



**Universitat de les  
Illes Balears**

Facultad de Psicología

**Trabajo de Fin de Grado**

# Relación entre kinesiophobia y variables de personalidad en pacientes con lumbalgia crónica

Blanca Rollán Ainsa

**Grado de Psicología**

Año académico 2018-19

DNI de la alumna: 41514161-N

Trabajo tutelado por: Carolina Sitges Quirós

Departamento de Psicología

Se autoriza a la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con finalidades exclusivamente académicas y de investigación	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	X		X	

Palabras clave del trabajo:

\*Kinesiophobia, dolor crónico, lumbalgia crónica, apertura a la experiencia.

## ÍNDICE

1. RESUMEN/ABSTRACT-----	pág.1
2. INTRODUCCIÓN-----	págs.2-8
2. METODOLOGÍA	
2.1. Muestra-----	págs.8-9
2.2. Materiales-----	págs.10-11
2.3. Procedimiento-----	pág.11
2.4. Diseño y análisis estadístico-----	pág.12
3. Resultados-----	págs.13-17
4. Discusión-----	págs.17-19
5. Bibliografía-----	págs.20-21

## **Resumen**

La kinesiofobia junto con la personalidad, son factores muy influyentes en la evolución de un dolor crónico como es la lumbalgia crónica. El objetivo de este estudio es determinar si existe una relación entre la dimensión de personalidad “apertura a la experiencia” y el nivel de kinesiofobia padecido por 8 sujetos diagnosticados de lumbalgia crónica. Para ello se han realizado correlaciones entre las respuestas obtenidas en el cuestionario de personalidad NEO-FFI y el Tampa Kinesiophobia Scale. Los resultados no indican una relación entre apertura a la experiencia y kinesiofobia, pero sí parece existir relación entre kinesiofobia y responsabilidad o amabilidad.

## **Abstract**

Kinesiophobia and personality are two very influential factors in the evolution of a chronic pain such as chronic low back pain. The objective of this study was to determine if there is a relationship between openness to experience and Kinesiophobia in a group of 8 patient diagnosed of chronic low back pain. That is why the answers of NEO-FFI have been compared with the answers in Tampa Kinesiophobia Scale. Results do not indicate the existence of a relationship between openness to experience and kinesiophobia, although there seems to be a relationship between kinesiophobia and Conscientiousness or Agreeableness.

# 1. INTRODUCCIÓN

El primer concepto que, de forma indispensable, debemos tratar es el de dolor. Es un concepto con una larga evolución, ya que a lo largo de los años y en diferentes culturas han ido surgiendo diversas teorías. Para los egipcios se trataba de una consecuencia por la influencia de los dioses; en la cultura hindú, Buda se refirió al dolor como resultado de los deseos frustrados; en China, siguiendo la famosa teoría del Ying y el Yang en la cual el chi las equilibra, la ausencia o exceso de este último eran la causa del dolor; Celso en la Roma antigua lo incluyó en la lista de los cuatro signos cardinales de la inflamación; Leonardo da Vinci lo relacionó con el tacto; Hipócrates lo destacó con su teoría de los humores; aunque el pionero en el concepto de dolor fue René Descartes, quien halló una relación entre daño y dolor (Cabral, 1993).

Más adelante, fue cuando se empezó a considerar el dolor como un fenómeno de naturaleza sensorial y fisiológica, y una de las teorías más importantes es la teoría creada por Ronald Melzack y Patrick Wall en 1965, publicada en la revista Science como “*Pain Mechanism: a new theory*”. Su teoría, llamada la “Teoría de la compuerta”, significó un avance en cuanto a la comprensión del dolor, así como en la mejora del tratamiento de éste, ya que en ella se explica el funcionamiento de los mecanismos periféricos y centrales del sistema nervioso, los cuales generan y mantienen el dolor. También permitió entender el funcionamiento medular y cómo las neuronas medulares utilizan mecanismos de inhibición o excitación según la información del primer nivel de modulación del dolor de la médula al que llaman la “compuerta” (Acevedo, 2013).

A la hora de definir el concepto de dolor se han hallado problemas, debido a que se trata de una experiencia subjetiva. Según la IASP (siglas en inglés de la “*International Association for the Study of Pain*”), el dolor es “una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño” (Dagnino D., 2007). Aunque una de las definiciones más recientes y aceptada es la que refiere el dolor como “una experiencia angustiosa asociada con daño tisular actual o potencial con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales” (Williams, Amanda y Craig, 2016).

Por otro lado, hay muchos tipos de dolor según su clasificación, ya que podemos hablar de dolor según su duración, patogenia, localización, curso e intensidad (Puebla Díaz, 2005), como se puede observar en la **Tabla 1**. En cuanto a la duración, que es la característica que en este caso más nos interesa, es importante aclarar la diferencia que existe entre un dolor agudo y uno crónico. El dolor agudo es el primero que se siente en una lesión, se conoce como la “alarma” que el organismo utiliza para poder evitar un mayor daño y remite cuando la lesión desaparece. Sin embargo, con dolor crónico (DC) nos referimos a un tipo de dolor ilimitado y acompañado de componentes psicológicos; es aquel dolor que persiste al menos un mes más que la lesión que lo provocó y que permanece cuando la lesión ha desaparecido (Bonica, 1990). Según Bautista y Jiménez (2014), “es una mala experiencia que va deteriorando el estado de salud físico y mental de una persona, así como su calidad de vida”.

Tras muchos estudios, se ha pretendido llegar a un consenso en cuanto al tiempo que debe prolongarse un dolor para considerarse crónico, a pesar de dicho intento, en lo que los diversos autores están de acuerdo es en las afectaciones que el DC acaba provocando en la vida cotidiana de las personas que lo padecen, entre estas últimas, lo más común son pérdidas

importantes en los ámbitos laboral, económico, familiar, social y sexual (Ramírez, Esteve y López , 2001).

<b>CLASIFICACIÓN</b>	<b>TIPOS DE DOLOR</b>
DURACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agudo.</li> <li>2. Crónico.</li> </ol>
PATOGENIA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Neuropático.</li> <li>2. Nocioceptivo.</li> <li>3. Psicógeno.</li> </ol>
LOCALIZACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Somático.</li> <li>2. Visceral.</li> </ol>
CURSO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Continuo.</li> <li>2. Irruptivo.</li> </ol>
INTENSIDAD	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leve.</li> <li>2. Moderado.</li> <li>3. Severo.</li> </ol>

**Tabla 1.** Clasificación de dolor (Puebla Díaz, 2005).

El DC es un problema de salud de gran gravedad a nivel mundial, debido a su alta prevalencia. Según el estudio de Andrews et al. (2018), realizado con una muestra europea, americana y del pacífico oeste, se estima una prevalencia general del 9'6% (es decir, 1 de cada 100 personas sufre dolor crónico), con mayor afectación en personas con un nivel socioeconómico más bajo. En un estudio realizado por Dueñas (2015), centrado en la población española, los resultados fueron de un 16'6%. Las consecuencias del DC son múltiples, desde

pérdidas sociales y laborales e incluso hasta ciertos factores psicológicos, los cuales pueden incluso actuar como una causa.

Uno de los DC más comunes es la lumbalgia crónica (LC). Se entiende por dolor lumbar (DL) o lumbalgia “la presencia de malestar en la zona lumbar, localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas, que compromete estructuras osteomusculares y ligamentarias, con o sin limitación funcional, que dificultan las actividades de la vida diaria y que puede causar ausentismo laboral” (Horta, 2013). Actualmente, es un problema muy común en la sociedad, ya que se estima que un 70-80% de la población en alguna ocasión la ha padecido. Según la Encuesta Nacional de Salud del Instituto Nacional de Estadística realizada en 2017 y publicada en 2018, la afectación de LC es del 23’5% en mujeres y del 15’8% en hombres (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

En la lumbalgia, como en el DC, hay diferentes clasificaciones (Chavarría Solís, 2014) (ver **Tabla 2**). Como se puede observar en la tabla anterior, además de la cronicidad, hay una clasificación basada en la especificidad. La lumbalgia específica es aquella de la cual se llega a descubrir la causa por la que la persona la padece, es decir, cuál de las enfermedades específicas más comunes es la causante de dicha lumbalgia. Entre las causas más comunes podemos encontrar: la hernia discal, osteoartrosis, síndrome miofascial, artritis reumatoide, fibrosis, tumores, infecciones, etc. Por ello, diversos autores han optado por otras categorizaciones, como son: viscerogénica, vascular, psicogénica, neurogénica y/o espondilogénica. De los dos tipos es la menos frecuente, según diversos estudios, ya que se conoce que su prevalencia es del 10%; mientras que la lumbalgia no específica, aquellos casos en que no se identifica el origen, forma el 90% restante (Chavarría Solís, 2014).

CLASIFICACIÓN	TIPOS DE LUMBALGIA
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aguda: menor a 6 semanas.</li> <li>- Subaguda: entre 6 y 12 semanas.</li> <li>- Crónica: mayor de 12 semanas.</li> </ul>
NATURALEZA DEL DOLOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lumbalgia mecánica con afectación (específica).</li> <li>- Lumbalgia mecánica sin afectación (inespecífica).</li> </ul>

**Tabla 2.** Clasificación de lumbalgia (Chavarría Solís, 2014).

Algunos estudios muestran que existe una relación entre características de la LC, los rasgos de personalidad de los afectados y los estados emocionales negativos (Pomares, Rodríguez y Pomares, 2016). Diversos autores advierten una correlación entre la personalidad y los niveles de dolor, la incapacidad funcional y un empeoramiento de la propia enfermedad, considerándose factores de riesgo la depresión, el estrés, la ansiedad y la ira u hostilidad (Del Río, 2018).

Debido a que cuando hablamos de personalidad tratamos con un concepto muy amplio, el apartado en el que se va a centrar este trabajo es una dimensión del modelo de los Cinco Grandes (Costa y McCrae, 1992), la “Apertura a la experiencia” (ver **Tabla 3**). La elección de dicho cuestionario se basa en la importancia, que los autores como pioneros de los Cinco Grandes, dieron a la dimensión de Apertura a la Experiencia la cual se pretende evaluar en este estudio.



<b>DIMENSIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>FACETAS</b>
Apertura a la experiencia (+) / Cerrado a la experiencia (-)	Amplitud, profundidad, y permeabilidad de la conciencia, y motivación activa por ampliar y examinar la experiencia.	+ : curioso, creativo, original, imaginativo, con amplios intereses, liberal, de mentalidad abierta. - : convencional, conservador, dogmático, rígido, tradicional, práctico.	Fantasía. Estética Sentimientos Acciones Ideas Valores

**Tabla 3.** Dimensión de “Apertura a la experiencia”, según Costa y McCrae (1992).

Por otro lado, en muchas ocasiones los pacientes optan por una reducción total o parcial de su actividad física, ya sea por la presencia de dolor o por un estado de ánimo bajo que les provoca inhibición psicomotriz, un hecho totalmente contraindicado, ya que se ha demostrado que el ejercicio físico en pacientes con DC no aumenta el riesgo de dolor, sino que ayuda al descenso de recurrencias de episodios (Pérez-Guisado, 2006). Por otro lado, los pacientes con DC presentan kinesiofobia, la cual se define como “un miedo excesivo, irracional, y debilitante del movimiento físico y la actividad resultante de una sensación de vulnerabilidad debido a una lesión dolorosa o una nueva lesión” (Kori, Miller y Todd, 1990). En resumen, es una de las formas más radicales o extremas de miedo al movimiento. Cuando una persona padece esta fobia, se puede decir que entra en un “círculo vicioso” de las variables miedo-dolor (González y Terrazas, 2017), de tal forma que se vuelve al inicio en que inhibe la psicomotricidad, considerada factor asociado al DC y la discapacidad. Por tanto, la kinesiofobia es un fuerte predictor de incapacidad de la LC, ya que da señales de daños en la columna vertebral que lleva

a los individuos a un ciclo de miedo y evitación que a su vez sostiene el dolor (Bunzli, Smith, Schütze y O’Sullivan, 2017).

Así pues, el objetivo del presente estudio es realizar una correlación entre la kinesiofobia y la dimensión de personalidad “Apertura a la experiencia”, en pacientes con dolor lumbar crónico. La hipótesis que se plantea en este estudio, por tanto, es que los pacientes con lumbalgia crónica que obtengan una alta puntuación en “Apertura a la experiencia”, obtendrán una menor puntuación en la escala de kinesiofobia.

## **2. METODOLOGÍA**

### **2.1. Muestra**

El estudio consta de una muestra reducida, con un total de ocho participantes de  $44,5 \pm 112,28$  años, que forman parte de un proyecto de investigación aprobado por el Comité de Ética de la investigación de las Illes Balears (3186/16 PI), por lo que todos ellos han sido diagnosticados de lumbalgia crónica inespecífica por un especialista. De estos ocho, cinco son hombres (62’5%) y las tres restantes son mujeres (37’5%). Por su parte, la muestra masculina tiene una media de edad de  $39’6 \pm 113,3$  años y hace  $6 \pm 38,5$  años que padecen dolor lumbar crónico, mientras que la muestra femenina posee una media de edad de  $52’6 \pm 6,3$  años y hace  $15 \pm 8,3$  años que padecen dolor lumbar crónico (ver *Tabla 4*).

Sujetos	Edad	Género	Años de padecimiento	Puntuaciones TKS	Puntuaciones NEO-FFI
1	24	Hombre	1	28 pts.	N: 20pts; E: 16pts; O: 29pts; A: 21pts; R: 29pts.
2	43	Hombre	10	19 pts.	N: 16pts; E: 35pts; O: 36pts; A: 27pts; R: 30pts.
3	53	Hombre	15	33 pts.	N: 13pts; E: 34pts; O: 32pts; A: 31pts; R: 33pts.
4	42	Hombre	2	28 pts.	N: 15pts; E: 35pts; O: 28pts; A: 36pts; R: 32pts.
5	36	Hombre	2	31 pts.	N: 12pts; E: 23pts; O: 30pts; A: 27pts; R: 39pts.
6	50	Mujer	20	38 pts.	N: 22pts; E: 23pts; O: 30pts; A: 14pts; R: 45pts.
7	55	Mujer	15	16 pts.	N: 26pts; E: 25pts; O: 19pts; A: 40pts; R: 27pts.
8	53	Mujer	20	29 pts.	N: 11pts; E: 35pts; O: 29pts; A: 16pts; R: 25pts.

**Tabla 4.** Datos sociodemográficos de los sujetos, años de padecimiento de LC y las puntuaciones en ambos cuestionarios.

## **2.2. Materiales**

Se han utilizado dos cuestionarios en este estudio. El primero de ellos, para la evaluación de la kinesiofobia, ha sido el cuestionario TKS (Tampa Kinesiophobia Scale), adaptado en español por Gómez, López y Ruíz (2011) y desarrollado por Miller et al. (1991), utilizado para medir el miedo al movimiento en pacientes con DC. Consta de 17 ítems en los que se tiene en cuenta la diferenciación entre elementos positivos y negativos. Este cuestionario se responde en base a una escala Likert que oscila entre el 0 y el 5 siendo los siguientes sus significados: 0, nunca; 1, raramente; 2, a veces; 3, a menudo; 4, casi siempre; 5, siempre.

El segundo, para la evaluación de las dimensiones de personalidad de los pacientes, el NEO-FFI, un cuestionario que consta de 60 ítems basado en el modelo Big Five de Costa y McCrae; se trata de la versión reducida del NEO PI-R (Costa y McCrae, 1992) adaptado al español por Cordero, Pamos y Seisdedos (1999). También se responde mediante una escala Likert, pero ésta de A-E según el grado de acuerdo: A, total desacuerdo; B, en desacuerdo; C, neutral, D, de acuerdo; E, totalmente de acuerdo.

Este cuestionario, fue creado para la evaluación de los cinco grandes, es decir, las cinco dimensiones de personalidad que consideraban los autores. Por ello, además de la dimensión explicada en la introducción, la cual es el foco de atención en el estudio, mide otras cuatro dimensiones (Avia y Sánchez, 1995):

Por un lado, se encuentra el neuroticismo, dimensión que refiere el ajuste emocional y que posee la estabilidad emocional como extremo opuesto, por lo que una persona con alto neuroticismo sería propenso al malestar psicológico, ideas irreales, necesidades excesivas o

dificultad para tolerar la frustración. Así mismo, las facetas que caracterizan esta dimensión son: ansiedad, hostilidad, depresión, ansiedad social, vulnerabilidad e impulsividad.

En segundo lugar, se encuentra la extraversión, la cual en su extremo opuesto se sitúa la introversión; hace referencia a las interacciones interpersonales, siendo la cordialidad, el gregarismo, la asertividad, la actividad, la búsqueda de emociones y las emociones positivas sus facetas características.

En tercer lugar, está la amabilidad, que, junto con la anterior, recoge la cualidad de interacción social siendo oposicionismo su polo opuesto. Las facetas que representan dicha dimensión son: la confianza, la franqueza, el altruismo, la actitud conciliadora, la modestia y la sensibilidad a los demás.

Finalmente, la última de las dimensiones evaluadas por el test es la responsabilidad, cuyo contrario es la falta de ésta. En este factor se observa la organización, la persistencia, el control y la motivación hacia las metas, por ello, sus facetas son: competencia, orden, sentido del deber, necesidad de logro y autodisciplina.

### **2.3. Procedimiento**

Como los participantes fueron seleccionados de un estudio previo, se pudieron obtener los datos de la TKS recogidos en papel. Por otra parte, el NEO PI-R fue digitalizado para poder facilitar a los sujetos su participación vía correo electrónico.

#### **2.4. Diseño y análisis estadístico**

El diseño metodológico utilizado en esta investigación es de tipo cuantitativo, ya que se basa en la realización de cuestionarios para la recogida de información. Así mismo, la clasificamos como una investigación correlacional, ya que como podemos observar en la hipótesis del estudio, la intención es encontrar una relación entre las variables de “apertura a la experiencia” y “kinesiofobia” en pacientes con LC.

Para poder realizar el análisis estadístico, el primer paso es diferenciar el tipo de variables con las que estamos trabajando, además de tener en cuenta las proporciones de la muestra en cuanto a sexo, edad y años de padecimiento de lumbalgia.

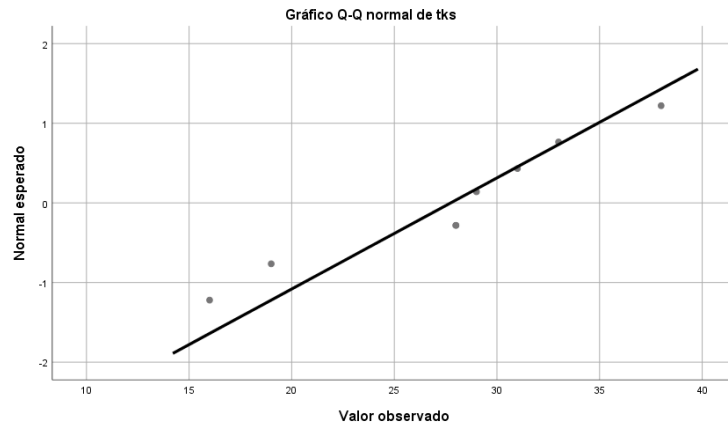
Los datos recogidos en este estudio han sido analizados mediante el paquete estadístico SPSS (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp). En primer lugar, se ha realizado un análisis descriptivo de las variables examinadas en este estudio. Asimismo, para evaluar la distribución normal de las variables se han realizado la prueba de Shapiro-Wilk y el análisis de los gráficos Q-Q. Para poder determinar si existe relación entre las variables “kinesiofobia” y los cinco factores de personalidad se ha llevado a cabo un análisis de regresión lineal por pasos sucesivos, en los que la variable dependiente era la puntuación obtenida por los participantes en la TKS y las variables independientes los cinco diferentes factores de personalidad que se evalúan con el NEO PI-R. Finalmente, se llevó a cabo un análisis de correlación, mediante los coeficientes de correlación de Pearson y de Spearman.

### 3. RESULTADOS

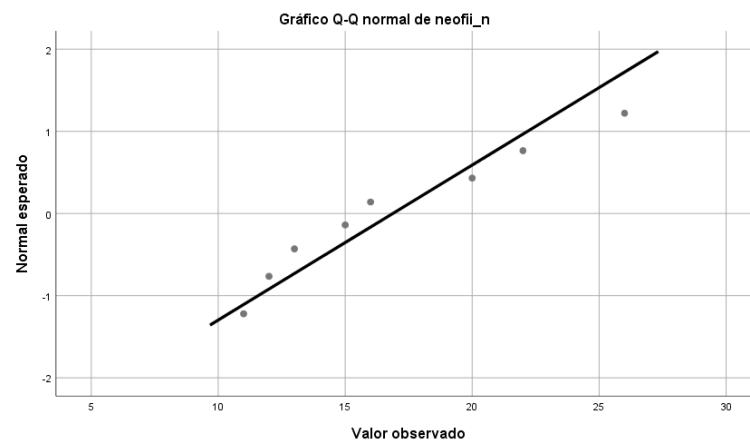
A pesar del tamaño reducido de la muestra, los resultados del análisis de normalidad muestran que los datos siguen una distribución normal (ver *Tabla 5*). Otra forma de comprobar que estamos ante unas variables que se encuentran dentro de la curva de distribución normal es el análisis de los gráficos Q-Q obtenidos mediante los datos anteriores. Dichos gráficos se analizan de tal forma que si los cuantiles empíricos (los puntos en cada gráfico) se encuentran cercanos a la línea recta, se confirma la normalidad, mientras que si están alejados se rechaza (ver *Figuras 1-6*).

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Neuroticismo	,929	8	,504
Extraversión	,831	8	,061
Apertura a la experiencia	,863	8	,129
Amabilidad	,961	8	,817
Responsabilidad	,919	8	,418
tk	,934	8	,551

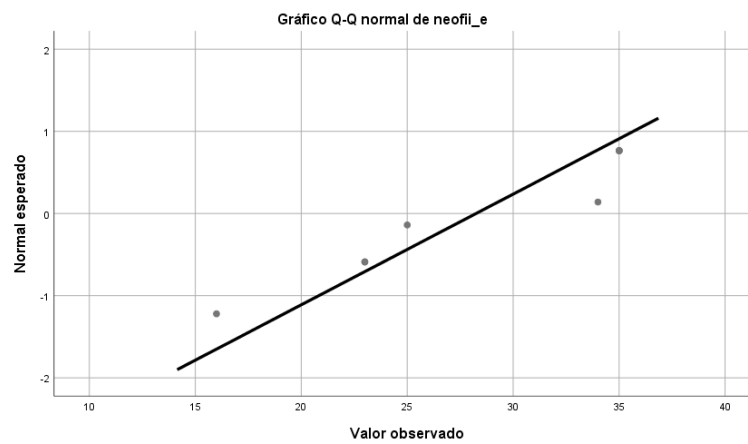
*Tabla 5.* Pruebas de normalidad.



**Figura 1.** Gráfico Q-Q normal de TKS.

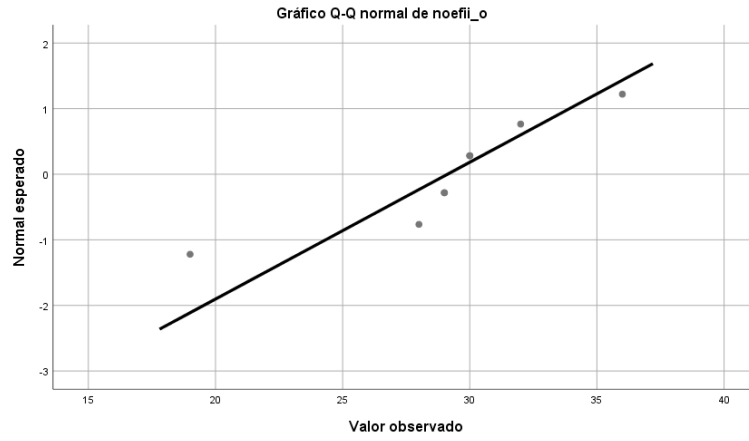


**Figura 2.** Gráfico Q-Q normal de NEO FFI\_N.

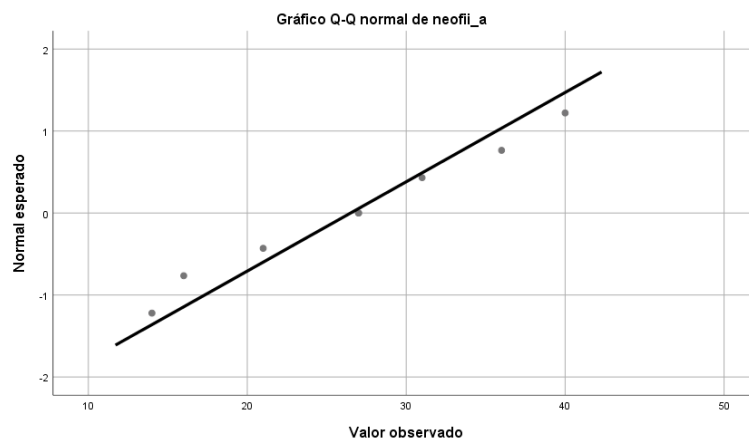


**Figura 3.** Gráfico Q-Q normal de NEO FFI\_E.

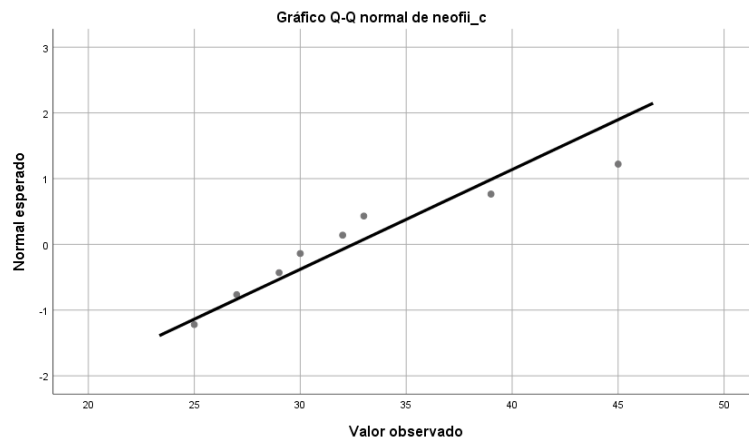




**Figura 4.** Gráfico Q-Q normal de NEO FFI\_O.



**Figura 5.** Gráfico Q-Q normal de NEO FFI\_A.



**Figura 6.** Gráfico Q-Q normal de NEO FFI\_C.

En cuanto a los resultados del análisis de regresión, los resultados de R cuadrado muestran que las puntuaciones en TKS están explicadas en un 78'1% por las variables explicativas, es decir, por los cinco factores de personalidad, aunque el valor de R cuadrado corregido muestra que en realidad se explica sólo un 23'5% (ver *Tabla 6*).

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F
1	,884 <sup>a</sup>	,781	,235	6,26708	,781	1,431	5	2	,460

*Tabla 6.* Análisis de regresión lineal por pasos sucesivos, en el que la variable dependiente es la puntuación de la TKS y las predictoras son los cinco factores de personalidad.

A pesar de haber comprobado la normalidad de los datos, al tratarse de una muestra reducida, se utilizó tanto el coeficiente de correlación de Pearson como el de Spearman para correlacionar las variables “kinesiofobia” y los cinco factores de personalidad. Aplicando el coeficiente de correlación de Spearman, los resultados muestran que sólo se obtiene una correlación positiva con tendencia a la significación entre la kinesiofobia y el factor responsabilidad (C) (Ver *Tabla 7*).

Rho de Spearman		Neuroticismo	Extraversión	Apertura a la experiencia	Amabilidad	Responsabilidad	TKS
TKS	Coefficiente de Spearman	-,359	-,272	,430	-,554	,695	1,000
	Sig. (bilateral)	,382	,515	,287	,154	<b>,056</b>	.
	N	8	8	8	8	8	8

*Tabla 7.* Coeficiente de correlación de Spearman (bilateral).

Los resultados del análisis usando el coeficiente de correlación de Pearson son similares a los obtenidos con el coeficiente de Spearman. En cambio, calculando este mismo coeficiente, pero observando su significación a nivel unilateral, se obtiene una correlación positiva entre las variables TKS y el factor de responsabilidad (C) del cuestionario NEO-FFI, así como una tendencia a la significación entre TKS y el factor amabilidad (A), aunque cuya correlación en este caso sería negativa (Ver *Tabla 8*).

		Neuroticismo	Extraversión	Apertura a la experiencia	Amabilidad	Responsabilidad	TKS
TKS	Correlación de Pearson	-,339	-,146	,354	-,604	,690*	1
	Sig. (unilateral)	,206	,365	,194	<b>,057</b>	<b>,029</b>	
	N	8	8	8	8	8	8

*Tabla 8.* Coeficiente de correlación de Pearson (unilateral).

#### **4. DISCUSIÓN**

Este estudio no ha podido encontrar una correlación negativa estadísticamente significativa entre las variables kinesiofobia y apertura a la experiencia, aunque se han encontrado algunos resultados interesantes que merecen ser discutidos. La correlación positiva obtenida entre kinesiofobia y el factor de personalidad “responsabilidad” supone que cuanto más responsable es la persona, más kinesiofobia se padece. Aquí es importante resaltar qué entienden por responsabilidad los autores del cuestionario, ya que incluye el sentido del deber, la organización, el orden, la búsqueda de objetivos, la autodisciplina y la eficiencia (Costa y McCrae, 1992). Dicha descripción, puede relacionarse con el perfeccionismo, el cual se define

como la tendencia a establecer altos estándares de desempeño en la combinación con una excesiva crítica de éstos y una alta preocupación a cometer errores (Frost, Marten, Lahart y Rosenblate, 1990).

Por lo que, podría considerarse que una alta puntuación en la dimensión de responsabilidad pudiera convertirse en un perfeccionismo desadaptativo, ya que como dijeron Shafran, Cooper y Fairburn (2002): “lo que define clínicamente al perfeccionismo es la dependencia excesiva de la autoevaluación en función del logro de altos estándares de rendimiento en al menos un dominio, a pesar de la aparición de consecuencias adversas”. Y si tenemos en cuenta que, algunos autores afirman que una de las causas de la kinesiofobia es la experiencia repetida de fracaso por controlar su dolor (González y Terrazas, 2017), podemos encontrar el sentido de la correlación positiva obtenida, es decir, un paciente con lumbalgia crónica con un nivel alto de perfeccionismo, será más crítico o verá un menor avance en los tratamientos que lleve a cabo y por ello aumentará el grado de kinesiofobia que sienta.

Asimismo, se encuentra una tendencia a la significación en la correlación negativa entre la kinesiofobia y el factor de personalidad “amabilidad”, por lo que, si la kinesiofobia es mayor, la amabilidad disminuye. En este sentido, como ya se ha comentado anteriormente, son muchas las consecuencias del dolor crónico y la angustia que provoca el dolor afecta a componentes emocionales, cognitivos y sociales (Williams, Amanda y Craig, 2016). De hecho, según algunos estudios, la relación entre ira y dolor no es de las más estudiadas, pero es muy importante, ya que los estados emocionales negativos pueden aumentar la percepción de dolor e incluso puede llegar a dificultar el tratamiento (Gaviria y Vieco, 2005). De hecho, en una línea de investigación alternativa, la ira es considerada la reacción al dolor. Leiker y Hailey en 1988 propusieron el concepto de “hostilidad clínica” desarrollada tras el diagnóstico del dolor crónico (Truyols, Medinas, Palmer, y Sesé, 2010).

En definitiva, la hipótesis planteada al inicio no ha podido ser refutada por los datos del presente estudio, pero se han encontrado otras posibles relaciones interesantes entre la kinesiofobia y los factores de personalidad “amabilidad” y “responsabilidad”. En este sentido, sería interesante poder alcanzar conclusiones más firmes y, poder realizar el estudio con una muestra mucho más amplia e incluso comparándola con un grupo control que no padezca ningún tipo de dolor crónico, para poder observar con mayor seguridad si la amabilidad y la kinesiofobia poseen dicha correlación negativa o descubrir si realmente las puntuaciones altas en responsabilidad pueden considerarse perfeccionismo y ser esa la causa de la correlación positiva entre ambas variables.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Acevedo, J. J. C. (2013). Ronald Melzack and Patrick Wall. La teoría de la compuerta. Más allá del concepto científico dos universos científicos dedicados al entendimiento del dolor. *Revista de La Sociedad Espanola Del Dolor*, 20(4), 191–202.
- Avia, M., y Sánchez, M. (1995). Personalidad: Aspectos cognitivos y sociales. In Pirámide (Ed.) (pp. 269–285). Madrid.
- Bonica, J. J. (1990). *The management of pain* (2nd ed.). Filadelfia: Lea & Febiger.
- Cabral, A. (1993). Conceptos históricos y teorías del dolor. *Ciencias*.
- Chavarría Solís, J. (2014). Lumbalgia: Causas, diagnóstico y manejo. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica*, (611), 447–454.
- Costa, P.T. y McCrae, R. R. (1992). NEO PI-R. Inventario de Personalidad Neo - Revisado.
- Dagnino D., J. (2007). Definiciones y Clasificación del Dolor. *Archivo Histórico*, 6.
- De Rosa, L. (2012). Factores mantenedores del perfeccionismo desadaptativo o clínico. In Memorias del IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología-XIX Jornadas de Investigación-VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR (pp. 39-42).
- Del Río, E. (2018). *Estudio del perfil clínico de pacientes con dolor lumbar crónico que presentan una mejor respuesta a un tratamiento cognitivo comportamental*.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., and Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, 14, 449-468.
- Gaviria, A. y Vieco, P. (2005). Aspectos psicológicos del dolor crónico, 1–5.
- González, B. y Terrazas, P. (2017). *Universidad privada norbert wiener. Universidad Norbert*

Wiener.

Horta, L. F. (2013). Lumbalgia por burcellosis. *Orthotips*, 9, 177–183.

Instituto Nacional de Estadística. (2018). Estado de salud. Retrieved from [www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926692949&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888%0D](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888%0D)

Kori, S., Miller, R., Todd, D. (1990). Kinesiophobia: a new view of chronic pain behaviour. *Pain Manag*, 3, 35–43.

Magdalena, T. T., Magdalena, M. A., Javier, P.-P., Alfonso Luis, P. P., and Albert, S. A. (2010). Emociones Negativas en Pacientes con Lumbalgia Crónica. *Clínica y Salud*, 21(2), 123–140.

Pérez-Guisado, J. (2006). Lumbalgia y ejercicio físico. *Revista In*, 6(24), 230–247.

Pomares, A.J., Rodríguez, T. y Pomares, J. . (2016). Variables psicológicas y clínicas presentes en pacientes portadores de dolor crónico de espalda. *Revista Finlay*, 6, 49–58.

Puebla Díaz, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 33–37.

Ramírez Maestre, C., Esteve Zarazaga, R., y López Martínez, A. E. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de Psicología*, 17, 129–138.

Shafran, R., Cooper, Z., y Fairburn, C. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773791.

Williams, A. C. y Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*, 157(11), 2420–2423.