

Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico

Psychological aspects relevant to chronic pain research and treatment

M.^a MAGDALENA TRUYOLS TABERNER¹

JAVIER PÉREZ PAREJA¹

M.^a MAGDALENA MEDINAS AMORÓS¹

ALFONSO PALMER POL¹

ALBERT SESÉ ABAD¹

RESUMEN

En la actualidad, el dolor se entiende como un fenómeno complejo y multi-dimensional, en el que el individuo no sólo tiene una experiencia perceptiva, sino también afectiva, que está condicionada por múltiples elementos interactivos -biológicos, psíquicos y socioculturales- (Melzack y Wall, 1965; Melzack y Casey, 1968). Así, las variables cognitivas y emocionales, concretamente la ansiedad, la tristeza y la ira, parecen explicar mejor que las variables de personalidad las diferencias individuales en cuanto a percepción y tolerancia al dolor. Así mismo, la falta de expresión emocional se ha relacionado claramente con una mayor experiencia dolorosa. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento que movilizan acciones instrumentales (activas) y recursos internos, así como la búsqueda de apoyo social, se asocian a un mejor ajuste y funcionamiento cotidiano, del mismo modo que las creencias de incontrolabilidad del dolor, una baja creencia de autoeficacia en el mismo y recurrentes pensamientos catastrofistas, se asocian a una mayor incapacidad, inadaptación y peor ajuste.

¹ Facultad de Psicología. Universidad de las Islas Baleares.

ABSTRACT

Pain is currently understood as a complex and multifaceted phenomenon where the individual has not only a perceptive experience but also an affective experience which is influenced by a number of interactive elements – whether biological, psychological or socio-cultural (Melzack and Wall, 1965; Melzack and Casey, 1968). Therefore, cognitive and emotional variables such as anxiety, sadness and rage seem to better explain individual differences in pain perception and tolerance. Likewise, lack of emotional expressiveness is clearly related to a higher painful experience. On the other hand, coping strategies leading to (active) instrumental actions, inner resources, and the search of social support are associated to a better daily fit and functioning, whereas lack of pain control beliefs, low perceived self-efficacy belief and recurrent catastrophic thoughts are associated to a higher inability, unfit and lower fit.

PALABRAS CLAVE

Dolor, Ansiedad, Tristeza, Ira, Apoyo Social, Autoeficacia.

KEY WORDS

Pain, Anxiety, Sadness, Rage, Social Support, Self-efficacy.

INTRODUCCIÓN

El dolor es el factor principal que determina la búsqueda de ayuda y la queja más común de las personas que solicitan los cuidados de salud (Bayés, 1986; McCaffery y Beebe, 1992). Históricamente ha recibido diferentes consideraciones que van desde planteamientos simplistas hasta los modernos modelos multidimensionales (Gamsa, 1994), llegando a la consideración actual del dolor como un fenómeno complejo multidimensional que surge a partir de la evidencia neurológica y experimental de los trabajos de Melzack y Wall y su Teoría de la Puerta del Dolor (Melzack y Wall, 1965; Melzack y Casey, 1968) y de la propia definición de la IASP (International Association for the Study of Pain, 1979, 1986) como una **“experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a una lesión hística presente o potencial o que es descrita en términos de esta lesión”**. Esta definición invalida la conceptualización del dolor como modalidad exclusivamente sensorial y otorga especial importancia a la subjetividad del paciente (Chapman, 1986; Gala et al., 2003), destacando el papel de los factores psicológicos como mediadores de la percepción, mantenimiento y exacerbación del dolor, pudiendo estar desencadenado o no por procesos biológicos (Belloch, 1989). La consideración de las variables psicológicas moduladoras del dolor ha permitido, a su vez, la progresiva e imparable incorporación de la Psicología y los psicólogos a su estudio y tratamiento (Gildenberg, 1992; Jarana y León, 1990).

Las aportaciones de las diferentes corrientes psicológicas han evolucionando desde las iniciales consideraciones psicodinámicas del dolor como síntoma de alguna disfunción psicológica subyacente, hasta las más interesantes y prolíficas aportaciones del Conductismo (reacción a un daño tisular) como el planteamiento de las *conductas de dolor* (Merskey y Spear, 1967; Fordyce, 1978), instrumentos de evaluación y aproximación terapéutica. El desarrollo del Cognitivismo enfatizó la importancia del significado y la experiencia del dolor, verificando experimentalmente la influencia de los componentes motivacionales y de pensamiento en su expresión y reacción, examinando las variables intervinientes como las creencias, atribuciones, expectativas, autoeficacia, autocontrol, atención, afrontamiento, resolución de problemas, autoinstrucciones e imaginación (Turk, 1978; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983).

A partir de los años 80 el dolor en general, y el dolor crónico en particular, se entienden como una experiencia subjetiva compleja cuyo acercamiento debe realizarse desde una perspectiva integral biopsicosocial, en la que el dolor es considerado resultado de la interacción de elementos biológicos que pueden provocar y mantener distintas dolencias, de factores psicológicos que influirán en la percepción de la experiencia subjetiva interna y de elementos socioambientales moduladores de la percepción de la estimulación nociceptiva y moldeadores de las respuestas del organismo

(Miró, 2003; Turk y Rudy, 1992). La contribución de los factores psicológicos se hace especialmente relevante y obvia en el caso del dolor crónico (Ackerman y Stevens, 1989; Meilman, 1984; Philips, 1991) en el que la propia cronificación del dolor es considerada una enfermedad en sí misma (Bonica, 1976).

Las técnicas psicológicas persiguen cambiar las actitudes y comportamientos aprendidos en relación al dolor crónico, incluyendo desde técnicas de relajación, biorretroalimentación, hipnosis, técnicas cognitivas y de condicionamiento operante, encaminadas a cambiar tanto la conducta manifiesta como la experiencia subjetiva de dolor (Kutz, Caudill y Benson, 1985; Turner y Chapman, 1982).

A lo largo de este trabajo, realizaremos un breve recorrido por las variables psicológicas y de personalidad que han centrado la investigación en el ámbito del dolor crónico, sirviendo de base para el resto de los artículos que conforman este Monográfico.

VARIABLES PSICOLOGICAS Y DOLOR CRONICO

Desde 1968, las emociones se han establecido como una de las dimensiones que configura la experiencia de dolor (Melzack y Casey, 1968). Algunos autores han destacando la estrecha relación entre el sistema de modulación nociceptiva y el sustrato neuroquímico de las emociones, pudiendo éstas favore-

cer o dificultar el sistema natural de regulación o modulación del dolor (Esteve, Ramirez y López, 2001; Vallejo y Comeche, 1999; Vallejo, 2000).

El componente afectivo del dolor incorpora toda una gama de emociones negativas en cuanto a su cualidad. Las más estudiadas y relevantes en la literatura sobre dolor crónico han sido, la depresión, la ansiedad y, en menor medida, la ira. Estas emociones se han relacionado tanto con la génesis, como con el mantenimiento y la exacerbación del dolor crónico en su aspecto psicológico y físico (Ackerman y Stevens, 1989; Almay, 1989; Fordyce, 1978; Gatchel, Polatin y Kinney, 1995; Klenerman et al., 1995; Lebovits y Bassman, 1996), con la frecuencia de uso del sistema sanitario y costes asociados (Engel, Van Korff y Catón, 1996) y con el grado de incapacidad funcional de los pacientes (Holzberg et al., 1996), resultando indispensable su control para su tratamiento (McCaffery y Beebe, 1992; Burchiel et al., 1995; Junge et al., 1995; Riley et al., 1995). Del mismo modo, la falta de expresión emocional, se ha relacionado con una mayor experiencia de dolor (Keefe et al., 2001).

Ansiedad y dolor crónico

La relación entre ansiedad y dolor crónico ha sido puesta de manifiesto por numerosos autores (McCraven e Iverson, 2001; Pérez-Pareja, et al., 2004; Turk et al., 2002) constituyendo una de las res-

puestas psicológicas mediadoras de la experiencia de dolor más temprana y consistentemente identificada. Por un lado, la ansiedad actúa como potenciadora y mantenedora del dolor, considerándose que cuanto mayores sean los niveles de ansiedad el dolor será percibido como más intenso y desagradable (Ackerman y Stevens, 1989; Ahles, Cassens y Stalling, 1983; Eppley, Shear y Abrams, 1989). Por otro, algunos estudios revelan que las personas con dolor crónico presentan niveles más elevados de ansiedad (Asmundson, Norton y Norton, 1999; Craig, 1994) y una mayor incidencia de trastornos de ansiedad que la población general (Asmundson, Jacobson, Allering y Norton, 1996), identificándose incluso un perfil de ansiedad específico en pacientes con fibromialgia frente a pacientes con otros diagnósticos de dolor crónico (Pérez-Pareja, et al., 2004).

Los aspectos que la ansiedad comparte con el dolor son numerosos en cuanto a medida, respuestas fisiológicas y tratamiento resultando, en ocasiones, difícil diferenciar una de otra (Karoly y Jensen, 1987). La ansiedad continua produce un incremento de la tensión muscular, alteraciones del Sistema Nervioso Autónomo y una mayor receptividad y aumento de la percepción de los estímulos dolorosos. Estas reacciones tienen como consecuencia final un más largo mantenimiento de la sensación dolorosa, aunque el estímulo nociceptivo cese (Linton y Götestam, 1985a; Pallarés y Pallarés, 1989).

Diferentes hipótesis explicativas tratan de establecer los mecanismos de acción que regulan la relación entre la ansiedad y el dolor crónico. Unas sugieren la influencia de la ansiedad sobre el grado de **tensión muscular** perpetuando el "input" nociceptivo al actuar de modo reflejo sobre la zona dolorida, provocando un agravamiento del dolor y generando un círculo vicioso de dolor-ansiedad-tensión-dolor (Von-Baeyer y Wyant, 1988; Fridlund et al. 1986; Guitart y Giménez-Crouseilles, 2002; Jansen, 2002; Truyols, 1993).

Otras hipótesis incluyen la ansiedad como parte integral de la **reacción de estrés** ante el dolor, facilitando la percepción del dolor e incapacidad y reduciendo los niveles de tolerancia (Linton y Kamwendt, 1986; Martín y Bulbena, 2006; Moix-Queraltó, 2005).

Desde la **teoría atribucional** apuntan el efecto de la ansiedad sobre la percepción de la situación como más o menos nociva (Philips, 1987) o que únicamente contribuya a incrementar el dolor la ansiedad considerada relevante por el sujeto en el origen del dolor (Al Absi y Rokke, 1991), así como que principalmente sea la ansiedad ante o derivada del dolor la que contribuya a una mayor percepción de su intensidad, duración y evitación de las situaciones de dolor (Janssen y Arntz, 1996; McCracken et al., 1996; McCracken, Gross, Sorg y Edmands, 1993).

Finalmente, desde la **teoría atencional**, la ansiedad favorecería una

mayor focalización atencional, dando lugar a la detección de más áreas de dolor y evaluaciones más amenazantes y catastróficas del mismo (Asmundson, Kuperos y Norton, 1997; Crombez, Vlaeyen, Heuts y Lysens, 1999; Crombez, Eccleston, Baeyens y Eelen, 1998; Eccleston y Crombez, 1999; McCracken, 1997; McCracken, Faber y Janeck, 1998; Peters, Vlaeyen y Cuneen, 2002), un mayor nivel de alerta hacia el dolor (Roelofs, Peters, Zeegers y Vlaeyen, 2002), y una menor capacidad discriminativa entre estímulos dolorosos y no dolorosos (Weisenberg, 1987).

Aunque algunos trabajos sugieren que los pacientes con dolor presentan puntuaciones consideradas libres de sintomatología en ansiedad y depresión (Monsalve et al., 2000), otros indican mayor presencia de ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico frente a la población general (Ferrer y González, 1997; Feuerstein, Suls y Houel, 1985), y una mayor incidencia de trastornos de ansiedad en pacientes con dolor crónico frente a población normal (Atkinson y cols, 1991), siendo los diagnósticos más comunes el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso, el trastorno de pánico, el trastorno por estrés post-traumático y el trastorno obsesivo-compulsivo, en este mismo orden (Dworkin y Caligor, 1988; Fishbain et al., 1986). La presencia de trastornos de ansiedad asociados al dolor se relaciona con procesos de mejoría más lentos (Carnwath y Miller, 1989).

En otro extremo, la ansiedad, en tanto activación fisiológica, no es necesariamente negativa en la modulación del dolor (Vallejo, 2000), ya que el miedo/ansiedad pueden reducir el dolor siempre que estén producidos por una situación distinta del mismo, actuando como elemento distractor y disminuyendo la focalización atencional. Abundando en esta idea algunos estudios han señalado la posibilidad de que el aumento en la liberación de opiáceos endógenos ligados a la exposición a una situación ansiógena facilite el sistema de modulación antinociceptivo (Arnsten et al., 1983; Chapman y Turner, 1986). (Tabla 1)

Depresión y dolor crónico

La depresión supone una de las respuestas emocionales más frecuentemente asociada al dolor (Meilman, 1984), suscitando un considerable interés teórico y clínico por su prevalencia (Atkinson et al., 1988; Romano y Turner, 1985) y por la aparición regular de síntomas de dolor en el transcurso de la sintomatología depresiva (Knorrning, 1975). Pese a haber constatado una elevada presencia de desórdenes afectivos en pacientes con dolor crónico frente a población general (McWilliams et al., 2003 tomados de una Encuesta Nacional de Comorbilidad (Kessler et al., 1994), los datos de prevalencia son muy variables (Magni, 1984; Romano y Turner, 1985; Banks y Kerns, 1996), al igual que las características psicosociales diferenciales entre pacientes con dolor crónico con o sin depresión

Tabla 1. Relación entre Ansiedad y Enfermedad y Dolor Crónico

<p>RELACION GENERAL ENTRE ANSIEDAD Y ENFERMEDAD</p> <ul style="list-style-type: none">. Ansiedad como causa de enfermedad.. Ansiedad como resultado de la enfermedad.. Papel de la ansiedad en la reducción de la morbilidad.
<p>RELACION PARTICULAR ENTRE ANSIEDAD Y DOLOR CRÓNICO</p> <p>La influencia de la ansiedad sobre el grado de percepción del dolor puede establecerse en base a diferentes explicaciones:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Doble efecto de la ansiedad sobre el grado de tensión muscular y la percepción de la intensidad del dolor.2. La ansiedad favorece la focalización atencional sobre el dolor y predispone a crear un esquema mental facilitador.3. El nivel de ansiedad afecta a la percepción de la situación y a la capacidad de discriminación.4. Efecto positivo de la ansiedad como moduladora del dolor y distinta del mismo en tanto que activación psicofisiológica, actuando como elemento distractor, y facilitadora del sistema antinociceptivo.

identificadas por la literatura científica, tanto en lo que a la historia demográfica y médica se refiere (Doan y Wadden, 1989; Kerns y Haythornwaite, 1988), como a la edad (Haythornwaite, Sieber y Kerns, 1991; Herr, Mobyly y Smith, 1993) o el sexo (Doan y Wadden, 1989; Magni et al., 1992).

Respecto al tratamiento antidepresivo, el dolor crónico es por definición resistente a la intervención médica, considerando algunos la depresión como predictor de esta pobre respuesta (Herr, Mobyly y Smith, 1993; Marutta, Vatterot y McHardy, 1989), y existiendo consenso respecto a que en los estados

de dolor crónico en los que además existe depresión, ambos tienden a cronificarse (Dworkin y Caligor, 1988). Por otro lado, la presencia de depresión en pacientes con dolor crónico produce un incremento de las conductas manifiestas de dolor (Haythornthwaite, Sieber y Kerns, 1991; Kerns y Haythornwaite, 1988), de las cogniciones negativas respecto al dolor y la enfermedad (Lindsey et al., 1992; Haythornwaite, Sieber y Kerns, 1991), mayor dificultad para expresar sentimientos negativos (Doan y Wadden, 1989) y una reducción del nivel de actividad de los pacientes, contibuyendo todo ello a un mayor grado de interferencia del dolor en sus vidas.

Existe una considerable controversia teórica en la literatura respecto a la especificación de su naturaleza y de los mecanismos que mantienen la relación entre la depresión y el dolor. Desde el **punto de vista psicodinámico** se considera el dolor crónico -en ausencia de base orgánica- como una variante de la enfermedad depresiva, o depresión enmascarada, donde la depresión sería el trastorno primario (Merskey y Spear, 1967) aunque permanezca como no reconocida o no expresada (Van-Houdenhove, 1988; Knorring et al. 1986).

Desde el **modelo Conductual** se considera que el dolor crónico produciría un estado depresivo como consecuencia de la reducción en las capacidades personales para llevar a cabo actividades reforzantes, destacando los trabajos de Fordyce (1976) en los que se establece el papel de las conductas de dolor. En este modelo, el dolor, la discapacidad y la estigmatización social asociada serían los predictores más importantes de la depresión (Feldman, Schaffer-Neitz y Downey, 1999; Gallagher, Moore y Chernoff, 1995; Medrano, Uriarte y Malo, 2000; Sharpe, Sensky y Allard, 2001; Thacher y Haynes, 2001).

Los **modelos cognitivo-conductuales** enfatizan, además de las conductas instrumentales, las variables cognitivas mediadoras en el desarrollo y mantenimiento de los problemas de salud (Lindsey y col., 1992; Soucase Lozano, Soriano Pastor y Monsalve Dolz, 2005), relacionándolas con la percepción del

impacto del dolor en la vida, el descenso en las actividades instrumentales con el consiguiente resultado de pérdida de refuerzo social, así como con los sentimientos de indefensión, pérdida de control y de autoeficacia (Corbishley et al., 1990; Haythornwaite, Kerns y Sieber, 1991; Turk y Rudy, 1986; Rudy, Kerns y Turk, 1988). Entre estas variables cognitivas destaca el papel de las distorsiones negativas como elemento diferenciador de los pacientes con dolor crónico con depresión (Smith et al., 1986a; 1986b; Romano y Turner, 1985), sugiriéndose una similitud clínica en los procesos cognitivos entre pacientes con dolor crónico y pacientes deprimidos (Lindsey et al., 1992). Las principales distorsiones cognitivas detectadas en pacientes con dolor crónico deprimidos son, además de la conocida tríada depresiva de Beck sobre sí mismo, el mundo y el futuro (Corbishley et al. 1990), la indefensión ante la naturaleza y significado del dolor y ante las actitudes y posibilidades de los profesionales de la salud, la convicción de enfermedad (Reeves, 2000) y/o organicidad (Walsh y Radcliffe, 2002), el temor al movimiento por miedo a una lesión (Covington, 1991), la deseabilidad y ambigüedad (Holzberg, Robinson y Geisser, 1993), la incontabilidad (Rudy et al., 1988), la focalización somática, la magnificación de los recuerdos de dolor (Linton, 1991) y el catastrofismo (Geisser et al., 1994; Sullivan y D'Eon, 1990). Esta última, considerada determinante en la aparición de la depresión en pacientes con dolor

crónico y directamente relacionado con la discapacidad e intensidad del dolor (Bishop, Ferrano y Borowiak, 2001; Buer y Linton, 2002; Grant, Long y Willms, 2002; Sullivan, 2001; Turner, Jensen, Warme y Cardenas, 2002).

Los Modelos Biológicos sugieren que el dolor crónico y la depresión ocurren de forma simultánea, al estar relacionados por fundamentos biológicos y psicológicos similares, basándose en la consideración de un substrato biológico bioquímico y genético común. Diversos trabajos destacan la implicación de algunos transmisores comunes como la serotonina, noradrenalina, etc., (Fields, 1987; Romano y Turner, 1985), o la existencia de anomalías en la cantidad, volumen o tasa de aminas biogénas (catecolaminas) y de opiáceos endógenos (B-endorfina) en la aparición de ambos (Ward et al., 1982), o el papel ambivalente de la serotonina por su implicación en la regulación del input nociceptivo y como substrato biológico de la depresión. En cuanto a las similitudes genéticas, algunos autores plantean la existencia de cierta vulnerabilidad genética al desarrollo de la depresión en pacientes con dolor crónico con antecedentes familiares de depresión mayor (Frances y Spiegel, 1987) y mayor vulnerabilidad biológica de desórdenes afectivos en pacientes no deprimidos con dolor crónico (Magni, 1987). Finalmente, el modelo neurobiológico de Fields (1991) señala que la depresión influye en la transmisión sensorial del dolor a

través de una mayor focalización somática, activando las neuronas facilitadoras del dolor, y considera que la depresión incrementa la tendencia a interpretar las sensaciones corporales de forma más amenazante, alterando los aspectos evaluativos y afectivos.

Ira y dolor crónico

La ira ha sido la emoción negativa más ampliamente observada en el dolor crónico, destacándose su influencia negativa en la adaptación de los pacientes (Amir et al., 2000; Pilowsky y Spence, 1976). La propia frustración frente a la enfermedad crónica, las quejas somáticas persistentes, la escasa información sobre la etiología del dolor, acompañado todo ello de repetidos fracasos terapéuticos, aumentan la probabilidad de que los pacientes experimenten estados emocionales de ira asociados, como una respuesta natural al dolor (Berkowitz, 1990). Algunas de las atribuciones causales más frecuentemente observadas en pacientes con dolor crónico aparecen reflejadas en la tabla 2.

Algunos autores consideran que los pacientes con dolor crónico pueden presentar mayores dificultades tanto en el reconocimiento como en la expresión de la ira frente a controles sanos (Braha y Catchlove, 1986; Franz et al., 1986; Pilowsky y Spence, 1976), quizá por razones de deseabilidad social (Fernández y Turk, 1995), si bien Corbishely et al., (1990) sugieren más bien

Tabla 2. Atribuciones causales y valoraciones sobre el efecto de la ira en pacientes con dolor crónico (Fernandez y Turk, 1995)

AGENTE (objeto de la ira)	ACCION (razón de la ira)
Agente causal de la lesión o enfermedad	Dolor crónico
Servicios médicos y de salud	Ambigüedad diagnóstica
Profesionales de la salud mental	Fracasos terapéuticos
Sistema legal	Implicaciones psicógenas o psicopatológicas
Compañías aseguradoras y seguridad social	Inadecuada cobertura económica o sistema de compensación
Trabajo	Cese o despido laboral, traslados
Apoyo social	Carencia de apoyo social
Dios	Predeterminismo
Uno mismo	Incapacidad
Resto del mundo	Alineación

que la expresión de emociones está bajo el control consciente de los pacientes de modo que identificarían su ira pero elegirían no expresarla. En cualquier caso, la inhibición de su expresión correlaciona con el dolor y la incapacidad (Casado y Urbano, 2001).

En línea con lo anterior, los perfiles psicológicos obtenidos a partir de evaluaciones estandarizadas (MMPI) evidencian escasa introspección, evitación del conflicto y del riesgo, ira contenida y tendencia al desarrollo o exageración de síntomas somáticos bajo circunstancias de estrés (DeGood y Kieman., 1985; Franz et al. 1996), además de una propensión al resentimiento, suspicacia, desconfianza y antagonismo en las relaciones interpersonales frente a controles sanos (Hatch et al., 1991).

Diversas aproximaciones proporcionan hipótesis de los mecanismos que asocian la ira a la génesis o mantenimiento de los declives funcionales comúnmente asociados (Kerns et al., 1994). El **modelo psicodinámico** sugiere que los sentimientos de ira intensos reprimidos o no expresados puedan manifestarse en forma de dolor (Blumer y Heilbronn, 1982), afectando a su intensidad (Hatch et al., 1991), aversividad y conductas manifiestas (Kerns et al., 1994; Pilowsky y Spence, 1976), así como al incremento de las emociones negativas (Duckro et al., 1995). Braha y Catchlove (1986) han constatado una mayor tendencia de estos pacientes a internalizar la ira y expresarla indirectamente a través del dolor, en relación inversamente proporcional con su nivel de ajuste (Burns et al., 1996; Kerns et al., 1994).

Desde **modelos psicobiológicos** se enfatiza la internalización o incapacidad para expresar la ira como un aspecto especialmente relevante en la perpetuación del dolor, afectando a la capacidad del Sistema Nervioso Central para poner en marcha el sistema de opiáceos endógenos (endorfinas, encefalinas), incrementando la sensibilidad al dolor, reduciendo la tolerancia y favoreciendo la probabilidad del desarrollo de un dolor persistente (Beutler et al. 1986; Catchlove y Ramsay, 1978).

Algunas hipótesis señalan cambios en el Sistema Inmunológico como resultado del dolor crónico y la ira asociada, argumentando que el bloqueo de ésta y otras emociones negativas asociadas al dolor pueden desactivar la producción de opiáceos endógenos y células "natural-killer", reduciendo las defensas naturales del organismo contra la enfermedad, el dolor y la depresión (Beutler et al., 1986).

En contraposición a estas hipótesis, otras consideran los estados de irritabilidad y/o hostilidad frecuentes en pacientes con dolor crónico un reflejo o consecuencia de los episodios recurrentes de dolor y/o de su prolongada historia. Algunos estudios sugieren que la hostilidad, en especial la *hostilidad clínica* (caracterizada por ira, resentimiento y suspicacia), suele ir asociada a una serie de hábitos insanos como la ausencia de ejercicio físico, alimentación inapropiada, abuso de sustancias o falta de autocuidado que provocan alteraciones de la salud,

planteándose mayor probabilidad en pacientes con dolor crónico y hostilidad clínica de desarrollar actitudes e incluso un estilo de vida desadaptativo y otras alteraciones de salud adicionales (Leiker y Hailley, 1988).

Por otro lado, la ira de los pacientes con dolor crónico puede entenderse también como el resultado, de los efectos de la depresión (Beutler et al., 1986, 1988; Haythornwaite et al., 1991; Wade et al., 1990) y/o ausencia de apoyo social y también de la ansiedad (Fishbain, 2002).

PERSONALIDAD Y DOLOR CRÓNICO

Factores predisponentes de personalidad: personalidad premórbida

Atendiendo a rasgos premórbidos y características de personalidad de pacientes con dolor crónico, se ha descrito (Barba-Tejedor, 1995) una mayor tendencia a la ansiedad, rasgos ciclotímicos (con aumento significativo de los niveles de dolor durante la fase depresiva y ligera disminución de las conductas dolorosas durante la fase maníaca o eufórica), rasgos histéricos (con tendencia a la exageración de síntomas, histrionismo en gestos y conductas, reduciendo la tolerancia al dolor), rasgos hipocondríacos (con tendencia a manifestar sistemáticamente dolor ante la detección de la más mínima señal disfuncional), rasgos obsesivos (cadenas de pensamientos anticipatorios) y personali-

dad neurótica (culpabilidad, inseguridad, necesidad de aceptación, dependencia social). Otras características de personalidad señaladas habitualmente son: el recelo, la dificultad para expresar respuestas hostiles o agresivas, ciertos rasgos masoquistas y pasivos, capaces de soportarlo todo con utilización de mecanismos de inhibición-represión, una marcada alexitimia, expresividad emocional coartada y actividad psíquica regulada por el pensamiento concreto, con escasa producción imaginaria y desprovista de fantasías (Knorrning et al., 1987). Se ha evidenciado una relación positiva entre el nivel de neuroticismo y el nivel de dolor (Ramirez, Esteve y López, 2001), en relación con la mayor producción de pensamientos catastrofistas de estas personas.

Además, centrándose en los antecedentes personales, parece que estos pacientes cuentan con un mayor número de experiencias infantiles negativas que podrían contribuir a la vulnerabilidad para el desarrollo del dolor crónico (Carlsson, 1986), un comienzo precoz de la actividad laboral, en trabajos rutinarios, físicamente duros y/o exigentes, la sumisión e hiperadaptación a los mismos, con una gran actividad y hábitos de trabajo excesivos (ergomanía) con deprivación del descanso, abandono de la inclinación de estos pacientes con dolor a pasarlo bien, disfrutar del tiempo de ocio, incluso practicar hobbies, y con frecuencia, antecedentes de hospitalización prolongada entre los 6-16 años y de traumatismo físico antes de la aparición del dolor. En el

plano psicopatológico destacan antecedentes personales de alcoholismo con cierta frecuencia y de episodios depresivos.

Alteraciones emocionales y en la personalidad como reacción secundaria al dolor

Por otro lado, también pueden aparecer alteraciones de personalidad o psicopatológicas secundarias al padecimiento del dolor crónico y al estrés derivado del mismo (Merskey, 1987), si bien el porcentaje de pacientes con psicopatología asociada es menor entre aquellos con clara etiología orgánica del dolor (Mayr et al., 2003).

Los trastornos mentales encontrados con mayor frecuencia entre pacientes con dolor crónico han sido enmarcados por algunos autores en dos grandes grupos diagnósticos (López-Castillo y Martínez-Guirado, 1995):

- a) **Con predominio de síntomas somáticos:** incluyendo los trastornos somatomorfos (trastorno por somatización, hipocondría, trastorno de conversión y el trastorno por dolor) y los trastornos facticios que, junto a la simulación, se han encontrado con muy baja frecuencia entre pacientes con dolor crónico.
- b) **Con predominio de síntomas psíquicos:** en el que se incluyen las alteraciones del estado de ánimo (depresión mayor y

distimia), los trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, trastorno por estrés post-traumático, trastorno de pánico y trastorno obsesivo-compulsivo) y los trastornos adaptativos (con estado de ánimo deprimido, ansioso o mixto), diagnósticos con mayor prevalencia en este tipo de pacientes junto a los trastornos por consumo de sustancias (Sullivan, Turner y Romano, 1991).

Diversos estudios demuestran que el abuso de alcohol suele preceder de forma considerable al dolor en muchos pacientes incrementando, a su vez, el riesgo de desarrollar un trastorno de dolor crónico (Atkinson et al., 1991), si bien el dolor crónico no incrementaría la vulnerabilidad al alcoholismo. Algunos estudios sugieren que cuando este trastorno se desarrolla como consecuencia del dolor puede ser debido a las propiedades analgésicas de estas sustancias (Katon et al., 1985).

Los diagnósticos de psicosis afectiva o esquizofrenia (Dworkin y Caligor, 1988; Smith, 1992) son más infrecuentes, quizá el mayor número de endorfinas segregada (Fishbain et al., 1986).

En cuanto a la relación del dolor crónico con los Trastornos de Personalidad, sería mediana con el Trastorno Antisocial, Borderline, Histriónico, Narcisista, el Trastorno de Personalidad Dependiente, por Evitación, Obsesivo-compulsivo y

Pasivo-agresivo, y pequeña con el Trastorno de la Personalidad Paranoide, Esquizotípico y el Esquizoide (Dworkin y Caligor, 1988).

Características de personalidad normales en el dolor crónico

Algunos autores sostienen que presentan una estructura de personalidad adulta normal (Carlsson, 1986) y que los cambios producidos en pacientes con dolor crónico serían atribuibles al impacto de la enfermedad física en la estructura de la personalidad. Sin embargo, no ha podido establecerse de forma clara si son determinadas características de personalidad o personalidad premórbida las que predisponen al dolor (Engel 1959; Blumer y Heilbronn, 1982) o afectan a la modulación o percepción del mismo (Ferrer, 1992), o si por el contrario, las alteraciones en determinadas características de la personalidad observadas en algunos pacientes con dolor crónico son el resultado del padecimiento y del impacto del dolor en sus vidas (Sternbach, 1974; Atkinson et al., 1991; Ellersten, 1992).

En cualquier caso, las diferencias individuales detectadas, tanto en la tolerancia como en la percepción de la intensidad del dolor, parecen explicarse más por un conjunto de variables emocionales y cognitivas (Belloch, 1989; Cañellas et al., 2005). No obstante, el nivel de malestar (ansiedad y depresión) correlaciona (Cañellas et al., 2005) directamente con la tendencia a evitar el daño e inversamente con la

búsqueda de novedad. Por otra parte, la existencia de psicopatología premórbida tendría un mayor efecto en el proceso de cronificación del dolor que en su inicio (Serrano, Cañas, Serrano, García y Caballero, 2002).

AFRONTAMIENTO Y DOLOR CRÓNICO

Las estrategias de afrontamiento en el contexto de dolor, entendidas como las actividades que utilizan las personas para minimizar el impacto que los eventos negativos pueden tener sobre su bienestar psicológico (Lazarus y Folkman, 1984, 1986), se han categorizado en en diferentes dimensiones que analizaremos a continuación.

Las estrategias **activas**, usadas por los pacientes para controlar el dolor o seguir con sus actividades a pesar del mismo, hacen referencia a acciones instrumentales (ejercicio, planificación, autocontrol), mientras en las **pasivas**, el paciente atribuye el dolor a una fuente externa (inactividad, ausencia de toma de medicación, etc.). Determinadas estrategias comparten características activas y pasivas de afrontamiento, como la búsqueda de apoyo social o la toma de medicación (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Snow-Turek, Norris y Tan, 1996), por lo que la distinción residiría más bien en el tipo de recursos, internos o externos, para controlar el dolor. En su relación con el ajuste, la investigación plantea de forma general una relación negativa entre estrategias pasivas y ajuste

(Amarte y cols., 2001; Soucase et al., 2004, 2005) y una relación positiva entre estrategias activas y ajuste (Brown, Nicassio y Wallston, 1989; Holmes y Stevenson, 1990; Rodríguez-Parra, Esteve y López, 2000). La búsqueda de apoyo social, que comparte aspectos de ambas, mostraría una correlación negativa con el nivel de dolor expresado (Comeche y Lasa, 2001) y el grado de discapacidad (Kerns, Rosenberg y Otis, 2002).

Las estrategias de afrontamiento **cognitivas** influyen en el dolor a través del pensamiento (distracción de la atención, reinterpretación de sensaciones, humor) (Weisenberg, Tepper y Schwarzwald, 1995) y las **conductuales** modifican la conducta abierta (permanecer en cama, tomar medicamentos o pasear). Las estrategias **evitativas** distraen la atención de la fuente de estrés, por negación o distracción y las **atencionales** centran la atención directamente sobre la fuente de estrés revalorizándola o buscando información (experiencia anterior). En su relación con el ajuste, los hallazgos generales sugieren que tanto las evitativas como las atencionales pueden reducir el estrés y el dolor bajo determinadas circunstancias (Klapow y cols., 1995; Holmes y Stevenson, 1990), evidenciando una mayor eficacia de las prescripciones individualizadas compatibles con el estilo peculiar de afrontamiento del paciente (Fanurik y cols., 1993).

Las estrategias **acomodativas** revisan las metas y autoevaluaciones personales de acuerdo con los

déficits percibidos y las **asimilativas** incluyen intentos activos para alterar las circunstancias insatisfactorias de la vida de acuerdo con las preferencias personales, sugiriendo algunos autores mejor ajuste para el afrontamiento acomodativo frente al asimilativo (Schmitz, Saile y Nilges, 1996).

Papel de las creencias en el afrontamiento y ajuste de los pacientes al dolor crónico

El papel de las creencias, o cogniciones sobre la naturaleza y significado del dolor, en la predicción del ajuste al dolor crónico resulta de gran importancia por su influencia sobre el estado anímico y los esfuerzos de afrontamiento de los pacientes, ya que dolor crónico no es sinónimo de incapacidad en todos los casos (Williams y Thorn, 1989). Las exigencias de autocuidado propias del dolor crónico (medicación, actividad física) confieren especial relevancia a las creencias de los pacientes sobre la propia habilidad para mantener la salud y evitar el deterioro (Pastor y cols., 1990).

Según la literatura, los pacientes con **locus de control** interno presentan un mejor funcionamiento y una adaptación positiva al dolor, mientras que los pacientes con locus externo presentan peor ajuste (Camacho y Anarte, 2001; Crisson y Keefe, 1988). Del mismo modo, las **creencias de control** se relacionan con un mejor funcionamiento físico y psicológico frente a las de incon-

trolabilidad (dolor misterioso o la autoculpabilización), al igual que la reducción de la creencia de que el dolor señala un daño tisular (Burns et al., 2003).

En cuanto a los **errores cognitivos**, la tendencia a la dramatización, la indefensión, la sobregeneralización de los acontecimientos relacionados con el dolor o la autoculpabilización suelen asociarse a mayores niveles de dolor, disfunción física y psicológica, y a resultados más pobres en el tratamiento; por el contrario, estilos de afrontamiento con mayor percepción de control se relacionan con un mejor ajuste (Crombez, 2002; Hill, Niven y Knussen, 1995; Jensen y cols., 1991; Keefe y cols., 1990 y 1991; Spinhoven y cols., 1989; Sullivan, Sullivan y Adams, 2002). El nivel cultural de la persona se convierte también en una variable indirecta que afecta a la discapacidad (Roth y Geisse, 2002) a través de la evaluación cognitiva, por la mayor producción catastrofista de estos enfermos y la convicción más firme de que el dolor señala un daño tisular.

Las **creencias de autoeficacia y expectativas de resultado**, aparecen relacionadas con un mejor afrontamiento, menor depresión y, por tanto, menor inadaptación y mejor ajuste al dolor crónico (Kerns, Rosenberg y Otis, 2002; Jensen, Turner y Romano, 1991; Turk y Okifuji, 2002).

En cuanto a **otras creencias sobre el dolor** relacionadas con disfunción psicológica pero difícil-

mente clasificables, son la opinión de que el dolor es estresante, nocivo, amenazador, estable, la culpabilización, así como las creencias de incapacidad física y/o psicológica,

mientras que las creencias de afrontamiento en general y/o superación del dolor y de apoyo de otras personas se relacionan con un mejor funcionamiento psicológico.

REFERENCIAS

- Ackerman, M. D. y Stevens, M. J. (1989). Acute and chronic pain: pain dimensions and psychological status. *Journal of Clinical Psychology*, 45 (2), 223-228.
- Ahles, T.A., Cassens, H.L. y Stalling, R.B. (1987). Private body consciousness, anxiety and the perception of pain. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18 (3), 215-222.
- Al Absi, M. y Rokke, P.D. (1991). Can anxiety help us tolerate pain?. *Pain*, 46 (1), 43-51.
- Almay, B.G.L. (1989). Diagnosis of chronic pain syndromes. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 43, Supplementum, 20, 15-23.
- Amarte, M.T., Ramirez, C., Lopez, A.E. y Esteve, R. (2001). Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor oncológico y benigno. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 8, 102-110.
- Amir, M., Neuman, L., Bor, O., Shir, Y., Rubinow, A. y Buskila, D. (2000). Coping styles, anger, social support and suicide risk in women with fibromyalgia syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 8, 7-20.
- Atkinson, J.H., Slater, M.A., Grant, I., Patterson, T.L. y Garfin, S.R. (1988). Depressed mood in chronic low back pain: relationship with stressful life events. *Pain*, 35, 47-55.
- Arnsten, A.F.T, Segal, D.S, Neville, H.J., Hillyard, S.A., Janowski, D.S., Judd, L.L. y Bloom, F.E. (1983). Naloxone augments electrophysiological signs of selective attention in man. *Nature*, 304, 725-727.
- Asmundson, G.J., Norton, P.J. y Norton, G.R. (1999). Beyond pain: The role of fear and avoidance in chronicity. *Clinical Psychology Review*, 19, 97-119.
- Asmundson, G.J., Jacobson, S.J., Allerding, M.D. y Norton, G.R. (1996). Social phobia in disable workers with chronic musculoskeletal pain. *Behavior Research and Therapy*, 34, 939-943.
- Asmundson, G.J., Kuperos, J.L. y Norton G.R. (1997). Do patients with chronic pain selectively attend to pain-related information? Preliminary evidence for the mediating role of fear. *Pain*, 72, 27-32.
- Atkinson, J.H., Slater, M.A., Patterson, T.L. , Grant, I. y Garfin, R. (1991). Prevalence, onset, and risk of psychiatric disorders in men with chronic low back pain: a controlled study. *Pain*, 45, 11-121.
- Banks, S. M., Kerns, R.D. (1996) Explaining high rates of depression in chronic pain : A diathesis-stress framework. *Psychological Bulletin*, 119, 95-110.
- Barba-Tejedor, A. (1995). Aspectos psico-

sociales del dolor. En C. Muriel Villoria y J.L. Madrid Arias (Eds.), *Estudio y tratamiento del dolor agudo y crónico*. Cap. 6. Madrid: Editorial Libro del Año (2^a edición).

Bayes, R. (1986). Aspectos psicológicos del dolor. *Jano*, 708, 111-122.

Belloch, A. (1989). Conducta de salud y conducta de enfermedad. En E. Ibañez y A. Belloch (Eds.), *Psicología y Medicina* (pp. 165-174). Valencia: Promolibro.

Berkowitz, L. (1990). On the formation and regulation of anger and aggression: a cognitive-neoassociationistic analysis. *American Psychologist*, 45, 494-503.

Beutler, L.E., Engle, D., Oro-Beutler, E., Daldrup, R. y Meredith, K.E. (1986). Inability to express intense affect: a common link between depression and pain. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 54, 752-759.

Bishop, K. L., Ferraro, F. R. y Borowiak, D. (2001). Pain management in older adults: role of fear and avoidance. *Clinical Gerontologist*, 23 (1-2), 33-42.

Buer, N. y Linton, S. J. (2002). Fear-avoidance beliefs and catastrophizing: occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population. *Pain*, 99 (3), 485-491.

Blumer, D. y Heilbronn, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease. The pain-prone disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 381-406.

Bonica, J.J. (1976). Organization and function of a multidisciplinary pain clinic. En M. Weisenberg y B. Tursky (Eds.), *Pain. News perspectives in therapy and research*. Nueva York: Plenum Press.

Braha, R. y Catchlove, R. (1986). Pain and anger: inadequate expresión in chronic pain patients. *Pain Clin*, 1, 125-126.

Brown, G., Nicassio, P., Wallston, K.A. (1989) Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 652-657.

Burchiel, Anderson, Wilson, et al. (1995). Prognostic factors of spinal cord stimulation for chronic back and leg pain. *Neurosurgery*, 36, 1101 - 1111

Burns, J.W., Johnson, B.J., Mahoney, N.M., Devine y J., Pawl, R. (1996). Anger management style, hostility and spouse responses: gender differences in predictors of adjustment among chronic pain patients. *Pain*, 64, 445-453.

Burns, J. W., Kubilus, A., Bruehl, S., Harden, R. N. y Lofland, K. (2003). Do changes in cognitive factors influence outcome following multidisciplinary treatment for chronic pain? A cross-lagged panel analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (1), 81-91.

Casado, M. I. y Urbano, M. P (2001). Emociones negativas y dolor crónico. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), 273-282

Camacho, L. y Anarte, M. T. (2001). Importancia de las creencias en la modulación del dolor crónico: concepto y evaluación. *Apuntes de Psicología*, 19 (3), 453-470.

Cañellas, M., García, G., Moix, J., Infante, P., Subirá, S. (2005). Personalidad y dolor crónico. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicósomática*, 26(3), 17-24.

Carlsson, A.M^a. (1986). Personality characteristics of patients with chronic pain in comparison with normal controls and depressed patients. *Pain*, 25, 373-382.

Carnwath, T. y Miller, D. (1989). *Psicoterapia conductual en asistencia primaria: manual práctico*. Barcelona: Martínez Roca. (Edición original en inglés 1986).

- Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretical based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Catchlove, R.F.H. y Ramsay, R.A. (1978). Psychological assessment of chronic pain patients (Abstract). 2nd. World Congress of Pain. *Pain*, 1, 287.
- Corbishley, M.A., Hendrickson, R., Butler, L.E. y Engle, D. (1990). Behavior, affect, and cognition among psychogenic pain patients in group expressive psychotherapy. *Journal of Pain Symptom Management*, 5, 241-248.
- Covington, E.C. (1991). Depression and chronic fatigue in the patient with chronic pain. *Primary care*, 18 (2), 341-358.
- Craig, K.D. (1994) Emotional aspects of pain. En P.D. Wall y R. Melzack (Eds.), *Textbook of Pain* (3^a Ed.) (pp. 261-274). Edimburgo: Churchill Livingstone.
- Crisson JE, Keefe FJ. (1988). The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic patients. *Pain*, 35, 147-154.
- Crombez, G. (2002). The effects of catastrophic thinking about pain on attentional interference by pain: no mediation of negative affectivity in healthy volunteers and in patients with low back pain. *Pain Research and Management*, 7 (1), 31-44.
- Chapman, C.R. (1986). Pain, perception and illusion. En R.A. Sternbach (Ed.), *The psychology of pain* (2^a Ed.). New York: Raven Press.
- Chapman, C.R. y Turner, J.A. (1986). Psychological control of acute pain. *Journal of Pain Symptom Management*, 1, 9-20.
- Comeche, M. I. y Lasa, A. (2001). Aspectos cognitivos de la percepción del dolor. *Actualizaciones en Dolor*, 2(4), 262-269.
- Crombez, G., Vlaeyen, J.W., Heuts, P.H. y Lysens, R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, 80, 329-339.
- Crombez, G., Eccleston, C., Baeyens, F. y Eelen, P. (1998). When Somatic information threatens, catastrophic thinking enhances attentional interference. *Pain*, 75, 187-198.
- DeGood, D. y Kiernan, B. (1996). Perception of fault in patients with chronic pain. *Pain*, 64, 153-159.
- Doan, B. y Wadden, N. (1989). Relationships between depressive symptoms and description of chronic pain. *Pain*, 36, 75-84.
- Duckro, P.N., Chibnall, J. T. y Tomazic, T.J. (1995). Anger, depression, and disability: a path analysis of relationships in a sample of chronic posttraumatic headache patients. *Headache*, 35, 7-9.
- Dworkin, R.H. y Caligor, E. (1988). Psychiatric diagnosis and chronic pain: DSM-III-R and beyond. *Journal of Pain Symptom Management*, 3, 87-98.
- Eccleston y Crombez (1999). Pain demands attention: A Cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Bulletin*, 125, 356-366.
- Ellertsen, B. (1992). Personality factors in recurring and chronic pain. *Cephalalgia*, 12, 129-132.
- Engel, G.L. (1959). "Psychogenic pain" and the pain-prone patient. *American Journal of Medicine*, 26, 899-918.
- Engel, C.C., Van Korff, M., Catón, W. J. (1996). Back pain in primary care: predictors of high health-care costs. *Pain*, 65, 197-204.

Eppley, K., Abrams, A. and Shear, J. (1989). "Differential effects of relaxation techniques on trait anxiety: A meta-analysis", *Journal of clinical psychology*, 45.

Esteve, R., Ramírez, C. y López, A. E. (2001). Aspectos emocionales en el dolor. *Actualizaciones en Dolor*, 2(4), 252-261.

Fanurik, D., Zeltzer, L.K., Roberts, M.C. y Blount, R.L. (1993). The relationship between children's coping styles and psychological interventions for cold pressor pain. *Pain*, 53, 213-222.

Feldman, S.I., Schaffer-Neitz, R. y Downey, G. (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, 776-785.

Fernández, E. y Turk, D.C. (1995). The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain*, 61, 165-175.

Ferrer, V.A. (1992). *Dolor crónico: análisis de factores psicosociales y de personalidad que pueden influir en su percepción*. Palma de Mallorca: Tesis Doctoral.

Ferrer, V.A. y González, R. (1997). Trastornos emocionales en pacientes con dolor crónico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 42-43.

FFeuerstein, M., Suls, S. y Houel, M. (1985). Environmental stressors and chronic low back pain: Life events, family and work environment. *Pain*, 22, 295-307.

Fields, H.L. (1987). *Pain*. Nueva York: McGraw-Hill.

Fields, H.L. (1991). Depression and pain: a neurobiological model. *Neuropsychiatric & Neuropsychology Behavioural Neurology*, 4, 83-92.

Fishbain, D.A., Goldberg M., Meagher, B.R., Steele, R. y Rosomoff, H. (1986). Male and female chronic pain patients categorized by DSM-III psychiatric diagnostic criteria. *Pain*, 26, 181-197.

Fishbain, D. A. (2002). The pain-depression relationship. *Psychosomatics*, 43 (3), 341.

Fordyce, W.E. (1976). *Behavioral methods for the control of chronic pain and illness*. St.Louis: C.W. Mosby.

Fordyce, W.E. (1978). Learning processes in pain. En R.A. Sternbach (Ed.). *The Psychology of Pain*. Nueva York: Raven Press.

Frances, A. y Spiegel, D. (1987). Chronic pain masks depression, multiple personality disorder. *Hospital and community psychiatry*, 38 (9), 933-935.

Franz, C., Paul, R., Bautz, M., Choroba, B. y Hildebrandt, J. (1986). Psychosomatic aspects of chronic pain: a new way of description based on MMPI item analysis (1986). *Pain*, 26, 33-43.

Fridlund, A.J., Hatfield, M.E., Cottam, G.L. y Fowler, S.C. (1986). Anxiety and striate-muscle activation: evidence from electromyographic pattern analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 228-236.

Gala, F.J., Lupiani, M., Guillén, C., Gómez Sanabria, A., Lupiani, S. (2003). Aspectos psicosociales del dolor. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 66, 46-55

Gallagher, R.M., Moore, P. y Chernoff, I. (1995). The reliability of depression diagnosis in chronic low back pain. A pilot study. *General Hospital Psychiatry*, 17, 399-413.

Gamsa, A. (1994a). The role of psychological factors in chronic pain. I. A half century study. *Pain*, 57, 5-15.

- Gatchel, R.J., Polatin, P.B., Kinney, R.K. (1995) Predicting outcome of chronic low back pain using clinical predictors of psychopathology: a prospective analysis. *Health Psychology, 14*, 415-420.
- Geisser, M.E., Robinson, M.E., Keefe, F. y Weiner, M.L. (1994). Catastrophizing, depression and the sensory, affective and evaluative aspects of chronic pain. *Pain, 59*, 79-83.
- Gildenberg, P.L. (1992). Síndromes clínicos dolorosos. En KM Foley y RM Payne. *Terapéutica del dolor* (pp. 1-7). México: Interamericana-McGraw Hill (edición original en inglés, 1989).
- Grant, L. D., Long, B. C. y Willms, J. D. (2002). Women's adaptation to chronic back pain: daily appraisals and coping strategies, personal characteristics and perceived spousal responses. *Journal of Health Psychology, 7* (5), 545-564.
- Guitart, J. y Giménez-Crouseilles, J. (2002). Prevalencia de la tensión muscular elevada, evaluada con un método semiobjetivo, y estudio de factores asociados a la misma en una población reumatológica. *Revista de la Sociedad Española de Dolor, 9*, 5-12.
- Hatch, J.P., Schoenfeld, L.S., Boutros, N.N., Seleshi, E., Moore, P.J. y Cyr-Provost, M. (1991). Anger and hostility in tension-type headache. *Headache, 31*, 302-304.
- Haythornwaite, J.A., Sieber, W.J. y Kerns, R.D. (1991). Depression and the chronic pain experience. *Pain, 46*, 177-184.
- Herr, K.A., Mobily, P.R. y Smith, C. (1993). Depression and the experience of chronic back pain: A study of related variables and age differences. *The Clinical Journal of Pain, 9*, 104-114.
- Hill, A., Niven, C.A. y Knussen, C. (1995). The role of coping in adjustment to phantom limb pain. *Pain, 62*, 79-86.
- Holmes, J. y Stevenson, C. (1990). Differential effects of avoidant and attentional coping strategies on adaptation to chronic and recent-onset pain. *Health Psychology, 9* (5), 577-584.
- Holzberg, A.D., Robinson, M.E. y Geisser, M.E. (1993). The relationship of cognitive distortion to depression in chronic pain: the role of ambiguity and desirability in self-ratings. *The clinical journal of pain, 9*, 202-206.
- Holzberg, A.D., Robinson, M. E., Geisser, M. E., et al. (1996). The effects of depression and chronic pain on psychosocial and physical functioning. *Clinical Journal of Pain, 12*, 118-125.
- International Association For The Study Of Pain, IASP (1979). Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain, 6*, 249-252.
- International Association For The Study Of Pain, IASP (1986). Classification of Chronic Pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain, suppl, 3*, 1-225.
- Jansen, S. A. (2002). Negative affect and sensitization to pain. *Scandinavian Journal of Psychology, 43* (2), 131-138.
- Janssen, S.A. y Arntz, A. (1996). Anxiety and pain: attentional and endorphinergic influences. *Pain, 66*, 145-150.
- Jarana, J. y Leon, J.M. (1990). Tratamiento psicológico del dolor crónico: un estudio de revisión de la literatura (1975-1985). *Apuntes de Psicología, 30*, 17-27.
- Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M. y Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review. *Pain, 47*, 249-283.

Junge, A., Dvorak, J., y Ahrens S. (1995). Predictors of bad and good outcomes of lumbar disc surgery. A prospective clinical study with recommendations for screening to avoid bad outcomes. *Spine* 20, 460-468.

Karoly, P. y Jensen, M.P. (1987). *Multi-method Assessment of Chronic Pain*. Oxford: Pergamon Press.

Katon, W., Egan, K. y Miller, D. (1985). Chronic pain: lifetime psychiatric diagnoses and family history. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1156-1160.

Keefe, F.J., Caldwell, D.S., Martínez, S., Nunley, J. Beckham, J. y Williams, D.A. (1991). Analyzing pain in rheumatoid arthritis patients. Pain coping strategies in patients who have had knee replacement surgery. *Pain*, 46, 153-160.

Keefe, F.J., Crisson, J., Urban, B.J. y Williams, D.A. (1990). Analyzing chronic low back pain: the relative contribution of pain coping strategies. *Pain*, 40, 293-301.

Keefe, F. J., Lumley, M., Anderson, T., Lynch, T. y Carson, K. (2001). Pain and emotion: new research directions. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (4), 587-607.

Kerns, R.D. y Haythornwaite, J.A. (1988). Depression among chronic pain patients: cognitive-behavioral analysis and effect on rehabilitation outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 870-876.

Kerns, R.D., Rosenberg, R. y Jacob, M.C. (1994). Anger expression and chronic pain. *Journal of Behavioural Medicine*, 17, 57-67.

Kerns, R. D., Rosenberg, R. y Otis, J. D. (2002). Self-appraised problem solving and pain-relevant social support as predictors of the experience of chronic pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 24 (2), 100-105.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S.,

Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U. y Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

Klapow, J.C., Slater, M.A., Patterson, T.L., Atkinson, J.H., Weickgenant, A.L., Grant, I. y Garfin, S. (1995). Psychosocial factors discriminate multidimensional clinical groups of chronic low back pain patients. *Pain*, 62, 349-355.

Klenerman, L., Slade, P.D., Stanley, I.M., et al. (1995). The prediction of chronicity in patients with an acute pain attack of low back pain in a general practice setting. *Spine*, 20, 478-484.

Knorring Von, L. (1975). The experience of pain in depressed patients: a clinical and experimental study. *Neuropsychobiology*, 1, 155-165.

Knorring Von, L., Almay, B.G.L., Häggen-dal, J., Johansson, F., Orelund, L. y Wetterberg, L. (1986). Discrimination of idiopathic pain syndromes from neurogenic pain syndromes and healthy volunteers by means of clinical ratings, personality traits, monoamine metabolites in CSF, serum cortisol, platelet MAO, and urinary melatonin. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 236, 131-138.

Kutz, I., Caudill, M. y Benson, H. (1985). Papel de la relajación en la terapéutica del comportamiento en el dolor crónico. En J.M. Stein y C.D. Warfield (Dir.), *Clínica Anestesiológica. Tratamiento del Dolor* (pp. 181-187). Barcelona: Salvat.

Lazarus, R., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer (trad. Española: Estrés y Procesos Cognitivos, Martínez Roca, 1986).

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). El

concepto de afrontamiento. En *Estrés y procesos cognitivos* (pp. 141-163). Barcelona: Martínez Roca.

Lebovits, A.H. y Bassman, L.E. (1996). Psychological aspects of chronic pain management. En M. Lefkowitz y A. H. Lebovits (Eds.), *A practical approach to pain management* (pp. 1124-1128). Boston: Little, Brown & Company.

Leiker, M. y Haley, B. (1988). A link between hostility and disease: poor health habits?. *Behavioral Sciences*, 14, 129-133.

Lindsay PG, Wyckoff M. (1981). The depression-pain syndrome and its response to antidepressants. *Psychosomatics*, 22, 571-573, 576-577.

Linton, S.J. (1991). Memory for chronic pain intensity: correlates of accuracy. *Perceptual and Motor Skills*, 72, 1091-1095.

Linton, S.J. y Götestam, K.G. (1985a). Relations between pain, anxiety, mood and muscle tension in chronic pain patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 90-95.

Linton SJ, Kamwendo K. (1987). Low back schools: A critical review. *Physiological Therapy*, 67, 1375-1383.

López-Castilo y Martínez-Guirado. (1995). Interconsulta psiquiátrica en pacientes con dolor crónico: Trastornos psiquiátricos según la CIE-10. *Dolor*, 2, 324-330.

Magni, G. (1984). Chronic low back pain and depression: an epidemiologic study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 614-617.

Magni, G. (1987). On the relationship between chronic pain and depression when there is no organic lesion. *Pain*, 31, 1-21.

Magni, G., Rossi, M.R., Rigatti-Luchini, S. Merskey, H. (1992). Chronic abdominal pain and depression. Epidemiologic findings in

the United States. Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. *Pain*, 42 (1), 77-85.

Martín, L.M. y Bulbena, A. (2006). Ansiedad y dolor. *Dolor*, 21, 11-20.

Maruta, T., Vatterot, M. y McHardy, M. (1989). Pain management as an antidepressant: long-term resolution of pain associated depression. *Pain*, 36, 335-337.

Mayr, M., Hogler, S., Ghedina, W. y Berek, K. (2003). Low back pain and psychiatric disorders. *Lancet*, 361, 531.

McCracken, L.M. (1997). "Attention" to pain persons with chronic pain: a behavioural approach. *Behavioral Therapy*, 28, 271-281.

McCracken, L.M., Gross, R.T., Sorg, P.J. y Edmands, T.A. (1993). Prediction of pain in patients with chronic low back pain: effects of inaccurate prediction and pain-related anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 31, 647-652.

McCracken, L.M., Gross, R.T., Aikens, J. y Carnrike, C. (1996). The assessment of anxiety and fear in persons with chronic pain: A comparison of instruments. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 927-933.

McCracken, L.M., Faber, S.D., y Janeck, A.S. (1998). Pain-related anxiety predicts non-specific physical complaints in persons with chronic pain. *Behavior Research and Therapy*, 36, 621-630.

McCracken, L.M. y Iverson, G.L. (2001). Predicting complaints of impaired cognitive functioning in patients with chronic pain. *Journal of Pain Symptom Management*, 21 (5), 392-396.

McCaffery, M. y Beebe, A. (1992). *Dolor. Manual clínico para la práctica de enfermería*. Barcelona: Salvat (edición original en inglés, 1991).

McWilliams, L.A., Cox, B.J., y Enn, M.W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106, 127-133.

Medrano, J., Uriarte, J. J. y Malo, P. (2000). Depresión y Dolor, *Interpsiquis*, 4(4).

Meilman, P.W. (1984) Chronic pain: the nature of the problem. *Jospt*, 5 (6), 307-308.

Melzack, R. y Casey, K.L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model. En D. Kenshalo (Ed.), *The Skin Senses* (pp. 168-194). Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.

Melzack, R. y Wall, P. (1965). Pain Mechanisms. A new Theory. *Science*, 150, 971-979.

Merskey, H. (1987). Pain, personality and psychosomatic complaints. En G. Burrows, D. Elton y G. Stanley (Eds.), *Handbook of chronic pain management*. (pp. 137-146). New York: Elsevier Science Publishers.

Merskey, H.A. y Spear, F.G. (1967). The concept of pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 59-67.

Miró, J. (2003). *Dolor crónico: procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Moix-Queraltó, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de psicología*, 36(1), 37-60.

Monsalve, V., Cerdà-Olmedo, G., Mínguez, A. y Andres, J.A. (2000). Ansiedad y depresión en pacientes domiciliarios frente a pacientes ambulatorios. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 7, 6-11.

Pallares, J. y Pallares, M.J. (1989). Aspectos psicológicos y sociales del dolor crónico.

En C. Barutell (Coord.), *Tratamiento del dolor crónico*. Fascículo 2, 5, 27-40. Madrid: Monografías Europharma.

Pastor, M.A., Lopez, S., Rodriguez, J., Sanchez, S. y Salas, E. (1990). Apoyo social y salud en pacientes reumáticos. En *III Congreso Nacional de Psicología Social. Libro de Simposios* (pp. 58-65). Santiago de Compostela.

Pastor, M.A., Lopez, S., Rodriguez, J., Sánchez, S., Salas, E. y Pascual, E. (1990). Expectativas de control sobre la experiencia de dolor: adaptación y análisis preliminar de la escala multidimensional de locus de control de salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 1, 91- 111.

Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F. y Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16 (3), 415-420.

Peters, M.L., Vlaeyen, J.W.S. y Kunnen, A.M.W. (2002). Is pain-related fear a predictor of somatosensory hypervigilance in chronic low back pain patients?. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 85-103.

Philips, H.C. (1987). The effects of behavioural treatment on chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 365-377.

Philips, H.C. (1991). *El tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: Pirámide.

Pilowsky, I. y Spence, N.D. (1976). *Is illness behaviour related to chronicity in patients with intractable pain*, 2 (2), 167-173.

Ramírez, C., Esteve, R. y López, A. E. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de Psicología*, 17 (1), 129-137.

Reeves, J. L. (2000). Depression determines illness conviction and pain impact: a

structural equation modeling analysis. *Pain Medicine*, 1 (3), 238-246.

Riley, J.F.; Aherns, D.K. and Follick, M.J. (1988). Chronic pain and functional impairment: assessing beliefs about their relationship. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 6, 579-582.

Rodríguez-Parra, M. J., Esteve, R. E. y López, A. E. (2000). Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26 (107), 391-418

Romano, J.M. y Turner, J.A. (1985). Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship?. *Psychological Bulletin*, 97(1), 18-34.

Roth, R. S. y Geisser, M. E. (2002). Educational achievement and chronic pain disability: mediating role of painrelated cognitions. *Clinical Journal of Pain*, 18 (5), 286-296.

Rudy, T.E., Kerns, R.D. y Turk, D.C. (1988). Chronic pain depression: Toward a cognitive behavioral mediation model. *Pain*, 35, 129-140.

Schmitz, U., Saile, H. y Nilges, P. (1996). Coping with chronic pain: flexible goal adjustment as an interactive buffer against pain-related stress. *Pain*, 67, 41-51.

Serrano, M., Cañas, A., Serrano, C., García, P. L. y Caballero, J. (2002). Evaluación psíquica del dolor. *Dolor*. 17, 57-70.

Sharpe, L., Sensky, T. y Allard, S. (2001). The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis. The predictive role of disability, illness perception, pain and coping. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 713-719.

Smith, G.R. (1992). The epidemiology and treatment of depression when it coexists with somatoform disorders, somatization or

pain. *General Hospital Psychiatry*, 14, 265-272.

Smith, T.W., Aberger, E.W., Follick, M.J. y Ahern, D.K. (1986a). Cognitive distortion and psychological distress in chronic low back pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 573-575.

Smith, T.W., Follick, M.J., Ahern, D.K. y Adams, A. (1986b). Cognitive distortion and disability in chronic low back pain. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 201-210.

Snow-Turek, A.L.; Norris, M.P. and Tan, G. (1996). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 64, 455-462.

Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J.F. y de Andrés, J. (2004) Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 11, 353-359.

Soucase, B., Monsalve, V. y Soriano, J.F. (2005). Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 12, 8-16.

Soucase Lozano, B., Soriano Pastor, J.F. y Monsalve Dolz, V. (2005). Influencia de los procesos mediadores en la adaptación al dolor crónico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 227-241.

Spinhoven, P., Ter-Kuile, M.M., Linsen, A.C.G. y Gazendam, B. (1989). Pain coping strategies in a Dutch population of chronic low back pain patients. *Pain*, 37, 77-83.

Sternbach, R. (1974). *Traits and Treatments*. New York: Academic Press.

Sullivan, M.J. y D'Eon, J. (1990). Relation

between catastrophizing and depression in chronic pain patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (3), 260-263.

Sullivan, M. J. L., Sullivan, M. E. y Adams, H. M. (2002). Stage of chronicity and cognitive correlates of pain-related disability. *Cognitive Behavior Therapy*, 32 (3), 111-118.

Sullivan, M.D., Turner, J.A. y Romano, J. (1991). Chronic pain in primary care. *The Journal of Family Practice*, 32, (2), 193-199.

Sullivan, M. D. (2001). Finding pain between minds and bodies. *The Clinical Journal of Pain*, 17, 146-156.

Thacher, I. Y Haynes, S.N. (2001). A multivariate time series regression study of pain, depression symptoms and social interaction in rheumatoid arthritis. *Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 159-180.

Truyols, M.^a.M. (1993). *La relajación en el tratamiento de pacientes con dolor crónico*. Memoria de Licenciatura.

Turk, D.C. (1978). Cognitive behavioral techniques in the management of pain. En J.P. Foreyt y D.P. Rathjen (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Research and Application* (pp. 199-227). New York: Plenum Press.

Turk, D.C., Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983). *Pain and Behavioral perspective*. New York: The Guilford Press.

Turk, D. C. y Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 678-690.

Turk, D.C., Monarch, E.S. y Williams, A.D. (2002). Psychological evaluation of patients diagnosed with fibromyalgia syndrome: a comprehensive approach. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 28, 219-233.

Turk, D.C. y Rudy, T.E. (1992). Recursos

no farmacológicos para el control del dolor, procedimientos conductuales. En K.M. Foley y R.M. Payne (Eds.), *Terapéutica del dolor* (pp. 487-497). México: Interamericana-MacGraw Hill. (Edición original en inglés, 1989).

Turner, J.A. y Chapman C.R. (1982). Psychological interventions for chronic pain: A critical review. I. Relaxation training and biofeedback. *Pain*, 12 (3), 1-21.

Turner, J. A., Jensen, M. P., Warm, C. A. y Cardenas, D. D. (2002). Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. *Pain*, 98 (1-2), 127-134.

Vallejo, M.A. (2000). Emociones y dolor. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 7, 3-5.

Vallejo, M.A. y Comeche, M.I. (1999). Depresión, ansiedad y dolor crónico. En E.G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Eds). *Emociones y Salud*. Barcelona: Ariel, 289-324. Psicología.

Van-Houdenhove B., Verstraeten D., Onghena P. y De Cuyper H. (1992). Chronic idiopathic pain. mianserin and masked depression. *Psychotherapy & Psychosomatic*, 58, 46-53.

Von-Baeyer, C.L. y Wyant, G.M. (1988). Tension in opposing muscle groups and psychopathology: the "spring response" in chronic pain patients and normal subjects. *The Pain Clinic*, 2(1), 7-14.

Wade, J.B., Price D.D., Hamer R.M., Schwartz S.M. y Hart, R.P. (1990). An emotional component analysis of chronic pain. *Pain*, 40, 303-310.

Walsh, D. A. y Radcliffe, J. C. (2002). Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. *Pain*, 97 (1-2), 23-31.

Ward, N.G., Bloom, V.L., Dworkin, S., Fawcett, J., Narasimhachari, N. y Friedel, R.O. (1982). Psychobiological unified theory. *Journal of Clinical Psychiatry*, 43, 32-39.

Weisenberg, M. (1987). Psychological intervention for the control of pain. *Behavior Research and Therapy*, 25 (4), 301-312.

Weisenberg, M., Tepper, I. y Schwarzwald, J. (1995). Humor as a cognitive technique for increasing pain tolerance. *Pain*, 63, 207-212.

Williams, D.A. y Thorn, B. E. (1989). An empirical assessment of pain beliefs, *Pain*, 36, 351-358.