

---

# 8 DISCUSIÓN

En primer lugar, se presenta la descripción de la muestra de estudio y se comentan los resultados de los datos demográficos y clínicos. Al final, se presenta la discusión sobre la corroboración de las hipótesis planteadas en el trabajo.

## 8.1 Descripción de la muestra

Las **características demográficas** de nuestra muestra son similares a las encontradas en otras muestras de pacientes con dolor crónico. La muestra se compone en su gran mayoría de mujeres (67.3%), y como ya se ha comprobado en otros estudios, éste es un trastorno más frecuente en el sexo femenino (Ferrer, 1992; Valdés, 1998 y Bassols, et. al, 1999, Kreitler, et. al, 1999).

Se sabe que las quejas de dolor crónico son más prevalentes entre los 50 y 65 años (Riley y Gilbert, 2001). En España, en otros estudios se ha observado que la *edad* para este trastorno es entre 40 y 60 años (Ferrer, 1992); en nuestra muestra el rango de edad fue más amplio: hombres de 25 a 78 años y mujeres de 21 a 79. Sin embargo, la edad media de los hombres fue de 56.54 años y la de las mujeres de 54.86 años, edades que se encuentran dentro del rango esperado.

En otros estudios se ha observado que entre la población con dolor crónico existe mayor frecuencia de personas casadas y viudas, que de personas divorciadas y solteras (Kreitler, et. al, 1999). En nuestro estudio la muestra estaba constituida mayoritariamente por personas casadas (76.2%), le siguieron las personas viudas (9.9%) y solteras (6.9%); muy pocas eran separadas (5.0%) y divorciadas (2.0%). En general, los datos sobre el tipo de *convivencia* de nuestra muestra mostraron características *convencionales* y/o esperadas al entorno social del paciente: personas casadas, único matrimonio, pocos hijos y casa propia.

En cuanto al *nivel de educación* de los pacientes con dolor crónico, parece ser más frecuente el bajo nivel educativo (Ferrer, 1992; Bassols, et. al., 1999 y Réthelyi, Berghammer y Kopp, 2001), aunque existen estudios que han encontrado niveles medios de educación (Robaina, León y Sevilla, 2000). En nuestra muestra observamos que la mayoría de los pacientes tenía estudios primarios (52.5%), un 20.8% tenía estudios medios y un 22.8% no tenía estudios. Hasta el momento no se sabe a ciencia cierta cómo influye el nivel de educación en el dolor crónico. Según Réthelyi, Berghammer y Kopp (2001), el nivel de educación es una variable importante porque está relacionada con la habilidad o capacidad que tiene el sujeto para crear y emplear estrategias eficaces ante la enfermedad. De estas estrategias dependerá una buena adaptación o no a la enfermedad.

Existe bastante consenso en apoyar la hipótesis de que los trabajos pesados están relacionados con la génesis o mantenimiento de trastornos dolorosos (Ferrer, 1993; Hagberg, et. al., 1993; Valdés 1998; Robaina, León y Sevilla, 2000 y Réthelyi, et. al., 2001). En estos estudios se ha encontrado una fuerte asociación entre trabajos físicamente duros en la industria y la agricultura, con la aparición de trastornos dolorosos, especialmente dolores lumbares y musculares. Además, estos estudios señalan que no sólo la carga de trabajo físico, sino también otros factores presentes en el ambiente de trabajo, tales como frecuentes exposiciones al calor, riesgos de accidente, presencia de polvo, factores químicos, etc. contribuyen a la aparición de estos trastornos (Robaina, León y Sevilla, 2000 y Hagberg, et. al, 1993). El dolor lumbar es una enfermedad que puede aparecer en todas las ocupaciones. Puede deberse a posiciones incómodas al sentarse y a malas posturas durante el trabajo, sobre todo en personas que requieren estar sentadas o de pie mucho tiempo sin poder cambiar de posición. No obstante, varios autores señalan que los problemas lumbares son más comunes en los trabajos pesados que en los ligeros porque los accidentes y los microtraumas repetitivos son más frecuentes. El hecho de agacharse y levantar peso, sobre todo de cargas inesperadas, son factores que contribuyen al dolor lumbar y muscular. Se señala también que la vibración de todo el cuerpo es otra causa probable. Estudios realizados en empresas de transporte reflejan que el principal padecimiento entre los choferes es el dolor lumbar (Hagberg, et. al, 1993). Según diversos estudios, los oficios más relacionados con el dolor crónico son: estibadores, operadores de equipos, choferes, albañiles, auxiliares de limpieza y mecánicos. En nuestra muestra las principales *profesiones* u *oficios* que realizaban los pacientes eran el trabajo obrero (35.6%), empleos de servicios (de hogar privados, vigilancia, seguridad, etc.) (24.8%) y el de ama de casa (13.9%).

De acuerdo con la literatura es importante conocer las **características clínicas** y **psicológicas** de los pacientes con dolor crónico, dado que éstas condicionan en gran medida la forma que tienen dichos pacientes de vivenciar el dolor (Penzo, 1989; Ferrer, González y Manassero, 1994; Amigo, Fernández y Pérez-Álvarez, 1998 y Gatchel y Weisberg, 2000). En la mayoría de los casos, pacientes con una estabilidad emocional adecuada vuelven a la normalidad cuando desaparece el cuadro doloroso. En este sentido se considera que el que determinados pacientes respondan mejor que otros, ésta influido en parte por los conflictos psicológicos personales, trastornos emocionales asociados, etc. Entre los factores positivos que ayudan a mantener una emocionalidad adecuada se incluye la carencia de determinados antecedentes psicológicos personales, tales como consumo de tóxicos, situación de pareja en conflicto, ambiente familiar problemático, actividad laboral inestable y relaciones interpersonales insatisfactorias. Elorza, Casas y Casais, (1997) mencionan que los pacientes con una historia anterior de abuso de drogas o alcohol tienden a un mayor consumo de fármacos analgésicos y tranquilizantes. Katon, Egan y Miller (1985) encontraron que cerca del 50% de sus pacientes con dolor crónico con etiología diversa tenían antecedentes personales depresivos y abuso importante de alcohol. Igualmente, Ferrer (1993) encontró que un 49.9% de su muestra (pacientes con dolor crónico de etiología diversa) tenía antecedentes personales de depresión.

Por lo que se refiere a los *datos clínicos* de nuestra muestra, cabe mencionar que no se elaboró una historia clínica pormenorizada de los pacientes, sino que obtuvimos la información a partir de las historias clínicas y de las referencias del propio paciente. En base a este criterio observamos que aproximadamente el 39.6% de los pacientes de nuestra muestra presentaban antecedentes psicopatológicos personales. En su mayoría se trataba de síntomas de depresión (25.7%) y en menor frecuencia síntomas de ansiedad y otros problemas, tales como conflictos de pareja (4.0%). Los síntomas mixtos de ansiedad-depresión y abuso de substancias se presentaron sólo en un 3.0%.

Varios autores han descrito *antecedentes psicopatológicos en los familiares de primera línea* de los pacientes con dolor crónico, tales como trastornos depresivos y adicción al alcohol (Dohrenwend, et. al., 1999 y APA, 1994). En el estudio de Katon, Egan y Miller (1985) se menciona que la historia familiar de pacientes con dolor crónico revela que aproximadamente un 30% tienen un cuadro depresivo y casi el 40% un familiar con antecedentes de abuso de alcohol. En nuestra muestra observamos, aunque en menor frecuencia, resultados similares. Encontramos que del 29.7% de pacientes con

antecedentes de psicopatología familiar, en su mayoría el padre y/o la madre presentaba síntomas depresivos (14.9%) y abuso de substancias (3.0%). Los demás parientes de primera línea con problemas psicopatológicos fueron los hijos (5.9%) y en menor frecuencia los hermanos (2.0%). La presencia de psicopatología en la pareja se observó en un 2.0%. Los tipos de trastornos psicopatológicos padecidos por los familiares de los pacientes fueron diversos: síntomas de depresión, psicosis y abuso/dependencia de substancias. El trastorno que más destacó entre los familiares fue la presencia de síntomas de depresión. Estos resultados en cierta medida apoyan la hipótesis de una *vulnerabilidad genética de la depresión*, la cual considerada que la alta incidencia familiar de trastornos afectivos, es un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos depresivos en los pacientes con dolor crónico. No obstante, nuestros datos sólo describen la prevalencia de la sintomatología depresiva en los familiares y en los pacientes de nuestra muestra, sin que sea posible atribuir ninguna relación de causalidad entre ambos (sintomatología depresiva familiar y del paciente).

En cuanto a los *antecedentes familiares de enfermedad de dolor*, se ha observado que entre los pacientes con dolor crónico existe alta frecuencia de familiares con antecedentes de enfermedad de dolor (Fillingim, Edwards y Powell, 2000). Por ejemplo, Katon, Egan y Miller (1985) informaron en un grupo de pacientes con dolor crónico que el 59.5% tenían parientes de primera línea con dolor crónico. En nuestra muestra obtuvimos resultados parecidos, ya que el 52.5% tenía parientes de primera línea con alguna enfermedad de dolor. Los parientes que presentaban problemas de dolor, fueron básicamente la madre y el padre (45.5%), muy pocos tenían hermanos (5.0%) y/o hijos (2.0%) afectados. Diversos estudios han observado que los antecedentes familiares de dolor, predicen la ocurrencia de trastornos dolorosos iguales o parecidos en sus parientes. Por ejemplo, Ottman, Hong y Lipton, (1993) encontraron que los antecedentes familiares de cefalea, especialmente por parte de la madre predecían la presencia de cefalea en sus hijos. Lo mismo se ha descrito para el dolor precordial, la fibromialgia y la artritis reumatoide (Fillingim, Edwards y Powell, 2000). En nuestra muestra observamos que el tipo de dolor crónico que más presentaban los familiares fueron las dorsalgías/lumbalgias (14.9%), que también era el tipo de dolor crónico más frecuente que presentaban nuestros pacientes. La relación entre la historia familiar con dolor y la presencia de trastornos dolorosos en los parientes, todavía no está del todo claro. Algunos autores señalan una transmisión genética del dolor, mientras que otros apuntan a modelos de aprendizaje sobre las conductas de dolor y de enfermedad (Ferrer, González y Soler, 1997).

En relación a los *antecedentes personales de otras enfermedades* en los pacientes de la muestra, observamos que aproximadamente la mitad de la muestra (el 51.5%) indicó padecer o haber padecido otras enfermedades físicas importantes. Entre estas enfermedades destacaron las siguientes: gastritis, hipercolesterolemia, diabetes, hipertensión arterial, migraña, bronquitis y asma. Resultados similares obtuvo Ferrer (1993) en su estudio, ya que observó que cerca del 41% de los pacientes de su muestra con dolor crónico padecían otras enfermedades físicas importantes.

Otras consideraciones a tener en cuenta son las circunstancias en las que los pacientes con dolor crónico se lesionaron y el significado que le atribuyeron (Penzo, 1989; Elorza, Casas y Casais, 1997 y Prieto, 1999). De acuerdo con estos autores es importante conocer lo inesperado del acontecimiento, su repercusión y su relación con el inicio o mantenimiento de la enfermedad de dolor. En nuestra muestra evaluamos si los pacientes relacionaban algún *acontecimiento físico con la enfermedad de dolor*. Encontramos que el 41.6% no mencionó ningún hecho significativo, el 32.7% mencionó haber sido sometido a una intervención quirúrgica, el 19.8% haber tenido un accidente y el 5.9% una enfermedad médica. En otros estudios se ha observado que en los pacientes con dolor crónico son frecuentes los antecedentes personales de intervención quirúrgica (Ferrer, 1993). Sin embargo, esta hecho se ha observado casi siempre cuando ya existe el trastorno de dolor crónico. En estos estudios se considera que la alta frecuencia de petición de cirugía y/o medicación de analgésicos por parte de los pacientes con dolor crónico es habitual para aliviar el dolor.

Los acontecimientos vitales y su relación con la aparición de síntomas y enfermedades han sido estudiados ampliamente en los pacientes con dolor crónico (Penzo, 1989, Prieto, 1999 y Casado y Urbano, 2001). Se considera que los estresores psicológicos causan un aumento de la actividad muscular y que los pacientes con dolor crónico responden a los estresores con un aumento y prolongada tensión muscular (Lampe, et. al, 1998 y Vlaeyen y Linton, 2000). Además, los estresores vitales también contribuyen a la aparición de trastornos del sueño y trastornos emocionales (como depresión y ansiedad) que pueden hacer disminuir los umbrales del dolor. En los casos con dolor crónico, se ha observado una alta implicación de acontecimientos vitales relacionados con la "pérdida" como el divorcio y/o la muerte de una persona allegada (Prieto, 1999). En nuestro estudio observamos que una gran mayoría de los pacientes incluidos en la muestra declaró haber sufrido un acontecimiento vital relacionado con "perdidas". Encontramos que el 38.6%

mencionó la pérdida de algún familiar cercano, el 5.9% pérdida del trabajo y el 4.0% cambio de estatus marital por divorcio. Otra proporción más pequeña de la muestra mencionó haber tenido un acontecimiento vital relacionado con "cambios", por ejemplo, el 3.0% nacimiento de un familiar, el 2.0% cambio de vivienda y el 1.0% cambio de trabajo. No obstante también encontramos que otra proporción importante (el 42.6%) no mencionó ningún acontecimiento vital. La mayoría de las personas que se enfrentan ante un acontecimiento vital determinado, ponen en marcha unos mecanismos defensivos de carácter adaptativo. Estos mecanismos variarán de un individuo a otro.

La *edad en que comienza la enfermedad del dolor crónico*, se considera un factor socioevolutivo significativo en la etiología del dolor. De acuerdo con esta línea de investigación se sabe que el dolor crónico es más prevalente en la edad adulta (Prieto, 1999 y Riley y Gilbert, 2001). Los resultados de nuestro estudio indicaron que las mujeres con dolor crónico tenían una edad media de 45.26 años cuando se inició su enfermedad de dolor y que los hombres tenían una edad media de 53.12 años. Como se observa, las mujeres de nuestra muestra, comenzaron con la enfermedad de dolor aproximadamente ocho años antes que los hombres.

En lo referente a la *prevalencia del trastorno de dolor crónico*, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su IV revisión (APA. 1995) menciona que los dolores crónicos más frecuentes son los articulares (10%), seguidos de las lumbalgias (9%). En España, Ferrer (1992) encontró que los dolores crónicos más frecuentes son los debidos a afecciones reumáticas, cefaleas y problemas dentales. En nuestra muestra encontramos que las lumbalgias (54.4%), las neuralgias postquirúrgicas (9.9%) y las fibromialgias (6.9%) eran las más frecuentes. Tomando como criterio la clasificación de la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor), encontramos que los pacientes localizaban su dolor mayoritariamente en los miembros inferiores (41.6%) y en la espalda, espina lumbar, sacro y coxis (22.8%). En un estudio epidemiológico en Cataluña, se encontraron resultados similares, ya que las localizaciones más afectadas eran la espalda (50.9%), la cabeza (42%) y las piernas (36.8%) (Bassols, et. al., 1999).

Las investigaciones señalan que las emociones o las conductas que acompañan a los pacientes con dolor crónico están moduladas por distintas características del mismo dolor, tales como duración, intensidad, persistencia y zonas del dolor. En general, se considera que el aumento de estas características se relaciona con mayor incapacidad física, mayor

uso de analgésicos, mayores niveles de depresión, ansiedad e incremento y mantenimiento del dolor (Toomery, Gover y Jones, 1983; Krause, Tait y Margolis, 1989; Ferrer, González y Manassero, 1993; Von Korff y Simon, 1996; Marbach y Lund, 1981; Wulff, 1998 y Casado y Urbano, 2001). En cuanto a la localización del dolor, los estudios señalan que predominan los pacientes que localizan su dolor en más de una zona corporal simultáneamente (Ferrer, 1993 y Ferrer, González y Manassero, 1994). En nuestra muestra encontramos que la mayoría de los pacientes presentaban dolor entre 1 y 4 zonas (el 22.8% en dos zonas, el 14.9% en una y tres zonas y un 13.9% en cuatro zonas). Por otra parte, una amplia mayoría de los pacientes de nuestra muestra presentó más dolor de tipo continuo (79.2%) que intermitente (20.8%). Ya otros estudios han observado con anterioridad que en poblaciones con dolor crónico, el dolor de tipo continuo es más frecuente que el dolor de tipo intermitente (Kreitler, et. al., 1999; Bassols, et. al., 1999 y Casado y Urbano 2001). En lo que se refiere a la *duración del dolor* en personas con dolor crónico, se ha observado que es muy amplia. Por ejemplo, Ferrer, González y Manassero, (1994) observaron una duración media de 71.27 meses (rango 6-480 meses), predominando los pacientes con dolor de una duración entre 6 y 36 meses (54%). En nuestra muestra, la duración media del dolor para las mujeres fue de 51.25 meses y para los hombres de 31.96 meses, siendo las mujeres las que presentaron más tiempo de evolución de su dolor. También encontramos que en nuestra muestra, la *intensidad del dolor* (evaluada mediante una escala analógico visual) era mayor en las mujeres (media = 6.13) que en los hombres (media = 5.63). En otros estudios también se ha observado que las mujeres presentan medias más altas de intensidad del dolor (Haley, Turner y Romano, 1985; Bassols, et. al., 1999; Keefe, et. al., 2000; Keogh, Hatton y Ellery, 2000 y Riley y Gilbert, 2001). Más adelante hablaremos sobre la relación entre estas características del dolor crónico con la presencia de síntomas depresivos y ansiosos en los pacientes de nuestra muestra (ver objetivo 4).

Finalmente, en lo que se refiere a la *interferencia del dolor crónico en la vida del paciente*, se sabe que éste tiene una amplia repercusión. En la vida laboral, se produce un descenso en el rendimiento o incluso el abandono total del trabajo. Esta disminución de actividad laboral conlleva, por un lado, al surgimiento de problemas económicos y, por otro, establece una reducción de las actividades normales, restringiendo incluso las aficiones y las relaciones sociales. Cuando el paciente se da cuenta de que no puede hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana, aparecen sentimientos de indefensión, depresión o ansiedad. También, es frecuente la aparición de trastornos de sueño, así como pérdida de

apetito y peso. El ambiente familiar se modifica y se produce una disminución del contacto afectivo y sexual dentro del matrimonio, así como distanciamiento de los hijos (Penzo, 1989; Amigo, Fernández y Pérez-Álvarez, 1998; Morin, Gouglas y Wade, 1998 y Gatchel y Weisberg, 2000).

En nuestra muestra obtuvimos resultados muy similares a los descritos anteriormente. Una proporción amplia de los pacientes mencionó que el dolor repercutió en la remuneración de su trabajo (43.6%), en el trabajo doméstico (64.4%), en su estado de ánimo (82.2%), en sus relaciones sexuales (41.6%), en su hábito de sueño (76.2%) y en sus aficiones (60.4%). Sólo en el aspecto económico no se observó amplia repercusión, ya que el 72.3% de los pacientes señaló que su dolor no había influido en sus ingresos económicos. Lo anterior podría deberse a que la mayoría de los pacientes de nuestra muestra tenían como ocupación principal el trabajo de la casa y que dependían económicamente de otra persona. Por ello, en nuestra muestra se observa que el trabajo doméstico si ésta altamente influenciado por el dolor (64.4%).

## 8.2 Objetivos e Hipótesis del estudio

### 8.2.1 Evaluar la sintomatología depresiva y ansiosa en una muestra de sujetos con dolor crónico.

**Hipótesis 8.2.1.1** *Los pacientes con dolor crónico, en comparación con la población general, presentarán altos porcentajes de sintomatología depresiva, y obtendrán puntuaciones más elevadas en la escala de depresión.*

El dolor crónico se ha asociado fuertemente a la depresión. Estudios que han evaluado la presencia de sintomatología depresiva en muestras con dolor crónico mencionan porcentajes que van desde el 20% al 80% (France, et. al, 1986; Love, et. al, 1987; VonKorff, et. al., 1993; Ferrer, et. al. 1993; Martínez, et. al., 1995; Geisser, 1997; Arnstein, et. al., 1999 y Madland, et. al., 2000). Estos márgenes son tan amplios debido a la gran variedad de metodología empleada por los estudios como, por ejemplo los instrumentos de evaluación, la naturaleza de la muestra, los criterios diagnósticos, etc. En nuestra muestra, utilizando el BDI (Beck, et. al., 1961), observamos que el 71.3% de los pacientes con dolor crónico presentaban sintomatología depresiva.

Así mismo, habría que señalar que si bien es cierto que los síntomas depresivos son los que más se asocian al dolor crónico, también hay que decir que sólo un pequeño porcentaje son consideradas verdaderas depresiones mayores. Resultados de otras investigaciones informan que aproximadamente un 25% de los pacientes con dolor crónico padecen cuadros de depresión mayor (Turner y Romano, 1984; Fishbain, et. al., 1997; Geisser, et. al., 1997 y France, et. al, 1986). Aunque estas investigaciones han utilizado como método de evaluación los criterios del DSM III/IV y el RCD para obtener los diagnósticos de depresión mayor y nosotros en nuestro estudio utilizamos el BDI para evaluar síntomas depresivos, encontramos que nuestros resultados son similares. En nuestra muestra una cuarta parte de los pacientes con dolor crónico presentó síntomas severos de depresión (23.8%).

En población general la frecuencia de síntomas depresivos se estima en un 13% (Vallejo, 1998). El DSM-IV (APA, 1995) arroja cifras de 3% para el trastorno distímico y para el trastorno depresivo mayor entre 5 y 9% para las mujeres y entre 2 y 3% para los varones

de la población general. Lo anterior confirma que los síntomas depresivos o la depresión mayor se presentan con una frecuencia superior en los sujetos con dolor crónico en comparación con la población normal. Así mismo, la sintomatología depresiva también se ha encontrado con más frecuencia en individuos con enfermedades crónicas. Se ha observado que entre el 25 y 40% de los sujetos con ciertas enfermedades neurológicas (que incluyen la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Huntington, la esclerosis múltiple, el accidente vascular cerebral y la enfermedad de Alzheimer) presentan una alteración depresiva importante en algún momento durante el curso de la enfermedad. En otras enfermedades médicas (sin implicación del sistema nervioso central) se ha observado un 25% de depresión mayor en pacientes con cáncer y un 60% para pacientes con el síndrome de Cushing y (APA, 1995, García, 1998 y Llorca y Díez, 1996).

**Hipótesis 8.2.1.2** *En la muestra de sujetos con dolor crónico se observarán diferencias significativas en las puntuaciones de depresión entre los sexos, siendo las mujeres las que presentaran mayores puntuaciones en depresión que los hombres.*

Los resultados obtenidos confirmaron la hipótesis planteada, es decir, en nuestra muestra se observó que las mujeres con dolor crónico obtenían puntuaciones más altas de síntomas depresivos que los hombres con dolor crónico. Concretamente, las mujeres de nuestro estudio, atendiendo a las puntuaciones obtenidas mediante el BDI (Beck, et. al., 1961), presentaron niveles de depresión moderados (20.51) y los hombres niveles de depresión leves (14.66). Ya otros estudios han informado de que la depresión es más prevalente en las mujeres que en los hombres con dolor crónico (Ferrer, 1993 y Réthelyi, et. al., 2001). Diversos estudios también han confirmado que la depresión en las mujeres puede modular la experiencia del dolor, de tal modo que las mujeres con depresión pueden experimentar mayores niveles de dolor que las mujeres no deprimidas e incluso que los hombres deprimidos (Haley, et. al., 1985; Marbach, Richlin y Lipton, 1983, y Timmermans y Sternbach, 1976). De esto hablaremos con más detalle cuando describamos nuestros resultados sobre la relación entre estado de ánimo y el nivel de intensidad del dolor (hipótesis 8.2).

Los estudios realizados en población general indican que el trastorno depresivo aparece con doble frecuencia en mujeres que en varones. Se estima una prevalencia de depresión mayor entre 5 y 9% para las mujeres y entre 2 y 3% para los hombres (APA, 1995). No se ha podido establecer con claridad por qué las mujeres presentan más frecuentemente

síntomas depresivos o depresiones mayores que los hombres. Diferencias biológicas como los cambios hormonales en los períodos del postparto y el premenstrual, así como razones sociales, incluyendo el estrés por las responsabilidades del trabajo y de la familia, son los factores que más se han relacionado con la aparición de episodios depresivos en las mujeres.

En el contexto del dolor crónico, la explicación sobre por qué las mujeres con dolor crónico presentan mayor prevalencia de trastornos emocionales que los hombres con dolor crónico tampoco está del todo clara. Algunos autores mencionan que la valoración psicológica del dolor es distinta entre sexos. Las mujeres tienden a dar mayor información sobre síntomas emocionales, describen la sensación dolorosa con más riqueza, vivencian la sensación dolorosa con más intensidad y utilizan con más asiduidad los servicios sanitarios que los hombres (Hyppa, et. al., 1988 y Elorza, Casas y Casais, 1997). Otros autores (Keefe, et. al., 2000) mencionan que las diferencias de género se pueden explicar debido a la influencia de una educación diferencial entre los hombres y las mujeres, en donde la sociedad refuerza la libre expresión del dolor en la niña pero no en el niño. Los resultados de estas investigaciones sugieren la necesidad de estudiar las diferencias de sexos entre el dolor crónico y los estados emocionales.

***Hipótesis 8.2.1.3*** *Los pacientes con dolor crónico, en comparación con la población general, presentarán puntuaciones elevadas en las escalas de ansiedad, sobre todo de ansiedad rasgo.*

Las investigaciones revisadas ponen de manifiesto que, además de la depresión, la ansiedad es también una variable emocional importante en las personas con dolor crónico (Ayuso, et. al, 1993; DeGood, et. al., 1993; Ferrer, et. al., 1994; Martínez, et. al., 1995; Turk, et. al., 1998; Kight, et. al., 1999; Madland, et. al., 2000 y Burns, et. al., 2000). En pacientes con dolor crónico se ha observado que existen niveles más elevados de ansiedad que en grupos de controles normales (Hursey y Jacks, 1992; Lampe, et. al., 1998, Vlaeyen y Linton, 2000 y McNeil, et. al., 2001). En nuestra muestra comprobamos parcialmente estos resultados, debido que sólo las mujeres con dolor crónico fueron las que presentaron diferencias significativas con mayores puntuaciones en las escalas de *ansiedad estado y rasgo* del STAI (Spielberger y cols., 1973), en comparación con las mujeres de la población general. En cambio, en los hombres con dolor crónico no se observaron diferencias significativas en las puntuaciones medias de las escalas de

*ansiedad estado* y *rasgo* del STAI (Spielberger y cols., 1973), con respecto a los hombres de la población general. Aunque en el grupo de hombres los resultados no hayan sido significativos, los resultados mostraron una tendencia hacia la significación en el sentido esperado. Es decir, los hombres con dolor crónico presentaron puntuaciones mayores en ambas escalas (STAI-E = 22.42 y STAI-R = 20.84) con respecto a los hombres de la población general (STAI-E = 20.54 y STAI-R = 20.19). Además, se observó que a través de los registros diarios sobre el nivel de síntomas de ansiedad, los hombres con dolor crónico referían síntomas de *ansiedad leve* (media entre 3.5 y 4.5 puntos; DE = 2.84 y 2.81, respectivamente). Se sabe que la valoración psicológica del dolor es distinta entre sexos y que las mujeres tienden a dar mayor información sobre síntomas emocionales que los hombres (Hyppa, et. al., 1988 y Elorza, Casas y Casais, 1997). En este sentido, se ha observado que las mujeres puntúan más alto en sintomatología ansiosa que los hombres (Ferrer, 1993; Keefe, et. al., 2000 y Keogh, et. al., 2000).

Investigaciones que han utilizado el STAI-E/R para evaluar la sintomatología ansiosa en pacientes con dolor crónico han encontrado medias más elevadas de *ansiedad rasgo* que de *ansiedad estado* (Ferrer, et. al., 1994 y Pastor, et. al., 1990). La *ansiedad como rasgo* de personalidad se considera una característica estable de la persona que debido a su propensión ansiosa percibe las situaciones de manera amenazadora. La relación entre la *ansiedad rasgo* y el dolor crónico suele establecerse a través de la influencia que ejerce la ansiedad en la percepción del dolor. A la ansiedad se le atribuye un doble mecanismo de acción sobre el dolor: por una parte, influye sobre el grado de tensión muscular de la persona y, por otro, determina una mayor facilidad para percibir el dolor, es decir, lo que Bonica (1977) denominó *dolor-tensión-dolor*. En este sentido, los autores sugieren que los pacientes con dolor crónico y con mayor *ansiedad rasgo* tienen menos recursos emocionales para aliviar las situaciones estresantes y, por lo tanto, son más vulnerables a mostrar reacciones musculares desadaptativas (Casado y Urbano, 2001). Nuestros datos, en cierta medida, apoyan esta argumentación ya que las mujeres con dolor crónico obtuvieron puntuaciones más altas de ansiedad rasgo (33.61) que de ansiedad estado (31.92). De esta relación (ansiedad e intensidad del dolor) hablaremos más adelante cuando discutamos los resultados de la hipótesis 8.2.

## 8.2.2 Evaluar las características de personalidad en una muestra de sujetos con dolor crónico.

**Hipótesis 8.2.2.1.** *Los pacientes con dolor crónico en comparación con la población general, presentaran puntuaciones elevadas en la escala de Neuroticismo y puntuaciones bajas en Extraversión.*

Los estudios que han utilizado los cuestionarios para la personalidad de Eysenck (Eysenck Personality Inventory, EPI; Eysenck & Eysenck, 1968 y Eysenck Personality Questionnaire, EPQ; Eysenck & Eysenck, 1975) en pacientes con dolor crónico han encontrado distintos resultados. Algunos mencionan que los pacientes con dolor crónico obtienen puntuaciones más elevadas en la escala de *Neuroticismo* y más bajas en la escala de *Extraversión* en comparación con controles normales (Woodefore y Merskey, 1972; Jaminson, et. al., 1976 y Ferrer, 1993). Otros estudios encuentran los mismos resultados tras comparar estos valores en sujetos con dolor crónico orgánico y psicógeno (Pastor, et. al., 1990). Sin embargo, en otras investigaciones no se han encontrado diferencias significativas en los rasgos de personalidad entre población con dolor crónico y población sana (Carlsson, 1986). En nuestro estudio los resultados fueron los siguientes: Por un lado, las mujeres con dolor crónico obtuvieron puntuaciones superiores y significativas en la escala de *Neuroticismo* y puntuaciones bajas y significativas en la escala de *Extraversión* en comparación con las mujeres de la población general. Sin embargo, también se observó que las mujeres de nuestra muestra obtuvieron puntuaciones superiores y significativas en la escala de *Psicoticismo* y puntuaciones bajas y significativas en la escala de *Sinceridad* en comparación con las mujeres de la población general. Por otro lado, en los hombres con dolor crónico no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las escalas con respecto a los hombres de la población general, salvo en la puntuación de la escala de *Sinceridad* que fue más baja que en la población general.

Los datos normativos del EPQ-A (Eysenck & Eysenck, 1995) indican que la variable sexo influye en las puntuaciones de las escalas. Estas diferencias hacen referencia a que las mujeres suelen tener puntuaciones más elevadas en *Neuroticismo* que los hombres, lo cual se pudo constatar en nuestros resultados, ya que las mujeres con dolor crónico obtuvieron una puntuación media de 16.58 (D.E = 5.38) y los hombres con dolor crónico una puntuación media de 12.12 (D.E = 6.20). También, los datos normativos del EPQ-A (Eysenck & Eysenck, 1995) indican que los hombres suelen obtener puntuaciones más

elevadas en *Extraversión*, *Psicoticismo* y *Sinceridad* que las mujeres. En nuestra muestra se observaron diferencias en este sentido en las escalas de *Extraversión* y *Sinceridad* (las mujeres con dolor crónico obtuvieron en *Extraversión* una puntuación media de 9.86 (D.E = 4.28) y los hombres con dolor crónico una puntuación media de 11.72 (D.E = 4.26); en *Sinceridad* las mujeres con dolor crónico obtuvieron una puntuación media de 4.91 (D.E = 2.87) y los hombres con dolor crónico una puntuación media de 6.66 (D.E = 4.22). Sin embargo, en la escala de *Psicoticismo* no se observaron las diferencias en el sentido esperado, ya que las mujeres con dolor crónico obtuvieron una puntuación media mayor (3.16; D.E = 1.83) que los hombres con dolor crónico (2.66; D.E = 2.53) y que la población general.

Hicimos una revisión de los ítems de *Psicoticismo* en los cuales las mujeres con dolor crónico habían puntuado de manera positiva y más frecuente. Encontramos que los ítems más frecuentes eran los que en cierta forma describían síntomas relacionados con aspectos depresivos y/o somáticos de dolor. Por ejemplo: ítem 39. ¿Sufre de insomnio?, ítem 54. ¿Para usted tienen la mayoría de las cosas el mismo sabor?, ítem 78. ¿Prefiere normalmente salir sólo?, ítem 13. ¿Le gusta conocer a gente nueva, hacer amistades? e ítem 43. ¿Le gusta alternar con sus amistades?. Estos ítems pueden sobreestimar la presencia de *Psicoticismo* entre las mujeres de nuestra muestra con puntuaciones muy elevadas en depresión. De cualquier forma, cabe señalar que aunque las mujeres con dolor crónico muestran puntuaciones mayores en la escala de *Psicoticismo*, la diferencia obtenida fue muy pequeña (diferencia = 0.95) con respecto a las puntuaciones medias de las mujeres de la población general.

En cuanto a las bajas puntuaciones de *Sinceridad* obtenidas en ambos sexos de nuestra muestra con respecto a la población general, ya otros estudios también han obtenido resultados similares. Por ejemplo, en el estudio de Ferrer (1993) con pacientes con dolor crónico heterogéneo se encontró que el 96% de los pacientes puntuaban bajo en *Sinceridad*. En el estudio de García (1998) con pacientes con esclerosis múltiple se observaron puntuaciones bajas de *Sinceridad* siendo éstas más bajas en las mujeres que en los hombres. La escala de *Sinceridad* describe la tendencia al disimulo para ofrecer una buena imagen de uno mismo. Al parecer ésta es una característica que se ha detectado en pacientes con enfermedades crónicas.

En conjunto, podemos decir que la muestra de mujeres con dolor crónico tiene divergencias importantes respecto a las mujeres de la población general. Estas divergencias van en la misma dirección de lo que ya otros estudios realizados con sujetos con dolor crónico ó enfermedades crónicas han apuntado: altas puntuaciones en neuroticismo y bajas en extraversion. Los hombres con dolor crónico muestran una distribución normal en cuanto a las dimensiones de personalidad.

### **8.2.3 Evaluar las relaciones existentes entre las características de personalidad y la sintomatología depresiva y ansiosa en sujetos con dolor crónico.**

***Hipótesis 8.2.3.1*** *Los pacientes con dolor crónico con puntuaciones elevadas en la escala de Neuroticismo presentarán mayores puntuaciones en las escalas que evalúan sintomatología depresiva y ansiosa, en comparación con los pacientes con dolor crónico con puntuaciones bajas en la escala de Neuroticismo.*

En relación al papel de los rasgos de personalidad en la aparición de psicopatología, comprobamos que las altas puntuaciones en *Neuroticismo* están relacionadas con la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa. Es decir, tanto los hombres como las mujeres de nuestra muestra con puntuaciones elevadas en *Neuroticismo* presentaron más síntomas de depresión y de ansiedad (tanto estado como rasgo) que los hombres y mujeres de la muestra con bajas puntuaciones en *Neuroticismo*. Algunas investigaciones longitudinales han evaluado el *Neuroticismo* en personas sanas y observado la aparición de alguna enfermedad. Estos estudios concluyen que el *Neuroticismo* es un factor de riesgo que predispone al padecimiento de enfermedades crónicas (Pietri-Taleb, et. al., 1994 y Breslau, Chilcoat y Andreski, 1996). Otros estudios sugieren que es la misma enfermedad, con el sufrimiento que conlleva la que influye de manera directa o indirecta en el grado de *Neuroticismo* (Larsen, 1992; Affleck, et. al., 1992; Gertrudis, Kempen y Ormel, 1997 y Lauver y Jonhson, 1997). Aunque las características de nuestro estudio no nos permiten conocer el sentido exacto de esta relación, en nuestra muestra vemos que las puntuaciones en *Neuroticismo* tienen un peso importante en relación con la sintomatología depresiva y ansiosa. Tal y como han descrito otros autores, el *Neuroticismo* predispone a una mala adaptación emocional ante la enfermedad (Salvador, 1987 y García Esteve, 1990).

**Hipótesis 8.2.3.2** Los pacientes con dolor crónico con puntuaciones elevadas en la escala de Extraversión presentarán menores puntuaciones en las escalas que evalúan sintomatología depresiva y ansiosa, en comparación con los pacientes con dolor crónico con puntuaciones bajas en la escala de Extraversión.

Las investigaciones muestran que los pacientes con dolor crónico *Extravertidos* se quejan más frecuentemente de dolor y consumen más medicamentos que los pacientes con dolor crónico *Introvertidos* (Eysenck, 1967; Gordon y Hitchcock, 1983; Harkins, Price y Braith, 1989 y Bond y Pearson, 1969). Sin embargo, también se ha observado que los pacientes con dolor crónico que muestran más trastornos emocionales son los que presentan características de tipo introvertido (Wade, et. al., 1992; Marasso, et. al., 1996; Millard y Kinsler, 1992; Donham, Mikhail y Meyers, 1984 y Ziegler y Paolo, 1995). Estos autores sugieren que la alta *Extraversión* sirve como variable protectora ante el estrés producido por la enfermedad. En nuestra muestra vemos que sólo en el caso de las mujeres la *Extraversión* se relaciona de manera significativa con la sintomatología depresiva y ansiosa. Para este grupo se observó que las mujeres con altas puntuaciones en *Extraversión* tenían puntuaciones menores en depresión y ansiedad (tanto estado como rasgo) que el grupo de mujeres con bajas puntuaciones en *Extraversión*. Aunque en el grupo de hombres no se obtuvieron relaciones estadísticamente significativas, los resultados mostraron una tendencia hacia la significación en el sentido esperado, ya que el grupo de hombres con altas puntuaciones en *Extraversión* presentaron puntuaciones menores en depresión y ansiedad (tanto estado como rasgo) que el grupo de hombres con bajas puntuaciones en *Extraversión*.

Las dimensiones básicas de la personalidad propuestas por H. J. Eysenck, hacen referencia a que la personalidad es un factor que puede predisponer o proteger del desarrollo de un trastorno mental. En este sentido, la personalidad no juega un papel causal en el desarrollo de la psicopatología, si no que es un factor modulador del efecto del estrés. Su papel es "protector" o de "riesgo". Las investigaciones muestran que las personas con alto *Neuroticismo* son más defensivas, preocupadas, inmaduras, con problemas somáticos y muestran mayor incidencia de síntomas depresivos y ansiosos. La baja *Extraversión* aparece como un factor asociado específicamente a trastornos afectivos. En el plano del dolor crónico, la combinación de estas dos dimensiones de personalidad sugiere que altas puntuaciones de *Neuroticismo* reflejan pobre ajustamiento a la

enfermedad y que bajas puntuaciones de *Extraversión* sugieren altos niveles de angustia psicológica. Nuestros resultados se unen a estas conclusiones.

**8.2.4 Evaluar cuáles de las características del dolor crónico (tiempo de evolución del dolor, número de zonas de dolor y persistencia del dolor -continuo/intermitente-) tienen mayor relación con los síntomas depresivos y ansiosos en los pacientes con dolor crónico.**

*Hipótesis 8.2.4.1 En los pacientes de la muestra, la característica del dolor crónico que más estará relacionada con la sintomatología depresiva será el número de zonas del dolor.*

Sabemos que el dolor crónico es un fenómeno multidimensional en el que interactúan diversos factores. Por ello, en la evaluación de los síntomas depresivos en personas con dolor crónico se asume que todas las características ó dimensiones del dolor crónico, tales como *interferencia del dolor en las actividades diarias* (Arnstein, et. al., 1999) , *intensidad del dolor* (Williamson y Schulz, 1992 y 1995 y Spiegel, 1996), *tiempo de evolución* (Marbach y Lund, 1981), *persistencia* (Pastor, et. al., 1990; Kreitler, et. al., 1999 y Casado y Urbano 2001) y *número de zonas del dolor* (Toomey, Gover y Jones, 1983, Krause, Tait y Margolis, 1989; Dworkin, Von Korff y LeResche, 1990 y Andersen, et. al., 1999) están relacionadas con los síntomas depresivos.

Aunque en general se asume que todas las características del dolor crónico están relacionadas con los síntomas depresivos, nosotros consideramos importante conocer qué características o dimensiones del dolor crónico son las que más se relacionan con la sintomatología depresiva. En esta línea de investigación existen muy pocos estudios realizados. Un ejemplo es el estudio de Von Korff y Simon (1996) en el que se examinó la relación de los síntomas depresivos con cuatro características del dolor crónico: *intensidad del dolor*, *interferencia del dolor en las actividades diarias*, *duración del dolor* (evaluada cada semana durante 6 meses) y *número de zonas de dolor*. A través de un análisis multivariable los resultados mostraron que la *interferencia en las actividades diarias* y el *número de zonas del dolor* eran las que mejor se relacionaban con los niveles de depresión en los pacientes. Se observó que a mayor interferencia del dolor en las actividades diarias, se incrementaban los niveles de depresión. También, se observó que conforme el dolor comenzaba a ser más difuso (es decir con mayor número de zonas con dolor) la sintomatología depresiva aumentaba en severidad. En la relación *duración del*

dolor y síntomas depresivos, se obtuvo una asociación moderada. Respecto a la duración del dolor se observó que conforme los días de dolor aumentaban (a más de 30 días) los niveles de depresión se estabilizaban. Finalmente, entre la *intensidad del dolor* y la depresión no se obtuvo asociación significativa.

En nuestro estudio evaluamos las dimensiones del dolor crónico: *tiempo de evolución del dolor, número de zonas de dolor y persistencia del dolor (continuo ó intermitente)* y su relación con los síntomas depresivos. Mediante una prueba de regresión múltiple, ajustando la variable sexo, los resultados mostraron que la variable *persistencia del dolor* era la que guardaba mayor relación estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva ( $p = 0.020$ ). Observamos que los pacientes que tenían dolor de tipo intermitente presentaban menores puntuaciones en síntomas depresivos, que los pacientes con dolor de tipo continuo. Las mujeres con dolor crónico de tipo continuo (media = 22.2, D.E. = 10.4) presentaron medias mayores en sintomatología depresiva que las mujeres con dolor crónico de tipo intermitente (media = 14, D.E. = 6.9) y que los hombres con dolor crónico de tipo continuo (media = 15, D.E. = 8.5) e intermitente (media = 14, D. E. = 10.6).

Estos resultados señalan que las mujeres que presentan dolor crónico de manera continua, experimentan más trastornos emocionales frente a las mujeres que padecen dolor de tipo intermitente y frente a los hombres que presentan dolor crónico de tipo continuo e intermitente. En el estudio de Andersen, et. al. (1999) se obtuvieron resultados similares, ya que el grupo de mujeres con dolor crónico de tipo continuo presentaron mayores puntuaciones en trastornos emocionales (tales como depresión, ansiedad y síntomas somáticos) y mayores niveles de intensidad del dolor, que las mujeres con dolor crónico de tipo intermitente y que los hombres con ambos tipos de dolor.

Casado y Urbano (2001) hipotetizaron que el factor más tóxico a nivel emocional para una persona que sufre dolor, más que sufrir un dolor intenso ocasional, era la presencia continua del mismo. Aunque nuestros resultados no nos permiten realizar afirmaciones de causalidad, si podemos decir que existe correlación positiva entre la persistencia del dolor y la sintomatología depresiva, sobre todo en el caso de las mujeres con dolor crónico.

**Hipótesis 8.2.4.2** *En los pacientes de la muestra, la característica del dolor crónico que más estará relacionada con la sintomatología ansiosa será la persistencia del dolor.*

En el estudio de la relación entre el dolor crónico con los síntomas de ansiedad, existe bastante consenso en aceptar que la *intensidad del dolor*, es la característica del dolor crónico que más relación guarda con estos síntomas (Hursey y Jacks, 1992 y McNeil, et. al., 2001 y Casado y Urbano, 2001). Estos estudios mencionan que la ansiedad provoca un doble efecto sobre el dolor, por un lado, influye sobre el grado de tensión muscular de la persona y por otra, crea un aumento de la percepción del dolor, ya que cuando la persona se encuentra ansiosa disminuye su umbral del dolor. Así, se crea un círculo vicioso *dolor-tensión-dolor*, en donde el dolor aumenta la ansiedad y a su vez la ansiedad aumenta el dolor (Bonica, 1977).

Por otro lado, en el estudio de Casado y Urbano, (2001) encontraron que la *persistencia del dolor* (sobre todo el dolor de tipo continuo) se relacionaba con la aparición de síntomas de ansiedad. Los autores consideran que experimentar dolor continuamente facilita que éste sea juzgado como más intenso y aversivo.

En nuestro estudio (mediante un análisis de regresión múltiple) encontramos que el *tiempo de evolución del dolor* era la característica del dolor crónico que más relacionaba con la sintomatología ansiosa. Observamos, que tanto en los hombres como en las mujeres de la muestra, existía relación positiva y significativa entre meses con dolor y síntomas de ansiedad. Nuestros resultados sugieren, que el hecho de padecer dolor por largos periodos de tiempo hace que los pacientes experimenten gran preocupación y angustia por una enfermedad que no se termina.

En general, el *dolor agudo* se socia con síntomas de ansiedad (debido a los cambios que se producen en el sistema nervioso autónomo como: taquicardia, sudoración, etc. tras la lesión) y el *dolor crónico* se asocia en sus comienzos con síntomas de ansiedad y una vez evolucionada la enfermedad con síntomas de depresión (Penzo, 1989 y APA, 1995). Sin embargo, algunos autores consideran que padecer dolor por largos periodos de tiempo puede considerarse como una situación de *estrés crónico* (Prieto, 1999 y Casado y Urbano, 2001). Estos autores mencionan que existen dos tipos diferentes de sucesos estresantes: los sucesos vitales y los estresores crónicos. En el primer caso la persona se expone a cambios vitales indeseables y en el segundo se expone a ambientes difíciles o

exigentes continuos que no cambian. La diferencia crucial entre los sucesos vitales y los estresores crónicos es el curso temporal del estresor. Los sucesos vitales ocurren en un momento concreto, en cambio el estresor crónico es progresivo, de curso continuo en tiempo y cuyo resultado es impredecible. Los estresores crónicos repercuten en las actividades diarias, acaban con los recursos de afrontamiento de la persona y crean inseguridad para resolverlos. También, crean incertidumbre, baja autoestima y sensación de amenaza personal. En el estudio de Peters, et. al., (2000) se comparó pacientes con dolor de entre 3-6 meses, entre 6-12 meses y de más de 12 meses, y encontraron que el nivel de intensidad del dolor aumentaba conforme aumentaban los años de evolución del dolor. Además, los pacientes con más años de evolución del dolor mostraban estrategias poco adaptativas (catastróficas).

Se sabe que el éstres producto del dolor, es causante de intensas y frecuentes contracciones musculares que exacerbán el dolor, lo cual se ha observado en pacientes con lumbalgia, cefalea y dolor temporomandibular (Lampe, et. al., 1998 y Vlaeyen y Linton, 2000). En este sentido se considera que los pacientes con dolor crónico muestran recursos fisiológicos y emocionales inadecuados para aliviar el éstres y por lo tanto, son más vulnerables a mostrar reacciones musculares desadaptativas.

Resumiendo, nuestros datos sugieren que, en las personas con dolor crónico, las características de continuidad (tales como dolor de tipo continuo y larga evolución del dolor), en donde no se puede predecir cuándo acabará el dolor ó la enfermedad, están altamente relacionadas con la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa.

### **8.2.5 Evaluar en una muestra de sujetos con dolor crónico la relación entre la morbilidad psiquiátrica y la sintomatología depresiva y ansiosa.**

***Hipótesis 8.2.5.1*** *Los sujetos con dolor crónico clasificados como caso psiquiátrico con el GHQ presentarán mayores puntuaciones en las escalas que evalúan sintomatología depresiva y ansiosa que los sujetos con dolor crónico clasificados como no caso.*

Se sabe que existe alta prevalencia de trastornos psiquiátricos entre los pacientes médicos. Por ejemplo, utilizando el GHQ (Lobo, 1986) para detectar posibles casos de trastorno psíquico, se han encontrado los siguientes datos: Lobo y Folstein (1984) encuentran una prevalencia del 70% en pacientes oncológicos hospitalizados,

Pérez-Echevería (1985) un 91% en pacientes endocrinos hospitalizados y Lobo, et. al. (1981, 1986) encuentran un 54% en pacientes de medicina ambulatoria. En nuestra muestra con dolor crónico encontramos una prevalencia del 66.3%. Como se observa, aproximadamente la mitad de los enfermos que ve el médico no psiquiatra tienen un trastorno psíquico significativo.

No obstante, Lobo et. al. (1981, 1986) mencionan que en la medicina primaria o en consultas de medicina interna, el trastorno psíquico detectado es casi siempre leve, existiendo muy pocos casos de psicosis o trastornos de psiquiatría mayor. Lo más frecuente es observar estados depresivos o de angustia/ansiedad, enmascarados por síntomas somáticos (Spiegel, 1996). En nuestro estudio encontramos que, en ambos sexos, el grupo de pacientes considerado con trastorno psiquiátrico puntuaba de manera significativa y más elevada en depresión y en ansiedad (estado y rasgo) en comparación con el grupo de pacientes clasificados como no caso. Además, se observó que las mujeres clasificadas como caso psiquiátrico tenían medias más elevadas en la sintomatología depresiva y ansiosa que los hombres considerados como caso psiquiátrico.

Estos resultados confirman lo que ya anteriormente habíamos señalado, es decir, que las personas con dolor crónico presentan una prevalencia mayor de trastorno psiquiátrico de la esfera depresiva y ansiosa que la población normal. Y también, que las mujeres con dolor crónico en comparación con los hombres con dolor crónico presentan mayor deterioro emocional.

#### **8.2.6 Evaluar en una muestra de sujetos con dolor crónico la relación entre la morbilidad psiquiátrica y sus características de personalidad.**

***Hipótesis 8.2.6.1*** *Los sujetos con dolor crónico clasificados como caso psiquiátrico con el GHQ presentarán mayores puntuaciones en la escala de Neuroticismo en comparación con los sujetos con dolor crónico clasificados como no caso.*

Tal y como se esperaba, los resultados de nuestro estudio mostraron que en ambos sexos, el grupo de pacientes considerados con trastorno psiquiátrico puntuaban de manera significativa y más elevada en la escala de *Neuroticismo* en comparación con el grupo considerado como no caso. Estos resultados confirman lo que ya otros autores han señalado, en el sentido de que el *Neuroticismo* es un factor de riesgo que predispone a

una mala adaptación emocional y física (Salvador, 1987; García Esteve, 1990; Affleck, et. al., 1992; Gertrudis, Kempen y Ormel, 1997 y Lauver y Jonhson, 1997).

Por otra parte, observamos que las mujeres de nuestra muestra consideradas como caso psiquiátrico presentaban mayores puntuaciones en *Neuroticismo* que los hombres considerados como caso psiquiátrico. De acuerdo con Eysenk, el *Neuroticismo* puede ser influenciado por la variable sexo, ya que en población general se observa que las mujeres suelen tener puntuaciones más elevadas en *Neuroticismo* que los hombres (Eysenk & Eysenk, 1995).

**Hipótesis 8.2.6.2** *Los sujetos con dolor crónico clasificados como caso psiquiátrico con el GHQ presentarán menores puntuaciones en la escala de Extraversión en comparación con los sujetos con dolor crónico clasificados como no caso.*

La *Extraversión* es un rasgo de personalidad que "protege" frente al trastorno psiquiátrico. En este sentido, se considera que la baja *Extraversión* se asocia con la aparición de trastornos afectivos (Eysenk, 1967; Salvador, 1987; García Esteve, 1990). Nuestros resultados en cierta medida apoyan lo anterior, ya que observamos que el grupo de mujeres consideradas con trastorno psiquiátrico puntuaban de manera significativa y menor en la escala de *Extraversión* en comparación con el grupo de mujeres consideradas como no caso. Aunque, observamos que para el grupo de hombres los resultados no eran significativos, se observó que existía una tendencia hacia la significación en el sentido esperado. Es decir, el grupo de hombres considerados con trastorno psiquiátrico obtuvo puntuaciones menores en *Extraversión* (media = 14.6) que el grupo de hombres considerado sin trastorno psiquiátrico (media = 19.1).

En resumen, podemos decir que en el caso de nuestra muestra vemos que las características de personalidad -*Neuroticismo* y *Extraversión*-, tiene un peso importante en la aparición de trastorno psíquico, y que éste se muestra de manera más contundente en el grupo de mujeres con dolor crónico.

**8.2.7 Describir las características de personalidad obtenidas con el TCI en una muestra de sujetos con dolor crónico y analizar las relaciones que se establecen con el EPQ.**

**Hipótesis 8.2.7.1** *Los pacientes con dolor crónico, en comparación con la población general, presentarán en el TCI altas puntuaciones de Evitación del Daño y bajas puntuaciones en Búsqueda de Novedad.*

Son escasos los estudios que han utilizado los cuestionarios de Cloninger para evaluar muestras con dolor crónico. Conocemos el estudio de Ulla (1999) que evaluó mediante el TCI, las características de personalidad en mujeres con fibromialgia. Los resultados mostraron que las mujeres con fibromialgia se caracterizaron por presentar altas puntuaciones en *Evitación del Daño (HA)*. En nuestro estudio observamos resultados similares, ya que tanto los hombres como las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas y significativas en *Evitación del Daño (HA)* con respecto a la población general. Desafortunadamente, la autora no menciona los resultados de las otras escalas del TCI, y no podemos contrastar los demás resultados.

Las características generales de *Temperamento*: alta *Evitación del Daño* y baja *Búsqueda de Novedad* en hombres y en mujeres de nuestra muestra son similares a las encontradas por otros estudios en muestras de trastornos de ansiedad y trastornos de somatización (Fossey, 1989 y Canete, 1993). Estos estudios confirman que las personas con trastornos de ansiedad y somatización muestran altas puntuaciones de *Evitación del Daño (NS)* y bajas puntuaciones en *Búsqueda de Novedad (HA)*, en comparación con la población general. Estas son las dos dimensiones temperamentales con resultados más consistentes en muestras de trastornos de ansiedad y somatización ya que, en lo que respecta a las dimensiones *Dependencia de Recompensa (DR)* y *Persistencia (P)*, se han encontrado resultados diversos o no significativos.

No es de extrañar que en los tres grupos - trastornos de ansiedad, trastorno de somatización y trastorno por dolor - se presenten características similares de temperamento. Ya que, algunas veces es muy difícil distinguir los trastornos de ansiedad de los trastornos de somatización. En el trastorno de angustia se presentan así mismo múltiples síntomas somáticos producidos principalmente durante las crisis de angustia. No obstante, el trastorno de angustia puede coexistir con el trastorno de somatización. Por

otro lado, en general los individuos que padecen trastornos de somatización tienen historia de dolor. Los trastornos de somatización en cierta medida son similares a los trastornos por dolor, ya que ambos se caracterizan por incluir la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica pero que no pueden explicarse completamente por la presencia de dicha enfermedad (APA, 1995).

De acuerdo con lo anterior, la combinación de *Alta Evitación del Daño y Baja Búsqueda de la Novedad* son características temperamentales de la personalidad que se comportan como si predispusieran a la aparición de trastornos mentales. Si consideramos que los rasgos de temperamento son una característica biológica estable, entonces éstas determinaran la posibilidad de maduración del carácter en la edad adulta. En consecuencia, los extremos de temperamento pueden predisponer más a los sujetos a la conducta desadaptada. Tres patrones o tipos de temperamento se han asociado al riesgo ó desajuste: dureza social en el caso de baja *Dependencia de la Recompensa*, desinhibición en la alta *Búsqueda de Novedad* y tendencia a la ansiedad en la alta *Evitación al Daño* (Cloninger, 1994). Sin embargo, de acuerdo con Cloninger (1994), las puntuaciones de temperamento sólo informan de la intensidad de ciertas respuestas automáticas de naturaleza emocional o motivacional y no necesariamente de la adaptación personal y social del sujeto. Para conocer el grado de adaptación de un sujeto, es importante valorar si el sujeto es notablemente "maduro" ó "inmaduro" en base a su carácter (*Auto-dirección y Cooperación*). Es decir, las desviaciones en las características de *Carácter* son las que determinan si la conducta es desadaptativa. Las dimensiones en *Temperamento* determinaran el estilo particular, el modo único e individual que el sujeto tiene de estar desadaptado.

En la muestra observamos que tanto los hombres como las mujeres comparten características de *Temperamento* similares: Alta *Evitación del Daño*, baja *Búsqueda de Novedad* y baja *Persistencia*, pero con matices entre los grupos distintos. En general, las mujeres con dolor crónico se caracterizaron por mostrar mayor timidez, introversión, ser más reservadas con sus sentimientos, tener poco interés por las relaciones sociales y falta de asertividad. En cambio los hombres con dolor crónico se caracterizaron por desear ser independientes y por evitar el apoyo emocional en otras personas. No obstante a lo anterior, las mujeres de la muestra mostraron ser más persistentes que los hombres.

En las características de *Carácter*, se presentaron más diferencias entre los hombres y las mujeres de nuestra muestra. Las mujeres con dolor crónico, a diferencia de los hombres, obtuvieron puntuaciones significativas y más bajas en las escalas de *Auto-dirección* y *Cooperación*. Así, las mujeres con dolor crónico se caracterizaron por mostrar mayor fragilidad y culpa, pero también mayores sentimientos caritativos y benevolentes. En cambio los hombres se caracterizaron por presentar más baja autoestima.

Estas desviaciones en las escalas de *Carácter* (*Auto-dirección* y *Cooperación*) indican cierto grado de desadaptación personal y social en las mujeres de nuestra muestra que pueden ser causa o consecuencia de la enfermedad (nuestro diseño no nos permite averiguarlo). En cualquier caso, estas puntuaciones están indicando ineficacia en resolver las propias dificultades, escasez de recursos de afrontamiento, falta de seguridad en sí mismas y malestar emocional, así como relaciones emocionales dificultosas. Considerando en conjunto las características de *Temperamento* y de *Carácter* de las mujeres con dolor crónico, podemos suponer que éstas muestran un patrón de personalidad más desadaptativo ó desajustado, que los hombres con dolor crónico y que la población general.

Nuestra intención no es suponer la existencia de una personalidad típica de las personas con dolor crónico, pero ello no significa que pensemos que las variables de personalidad no influyan en la forma de percibir y afrontar la enfermedad. El estudio de la personalidad puede ser una herramienta valiosa, especialmente si se efectúa a partir de teorías con una sólida base biológica, como el TCI.

**Hipótesis 8.2.7.2** *En la muestra de pacientes con dolor crónico se espera que las relaciones entre las dimensiones del TCI y el EPQ sean complementarias.*

Las relaciones en nuestra muestra entre las dimensiones de personalidad de Eysenck y Cloninger corroboran, con ligeras variaciones, las propuestas por Zuckerman y Cloninger (1996). Encontramos, tal y como proponen los autores (Zuckerman y Cloninger, 1996), que la *Evitación al daño (HA)* correlacionó de forma moderada y positiva con el *Neuroticismo*, y negativa con la *Extraversión*. Se considera que tanto la *Evitación del daño (HA)* de Cloninger como el *Neuroticismo* de Eysenck describen características similares sobre

preocupación, ansiedad, miedo, etc. y que estas características son contrarias a las que muestra un individuo típico extrovertido que es despreocupado y sociable. En cambio esta dimensión de *HA* no parece relacionarse con el *Psicoticismo* (el *Neuroticismo*, también se considera una dimensión independiente y diferente del *Psicoticismo*). Sin embargo, observamos que en el grupo de mujeres la dimensión *HA* correlacionó de manera positiva con el *Psicoticismo*. No sabemos cómo se justifica esta relación. Consideramos que tal vez estos resultados (alta *Evitación al Daño (HA)* y el *Psicoticismo*) son indicativos de dimensiones que muestran gran inestabilidad y poca adaptación.

Como se esperaba, en el grupo de hombres con dolor crónico, la dimensión *Búsqueda de Novedad (NS)* se asoció a la *Extraversión*, pero no con el *Neuroticismo*. Lo cual significa que las personas con características impulsivas, exploratorias y excitables eran más extraversas y por supuesto sin rasgos de *Neuroticismo*. Sin embargo, en el grupo de mujeres con dolor crónico no se observó ninguna asociación, tal vez debido a las bajas puntuaciones que éstas obtuvieron en *NS*.

Tal y como se esperaba, en la dimensión de *Dependencia de la Recompensa (DR)* ambos grupos de la muestra obtuvieron relación positiva con la *Extraversión* y negativa con el *Psicoticismo*. Estas relaciones sugieren que las personas sociables, afectuosas, comunicativas y empáticas son más extraversas y no muestran rasgos psicóticos.

De acuerdo, con Zuckerman y Cloninger, (1996), la dimensión de *Persistencia* no se contempla dentro de las dimensiones propuestas por Eysenck, y por lo tanto, ésta no obtiene asociación significativa con ninguna dimensión del EPQ. En nuestra muestra observamos que la dimensión de *Persistencia* no obtuvo ninguna relación significativa con el EPQ.

Se considera que la dimensión de *Auto-dirección (SA)* mantiene relaciones moderadas y negativas con el *Psicoticismo* y el *Neuroticismo*. Lo anterior, sugiere que las personas más autosuficientes, responsables, con más alta autoestima y con mayor adaptación emocional tienen menos rasgos neuróticos y psicóticos. En las mujeres con dolor crónico observamos las correlaciones anteriores, pero además *SA* correlacionó de forma positiva con la *Extraversión*. Lo cual sugiere que las mujeres de nuestra muestra con mayor adaptación emocional eran más extraversas y con menos rasgos neuróticos y psicóticos. En el grupo de hombres con dolor crónico observamos que *SA* correlacionó de manera negativa con el *Neuroticismo* y que los rasgos psicóticos no se presentaron.

La dimensión de *Cooperación* (C) correlaciona negativamente con el *Psicoticismo*. Lo mismo se observó en los hombres con dolor crónico sólo que, además se obtuvo una asociación positiva con la *Extraversión*. Esto sugiere que las personas más tolerantes y empáticas, no tenían rasgos de tipo psicótico, pero que sí eran más extrovertidas. En las mujeres de la muestra observamos que la dimensión C correlacionó negativamente con el *Psicoticismo* y con el *Neuroticismo*. Lo que significa que las personas más tolerantes y empáticas, no tenían rasgos de tipo psicótico, ni neurótico. Finalmente, la *Autotrascendencia* es un componente que no se incluye en el modelo de Eysenck y no obtuvimos ninguna relación significativa.

Las relaciones entre las subescalas del TCI con las escalas del EPQ mostraron un patrón de asociación muy similar al obtenido en las escalas principales del TCI. En los hombres con dolor crónico, la única diferencia radicó en que las subescalas de *Autodirección* (SA) no mostraron ninguna asociación significativa. Lo cuál significa que estas personas consideradas como más maduras, autosuficientes y responsables no muestran desviaciones importantes en otras dimensiones de su personalidad.

En las mujeres con dolor crónico se observó un patrón de asociaciones distinto al de las escalas generales, en las siguientes subescalas: En *RD4 (Conformidad)*, que correlacionó negativamente con el *Neuroticismo*, lo cual significa que las mujeres de nuestra muestra más independientes emocionalmente mostraban menos rasgos neuróticos. La subescala *NS2 (Falta de reflexión)* que se asoció positivamente con el *Psicoticismo* y que puede indicar que las personas menos reflexivas muestran más rasgos psicóticos. La subescala *C2 (Empatía)* que correlacionó positivamente con *Extraversión*, lo cual sugiere que las personas más sensitivas y empáticas, eran más abiertas y sociables. Y, la subescala *ST1 (Ensimismamiento)* que correlacionó positivamente con la *Extraversión* indicando que las personas más autoconciencias eran más abiertas y sociables.

Las subescalas que incluye el TCI presentan menor poder de generalización que las dimensiones generales, pero mejoran las predicciones en situaciones específicas, sobre todo en el contexto clínico. Por eso consideramos que las divergencias encontradas, sobre todo en el grupo de mujeres con dolor crónico, se deben a las características propias de la muestra. Aunque el TCI de Cloninger nos da más información sobre la variabilidad de la personalidad que el EPQ de Eysenck, ambos instrumentos pueden considerarse complementarios.

**8.2.8 Describir en una muestra de pacientes con dolor crónico las relaciones que se establecen entre la intensidad del dolor, el estado de ánimo y los síntomas de ansiedad registrados durante el transcurso de 15 días.**

**Hipótesis 8.2.8.1** *Los pacientes con dolor crónico presentarán una evolución cambiante de la intensidad de su dolor, estado de ánimo y síntomas de ansiedad en el transcurso de 15 días.*

Los estudios sobre cómo varía la intensidad del dolor durante el transcurso del tiempo, han realizado evaluaciones de un mismo día, de semanas ó incluso meses. Las investigaciones que han evaluado los cambios de la intensidad del dolor en un mismo día, mencionan la presencia de fluctuaciones importantes. Algunos de estos estudios han observado que durante la mañana es más intenso el dolor que por la tarde. Los autores consideran, que la intensidad del dolor decrece por la tarde, paralelamente al decremento de la actividad física (Jamison y Brown, 1991 y Peters, et. al., 2000). Sin embargo, Vendrig y Lousberg (1997) observaron que los mayores aumentos del dolor se daban por la mañana y por la noche (observando el patrón de la "U"). Este patrón del dolor era más común en pacientes mujeres y pacientes que no trabajaban fuera de la casa.

Estudios que han evaluado la evolución de la intensidad del dolor durante varios días, han observado que la intensidad del dolor se mantiene más o menos estable en el tiempo. Por ejemplo, Peters, et. al. (2000) registraron la evolución de la intensidad del dolor (en pacientes con dolor crónico heterogéneo) durante 4 semanas, y observaron que la media del dolor no cambiaba substancialmente durante este tiempo (media = 3.67 (1.98) primer semana, media = 3.66 (2.03) segunda semana, media = 3.70 (2.04) tercera semana, y media = 3.61 (2.08) cuarta semana). Resultados similares se han observado en registros de la intensidad del dolor durante 7 días (Cruise, et. al., 1996) y durante 2 semanas (Kerns, Finn y Haythornthwaite, 1988).

Nosotros, en nuestra muestra, registrando la intensidad del dolor durante 2 semanas, obtuvimos resultados similares para el grupo de hombres con dolor crónico. En este grupo se observó que la media de dolor osciló entre 6.2 y 6.7 (DE = 3.0 y 2.9 respectivamente), mostrando puntuaciones del dolor más o menos estables. Sin embargo, en el grupo de mujeres con dolor crónico, la media del dolor osciló entre 6.3 y 7.0 (DE = 2.3 y 2.5

respectivamente), presentando un patrón de evolución más variable, con más saltos, aumentos y descensos en la intensidad del dolor.

Las pocas investigaciones que han estudiado las diferencias de género en la evolución de la intensidad del dolor, obtienen resultados poco consistentes. Por ejemplo, en evaluaciones de un mismo día, se ha observado que el patrón "U" (mayores aumentos del dolor por la mañana y por la noche) es más común en mujeres y en pacientes que trabajaban en casa (Haley, Turner y Romano, 1985 y Vendrig y Lousberg, 1997). También se han observado mayores niveles de dolor para la mujer por la mañana y para los hombres por la tarde (Andersen, et. al., 1999). Sin embargo, otros autores no encuentran diferencias significativas entre sexos (Peters, et. al., 2000).

Las diferencias de género en la experiencia del dolor se han estudiado ampliamente en contextos clínicos y de laboratorio. Los estudios clínicos informan que las mujeres tienden a experimentar más nivel de dolor que los hombres (Réthelyi, Berghammer y Kopp, 2001 y Riley y Gilbert, 2001). En situaciones experimentales (con métodos de presión, temperatura, descargas, etc.) se encuentran los mismos resultados entre sexos en el umbral del dolor y en la tolerancia del dolor (Rosenstiel y Keffe, 1983 y Fillingim y Maixner, 1995).

Diversos autores han tratado de explicar las razones por las cuales los hombres y las mujeres experimentan de forma distinta el dolor. En primer lugar, se ha argumentado una posible base hormonal y fisiológica diferente entre los sexos. Ulla (1999) observó que las mujeres durante el periodo menstrual y menopausico eran más sensibles al dolor y ante el estrés. Otra explicación ha sido considerar una educación que desde temprana edad enseña a los niños y a las niñas una forma diferente de expresar su dolor. Por ejemplo, se ha observado que en niños preescolares y escolares, las niñas reaccionan más al dolor llorando, gritando y/o mostrando cólera que los niños (Unruh, 1996). Otra evidencia la observaron Otto y Dougher, (1985) que encontraron que, en los hombres, la definición de masculinidad se relacionaba con un alto umbral del dolor. Los autores mencionan que la cultura y la sociedad refuerza que los niños y los hombres sean más duros o minimicen su dolor.

Otros estudios, desde una aproximación cognitiva, han examinado la respuesta psicológica del dolor y la diferencia entre sexos. Estos estudios revelan que los hombres y las mujeres

emplean diferentes estrategias cognitivas para hacer frente al dolor. Por ejemplo, se ha observado que la focalización atencional en las sensaciones dolorosas es una estrategia más útil para controlar y manejar el dolor en los hombres que en las mujeres (Keogh, Hatton y Ellery, 2000). También se ha encontrado en amplias muestras de sujetos, y en diversos contextos clínicos y experimentales, que la mujer enfrenta el dolor con pensamientos más catastróficos que el hombre; por ejemplo: en pacientes con dolor musculoesquelético (Jensen, et. al., 1994), en pacientes con artritis (Keefe, et. al., 2000), en pacientes con fibromialgia (Martin, et. al., 1996) y en estudiantes universitarios sin dolor (Rosenstiel y Keffe, 1983). El *catastrofismo* se considera una estrategia de afrontamiento del dolor desadaptativa, que se caracteriza por la falta de autoconfianza y autocontrol, así como la presencia de expectativas negativas respecto a los resultados esperados (Prieto, 1999).

El hecho de que las mujeres empleen más pensamientos de catastrofismo ante el dolor, explica el porqué ante los mismos niveles de dolor, éstas muestran mayor respuesta emocional e incapacidad física que los hombres. En este sentido, se considera probable que las mujeres experimenten más dolor que los hombres. Sin embargo, la siguiente cuestión es, ¿por qué la mujer enfrenta al dolor, con más pensamientos de catastrofismo que el hombre?. Varios estudios mencionan que el empleo del catastrofismo puede emerger desde edades tempranas. Bedard, et. al. (1997) preguntaron a estudiantes de primaria cómo manejaban el dolor (de cabeza, estómago, muscular, etc.). Observaron que el catastrofismo se asociaba con mayor frecuencia de episodios de dolor intenso y con mayor uso de medicación para controlar el dolor. El catastrofismo fue más común en mujeres que en hombres. Finalmente, otros autores sugieren que la educación y la sociedad refuerza más el pensamiento de catastrofismo en las niñas que en los niños. En un estudio se observó que los cuidadores respondían con más cuidados y atención a las niñas cuando se hacían daño que a los niños (Unruh, 1996). Estos autores consideran que el aumento de atención que reciben las mujeres durante situaciones de dolor, quizá hace que éstas prefieran utilizar estrategias angustiosas en situaciones sociales.

En nuestro estudio, también evaluamos la *evolución del estado de ánimo* y de los *síntomas de ansiedad* durante 2 semanas. Observamos que, contrariamente con la evolución de la intensidad del dolor, la evolución de los estados emocionales era bastante cambiante en el tiempo. En el grupo de hombres con dolor crónico la media del estado de ánimo osciló entre 4 y 5.5 (DE = 2.66 y 2.8, respectivamente) y la media de los síntomas de ansiedad

osciló entre 3.5 y 4.5 (DE = 2.84 y 2.81, respectivamente). En el grupo de mujeres con dolor crónico la media del estado de ánimo osciló entre 5 y 6 (DE = 2.66 y 2.8, respectivamente) y la media de los síntomas de ansiedad entre 5 y 5.8 (DE = 2.84 y 2.81, respectivamente). En las mujeres con dolor crónico se observó un patrón con bastantes saltos y con tendencia hacia el aumento de los síntomas depresivos y ansiosos. En cambio, en los hombres con dolor crónico, se observaron variaciones con tendencia a decrementos del estado de ánimo depresivo y ansioso.

No hemos encontrado otros estudios con pacientes con dolor crónico que hayan evaluado a través de registros las fluctuaciones del estado de ánimo y de los síntomas de ansiedad durante un determinado tiempo. Así que es difícil contrastar nuestros resultados. No obstante, cabe mencionar que, en ambos grupos la media de los síntomas de depresión obtenida a través de los registros diarios concuerda con la media obtenida a través del Beck. Es decir, los hombres con dolor crónico, obtuvieron en ambas evaluaciones síntomas leves de depresión (registros, media = entre 4.0 y 5.5 y Beck, media = 14.66) y las mujeres con dolor crónico síntomas moderados (registros, media = entre 5.0 y 6.0 y Beck, media = 20.51). Con respecto a los síntomas de ansiedad, es más difícil comparar los resultados, porque el STAI no proporciona puntuaciones categóricas del nivel de síntomas de ansiedad.

El diario de dolor es el instrumento de autoregistro que más se ha utilizado para recoger información sobre la evolución temporal de ciertos aspectos del dolor. Este instrumento es útil porque recoge información del acontecimiento a estudiar en el momento en que ocurre o en el momento más próximo. De esta forma, no existen problemas de distorsión por la memorización en la información (Penzo, 1989; Cruise, et. al., 1996 y Peters, et. al., 2000).

**Hipótesis 8.2.8.2** *La intensidad del dolor estará relacionada con el estado de ánimo y síntomas ansiosos registrados en el transcurso de 15 días.*

Resultados de estudios epidemiológicos señalan que el dolor crónico está fuertemente asociado con trastornos depresivos y ansiosos (Von Korff y Simon, 1996 y Spiegel, 1996). La relación dolor crónico y depresión es compleja y de difícil comprensión. En ella es difícil establecer cuál de los dos fenómenos es anterior al otro. En ocasiones, el dolor puede ser síntoma de una depresión, como en los cuadros de dolor idiopático (hipótesis 1). Otras veces la depresión se presenta como consecuencia de un cuadro doloroso (hipótesis 2) y

puede mantenerse debido a las limitaciones que produce el dolor en las personas (hipótesis 3, de la *mediación cognitivo conductual*). También existe la posibilidad de que el dolor sea un factor de riesgo para la depresión, sobre todo en los casos con antecedentes depresivos (hipótesis 4, de la *cicatriz*). Finalmente, se han estudiado ciertos neurotransmisores (ejemplo, serotonina) que están implicados en el dolor y la depresión, para conocer si ambos fenómenos parten de una base biológica similar (hipótesis 5).

La relación entre el dolor crónico y la ansiedad es menos complicada. Se considera que la ansiedad puede influir en la percepción del dolor de dos formas: aumentándolo ó disminuyéndolo. Por un lado, se considera que sensaciones relacionadas con la ansiedad, tal como el miedo, pueden disminuir la intensidad del dolor en situaciones que entrañan peligro (hipótesis 1) y, por otra parte, se considera que la ansiedad facilita e incluso aumenta la percepción del dolor (hipótesis 2).

Diversas investigaciones se han dedicado a evaluar estas relaciones (dolor crónico - trastornos emocionales: depresión y ansiedad). Por ejemplo, en pacientes con cáncer, se observó que los pacientes que presentaban altas puntuaciones de dolor mostraban mayores síntomas de depresión, ansiedad y hostilidad, que los pacientes que no presentaban dolor (Ahles, Blanchard y Ruckdeschel, 1983). En pacientes con cefalea y lumbalgia, se observó que los pacientes que clasificaban su dolor como extremadamente intenso, mostraban mayores síntomas de depresión y ansiedad que los pacientes que clasificaban su dolor como moderado ó leve (Morales y Niño, 2001). También se ha observado una relación significativa y positiva entre el nivel de intensidad del dolor y la presencia de ansiedad y depresión en pacientes reumáticos (Pastor, et. al., 1990) y en pacientes con dolor temperomandibular (Madland, Feinmann y Newman, 2000).

En nuestra muestra encontramos que, en las mujeres, correlacionó de manera muy significativa y moderada la intensidad del dolor con el estado de ánimo y los síntomas de ansiedad durante 15 días. Sin embargo, en los hombres, se observó que sólo en algunos días la relación era significativa y moderada entre la intensidad del dolor con el estado de ánimo y los síntomas de ansiedad.

Estos resultados sugieren que existen diferencias en la percepción del dolor entre los hombres y las mujeres. Al parecer el estado de ánimo y los síntomas de ansiedad tienen poco que ver en la percepción del dolor en los hombres con dolor crónico. No obstante, en

las mujeres con dolor crónico se observa una relación positiva entre el estado de ánimo depresivo, síntomas de ansiedad y la intensidad del dolor. Aunque la metodología empleada en nuestro estudio no nos permita realizar afirmaciones de causalidad, sí nos da ciertas indicaciones sobre la dirección de esta relación (dolor crónico - depresión y ansiedad). En este sentido consideramos que los resultados expuestos en el grupo de mujeres con dolor crónico, son coherentes con los obtenidos en los estudios referidos al papel de la ansiedad como facilitadora de la percepción del dolor. Desde, este planteamiento (hipótesis 2) se considera que la ansiedad provoca un doble efecto en el dolor: 1) influyendo sobre el grado de tensión muscular de la persona y 2) creando un aumento de la percepción del dolor, ya que disminuye el umbral del dolor. La tolerancia al dolor disminuye cuando la persona se encuentra ansiosa y como consecuencia, el dolor aumenta la ansiedad y a su vez la ansiedad aumenta el dolor. Este círculo vicioso fue denominado por Bonica (1977) *dolor-tensión-dolor*.

Nuestro estudio no resuelve la cuestión de causalidad planteada entre el dolor crónico y la depresión. No podemos determinar hasta qué punto la sintomatología depresiva es provocada por la intensidad del dolor o si la misma depresión se expresa con síntomas de dolor en las mujeres de nuestra muestra. Peteet, Tay y Choe, (1986) y Spiegel, (1996) mencionan que la depresión puede presentarse como consecuencia y causa del dolor. Estos autores han observado que en los pacientes con cáncer existe una apreciable influencia de los estados emocionales sobre el dolor, pero también una gran influencia del dolor sobre el estado emocional. Tal vez la depresión, al igual que la ansiedad, desempeña un papel de facilitación de la percepción del dolor.

Las diferencias de sexo respecto a las variables nivel de dolor, depresión y ansiedad, ya se ha observado en otros estudios. En éstos se ha encontrado que en las mujeres se obtienen más correlaciones positivas y significativas entre la intensidad del dolor y los síntomas depresivos. En cambio en los hombres, se observa mayor relación positiva y significativa entre la intensidad del dolor y el nivel de actividad (Marbach, Richlin y Lipton, 1983, Timmermans y Sternbach, 1976, Haley, Turner y Romano, 1985 y Von Korff y Simon, 1996).

Los estudios que han evaluado la respuesta emocional ante el dolor en mujeres y hombres, encuentran que las mujeres tienden a mostrar más preocupación e irritación que los hombres (Unruh, 1996). Como ya comentamos anteriormente, el empleo de

pensamientos catastróficos es más común en las mujeres con dolor crónico que en los hombres con dolor crónico. Este hecho, puede explicar el por qué las mujeres con dolor crónico muestran mayor respuesta emocional negativa que los hombres con dolor crónico.

### **8.2.9 Evaluar en sujetos con dolor crónico la relación entre características de personalidad e intensidad del dolor registrada durante el transcurso de 15 días.**

**Hipótesis 8.2.9.1** *En los pacientes con dolor crónico la intensidad del dolor correlacionará positivamente con el Neuroticismo.*

Se ha observado que el *Neuroticismo* se relaciona negativamente con el umbral del dolor (Lynn y Eysenck, 1961). Además, varios estudios han encontrado que el *Neuroticismo* relaciona positiva y significativamente con la intensidad del dolor (Affleck, et. al., 1992 y Russo, et. al., 1997).

En nuestra muestra, no obtuvimos diferencias estadísticamente significativas entre la intensidad del dolor con respecto a las puntuaciones de *Neuroticismo*. Sin embargo, observamos que en las mujeres con dolor crónico, existió una relación positiva y con tendencia hacia la significación ( $r = 0.26$ ,  $p = 0.06$ ) entre la intensidad del dolor y el *Neuroticismo*. En los hombres con dolor crónico sólo se observó una relación positiva entre la intensidad del dolor y el *Neuroticismo* ( $r^2 = 0.11$ ,  $p = 0.52$ ).

**Hipótesis 8.2.9.2** *En los pacientes con dolor crónico la intensidad del dolor correlacionará negativamente con la Extraversión.*

La relación entre *Extraversión* y conducta de dolor es complicada. Algunos estudios señalan que los pacientes extravertidos tienen mayor tolerancia al dolor (Lynn y Eysenck, 1961) bajo nivel de experiencia del dolor (Bon y Pearson, 1969) y un alto umbral para el dolor (Haslam, 1967; Bartol y Costello (1976). Sin embargo, otros estudios no han encontrado estas asociaciones (Leon, 1974; Mumford, Newton y Ley, 1973; Brown, Fader y Baber, 1973; Levine, Tursky y Nicols, 1966 y Martin y Inglis, 1965). Otros estudios han encontrado que los pacientes extravertidos expresan su sufrimiento más frecuentemente que los introvertidos (Eysenck, 1967; Gordon y Hitchcock, 1983; Bond, Glynn y Thomas, 1976 y Harkins, Price y Braith, 1989). Hay investigaciones que sugieren que las personas extravertidas muestran mejor adaptación a la enfermedad. Estos estudios han observado

que aunque los pacientes extravertidos manifiestan más su conducta de dolor (tanto en casa como en el hospital), informan de menos problemas emocionales que los pacientes introvertidos (Wade, et. al., 1992 y Marasso, et. al., 1996).

Los resultados de nuestro estudio no encontraron relaciones significativas entre la intensidad del dolor y las puntuaciones en *Extraversión*. Observamos que en los hombres con dolor crónico existió una relación positiva ( $r^2 = 0.18$ ,  $p = 0.30$ ) y en las mujeres con dolor crónico una relación negativa, entre la intensidad del dolor y la *Extraversión* ( $r = -0.07$ ,  $p = 0.61$ ).

Estos resultados sugieren que la variable *Extraversión* se relaciona con la intensidad del dolor de forma distinta entre los hombres y las mujeres de nuestra muestra. Tal vez, en los hombres de nuestra muestra, los rasgos de *Extraversión* están relacionados con la capacidad de expresión y comunicación del dolor. Es decir, los hombres más extravertidos expresan más su sufrimiento y se quejan más que los menos extravertidos. Ya algunas investigaciones han mencionado que las características de personalidad extravertida-introvertida, son importantes para determinar la libertad con la cual los síntomas del dolor son comunicados (por ejemplo, petición de analgésicos, etc.). En este sentido, el exceso de quejas no necesariamente significa que el paciente tenga mucho dolor y, al contrario la falta de quejas tampoco significa que el paciente no tenga dolor (Bond, 1971 y Bond y Pilowsky, 1966).

Los resultados para las mujeres de la muestra, resaltan más los rasgos de tipo introvertido en relación con la intensidad del dolor. Algunos autores han señalado que en el dolor crónico, la personalidad de tipo introvertido se relaciona más con problemas emocionales (Bond y Pearson, 1969). En nuestra muestra las mujeres han obtenido mayores puntuaciones en sintomatología depresiva y ansiosa que los hombres. En este sentido, creemos que los rasgos de extraversión en las mujeres de nuestra muestra no están directamente relacionados con la percepción del dolor, si no que funcionan como protectores del estrés producido por la enfermedad.

En general, nuestros resultados confirman la importancia de considerar en los pacientes con dolor crónico la presencia de síntomas depresivos y ansiosos. También resaltan la necesidad de considerar en estos pacientes las diferencias entre sexos en relación a como perciben el dolor y el grado en que los trastornos emocionales están implicados. Observamos que la experiencia de sufrir dolor crónico tiene un impacto más negativo en las mujeres que en los hombres, lo cual nos hace suponer que este tipo de trastorno tiene un fuerte componente cultural y biológico.

Nuestros resultados mostraron que los pacientes con dolor crónico presentan rasgos de personalidad más desadaptativos y relacionados con más estados emocionales displacenteros que la población general. Las características de temperamento (alta *Evitación del Daño* y baja *Búsqueda de Novedad*) son similares a las encontradas en muestras con trastornos de ansiedad y trastornos de somatización. En este sentido, podemos decir que estas características temperamentales predisponen a la aparición de trastornos mentales. Los rasgos de personalidad en estos pacientes, es decir la forma en que perciben, sienten, piensan, afrontan y se comportan ante el dolor, puede jugar un papel fundamental tanto en la génesis como en el mantenimiento de la enfermedad.

Nuestros datos también indican que no es suficiente con poseer una base biológica (ó ciertos rasgos de temperamento) con predisposición a la aparición de trastornos mentales, si no que también el medio social y el ambiente que rodea al sujeto desempeñan un papel determinante en el resultado. Tal vez por eso, los hombres de nuestra muestra, a pesar de tener características de temperamento similares a las mujeres, no mostraron el mismo patrón de personalidad desadaptativo y grado de malestar emocional.

Nuestra investigación está lejos de ser exhaustiva y deja abiertas numerosas preguntas para investigaciones futuras; por ejemplo, sería muy interesante evaluar en observaciones longitudinales, si cambian las estrategias de afrontamiento en distintos momentos de la enfermedad, de dolor agudo a crónico. Evaluar si cambian las estrategias de afrontamiento utilizadas en hombres y mujeres con dolor crónico, tanto en el ámbito experimental como en el clínico. Conocer si las estrategias de afrontamiento, básicamente el *catastrofismo* está relacionado con la mayor incidencia de depresión en las mujeres con dolor crónico, realizar estudios trasculturales para conocer las diferentes formas de percibir y afrontar el dolor en ambos sexos, etc.

Finalmente, los resultados de nuestro estudio también muestran una importante implicación en la intervención del dolor. Primero, permite a los clínicos reconocer que existen diferencias de género importantes en la experiencia del dolor. Segundo, ayuda a planear intervenciones diferentes entre los sexos. Y tercero, incluye en el tratamiento el empleo de estrategias de afrontamiento eficaces ante el dolor, ya que la utilización de estas estrategias afectará a la adaptación del paciente, favoreciendo su recuperación.

Lo anterior no quiere decir que en el tratamiento psicológico no se incluya las técnicas recomendadas por los autores como: apoyo social, expresión emocional, reestructuración cognitiva, asertividad y técnicas de relajación progresiva, meditación, biofeedback, hipnosis y tratamientos operantes. El dolor como experiencia compleja y polivalente, requiere de un tratamiento en conjunto. Nuevamente, observamos la importancia del trabajo multidisciplinario, y el peso de conceptos como el de "clínica del dolor", para una mayor comprensión y tratamiento de estos pacientes. Deben trabajar en equipo anestesiólogos, neurólogos, psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales, etc. aportando cada uno desde sus ópticas elementos para el saber y la cura del dolor.

---

# 9 CONCLUSIONES

## 9.1. Conclusiones generales del estudio

A continuación presentamos una síntesis de las conclusiones más importantes a las que hemos llegado:

1. Las características demográficas de nuestra muestra, se asemejan a las descritas en la literatura. La mayoría de nuestros pacientes con dolor crónico, presentaron el siguiente perfil: alta prevalencia de mujeres, con edad media para los hombres de 56.5 años y para las mujeres de 54.8 años. La mayoría casados, con nivel de estudios primarios, y que realizan oficios físicamente duros, tales como trabajo obrero, servicios de limpieza y/o amas de casa. Además, muchos pacientes en la actualidad se encuentran de baja laboral.

2. En nuestra muestra, la prevalencia de psicopatología personal y familiar no fue tan alta como en otros estudios que han llegado a obtener hasta el 50% (Katon, Egan y Miller, 1985 y Ferrer, 1993). Sin embargo, encontramos que un 40% de nuestros pacientes presentaba antecedentes de psicopatología personal y un 30% familiar. También, debemos destacar lo siguiente:

- Los antecedentes psicológicos personales y familiares eran principalmente de tipo depresivo.
- Se observó alta presencia de antecedentes familiares con enfermedad de dolor (52.5%) muy similar al dolor principal que presentaba la muestra (dorsalgia/lumbalgias).
- Se observó, entre los pacientes con dolor crónico alto padecimiento de otras enfermedades físicas importantes (51.5%).

- Aproximadamente la mitad de la muestra relacionó el inicio de su enfermedad con algún acontecimiento físico y/o con algún acontecimiento vital. Entre éstos, la mayoría relacionó el inicio de su enfermedad con una intervención quirúrgica (32.7%) y/o con un acontecimiento vital relacionado con pérdidas (38.6%).

**3.** Los pacientes de la muestra presentaron el siguiente perfil de dolor: localización en más de una zona, mayor prevalencia de dolor de tipo continuo, larga evolución e intensidad moderada. La mujeres con dolor crónico, presentaron mayor tiempo de evolución del dolor y mayor intensidad del dolor que los hombres.

**4.** La gran mayoría de los pacientes de la muestra mencionó que el dolor crónico repercutía considerablemente en su vida diaria: trabajo remunerado, trabajo doméstico, relaciones sexuales, hábito de sueño, estado de ánimo y aficiones ó distracciones.

**5.** Los pacientes con dolor crónico presentan altos porcentajes de sintomatología depresiva en comparación con la población general. Sólo la cuarta parte de los pacientes presentó síntomas severos de depresión (23.8%).

**6.** Las mujeres de la muestra obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas que los hombres, en variables indicativas de trastornos emocionales como sintomatología depresiva (con el BECK) y sintomatología ansiosa (con el STAIE/R).

**7.** En las características de personalidad con el EPQ: Las mujeres con dolor crónico muestran divergencias importantes respecto a las mujeres de la población general. Se observan puntuaciones significativas y altas en *Neuroticismo* y *Psicoticismo*, y puntuaciones significativas y bajas en *Extraversión* y en *Sinceridad*. Los hombres con dolor crónico muestran una distribución normal en casi todas las dimensiones de personalidad, con excepción de la escala de *Sinceridad* que fue significativamente más baja en este grupo con respecto a la población general.

**8.** En ambos grupos de la muestra se observó que las puntuaciones altas en *Neuroticismo* relacionaron de manera significativa con la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa. Se observó que las tendencias a altas puntuaciones en *Extraversión*, se relacionan con puntuaciones menores en depresión y ansiedad. Sólo en las mujeres con dolor crónico esta relación fue significativa.

**9.** El dolor de tipo continuo y la larga evolución del dolor se relacionan de manera significativa con la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa en los pacientes con dolor crónico.

**10.** Los pacientes con dolor crónico presentan alta incidencia de trastorno psiquiátrico. El grupo de pacientes con dolor crónico considerado con trastorno psiquiátrico puntuó de manera significativa y mayor en depresión, ansiedad y Neuroticismo en comparación con el grupo de pacientes con dolor crónico clasificados como no caso. Sólo las mujeres con dolor crónico y con trastorno psiquiátrico puntuaron de manera significativa y menor en Extraversión.

**11.** En el TCI, los pacientes con dolor crónico respecto a la población general presentaron en las escalas de Temperamento: Alta *Evitación del Daño*, baja *Búsqueda de Novedad* y baja *Persistencia*. En las escalas de Carácter las mujeres con dolor crónico, a diferencia de los hombres con dolor crónico y de la población general, obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en *Auto-dirección* y *Cooperación*. En conjunto (tomando en cuenta las características de *Temperamento* y de *Carácter*), las mujeres con dolor crónico, muestran un patrón de personalidad más desadaptativo ó desajustado, que los hombres con dolor crónico y que la población general.

**12.** La intensidad del dolor registrada durante el transcurso de 15 días se mantiene más o menos estable en el tiempo. Sin embargo, el patrón de evolución en las mujeres con dolor crónico es más variable, con más saltos en la intensidad del dolor. Las mujeres con dolor crónico experimentan mayor intensidad del dolor que los hombres con dolor crónico.

**13.** La evolución de los estados emocionales registrada durante el transcurso de 15 días es cambiante en el tiempo.

**14.** Sólo en las mujeres de la muestra se observa una relación positiva y significativa entre la intensidad del dolor y la sintomatología depresiva y ansiosa.

**15.** No se establecen relaciones significativas entre la intensidad del dolor y las dimensiones de personalidad *Neuroticismo-Extraversión*. Hay una relación positiva entre el *Neuroticismo* con la intensidad del dolor. Existen diferencias entre sexos en relación a

*Extraversión y la intensidad del dolor: las mujeres con dolor crónico tienden a mostrar más introversión y los hombres con dolor crónico más Extraversión.*

---

## BIBLIOGRAFÍA

AFFLECK, G., TENNEN, H., URROWS, S. & HIGGINS, P. (1992). Neuroticism and the pain-mood relation in rheumatoid arthritis: Insights from a prospective daily study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **60** (1), 119- 126.

AHLES, T., A., BLANCHARD, E., B. & RUCKDESCHEL, J., C. (1983). The multidimensional nature of cancer related pain. *PAIN*, **17**, 277-288.

AIKENS, J. E., REINECKE, M. A., PLISKIN, N. H., FISCHER, J. S., WIEBE, J. S., McCACKEN, M. L. & TAYLOR, J. L. (1999). Assessing Depressive Symptoms in Multiple Sclerosis: Is It necessary to omit items from the original Beck Depression Inventory?. *Journal of Behavioral Medicine*, **22**, 127-142.

AL ABSI, M. & ROKKE, P., D. (1991). Can anxiety help us tolerate pain?. *PAIN*, **46**, 43-51.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. Washington, D. C. : APA.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)*. Washington, D. C. : APA.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, D. C. : APA.

AMIGO, V. I., FERNÁNDEZ, R.C. & PÉREZ A. M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid; Pirámide.

ANDERSEN, J., E., ISACSSON, S., O., LINDGREN, A. & OBAECK, P. (1999). The experience of pain from the shoulder-neck area related to the total body pain, self-experienced health and mental distress. *PAIN*, **82**, 289-295.

ARNSTEIN, P., CAUDILL., M., MANDLE, L., C., NORRIS, N. & BEASLEY, R. (1999). Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *PAIN*, **80**, 483-491.

ASMUNDSON, G., J.; NORTON, G., R., & ALLERDINGS, M., D. (1997). Fear and avoidance in dysfunctional chronic back pain patients. *PAIN*, **69**, 231-236.

AYUSO, J. L., BAYON, C., De SALAS, J., ORDÓÑEZ, P., OLIVARES, D. & SANTO-DOMINGO, J. (1993). Dolor precordial atípico y ansiedad: II. estudio de morbilidad psiquiátrica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, **26**, 12-15.

BARTOL, C., R. & COSTELLO, N. (1976). Extraversion as a function of temporal duration of electrical shock: An exploratory study. *Perceptual and Motor Skills*, **42**, 1174.

BASSOLS, A., BOSCH, F., CAMPILLO, M., CAÑELLAS, M. & BAÑOS, J. E. (1999). An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *PAIN*, **83**, 9-16.

BAÑOS, J. & BOSCH, F. (1995). Conceptos generales en Algología. En: L. Aliaga, J. E. Baños, C. de Barutell, J. Molet, A. Rodríguez de la Serna (eds.). *Tratamiento del dolor. Teoría y Práctica*. Ed. MOR. Cap. 1, 2-8.

BECK, A. T., WARD, C. H. MENDELSON, M., MOCK, J. & ERBAUGH, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, **4**, 561-571.

BECK, A. T., STEER, R., A. & BROWN, G., K. (1996). The Beck Depression Inventory II. Psychological Corporation, San Antonio, TX.

BEECHER, H., K. (1959). *Measurement of subjective responses: Quantitative effects of drugs*. New York: Oxford.

BEDARD, G., B., REID, G., J., McGRATH, P., J. & CHAMBERS, C., T. (1997). Coping and self-medication in a community sample of junior high school students. *Pain Research Manage*, **2**, 151-156.

BLUMER, D. & HEILBRONN, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, **170**, 381-406.

BOND, M., R. (1971). Relation of pain to the Eysenck Personality Inventory, Cornell Medical Index and Whitely Index Hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, **119**, 671-678.

BOND, M., R. & PILOWSKY, I. (1966). Subjective assessment of pain and its relationship to the administration of analgesics in patients with advanced cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, **10**, 203.

BOND, M., R., GLYNN, J., P. & THOMAS, D., G. (1976). Relation between pain and personality in patients receiving pentazocine (Fortral) after surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, **20**, 369-381.

BOND, M., R. & PEARSON, I., B. (1969). Psychological aspects of pain in women with advanced cancer of the cervix. *Journal of Psychosomatic Research*, **17**, 257-263.

BONICA, J., J. (1977). Neurophysiologic and pathologic aspects of acute and chronic pain. *Archives of Surgery*, **112**, 750-761.

BRESLAU, N., CHILCOAT, H., D. & ANDRESKI, P. (1996). Further evidence on the link between migraine and neuroticism. *Neurology*, **47**, 663-667.

BROWN, R., A., FACER, K. & BARBER, T., X. (1973). Responsiveness to pain: Stimulus-specificity versus generality. *Psychological Records*, **23**, 1-7.

BROWN, G., K. & NICASSIO, P., M. (1987). Development of questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *PAIN*, **31**, 53-64.

BURNS, W., J., MULLEN, T., J., HIGDON, J., L., WEI, M., J. & LANSKY, D. (2000). Validity of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS): prediction of physical capacity variables. *PAIN*, **84**, 247-252.

CAILLIET, R. (1995). *Dolor mecanismos y manejo*. México, D.F.: Manual Moderno.

CANETE, J., R. (1993). Origins of Chronic Anxiety Based of the Tridimensional Theory of Cloninger. Doctoral Dissertation, Department of Pharmacology and Psychiatry. Autonomous University of Barcelona.

CARLOSSON, A. M. (1986). Personality characteristics of patients with chronic pain in comparason with normal controls and depressed patients. *PAIN*, **25**, 373-382.

CASADO, M., I. & URBANO, L., N. (2001). Dolor crónico y efecto negativo. Universidad Complutense de Madrid, Dpto. Psicología Básica. *INTERPSIQUIS*, (2).

CERVERO, F. & LAIRD, J. (1995). Fisiología del dolor. En: L. Aliaga, J. E. Baños, C. de Barutell, J. Molet, A. Rodríguez de la Serna (eds.). *Tratamiento del dolor. Teoría y Práctica*. Ed. MOR. Cap. 2, 9-25.

CLONINGER, C. R., PRZYBECK T. R. & SVRAKIC, D., M. (1991). *The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. Normative Data*. *Psychological Reports*, **69**, 1047-1057.

CLONINGER, C. R., PRZYBECK T. R., SVRAKIC, D. M. & WETZEL, R., D. (1994). *The temperament and Character Inventory (TCI): A guie to its development and use*. Center for Psychobiology of Personality. Washington University. St. Louis, Missouri.

COSTELLO, M., R., HULSEY, L., T., SCHOENFELD, S., L. & RAMAMURTHY, S. (1987). P-A-I-N: a four cluster MMPI typology for chronic pain. *PAIN*, **30**, 199-209.

CRISSON, J., KEEFE, J., F., WILKINS, H., R., COOK, A., W. & MUHLBAIER, H., L. (1986). Self-report of depressive symptoms in low back pain patients. *Journal of Clinical Psychology*, **42 (3)**, 425-430.

CRUISE, C., E., BRODERICK, J., PORTER, L., KAELL, A. & STONE, A., A.. (1992). Reactive effects of diary self-assessment in chronic pain patients. *PAIN*, **67**, 253-258.

CROMBEZ, G., ECCLESTON, C., BAEYENS, F. & EELLEN, P. (1998). When somatization information threatens, catastrophic thinking enhances attention e interference. *PAIN*, **75**, 187-198.

CROMBEZ, G., VLAEYEN, W., S., J., HEUTS, H., T., P. & LYSENS, R. (1999). Pain related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain related fear in chronic pain disability. *PAIN*, **80**, 329-339.

CHANG, L., MAYER, A., E., JOHNSON, T., FITZGERALD, Z. L. & NALIBOFF, B. (2000). Differences in somatic perception in female patients with irritable bowel syndrome with and without fibromyalgia. *PAIN*, **84**, 297-307.

DAHLSTROM, M., G., WELSH, G., S. & DAHLSTROM, L., E. (1972). *An MMPI handbook: Clinical Interpretation*. (rev.ed.) Minneapolis University of Minnesota Press. Vol. 1.

DAVIDSON, P., O. & McDougall, C., E., A. (1969). Personality and pain tolerance measures. *Perceptual and Motors Skills*, **28**, 787-790.

DEGOOD, E., D., CUNDIFF, W., G., ADAMS, E., L. & SHUTTY, S., M. (1993). A psychosocial and behavioral comparison of reflex sympathetic dystrophy, low back pain and headache patients. *PAIN*, **54**, 317-322.

DEROGATIS, L. (1977). The SCL-90-R: Administration scoring and procedures manual I. *Clinical Psychiatric Research*, Baltimore.

DONHAM, G., W., MIKHAIL, S., F. & MEYERS, R. (1984). Value and consensual ratings in differentiatng organic and functional low back pain. *Journal of Clinical Psychology*, **40** (2), 432-439.

DOHRENWEND, P. B., RAPHAEL, K. G., MARBACH, J. J. & GALLAGHER, R. M. (1999). Why is depression comorbid with chronic myofascial face pain? A family study test of alternative hypotheses. *PAIN*, **83**, 183-192.

DWORKIN, S., F., VON KORFF, M. & LeRESCHE, L. (1990). Multiple pains and psychiatric disturbance. *Archives General Psychiatry*, **47**, 239-244.

EDWARDS, L., PERCE, S., TURNER-STOKES, L. & JONES, A. (1992). The pain beliefs questionnaire : and investigation of belief in the causes and consequences of pain. *PAIN*, **51**, 267-272.

ELORZA, CASAS & CASAIS. (1997). Aspectos Psiquiátricos del dolor. En: Torres (ed.). *Tratamiento y conceptos generales del dolor*. Cap. 13, 9-25.

ETSCHEIDT, A., M. & STEGER, G., H. (1995). Multidimensional Pain Inventory profile classifications and psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, **51**(1), 29-36.

EYSENCK, H. J. (1967). Biological basis of personality. En: S. Kugelmass (ed.). *American lecture series no. 689: American lectures in living chemistry*. Springfield II. Charles C. Thomas, 347-390.

EYSENCK, H., J. & EYSENCK, S., B., G. (1968). Manual of the Eysenck Personality Inventory. San Diego: Educacional and Industrial Testing Service.

EYSENCK, H., J. & EYSENCK, S., B., G. (1975). Manual of the Eysenck Personality Questionnaire. London: Hodder, Stoughton.

EYSENCK, H. J. & EYSENCK, S. B. G. (1995). EPQ. *Cuestionario de Personalidad para niños (EPQ-J) y adultos (EPQ-A)*. Manual. Madrid: TEA Ediciones.

FELDMAN, I., S., DOWNEY, G. & SCHAFFER-NEITZ, R. (1999). Pain, negative mood and perceived support in chronic pain patients: A daily diary study of people with reflex sympathetic dystrophy syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **67** (5), 776-785.

FERNÁNDEZ, E. & TURK, D., C. (1989). The utility of cognitive coping strategies for altering pain perception: A meta analysis. *PAIN*, **38**, 123-135.

FERRER PÉREZ, V. A. (1992). *Dolor crónico: Análisis de Factores Psicosociales y de Personalidad que pueden influir en su percepción*. Tesis Doctoral.

FERRER P., GONZÁLEZ B. V. & MANASSERO M. A. (1993/94). Conducta anormal de enfermedad en pacientes con dolor crónico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, **28/29**, 91-101.

FERRER P., GONZÁLEZ B. V. & MANASSERO M. A. (1994). Evaluación psicosocial del paciente con dolor crónico: una revisión. *DOLOR*, **9**, 162-170.

FERRER P., GONZÁLEZ B. V. & SOLER H. E. (1997). Evaluación de creencias sobre dolor en paciente con dolor crónico y su madulación por las experiencias previas. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, **41**, 15-24.

FILLINGIM, B., R., EDWARDS, R., R. & POWELL, R. (2000). Sex dependent effects of reported familial pain history on recent pain complaints and experimental pain responses. *PAIN*, **86**, 87-94.

FISHBAIN, D., A., GOLDBERG, M., MEAGHER, B., R., STEELE, R. & ROSOMOFF, H. (1986). Male and female chronic pain patients categorized by DSM-III psychiatric diagnostic criteria. *PAIN*, **26**, 181-197.

FISHBAIN, A., D., CUTLER, R., ROSOMOFF, L., H., & ROSOMOFF, S., R. (1997). Chronic pain associated depression: Antecedent or consequence of chronic pain? a review. *The Clinical Journal of Pain*, **13**, 116-137.

FLOR, H., KNOST, B. & BIRBAUMER, N. (2002). The role of operant conditioning in chronic pain: an experimental investigation. *PAIN*, **95**, 111-118.

FORDYCE, W. E. (1976). Behavioral methods for chronic pain and illness. St. Louis: C. W. Mosby.

FOSSEY, M., D.; LYDIARD, R., B.; MARSH, W., H.; STUART, G., W. y MORTON, W., A. (1989). Personality assessment in female patients with irritable bowel syndrome and anxiety disorders. *Psychosomatic Medicine*, **51**, 253-254.

FRANCE, R. D., HOUTP, L. J., SKOTT, A., RAMA, K. R. & VARIA, I. M. (1986). Depression as a Psychopathological Disorder in Chronic Low Back Pain Patients. *Journal of Psychosomatic Research*, **30 (2)**, 127-133.

FRANZ, C., PAUL, R., BAUTZ, M., CHOROBA, B. & HILDEBRANDT, J. (1986). Psychosomatic aspects of chronic pain: a new way of description based on MMPI item analysis. *PAIN*, **26**, 33-43.

GARCÍA, P., G. (1998). *Estudio de la evaluación neuropsicológica y psiquiátrica del paciente con esclerosis múltiple*. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona, Dpto. de Psiquiatría y Psicobiología Clínica.

GARCÍA ESTEVE, LL.. (1991). Psicopatología en el patrón de conducta tipo A. *Monografías de Psiquiatría*, **3**, 15-19.

GATCHEL, R. J. & WEISBERG, J. N. (2000). Introducción. En: Robert, J.G.y James, N. (eds). *Personality characteristics of patients with pain*. Washintong, DC.; American Psychological Association, 3 - 22.

GEISSE, E. M., ROTH, S. R. & ROBINSON, E. M. (1997). Assessing depression among persons with chronic pain using the center for epidemiological studies-depression scale and the Beck depression inventory: A comparative analysis. *The Clinical Journal of Pain*, **13**, 163-170.

GERTRUDIS, I., J., M., KEMPEN, M., H. & ORNEL, J. (1997). Personality, chronic medical morbidity and health-related quality of life amog older persons. *Health Psychology*, **16 (6)**, 539-546.

GONZÁLEZ; B., R. (1993). Aspectos psicológicos del dolor crónico. En: Simón, M. A. (ed.). *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.

GORDON, A. & HITCHCOCK, E., R. (1983). Illness behavior and personality in intractable facial pain syndromes. *PAIN*, **17 (3)**, 267-276.

GUTIÉRREZ, P de I., F. (1998). El Modelo de los siete factores de Cloninger. Validación en población toxicómana. Universitat de Barcelona. Facultad de Medicina.

HAGBERG, M., KILBOM, A.; BOCKLE, P. & FINE, L. (1993). Strategic for prevention of work related musculoskeletal disorders. *News Applied ergonomics*; **24 (1)**, 64-67.

HALEY, W., E.; TURNER, J., A. & ROMANO, J., M. (1985). Depression in chronic pain patients: relation to pain, activity and sex differences. *PAIN*, **23 (4)**, 337-343.

HANSEN, R., F., SORENSEN, B., F. & SCHROLL, M. (1995). Minnesota Multiphasic Personality Inventory Profiles in person with or without low back pain. *SPINE*, **20 (24)**, 2716-2720.

HARKINS, S., W., PRICE, D., D. & BRAITH, J. (1989). Effects of extroversion and neuroticism on experimental pain, clinical pain, and illness behavior. *PAIN*, **36**, 209-218.

HASLAM, D., R. (1977). Individual differences in pain threshold and level arousal. *British Journal of Psychology*, **58 (1-2)**, 139-142.

HURSEY, K., G. & JACKS, S., D. (1992). Fear of pain in recurrent headache sufferers. *Headache*, **23**, 283-286.

HYPPÄ, M. T., ALARANTA, H., HURME, M., NYKVIST, F. & LAHTEL, K. (1988). Gender differences in psychological and cortisol responses to distress: a five year follow-up of patients with back pain. *Stress Medicine*. **4**, 115-121.

IASP (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN). (1979). Pain terms. A list with definitions and notes on usage. *PAIN*, **6**, 249-252.

JAMISON, R., N. & BROWN, G., K. (1991). Validation of hourly intensity profiles with chronic pain patients. *PAIN*, **45**, 123-128.

JAMISON, K. FERRER-BRECHNER, M., T., BRECHNER, V., L. & McCREARY, C., P. (1976). Correlation of personality profile with pain syndrome. En: J. J. Bonica y D. Albe- Fessard (eds.). *Advances in pain research and therapy*. New York, Raven Press. Vol 1, 317-321.

JENSEN, I., NYGREN, A., GAMBERALE, F., GOLDIE, I. & WESTERHOLM, P. (1994). Coping with long-term musculoskeletal pain and its consequences is gender a factor?. *PAIN*, **57**, 167-172.

JENSEN, M., P.; TURNER, J., A., ROMANO, J., M. & STROM, S., E. (1995). Chronic pain Coping Inventory: Development and preliminary validation. *PAIN*, **60**, 203-216.

JENSEN, M., P.; DAWN, M., E., HOFFMAN, A., J., PATTERSON, D., R., CZERNIECKI, J., M. & ROBINSON, R., L. (2002). Cognitions, coping and social environment predict adjustment to phantom limb pain. *PAIN*, **95**, 133-142.

KATON, W., EGAN, K. & MILLER, D. (1985). Chronic pain: lifetime psychiatric diagnoses and family history. *American Journal Psychiatric* **142**, 1156-1160.

KEFFE, J. F., LEFEBVRE C. J., EGERT, R. J., AFFLECK, G., SULLIVAN, J. M. & CALDWELL S. D. (2000). The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in osteoarthritis patients: the role of catastrophizing. *PAIN*, **87**, 325-334.

KEOGH, E., HATTON, K. & ELLERY, D. (2000). Avoidance versus focused attention and the perception of pain: differential effects for men and women. *PAIN*, **85**, 225-230.

KERNS, R., D.; TURK, D., C. & RUDY, T., E. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *PAIN*, **23**, 345-356.

KERNS, R., D., FINN, P. & HAYTHORNTHWAIT, P. (1988). Self-monitoring pain intensity: psychometric properties and clinical utility. *Journal of Behavior Medicine*, **11**, 71-82.

KIGHT, M., GATCHEL, R., I. & WESLEY, L. (1999). Temporomandibular disorders: evidence for significant overlap with psychopathology. *Health Psychological*, **18**, 177-182.

KRAUSE, S. J., TART, R. C., & MARGOLIS, R. B. (1989). Cognitive styles and personality traits as predictors of response to therapy in pain patients. *Personality and Individual Differences*, **10 (3)**, 313-322.

KREITLER, S., CARASSO, R. & KREITLER, H. (1989). Cognitive styles and personality traits as predictors of response to therapy in pain patients. *Personality Individual Differences*, **10 (3)**, 313-322.

KREITLER, S., GOHAR, H., EZER, T. & NIV D. (1999). Pain Characteristics and their psychosocial and clinical correlates. *The Pain Clinic*, **11 (4)**, 313-327.

LAMPE, A.; SOLLNER, W.; KRISMER, M. M.; RUMPOLD, G., KANTNER-RUMPLMAIR, W., OGON, M. & RATHNER, G. (1998). The impact of stressful live events on exacerbation of chronic low-back pain. *Journal of Psychosomatic Research*, **44 (5)**, 555-563.

LARGE, G., L. (1985). Self- concepts and illness attitudes in chronic pain. A repertory grid study of a pain management programme. *PAIN*, **23**, 113-119.

LARSEN, R., J. (1992). Neuroticism and selective encoding and recall of symptoms: Evidence from a combined concurrent-retrospective study. *Journal and Personality and Social Psychology*, **62**, 480-488.

LAURENCE, A., MACDONALD, H. & JAWORSK, M. (1992). Assessment of Psychological Status Using Interviews and Self-Report Instruments. En: Dennis C. Turk & Ronald Melsack.(eds.). *Handbook of pain assessment*. The Guilford Press, New York, London. Parte III, Chapter 12.

LAUVER, S., C. & JOHNSON, J., L. (1997). The role of neuroticism and social support in older adult with chronic pain behavior. *Personality and Individual Differences*, **23** (1), 165-167.

LEAVITT, F. (1985). The value of the MMPI conversion "V" in the assessment of psychogenic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, **29** (2), 125-131.

LEON, B. (1974). Pain perceptions and extraversion. *Perceptual and Motor Skills*, **38**, 510.

LEVINE, F., M., TURSKY, B. & NICHOLS, D., C. (1966). Tolerance for pain, extraversion and neuroticism: Failure to replicate results. *Perceptual and Motor Skills*, **23**, 847-850.

LOBO, A. (1981, 1986). *Screening de trastornos psíquicos en la práctica médica*. Facultad de Medicina y Hospital Clínico Universitario; Zaragoza. Trabajo no editado.

LOBO, A. FOLSTEIN, M., F. (1984). An experimental study on the biobehavioral aspects and psychiatric disturbances of cancer patients. 5th International Symposium of the European, U.R.S.S. Working Group for Psychosomatic Cancer Research.

LOESER, J., D. & BLACK, R., G. (1975). A taxonomy of pain. *PAIN*, **1**, 81-84.

LOVE, W. A. (1987). Depression in chronic low back pain patients: diagnostic efficiency of three self-report questionnaires. *Journal of Clinical Psychology*, **43** (1), 84-88.

LUSTMAN, P. J., CLUSE, R., E., GRIFFITH, L., S., CARNEY, R., M. & FREEDLAND, K., E. (1997). Screening for depression in diabetes using the Beck Depression Inventory. *Psychosomatic Medicine*, **59** (1), 24-31.

LYNN, R. & EYSENK, H., J. (1961). Tolerance for pain, extraversion and neuroticism. *Perceptual and Motor Skills*, **12**, 161-162.

LLORCA, M.A. & DÍEZ SÁNCHEZ. (1996). Psicopatología del dolor oncológico. *DOLOR*, **11**, 25-30.

MADLAND, G., FEINMANN, CH. & NEWMAN, S. (2000). Factors associated with anxiety and depression in facial arthromyalgia. *PAIN*, **84**, 225-232.

MAGNI, G., MORESCHI, C., RIGATTI-LUCHINI, S. & MERSKEY, H. (1994). Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *PAIN*, **56**, 289-297.

MARASSO, G., COSTANTINI, M., BAROCCO, G., BORREANI, C. & CAPELLI, M. (1996). Assessing psychological distress in cancer patients: Validation of a self-administered questionnaire. *Oncology*, **53**, 295-302.

MARBACH, J. J. & LUND, P. (1981). Depression, Anhedonia and Temporomandibular joint and other facial pain syndromes. *PAIN*, **11**, 73-84.

MARBACH, J. J. RICHLIN, D., M. & LIPTON, J., A. (1983). Illnes behavior, depression and anhedonia and in myofascial face and back pain patients. *Psychoterapy Psychosomatic*, **39**, 47-54.

MARCOS, T. (1988). La escala NF/F: una medida del dolor (funcional u organico) en pacientes cancerosos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, **6**, 16-20.

MARTIN, Y., M., BRADLEY, A., L., ALEXANDER, W., R., ALARCÓN, S., ALEXANDER, T., M., AARON, A., L. & ALBERTS, R., K. (1996). Coping strategies predict disability in patients with primary fibromyalgia. *PAIN*, **68**, 45-53.

MARTIN, J., E. & INGLIS, J. (1965). Pain tolerance and narcotic addiction. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, **4**, 224-229.

MARTÍNEZ, J., E., BOSI, M., F., MATOS, F., A. & ATRA, E. (1995). Psychological aspects of brazilian women with fibromialgia. *Journal of Psychosomatic Research*, **39 (2)**, 167-174.

MEDRANO, J., URIARTE, J., J. & MALO, P. (2000). Depresión y dolor. *ITERPSIQUIS*, **4 (4)**.

MELZACK, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major propierties and scoring methods. *PAIN*, **1**, 277-299.

MELZACK, R. & CASEY, K. L. (1968). Sensory, motivational and central controlterminants of pain: A new conceptual model. En: D. Kenshalo (ed.), *The skin senses*. Springfield, III: Charles C. Thomas, 168-194.

MELZACK, R. & WALL, P. (1965). *Pain mechanism. A new theory*. *Science*, **150**, 971-979.

McCRACKEN, M., L.. & GROSS, R., T. (1993). Does anxiety affect coping with pain?. *PAIN*, **9**, 253-259.

McCRACKEN, M., L., SPERTUS, L., I., JANECK, S., A., SINCLAIR, D. & WETZEL, T., F. (1999). Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: pain-related anxiety and acceptance. *PAIN*, **80**, 283-289.

McCREARY, C., TURNER, J. & DAWSON, E. (1977). Differences between funtional versus organic low back pain. *PAIN*, **4**, 73-78.

McCREARY, M., L. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *PAIN*, **74**, 21-27.

McGRATH, E., R., SEWEENEY, M., O'MALLEY, B., W. & CARLTON, K., T. (1998). Identifying psychological contributions to chronic pain complaints with the MMPI-2: The role of the *K* scale. *Journal of Personality Assessment*, **70 (3)**, 448-459.

MCNEIL, W., D., MICHAEL, A., R., ZVOLENSKY, J., M., MCKEE, R., D., KLINEBERG, J., I. & HO, C., CH. (2001). Fear of pain in orofacial pain patients. *PAIN*, **89**, 245-255.

MILLARD, R., W. & KINSLER, B., L. (1992). Evaluation of constricted affect in chronic pain: An attempt using the Toronto Alexythymia Scale. *PAIN*, **50**, 287-292.

MILLON, T., GREEN, C., J. & MEAGHER R., B. (1982). *Millon Behavioral Health Inventory*. (3rd ed.) Minneapolis, M. N: National Computen Sistem.

MILLON, T. & ROGER, D. (1998). *Trastornos de la Personalidad más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

MORIN, M. C., GOUGLAS, D. & WADE, J. (1998). Self-reported sleep and mood disturbance in chronic pain patients. *The Clinical Journal of Pain*, **14**, 311-314.

MONTI, A., D., HERRING, L., C., SCHWARTZMAN, J., R. & MARCHESE, M. (1998). Personality assessment of patients with complex regional pain syndrome type I. *The Clinical Journal of Pain*, **14**, 295-302.

MORALES, C., M. I. & NUÑO, L., U., P. (2001). Dolor crónico y afectivo negativo. *INTERPSIQUIS*, **2**.

MORRIS, L., M. (1979). Extraversion and Introversion: An interactional perspective. Hemisphere, Washington D.C.

MUMFORD, J., M., NEWTON, A., V. & LEY, P. (1973). Personality, pain perception and pain tolerance. *British Journal of Psychiatry*, **64**, 105-107.

MURIEL, V. & MADRID, A. (1994). *Estudio y Tratamiento del dolor Agudo y Crónico*. Tomo 1. ELA: Barcelona.

NICASSIO, M., P., SCHUMAN, C., RADOJEVIC, V. & WEISMAN, H., M. (1999). Helplessness as a mediator of health status in fibromyalgia. *Cognitive Therapy and Research*, **23 (2)**, 181-196.

NOVY, M. D., NELSON, V. D., BERRY, L. A. & AVERRILL, M. P. (1995). What does the Beck depression inventory measure in chronic pain?: a reappraisal. *PAIN*, **61**, 261-270.

OKIFUJL, K., TURK, C., D. & CURRAN, L., S. (1999). Anger in chronic pain investigations of anger targets and intensity. *Journal of Psychosomatic Reserach*, **47** (1), 1-12.

OMS (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*. Madrid: Meditor.

OTTMAN, K., HONG, S. & LIPTON, R.B. (1993). Validity of family history data on severe headache and migraine. *Neurology*, **43**, 1954-1960.

OTTO, M., W. & DOUGHER, M., J. (1985). Sex differences in responsivity to pain. *Percept Motor Skills*, **61**, 383-390.

PASTOR, M. A., RODRÍGUEZ, J., LÓPEZ, S., SÁNCHEZ, S., SALAS E. & PASCUAL, E. (1990). Factores Psicosociales y Dolor Crónico en Pacientes Reumáticos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, **13**, 42-49.

PENZO, W. (1989). *El dolor crónico. Aspectos Psicológicos*. Ed. Martínez Roca.

PERÉZ ECHEVERRÍA, M. J. (1985). Correlaciones entre trastornos endocrinológicos, niveles hormonales en sangre, variables de personalidad y alteraciones psicopatológicas. Tesis Doctoral Facultad de Medicina de Zaragoza.

PETERS, M., L., SORBI, M., J., KUISE, A., D., KERSSENS, J., J., VERHAAK, F., P. & BENSING, J., M. (2000). Electronic diary assessment of pain, disability and psychological adaptation in patients differing un duration of pain. *PAIN*, **84**, 181-192.

PETEET, J., TAY, V. & CHOEN, G. (1986). Pain characteristics and treatment in an outpatient cancer population. *Cancer*, **57**, 1259-1265.

PETRIE, A. (1960). Some psychological aspects of pain and the relief of suffering. *Annals of the New York Academy of Science*, **85**, 13-37.

PHILLIPS, M., J. & GATCHEL, R., J. (2000). Extraverison-Introversion and Chronic pain. En: Robert, J.G.y James, N. (eds). *Personality characteristics of patients with pain*. Washintong, DC.; American Psychological Association. Cap. 8 (pp. 181- 202).

PILOWSKY, I. (1978). A general classification of abnormal illness behaviour. *British Journal of medical psychology*, **51**, 131-137.

PRIETO, V., J. (1999). *El dolor crónico. Aspectos psicoevolutivos en la edad adulta*. Ed. PROMOLIBRO, Valencia.

PRIETRI-TALEB, F., RIIHIMÄKI, H., VVIKARI-JUNTURA, E. & LINDSTRÖM, K. (1994). Longitudinal study on the rol of personality characteristics and psychological distress in neck trouble among working men. *PAIN*, **58**, 261-267.

RÉTHELYI, M. J., BERGHAMMER, R. & KOPP, S. M. (2001). Comorbidity of pain-associated disability and depressive symptoms in connection with sociodemographic variables: results from a cross-sectional epidemiological survey in Hungary. *PAIN*, **93**, 115-121.

RILEY, L., J. & GILBERT, G., H. (2001). Orofacial pain symptoms: an interaction between age and sex. *PAIN*, **90**, 245-256.

RICHARDSON, P., H., BLACK, J., N., JUSTINS, M., D. & WATSON, J., D., R. (1999). The use of stop signals to reduce the pain and distress of patients undergoing a stressful medical procedure: An exploratory clinical study. *British Journal of Medical Psychology*, **72**, 397-405.

RILEY, L. J. & GILBERT, H. G. (2001). Orofacial pain symptoms: an interaction between age and sex. *PAIN*, **90**, 245-256.

ROBAINA, A.; C., LEÓN, P., I., M. & SEVILLA, M., D. (2000). Epidemiología de los trastornos osteomioarticulares en el ambiente laboral. *Revista Cubana Medicina General Integrada*, **16**, (6), 531-539.

ROBINSON, H., KIRK, R., F., FRYE, R., F. & ROBERTSON, J., T. (1972). Psychological study of patients with rehumatoid arthritis and other painful diseases. *Journal of Psychosomatic Reserach*, **16**, 53-56.

ROSENSTIEL, A., K. & KEEFE, F. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *PAIN*, **17**, 33-44.

RUSSO, J., KATON, W., LIN, E., VON KORFF, S., BUSH, T., SIMON, G. & WALKER, E. (1997). Neuroticism and extraversion as predictors of health outcomes in depressed primary care patients. *Psychosomatics*, **38** (4), 339-348.

SALVADOR, L.. (1987). Morbilidad psiquiátrica en pacientes oncológicos. Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza.

SINGER, E. J., ZORRILLA, C., FAHY-CHANDON, B., CHI, S., SYNDULKO, K. & TOURTELLOTTE, W., W. (1993). Painful symptoms reported by ambulatory HIV-infected men in longitudinal study. *PAIN*, **54**, 15-19.

SKEVINGTON, S. M. (1983). Chronic Pain and Depression: Universal of Personal Helplessness. *PAIN*, **15**, 309-317.

SMITH, T., W. & WILLIAMS, P., G. (1992). Personality and health: Advantages and limitations of the five-factor model. *Journal of Personality*, **60**, 395-423.

SPIEGEL, D. (1996). Cancer and depression. *British Journal of Psychiatry*, **168**, (suppl. 30) 109-116.

SPIELBERGER, C. D., GORSUCH, R. L & LUSHENE, R. E. (1973). *STAI Cuestionario de Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado*. Manual. Madrid: TEA Ediciones.

STERNBACH, R. A. (1986). Survey pain in the U. S. The Nuprin Pain Report. *The Clinical Journal of Pain*, **2**, 49-53.

STROUD, W., M., THORN, E., B., JENSEN, P., M. & BOOTHBY, L., J. (2000). The relation between pain beliefs, negative thoughts and psychosocial functioning in chronic pain patients. *PAIN*, **84**, 347-352.

SULS, J., & FLETCHER, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies: a meta analysis. *Health Psychology*, **4**, 249-288.

TAENZER, P., MELZACK, R., & JEANS, M., E. (1986). Influence of psychological factors on post-operative pain, mood, and analgesic requirements. *PAIN*, **24**, 331-342.

TAIT, C., R. & CHIBNALL, T. J. (1998). Attitude profiles and clinical status in patients with chronic pain. *PAIN*, **78**, 49-57.

TAN, S., Y. (1980). *Acute pain in a clinical setting: Effects of cognitive behavioral skills training*. University of Montreal, Quebec.

TIMMERMANS, G. & STERNBACH, R. D. (1976). Human chronic pain and personality: A canonical correlation analysis. En: J.J. Bonica y D. Albe-Fessard (eds.). *Advances in Pain Research and Therapy*. New York, Raven Press, vol. 1, 307-310).

TOOMEY, T. C., GOVER, V. F. & JONES, B. N (1983). Spatial distribution of pain: a descriptive characteristics of chronic pain. *PAIN*, **17**, 289-300.

TURK, D. C. & FLOR, J. (1987). Pain behaviors: the utility and limitations of the behavior construct. *PAIN*, **31**, 277-295.

TURK, D., C. & RUDY, T., E. (1988). Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: integration of psychological assessment data. *Journal Consult Clinical Psychology*, **56**, 233-238.

TURK, D., C. & MEICHENBAUM, D. (1994). A cognitive-behavioral approach to pain management. En: Wall, P., D. & Melzack, R. (eds.). *Text book of pain*. 3rd ed. London:Churchil Livingstone. pp. 1337-1348.

TURK, D. C.; SIST, T., C.; OKIFUJI, A.; MINER, M., F.; FLOR, G.; HARRISON, P.; MASSEY, J.; LEMA, M., L. & ZEVON, M., A. (1998). Adaptation to metastatic cancer pain, regional/local cancer pain and non-cancer pain: role of psychological and behavioral factors. *PAIN*, **24**, 247-2956.

TURNER A. J. & ROMANO, M. J. (1984). Self-report screening measures for depression in Chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology*, **40** (4), 909-913.

TURNER, A., J., JENSEN, P., M. & ROMANO, M. J. (1984). Do beliefs, coping and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain. *PAIN*, **85**, 115-125.

ULLA, A., M. (1999). *Fibromyalgia Syndrome in Women - a Stress Disorder? Neurobiological and hormonal Aspects*. Dissertation for the degree of doctor. UPPSALA University.

UNRUH, A., M. (1996). Gender variations in clinical pain experience. *PAIN*, **65**, 123-167.

VAN DEN HOUT, H., C., J., VLAEYEN, W., S., Houben, M., A., R., SOETERS, P.M, A. & PETERS, L., M. (2001). The effects of failure feedback and pain-related fear on pain report, pain tolerance, and avoidance in chronic low back pain patients. *PAIN*, **92**, 247-257.

VÁLDES, M. (1998). Otros trastornos neuróticos y psicosomáticos. En: J. Vallejo Ruiloba. (ed.). *Introducción a la Psicopatología y la psiquiatría*. 4ta. Edición: MASSON. Cap. 34, 583-590.

VALLEJO, M. A. (1984). *Estudio y Tratamiento del Dolor*. Tesis Doctoral.

VENDRIG, A. & LOUSBERG, R. (1997). Within-person relationships among pain intensity, mood and physical activity in chronic pain: a naturalistic approach. *PAIN*, **73**, 71-76.

VENDRIG, A., A., MEY, R., H., DERKSEN, J.L., J. & VAN AKKERVEEKEN, F., P. (1998). Assessment of chronic back pain patient characteristics using factor analysis of the MMPI-2: which dimensions are actually assessed?. *PAIN*, **76**, 179-178.

VIDAL, L., F. & MONTERO M., A. (1988). Problemática del Tratamiento del dolor en España. En: Varios. *Tratamiento insuficiente del dolor*. Madrid: Instituto de Ciencias del Hombre, 95-1903.

VON KORFF, M. ORMEL, J., KEEFE, J. F. & DWORKIN, S. F. (1992). Clinical Section. Grading the severity of chronic pain. *PAIN*, **50**, 133-149.

VON KORFF, M., LE RESCHE, L. & DWORKIN, F. S. (1993). First onset of common pain symptoms: a prospective study of depression as a risk factor. *PAIN*, **55**, 251-258.

VON KORFF, M. & SIMON, G. (1996). The relationship between pain and depression. *British Journal of Psychiatry*, **168**, (suppl. 30) 101-108.

VLAEYEN, W. S., J. & LINTON, S., J. (2000). Fear avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *PAIN*, **85**, 317-332.

WADE, J., B., DOUGHERTY, L., M., HART, L., P., RAFII, A., & PRICE, D., D. (1992). Canonical correlation analysis of the influence of neuroticism and extraversion on chronic pain, suffering and pain behavior. *PAIN*, **51** (1), 67-73.WADDELL, G. NEWTON, M., HENDERSON, I.,

SOMERVILLE, D. & MAIN, C., A. (1993). Fear- Avoidance beliefs in chronic low back pain: and disability. *PAIN*, **52**, 157-168.

WANG, W., WANG, Y., FU, X., M., SUN, Z. & SCHOENEN, J. (1999). Auditory evoked potentials and multiple personality measures in migraine and post-traumatic headaches. *PAIN*, **79**, 235-242.

WESLEY, L. A., GATCHEL, R. J., GAROFALO, P. J. & POLATIN, P.B. (1999). Toward More Accurate Use of de Beck Depression Inventory with Chronic Back Pain Patients. *Clinical Journal of Pain*, **15**, 117-121.

WILLIAMS, D., A. & THORN, B., E. (1989). An empirical assessment of pain beliefs.. *PAIN*, **36**, 351-358.

WILLIAMSON, G., M. & SCHULZ, R. (1992). Pain, activity restriction, and symptoms of depression among community residing elderly adults. *Journal Gerontology*, **47 (6)**, 367-372.

WILSON, G. (1978). Introversion/extraverison: En: H. & Exner, J., R. (eds.). *Dimensions of Personality*. London. Willey, New York.

WOODEFORDE, J. M. & MERSKEY, H. (1972), Personality Traits of patients with chronic pain. *Journal of Psychosomatic Reserch*, **16**, 165-172.

WÚLFF, J. (1998). Fibromialgia: aspectos psicopatológicos y psicosociales. *DOLOR*, **13**, 88-98

ZAUTRA, J., A., HAMILTON, A., N. & BURKE, M., H. (1999). Comparison of stress responses in women with two types on chronic pain: Fibromyalgia and Osteoarthritis. *Cognitive Therapy and Research*, **23 (2)**, 209-230.

ZIEGLER, D., K. & PAOLO, A., M. (1995). Headache symptoms and psychological profile of headache prone individuals. *Archives of Neurology*, **52**, 602-606.

ZIGMOND, A. S. & SNAITH, R., P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **67**, 361-370.

ZUCKERMAN, M., & CLONINGER, C., R. (1996). Relationships between Cloninger's , Zuckerman's and Eysenck's dimensions of personality. *Personality and Individual Differences*, **21**, 283-285.

ZUNG, W., W., K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, **12**, 63-70.

## **ANEXO 1.**

**Protocolo de datos demográficos y  
clínicos del paciente**

## DATOS DEL PACIENTE

### 1) Datos Demográficos

Paciente No: \_\_\_\_\_

Fecha actual: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: Femenino

Masculino

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  Divorciado(a)

Si estuvo casado alguna vez: ¿Cuántas veces ha estado casado legalmente? Matrimonios

Cuántos hijos vivos tiene Hijos

Vive sólo o con otros:

Solo      En pareja (mínimo 1 año)      En su propia casa      En casa de los  
pero no casado legalmente.      con esposa y/o hijos.      padres o hijos.

En casa de hermanos      En casa compartida      En residencia      Otros  
u otros parientes no      con otros parientes  
directos.      o amigos.

Especificar: \_\_\_\_\_

Lugar de Residencia:    Localidad: \_\_\_\_\_  
Rural      Intermedia      Urbana

Educación:      
Sin estudios      Primarios      Medios      Universidad

Ocupación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Empleado	Jubilado	Estudiante	Trabajo en casa
D e s e m p l e a d o :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Baja laboral :	1) Temporal	En paro		
	2) Permanente			
Motivo:	<hr/> <hr/> <hr/>			

Clase Social:

Cuadros y Profesiones liberales

01 = Cuadros ejecutivos y directivos.  
 02 = Profesiones Liberales.  
 03 = Escritores, artistas, actores de variedades y deportistas.

Empleos técnicos, comerciales y administrativos

04 = Técnicos u ocupaciones auxiliares relacionadas.  
 05 = Agentes comerciales.  
 06 = Trabajos de auxiliar administrativo, incluyendo personal de oficina.

Empleos de Servicios

07 = Empleos de hogar (privados).  
 08 = Servicios públicos de vigilancia y seguridad.  
 09 = Otros trabajos de servicios.

Empleos agrícolas, forestales y pesqueros

10 = Trabajadores y cuadros agrícolas.  
 11 = Otras ocupaciones agrícolas, forestales y pesqueras.

Artesanos y trabajados cualificados

12 = Mecánicos y reparadores, oficios de la construcción, mineros, elaboración de productos de precisión.

Trabajadores, albañiles y jornaleros

13 = Operadores de maquinaria, montadores y capataces.  
 14 = Trabajos de transporte y mudanzas.  
 15 = Obreros, equipo de limpieza, ayudantes y jornaleros.

Otros

16 = Militares,  
 17 = Incapacitados,  
 18 = Amas de casa.  
 19 = No ha trabajado nunca.  
 20 = Estudiante a tiempo completo.  
 21 = Sin trabajo/jubilado

99 = Desconocido/No contesta.

## 2) Datos Clínicos

### Antecedentes

a) Existencia de algún antecedente psicopatológico personal:

si  no

b) En caso de que sí, especificar: \_\_\_\_\_

c) Existencia de antecedentes familiares psicopatológicos:

si  no

d) En caso de que sí, especificar: \_\_\_\_\_

e) Existencia de antecedentes familiares con dolor crónico:

si  no

f) En caso de que sí, especificar: \_\_\_\_\_

g) Antecedentes importantes antes de la ocurrencia del dolor:

Accidente       Enfermedad       Cirugía       No conocido

Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

h) Edad en la cual comenzó el dolor: \_\_\_\_\_

i) Tratamientos previos y efectos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

j) Acontecimientos vitales en los 6 meses precedentes al dolor:

ninguno       Pérdida de algún familiar  
ó persona cercana.       Nacimiento       Cambio de estatus marital

Pérdida del trabajo       Cambio de trabajo       Cambio de vivienda

Otros: \_\_\_\_\_

---

---

### **Caracterización del dolor actual**

a) Tipo de dolor (especificación médica): \_\_\_\_\_

c) Localización del dolor: \_\_\_\_\_

d) Irradiaciones (extensión del dolor, zonas):

<input type="checkbox"/>					
1	2	3	4		más de 4

f) Duración del dolor (especificar días, meses y años): \_\_\_\_\_

g) Duración de más de 6 meses:

si  no

h) Empleo de medicación actual:

si  no

i) Tipo de medicación y tratamiento: \_\_\_\_\_

j) Existencia de otra(s) enfermedad(es):

si  no

k) En caso de que sí, especificar cuál(es) y el tratamiento aplicado para ésta(s):

### *Interferencia del dolor sobre la vida*

a) Repercusiones del dolor:

Sueño: 1) conciliación  
2) continuidad  
3) duración  
4) calidad

Humor ó  
estado de ánimo

Relaciones  
sexuales

Trabajo  
doméstico

Trabajo  
fuera de casa.

Aficiones y distracciones       Ingresos familiares       Otros

Especificar: \_\_\_\_\_

b) Atribución del dolor por parte del paciente:

Físico       Psicológico       Ambos

## Comentarios: