolor de los pacientes que con su estado de ánimo, su nivel de funcionamiento autónomo o su percepción de mejoría global, lo cual redundaría en la necesidad de diseñar intervenciones interdisciplinarias para esta patología. Así pues, un tratamiento dirigido únicamente a paliar el nivel de intensidad del dolor no logra atender las necesidades globales de los pacientes aquejados de esta enfermedad, necesidades que debieran tomarse en consideración para poder afirmar que el tratamiento está siendo realmente efectivo.

El presente estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, el tipo de instrumentos de evaluación utili-

zado ha sido el autoinforme, lo que afecta fundamentalmente a la validez interna del análisis. El uso de una metodología de evaluación basada en la observación (utilizando registros diarios de las variables consideradas en los análisis) podría resolver, en parte, este sesgo metodológico, al menos en variables que reflejan conductas concretas como las representadas por la adherencia. Otra de las limitaciones que cabe destacar es el hecho de que la mejoría debida al tratamiento tan sólo se ha evaluado a partir de las respuestas de los pacientes, sin considerar la opinión de los profesionales responsables de su terapéutica. A pesar de ello, en el ámbito específico del tratamiento del dolor crónico no oncológico los profesionales toman frecuentemente sus decisiones terapéuticas en función de las manifestaciones verbales que los pacientes refieren acerca del dolor que padecen y de la mejoría percibida con el tratamiento que están recibiendo. En este sentido, no debe olvidarse que el dolor es una experiencia subjetiva, por lo que la opinión del paciente resulta primordial en este ámbito. En tercer lugar, los resultados del estudio no están basados en una investigación de diseño longitudinal, lo que no ha permitido establecer relaciones de causalidad entre las variables estudiadas. Futuras investigaciones longitudinales y experimentales pueden ayudar a desarrollar modelos causales acerca de las variables psicológicas que influyen en la percepción de mejoría que los pacientes atribuyen al tratamiento prescrito para su dolor.

A pesar de estas limitaciones, los resultados de este estudio permiten apuntar algunas cuestiones de relevancia. En primer lugar, puede afirmarse que variables psicológicas, como el perfil de personalidad de los pacientes o el uso que hacen de ciertos tipos de estrategias de afrontamiento para manejar el dolor que padecen, son las variables que se asocian al éxito del tratamiento médico (definido en este caso como mejoría percibida debida al mismo), y ello con independencia del diagnóstico del paciente, el tiempo que lleve padeciendo el dolor, del tipo de régimen medicamentoso que se le haya prescrito y del grado de adherencia a las prescripciones médicas. En segundo lugar, este trabajo tiene la particularidad de ser el primero que utiliza una medida diseñada específicamente para evaluar el grado en que los pacientes consideran que el tratamiento que están recibiendo mejora no sólo el nivel de dolor padecido, sino otros aspectos de suma relevancia en esta patología como son su estado anímico y su grado de autonomía funcional diaria. En

tercer lugar, este estudio pone una vez más de manifiesto la importancia de atender las diferencias individuales de los pacientes aquejados de dolor crónico no oncológico a la hora de diseñar tratamientos dirigidos a paliar el dolor, al menos en lo que se refiere a sus variables de personalidad y a las estrategias de afrontamiento que ponen en marcha para manejar su dolor, puesto que estas diferencias son en gran parte responsables del éxito que tengan o no las intervenciones (Swimmer et al, 1992; Block et al., 2001; Hutten et al, 2001; Turk, 2005). Finalmente, con estos resultados se evidencia que no es suficiente con abordar una patología compleja como la de dolor crónico no oncológico mediante tratamientos médicos y farmacológicos únicamente, sino que es necesario atender a estos pacientes bajo un enfoque interdisciplinar, dentro del cual la disciplina psicológica debiera tener un papel incuestionable.

REFERENCIAS

- Austenfeld, J. L. & Stanton, A. L. (2004). Coping through emotional approach: a new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *Journal of Personality*, 72, 1335-63.
- Block, A R. (1999). Presurgical Psychological Screening in Chronic Pain Syndromes: psychosocial risk factors for poor surgical results. En J. Gatchel & D. C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain: critical perspectives*, (pp. 390-400). Nueva York: Guilford Press.
- Block, A. R., Ohnmeiss, D. D., Guyer, R. D., Rashbaum, R. F. & Hochschuler, S. H. (2001). The use of presurgical psychological screening to predict the outcome of spine surgery. *The Spine Journal*, 1, 274-282.
- Bockian, N., Meager, S., & Millon, T. (2000). Assessing personality with the Millon Behavioral Health Inventory, the Millon Behavioral Medicine Diagnostic, and the Millon Clinical Multiaxial Inventory. En R. J. Gatchel, & J. N. Weisberg (Eds.), *Personality characteristics of patients with pain*, (pp. 61-88). Washington: American Psychological Association.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.
- Brown, G. K. & Nicassio, P. M. (1987). The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 3, 53-65.
- Burton, K., Polatin, P. B. & Gatchel, R. J. (1997). Psychosocial factors and the rehabilitation of patients with chronic work-related upper extremity disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 7, 139-153.
- Cipher, D. J. & Clifford, P. A. (2003). Treatment outcome varies with coping style in chronic pain management. *Pain Clinic*, 15, 35-43.
- Cipher, D. J., Clifford, P. A., & Schumacker, R. E. (2002). The heterogeneous pain personality: diverse coping styles among sufferers of chronic pain. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 8, 60-69.
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Farrar, J. T., Haythornthwaite, J. A., Jensen, M. P. & Katz, N. P. (2005). Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 113, 9-19.
- Elliot, T. R., Jackson, W. T., Layfield, M. & Kendall, D. (1996). Personality disorders and response to outpatient treatment of chronic pain. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 76, 1227-1234.
- Esteve, R., López-Martínez, A. E. & Ramírez-Maestre, C. (1999). Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud*, 11, 77-101.
- Esteve, R., Ramírez-Maestre, C. & López-Martínez, A. E. (2007). Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 1-10.
- Esteve, R., Ramírez-Maestre, C. & López-Martínez, A. E. (2004). Índices generales versus específicos en la evaluación del afrontamiento al dolor crónico. *Psicothema*, 16, 421-428.
- Franklin, G. M., Haug, J., Heyer, N. J., McKeefrey, S. P. & Picciano, J. F. (1994). Outcome of lumbar fusion in Washington State workers' compensation. *Spine*, 19, 1897-1903.
- González, V., Ramírez-Maestre, C., & Herrero, A. (2007). Inteligencia emocional, personalidad y afrontamiento en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de Psicología*, 2.
- Herron, L., Turner, J. & Weiner, P. (1986). A comparison of the Millon Clinical Multiaxial Inventory and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory as predictors of successful treatment by lumbar laminectomy. *Clinical Orthopaedic and Related Research*, 203, 232-238.
- Hutten, M. M., Hermens, H. J. & Zilvold, G. (2001). Differences in treatment outcome between subgroups of patients with chronic low back pain using lumbar dynamometry and psychological aspects. *Clinical Rehabilitation*, 15, 479-488.
- López-Martínez, A. E., Esteve, R. & Ramírez-Maestre, C. (2008). Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *The Journal of Pain*, 9, 373-379.
- López-Martínez, A. E., Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., Gómez, L., Ruiz, T., Camacho, L. & Martínez, R. (2006). Estructura factorial y fiabilidad de la versión adaptada a pacientes con dolor crónico del Inventario Clínico Multiaxial Millon (MCMII). Comunicación presentada a VIII Congreso Internacional sobre el Estudio de la Conducta. Santiago de Compostela (España), Septiembre 2006.
- Millon, T. (1981). The nature of Personality. En T. Millon (Ed.), *Disorders of personality* (pp. 1- 449). Nueva York: Wiley.

- Millon, T. (1999). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon. Manual*. (2ª Ed.). Madrid: TEA
- Morinsky, D. E., Green, L. W. & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, 67-74.
- Polatin, P. B., Kinney, R. K., Gatchel, R. J., Lillo, E. & Mayer, T. G. (1993). Psychiatric illness and chronic low-back pain. The mind and the spine. Which goes first? *Spine*, 18, 66-71.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R. & López-Martínez, A. E. (2004). El dolor crónico desde la perspectiva psicológica. En J. Gil Roales-Nieto (Dir.). *Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones* (pp. 435-462). Madrid: Pirámide.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R. & López-Martínez, A. E. (2008). Cognitive appraisal and coping in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 12, 749-756.
- Ramírez-Maestre, C., López-Martínez, A. E. & Esteve, R. (2004). Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 147-165.
- Robinson, M. E., Bulcourn, B., Atchinson, J. W., Berger, J., Lafayette, L. A., Hirsh, A. T. & Riley, J. L. (2004). Compliance in pain rehabilitation: patient and provider perspectives. *Pain Medicine*, 5, 66-80.
- Rodríguez, M. J., Esteve, R. & López-Martínez, A. E. (2000). Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 391-418.
- Swimmer, G. I., Robinson, M. E. & Geisser, M. E. (1992). Relationship of MMPI cluster type, pain coping strategy and treatment outcome. *Clinical Journal of Pain*, 8, 131-137.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L.S. (1983). *Using multivariate statistics*. Nueva York: Harper and Row.
- Turk, D. C. (2005). The potential of treatment matching for subgroups of patients with chronic pain: lumping versus splitting. *Clinical Journal of Pain*, 21, 44-55.
- Uomoto, J. M., Turner, J. A. & Herron, L. D. (1988). Use of the MMPI and MCMI in predicting outcome of lumbar laminectomy. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 191-197.
- Vlaeyen, J. W. S. & Linton, S. J. (2000). Fear avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-332.
- World Health Organization (2003). *Enter to long-term therapies. Evidence for action*. Suiza: WHO Library Cataloguing in Publication Data.

Recibido: 4 de junio de 2007

Aceptado: 7 de julio de 2008

Publicación cuatrimestral / Four-monthly publication

ISSN 1697-2600



International Journal of Clinical and Health Psychology

Director / Editor:
Juan Carlos Sierra

Directores Asociados / Associate Editors:
Wilson López
Oscar Gonçalves
Gualberto Buela-Casal

International Journal of Clinical and Health Psychology es una revista de Psicología Clínica y de la Salud editada por la *Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)* con la colaboración de la *Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento (ABA-Colombia)*. Publica Artículos originales, Artículos de revisión, Informes breves, Casos clínicos y Revisiones de libros en castellano, portugués o inglés. Su periodicidad es cuatrimestral.

Para la remisión de trabajos contactar con:

Dr. Juan Carlos Sierra
Facultad de Psicología
Universidad de Granada
18071 Granada
ESPAÑA
E-Mail: jcsierra@ugr.es

Más información en <http://www.aepc.es/ijchp>

Incluida en las bases de
datos del *ISI*.
Ocupa el número 1 en
IN-RECS