
DIMENSIONES DEL DOLOR EN PACIENTES CON INCAPACIDAD TEMPORAL DE ORIGEN MUSCULOESQUELÉTICO

L. LEÓN MATEOS
L. ABÁSULO ALCAZAR
J.A. JOVER JOVER
Hospital Clínico San Carlos,
M.M REDONDO DELGADO
Facultad de Psicología UCM,
M.A. PÉREZ NIETO
Facultad de Psicología UCM, y
Universidad Camilo José Cela.

e-mail: mperez@ucjc.edu

RESUMEN

La discapacidad debida al dolor constituye uno de los problemas socioeconómicos más importantes de las sociedades industrializadas. Medir de forma adecuada la multidimensionalidad del dolor es fundamental para poder ejercer un abordaje completo de los aspectos biopsicosociales del mismo. El objetivo de este estudio fue analizar las dimensiones del dolor en pacientes que se encuentran de baja laboral por enfermedad musculoesquelética. Para ello se utilizó una muestra de 77 sujetos, 55 pacientes (Grupo pacientes) y 22 trabajadores activos sanos (Grupo control). Se analizaron las diferencias entre grupos. Además se realizó una comparación intragrupo de los pacientes por patologías. El instrumento utilizado fue el WHYMPI, versión castellano (Ferrer, González y Manassero, 1993). Los resultados de la comparación entre pacientes y controles mediante el test U

ABSTRACT

Pain disability is one of the most important socioeconomic problems in industrialized societies. To do an all-round approach for the pain biopsychosocial aspects, is fundamental to assess correctly its multidimensionality. The aim of this study was to analyse dimensions of the pain in patients who were on sick leave related to musculoskeletal disorders. The study had a sample of 77 subjects, 55 patients (Patients group) and 22 healthy workers (Control group). We analyzed differences between groups. Furthermore a comparison was made in patients group among the different pathologies. The assessment instrument was the WHYMPI, Spanish version (Ferrer, Gonzalez & Manassero, 1993). Results for the Mann-Whitney's U test between groups showed: a) in Section I, significant differences in all factors except 6, b) in Section II not significant

de Mann-Whitney muestran: a) en la Sección I existen diferencias significativas en todos los factores excepto el 6, b) en la Sección II no se encontraron diferencias significativas, y c) en la Sección III se encontraron diferencias significativas en los factores 2 y 4. Mediante un análisis de varianza se demostró que no existen diferencias significativas entre las distintas patologías en ninguno de los factores del cuestionario.

PALABRAS CLAVE

Dolor, Discapacidad, Patología musculoesquelética

differences, and c) in Section III significant differences in factors 2 and 4. We did not find significant differences in any factor among different pathologies (ANOVA).

KEY WORDS

Pain, Disability, Musculoskeletal Pathology

INTRODUCCIÓN

El dolor constituye un enorme problema tanto a nivel social como individual en términos del sufrimiento de los pacientes, el impacto sobre sus familias, el tiempo de trabajo perdido, los gastos médicos, los costes asociados con la indemnización de la incapacidad y la sobreutilización de los servicios sanitarios.

Recientemente, se ha observado un gran interés por el desarrollo dentro del ámbito de las ciencias de la salud de la algología o disciplina encargada del estudio y control del dolor. A pesar de la elevada prevalencia del dolor y de lo primario de su existencia, el nacimiento oficial de esta disciplina podría situarse en el año 1953 con la publicación de *The management of pain* por parte de John Bonica, jefe del Departamento de Anestesiología de la Universidad de Washington, y creador de las primeras unidades de dolor.

A partir de ese momento, surgieron múltiples casos de no correspondencia entre el dolor experimentado y la intensidad del estímulo nocivo o la magnitud de la herida (Brena, 1978; Smith, Merskey y Gross, 1980), que ponían de manifiesto la insuficiencia del modelo médico de enfermedad y las aproximaciones centradas sólo en los aspectos sensoriales para abordar la compleja experiencia del dolor.

La teoría de Melzack y Wall (1965) superaba ya el modelo somatosensorial al considerar la experiencia del dolor, desde un punto de vista multidimensional, como una interacción compleja de factores sensoriales-discriminativos, afectivo-emocionales y cognitivo-evaluativos. La dimensión sensorial transmite la estimulación nociva informando sobre la intensidad, localización, duración y cualidad de ésta. La afectiva caracteriza a la estimulación como desagradable o aversiva, favoreciendo conductas de evitación y generando emociones negativas tales como ansiedad, depresión o ira. Por último la dimensión cognitiva se refiere a la interpretación y evaluación del dolor, considerando tanto características sensoriales y motivacionales como aspectos atencionales, socioculturales, creencias, etc. Para Melzack y Wall (1983) el dolor es una experiencia emocional que implica una respuesta afectiva, debida a la percepción de estrés que engloba a los sistemas en él implicados (cognitivo, motor y somático).

El dolor es definido en 1979 por la IASP (International Association for the Study of Pain) como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística real (actual) o potencial o descrita en términos de la misma”.

A raíz de este modelo comenzaron a surgir los primeros cuestionarios multidimensionales, como el *McGill Pain Questionnaire* –MPQ (Melzack, 1975), el *Pain Perception Profile* (Tursky, 1976).

Turk y Rudy, en 1987, desarrollan el modelo denominado MAP (*Multiaxial Assessment of Pain*), con el objetivo de realizar una evaluación completa del dolor que logre integrar datos médicos, psicológicos y conductuales.

El Inventario Multidimensional de Dolor de West Haven-Yale (*West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory*; WHYMPI; Kerns, Turk y Rudy, 1985) constituye una alternativa muy utilizada para evaluar el dolor desde una perspectiva comprensiva, considerando el dolor como un fenómeno perceptivo complejo, resultado de la interacción de múltiples factores. El WHYMPI mide múltiples dimensiones de la experiencia de dolor de acuerdo con el sistema MAP anteriormente mencionado.

Este inventario ha demostrado tener unas buenas propiedades psicométricas (Kerns y cols., 1985; Mikail, DuBreil y D'Eon, 1993), y ha sido utilizado en numerosos estudios con diversas patologías médicas (Turk y Rudy, 1990; Turk, Sist, Okifuji, Miner, Florio, Harrison, Massey, Lema y Zevon, 1998). La estructura factorial ha sido replicada en EEUU (Bernstein, Jaremko y Hinkley, 1995), y en otros países como Alemania (Flor, Rudy, Birbaumer y Schugens, 1990), Holanda (Lousberg, Schmidt, Groenman, Vendrig y Dijkman-Caes, 1997), Suecia (Bergström, Jensen, Bodin, Linton, Nygren y Carlsson, 1998). La adaptación al castella-

no del WHYMPI, realizada por Ferrer, González y Manassero (1993), confirmó su utilidad en muestras españolas.

Existen grandes ventajas del WHYMPI frente a otros cuestionarios como el *McGill Pain Questionnaire* o el *Pain Perception Profile*, derivadas fundamentalmente de su brevedad y facilidad de administración y comprensión, incluso en el caso de poblaciones con nivel cultural relativamente bajo. El WHYMPI utiliza escalas numéricas, al contrario que los otros dos cuestionarios, en el que la elección del paciente se realiza entre grupos de adjetivos, lo que se ve afectado por el nivel cultural del paciente así como por su capacidad de discriminación.

Existe un interés creciente por parte de la psicología en el campo del dolor, pero hasta el momento la mayoría de estudios se han centrado en el dolor crónico de diversos tipos (Jacob, Kerns, Rosenberg y Haythornthwaite, 1993; Guzmán, Esmile, Karjalainen, Malvimaara, Irvin y Bombardier, 2001). Las clasificaciones del dolor son todavía poco uniformes en cuanto a establecer una distinción clara en términos de duración. Mientras las clasificaciones tradicionales sólo distinguían entre Dolor Agudo (duración menor a 6 meses) y Dolor Crónico (duración igual o superior a 6 meses), actualmente existen clasificaciones mucho más amplias, ya sea atendiendo a criterio temporales (Karoly y Jensen, 1987) o a su respuesta al tratamiento (Portenoy y Kanner, 1996). En esta línea, nuestro trabajo trata de valorar el dolor en aquellos pacientes que, habiendo superado la fase del dolor agudo, se encuentran en una fase de “atasco”, que puede preceder a la cronificación.

Apenas existen estudios en psicología con pacientes en estadios subagudos de dolor y discapacidad. En el ámbito de la medicina se está empezando a demostrar que tratar a los pacientes de forma temprana disminuye significativamente el número de discapacidades crónicas (Blanco, Candelas, Jover, Hernández-García, Vargas y Lázaro, 1999). Las cuatro semanas de incapacidad temporal parece un punto de escisión entre aquellos que se reincorporan a su actividad laboral y aquellos que se “atascan” en su proceso, lo que está dando lugar a investigaciones sobre los posibles factores que influyen en la mala recuperación.

Por todo esto creemos importante el estudio de los pacientes en estadios subagudos de dolor y discapacidad, y pensamos en el WHYMPI como un instrumento útil para medir el dolor de dichos pacientes, como complemento de las mediciones biológicas, dentro del modelo biopsicosocial.

El objetivo de este estudio es analizar la multifactorialidad del dolor en los pacientes con patología musculoesquelética en situación de baja laboral, para averiguar si existe un patrón específico de vivencia del dolor. Para ello se realizan dos comparaciones, la primera es una comparación intergrupo con una muestra de tra-

bajadores activos sanos sin dolor, que suponemos resultará en claras diferencias significativas, y la segunda es una comparación intragrupo en la que se divide al grupo de pacientes según patología musculoesquelética.

MÉTODO

Muestra

La muestra del estudio está compuesta por un total de 77 sujetos, de los cuales 55 son pacientes del Área 7 de la Comunidad de Madrid en situación de Incapacidad Temporal (IT) de origen musculoesquelético. Estos pacientes se encuentran recibiendo una atención reumatológica temprana en el momento del estudio, y la duración de su IT es de 4 semanas. La clasificación de los pacientes por patologías se realizó mediante la obtención de los diagnósticos recogidos en las historias clínicas de reumatología. Los pacientes fueron asignados en función de su diagnóstico a una de estas cinco categorías: 1) Cervicalgia, 2) Dorsolumbalgia y ciática, 3) Tendinitis, bursitis, 4) Colagenopatía y 5) Gonalgia.

El grupo control se compone de 22 sujetos sanos en situación laboral activa y sin problema de dolor.

En conjunto, la edad media de los sujetos oscilaba entre los 40 y los 50 años, y predominaba el sexo femenino. La profesión de los sujetos se dividía en Intelectuales o directivos (26.67%), Administrativos o similar (24%), Atención al público o servicios (18.67%), Manuales cualificados, (9.33%) y Manuales no cualificados (21.33%). En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de ambos grupos.

Instrumento

La versión del WHYMPI utilizada para el estudio consta de 51 ítems distribuidos en tres secciones, que pretenden evaluar diversas variables psicosociales relevantes para el estudio del dolor desde una perspectiva cognitivo-conductual.

La Sección I evalúa la intensidad e impacto del dolor sobre el sujeto. Se divide en seis factores: F1) Apoyo social percibido, F2) Emocionalidad negativa, F3) Interferencia del dolor en la vida social, F4) Interferencia del dolor en la actividad, F5) Severidad del dolor y F6) Autocontrol percibido sobre el dolor.

La Sección II evalúa la percepción del sujeto de las respuestas de los otros a sus conductas de dolor. Se divide en tres factores: F1) Respuestas distractoras, F2) Respuestas solícitas y F3) Respuestas punitivas.

Por último, la Sección III valora la frecuencia con que los sujetos realizan actividades de la vida diaria. Comprende cuatro factores: F1) Tareas domésticas, F2) Actividades fuera del hogar, F3) Trabajos de bricolaje o mantenimiento del hogar y F4) Actividades sociales.

Cada uno de los ítems de este instrumento debe ser cumplimentado por el paciente en una escala Likert de 7 puntos (de 0 a 6). Para cada uno de los factores que componen el WHYMPI se obtiene una puntuación media, resultante de sumar los puntos de cada ítem que componen cada factor y dividir la suma obtenida por el número de ítems del factor.

Los datos originales relativos a los índices de fiabilidad y validez muestran niveles satisfactorios. En la primera parte, los índices de consistencia interna varían entre .72 y .90, con valores de test-retest en un intervalo de 2 semanas entre .69 y .86. En la segunda parte, la fiabilidad está entre .74 y .84, mientras que la estabilidad se sitúa entre .62 y .89. En la tercera parte, los datos son parecidos: entre .70 y .86 de consistencia y entre .83 y .91 de estabilidad temporal. Para la adaptación española los índices de fiabilidad son muy parecidos a los del original, comprendidos entre .59 y .89.

Procedimiento

La administración del cuestionario al grupo de pacientes se realizó en el momento en que éstos acudían a la consulta de reumatología para realizar su revisión. La selección fue realizada tomando como base el criterio de duración de la baja laboral. Todos los pacientes se encontraban cumpliendo en dicho momento su cuarta semana de incapacidad temporal.

Los pacientes del grupo control fueron trabajadores en activo. Los únicos criterios de exclusión fueron padecer enfermedad musculoesquelética y/o dolor alguno en el momento de la evaluación.

La participación de todos los sujetos en el estudio fue voluntaria. A todos ellos se les explicó el motivo del mismo y se les pidió un consentimiento informado verbal. Los sujetos que aceptaron participar completaron y entregaron el cuestionario, siendo asesorados para la correcta realización del mismo por el mismo psicólogo en todos los casos.

RESULTADOS

El análisis de datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico Stata 7.0 para Windows. Se analizaron los cuestionarios de 77 sujetos, 55 pacientes y 22 controles.

En la tabla 2 se presentan los resultados obtenidos de la comparación entre el grupo de controles y el grupo de pacientes. Se realizó una prueba de diferencia de medias y una prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para cada uno de los trece factores.

En la Sección I, se encontraron diferencias significativas en los factores: Apoyo social percibido, Emocionalidad negativa, Interferencia del dolor en la vida social, Interferencia del dolor en la actividad y Severidad del dolor. En el factor 6, Autocontrol percibido sobre el dolor, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

En la Sección II no se encontraron diferencias significativas respecto a la percepción de los sujetos de ambos grupos sobre las respuestas de los otros ante sus conductas de dolor.

En la Sección III los resultados de los análisis no mostraron diferencias significativas en los factores 1 y 3, relativas al mantenimiento del hogar y bricolaje, y realización de las tareas domésticas; encontrando sin embargo diferencias significativas en las actividades fuera del hogar y las actividades sociales.

En la tabla 3 se muestran los resultados obtenidos de la comparación entre las distintas patologías musculoesqueléticas del grupo de pacientes. Esta comparación se realizó mediante un análisis de varianza con contraste. No se encontraron diferencias significativas en ninguno de los trece factores del cuestionario.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Este trabajo tenía como objetivos fundamentales averiguar si existe un patrón específico en estos pacientes en cuanto a la vivencia del dolor y analizar si existen diferencias en cuanto a la vivencia del mismo entre las distintas patologías musculoesqueléticas.

Parece claro que el cuestionario es capaz de detectar con un grado importante de sensibilidad aquellos factores dentro de la multidimensionalidad del dolor que más afectados se ven en un proceso muscular incapacitante. La intensidad e impacto del dolor sobre la vida del sujeto es la sección en la que los pacientes muestran puntuaciones más elevadas y con mayor homogeneidad intragrupo.

En cuanto a la percepción de las respuestas de los otros (allegados) ante su problema de dolor, no existen diferencias frente a los controles, por lo que parece que no hay un patrón distinto de apoyo social, ni por aumento ni por disminución del mismo, que el que manifiestan poseer los sujetos controles cuando presentan un proceso doloroso e incapacitante.

Respecto a la última sección, que en conjunto mide el nivel general de actividad del sujeto, podríamos decir que los hallazgos son más relevantes por las posibilidades de interpretación que permiten.

Tal y como muestran los resultados, los pacientes disminuyen significativamente las actividades sociales y/o de ocio, pero mantienen casi al mismo nivel que los controles las tareas domésticas y de mantenimiento del hogar. Esto podría traducirse en que los pacientes continúan realizando la rutina necesaria e imprescindible, y reducen de forma importante el resto de actividades, como la actividad laboral (puesto que están en situación de incapacidad temporal) y las actividades sociales o de ocio. Esta disminución de la actividad puede conllevar consecuencias negativas de dos tipos. La primera, un descondicionamiento físico que en casos graves puede llevar a una atrofia muscular que termine en discapacidad permanente. La segunda, derivada de la pérdida de contactos sociales y actividades placenteras, se traduce en un aumento de la emocionalidad negativa, especialmente de la triada fundamental en los trastornos musculoesqueléticos: ansiedad, ira y depresión. Este aumento de la emocionalidad negativa originaría en el sujeto un incremento de la tensión muscular, la somatización y el sentimiento de indefensión, por lo que su problema se encontraría retroalimentado de forma circular, dificultando la recuperación (Magni y cols, 1994; Katz y Yelin, 1995; McCracken, 1997 y Janssen y cols, 1998).

En cuanto al segundo objetivo del estudio, los resultados de la comparación por patologías muestran claramente que nos encontramos con un grupo bastante homogéneo, y que el diagnóstico no es relevante para el análisis del dolor de este tipo de pacientes con enfermedad musculoesquelética.

Como dato interesante, destacar que nuestra muestra tiene unas puntuaciones muy similares a la utilizada por Kerns et al. (1985) para crear el cuestionario, y la que sirvió a Ferrer et al. (1993) para su validación en castellano. Parece por tanto que el patrón de vivencia de ambos grupos es muy parecido, lo que hace sospechar que una discapacidad debida al dolor de cuatro semanas de duración es suficiente para que los pacientes padezcan un distrés afectivo, percepción de autocontrol e impacto del dolor similar al de los pacientes con dolor crónico.

Por tanto, el proceso rehabilitador de la discapacidad asociada a los distintos problemas o trastornos de dolor tiene que contemplar no sólo el componente

orgánico y el funcional, sino también el componente afectivo y cognitivo asociado, que es indivisible y fundamental para lograr un resultado eficaz.

Los datos del estudio podrían de este modo servir de guía para la intervención, con el objetivo de mejorar la asistencia recibida por el paciente, haciendo hincapié en los aspectos más problemáticos de acuerdo con su patrón de vivencia del dolor. Es importante resaltar que, al igual que ocurre con los tratamientos médicos o rehabilitadores, el concepto tiempo es fundamental, y si bien es cierto que su patrón se parece bastante al de los pacientes cronicados, los pacientes subagudos no tienen aún el mismo grado de discapacidad ni tan consolidados los aspectos psicológicos negativos de esta enfermedad, por lo que la posibilidad de recuperación es mucho mayor, y esto se puede traducir en enormes beneficios personales y socioeconómicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bergström G, Jensen I.B, Bodin L , Linton S.J, Nygren A.L. y Carlsson S.G. (1998). Reliability and factor structure of the Multidimensional Pain Inventory-Swedish language versión (MPI-S). *Pain*, 75, 101-110.
- Bernstein I.H., Jaremko M.E. y Hinkley B.S. (1995). The utility of the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory. *Spine*, 20, 256-263.
- Blanco M., Candelas G., Jover J.A., Hernández-García C., Vargas E, Lázaro P. (1999). Economic evaluation of an intervention in patients with temporal work disability of musculoskeletal origin. *Arthritis and Rheumatism*, 42, suppl, 387
- Bonica JJ. (1953). *The Management of Pain*, 1st ed. Philadelphia: Lea and Febiger,.
- Brena, S. F., ed. (1978). *Chronic pain: America's hidden epidemic*. New York: Atheneum/SMI.
- Ferrer V.A, Gonzalez R. y Manassero M.A. (1993). El West Haven Yale Multidimensional Pain Questionnaire: Un instrumento para evaluar al paciente con dolor crónico. *Dolor*, 8, 153-160.
- Flor H., Rudy T.E., Birbaumer N. y Schugens M.M. (1990). Zur anwendbarkeit des West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory im deutschen sprachraum, *Der Schmerz*, 4, 82-87.
- Guzmán J., Esmile R., Karjalainen K., Malmivaara A., Irvin E. y Bombardier C. (2001). Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ*, 42, 1511-1516.

- International Association for Study of Pain. (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 249-252
- Jacob M.C., Kerns R.B, Rosenberg R. y Haythornthwaite J.(1993). Chronic pain: intrusion and accommodation. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 519-527.
- Janssen S.A., Arntz A. y Bouts S. (1998). Anxiety and pain: epinephrine-induced hyperalgesia and attentional influences. *Pain*, 76, 309-316.
- Karoly P. Y Jensen M.P (1987). *Multimethod assesment of chronic pain*. Nueva York: Pergamon
- Katz P.P. y Yelin E.H. (1995). The development of depressive symptoms among women with rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 38, 49-56.
- Kerns R.D., Turk D.C., y Rudy T.E. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356.
- Lousberg R., Schmidt A.J., Groenman N.H., Vendrig L. y Dijkman-Caes C.I. (1997). Validating the MPI-DLV using experience sampling data. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 195-206.
- Magni G., Moreschi C., Rigatti-Luchini S. y Merskey H. (1994). Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain*, 56, 289-297
- McCracken L.M (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-27.
- Melzack R, y Wall P.D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 19, 971-979.
- Melzack R. (1975). The McGill Pain Questionnaire. Major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 227-299.
- Melzack R y Wall P.D. (1983). *The Challenge of Pain*. New York: Basic Books.
- Mikail S.F. , DuBreil S. y D'Eon J.L. (1993). A comparative analysis of measures used in the assessment of chronic pain patients. *Psychological Assessment*, 5, 117-120.
- Portenoy RK, Kanner RM. (1996). *Pain management: theory and practice*. FA Davis: Philadelphia, pp226-229.
- Smith, W., H. Merskey, y S. Gross. (1980). *Pain: Meaning and Management*. New York: SP Medical and Scientific Books.

- Turk D.C. y Rudy T.E. (1987). Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients. *Behavior Research and Therapy*, 25, 237-249.
- Turk D.C. y Rudy T.E. (1990). The robustness of an empirically derived taxonomy of chronic pain patients. *Pain*, 43, 27-35.
- Turk D.C, Sist T.C, Okifuji A., Miner M.F, Florio G, Harrison P, Massey J, Lema M.L y Zevon M.A. (1998). Adaptation to metastatic cancer pain, regional/local cancer pain, and non-cancer pain: Role of psychological and behavioural factors. *Pain*, 74, 247-256.
- Tursky, B. (1976). Development of a pain perception profile: a psychophysical approach. En M. Weisemberg y B. Tursky (eds.). *Pain, new perspectives in therapy and research*. New York, Plenum Press.

ANEXO

Tabla 1
Características sociodemográficas de ambos grupos

	Pacientes	Controles	Total
Edad (media±DT)	47.71±9.95	42.82±9.92	46.21±10.13
Sexo (%)	78.57%M 21.43%V	73.91%M 26.09%V	77.22%M 22.78%V
Profesión* (%)	1 7.69%	1 69.57%	1 26.67%
	2 28.85%	2 13.04%	2 24.00%
	3 25.00%	3 4.35%	3 18.67%
	4 13.46%	4 0%	4 9.33%
	5 25.00%	5 13.04%	5 21.33%

- * 1. Intelectuales o directivos
 2. Administrativos o similar
 3. Atención al público o servicios
 4. Profesional manual cualificado
 5. Profesional manual no cualificado

Tabla 2
Resultados comparación pacientes vs controles

	FACTOR	GRUPO	MEDIA	DESV. TIP	P
SECCIÓN-I	F1	Pacientes Controles	4.00 2.09	3.11 0.39	0.0012
SECCIÓN-I	F2	Pacientes Controles	3.23 0.80	1.12 0.73	0.0000
SECCIÓN-I	F3	Pacientes Controles	2.57 0.20	1.48 0.54	0.0000
SECCIÓN-I	F4	Pacientes Controles	4.15 0.17	0.98 0.33	0.0000
SECCIÓN-I	F5	Pacientes Controles	3.69 0.39	1.14 0.60	0.0000
SECCIÓN-I	F6	Pacientes Controles	3.52 3.56	1.22 1.95	0.5501
SECCIÓN-II	F1	Pacientes Controles	3.30 3.08	1.38 1.40	0.3940
SECCIÓN-II	F2	Pacientes Controles	2.84 2.31	1.78 1.36	0.3084
SECCIÓN-II	F3	Pacientes Controles	2.80 1.02	4.81 1.92	0.2960
SECCIÓN-III	F1	Pacientes Controles	3.07 3.80	1.65 2.62	0.3233
SECCIÓN-III	F2	Pacientes Controles	1.90 3.32	1.24 1.21	0.0000
SECCIÓN-III	F3	Pacientes Controles	1.53 1.69	1.96 1.75	0.4285
SECCIÓN-III	F4	Pacientes Controles	1.91 3.57	1.26 1.27	0.0000

SECCIÓN-I: F1) Apoyo social percibido, F2) Emocionalidad negativa, F3) Interferencia del dolor en la vida social, F4) Interferencia del dolor en la actividad, F5) Severidad del dolor y F6) Autocontrol percibido sobre el dolor.

SECCIÓN-II: F1) Respuestas distractoras, F2) Respuestas solícitas y F3) Respuestas punitivas.

SECCIÓN-III: F1) Tareas domésticas, F2) Actividades fuera del hogar, F3) Trabajos de bricolaje o mantenimiento del hogar y F4) Actividades sociales.

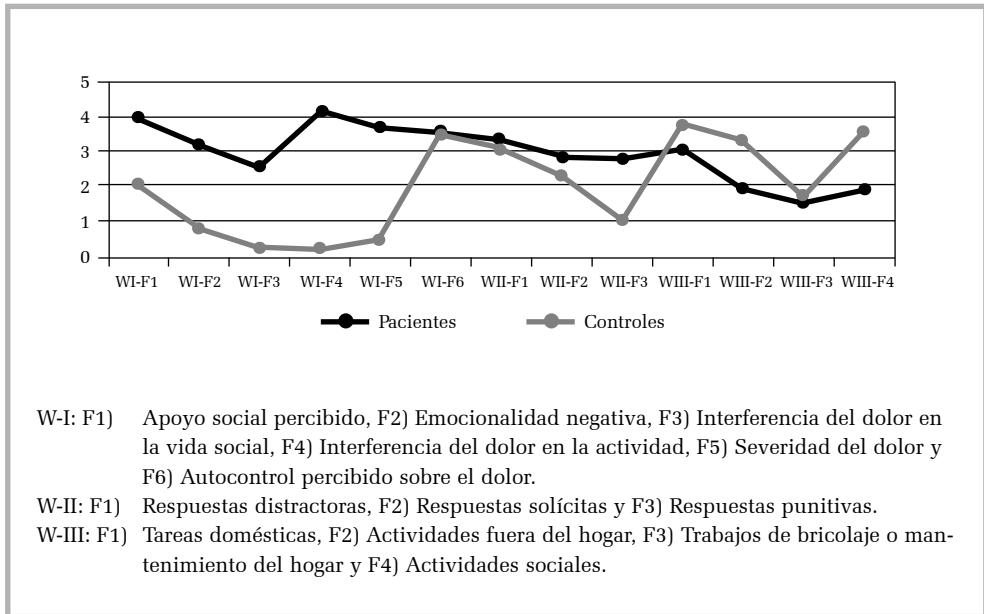


Figura 1. Puntuaciones medias directas

Tabla 3a
 Comparación de los pacientes por patologías. Sección-I

	FACTOR*	PATOLOGÍA**	MEDIA	DESV. TIP	P
SECCIÓN-I	F1	1	3.67	1.85	0.62
		2	4.64	4.44	
		3	2.55	1.55	
		4	5.33	0	
		5	2.99	0.47	
SECCIÓN-I	F2	1	3.33	1.41	0.59
		2	3.08	0.85	
		3	3.66	1.03	
		4	3.5	0	
		5	2.25	1.41	
SECCIÓN-I	F3	1	2.71	1.61	0.95
		2	2.42	1.40	
		3	2.49	1.72	
		4	3.33	0	
		5	2.83	2.58	
SECCIÓN-I	F4	1	4.11	0.83	0.13
		2	4.10	0.89	
		3	3.65	1.59	
		4	5.5	0	
		5	5.5	0	
SECCIÓN-I	F5	1	3.72	1.09	0.43
		2	3.60	1.24	
		3	3.16	1.24	
		4	4.5	0	
		5	4.87	0.53	
SECCIÓN-I	F6	1	3.07	1.32	0.38
		2	3.80	1.25	
		3	3.83	0.98	
		4	3.5	0	
		5	3.75	0.35	

*SECCIÓN-I: F1) Apoyo social percibido, F2) Emocionalidad negativa, F3) Interferencia del dolor en la vida social, F4) Interferencia del dolor en la actividad, F5) Severidad del dolor y F6) Autocontrol percibido sobre el dolor.

**Patologías musculoesqueléticas: 1) Cervicalgia; 2) Dorsolumbalgia y ciática; 3) Tendinitis, bursitis; 4) Colagenopatía; 5) Gonalgia

Tabla 3b
Comparación de los pacientes por patologías. Sección-II

	FACTOR*	PATOLOGÍA**	MEDIA	DESV. TIP	P
SECCIÓN-II	F1	1	3.12	1.44	0.59
		2	3.43	1.34	
		3	2.86	1.77	
		4	4.5	0	
		5	2.16	0.70	
SECCIÓN-II	F2	1	2.82	1.96	0.14
		2	3.15	1.41	
		3	1.76	1.70	
		4	2.2	0	
		5	0.3	0.42	
SECCIÓN-II	F3	1	2.68	4.41	0.16
		2	2.04	3.72	
		3	6.8	9.33	
		4	1	0	
		5	8.5	3.53	

* SECCIÓN-II: F1) Respuestas distractoras, F2) Respuestas solícitas y F3) Respuestas punitivas.

** Patologías musculoesqueléticas: 1) Cervicalgia; 2)Dorsolumbalgia y ciática; 3) Tendinitis, bursitis; 4) Colagenopatía; 5) Gonalgia

Tabla 3c
Comparación de los pacientes por patologías. Sección-III

	FACTOR*	PATOLOGÍA**	MEDIA	DESV. TIP	P
SECCIÓN-III	F1	1	3.05	1.69	0.25
		2	3.00	1.49	
		3	4.35	1.50	
		4	1.5	0	
		5	4.16	1.18	
SECCIÓN-III	F2	1	2.31	1.53	0.43
		2	1.83	0.98	
		3	1.23	0.67	
		4	1.8	0	
		5	2.1	2.12	
SECCIÓN-III	F3	1	1.26	1.67	0.45
		2	2.14	2.15	
		3	1.05	2.11	
		4	0	0	
		5	2.66	3.76	
SECCIÓN-III	F4	1	2.18	1.33	0.55
		2	1.72	1.34	
		3	1.33	0.84	
		4	2.33	0	
		5	1.33	0.94	

* SECCIÓN-III: F1) Tareas domésticas, F2) Actividades fuera del hogar, F3) Trabajos de bricolaje o mantenimiento del hogar y F4) Actividades sociales.

** Patologías musculoesqueléticas: 1) Cervicalgia; 2)Dorsolumbalgia y ciática; 3) Tendinitis, bursitis; 4) Colagenopatía; 5) Gonalgia