

# VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CONDUCTAS DE DOLOR EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON CEFALEAS

## VALIDATION OF THE PAIN BEHAVIORS QUESTIONNAIRE ON UNIVERSITY STUDENTS WITH CEPHALEA

Luciana Sofia Moretti\* y Leonardo Adrián Medrano\*\*

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Universidad Siglo 21, Argentina.

Recibido: 20 de marzo de 2012

Aceptado: 16 de enero de 2014

### RESUMEN

En este trabajo se presenta una serie de estudios psicométricos realizados para validar el Cuestionario de Conductas de Dolor (CCD) en una muestra de 382 estudiantes universitarios con cefaleas, de la ciudad de Córdoba (Argentina). El Análisis Factorial Exploratorio reveló una estructura bifactorial con niveles óptimos y aceptables de consistencia («queja verbal»,  $\alpha = .85$ ; «queja no verbal y conductas evitativas»,  $\alpha = .76$ ). El examen de validez test criterio reveló que los factores «queja no verbal y conductas evitativas» ( $r = .34, p < .01$ ); y «queja verbal» ( $r = .22, p < .01$ ) correlacionan positiva y significativamente con la intensidad de dolor. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el uso de las quejas verbales en mujeres ( $t = 1.83, gl = 359, p < .01, media = 4$ ), y el empleo de quejas no verbales y conductas evitativas en hombres ( $t = 2.837, gl = 371, p < .05, media = 14.27$ ). Los resultados sugieren que el CCD es un instrumento válido para evaluar la población elegida.

**Palabras clave:** Conductas de dolor, propiedades psicométricas, estudiantes universitarios, cefaleas.

### ABSTRACT

This study shows a series of psychometric carried out studies to validate the Pain Behavior Questionnaire (PBQ) in a sample of 382 students with cephalaea in the city of Córdoba (Argentina). The Exploratory Factor Analysis revealed a bifactorial structure with optimal and acceptable levels of consistency («verbal complaint»,  $\alpha = .85$ ) («non-verbal complaint and Avoidant behaviors»,  $\alpha = .76$ ). Consideration of validity test criteria revealed that factors «complaint non-verbal and avoidant behaviors» ( $r = .34, p < .01$ ); and «verbal complaint» ( $r = .22, p < .01$ ) correlated positively and significantly with the intensity of pain. They were statistically significant differences in the use of verbal complaints in women ( $t = 1.83, gl = 359, p < .01, mean = 4$ ), and the use of non-verbal complaints and Avoidant behaviors in men ( $t = 2.837, gl = 371, p < .05; mean = 14.27$ ). The results suggest that the PBQ is a valid instrument to evaluate the chosen population.

**Key words:** Pain behaviors, psychometric properties, university students, cephalaea

## Introducción

Los síndromes de dolor crónico se consideran trastornos que conllevan un monto considerable de malestar en las personas que lo sufren (Miró, 2006). En personas con dolor crónico, el dolor constituye el síntoma principal que los obliga a buscar atención médica, siendo uno de los motivos de consulta más frecuente en la práctica médica. Se incluye la lumbalgia crónica, cefalea, dolor miofacial, fibromialgia, dolor neuropático, dolor de miembro fantasma y el dolor central (Pueyrredón & Salvat, 2007); la cefalea es la más frecuente (Rodríguez, Cano & Blanco, 2004).

En los últimos treinta y cinco años, los modos de entender el problema del dolor han experimentado grandes cambios. A partir de esta nueva concepción del dolor, puede decirse que se ha progresado desde una posición biomédica unidimensional que considera al dolor como de naturaleza exclusivamente fisiológica a una valoración de carácter multidimensional. Desde este punto de vista, reconocer al fenómeno de dolor como una experiencia multidimensional y compleja, resultado de la interacción de factores fisiológicos, cognitivos, afectivos y conductuales es uno de los mayores avances que se han logrado durante los siglos XX y XXI. Esta nueva concepción del dolor ha generado impacto sobre la manera de estudiarlo, evaluarlo y, especialmente, sobre su tratamiento (Miró, 2006).

El dolor no es un fenómeno directamente observable, sin embargo, existe la conducta cuantificable o manifiesta (Infante, 2002), la cual hace referencia a las conductas de dolor, las cuales son todos aquellos comportamientos que desarrolla una persona con el fin de comunicar su dolor (León, 2007). Las mismas abarcan todas aquellas conductas verbales (descripción verbal del dolor, quejas, entre otras) como aquellas no verbales (expresiones faciales relacionadas al dolor, consumo de analgésicos, posturas desadaptadas, búsqueda de atención médica, evitación de actividades, permanecer recostado durante el día y dejar de participar en responsabilidades, entre otras (Osorio, 2008; Sued, 2008; Torres, 2004). Con relación a las características generales de estas conductas, se establece que son comportamientos abiertos (Navarro, 2006) influenciados por el entorno y sus consecuencias, y se hallan asociadas a factores propios de la persona (Osorio, 2008).

Diversos autores sostienen que las conductas de dolor surgen a partir del aprendizaje o están mediadas por él (Casado, Moix & Vidal, 2008; León, 2007). De este modo, una persona puede adquirir estos comportamientos por imitación, por instrucción verbal, por consecuencias sociales (Infante, 2002), o bien puede aprenderlas observando lo que se denominan modelos de dolor, es decir, observando el comportamiento de personas que exhiben tales conductas (León, 2007).

Las conductas de dolor se instauran progresivamente a través del tiempo produciendo alteraciones importantes en los patrones de interacción del paciente (Infante, 2002). Por un lado, los modelos comportamentales proponen que algunas conductas son mantenidas al ser reforzadas y por producir ganancias secundarias (Casado et al., 2008; Vranceanu, Barsky & Ring, 2009). En este sentido, puede existir un refuerzo positivo del comportamiento de quien sufre dolor (como por ejemplo: la compasión, atención selectiva de la familia, entre otros) o negativo (como eludir responsabilidades, evitar actividades displacenteras) (León, 2007) hasta configurar un repertorio conductual centrado en el dolor e incapacitando a la persona cada vez más, deteriorando las relaciones sociales, fomentando la inactividad y el retraimiento (Rodríguez, Cano & Blanco, 2000).

Debido a la importancia que poseen las conductas de dolor en personas que sufren dolor crónico para su evaluación y tratamiento es que se pretende realizar la validación del Cuestionario de Conductas de Dolor, en una muestra de estudiantes universitarios cordobeses que sufren de cefaleas.

## Metodología

### Participantes

Mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional se seleccionaron 382 estudiantes universitarios de entre 17 y 32 años de edad de la ciudad de Córdoba (Argentina) que en los últimos seis meses habían sufrido de cefaleas. La muestra estuvo compuesta por 77.7% de mujeres y 22.3% de varones con una media de edad de 22, 4 años ( $SD = 4.2$ ) provenientes de 32 carreras universitarias diferentes, siendo el 86.6% carreras de universidades públicas y el porcentaje restante correspondiente a

instituciones privadas. Cabe destacar que el tamaño de la muestra cumple con los criterios estipulados por Hogan (2004) de contar al menos con 5 participantes por ítems.

### **Instrumentos**

- *Planilla de variables sociodemográficas.* En esta planilla se le pidió a los participantes que informaran el sexo, la edad, carrera que cursa y universidad o institución académica a la que asiste.
- *Cuestionario de cefaleas.* Con el fin de evaluar los episodios de dolor de cabeza en estudiantes universitarios, se construyó un cuestionario *ad hoc* en donde los participantes reportaron si habían sufrido algún episodio de cefalea en los últimos 6 meses. En el caso de responder afirmativamente a este ítem, se les pedía que reportaran la frecuencia de aparición de los episodios de dolor de cabeza en una escala Likert de 5 puntos desde «Pocas veces al año» a «Cada día de la semana».
- *Cuestionario de Conductas de Dolor (CCD).* Este instrumento fue desarrollado originalmente por Philips y Hunter (1981) a partir de la elaboración de una lista de comportamientos que habitualmente presentaban pacientes con dolor crónico, con el fin de evaluar las conductas de dolor presentes en esta población. En este trabajo se utilizó la versión española adaptada por Cano (2000), la cual consta de 16 ítems distribuidos en 4 factores que explican el 53.7% de la varianza. Mediante un análisis factorial exploratorio se obtuvieron mediante rotación oblicua los factores: 1) *queja no verbal* (5 ítems, «Hacer gestos de dolor, entrecerrar los ojos», por ejemplo); 2) *evitación de estímulos* (4 ítems, «Evitar ruidos y sonidos fuertes», por ejemplo); 3) *queja verbal* (3 ítems, «Hablarle a una persona varias veces del dolor», por ejemplo); y 4) *evitación de actividades* (4 ítems, «Evitar la actividad física», por ejemplo). La consistencia interna de los factores fue evaluada mediante el cálculo del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, los cuales oscilaron de .73 a .80, los cuales se consideran valores aceptables y óptimos (Cano, 2000).

En la versión española de Cano (2000), si bien se obtuvieron la misma cantidad de factores que la escala original, la estructura factorial se vio modificada. Aunque los factores «queja verbal» y «queja no verbal» se

mantuvieron, el factor «medicación» de la escala original se eliminó debido a que otros ítems («dormir», por ejemplo) cargaban en ese factor lo que comprometía su interpretación. Asimismo en la versión española del CCD el factor «evitación» (presente en la escala original) se desdobló en dos factores: «evitación de actividades» y «evitación de estímulos».

### **Procedimiento**

El presente estudio es de tipo instrumental (Montero & León, 2007) el cual pretende validar el CCD a la población de estudiantes universitarios cefaleicos de la ciudad de Córdoba considerando los criterios establecidos por la normativa psicométrica internacional (AERA, APA & NCME, 2008).

En primera instancia, se realizó una prueba piloto del CCD con el objetivo de evaluar de manera preliminar y en escala reducida el funcionamiento del instrumento para poder detectar deficiencias y, así, corregirlas. Para este fin, los aspectos que se evaluaron fueron: 1) familiaridad con el vocabulario y expresiones utilizadas en los ítems y en las instrucciones; 2) proceso que realizan las personas para responder a los ítems; 3) comprensión de los ítems y de las instrucciones; 4) se determinó si las preguntas o las instrucciones suscitan respuestas ego defensivas; 5) motivación del entrevistado; 6) tiempo que insume la aplicación de los cuestionarios; y 7) adecuación de la codificación de las respuestas. Para ello, se reclutaron de manera accidental a 12 personas con dolor crónico (6 mujeres y 6 varones) con una media de edad de 58.41

Al momento de realizar la aplicación del CCD, los participantes fueron instruidos para que señalaran durante la aplicación todos aquellos aspectos que se consideraban poco comprensibles, difíciles de solucionar o aquellos puntos que pudieran simplificarse mediante la modificación de algún aspecto del cuestionario. Los participantes realizaron sugerencias respecto de los instrumentos administrados con el fin de corregir los puntos por ellos señalados con el objetivo de mejorar el funcionamiento de la escala.

Una vez realizada la administración del cuestionario, se llevó a cabo el análisis de la información provista por los participantes evaluados, revelando varios aspectos para

ser modificados como palabras y expresiones poco claras no utilizadas con frecuencia en el lenguaje coloquial (por ejemplo, se quitó la expresión «agarrotarse» de uno de los ítems), se cambiaron algunas expresiones de las instrucciones de los cuestionarios con el fin de mejorar su comprensión, y, finalmente, algunos ítems que estaban redactados en negativo se volvieron a redactar para optimizar su entendimiento.

Una vez realizada la prueba piloto del instrumento, se llevó a cabo la administración de la escala por colaboradores debidamente entrenados. Cabe destacar que antes de comenzar con la investigación, los participantes fueron informados acerca de los fines de la investigación y del carácter anónimo y confidencial de sus respuestas. Todos los examinados optaron por participar de manera voluntaria, y aquellos que se negaron a participar no tuvieron consecuencias negativas por su decisión.

Los datos obtenidos fueron cargados y analizados en el paquete estadístico SPSS 17.0. En primer lugar, se examinó la estructura interna de la escala mediante un análisis factorial exploratorio, luego se determinó la consistencia interna de la escala utilizando el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, se desarrolló el análisis de la validez test-criterio y, finalmente, se realizaron estudios de diferencia de grupos en función del sexo.

## Resultados

Para evaluar la factibilidad de realizar el análisis factorial exploratorio (AFE) se consideró el índice de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO = .83$ ), y la prueba de esfericidad de Bartlett ( $\chi^2 = 1612.9, gl = 120, p < .000$ ), ambos métodos sugirieron la existencia de una intercorrelación adecuada para realizar el AFE. Así, se llevó a cabo un AFE utilizando el método de extracción de factores de máxima verosimilitud. Para determinar la cantidad de factores a extraer se consideraron dos criterios. La regla Kaiser-Gutman de autovalores superiores a uno sugiere la existencia de 4 factores que explican en conjunto el 56.12% de la variabilidad de la prueba. Sin embargo, dado que este método generalmente tiende a sobreestimar la cantidad de factores subyacentes (Thompson, 2004), se procedió a estimar la cantidad de factores mediante el gráfico de sedimentación (scree plot). Al observar dicho gráfico se interpreta la existencia de 2 factores subyacentes en vez de 4 que explican el 41.72% de la varianza. Con el objetivo de interpretar los factores obtenidos, se utilizó una rotación oblicua Promax debido a que los factores presentaban correlaciones mayores a .30

**Tabla 1**  
*Estructura factorial del CCD (matriz rotada)*

Ítems	Factor	
	Queja no verbal y conductas evitativas	Queja verbal
2 Cerrar los ojos	.480	
3 Echarse y descansar	.470	
5 Evitar el contacto con otras personas	.631	
6 Evitar la actividad física	.562	
7 Evitar luces brillantes	.730	
8 Evitar ruidos y sonidos fuertes	.647	
11 Hablarle a una persona del dolor		.792
12 Hablarle a una persona varias veces del dolor		.882
13 Hablarle a varias personas del dolor		.812
14 Hacer gestos de dolor. entrecerrar los ojos	.343	.304

Con el fin de trabajar con ítems unidimensionales, se eliminó 1 ítem (16) que presentaba una saturación multifactorial. Por otro lado, para examinar la consistencia interna de cada factor se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ). Con relación a esto, se eliminaron 5 reactivos ya que disminuían los valores  $\alpha$  de los factores obtenidos (ítems 1, 4, 9, 10 y 15). Una vez hecho esto, los valores obtenidos fueron aceptables y óptimos para ambos factores considerando los criterios sugeridos por Hogan (2004) (valores  $\alpha$  entre .70 y .87), siendo los valores obtenidos similares a los reportados por Cano (2000), siendo  $\alpha = .76$  para el factor «queja no verbal y conductas evitativas» y  $\alpha = .85$  para el factor «queja verbal». De esta manera, la escala quedó conformada por 10 ítems agrupados en 2 factores.

Por otro lado, con el fin de aportar evidencia de validez test criterio, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre la intensidad de dolor percibida por los estudiantes con cefaleas y los factores del CCD. Los resultados obtenidos demuestran que tanto el factor «queja no verbal y conductas evitativas» ( $r = .34, p < .01$ ) y el factor «queja verbal» ( $r = .22, p < .01$ ) correlacionan positiva y significativamente con la intensidad de dolor. Sumado a ello, el tamaño del efecto obtenido, de acuerdo a los criterios de Fernández-Cano y Fernández-Guerrero (2009), es medio. De esta manera, se puede observar que los factores «queja no verbal y conductas evitativas» y «queja verbal» permiten predecir la intensidad de dolor en estudiantes cefaléicos de la ciudad de Córdoba. Esto significa que cuantas más conductas de dolor exhiba un estudiante cefaléico, mayor será la intensidad de dolor percibida por este.

Finalmente, se llevó a cabo un estudio de contrastación de grupos con el fin de observar si existen diferencias significativas entre los tipos de conductas de dolor exhibidas por los estudiantes universitarios en función del sexo. Los resultados hallados demuestran que existen diferencias estadísticamente significativas en las quejas verbales ( $t = 1.83, gl = 359, p < .01$ ), y quejas no verbales y conductas evitativas ( $t = 2.837, gl = 371, p < .05$ ) exhibidas por hombres y mujeres. En este sentido, los hallazgos obtenidos muestran que las mujeres exhiben mayor cantidad de quejas verbales que los hombres (media = 4); mientras que los hombres expresan mayor cantidad de quejas no verbales y conductas evitativas (media = 14.27).

## Discusión

La evaluación de las conductas de dolor es un aspecto esencial en la valoración general del estado de la persona que sufre de dolor debido a que estas influyen –si bien no como un único factor– en la cronificación de la experiencia dolorosa. Los resultados hallados en el presente trabajo han demostrado la relación existente entre las conductas de dolor (queja verbal y queja no verbal y comportamientos evitativos) y la intensidad de dolor percibida por los estudiantes con cefaleas. Esto coincide con lo reportado por Asghari y Nicholas (2001) quienes hallaron que conductas de dolor específicas predecían la intensidad de dolor percibido por pacientes con diferentes síndromes de dolor crónico. En este sentido, diversos estudios demuestran que las conductas de dolor pueden cronificar el dolor mediante el reforzamiento diferencial de estos comportamientos que realiza la persona que sufre de dolor (Moix, 2005). Romano, Jensen, Turner, Good y Hops (2000) desarrollaron un estudio en el cual grabaron a 121 pacientes con dolor crónico realizando tareas domésticas con sus parejas. En dicha investigación demostraron cómo los comportamientos solícitos (ayudar en exceso, no dejar hacer algunas actividades al enfermo, entre otros) por parte de la pareja aumentaban las conductas de dolor (verbales y no verbales) de los pacientes.

Respecto a las conductas de dolor y las diferencias entre los sexos, Sullivan, Tripp y Santor (2000) observaron que las mujeres comúnmente son más expresivas verbalmente que los hombres. Esto es coherente con los resultados aquí observados, los cuales revelaron que las mujeres tienden a utilizar en mayor medida la queja verbal que los hombres, mientras que estos últimos utilizan conductas de dolor más relacionadas al uso de estrategias no verbales y comportamientos evitativos.

Por lo dicho hasta aquí podría pensarse que la evaluación y tratamiento de las conductas de dolor en personas con dolor crónico es importante ya que estas pueden agravar el problema de dolor, entre otros factores. Por ello, la necesidad de contar con un instrumento que las evalúe facilita el acceso a las mismas y su tratamiento. Los resultados obtenidos en este estudio proveen evidencia preliminar sobre el funcionamiento psicométrico del CCD en estudiantes universitarios con cefaleas. Tal como muestra el estudio realizado por Cano (2000), el CCD en su



versión española cuenta con 4 factores: 1) *queja no verbal* («Hacer gestos de dolor, entrecerrar los ojos», por ejemplo); 2) *evitación de estímulos* («Evitar ruidos y sonidos fuertes», por ejemplo); 3) *queja verbal* («Hablarle a una persona varias veces del dolor», por ejemplo); y 4) *evitación de actividades* («Evitar la actividad física», por ejemplo). Es conveniente señalar que en el proceso de validación se eliminaron un total de 6 reactivos ya sea por saturar en más de un factor como por disminuir los valores  $\alpha$  de Cronbach, permaneciendo así 10 de los 16 ítems originales. El hecho de que estos reactivos no hayan cargado en una única dimensión del CCD puede atribuirse a que existen relaciones fuertes y moderadas entre las dimensiones del CCD, por lo cual resulta dificultoso que todos los ítems de la escala sean unidimensionales.

Por otro lado, la estructura factorial obtenida no se asemeja a la de Cano (2000). Es preciso señalar que de los factores identificados, solo la dimensión «queja verbal» es equiparable a la estructura factorial reportada por Cano (2000), mientras que el factor «queja no verbal y conductas evitativas» es una agrupación entre 3 factores de la versión española («queja no verbal», «evitación de estímulos» y «evitación de actividades»). Con respecto a esta última dimensión, la adaptación realizada por Appelbaum, Radnitz, Blanchard y Prins (1988) exhibe un único factor «evitación» para las dimensiones «evitación de estímulos» y «evitación de actividades» de la versión española. En este sentido, la estructural factorial hallada en el presente estudio obtendría resultados similares al agrupar las dimensiones mencionadas de la versión española en una misma dimensión; no obstante, es necesario recalcar que en este trabajo se sumó el factor «queja no verbal». Finalmente, respecto a la consistencia interna se obtuvieron valores  $\alpha$  similares a los reportados por Cano (2000), siendo  $\alpha = .76$  para el factor «queja no verbal y conductas evitativas» y  $\alpha = .85$  para el factor «queja verbal».

Entre las limitaciones del presente estudio cabe considerar que se requieren de más estudios psicométricos tendientes a examinar la estabilidad de la escala y su poder predictivo. Asimismo, resultaría conveniente realizar estudios de análisis factorial confirmatorio para determinar con mayor seguridad la cantidad de dimensiones subyacentes. En efecto, si bien en el presente trabajo se determinó la existencia de 2 factores, en la adaptación de

Cano (2000) se identificaron 4 factores. Por último, sería interesante realizar estudios transculturales de análisis multigrupo para examinar la invarianza estructural del CCD.

Más allá de las limitaciones del presente trabajo, los resultados obtenidos son prometedores y avalan la utilización del CCD en la población universitaria cefaleica de Córdoba, Argentina. Dicho estudio resulta de gran valor ya que permite disponer de un instrumento útil para el desarrollo de investigaciones en el medio local que evalúe el rol de las conductas de dolor en personas que sufren cefaleas. De este modo, los datos potenciales serán de utilidad para el tratamiento que incluye la intervención sobre las conductas de dolor, variable que ha sido demostrada como factor cronificador del dolor crónico.

## Referencias

- American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education (2008). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington: American Educational Research Association.
- Appelbaum, K. A., Radnitz, C. L., Blanchard, E. B. & Prins, A. (1988). The Pain Behavior Questionnaire (PBQ): a global report of pain behavior in chronic headache. *Headache*, 28, 53-58.
- Asghari, A. & Nicholas, M. K. (2001). Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour. A prospective study. *Pain*, 94(1), 85-100.
- Cano, F. G. (2000). *Variables psicológicas implicadas en migraña y cefalea tensional. Un estudio comparativo con otros trastornos por dolor crónico*. Tesis de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad de Granada, Granada, España.
- Casado, M. I., Moix, J. & Vidal, J. (2008). Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Clínica y Salud*, 19(3), 379-392.
- Fernández-Cano, A. & Fernández-Guerrero, I. M. (2009). *Crítica y alternativas a la significación estadística en el contraste de hipótesis. Colección Cuadernos de Estadística*. Madrid: Editorial La Muralla.
- Hogan, T. (2004). *Pruebas Psicológicas*. México: Manual Moderno.
- Infante, P. (2002). *Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España.

- León, M. (2007). Tratamiento del dolor crónico desde la terapia de la conducta. *Revista Costarricense de Psicología*, 26 (39), 11-21.
- Miró, J. (2006). *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Moix, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología*, 36(1), 37-60.
- Montero, I. & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862
- Navarro, M. E. (2006). Tratamiento cognitivo conductual de la migraña en el adulto. *Actualidades en psicología*, 20, 1-21.
- Osorio, R. (2008). Aspectos psicológicos de las pacientes con síndromes de dolor pélvico crónico. En P. I. Gómez & J. J. Hernández (Eds.). *Dolor en la mujer* (pp. 37-54). Colombia: ACED.
- Philips, G. & Hunter, M. (1981). Pain behavior in headache sufferers. *Behavioural analysis and modification*, 4(4), 257-266.
- Pueyrredón, J. H. & Salvat, F. (2007). Dolor crónico: evaluación interdisciplinaria. *Archivos de Neurología, Neurocirugía y Neuropsiquiatría*, 13(1), 25-32.
- Rodríguez, L., Cano, F. J. & Blanco, 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, L., Cano, F. J. & Blanco, A. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(2), 82-91.
- Romano, J. M., Jensen, M. P., Turner, J. A., Good, A. B. & Hops, H. (2000). Chronic pain patient-partner interactions: further support for a behavioral model of chronic pain. *Behavior Therapy*, 31, 415-440.
- Sued, J. A. (2008). Comorbilidad de dolor crónico y salud mental. *Revista de Neuropsicofarmacología*, 5(1), 13-16.
- Sullivan, M. J. L., Tripp, D. A. & Santor, D. (2000). Gender differences in pain and pain behavior: the role of catastrophizing. *Cognitive Therapy Research*, 24, 121-134.
- Thompson, B. (2004). *Exploratory and confirmatory factor analysis*. Estados Unidos: American Psychological Association.
- Torres, R. (2004). Dolor miofascial crónico: patofisiología y aproximación terapéutica. *Fisioterapia*, 27(2), 99-107.
- Vranceanu, A. M., Barsky, A. & Ring, D. (2009). Aspectos psicosociales del dolor musculoesquelético incapacitante. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 91(8), 1-6.

---

\* Laboratorio de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, Universidad Siglo 21, Argentina

\*\* Universidad Siglo 21, Argentina