

Deshabitación en drogodependientes y dolor crónico

Nuria Álvarez Díaz y Rosa Esteve Zarazaga*
OAL Marbella Solidaria y * Universidad de Málaga

Este estudio toma como marco teórico el modelo de miedo-evitación del dolor. Su objetivo es determinar, en un grupo de personas en tratamiento por presentar un trastorno de dependencia, si quienes desarrollaron dolor crónico tras el período de abstinencia se diferencian de aquellos en los que el dolor no persistió en un conjunto de variables que, según el modelo de miedo-evitación, estarían implicadas en la cronicación: sensibilidad a la ansiedad, evitación experiencial, miedo al dolor, formas de afrontamiento, depresión, ansiedad y calidad de vida. Se contrastó también la existencia de diferencias en la presencia de patología dual, policonsumo, medicación y dosis de metadona. Se comparó un grupo con dolor crónico (n= 63) y otro sin dolor (n= 58). Los estadísticos MANOVA y χ^2 mostraron que el grupo con dolor había recibido el diagnóstico de patología dual con mayor frecuencia que quienes no tenían dolor, presentaban un policonsumo más elevado, les habían sido prescritas dosis mayores de metadona y más medicamentos. El grupo de dolor presentaba peor calidad de vida y puntuaciones significativamente más altas en sensibilidad a la ansiedad, evitación experiencial y depresión. No se encontraron diferencias significativas respecto a las formas de afrontamiento, miedo al dolor y ansiedad.

Dehabitation in drug-addicts and chronic pain. In a sample of patients under treatment for dependence disorder, the fear-avoidance model of pain was used as a theoretical framework to investigate differences between patients who developed chronic pain after the abstinence period and those who did not. In line with the model, a set of variables involved in the chronification process were considered: anxiety sensitivity, experiential avoidance, fear of pain, coping styles, anxiety, depression, and quality of life. Differences in clinical and dependence-related variables were analyzed: diagnosis of dual pathology, polyconsumption, prescribed medication, and methadone dose. A group of chronic pain patients (n= 63) and a pain-free group (n= 58) were compared. MANOVA and χ^2 results indicated that the chronic pain patients had been diagnosed with dual pathology significantly more often than the pain-free group, they presented higher polyconsumption, and had been prescribed higher doses of methadone and more medications. The chronic pain group had poorer quality of life and significantly higher scores in anxiety sensitivity, experiential avoidance, and depression. No significant differences were found in coping strategies, fear of pain and anxiety.

Algunos estudios muestran que el dolor, que es un síntoma común en la fase de abstinencia de una sustancia, en unas personas persiste y se hace crónico, mientras que en otras desaparece una vez superado ese período (Jamison, Kauffman y Katz, 2000; Rosenblum et al., 2003; Scimeca, Savage, Portenoy y Lowinson, 2000; Trafton, Oliva, Horst, Minkel y Humphreys, 2004). Sin embargo, los trabajos que estudian el dolor crónico en el ámbito de la adicción son escasos, y los que lo hacen, parten del supuesto de que el dolor era anterior al inicio en el consumo (Peles, Schreiber, Gordon y Adelson, 2005; Rosenblum, Fong, Kipnis, Cleland y Portenoy, 2003; Trafton et al., 2004).

Actualmente, el proceso por el que el dolor llega a hacerse crónico se estudia desde los modelos de miedo-evitación (Lethem,

Slade, Troup y Bentley, 1983; Vlaeyen y Linton, 2000) que proponen que existe un continuo entre la confrontación y la evitación en el que se sitúa todo individuo que padece dolor. La confrontación sería un modo de comportamiento adaptativo, pues mantendría el equilibrio entre la sensación del dolor y el comportamiento doloroso. En contraste, la evitación sería una respuesta no adaptativa, pues el individuo evitará realizar actividades físicas por miedo a sentir dolor o a empeorarlo, y cuando ello se va generalizando tiene como consecuencia la disminución de los niveles diarios de actividad física, lo cual a medio plazo llevaría a la discapacidad funcional (Verbunt et al., 2005) que afectaría negativamente al estado de ánimo. Según la formulación inicial del modelo, el miedo se desarrollaría por condicionamiento clásico (Lethem et al., 1983). Sin embargo, puesto que este proceso no se produce en todas las personas aquejadas por un dolor agudo, recientemente se está estudiando la influencia de las diferencias individuales en relación con el miedo al dolor y algunos estudios muestran que los individuos con puntuaciones elevadas en evitación experiencial son los que presentan una menor tolerancia al dolor (Feldner et al., 2006; Marx y Sloan, 2002; Orsillo y Batten, 2005); igualmente, la sensibilidad a la ansiedad se postula como un factor de vulnerabilidad respecto

al miedo al dolor (p.e., Asmundson, 2001; Asmundson y Taylor, 1996; Keogh y Birkby, 1999). Por otro lado, el afrontamiento evitativo se asocia con un nivel mayor de discapacidad en los pacientes con dolor crónico (para una revisión reciente véase Linton, 2005) y algunos trabajos que estudian la incidencia del dolor crónico en personas en proceso de desintoxicación también muestran una elevada comorbilidad con trastornos psiquiátricos o patología dual (Jamison et al., 2000; Scimeca et al., 2000).

Los estudios sobre los factores que influyen en la *cronificación* del dolor son escasos y concretamente no se ha realizado ninguno en el contexto del tratamiento de las adicciones. Dicho estudio contribuirá a aumentar el éxito de los procesos de deshabituación y aportará un mayor conocimiento de las variables psicológicas implicadas en el proceso por el que dolor puede llegar a limitar gravemente la vida de quienes lo padecen.

El objetivo de este trabajo es determinar, en un grupo de personas que reciben tratamiento por presentar un trastorno de dependencia, si quienes desarrollaron dolor crónico tras el período de abstinencia se diferencian de aquellos en los que el dolor no persistió en un conjunto de variables que, de acuerdo con el modelo de miedo-evitación, estarían implicadas en el proceso de cronificación (Lethem et al., 1983). Resumidamente, se espera que las personas en programas de tratamiento de cualquier tipo de sustancia que presenten dolor crónico, en comparación con las que no lo padecen, tendrán un estado de ánimo más negativo y una peor calidad de vida. También se espera que el grupo con dolor presente puntuaciones más altas en sensibilidad a la ansiedad, evitación experiencial, miedo al dolor y estrategias evitativas de afrontamiento. Finalmente, se predice que se encontrará mayor comorbilidad con trastornos psiquiátricos o patología dual en el grupo con dolor crónico y el consumo de dosis mayores de la medicación prescrita y dosis más altas de metadona.

Método

Participantes

Fueron evaluadas 159 personas que recibían tratamiento en los diferentes dispositivos del Organismo Autónomo Local Marbella Solidaria. En el momento de ingreso en los programas todos habían sido objeto de una evaluación psiquiátrica, habiendo recibido el diagnóstico de trastorno de dependencia para alguna droga según criterios del CIE-10.

El requisito fundamental para participar en este estudio era llevar al menos un mes abstinentes de su droga diana (en el caso de pacientes en Programa de Mantenimiento con Metadona —PTM—, este derivado opiáceo se considera tratamiento); este criterio se introdujo para que no se confundiese el dolor con una respuesta del síndrome de abstinencia. Además, se consideraron los siguientes criterios de exclusión:

- Dolor crónico previo al primer síndrome de abstinencia.
- Complejo demencia-sida, que afecta al comportamiento, movimientos, sensaciones y al pensamiento.
- Ausencia de estabilización psicopatológica (haber tenido algún brote psicótico en un período inferior a 6 meses y no estar compensado).
- Presencia tumoral o cáncer diagnosticado recientemente (inferior a un año), debido a la posibilidad de estar siguiendo alguna terapia médica, y sus consecuentes efectos secundarios, y al impacto emocional de este diagnóstico.

Se eliminaron 38 personas por cumplir alguno de los criterios de exclusión, quedando la muestra conformada por 121 participantes, 95 hombres y 26 mujeres con una media de edad de 39 años ($M=39.10$). Las principales características de la muestra se recogen en la tabla 1.

Tabla 1
Descripción de la muestra (N= 121)

Características sociodemográficas	Porcentajes
Convivencia	
Domicilio familiar	33.30%
Solos/as	23.60%
Con pareja e hijos	14.60%
Con pareja	8.90%
Con hijos	8.90%
Otros	10.60%
Estado civil	
Soltero/a	64.20%
Separados/as	17.90%
Casados/as	13.80%
Otros	4.10%
Nivel estudios	
Primarios	58.50%
Secundaria	22.00%
Universitarios	13.00%
No sabe leer ni escribir	4.10%
Otros	2.40%
Situación laboral	
Desempleo	43.10%
Indefinidos o autónomos/as	20.30%
Contrato temporal	18.70%
Pensionistas	9.80%
Otros	8.10%
Características del consumo	Porcentajes
Edad de inicio	
Antes 18 años	31.70%
Entre 18 y 25 años	43.90%
Más de 25 años	24.40%
Presencia de patología dual	
Sí	44.70%
No	55.30%
Tratamientos previos realizados*	
Ambulatorio	81.30%
Comunidad terapéutica	74.80%
Programa de tratamiento con metadona	32.50%
Psiquiátrico	29.30%
Tratamiento actual*	
Programa de tratamiento con metadona	30.90%
Comunidad terapéutica	50.40%
Ambulatorio	49.60%
Adicción*	
Herococaína	43.90%
Cocaína	40.70%
Alcohol	21.10%
Heroína	8.90%
Tranquilizantes/hipnóticos	4.10%

* Puede incluirse en más de una categoría

Para establecer los dos grupos de comparación se utilizó como criterio la presencia de dolor crónico, definido como la presencia de dolor en cualquier localización, de duración igual o superior a 3 meses de forma continua, o 5 o más días a la semana de forma intermitente (IASP, 1994). Se distinguieron dos grupos: con dolor (GD de aquí en adelante) (N= 58). En el GD un 39.70% presentaba dolor en la cabeza; un 39.70% dolor en las piernas y un 34.90% en la espalda (pudiendo presentar dolor en más de una de estas localizaciones). La media de dolor era de 4.48 (SD= 1.44), con un rango desde 1.75 a 8.25.

De acuerdo con Cohen (1988), este tamaño de los grupos confiere una alta potencia al análisis (.80) para detectar efectos medios (.25) a un nivel de significación de .05.

Instrumentos

La recogida de datos demográficos y clínicos se realizó usando un protocolo creado para este estudio, cuya información se obtenía de las historias clínicas de los pacientes:

Datos demográficos: sexo, edad, ocupación, estado civil y nivel de estudios.

Datos clínicos: antecedentes familiares y personales de enfermedad, dolor y psicopatológicos.

Historia de adicción: registro toxicológico y tratamiento actual. Se recogía información acerca del patrón de consumo para cada sustancia.

La recogida de información respecto a las variables psicológicas y de dolor se realizó durante la entrevista a través de los siguientes instrumentos:

- Preguntas acerca de la presencia de dolor, características del mismo y tratamiento.
- Intensidad del dolor: escala numérica de «0» a «10», hallándose la media del dolor «en el momento presente», el dolor «peor», «promedio» y «el más leve» en las dos semanas anteriores. Ésta es una manera rápida y fiable de evaluación de la intensidad autoinformada del dolor (Jensen, Turner, Romano y Fisher, 1999).
- Cuestionario de aceptación y acción de Hayes et al. (2004), en su adaptación al castellano de Barraca (2004), es una medida de la evitación experiencial y la aceptación psicológica. Tiene una consistencia interna de .74 y una fiabilidad test-retest de .71.
- Cuestionario de Formas de Afrontamiento de Rodríguez-Marín, Terol, López-Roig y Pastor (1992). Evalúa dos modos de afrontamiento: aproximativo y evitativo. La consistencia interna es de .66 y la fiabilidad por mitades de .52, presentando también un grado muy aceptable de estabilidad temporal. Posee una validez convergente aceptable, igualmente, las correlaciones entre los criterios de validez establecidos y las diferentes formas de afrontamiento se producen en la dirección adecuada.
- Cuestionario sobre Calidad de vida (Ruiz y Baca, 1993). Una mayor puntuación sugiere un mayor grado de calidad de vida. Presenta una fiabilidad test-retest cercana a .97, una consistencia interna (alfa de Cronbach) de .94 y una validez concurrente con las escalas de depresión y ansiedad de Hamilton cercana a .74 (Ruiz y Baca, 1993). Ha demostrado su utilidad en población drogodependiente (Baca, García y Baca-García, 1997).
- Cuestionario de Miedo al Dolor-III de McNeil y Rainwater (1998). La adaptación al español de Camacho y Esteve (2005) mostró una consistencia interna adecuada (Dolor grave, $\alpha = .70$; dolor leve, $\alpha = .80$; dolor médico, $\alpha = .80$; escala total, $\alpha = .80$). Mediante análisis factorial se obtuvo una estructura de tres factores correlacionados similar a la del instrumento original.
- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria de Zigmond y Snaith (1983, versión en castellano de Caro e Ibáñez, 1992), que mide ansiedad y depresión. Este instrumento ha demostrado su fiabilidad ($\alpha = .86$, escala de ansiedad; $\alpha = .86$, escala de depresión) y validez en distintos estudios (Quintana, Padierna y Esteban, 2003).
- Índice de Sensibilidad a la ansiedad (ASI, Peterson y Reiss, 1992; versión española de Sandín, Chorot y McNally, 1996) que muestra una consistencia interna ($\alpha = .84$) y una validez convergente y discriminante adecuadas (Sandín, Valiente, Chorot y Santed, 2005).

Procedimiento

En primer lugar se solicitó a los participantes su consentimiento informado escrito. Todos los instrumentos fueron aplicados oralmente y las alternativas de respuesta estaban impresas en hojas con grandes números y letras para facilitar su respuesta. La recopilación de información la realizó siempre la misma persona, y en similares condiciones, en salas individuales donde se les pasaban los cuestionarios en idéntico orden y se garantizaban las condiciones de confidencialidad e intimidad. La recogida de datos abarcó el período comprendido entre julio de 2006 y agosto de 2007.

Análisis de datos

Para contrastar si en las variables continuas se daban las diferencias predichas entre el GD y el GND se realizó un análisis de varianza multivariado (MANOVA) habiendo contrastado previamente que se cumplían los supuestos de homocedasticidad y normalidad multivariante. En relación con las variables categóricas se realizaron análisis descriptivos de frecuencias, comparando ambos grupos mediante el estadístico χ^2 . Para los análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS 14.0.

Resultados

Como queda reflejado en la tabla 2, el GD obtuvo una puntuación media significativamente más elevada que el GND en sensibilidad a la ansiedad, evitación experiencial, depresión, número de sustancias consumidas, número de miligramos de metadona prescritos y edad, siendo el GD significativamente «mayor». Respecto a la calidad de vida, el GD mostró resultados significativamente peores que el GND. Ambos grupos no se diferenciaron significativamente en el número de intentos de deshabituación, afrontamiento aproximativo, afrontamiento evitativo, miedo al dolor, ansiedad, ni en número de tratamientos realizados o años de consumo.

Puesto que ambos grupos se diferenciaban significativamente en la edad, se realizó un MANOVA introduciendo la edad como covariable. La edad sólo mostró una influencia significativa sobre la variable años de consumo, $F(1, 212) = 107.03, p = .000$. Además, cuando se restó estadísticamente la influencia de la edad, no se modificaron los resultados obtenidos cuando no se había introducido la edad como covariable.

Tabla 2
Análisis multivariado de la varianza (MANOVA) de las variables psicológicas y relacionadas con la adicción en los grupos con y sin dolor

Variables	GD (n= 63)		GND (n= 58)		F (1, 121)
	Media	DT	Media	DT	
Edad	41.12	8.66	37.06	7.57	7.46**
Policonsumo (número de sustancias consumidas)	3.79	2.01	3.05	1.52	5.16*
Miligramos de metadona prescritos	23.41	33.51	6.06	18.87	12.01***
Número de intentos de deshabituación	4.30	1.68	4.26	1.52	.02
Número de tratamientos realizados	2.77	1.39	2.36	1.32	2.82
Años de consumo	18.35	9.88	15.46	8.68	2.88
Sensibilidad a la ansiedad	41.73	14.47	34.32	11.27	9.72**
Evitación experiencial	46.81	9.01	42.19	7.65	9.16**
Calidad de vida	114.85	29.90	130.41	19.45	11.29***
Depresión	4.84	4.44	2.87	3.36	7.39**
Afrontamiento aproximativo	54.56	13.41	55.81	10.95	.31
Afrontamiento evitativo	61.39	12.42	58.03	12.56	2.18
Miedo al dolor	87.19	20.23	86.50	20.36	.03
Ansiedad	8.43	5.23	7.62	4.82	.77

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

Tabla 3

Participación en el programa de tratamiento con metadona, presencia de patología dual y medicación prescrita en el grupo con dolor (GD) y el grupo sin dolor (GND) (%). Estadístico χ^2

Variables	GD	GND	χ^2 (1, 121)
Programa de tratamiento con metadona	21.50%	8.30%	8.34**
Presencia de patología dual	30.60%	14.00%	10.58***
Medicación prescrita			
Antidepresivos	28.90%	14.90%	7.38**
Sedantes	5.00%	-	5.81**
Tranquilizantes	27.30%	12.40%	8.87**
Neurolépticos	10.70%	6.60%	.99
Miorrelajantes	5.00%	-	5.81**
Analgésicos	7.40%	-	8.95**
Analgésicos opioides	2.50%	-	2.83
Antimigrañosos	8.30%	.80%	7.32**
Antiepilépticos	2.50%	5.00%	1.37
Antiparkinsonianos	.80%	3.30%	2.15
AINE	14.00%	.80%	15.22**

* p ≤ .05, ** p ≤ .01, *** p ≤ .001

Los resultados obtenidos mediante el estadístico χ^2 indican que ambos grupos se diferencian significativamente respecto a la presencia de patología dual, siendo mayor en el GD; también existe mayor número de sujetos en PTM en el GD y tienen prescritos en mayor medida antidepresivos, sedantes, tranquilizantes (ansiolíticos), AINE, miorrelajantes, analgésicos y antimigrañosos. No se obtuvieron diferencias significativas respecto a la prescripción de neurolépticos, analgésicos opioides, antiepilépticos, ni antiparkinsonianos (tabla 3).

Discusión y conclusiones

El objetivo de este trabajo ha sido responder a la siguiente pregunta: ¿por qué el dolor, que es un síntoma común en la fase de abstinencia de una sustancia adictiva, en unas personas se hace crónico y en otras no? Para ello se ha tomado como marco teórico de referencia el modelo general de miedo-evitación al dolor de Lethem et al. (1983) que explica el tránsito del dolor agudo al dolor crónico y, además, se han incorporado algunas variables propias de la adicción que, según investigaciones previas, podrían influir en la «cronificación».

Los resultados de este estudio muestran que el dolor crónico es un problema frecuente en las personas en tratamiento de deshabituación (52.06% de la muestra) y que, además, esas personas no tienen prescrito ningún tratamiento específico para el mismo. La prevalencia es menor a la encontrada por Jamison et al. (2000) y las principales localizaciones del dolor son similares a las de este estudio.

Respecto a las variables relacionadas con el consumo, se encontraron diferencias significativas en el policonsumo, que fue mayor en el GD. Para valorar este resultado debe tenerse en cuenta que los graves síntomas del síndrome de abstinencia, entre ellos el dolor, influyen negativamente en la voluntad de los drogodependientes para abandonar el consumo. Por otro lado, la medicación prescrita durante la desintoxicación debería eliminar estos síntomas, sin embargo, muchas veces en la desintoxicación se usan sustancias que también son adictivas, y existe un peligro considerable de que esta medicación prescrita para paliar los síntomas de la abstinencia se utilice de forma adictiva y que las politoxicomanías comiencen con estos tratamientos (Seidenberg y Honegger, 2000). Es en este sentido que cabe especular que la presencia de un dolor que no remite podría estar favoreciendo el policonsumo.

Como en investigaciones previas (Rosenblum et al., 2003) se ha encontrado también una mayor presencia de dolor en aquellos

pacientes que estaban en PTM; de igual forma, comparando los pacientes con y sin dolor en PTM, los pacientes con dolor tenían prescritas dosis más elevadas de metadona como también muestran otros estudios (Passik, Kirsh, Donaghy y Portenoy, 2006; Pelles et al., 2005). Igualmente, los resultados de Jamison et al. (2000) indican que los pacientes en tratamiento de adicción con dolor tenían prescritas mayores cantidades de tranquilizantes, relajantes musculares y antidepresivos que los pacientes sin dolor. Los hallazgos del presente estudio también apuntan en esta dirección pues se encuentra en los pacientes con dolor una mayor prescripción de antidepresivos, sedantes, tranquilizantes, miorelajantes, analgésicos, anitimidagráficos y AINE.

Respecto a las variables que se postulaban como factores de vulnerabilidad en relación con el miedo al dolor es destacable que los dos grupos se diferencian en ambas; el grupo con dolor obtiene puntuaciones medias significativamente más elevadas en Sensibilidad a la Ansiedad y en Evitación Experiencial que el grupo sin dolor. Curiosamente, ambos grupos no se diferencian significativamente en el miedo al dolor. Cabría atribuir este resultado a la elección del instrumento para evaluar el miedo al dolor por su generalidad. Sin embargo, de los cuestionarios disponibles para evaluar miedo al dolor, el Cuestionario de Miedo al Dolor-III de McNeil y Rainwater (1998) es el único que puede ser utilizado tanto en pacientes con dolor crónico como en personas que no padecen dolor. Por otro lado, este autoinforme ha mostrado sobradamente su validez para predecir la discapacidad en estudios con pacientes con diferentes tipos de dolor crónico (Muñoz-Sastre, Albaret, Raich y Mullet, 2006; Wijk y Hoosgstraten, 2006). El hallazgo de diferencias significativas en sensibilidad a la ansiedad pero no en miedo al dolor entre ambos grupos tiene implicaciones teóricas importantes y concuerda con algunos trabajos recientes que muestran que cuando se contempla conjuntamente la influencia de ambos constructos, es la Sensibilidad a la Ansiedad la que ejerce un efecto significativo (Asmundson y Hadjistavropoulos, 2007; Greenberg y Burns, 2003). Los resultados de estos estudios han llevado a algunos autores a una reformulación de la propuesta inicial del modelo de miedo-evitación (Vlaeyen y Linton, 2000). Desde el modelo de miedo-evitación, el miedo se conceptualiza como una fobia específica pues establece que las respuestas de miedo estarán unidas específicamente a estímulos potencialmente dolorosos. Este nuevo enfoque sostiene que el miedo al dolor realmente es una manifestación de un miedo más básico, el miedo a los síntomas de ansiedad o Sensibilidad a la Ansiedad (Greenberg y Burns, 2003).

Contrariamente a lo esperado, no se encuentran diferencias entre ambos grupos en el modo de afrontamiento utilizado, aunque cabía predecir que el afrontamiento evitativo se relacionase con la «cronificación» del dolor. Tal vez este resultado pueda explicarse por el uso de una medida de afrontamiento que evalúa estrategias concretas no relacionadas con la experiencia de dolor; de hecho, Lazarus y Folkman (1986), en su definición de las estrategias de afrontamiento, destacan su especificidad contextual y temporal.

Sin embargo, puesto que se iba a evaluar a un grupo que no tenía dolor, no procedía el uso de una medida específica de afrontamiento al dolor. La ausencia de diferencias significativas podría también explicarse por el hecho señalado por algunos autores (Secades y Fernández, 2001) de que el uso y abuso de drogas presente en ambos grupos es, en sí mismo, una forma inadaptativa de afrontamiento.

Respecto a las consecuencias del dolor crónico tal y como predice el modelo de miedo-evitación y como muestran trabajos recientes (Ilgen, Trafton y Humphreys, 2006), los pacientes en proceso de deshabituación con dolor crónico tenían una peor calidad de vida que quienes no tenían dolor y mostraban una puntuación media en depresión significativamente superior.

Aunque no existen diferencias significativas en ansiedad entre el grupo con y sin dolor crónico, los resultados indican la presencia de niveles elevados de ansiedad en ambos, siendo éste un hallazgo repetidamente contrastado en pacientes drogodependientes (González-Sáiz, Ruz-Franci y Salvador-Carulla, 1998; Trafton et al., 2004). Por otro lado, los resultados del presente estudio indican que en el grupo con dolor se da una prevalencia significativamente mayor de patología dual, lo cual concuerda con la ampliamente documentada prevalencia de una patología dual en personas que presentan un trastorno por consumo de sustancias (Dickey, Norman, Weiss, Drake y Azeni, 2002; Goldsmith, 1999; y González-Sáiz et al., 1998) y que parece ser mayor en quienes además presentan dolor crónico (Jamison et al., 2000; Rosenblum et al., 2007; Scimeca et al., 2000).

Las conclusiones de este trabajo están limitadas por el diseño utilizado, pues su carácter transversal no permite afirmar que determinadas variables «predicen» el tránsito del dolor agudo a crónico. Sólo estudios longitudinales permitirán contestar a esta cuestión. A ello debe sumarse que en este trabajo se unen la complejidad propia del problema de la adicción y del dolor crónico. En esta investigación no se han diferenciado grupos según el tipo de sustancia de la que el paciente es dependiente, pues el policonsumo, tan extendido entre esta población, representa un obstáculo importante para este tipo de diseño. Ello puede representar una limitación puesto que es una cuestión controvertida si la sensibilidad a la ansiedad se asocia específicamente con el consumo de drogas que disminuyen el arousal (Forsyth, Parker y Finlay, 2003; Stewart, Samoluk y MacDonald, 1999). Pese a estas limitaciones queda clara la necesidad de llevar a cabo más estudios en los que se tenga en cuenta el dolor en el marco de distintos programas de tratamiento de adicciones, pues, como se pone de manifiesto, el dolor no está recibiendo una atención adecuada en los pacientes incluidos en programas de drogodependencias. Sería por tanto deseable que en el marco de los distintos planes de adicciones se incorpore un tratamiento adecuado del dolor, ya que el dolor por sí mismo puede convertirse en un obstáculo para culminar con éxito el proceso de deshabituación (Alford et al., 2006; Larson et al., 2007; y Scimeca et al., 2000).

Referencias

- Alford, D.P., Compton, P., y Samet, J.H. (2006). Acute pain management for patients receiving maintenance methadone of buprenorphine therapy. *Annals of Internal Medicine*, 144, 127-134.
- Asmundson, G.J.G. (2001). Commentary: Anxiety, sensitivity and the pain experience. *European Journal of Pain*, 5, 23-25.
- Asmundson, G.J.G., y Hadjistavropoulos, H.D. (2007). Is high fear of pain associated with attentional biases for pain-related or general threat? A categorical reanalysis. *The Journal of Pain*, 8, 11-18.
- Asmundson, G.J.G., y Taylor, S. (1996). Role of anxiety sensitivity in pain-related fear and avoidance. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 648-656.
- Baca, E., García, S., y Baca-García, E. (1997, 4 diciembre). Calidad de vida en adictos a la heroína: un estudio comparativo. *Psiquiatría.COM*, 1, 43. Recuperado el 30 de agosto de 2007 de http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol1num4/art_4.htm.
- Barraca, J. (2004). Spanish adaptation of the acceptance and action questionnaire (AAQ) (2004). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 505-515.
- Basu, S., Bruce, R.D., Barry, D.T., y Altice, F.L. (2007). Pharmacological pain control for human immunodeficiency virus-infected adults with a history of drug dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 399-409.
- Brennan, P.L., Schutte, K.K., y Moos, R.H. (2005). Pain and use of alcohol to manage pain: Prevalence and 3-year outcomes among older problem and non-problem drinkers. *Addiction*, 100, 777-786.
- Camacho, L., y Esteve, R. (2005). Adaptation into Spanish of the Fear of Pain Questionnaire-III: A pilot study. Comunicación presentada a la 8th European Conference on Psychological Assessment, Budapest.
- Caro, Y., e Ibáñez, E. (1992). La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la salud. *Boletín de Psicología*, 1, 43-69.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Compton, P., y Athanasos, P. (2003). Chronic pain, substance abuse and addiction. *Nursing Clinics of North America*, 38, 525-537.
- Dickey, B., Norman, S.L.T., Weiss, R., Drake, R.E., y Azeni, H. (2002). Medical morbidity, mental illness and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 53, 861-867.
- Feldner, M.T., Hekmat, H., Zvolensky, M.J., Vowles, K.E., Secrist, Z., y Leen-Feldner, E.W. (2006). The role of experiential avoidance in acute pain tolerance: A laboratory test. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 146-158.
- Forsyth, J.P., Parker, J.D., y Finlay, C.G. (2003). Anxiety sensitivity, controllability and experiential avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residential sample of substance-abusing veterans. *Addictive Behaviors*, 28, 851-870.
- Goldsmith, R.J. (1999). Overview of psychiatric comorbidity: Practical and theoretic considerations. *Psychiatric Clinics of North America*, 22, 331-349.
- González-Sáiz, F., Ruz-Franci, I., y Salvador-Carulla, L. (1998). Estudio de detección de probables casos psiquiátricos en una muestra de pacientes dependientes de opiáceos en tratamiento ambulatorio. *Revista Española de Drogodependencias*, 23, 61-168.
- Greenberg, J., y Burns, J.W. (2003). Pain anxiety among chronic pain patients: Specific phobia or manifestation of anxiety sensitivity? *Behaviour Research and Therapy*, 41, 223-240.
- Hayes, S.C., Stronsahl, K., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Forsyth, J.P., Karekla, M., y McCurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Ilgen, M.A., Trafton, J.A., y Humphreys (2006). Response to methadone maintenance treatment of opiate dependent patients with and without significant pain. *Drug and Alcohol Dependence*, 82, 187-193.
- International Association for the Study of Pain (1994). En Merskey, H., y Boyduk, N. (eds.): *Chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP.
- Jamison R.N., Kauffman, J., y Katz, N.P. (2000). Characteristics of methadone maintenance patients with chronic pain. *Journal Pain Symptom Management*, 19, 53-62.
- Jensen, M.P., Turner, P., Romano, J.M., y Fisher, L.D. (1999). Comparative reliability and validity of chronic pain intensity measurement. *Pain*, 83, 157-162.
- Keogh, E., y Birkyby, J. (1999). The effect of anxiety sensitivity and gender on the experience of pain. *Cognition and Emotion*, 13, 813-829.
- Larson, M.J., Paasche-Orlow, M., Cheng, D.M., Lloyd-Travaglini, C., Saitz, R., y Samet, J.H. (2007). Persistent pain is associated with substance use after detoxification: A prospective cohort analysis. *Addiction*, 102, 752-760.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A. (Orig. 1980).
- Lethem, J., Slade, P.D., Troup, J.D.G., y Bentley, G. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perceptions. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 401-408.
- Linton, S.J. (2005). Do psychological factors increase the risk for back pain in the general population in both a cross-sectional and prospective analysis? *European Journal of Pain*, 9, 355-361.
- Marx, B.P., y Sloan, D.M. (2002). The role of emotion in the psychological functioning of adult survivors of childhood sexual abuse. *Behavior Therapy*, 33, 563-577.
- McNeil, D.W., y Rainwater, A.J. (1998). Development of the Fear of Pain Questionnaire-III. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 389-410.
- Muñoz-Sastre, M.T., Albaret, M.C., Raich, R.M., y Mullet, E. (2006). Fear of pain associated with medical procedures and illnesses. *European Journal of Pain*, 10, 57-66.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Orsillo, S.M., y Batten, S.V. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification*, 29, 95-129.
- Passik, S.D., Kirsh, K.L., Donaghy, K.B., y Portenoy, R.K. (2006). Pain and aberrant drug-related behaviors in medically III: Patients with and without histories of substance abuse. *Clinical Journal of Pain*, 22, 173-181.
- Peles, E., Schreiber, S., Gordon, J., y Adelson, M. (2005). Significantly higher methadone dose for methadone maintenance treatment (MMT) patients with chronic pain. *Pain*, 3, 340-346.
- Peterson, R.A., y Reiss, S. (1992). *Anxiety Sensitivity Index Revised Manual*. Worthington, OH: International Diagnostic Systems Publishing Corporation.
- Quintana, J.M., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui, I., Bilbao, A., y Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 216-221.
- Rodríguez Marín, J., Terol, M.C., López-Roig, S., y Pastor, M.A. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 4, 59-84.
- Rosenblum, A., Joseph, H., Fong, C., Kipnis, S., Cleland, C., y Portenoy, R. (2003). Prevalence and characteristics of chronic pain among chemically dependent patients in methadone maintenance and residential treatment facilities. *Jama*, 289, 2370-2378.
- Rosenblum, A., Parrino, M., Schnoll, S.H., Fong, C., Maxwell, C., Cleland, C.M., Magura, S., y Haddox, J.D. (2007). Prescription opioid abuse among enrollees into methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 90, 64-71.
- Ruiz, M.A., y Baca, E. (1993). Design and validation of the «Quality of Life Questionnaire» («Cuestionario de Calidad de Vida», C.C.V.): A generis health-related perceived quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 19-32.
- Sandín, B., Chorot, P., y McNally, R.J. (1996). Validation of the Spanish version of the Anxiety Sensitivity Index in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 283-290.
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., y Santed, M.A. (2005). Propiedades psicométricas del índice de sensibilidad a la ansiedad. *Psicothema*, 17, 478-483.
- Scimeca, M.M., Savage S.R., Portenoy, R., y Lowinson, J. (2000). Treatment of pain in Methadone-Maintained Patients. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 67, 412- 422.

- Secades, R., y Fernández, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 365-380.
- Seidenberg, A., y Honegger, U. (2000). Metadona, heroína y otros opioides. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A. (Orig. 1998).
- Stewart, D.H., Samoluk, S.B., y MacDonald, A.B. (1999). Anxiety sensitivity and substance use and abuse. En S. Taylor (ed.): *Anxiety sensitivity: Theory, research and treatment of the fear of anxiety* (pp. 287-319). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Trafton, J.A., Oliva, E.M., Horst, D.A., Minkel, J.D., y Humphreys, K. (2004). Treatment needs associated with pain in substance use disorder patients: Implications for concurrent treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 23-31.
- Vlaeyen, J.W.S., y Linton, S.J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*, 85, 317-332.
- Wijk, A.J., y Hoogstraten, J. (2006). Dutch translation of the Fear of Pain Questionnaire: Factor structure, reliability and validity. *European Journal of Pain*, 10, 479-486.
- Zigmond, A.S., y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 67, 361-370.