

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA



Trabajo de Fin de Grado en Enfermería
Curso 2012-2013

FACTORES PSICOLÓGICOS EN LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR

Alumna: Sheila M^a Cobos Marcos

Tutora: M^a Teresa Daza González



ÍNDICE

1. Resumen	Pág. 2
2. Introducción	Pág. 2
3. Objetivos.....	Pág. 3
4. Metodología.....	Pág. 3
5. Desarrollo	Pág. 4
5.1. Definición y tipos de dolor	Pág.4
5.2. Principales factores psicológicos que influyen en la percepción del dolor	Pág. 6
5.2.1. Ansiedad.....	Pág. 7
5.2.2. Depresión.....	Pág. 8
5.2.3. Ira.....	Pág. 10
5.2.4. Personalidad	Pág. 11
5.2.4.1. Estudios sobre personalidad y dolor crónico	Pág. 14
5.3. Enfermedades que producen dolor crónico	Pág. 17
5.3.1. Fibromialgia.....	Pág. 17
5.3.2. Dolor lumbar crónico.....	Pág. 19
5.4. Estudios con métodos de inducción experimental al dolor	Pág. 20
6. Discusión.....	Pág. 22
7. Conclusión	Pág. 23
Referencias bibliográficas	Pág. 24
Anexo	Pág. 29



1. RESUMEN:

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable que afecta a millones de personas en el mundo. Los factores psicológicos, como la ansiedad, la depresión, la ira y la personalidad, desempeñan un papel importante en la percepción, modulación y mantenimiento de la sensación dolorosa. Cada persona afronta el dolor de un modo diferente, según su personalidad. Sobre todo en las personas que padecen dolor crónico, se ha puesto de manifiesto que los rasgos de personalidad interfieren en la forma en la que la persona afronta el dolor. Las personas con dolor crónico a menudo se encuentran frustradas porque el tratamiento para el dolor no es efectivo. Por ello, el objetivo de este estudio es comprobar la relación entre factores psicológicos y los rasgos de personalidad con dolor, ya que podría ser interesante para su tratamiento porque se podría hacer un tratamiento integral de los problemas de la persona y no solo de un síntoma.

2. INTRODUCCIÓN:

Actualmente el dolor es un problema científico, social y económico de primera magnitud. Según el SIP (Impacto Social del dolor, una iniciativa Europea contra el dolor), de los 35,4 millones de personas adultas de España, en el último mes de 2010 un 6'1% (2,15 millones de personas) sufrieron dolor y acudieron a la consulta en busca de ayuda. De ese 6,1%, el 12% sufría dolor severo, el 64% moderado y el 24% leve. ¹

El sufrimiento que acarrea el dolor, en especial el crónico, hace que millones de personas se encuentren en una situación de desesperación física y psíquica que eleva los costes humanos del dolor a límites inimaginables. ²

El papel de los factores psicológicos como mediadores de la percepción (apreciación de las señales dolorosas en las estructuras centrales), mantenimiento y exacerbación del dolor, pudiendo estar desencadenado o no por procesos biológicos, es muy importante, pudiendo destacar, en el caso del dolor crónico, la importancia de la personalidad. ³

La personalidad tiene una función integradora. El modo como un individuo enfrenta las distintas situaciones de la vida está determinado por su personalidad. La enfermedad es enfrentada de un modo peculiar por cada persona, dependiendo de esta. Tiene una función adaptativa; los pacientes con un mejor nivel de adaptación previa



responden de mejor manera frente a situaciones estresantes, y en el caso del dolor tienen una mejor respuesta al tratamiento. ⁴

La importancia de estudiar cómo los factores psicológicos interfieren en el dolor está en que de esta forma podremos crear estrategias destinadas a abordar dicho dolor mucho más efectivas, tratando no solo el dolor, sino todo lo que conlleva (ansiedad, estrés, depresión, trastornos del sueño...). De esta forma la recuperación de los pacientes podría ser más rápida y efectiva y menos frustrante, ya que en el caso de estos pacientes, no encontrar solución a su problema puede hacer que se acentúe más.

El papel de la enfermería en la recuperación de estos pacientes es muy importante, ya que es el personal sanitario que pasa más tiempo con ellos. La enfermería no solo tiene un papel asistencial, sino que también tiene un papel docente (enseñan a los pacientes y los familiares cómo reconocer el dolor, estrategias para combatirlo, asociaciones que le pueden ayudar, etc.), de coordinación (entre el paciente, la familia y el equipo sanitario, para mejorar la asistencia) y de apoyo psicológico (ya que pasa mucho tiempo con el paciente, enfermería es el personal que mejor sabe cómo se sienten, los escucha, le dan apoyo psicológico e intentan ayudarlos) en los pacientes con dolor.

3. OBJETIVO:

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica de los estudios que han investigado la influencia de los factores psicológicos en la percepción del dolor, modulando su duración e intensidad y ver si realmente existe relación. Y más específicamente, nos centraremos en aquellos estudios que han tratado de comprobar si los distintos rasgos de personalidad de los pacientes pueden modular de forma importante la forma en la que estos pacientes viven la situación de dolor.

4. METODOLOGÍA:

En primer lugar se realizó una revisión bibliográfica del tema de estudio. Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales. Se realizaron varias búsquedas bibliográficas desde el 8 de Marzo hasta el 24 de Abril de 2013 en bases de datos como PubMed, Medline, CUIDENplus, ScienceDirect,



Cochrane Plus, BioMed, ProQuest, PsicoDoc y Psycinfo; y en revistas científicas como Pain, Revista de la Sociedad Española del Dolor, The Clinical Journal of Pain, The Journal of Pain, The Open Pain journal y Pain Physician. Se utilizaron los siguientes descriptores: dolor crónico (chronic pain), personalidad (personality), ansiedad (anxiety), depresión (depression), ira (angry), fibromialgia (fibromyalgia), dolor lumbar (low back pain). La fecha de publicación de elección de los artículos se fijó a partir de 2004, para que fueran los más actuales posibles, aunque algunos son un poco anteriores por presentar resultados interesantes para este estudio.

El criterio de elección de los artículos ha sido la coincidencia con el tema de estudio y su relevancia y actualidad.

En segundo lugar, para obtener información general sobre el tema de estudio, se realizó una búsqueda sobre el tema en libros de texto específicos sobre el dolor y psicología. Se han utilizado seis libros para la elaboración de la información sobre el dolor, sus tipos, los factores psicológicos que interfieren en este y las enfermedades que causan dolor crónico.

Por último, para la definición de algunos términos específicos se han usado páginas webs de organizaciones como la OMS (Organización Mundial de la Salud) o la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor).

5. DESARROLLO

5.1. Definición y tipos de dolor

La Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor de la siguiente forma: “es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”⁵.

El dolor se puede clasificar de varias formas, basándose en la etiología, expectativa de vida, región afectada, intensidad y tiempo de duración.⁶

Según su etiología lo podemos clasificar de la siguiente forma:

-Dolor genético o congénito.

-Dolor postraumático, postquirúrgico, quemado.

-Dolor infeccioso, parasitario.



- Dolor inflamatorio, inmune.
- Dolor por cáncer.
- Dolor tóxico, metabólico.
- Dolor degenerativo, mecánico.
- Dolor disfuncional.
- Dolor de origen desconocido.
- Dolor psicológico.

Según la expectativa de vida, se clasifica en:

-Dolor **maligno**, que es el producido a causa del Cáncer o del SIDA, por ejemplo.

-Dolor **benigno**, mal denominado, ya que no puede considerarse como tal a ningún tipo de dolor y que estaría representado por aquellos procesos que no comprometen la supervivencia del individuo.

Según la región afectada, lo clasificamos como:

- Dolor de cabeza, cara y boca.
- Dolor de la región cervical.
- Dolor de la parte superior de la espalda y miembros superiores.
- Dolor de la región torácica.
- Dolor abdominal.
- Dolor bajo de espalda, columna lumbar, sacro y coccígeo.
- Dolor de miembros inferiores.
- Dolor pélvico.
- Dolor anal, perianal y genital.
- Dolor que afecta a más de tres regiones.

Según las características temporales del dolor lo podemos clasificar como episodios simples, dolor continuo, dolor recurrente o dolor paroxístico. O bien en dolor agudo y dolor crónico, que es el que usamos con más frecuencia y el que va a centrar nuestra atención en este trabajo.



Por último, según la duración del dolor lo podemos clasificar como:

-Dolor agudo: de duración menor de 6 meses. Es la señal de alarma del organismo agredido. Puede ser superficial, profundo y visceral. Produce una serie de efectos indeseables, como consecuencia de la llegada del estímulo doloroso a distintos niveles del SNC. Su duración es corta, bien localizado, se acompaña de ansiedad y de signos físicos autonómicos (taquicardia, hipertensión, taquipnea, íleo, náuseas, vómitos, sudoración, palidez, entre otros).

-Dolor crónico: es aquel que dura más de 6 meses, aún habiéndose realizado los tratamientos adecuados. Podemos distinguir entre:

- Dolor crónico benigno: cuando no está asociado a una enfermedad que atente contra la vida. No responde al tratamiento de una causa específica y no hay signos del Sistema Nervioso Autónomo. Se asocia con cambios de la personalidad y depresión, convirtiéndose el dolor no en un síntoma, sino en una enfermedad.
- Dolor crónico maligno: es aquel provocado por una enfermedad que atenta contra la vida del paciente, como en el caso del Cáncer. Puede ser un dolor continuo y constante y es frecuente que aparezcan periodos de agudización.

Por otra parte, la IASP define la percepción de dolor como “una cualidad inherente a la vida que aparece muy tempranamente en el desarrollo y que sirve como sistema de señalización ante el daño tisular”⁵. La señalización puede no solo darse mediante descripción verbal sino también a través de una gran variedad de respuestas psicológicas y de comportamiento que se describen posteriormente. El concepto básico de la percepción del dolor es que los mensajes dolorosos emergen en el sistema nervioso periférico (SNP) y son transmitidos al sistema nervioso central (SNC) donde son interpretados.⁴

5.2. Principales factores psicológicos que influyen en la Percepción del dolor.

Los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor. Son muchos los estudios que han puesto de manifiesto la importancia de los factores psicológicos, como la ansiedad, la depresión e incluso la personalidad, en la percepción del dolor. A continuación



presentaremos una revisión de los principales factores psicológicos que interfieren en la percepción del dolor.

5.2.1. Ansiedad

Es un estado afectivo. Hemos de distinguir entre ansiedad como estado y ansiedad como rasgo. La ansiedad como estado es un sentimiento que se manifiesta puntualmente en determinadas situaciones, mientras que la ansiedad como rasgo se mantiene latente en el individuo.⁷

Es una de las respuestas psicológicas mediadores de la experiencia del dolor más temprana e identificada. Por un lado, actúa como potenciadora y mantenedora del dolor; por otro lado, algunos estudios (McCraven e Iverson⁸; Pérez-Pareja, et al.⁹; Turk et al.¹⁰) revelan que las personas con dolor crónico presentan niveles más elevados de ansiedad y una mayor incidencia de trastornos de ansiedad que la población general. 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 mantenimiento de la sensación dolorosa.³

Hay que tener en cuenta que es el estado psicológico más diagnosticado en pacientes con dolor crónico. La aparición de la ansiedad en estos pacientes no es extraño, ya que esta aparece en respuesta a una señal de peligro que necesita una acción para sobrevivir y el dolor es la señal de peligro más clara, luego queda claro que existe una relación clara entre el dolor y la ansiedad.³

En la mayoría de los casos de pacientes con dolor crónico se presenta la ansiedad. La aparición de síntomas de ansiedad, aunque sean leves, pueden tener un impacto importante en el transcurso de la enfermedad depresiva, interfiriendo también en el tratamiento del dolor, haciéndolo más difícil.³

Soucase, Monsalve y Soriano¹¹ hicieron una investigación sobre el afrontamiento del dolor crónico cuyo objetivo fue estudiar las relaciones e interacciones entre los procesos de valoración cognitiva y estrategias de afrontamiento propuesto en el modelo de Lazarus y Folkman como procesos que median la adaptación de los pacientes a su dolor, utilizando como criterio de adaptación el nivel de ansiedad y depresión.

Como resultado obtuvieron que el 48,7% de las personas de su muestra presentaba ansiedad a causa de una mayor represión de las emociones, una menor confianza en que su dolor se solucionaría en poco tiempo, una mayor percepción de que el dolor supera los propios recursos para hacerle frente, una mayor preocupación por su dolor y una mayor valoración de que el dolor les desborda.

5.2.2. Depresión

Según la OMS es un “trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”¹². Es una de las respuestas emocionales más frecuentemente asociada al dolor.

Con respecto a la relación entre dolor y depresión, Truyols Taberner et al.³ exponen varias teorías. Desde el punto de vista psicodinámico, en ausencia de base orgánica (en el caso del dolor crónico), la depresión sería el trastorno primario (Merskey y Spear¹³). Desde el modelo conductual, se considera que el dolor produciría un estado depresivo como consecuencia de la reducción en las capacidades para llevar a cabo actividades reforzantes (Fordyce¹⁴). Según los modelos biológicos, el dolor y la depresión ocurren de forma simultánea, al estar relacionados por fundamentos biológicos y psicológicos similares (Fields¹⁵, Romano y Tuner¹⁶).

En los estudios en los que se ha estudiado la relación entre depresión y dolor crónico se realizan entrevistas a los pacientes para recopilar aspectos sociodemográficos, la historia de la enfermedad, los tratamientos recibidos, los antecedentes psicopatológicos y el estado psicológico actual. Se usa también una escala para medir el valor, normalmente la escala visual analógica (EVA), ya que permite obtener una puntuación objetiva del dolor. En esta escala la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable” (ver Figura 1). La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Es la escala más usada, incluso en los pacientes críticos.¹⁰

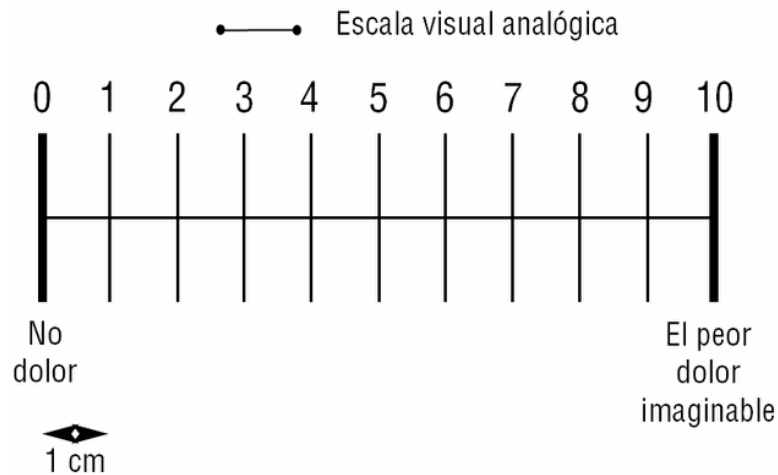


Figura 1 . Escala visual analógica (EVA)

Como instrumentos para medir la depresión, se suelen utilizar cuestionarios, como por ejemplo, el Inventario de Depresión de Beck, más concretamente el BDI-II¹¹,¹⁹. El inventario de depresión de Beck es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a su corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63.¹⁸

El estudio de Soucase et al.¹¹ muestra que el elemento más importante en la predicción de la depresión en un paciente con dolor crónico será la percepción del paciente de que su dolor limita su vida, es decir, la incapacidad debido al dolor en su vida diaria. La represión de las emociones, al igual que la preocupación por el dolor supera las propias posibilidades para hacerle frente. Cuanto mayor es la percepción de que el dolor limita su vida mayor es la represión de sus emociones, la preocupación por su dolor y la anticipación de ese dolor.

En el estudio realizado por Llorca, Muriel, González-Tablas y Díez¹⁹ no se encuentra relación entre la intensidad y duración del dolor crónico y la aparición de depresión. Sí que se encuentra una diferencia significativa en los diferentes tipos de dolor, siendo los pacientes con dolor oncológico los que ofrecen valores más elevados

en los test de depresión, los pacientes con dolor neuropático y nociceptivo presentan niveles de depresión más bajos. Aunque se pone de manifiesto que la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria y el número de zonas de dolor eran las variables que incrementaban la depresión.

En el estudio realizado por Woo²⁰ se expone que no se sabe que aparece a causa de que, el dolor crónico a causa de la depresión o la depresión a causa del dolor crónico, ya que existen similitudes psicológicas entre ambos. Como ejemplo expone que la noradrenalina y la serotonina involucrados en la fisiopatología de la depresión coinciden con una inhibición descendente anatómica de la percepción del dolor, es decir, que la noradrenalina y serotonina que se liberan cuando aparece la depresión hacen que se perciba más el dolor, ya que estos neurotransmisores actúan para modular estímulos dolorosos entrantes, lo que da a entender que la depresión daría lugar a la aparición de dolor. Pero también es cierto que en muchas ocasiones la depresión aparece después de la aparición del dolor crónico, ya sea por la percepción continua de dolor que no desaparece, la frustración que esto provoca o la incapacidad que les produce el dolor. Por lo que ambas cosas serían posibles, que el dolor crónico aparezca como consecuencia de la depresión y al contrario.

5.2.3. Ira

Es una respuesta emocional primaria, que se presenta cuando un organismo se ve bloqueado en la consecución de una meta o en la satisfacción de una necesidad. Es la emoción negativa más ampliamente observada en el dolor, destacándose por su influencia negativa en la adaptación de los pacientes. La frustración frente a la enfermedad, las quejas persistentes, la escasa información sobre la etiología del dolor, seguidos por los repetidos fracasos terapéuticos, aumentan la probabilidad de experimentar estados emocionales de ira.³

Los resultados del estudio realizado en 2010 por Middendorp²¹ et al. sobre los efectos de la ira en la vida diaria de mujeres con fibromialgia, sugieren que la ira y la tendencia general por inhibirla produce un mayor dolor en la vida cotidiana de estas mujeres con fibromialgia.

Incluso, en el estudio realizado en 2008 por Estlander et al²², se relaciona el dolor crónico, la ira y la depresión, poniendo de manifiesto que en los pacientes en los

que el dolor es más severo las relaciones entre la ira y la depresión eran mayores que en los pacientes con dolor más leve. En concreto, la inhibición de la ira se relaciona con los signos físicos y somáticos de la depresión en esos pacientes con dolor más severo.

5.2.4. Personalidad

Puede ser considerada como una estructura de cualidades emocionales e intelectuales única para cada individuo que se refleja en la conducta, pero cuyos elementos esenciales pueden ser evaluados.²

Allport define la personalidad como “la organización dinámica intraindividual de aquellos sistemas psicofísicos dentro del individuo que determinan su ajuste único al medio”²³. Desarrollando la definición tenemos que:

- Organización dinámica: la personalidad está en continuo cambio y desarrollo, aunque existe una organización sistemática previa.
- Psicofísico: se refiere a la permanente interacción cuerpo-psique. Entre ellos la relación es intrínseca e individualizante.
- Ajuste al medio: la personalidad establece relaciones entre el yo y el ambiente, tanto físicas como psicológicas.

En cuanto a la influencia de la personalidad en la percepción del dolor, es necesario distinguir entre dolor agudo y dolor crónico. En el caso del dolor agudo, la incidencia de los factores de personalidad es prácticamente nula, debido a las características idiosincráticas de este tipo de dolor. Sin embargo, numerosos estudios han puesto de manifiesto la relación entre determinados rasgos de personalidad y dolor crónico.

Aquellos rasgos de personalidad que más importan para entender mejor su relación con la forma en la que los pacientes experimentan el dolor, son los siguientes²⁴:

-Rasgos de personalidad ansiosa: en estos sujetos se produce un error en el sistema natural de alarma de los seres humanos ante los diversos acontecimientos del día a día. Esto provoca un incremento excesivo y muy frecuente de pensamientos ansiosos, un aumento de la tensión psíquica del sujeto así como una exageración en los comportamientos o conductas de control de la situación. Experimentan altos grados de ansiedad y malestar ante situaciones sociales y en relaciones íntimas, por lo que evitan



trabajos o actividades que impliquen un contacto social. Son inseguros y presentan miedo a quedar en ridículo, ser criticados o rechazados.

-Rasgos de personalidad paranoide: presentan falta de confianza en los demás de forma persistente e inapropiada. Son personas tensas, hipersensibles, hipervigilantes que examinan constantemente su entorno en busca de posibles ataques o evidencias de una agresión inexistente. Son distantes y hostiles en sus relaciones interpersonales.

-Rasgos de personalidad histriónica: presentan un comportamiento excesivamente dramático, emocional e impresionista, con el objetivo de buscar ser el centro de atención, situación que incluso a veces consiguen mediante amenazas de suicidio. Muestran conductas seductoras y manipuladoras. Tienen una elevada necesidad de estima y aprobación social. Suelen demostrar sus emociones de forma superficial y cambiante. Tienden a interpretar sus relaciones de forma más intensa de los que realmente son. Utilizan la teatralidad y el dramatismo para impresionar y controlar a los demás.

-Rasgos de personalidad obsesiva-compulsiva: son extremadamente ordenados, muy perfeccionistas y meticulosos con un excesivo afán por la organización y la previsión, además suelen ser poco espontáneos y flexibles. Son indecisos, repiten una y otra vez sus trabajos hasta que están seguros de que están bien realizados. Presentan una excesiva dedicación al trabajo en relación al ocio. Tienen dificultades para adaptarse a situaciones nuevas. Tienden a guardar objetos aunque sean inútiles por no ser capaces de deshacerse de ellos. Suelen ser avaros con el dinero. Desarrollan una tendencia permanente a las preocupaciones y a la expectación aprensiva.

-Rasgos de personalidad narcisista: tienen una visión no realista de sí mismo, creyéndose mejores que los demás, lo que les lleva a adoptar una actitud arrogante, altiva y soberbia. Están convencidos de ser únicos y exclusivos, con una clara exageración en sus logros y méritos personales y de sus capacidades para conseguir la atención de los demás. Ya que tienen la gran necesidad de ser admirados por el resto. Exhiben frecuentemente fantasías de éxito, poder, belleza, riqueza o amor ideal. Suelen mostrar indiferencia por los problemas de la gente ya que solo se preocupan por sí mismos. Suelen envidiar a los demás y sacan provecho de los otros buscando beneficio propio.



-Rasgos de personalidad esquizoide: se caracterizan por la existencia de una profunda deficiencia de habilidades sociales y evitación del contacto con los demás. Se aíslan y destacan por su carencia de afecto. Son fríos, reservados y se incomodan cuando experimentan emociones íntimas. No experimentan placer y viven sumidos en una anhedonia crónica. Utilizan las fantasías como mecanismo de defensa. Se clasifican como asociales ya que no precisan ni desean contacto con otras personas, incluida la familia. Revelan una gran dificultad para poder expresar sus sentimientos y emociones.

-Rasgos de personalidad antisocial (sociópata): manifiestan claramente una ausencia de ética personal. Se caracterizan por ser incapaces de adaptarse a las pautas o normas sociales y las vulneran a pesar de conocerlas. Suelen manipular a las personas con mentiras para conseguir el objetivo que pretenden. Muestran una marcada impulsividad, hostilidad, irritabilidad y agresividad que les lleva a ejecutar conductas de alto riesgo y no presentan ningún tipo de remordimiento en sus actuaciones. Se muestran insensibles al sufrimiento de los demás.

-Rasgos de personalidad borderline: se identifica por una marcada inestabilidad en diferentes espacios de la vida, como en las relaciones interpersonales, la autoestima y la afectividad, además de presentar una descontrolada impulsividad. Su baja autoestima hace que sientan que no merecen el afecto de los demás y temen el abandono de las personas con las que han establecido una relación de dependencia. Se muestran dañinos para sí mismos y para los demás, desarrollan conductas peligrosas. Suelen expresar sentimientos crónicos de vacío, apatía y desmotivación.

-Rasgos de personalidad esquizotípica: son personas que presentan un comportamiento excéntrico con creencias raras o pensamiento mágico. Presentan alteraciones en la sensopercepción, y están totalmente convencidos de que tienen un poder especial. Manifiestan ilusiones. Muestran frialdad emocional y baja autoestima, y frecuentemente hacen interpretaciones erróneas de la realidad. Suelen estar aislados y sus habilidades sociales son deficientes.

-Rasgos de personalidad sádica: se caracteriza por un conjunto de conductas, comportamientos o actitudes dirigidas a hacer sufrir o a dominar a otras personas. En principio, la búsqueda de sufrimiento o sumisión lo hace por simple placer, no como método para conseguir un objetivo. Suele surgir en la adolescencia.



-Rasgos de personalidad múltiple: estas personas suelen presentarse bajo diversas personalidades, incluso distintas en edad, nivel cultural, sexo y carácter. Generalmente cada personalidad desarrolla amnesia con respecto a las otras.

5.2.4.1. Estudios sobre Personalidad y dolor crónico

Comenzaremos hablando de los estudios que utilizan cuestionarios para evaluar el dolor y la personalidad de los pacientes.

Para evaluar la personalidad se utilizan cuestionarios como Cuestionario de Temperamento y Carácter (TCI) de Cloninger que incluye las siguientes dimensiones temperamentales: Búsqueda de novedad, evitación al daño, dependencia de la recompensa y persistencia.²⁵ Para Cloninger las dimensiones de Temperamento serían predisposiciones que se mantienen estables a lo largo del desarrollo, en su mayoría heredadas y que no se modifican a través de los procesos de aprendizaje. La evitación al daño sería un reflejo de la actividad del Sistema de Inhibición Conductual (SIC), o sistema de castigo, según la teoría de Gray²⁶ (este autor defiende que las señales de castigo o estímulos nuevos se responde con la inhibición de funciones del comportamiento). Los sujetos altos en esta dimensión desarrollan respuestas condicionadas de evitación ante estímulos aversivos, lo que hace que sean personas cautelosas, aprensivas y temerosas. La Búsqueda de Novedad estaría relacionada con el Sistema de Activación Conductual (SAC), o sistema de recompensa. Estas personas serían impulsivas, excitables, curiosas y entusiastas. La Dependencia de la Recompensa tiene que ver con el refuerzo social y la sensibilidad a los estímulos sociales y al malestar por la separación del grupo. La dimensión de Persistencia implica una tendencia neurobiológica a mantener conductas en condiciones de extinción. Es decir, la capacidad del organismo de seguir emitiendo conductas asociadas al refuerzo a pesar de la desaparición de éste.²⁶

También se utiliza un cuestionario para evaluar la ansiedad, el cuestionario de Ansiedad Rasgo y Estado (STAI), que mide dos aspectos independientes de la ansiedad. La escala ansiedad-estado mide síntomas de ansiedad actual y la escala ansiedad-rasgo mide el componente ansioso de la personalidad. Cada escala contiene 20 ítems y tres opciones de respuesta.²⁵



Por último, para evaluar el estado de ánimo actual del paciente, se utiliza el cuestionario de Depresión de Beck (BDI) que ya comentamos en el apartado de la depresión.

En la revisión bibliográfica realizada por Arias López²⁷ en 2005 se describen modelos teóricos a partir de la relación entre la personalidad y las enfermedades descrita por Millon y Roger²⁸. Habla sobre las diferentes condiciones en las que una enfermedad o situación se puede relacionar con la personalidad.

La primera se denomina modelo de vulnerabilidad, en la que las situaciones estresoras atraviesan el sistema creado por la personalidad, y si no se tiene una estrategia de afrontamiento adecuado, suelen generarse trastornos. Según este modelo, existen personalidades más predispuestas que otras a padecer dolor. Por ejemplo, existen estudios que demuestran que las personas con puntuaciones más altas en sumisión tienen más tendencia a padecer migrañas y las personas con altas puntuaciones en neuroticismo presentan más comúnmente cefalea tensional. Estas últimas personas presentan estrategias de afrontamiento deficientes, menores umbrales y mayor tendencia a experimentar dolor, por lo que se relacionan con alta vulnerabilidad y sensibilidad a diferentes estímulos, entre ellos el dolor.

Otro modelo es el de la complicación, que es inverso al anterior. Según este modelo, trastorno prolongado genera cambios en la personalidad. Por tanto, una persona con dolor crónico podría acabar teniendo trastornos psicológicos, depresión, ansiedad, etc.

El último modelo es el patoplástico, en el que la personalidad incide en el curso de los trastornos después de la aparición de estos y no dependen entre sí para su génesis. Con respecto a este modelo, no se han hallado resultados concluyentes en las investigaciones realizadas, por lo que se sospecha, en consecuencia, que sí existe una relación entre la personalidad y el dolor.

En el estudio realizado por Infante Vargas et al.²⁵ analizan si las características de personalidad del cuestionario de Cloninger son variables que intervienen en el proceso del dolor crónico. Concretamente, en este estudio se pretendía comprobar si las características de personalidad están relacionadas con la ansiedad, la depresión y el dolor de los pacientes. Tras administrarse el cuestionario de personalidad a una muestra de 68 pacientes con dolor crónico, llegan a la conclusión de que los pacientes con dolor

crónico se caracterizan por presentar en las escalas de temperamento puntuaciones más altas en Evitación al Daño y puntuaciones más bajas en Búsqueda de novedad y persistencia con respecto a la población general. La evitación al daño aparece por miedo al dolor y este miedo es más incapacitante que el dolor mismo. Además se relaciona con la aparición de trastornos emocionales como la depresión y la ansiedad, hecho que se pudo comprobar ya que las altas puntuaciones de evitación al daño se relacionaron con estos trastornos. Este estudio demuestra que los pacientes con dolor crónico presentan rasgos de personalidad más inadaptados que la población general, aunque no se puede decir que las características de personalidad estén directamente relacionadas con la intensidad del dolor, si predisponen la aparición de trastornos emocionales relacionados con el dolor.

Al igual que el estudio anterior, Conrad et al.²⁹ utilizan los mismos cuestionarios en su estudio. Comentan que la Evitación al daño es una de las cuatro dimensiones del temperamento independientes que forman el núcleo emocional de la personalidad. Esta dimensión refleja un temperamento con predisposición hereditaria a sentir miedo y un comportamiento evitativo en consecuencia. Los individuos predispuesto a la evitación son más susceptible al miedo en presencia de estímulos aversivos (Cloninger³⁰). Wadell et al.³¹, en sus estudios sobre el comportamiento de evitación, concluyeron que el miedo al dolor y el comportamiento asociado era más incapacitante que el mismo dolor. La discapacidad y la depresión son las consecuencias de esa evitación.

La segunda conclusión a la que llegan es que los pacientes con dolor crónico obtuvieron puntuaciones más bajas en autodirección y cooperación. Estas dimensiones del carácter representan el núcleo cognitivo de la personalidad ya que implican procesos cognitivos más altos que los de las dimensiones del temperamento (Cloninger³²). Las personas con baja autodirección no esperan ser capaces de controlar e influir positivamente en una situación aversiva y superar los obstáculos. La autodirección está estrechamente relacionada con la autoeficacia (convicción personal de que se puede demostrar con éxito la resolución de problemas en una situación dada -Bandura y Cervone³³-). Hay evidencias que sugieren que la baja autoeficacia juega un papel importante en el control del dolor (Weisenberg³⁴), frente a la discapacidad (Lorig et al.³⁵) y los resultados del tratamiento (Keefe et al.³⁶).

El estudio realizado por Poppe et al.³⁷ explora si las variables relacionadas con el dolor (intensidad, duración, interferencia y catastrofismo del dolor) y variables no

relacionadas con el dolor (rasgos de personalidad) influyen en la aceptación, además de la interrelación entre esas variables que influyen en esta. Los pacientes de la muestra con dolor crónico completaron autoinformes sobre la aceptación, la intensidad del dolor, la interferencia en la vida diaria, la duración del dolor, el catastrofismo y la personalidad. Como resultado se obtuvo que la intensidad del dolor, la interferencia y la duración no tuvieron relación significativa con la aceptación. La catastrofización (un conjunto de procesos cognitivos y emocionales que predisponen a que el dolor se convierta en crónico) y los rasgos de personalidad (sobre todo los de evitación) si fueron relacionados negativamente con la aceptación. En el caso de los rasgos de personalidad, en este estudio los resultados sugieren que también afecta a la aceptación, ya que algunos rasgos de personalidad ponen a los pacientes en riesgo de mala adaptación al dolor. Como resultado obtienen que los rasgos de personalidad por evitación, esquizoide, dependiente y pasivo-agresivo son inversamente proporcionales a la aceptación. Es más, de todos los rasgos de personalidad, los pacientes con rasgo de evitación son los que presentan más problemas para aceptar el dolor. Además los pacientes con rasgos de evitación catastrofizan más sobre su dolor.

5.3. Enfermedades que producen dolor crónico.

5.3.1. Fibromialgia

Existen enfermedades que están caracterizadas por producir dolor crónico. Una de estas enfermedades es la fibromialgia. Esta enfermedad se considera multisistémica y de mecanismos etiopatológicos oscuros, de forma que su tratamiento actual es sintomático, inespecífico e insatisfactorio para los pacientes. Los síntomas que aparecen son³⁸:

-Dolor generalizado: es el síntoma principal, fluctuante en gravedad. La intensidad del dolor es muy alta.

-Sensibilidad dolorosa: se produce cuando se palpan localizaciones específicas de músculos y tendones, llamados puntos sensibles.

-Cuadro asténico: fatiga sin causa, sobre todo matutina.



-Disautonomía: Se manifiesta en forma de hipotensión ortostática, taquicardia postural, sensación de mareo o inestabilidad por cambios posicionales o hiperactividad del sistema simpático (temblores, hipersudoración).

-Rigidez matutina.

-Sueño no reparador.

-Otros problemas: cardiorrespiratorios, gastrointestinales, osteomusculares, mentales, genitourinarios, neurológicos.

Aunque la fibromialgia puede aparecer sin motivo aparente, a menudo se desencadena por situaciones traumáticas e incluso por acumulación de problemas cotidianos. La tensión y el estrés son comunes en esta enfermedad.

Para Malin y Littlejohn³⁹, la personalidad podría estar implicada en diversos aspectos del dolor crónico, como el desencadenamiento, mantenimiento y exacerbación del proceso de la fibromialgia. Se ha sugerido que los rasgos de personalidad junto con la sensibilización son los factores más importantes en el desarrollo y también el mantenimiento de la fibromialgia.

El hecho de que los estilos de personalidad que promueven o amplifican angustia emocional son más comunes en la fibromialgia favorece este punto de vista. Por ejemplo, en la neurosis es común la respuesta negativa asociada a situaciones difíciles de vida y la posterior generación de angustia emocional. Esta respuesta depende más de la interpretación y estilos de afrontamiento de la persona.

El estudio llevado a cabo por Cerón Muñoz⁴⁰ tenía como objetivo detectar, en atención primaria, posibles alteraciones de personalidad en pacientes con fibromialgia. La mayoría de la muestra estaba formada por mujeres. Encontraron que la mayor parte de los pacientes tenían una psicopatología que precedía al dolor. Como conclusión hablan de que los resultados obtenidos en este trabajo permiten inferir una alta sospecha de existencia de rasgos de personalidad anómalos en las pacientes con fibromialgia, que justificaría una valoración psicológica más completa para confirmar la existencia de trastornos de personalidad establecidos. La detección de determinados rasgos de personalidad, sería útil en el abordaje de unas pacientes crónicas, abocadas a la polifarmacia, con mala percepción de salud y escasa esperanza de curación.

5.3.2. Dolor lumbar crónico

El dolor lumbar crónico o lumbalgia es también muy común en la población. En el 80 % de los casos es mecánica. Se debe fundamentalmente a sobrecarga funcional o postural y lo que se produce es una deformación de la columna en esa zona.⁴¹

En la investigación hecha por Tavallaii⁴² en 2010 sobre el dolor lumbar crónico buscan las características de personalidad de estos pacientes para encontrar la relación entre la prevalencia del dolor crónico y una personalidad característica.

Encontraron diferencias entre hombres y mujeres. Las mujeres tenían puntuaciones de dolor más altas que los hombres. Sin embargo no encontraron relación entre el tiempo que hacía que padecían el dolor, los antecedentes personales y psiquiátricos, ni con la edad. Sí que se encontró relación con las personalidades histéricas e hipocondríacas, las personas con este tipo de personalidad también tuvieron puntuaciones más altas de dolor y casualmente también estuvieron más relacionadas con las mujeres.

Como conclusión comentan que el abordaje del dolor lumbar crónico necesita un estudio más psicológico y prestar más atención a la edad, sexo y problemas psiquiátricos para que el tratamiento sea integral.

Según Rascón Martínez et al.⁴¹, la personalidad tiene un gran impacto en la forma en la que las personas con dolor lumbar crónico enfrentan dicho dolor. En su estudio, comparan las dimensiones de temperamento y carácter de una muestra con dolor lumbar crónico y una muestra control.

Las personas con dolor lumbar crónico obtuvieron puntuaciones más altas que el grupo control en evitación al daño, que como ya hemos comentado, refleja una predisposición hacia el temor y conductas relacionadas con este. Estas personas son susceptibles al temor, lo que lleva a la evitación, fomentando el miedo y las conductas concebidas como “seguras”, lo cual a largo plazo empeoran el problema. La incapacidad, tendencia a la depresión y sensación de minusvalía son consecuencia de estas conductas evitativas.

También observaron que estos pacientes tienen una menor cooperatividad. Una baja cooperatividad corresponde a individuos socialmente intolerantes, desinteresados, con poca disposición a ayudar a otros e incapacidad para mejorar las condiciones de su entorno.

Aunque es más antiguo, en el estudio realizado por BenDebba et al.⁴³ en 1996 también se trata este tema. En su estudio buscan la relación entre los trastornos psicológicos, duración del dolor, neuroticismo, intensidad del dolor y deterioro funcional en un grupo de personas con dolor lumbar crónico. Los resultados que obtuvieron fueron que los pacientes que puntuaban alto en neuroticismo son emocionalmente más vulnerable, más propensos a quejarse y a padecer trastornos neuróticos. Por el contrario, los pacientes con alta puntuación en extroversión tienden a tolerar mejor el dolor.

5.4. Estudios con métodos de inducción experimental al dolor

Existen otro tipo de investigaciones en las que se induce el dolor de forma experimental.

El dolor experimental puede generarse a través de diferentes tipos de estímulos (químico, mecánico, térmico y eléctrico), los cuales no siempre imitan la experiencia clínica de los pacientes con dolor. Nosotros nos centraremos en el estímulo térmico, ya que la mayoría de los estudios que relacionan personalidad y dolor experimental utilizan este.⁴⁴

Los métodos térmicos utilizan calor o frío como fuente de estimulación de los nociceptivos. Los modelos humanos de dolor por calor que más se utilizan y, por tanto, mejor caracterizados, se basan en el contacto directo de la piel con el elemento térmico (elemento Peltier) o bien en el uso del calor irradiado (láser). En todos los métodos térmicos del dolor se deben tener en consideración factores como: a) el tipo de piel estimulada; b) la intensidad y duración del estímulo aplicado, y c) los métodos psicofísicos empleados para medir el dolor, entre otras variables.⁴⁴

-Modelo de lesión por calor controlado (quemadura):

Un área de la piel (generalmente del antebrazo o el pie) permanece en contacto con un elemento térmico a 47°C durante unos 7 minutos. Esto produce una quemadura, con un área de hiperalgesia primaria y secundaria que puede durar hasta 6 horas.

Otros modelos en este grupo utilizan la aplicación de calor de forma intermitente sin llegar a producir una quemadura permanente. Este sistema utiliza un estímulo

térmico de ascenso y descenso rápidos, pudiendo alcanzar temperaturas de 52°C en milisegundos.

-Modelos que utilizan un estímulo frío:

El frío puede aplicarse mediante el uso del elemento de Peltier, hielo, alcohol, mentol, etc., en la piel. A nosotros nos interesa la prueba del agua helada (cold pressor test), que es un modelo agudo de dolor tónico y nociceptivo, que utiliza el frío para generar dolor y que consiste en meter una mano o un pie en agua helada durante un tiempo concreto.

Carrillo, Collado y Rojo⁴⁵ realizaron este experimento. Evaluaron la tolerancia al dolor mediante el Umbral del dolor (tiempo en segundo desde la introducción de la mano en el agua hasta que se informó del dolor), mantenimiento del dolor (duración en segundos de la inmersión de la mano desde la aparición del umbras hasta su retirada) y tolerancia al dolor (duración en segundos de la inmersión de la mano desde su introducción hasta su retirada). Destacan en los resultados, la aparición de dos variables de personalidad, neuroticismo y psicoticismo. Los sujetos con personalidad de neuroticismo mostraban una tolerancia al dolor negativa mientras que los sujetos con personalidad de psicoticismo mostraban una tolerancia positiva. Esto muestra que las personas con personalidad con tendencia al neuroticismo tienen menor tolerancia al dolor que las personas con tendencia al psicoticismo.

Miró y Raich⁴⁶ también realizaron la inducción experimental al dolor para estudiar la relación entre los rasgos de personalidad y la experiencia dolorosa. El objetivo de su investigación era estudiar los efectos de los rasgos de personalidad en la experiencia dolorosa. Pero sus resultados no mostraron ningún efecto en el rango de sensibilidad del dolor, aversión al dolor e intensidad. Los resultados indican que ni la extroversión ni el neuroticismo afectan los mecanismo sensoriales y afectivos del proceso nociceptivo. Por lo tanto, estos autores concluyen que no existe ningún efecto real, es decir, los factores de la personalidad no son buenos predictores de la respuesta del dolor. O bien la muestra era demasiado pequeña para obtener resultados concluyentes.

6. DISCUSIÓN:

El objetivo de esta revisión bibliográfica era ver si existía relación entre los factores psicológicos y el dolor, sobre todo el dolor crónico. Los resultados encontrados en las investigaciones revisadas son positivos, es decir, la mayoría de ellos muestra evidencias de que existe dicha relación.

Los estudios sobre ansiedad, depresión e ira^{3, 8-11, 13-16, 19-22} muestran que las personas con dolor tienen tendencia a presentar estos problemas por la inhibición de las emociones, la incapacidad para la vida diaria, la sensación de que su dolor no tiene solución, de que no lo pueden controlar. Es lógico pensar que exista dicha relación, ya que tanto la ansiedad, como la depresión y la ira aparecen cuando existe un problema al que no se le encuentra solución o que representa una barrera en nuestra vida diaria. Por esto, son los problemas que más se presentan en personas con dolor, sobre todo crónico, ya que es más incapacitante por su duración en el tiempo.

En cuanto a la personalidad, los estudios²⁵⁻³⁷ no son tan claros como en los anteriores. Sí que aparece en muchos estudios que los rasgos de personalidad evitativos son los que más relacionados están con el dolor crónico. Las personas con este rasgo de personalidad presentan mayor temor al dolor y una menor búsqueda de novedad, por lo que al encontrarse con un problema tienden a evitarlo en lugar de enfrentarlo, lo que les lleva a sentir miedo. También coinciden en que estas personas presentan una baja cooperatividad, lo que representan un problema a la hora de intentar ayudarlos, ya que no se muestran interesados.

Las enfermedades que producen dolor crónico son varias, pero en este estudio nos hemos centrados en dos: fibromialgia y dolor lumbar crónico. No existen muchos estudios que relacionen el dolor que provocan estas enfermedades con la personalidad, pero los que lo hacen muestran resultados similares a los que relacionan personalidad y dolor crónico. En ambos casos estos estudios³⁹⁻⁴³ tienen como resultados que las personas que muestran rasgos de personalidad evitación son las que sufren más dolor.

Por último, los estudios sobre inducción al dolor y personalidad^{45,46} no son muy concluyentes en este sentido. Puede deberse a que el dolor experimental es agudo, y la personalidad es más influyente en el dolor crónico, ya que se muestra el carácter de la persona y aparecen conductas de miedo y evitación.



7. CONCLUSIÓN:

El tratamiento del dolor, y más específicamente del dolor crónico, en la actualidad se basa en aliviar el dolor sin preocuparse de otros problemas que aparecen a causa de este y que puede exacerbarlo.

Los estudios realizados sobre la relación de los factores psicológicos con el dolor han puesto de manifiesto que algunos de estos factores aumentan la intensidad y la duración del dolor, como también la relación con los rasgos de personalidad, sobre todo con las personalidades evitativas.

Quedando demostrada la influencia de estos factores psicológicos, se deberían tener en cuenta a la hora de tratar el dolor crónico, ya que sería mucho más efectivo si se hiciera de forma integral, evaluando todos los problemas del paciente y no solo el dolor. Se debe ver al paciente como un todo, en lugar de separar sus problemas y tratarlos uno a uno, por separado.

Por ello, en estos pacientes sería muy importante, además de tratar el dolor como síntoma, atender también los problemas psicológicos derivados de este dolor para intentar acabar con el dolor de forma más efectiva.

Sería interesante, en nuestra profesión, formarnos para tratar a este tipo de pacientes, ya que enfermería es el personal sanitario que más estrechamente se relaciona con el paciente. De esa forma, nuestro papel no sería meramente asistencial y podríamos ayudarlos de forma más efectiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. De Andrés J. Impacto social del dolor. Iniciativa Europea de lucha contra el dolor. Unidad Multidisciplinar de Tratamiento del Dolor. Consorcio Hospital General Universitario. 2010. Disponible en: http://www.plataformasindolor.es/cms/cda/_common/inc/display_file.jsp?fileID=197900306
2. Muriel Villoria C. Dolor crónico: diagnóstico, clínica y tratamiento. Madrid: Arán ediciones: 2007.
3. Truyols Taberner MM, Pérez Pareja J, Medinas Amorós MM, Palmer Pol A, Sesé Abad A. Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. Revista Clínica y salud [Internet]. 2008; 19(3): 295-320. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n3/v19n3a03.pdf>
4. Luisa Muñoz A, Tapia Ilabaca P. Dolor agudo y dolor crónico. Santiago de Chile: Editorial Universitaria: 1988.
5. Iasp-pain.org [homepage en internet]. Washington: International Association for the Study of Pain, Inc. [actualizado en 1994; consultado en 2013 Marzo 8]. Disponible en: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions
6. López Timoneda F. Definición y clasificación del dolor. Revista Clínicas urológicas de la Complutense [Internet]. 1996; 4: 49-55. [Consulta el 12 de marzo de 2013]. Disponible en: revistas.ucm.es/index.php/CLUR/article/download/.../1479
7. Beltrán Llera J., Bueno Álvarez J.A. Psicología de la educación. Barcelona: Editorial Boixareu Universitaria: 1995.
8. McCracken, L.M. y Iverson, G.L. Predicting complaints of impaired cognitive functioning in patients with chronic pain. Journal of Pain Symptom Management. 2001; 21(5): 392-396.
9. Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F. y Gonzalvo, J. Fibromialgia y emociones negativas. Psico- tema. 2004; 16(3): 415-420.
10. 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.



11. Soucase B., Monsalve V., Soriano J.F. 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 del dolor* [Internet]. 2005; 12: 8-16. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-80462005000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=es
12. Organización Mundial de la Salud. [Who.int/es/](http://who.int/es/) [homepage en internet].
13. Merskey, H.A. y Spear, F.G. The concept of pain. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967; 11: 59-67.
14. Fordyce, W.E. Behavioral methods for the control of chronic pain and illness. St.Louis: C.W. Mosby. 1976.
15. Fields, H.L. Depression and pain: a neurobiological model. *Neuropsychiatric & Neuropsychology Behavioural Neurology*. 1991; 4: 83-92.
16. Romano, J.M. y Turner, J.A. (1985). Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship?. *Psychological Bulletin*. 1985; 97(1): 18-34.
17. Pardo C., Muñoz T., Chamorro C. Y grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Medicina intensiva* [Internet]. 2006; 30(8). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0210-56912006000800004&script=sci_arttext
18. Sanz J., Perdigón A.L., Vázquez C. Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en la población general. *Clínica y Salud* [Internet]. 2003; 14(3): 249-280. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>
19. Llorca G.J., Muriel C., González-Tablas M.M., Díez M.A. Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión. *Revista Sociedad Española del Dolor* [Internet]. 2007; 1: 26-35. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1134-804620070001&lng=en&nrm=iso



20. KM Woo A. Depression and Anxiety in Pain. *Reviews in Pain* [Internet]. 2010; 4: 8. [Consulta el 29 de Abril de 2013]. Disponible en: <http://bjp.sagepub.com/content/4/1/8>
21. Van Middendorp H., Lumley M.A., Moerbeek M., Jacobs J., Bijlsma J., Geenen R. Effects of anger and anger regulation styles on pain in daily life of women with fibromyalgia: a diary study. *European Journal of Pain*. 2010; 14(2): 176-182. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.almirez.ual.es/science/article/pii/S1090380109000731>
22. Estlander A.M., Knaster P., Karlsson H., Kaprio J., Kalso E. Pain intensity influences the relationship between anger management style and depression. *Pain* [Internet]. 2008; 140: 387-394. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.almirez.ual.es/science/article/pii/S0304395908005460>
23. Palacios L, Medina R, Forment E, Román Pérez M, Moreno Meneses P, Marín Ibáñez R et al. *El concepto de Persona*. Madrid: Ediciones RIALP: 1989.
24. Gómez Sánchez R, Gómez Díaz M, Gómez Sánchez R. *Manual de atención psicosocial*. Barcelona: Monsa: 2011.
25. Infante Vargas P., García Parés G., Moix Queraltó J., Cañellas Arsegol M., Subirá Álvarez S. Personalidad y dolor crónico. *Psiquis* [Internet]. 2005; 26 (3): 93-100. Disponible en: <http://pagines.uab.cat/jennymoix/sites/pagines.uab.cat/jennymoix/files/personalidad.pdf>
26. Dolcet i Serra J. Tesis Doctoral. *Carácter y Temperamento: similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores*. Universidad de Lleida. Mayo, 2006. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8295/Tjds1de1.pdf?sequence=1>
27. Arias López H.A. Dolor y personalidad, modelos: patoplástico y de la vulnerabilidad. *Revista CES psicología* [Internet]. 2011; 82: 84-97. Disponible en: <http://revistapsicologia.ces.edu.co/index.php/articulos/46-general/volumen-4-numero-1/88-tabla-de-contenido-volumen-4-nd1-enero-junio-2011>
28. Millon, T. & Roger, D. *Trastornos de personalidad: Mas allá del DSM-IV*.



Barcelona: Masson. 1998.

29. Conrad R., Schilling G., Bausch C., Nadstawek J., Wartenberg H.C., Wegener I., et al. Temperament and carácter personality profiles and personality disorders in chronic pain patients. *Pain* [Internet]. 2007; 133: 197-209. Disponible en: <http://0-www.sciencedirect.com.almirez.ual.es/science/article/pii/S0304395907004277>
30. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev*. 1986; 3: 167–226.
31. Waddell G, Newton M, Henderson I, Sommerville D, Main C. A Fear-avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*. 1993; 52: 157–68.
32. Cloninger CR. *Feeling good: the science of well-being*. New York: Oxford University Press. 2004; 269–311.
33. Bandura A, Cervone D. Self-evaluative and self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal systems. *J Pers Soc Psychol*. 1983; 45: 1017–1028.
34. Weisenberg M. Cognitive aspects of pain. In: Wall PD, Melzack R, editors. *Textbook of pain*. 4th ed. Edingburgh: Churchill Living- Stone. 1999; 345–58.
35. Lorig K, Chastain RL, Ung E, Shoor S, Holman HR. Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis Rheum*. 1989; 36: 439–46.
36. Keefe FJ, Rumble ME, Scipio CD, Giordano LA, Perri LM. Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *J Pain*. 2004; 5: 195–211.
37. Poppe C., Crombez G., Devulder J., Hanouille I., Vogelaers D., Petrovic M. Personality traits in chronic pain patients are associated with low acceptance and catastrophizing about pain. *Acta Clinica Bélgica* [Internet]. 2011; 66-3. Disponible en: http://almirez.ual.es/search~S2*sp?/mMCS/mMCS/1,1,30,B/l856~b1303654&FF=mMCS!c&29,,30,1,0
38. Ayán Pérez C. *Fibromialgia: diagnóstico y estrategias para su rehabilitación*. Madrid: Editorial médica panamericana. 2010.



39. Malin K., Littlejohn G.o. Personality and fibromialgia síndrome. The open rheumatology journal [Internet]. 2012; 6: 273-285. Disponible en: <http://benthamscience.com/open/torj/articles/V006/273TORJ.pdf>
40. Cerón Muñoz A.M., Centelles Mañosa F., Abellana Senglá M., García Capel S. Fibromialgia y trastornos de personalidad. Semergen [internet]. 2010; 36 (9): 501-506. Disponible en: www.elsevier.es/semergen
41. Rascón Martínez D.M., Bautista Sánchez S.G., Duque Alarcón X., Fresán Orellana A. Estudio comparativo de la personalidad del paciente con dolor lumbar crónico y sujetos control mediante el uso del Inventario de Temperamento y Carácter. Revista de la sociedad Española del Dolor [Internet]. 2012; 19(2): 59-65. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1134-804620120002&lng=en&nrm=iso
42. Tavallaii A., Kargar K.H., Farzanegan G., Saeidi S.Y., Radfar S. Personality characteristics of patients with chronic low back pain. Procedia Social and Behavioral Sciences. 2010; 5: 372-376. Disponible en: www.sciencedirect.com
43. BenDebba M., Torgerson W.S., Long D.M. Personality traits, pain duration and severity, functional impairment, and psychological distress in patients with low back pain. Pain [Internet]. 1997; 72:115-125. Disponible en: www.sciencedirect.com
44. Serra Catafau J. Tratado del dolor neuropático. Editorial médica Panamericana. Madrid: 2006.
45. Carrillo J.M., Collado S., Rojo N. Personalidad y tolerancia al dolor. Clínica y salud [Internet]. 2005; 16(3): 223-236. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617759002>
46. Miró J., Raich R.M. Personality traits and pain experience. Person. Individ. Diff. 1992; 13(3):309-313. Disponible en: http://www.sciencedirect.com.almirez.ual.es/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=-257506376&_sort=r&_st=13&view=c&_acct=C000034898&_version=1&_urlVersion=0&_userid=656032&md5=78fc35588405ee2ae1e75ba9381a2c1a&searchtype=a



ANEXOS:

1. Escala analgésica visual (EVA). Pardo C., Muñoz T., Chamorro C. Y grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Medicina intensiva [Internet]. 2006; 30(8). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912006000800004&script=sci_arttext