

Evaluación psíquica del dolor

M. SERRANO¹, A. CAÑAS², C. SERRANO², P.L. GARCÍA³, J. CABALLERO²

RESUMEN

El asumir el dolor como una experiencia compleja, en la que confluye una amplia variedad de factores (afectivos, conductuales, sociales), lleva implícito el disponer de instrumentos de medida que posibiliten una valoración integral del mismo.

La entrevista clínica constituye una de las herramientas más consolidada en el campo del dolor; permite establecer una relación directa con el enfermo y obtener información sobre aspectos relevantes relacionados directamente con el dolor (localización, intensidad, duración, factores desencadenantes y agravantes, etc.), así como sobre aspectos generales (relaciones familiares, nivel funcional pre-mórbido, actividad social y laboral, historia profesional, etc.).

Además, para completar la información obtenida por la entrevista, se han elaborado numerosos inventarios estructurados e instrumentos de autoinforme que se caracterizan por su gran aceptación en el campo de la algología. La mayoría de ellos obtienen información relativa al síntoma doloroso, la historia médica, los refuerzos de las conductas de dolor y otras influencias psicosociales. Son fáciles de administrar y puntuar y pueden proporcionar datos objetivos de gran utilidad en el diagnóstico y enfoque del tratamiento.

Palabras clave: Evaluación psíquica. Dolor. Pruebas psicométricas.

SUMMARY

The understanding of pain as a complex experience involving a wide variety of factors (affective, behavioural, social), means that it is necessary to have instruments that enable pain to effectively assessed and measured. A clinical interview is one of the most consolidated tools in the field of pain assessment; it enables a direct relationship to be established with the patient and provides information on aspects directly related to the pain (location, intensity, duration, causal and aggravating factors, etc.), as well as general aspects (family relationships, pre-morbid functional level, social activities and employment, professional history, etc.). Furthermore, numerous structured inventories and instruments for self-assessment have been developed to complement the information obtained in this interview, all characterised by their considerable acceptance in the field of algology.

The majority of these methods obtain information relative to the pain symptoms, medical record, reinforcement of the behaviour of the pain and other psychosocial influences. They are easy to administer and score, and provide objective data that is extremely valuable for diagnosis and approach to treatment.

Key words: Psychic assessment. Pain. Psychometric tests.

¹Médico especialista en Psiquiatría

²FEA Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor
Hospital Universitario San Cecilio
Granada

³FEA Anestesiología y Reanimación
Hospital Ciudad de Jaén
Jaén

Dirección para correspondencia:

Marisa Serrano Atero
Av. Andaluces, 2, 11D
18012 Granada
E-mail: marisa.atero@terra.es

INTRODUCCIÓN

La valoración psíquica del dolor aparece, en las últimas décadas, como un tema nuclear en el campo de la algología. La aceptación unánime por parte de los algólogos del modelo multicomponente del dolor ha constituido el motor fundamental para evaluar no sólo sus características a nivel sensorial, sino también la influencia de las variables psicosociales que confluyen en la experiencia dolorosa.

Numerosos autores^{1,2} han enfatizado las ventajas de este proceso de valoración, destacando la necesidad de conocer las características del dolor y sus repercusiones en cada enfermo, así como seleccionar las estrategias terapéuticas potencialmente más eficaces y valorar el grado de alivio del dolor a partir de determinadas intervenciones terapéuticas. Además, es necesario tener presente que la toma de decisiones acerca de qué medir y con qué se debe medir se ve supeditada a cada paciente particular y al contexto en que se lleva a cabo.

La identificación de las variables que deben ser objeto de evaluación, así como la selección de los instrumentos de medida, han generado una ingente cantidad de cuestionarios y escalas de evaluación. Una revisión de la literatura reciente³⁻⁷ pone de manifiesto los esfuerzos realizados en la génesis de instrumentos con propiedades psicométricas adecuadas para su aplicación en el ámbito clínico. La utilización de estos instrumentos de tipo autoinforme posibilita la expresión de lo que el paciente "piensa", "siente" y "hace" ante su dolor.

La mayoría de las unidades de Tratamiento del Dolor utilizan una batería convencional que incluye la entrevista clínica, un inventario estructurado sobre el dolor y pruebas psicométricas. En la tabla 1 se presentan las variables en torno a las cuales existe un mayor acuerdo en cuanto a su relevancia teórica y/o práctica, desde planteamientos evaluativos.

Tabla 1. Variables psíquicas a evaluar en el campo del dolor

1. Características del dolor
2. Variables afectivas
 - Depresión
 - Ansiedad
3. Personalidad premórbida
4. Variables psicosociales
 - Apoyo social
 - Relaciones familiares

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PSÍQUICA

La entrevista clínica

La entrevista es uno de los instrumentos más consolidados en cualquier aproximación evaluativa en el ámbito clínico y, particularmente, en el campo del dolor. La posibilidad de establecer una relación directa con el enfermo y obtener información relevante acerca del problema objeto de estudio confirma su gran utilización. Además, la caracterización del dolor como una experiencia subjetiva convierte a este instrumento en imprescindible para que el algólogo tenga una visión "real" del problema del paciente, ya que sólo a partir de la comunicación entre paciente y terapeuta se podrá delimitar claramente la naturaleza y el alcance de la experiencia dolorosa "particular". Igualmente, entrevistando a personas del entorno más próximo al paciente (esposa y otros familiares próximos) se obtiene una información adicional de gran utilidad como apoyo para diagnosticar y tratar correctamente al paciente.

Durante la entrevista se debe obtener información sobre el nivel funcional premórbido, el bagaje educativo, la actividad social, los factores de estrés y la historia profesional. El disponer de una guía de actuación proporciona un marco general de actuación en el proceso inicial de evaluación; a este respecto, en la tabla 2 se ejemplifican algunos aspectos que pueden guiar dicha entrevista.

Como se desprende de esta tabla, el abordaje evaluativo debe iniciarse haciendo especial hincapié en los aspectos directamente relacionados con el dolor^{2,8}. La información respecto a la experiencia dolorosa (intensidad, localización, duración, síntomas asociados, etc.) responde a las demandas concretas del paciente y, por tanto, constituye para éste un elemento motivador. Este modo de proceder contribuye a "aliviar el miedo de algunos pacientes a que el terapeuta piense que su dolor no es real, o está relacionado con aspectos psíquicos como las ganancias secundarias"².

Por otro lado, será necesario profundizar en las diferentes áreas de funcionamiento del paciente. Así, el indagar acerca de la historia personal, el funcionamiento familiar-marital y las relaciones laborales, posibilitará conocer las repercusiones que el dolor ejerce en el entorno cotidiano del paciente y elaborar posibles hipótesis explicativas de la aparición, exacerbación y/o mantenimiento del dolor.

Tabla 2. Guía de entrevista clínica

A. Aspectos relacionados directamente con el dolor

1. Descripción detallada del dolor (localización, intensidad, frecuencia, duración, cualidad, síntomas asociados)
2. Factores que desencadenan, mantienen o agravan el dolor (ejercicio, estrés, cambios climáticos, determinados movimientos)
3. Consecuencias del dolor (disminución de la actividad, falta de apetito, problemas de sueño, irritabilidad, tristeza)
4. Estrategias de afrontamiento ante el dolor (consumo de medicación, relajación, realización de actividades distractoras)

B. Información acerca de aspectos generales

1. Infancia (salud, escuela)
2. Familia (historia familiar de enfermedad, relaciones pasadas y recientes, actitud familiar ante la enfermedad y dolor)
3. Cónyuge e hijos (descripción y valoración del cónyuge e hijos así como del tipo de relaciones establecidas)
4. Trabajo (tipo de trabajo y valoración, ambiente laboral)
5. Comportamiento de los demás ante el dolor del paciente (solicito, ignorar, potenciar conductas adaptativas)
6. Nivel de salud física y psíquica (antecedentes de problemas de salud, tipo y valoración, estado actual de salud)
7. Valoración y expectativas del paciente acerca de su dolor (creencias acerca de la causa y cronificación del dolor, expectativas de curación)

El interés del clínico en comprender el problema del paciente sólo podrá alcanzarse si se indaga con profundidad tanto en las características de la propia experiencia de dolor, como en otros aspectos que puedan estar incidiendo en su nivel de malestar. En este sentido, la habilidad del clínico para recabar información relevante se convierte en un aspecto crucial ya que, de este modo, se sentarán las bases adecuadas para un proceso de intervención posterior.

En suma, la consideración de la entrevista como un instrumento imprescindible en la evaluación del paciente con dolor crónico, se asienta en sus innegables ventajas, destacando las siguientes: a) permite establecer una relación directa con el paciente e indagar en su problema; b) provee simultáneamente de indicadores verbales y no verbales acerca de la experiencia de dolor; c) posibilita profundizar en variables potencialmente relacionadas con el dolor; d) facilita la flexibilidad en el rastreo de la información (a partir de la información previa), y e) es útil para evaluar e incrementar el potencial motivacional del paciente. En este sentido, diferentes autores abogan por la utilización de la entrevista en el campo de la algología^{1,2,8-10}.

Inventarios estructurados

En la actualidad se dispone de numerosos inventarios estructurados de evaluación del dolor. La mayoría de ellos obtienen información relativa al síntoma doloroso, la historia médica, los refuerzos de las conductas de dolor y otras influencias psicosociales, como el estado financiero y de posibles

litigios. Estos instrumentos suelen ser fáciles de administrar y puntuar y pueden proporcionar datos objetivos útiles en el diagnóstico y enfoque del tratamiento.

Muchas de las áreas valoradas pueden repetirse en la entrevista clínica, sin embargo, esta última va más enfocada al nivel de funcionalidad premórbida, mientras que la vertiente estructurada pone más énfasis en las correlaciones psicosociales de la experiencia dolorosa. Asimismo, dado que la entrevista no está estructurada, se puede enfocar más a las respuestas afectivas del paciente y a la interacción con el entrevistador.

Entre los inventarios estructurados destacan: el inventario de dolor multidimensional West Haven-Yale, el cuestionario de evaluación de dolor, el perfil bioconductual de dolor y el cuestionario de salud general de Goldberg.

Inventario de dolor multidimensional West Haven-Yale***West Haven-Yale multidimensional pain inventory (WHY-MPI)***

Este inventario ha adquirido especial popularidad, debido tanto a su capacidad evaluativa desde una perspectiva cognitivoconductual, como a su utilidad en el campo clínico y de investigación. Está compuesto por 52 ítems agrupados en 3 secciones que abarcan un total de 13 escalas. La sección 1 consta de 20 ítems distribuidos en 5 escalas que valoran las características del dolor y sus repercusiones sobre la vida del paciente: a) gravedad del dolor; b) percepción acerca del nivel de interferencia en la vida diaria; c) valoración de la cantidad de

apoyo social recibido por parte de personas significativas; d) percepción de control sobre la vida, y e) distrés o malestar afectivo. La segunda sección, con 14 ítems y 3 escalas, evalúa la frecuencia de un amplio rango de respuestas que pueden llevar a cabo los familiares o amigos del paciente ante su conducta de dolor: a) respuesta de enfado o castigo; b) respuesta solícita, y c) respuesta de distracción. La tercera sección está compuesta por una lista que incluye 18 actividades agrupadas en una única escala de actividad¹¹.

Los autores utilizaron el WHY-MPI para elaborar una taxonomía de los pacientes con dolor crónico, considerando las variables relacionadas con el impacto del dolor sobre el funcionamiento físico, psicosocial y conductual. Posteriormente, en los estudios realizados por Turk y Rudy^{12,13}, se identificaron 3 perfiles de pacientes con dolor crónico, denominados: a) disfuncional (altos niveles de intensidad de dolor, de interferencia de éste en el nivel de actividad y malestar psicológico); b) distrés a nivel interpersonal (informe de que la familia y amigos no proporcionan apoyo social), y c) afrontamiento adaptativo (bajos niveles de intensidad de dolor y de interferencia del mismo en el nivel de actividad y malestar psicológico, y alta percepción de control sobre los acontecimientos vitales).

Cuestionario de evaluación del dolor **Comprehensive pain evaluation questionnaire** **(CPEQ)**

Este cuestionario, igual que el anterior, proporciona una visión integral del dolor, pero muestra una clara ventaja sobre aquél, su brevedad. Consta de 38 ítems que evalúan 4 constructos relacionados con el dolor: interferencia de la actividad, malestar psicológico, intensidad del dolor y apoyo social. Para el constructo de interferencia de la actividad se eligieron aquellos ítems que permiten valorar (en una escala Likert de 0 a 5 puntos, donde: 0: nada y 5: extremadamente) el grado de interferencia del dolor sobre las siguientes actividades: ir al trabajo, llevar a cabo tareas del hogar, pasear o ir de compras, establecer contacto con los amigos, realizar actividades recreativas, mantener relaciones sexuales y hacer ejercicio físico. El malestar psicológico incluye solamente 3 ítems que hacen referencia a los sentimientos de tensión o ansiedad, depresión e irritabilidad. La intensidad del dolor se valora haciendo referencia a: 1) la puntuación del nivel habitual del dolor en una escala de gravedad; 2) la descripción de la intensidad del

dolor basada en los descriptores de Melzack y Torgeson¹⁴, y 3) los descriptores verbales en una escala de valoración afectiva/reactiva, también derivada del *McGill Pain Questionnaire*. Por último, la dimensión de apoyo social incluye 2 ítems que hacen referencia al apoyo proporcionado por los familiares o amigos ante las conductas de dolor del paciente¹⁵.

Los resultados del estudio realizado por los autores del test confirmaron los 3 grupos de pacientes establecidos por Turk y Rudy, pero lo más importante del trabajo es que constata la validez de este sistema de clasificación, al ser independiente del tipo de instrumento de evaluación utilizado.

Perfil bioconductual de dolor **Biobehavioral pain profile (BPP)**

El BPP es una escala de autoinforme, compuesta por 42 ítems, especialmente elaborada para la identificación de los factores que modulan el afrontamiento y/o la conducta de dolor en pacientes afectos tanto de dolor crónico no maligno como oncológico. Los ítems son valorados a partir de una escala Likert de 7 puntos y el tiempo requerido para su cumplimentación es de más de 15 min, aproximadamente¹⁶.

El análisis factorial realizado por Dalton, et al. puso de manifiesto la presencia de 6 factores significativos: influencias ambientales (observar el miedo al dolor en otros), pérdida de control (sentimiento de pérdida de autoestima), evitación del cuidado de la salud (no acudir a las sesiones de tratamiento), experiencia pasada y presente acerca del dolor (experiencia pasada negativa en relación con el alivio del dolor), reacción fisiológica (aumento de la tasa respiratoria), y pensamientos acerca del avance de la enfermedad (algo terrible me está ocurriendo). Los coeficientes de consistencia interna para las diferentes subescalas se sitúan entre 0,77 y 0,94 y la fiabilidad test-retest entre 0,57 y 0,73.

Cuestionario de salud general de Goldberg **General health questionnaire (GHQ)**

Este cuestionario fue diseñado en la década de los 70, para ser utilizado como un test de *screening* destinado a detectar trastornos psíquicos en medios clínicos no psiquiátricos. Su propósito fue detectar aquellas formas de trastorno psíquico que pudieran tener relevancia en la práctica médica y, por tanto,

se centra en los componentes psicológicos de una mala salud¹⁷⁻¹⁹. Desde entonces se ha revelado como uno de los mejores instrumentos para detectar “casos” psiquiátricos, sobre todo “menores”, entre la población general.

La versión del cuestionario más utilizada en nuestro país, validada por Lobo, et al.²⁰ es la versión corta que consta de 28 ítems y requiere un tiempo mínimo para su cumplimentación (entre 3 y 5 min). Además, contiene 4 subescalas que proporcionan información adicional; la escala A detecta síntomas somáticos de origen psicológico, la B detecta ansiedad, la C disfunción social y la D depresión.

El punto de corte o umbral “caso probable” se fija en 6/7, dependiendo del proyecto. En cuanto a las propiedades psicométricas, el test muestra una sensibilidad del 76,9% y una especificidad del 90,2%, y presenta correlaciones estadísticamente significativas entre la evaluación clínica con un método estructurado (*Clinical Interview Sheds*, CIS) y con la valoración por un psiquiatra experimentado. A pesar de esto, se han documentado situaciones que tienden a producir falsos positivos y negativos. Entre las primeras se encuentran las enfermedades somáticas graves, el dolor, el estrés, la problemática social grave y las afecciones cerebrales. Entre las segundas encontramos el alcoholismo y otras drogadicciones, y los trastornos de personalidad.

El cuestionario también ha sido validado en pacientes con dolor, al compararlo igualmente con entrevistas estructuradas como la CIS^{21,22}. Se ha aplicado con éxito en pacientes con dolor torácico²³, dolor abdominal y distintas poblaciones de dolor crónico²⁵. También ha mostrado la existencia de una correlación positiva entre el consumo de analgésicos postoperatorios y altas puntuaciones en el GHQ²⁶.

Pruebas psicométricas

La referencia a distintas emociones relacionadas con el dolor aparece como imprescindible en cualquier intento de profundizar en el conocimiento de este problema de salud²⁷. Para evaluar a los pacientes con dolor se utilizan varios tipos de mediciones a través de pruebas psicológicas objetivas. Los principales autoinformes categorizados en función del tipo de variables que analizan son los siguientes: a) escalas de evaluación de variables afectivas; b) psicosociales, y c) de personalidad.

ESCALAS DE EVALUACIÓN DE VARIABLES AFECTIVAS

El análisis del componente afectivo del dolor incorpora emociones de tipo negativo entre las que cabe señalar, por el gran interés que han generado a nivel de investigación, la depresión y la ansiedad.

Depresión

A pesar de que la depresión ha sido comúnmente asumida como una variable afectiva íntimamente ligada al dolor crónico^{28,29}, la naturaleza de esta relación sigue constituyendo un tema controvertido y sujeto a debate. Los informes proporcionados por distintas investigaciones tanto acerca de las tasas de prevalencia de depresión en este tipo de pacientes^{28,30}, como sobre la asociación dolor-depresión^{28,31-33}, no son del todo concluyentes. Lo que parece estar claro desde planteamientos teóricos, es decir, el vínculo dolor-depresión, presenta sólo un apoyo empírico parcial. Esta falta de consistencia probablemente sea debida a aspectos de tipo metodológico, destacando la gran variabilidad entre los distintos trabajos, tanto en cuanto a las muestras seleccionadas como a los instrumentos utilizados³⁴.

Con respecto a los instrumentos de medida, las escalas más utilizadas son el inventario de depresión de Beck y la escala de depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos.

A pesar del valor potencialmente útil de estos instrumentos de autoinforme, algunos autores plantean la existencia de ciertas limitaciones a la hora de su utilización, tal como el posible sesgo producido, en el diagnóstico de depresión, por los síntomas somáticos propios del dolor crónico.

Inventario de depresión de Beck Beck depression inventory (BDI)

Este inventario tiene como propósito proporcionar una estimación autovalorada de la gravedad de la sintomatología depresiva. Consta de 21 ítems que describen diferentes manifestaciones de la depresión, con especial énfasis en la sintomatología cognitiva³⁵. Cada ítem está cuantificado en series graduales de 4 posibilidades evaluativas según la gravedad del síntoma. Así, la puntuación para cada ítem va de 0 (“no me siento cansado”)

a 3 ("me siento tan cansado que no puedo hacer nada").

Los estudios acerca de la consistencia interna del inventario han mostrado un rango de coeficientes alfa que oscila entre 0,73 a 0,95³⁶. En relación con la estabilidad de la escala, los coeficientes de correlación de Pearson fluctúan de 0,60 a 0,83. Por otra parte, la validez concurrente del BDI se apoya en diversas investigaciones que han comparado el inventario con otros instrumentos de evaluación de la depresión. Asimismo, se ha confirmado la validez discriminante al comprobar la utilidad del BDI para diferenciar entre pacientes psiquiátricos y sujetos normales.

Además, con respecto al dolor, el inventario ha puesto de relieve la existencia de una relación positiva entre la depresión y los siguientes aspectos: intensidad del dolor, conducta manifiesta de dolor, nivel de actividad, y consumo de medicación^{37,38}. Incluso, se ha constatado que los pacientes que presentan altos niveles de depresión muestran peor respuesta al tratamiento que aquellos que obtienen bajas puntuaciones con esta escala^{9,39}.

Recientemente algunos autores se han cuestionado qué mide realmente el BDI y han planteado la necesidad de ser cautelosos a la hora de hablar de depresión en pacientes con dolor crónico. La inclusión en la escala de ítems que abarcan síntomas somáticos como problemas de sueño, anorexia, dificultades motoras y fatiga, que también caracterizan el síndrome de dolor crónico, puede contribuir a falsear la realidad⁴⁰.

Escala de depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos Center for epidemiological studies-depression scale (CES-D)

La CES-D es una escala de tipo autoinforme integrada por 20 ítems que evalúan la presencia y gravedad de síntomas depresivos durante la semana anterior a su cumplimentación⁴¹. El paciente debe indicar con qué frecuencia se han producido los síntomas mediante una valoración de 0 a 3.

A diferencia del BDI, el CES-D presenta la ventaja de haber sido diseñado para muestras de la población general, y además se ha revelado como un instrumento adecuado para evaluar la sintomatología depresiva en pacientes con problemas físicos concomitantes⁴². Por sus propiedades psi-

cométricas, alta consistencia interna (0,85) y su potencialidad para discriminar entre verdaderos y falsos positivos, algunos autores consideran esta escala más útil que la BDI para el diagnóstico de depresión en este tipo de pacientes⁴³.

Ansiedad

Igual que la depresión, la ansiedad se considera una variable afectiva vinculada al dolor^{44,45} pero, como en el caso de aquélla, los hallazgos de diferentes estudios de investigación también arrojan resultados contradictorios en cuanto a su papel en tal experiencia^{46,47}.

Los instrumentos más utilizados para la medición de la ansiedad son el inventario de ansiedad estado-rasgo y la escala de síntomas de ansiedad ante el dolor.

Inventario de ansiedad estado-rasgo State-trait anxiety inventory (STAI)

El STAI evalúa la ansiedad en 2 vertientes, como estado y como rasgo. La ansiedad-estado se conceptualiza como una condición emocional transitoria, caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión. En cambio, la propensión ansiosa que muestra una tendencia del paciente a percibir las situaciones como amenazadoras sería lo que connotaría la ansiedad-rasgo⁴⁸.

El cuestionario valora cada una de estas dimensiones a través de 20 ítems. En la escala de ansiedad-estado se pide al enfermo que describa cómo se siente en el momento de realizar el cuestionario ("estoy tenso", "me siento agitado", etc.), puntuando cada ítem de 1 (nada) a 4 (mucho). En la escala ansiedad-rasgo el paciente señala cómo se siente generalmente ("soy una persona tranquila", "me canso rápidamente", etc.), también a partir de una escala de 4 puntos, 1 (casi nunca) y 4 (casi siempre).

Según sus autores, la estabilidad del inventario oscila entre 0,83 y 0,92 y los coeficientes de fiabilidad test-retest, obtenidos a partir de un intervalo de 104 días, oscilan entre 0,33 y 0,31 para la escala de ansiedad-estado, y entre 0,73 y 0,77 para la de ansiedad-rasgo. En cuanto a la validez, informan de una correlación de 0,79 en una población universitaria entre el STAI y la escala de ansiedad manifiesta de Taylor. La validez se analizó a partir de las diferencias entre los resultados obtenidos en una situación normal y una de exa-

men. La puntuación final puso de relieve diferencias significativas para la escala de ansiedad-estado y la de ansiedad-rasgo.

La aplicación de este instrumento en pacientes con dolor crónico ha evidenciado la existencia de una correlación positiva entre ansiedad e intensidad del dolor⁴⁹ y entre ansiedad y cronicidad del cuadro álgico⁵⁰.

Escala de síntomas de ansiedad ante el dolor Pain anxiety symptom scale (PASS)

Este instrumento consiste en una escala de autoinforme que evalúa la influencia que el miedo ante el dolor puede ejercer en el mantenimiento o exacerbación de las conductas dolorosas. Consta de 62 ítems que incluyen los 3 sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y conductual. El instrumento incluye 4 subescalas: a) miedo ante el dolor (19 ítems); b) ansiedad cognitiva (10 ítems); c) ansiedad somática (16 ítems), y d) escape y evitación (17 ítems).

En cuanto a las propiedades psicométricas, los autores informan de un coeficiente alfa de consistencia interna de 0,94 para la escala total y entre 0,81 y 0,89 para las diferentes subescalas. Además, se confirma la validez del PASS al apreciarse correlaciones significativas entre medidas de ansiedad e incapacidad⁵¹.

ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD

El estudio de las características de la personalidad de los pacientes que sufren dolor crónico tiene una larga tradición en algología⁵²⁻⁵⁴. Algunos investigadores han centrado su interés en parcelas concretas de la personalidad (ansiedad, depresión, locus de control, etc.), mientras otros han intentado abarcar conjuntamente varias características de la misma. Así, se han realizado numerosos trabajos sobre la utilidad de diferentes instrumentos de tipo autoinforme en la práctica clínica, siendo el más ampliamente utilizado el inventario multifásico de personalidad de Minnesota. Otros instrumentos que también han despertado gran interés son el inventario de síntomas 90-R, el inventario de personalidad NEO PI-R, el cuestionario tridimensional de personalidad, la escala I-E de Rotter y el *Millon Behavioral Health Inventory*.

Inventario multifásico de personalidad de Minnesota

Minnesota multiphasic personality inventory (MMPI)

La prueba incluye 566 ítems con respuesta dicotómica (verdadero/falso), inicialmente diseñados para valorar la gravedad de determinadas condiciones psiquiátricas. Las puntuaciones obtenidas se categorizan en 10 escalas clínicas (hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad/femineidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión social) y 4 escalas de validez (puntuación de duda, escala de mentiras, puntuación de validez y escala correctora)⁵⁵. Recientemente ha sido revisado y su versión actual (MMPI-2), que incluye 567 ítems, mantiene una continuidad con el MMPI original.

Entre los objetivos logrados en algología con el uso de este instrumento, destacan la obtención de perfiles diferenciales de personalidad, la discriminación entre diferentes tipos de dolor y la predicción de los resultados ante diferentes abordajes terapéuticos.

Sternbach, en 1974⁵⁶, estableció 4 perfiles de personalidad: a) perfil de "conversión V" (utilización de síntomas somáticos para obtener gratificación-dependencia); b) perfil hipocondríaco (marcada depresión y excesiva rumiación con respecto a los síntomas somáticos); c) emotividad abrumadora (intensa ansiedad y depresión, así como una interpretación idiosincrática de los eventos ambientales), y d) negación/afrontamiento (negación de emociones desagradables y control sobre impulsos inaceptables).

La consideración de estos perfiles como representativos de la personalidad de los pacientes con dolor ha guiado la realización de numerosos trabajos buscando su confirmación. Como resultado de éstos, se considera que los enfermos con dolor crónico frecuentemente presentan el perfil de "conversión V", caracterizado por elevaciones en las escalas de hipocondría e histeria, junto a puntuaciones menores en la escala de depresión^{52,57,58}. A pesar de esto, no faltan autores que cuestionan la interpretación clínica de los perfiles psicológicos obtenidos con el MMPI. Así, Naliboff, et al.⁵⁹ informan de la semejanza en los perfiles de personalidad de pacientes con algias crónicas y de pacientes afectados de enfermedades crónicas como hipertensión o diabetes. En la misma línea, otros autores⁶⁰ cuestionan la utilización de la llamada "tríada neurótica" en los pacientes con dolor (altas puntuaciones en las esca-

las de hipocondriasis, depresión e histeria), señalando que estos enfermos presentan puntuaciones elevadas sólo en aquellos ítems de las escalas de la tríada neurótica que reflejan reacciones específicas al dolor-enfermedad y no respuestas neuróticas difusas.

Igualmente, se ha sugerido⁵² que las interpretaciones obtenidas a partir de los perfiles del MMPI son más satisfactorias si se hace corresponder cada perfil con sus correlatos conductuales. Es más, algunos trabajos^{57,61} han puesto de relieve la necesidad de tener en consideración variables de distinta índole (parámetros de dolor –duración e intensidad–, nivel de actividad, etc.) a la hora de establecer grupos de pacientes con características psíquicas determinadas. En definitiva, numerosos autores parecen plantear serias dudas acerca de que el dolor pueda ser atribuido a una personalidad neurótica premórbida.

Por otro lado, se ha puesto en duda la capacidad del MMPI para discriminar entre pacientes con dolor orgánico y psicógeno, al obtenerse resultados incoherentes en los estudios en los que se ha investigado esta línea de trabajo. Ello, quizás sea debido a la dificultad para establecer una diferenciación clara entre ambas categorías de dolor⁶².

Otro aspecto de interés se ha centrado en el poder predictivo del cuestionario sobre los resultados de diferentes terapias aplicadas al dolor. Sin embargo, los estudios en los que se ha explorado la utilidad del MMPI en este campo han arrojado resultados incoherentes relativos a su predecible validez. Así, existen estudios que confirman su utilidad para predecir la respuesta a intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos convencionales, estableciéndose asociación entre puntuaciones elevadas en hipocondriasis e histeria y escasos resultados terapéuticos⁵⁷. Pero también existen trabajos⁶³ en los que no se comprueba el valor predictivo de los perfiles del MMPI en relación con los resultados de un programa de tratamiento.

Una desventaja muy criticada de la aplicación del MMPI es la prolongada duración de la prueba^{1,2}; e igualmente se han vertido otras críticas tales como la carga psíquica de los ítems, que puede implicar reticencia por parte de ciertos pacientes. Así, algunos de ellos pueden adoptar actitudes defensivas al responder a las preguntas del cuestionario, a la vez que tienden a creer que se implica en ellas la naturaleza “no orgánica” de su dolor.

Inventario de síntomas 90-R **Symptom check1ist 90-R (SCL-90-R)**

A raíz de las críticas recibidas por el MMPI, algunos autores⁶⁴⁻⁶⁶ han abogado por la utilización de autoinformes con un número inferior de ítems. Una alternativa válida ha sido el “inventario de síntomas 90-R”^{67,68}.

El SCL-90-R es un cuestionario autoadministrado compuesto por 90 síntomas específicos que evalúan la presencia de distrés psíquico a partir de una escala Likert de 5 puntos (1: “nada” a 5: “extremadamente”). Los diferentes ítems están agrupados en 9 dimensiones: somatización, obsesión-compulsión, suceptibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Las puntuaciones obtenidas a partir de este instrumento hacen referencia a los valores alcanzados en cada una de las dimensiones y a 3 índices globales (gravedad global, número total de síntomas señalados y malestar referido a los síntomas señalados). El test muestra una consistencia interna entre 0,80 y 0,90 y un coeficiente de fiabilidad test-retest entre 0,80 y 0,90, con un intervalo de 1 semana de duración.

A pesar de que inicialmente fue diseñado para su utilización en ensayos con psicofármacos, en la actualidad se utiliza con éxito en pacientes con dolor. Los resultados de diferentes investigaciones revelan tanto su idoneidad en la evaluación de pacientes con distintas categorías de dolor^{65,69-71}, como su potencialidad para establecer grupos diferenciales de pacientes en relación con su sintomatología psíquica^{64,66,72}. También se ha mostrado útil en la predicción del nivel de eficacia de la analgesia espinal⁷³.

Debido a que requiere un período más corto de tiempo para completarlo, en muchos centros de dolor se considera una alternativa viable frente al MMPI.

Inventario de personalidad NEO PI-R **Revised NEO personality inventory (NEO PI-R)**

En el ámbito de la psicología de la personalidad ha ido adquiriendo gran fuerza un modelo denominado de los “5 grandes”, que pretende captar las unidades básicas de la estructura de la personalidad. Así surgen los “5 grandes” factores de la personalidad (neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad), que resumen las diferentes facetas de que consta la personalidad humana normal⁷⁴.

A partir de este modelo, Costa y McCrae⁷⁵ diseñaron un instrumento de autoinforme para operacionalizar con los “5 grandes” factores de la personalidad, el NEO-PI-R (*Neuroticism, Extraversion, Openness-Personality Inventory*). Este inventario evalúa las dimensiones de neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad, posibilitando obtener una comprensión global de la personalidad. A su vez, cada una de estas dimensiones se desglosa en 6 escalas que miden diferentes facetas: extraversión (cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de emociones y emociones positivas), amabilidad (confianza, franqueza, altruismo, actitud conciliadora, modestia, sensibilidad a los demás), responsabilidad (competencia, orden, sentido del deber, necesidad de logro, autodisciplina y deliberación), neuroticismo (ansiedad, hostilidad, depresión, ansiedad social, impulsividad y vulnerabilidad), apertura a la experiencia (fantasía, estética, sentimientos, acciones, ideas y valores).

Existen 2 formas paralelas del NEO-PI-R, una para ser cumplimentada por el paciente, denominada “Forma S”, y otra para terceros (esposo, familiares, expertos, etc.), “Forma R”. Cada una consta de 240 ítems puntuados a partir de una escala Likert de 5 puntos (rango: “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”).

Además, existe una versión corta del instrumento, el *NEO Five-Factor Inventory* (NEO-FFI), de tan sólo 60 ítems que proporciona, únicamente, puntuaciones en las 5 dimensiones. Esta versión es de gran utilidad cuando el tiempo disponible para la evaluación es limitado y se considera suficiente para la obtención de información global sobre la personalidad⁷⁶.

En relación con las propiedades psicométricas del instrumento, el coeficiente alfa de consistencia interna, para las 5 dimensiones de personalidad que se evalúan, se sitúa en un rango entre 0,86 y 0,92. Con respecto a las distintas facetas de cada dimensión, la consistencia interna está entre 0,56 y 0,81. También existen datos acerca de la estabilidad de las dimensiones de personalidad, a lo largo de un período de 7 años, estableciéndose un rango entre 0,63 y 0,81. De este modo, a pesar de los cambios que se producen a lo largo de la vida (matrimonio, nacimiento de un hijo, cambio de trabajo y edad biológica, etc.), la mayoría de los individuos no experimentan modificaciones apreciables en las 5 dimensiones de personalidad. Asimismo, se ha confirmado su validez al ser comparado con otros inventarios de personalidad⁷⁷.

El NEO-PI-R ha sido utilizado para estudiar la personalidad en relación con distintos problemas de salud, como las enfermedades coronarias, destacando la importancia de ciertas dimensiones de personalidad como el neuroticismo⁷⁸ o la hostilidad⁷⁹.

En el campo del dolor merecen especial mención los 2 trabajos llevados a cabo por Wade, et al.^{80,81}. En el primero⁸⁰ se examina la correspondencia entre los perfiles de personalidad establecidos a partir del MMPI y la estructura de personalidad proporcionada por el NEO-PI-R. Sus resultados sugieren que la mayoría de pacientes con dolor tienen una estructura de personalidad normal y que las puntuaciones habitualmente elevadas en el MMPI reflejan síntomas somáticos relacionados con el dolor, no con el neuroticismo. En el segundo⁸¹ se estudia la relación entre las dimensiones de neuroticismo y extraversión, y distintas variables implicadas en la experiencia de dolor (intensidad del mismo, sufrimiento, creencias y conductas de dolor). Los resultados confirman que los factores de personalidad ejercen un mayor impacto sobre el sufrimiento y las conductas de dolor, proporcionando apoyo a la idea de que los rasgos de personalidad influyen sobre el modo en que la gente valora el efecto del dolor crónico en su vida, modificando su estado emocional.

Cuestionario tridimensional de personalidad **Tridimensional personality questionnaire (TPQ)**

Cloninger, en 1987, propuso un modelo biosocial de personalidad basado en el temperamento. Este modelo es entendido como el conjunto de características individuales que dan lugar a respuestas automáticas a los estímulos emocionales, reguladas por sistemas psicobiológicos⁸². Dichas respuestas son estables a lo largo de la vida y están, en parte, reguladas genéticamente⁸³. Posteriormente, el modelo se completó con las dimensiones propias del carácter, que se constituye por aprendizaje a través del desarrollo personal⁸⁴. Estas dimensiones son: 1) búsqueda de novedad (BN); 2) evitación de daño (ED); 3) dependencia de recompensa (DR), y 4) persistencia (PS). La dimensión BN expresa la emisión de conductas de aproximación en respuesta a la novedad y a señales de recompensa o retirada de castigo; e incluye aspectos de exploración, deshibición e impulsividad. La dimensión ED hace referencia a una susceptibilidad especial a convertirse en personas temerosas, aprensivas y preocupadas, con predisposición a la aparición de trastornos ansiosos y depresivos. La dimensión DR se refiere a la gratificación proporcionada por las relaciones con las perso-

nas, e incluye como subescalas: sentimentalismo, vinculación o apego, y dependencia (a la aprobación o desaprobación). La dimensión PS alude a la tenacidad y esfuerzo continuado para conseguir las metas propuestas. Implica una tendencia a mantener conductas en condiciones de extinción y mide la capacidad para seguir emitiendo conductas anteriormente asociadas al refuerzo positivo o a la ausencia de castigo, a pesar de la desaparición de estas contingencias.

El TPQ es un cuestionario, autoadministrado, compuesto por 100 ítems con respuesta verdadero/falso, que requiere unos 15 min para su cumplimentación. Su nombre alude a 3 dimensiones, debido a que inicialmente la dimensión PS era considerada una subescala de DR^{85,86}. En relación con las propiedades psicométricas, muestra los siguientes coeficientes de correlación alfa: para la dimensión BN (0,68-0,75), para ED (0,77-0,85) y para DR (0,61-0,69).

Actualmente existen numerosas versiones en distintos idiomas, entre ellos el castellano⁸⁷, el cual está siendo cada vez más utilizado para valoración de la personalidad en pacientes con trastornos mentales como abuso de sustancias⁸⁸, depresión mayor⁸⁹ y trastornos de la alimentación⁹⁰.

En algología son todavía escasos los estudios llevados a cabo con este instrumento. Franulic, et al.⁹¹, en un trabajo sobre pacientes con dolor, ingresados en una unidad de quemados, encontraron una correlación positiva entre niveles de ansiedad medida con la escala de Hamilton y la dimensión evitación de daño del TPQ.

Otros autores han demostrado que los pacientes con cefalea tensional y migrañosa, al ser comparados con una muestra control, presentan puntuaciones más altas en la dimensión evitación de daño. Además, los enfermos de migraña obtienen puntuaciones significativamente bajas en la dimensión búsqueda de novedad. Por otro lado, al comparar ambos tipos de cefalea entre sí, los pacientes con migraña presentan puntuaciones más altas en la dimensión persistencia, sin que se observen diferencias entre grupos en las otras dimensiones⁹².

Escala I-E de Rotter o locus de control interno-externo

Internal-external locus of control scale (Rotter, 1966)

La escala I-E de Rotter consiste en un cuestionario, autoadministrado, compuesto por 29 ítems con 2 posibilidades alternativas de respuesta⁹³. El

concepto de locus de control hace referencia a las creencias que las personas tienen sobre la relación entre las conductas que ejecutan y sus resultados. Si el individuo cree que el resultado depende de su conducta o de sus propias características, se dice que tiene una creencia de "control interno". Cuando los resultados no se perciben como contingentes a la propia acción sino como resultado del azar, de la suerte, del destino, o de terceras personas, se dice que tiene una creencia de "control externo". El locus de control puede describirse como un rasgo de personalidad o como un conjunto aprendido de creencias referidas a comportamientos en campos específicos, tales como las creencias en salud⁹⁴.

La hipótesis más aceptada es que los enfermos con un locus de control interno tendrán niveles de ansiedad más elevados cuando el sistema sanitario no les permita tener control sobre los acontecimientos, como en el caso de pacientes hospitalizados. Así, puede ocurrir que la imposibilidad real de control sea incongruente con las expectativas de aquellos pacientes con un locus de control interno, generando en ellos más estrés que en los sujetos con un locus de control externo, que no esperan controlar los sucesos. Esta hipótesis se ha visto verificada en diferentes estudios de dolor postoperatorio^{95,96}.

En un trabajo realizado con pacientes afectos de dolor lumbar crónico se determinó la correlación entre el MMPI y la escala I-E de Rotter, encontrando que los enfermos con locus de control externo presentaban rasgos relacionados con una alta rumiación de pensamiento y una tendencia mayor a dramatizar los problemas cotidianos⁹⁷.

También se ha investigado la relación entre locus de control, medido por la escala I-E, y el GHQ-28, demostrando que los individuos con un locus de control externo tienden a puntuar más síntomas en el GHQ. El análisis factorial de la escala I-E dio como resultado 3 subescalas: impotencia personal, impotencia situacional e impotencia política. Se encontró que, para los hombres, el mejor predictor de depresión en el GHQ-28 era la impotencia personal. En cambio, en las mujeres los predictores de depresión eran la impotencia situacional y política⁹⁸.

Inventario de salud de Millon

Millon behavioral health inventory

Este inventario de autovaloración se está haciendo cada vez más popular como alternativa a mediciones más tradicionales. El cuestionario

contiene 150 respuestas verdadero-falso que miden los tipos de personalidad y las actitudes relevantes para dolencias específicas. Además, contiene un índice pronóstico que intenta predecir la respuesta al tratamiento del dolor. Aunque no existen pruebas concluyentes relativas a su validez en los pacientes con dolor, sí es un instrumento que parece prometededor y merece más investigación⁹⁹.

ESCALAS DE EVALUACIÓN DE VARIABLES PSICOSOCIALES

El abordaje del dolor crónico implica tener en consideración el marco contextual en el que se desarrolla. El estudio del entorno en el que vive y se relaciona el paciente, el tipo de relaciones que establece, así como la presencia o no de recursos sociales ante la condición de enfermedad-dolor, son como aspectos que deben ser analizados. Sin embargo, el estado actual del conocimiento acerca de estos temas no es concluyente. Algunas de las inconsistencias en esta área de estudio están mediadas por la consideración de diversas variables de análisis y la utilización de diferentes instrumentos de evaluación⁴. De todos modos, lo que sí parece claro es la necesidad de profundizar en la influencia que las variables sociales y familiares ejercen sobre los pacientes con dolor crónico.

Desde el modelo operante¹⁰⁰ las conductas de dolor, a través de las que el paciente comunica a los demás su malestar, son más frecuentes cuando éste percibe contingentemente a su comportamiento consecuencias deseables o evita actividades que le resultan indeseables. Desde este enfoque, el papel de la familia, y en especial del cónyuge, ha centrado gran parte del interés de los investigadores.

Numerosos estudios sugieren que la respuesta de apoyo proporcionada por los familiares actúa reforzando las conductas de dolor. Así, Block, et al.¹⁰¹ constatan que el apoyo familiar puede interferir en la adopción de estrategias de afrontamiento adaptativas por parte de los pacientes. Igualmente, otros autores corroboran la importancia que el refuerzo y el apoyo social proporcionado por el cónyuge tiene sobre el autoinforme de la intensidad del dolor¹⁰² o sobre la conducta de dolor observable¹⁰³. Todos estos resultados parecen vislumbrar un papel negativo en las respuestas de apoyo de los cónyuges, ya que sería precisamente este tipo de comportamiento el responsable del mantenimiento de las conductas de dolor.

Otra importante línea de trabajos se direcciona en el sentido contrario, es decir, el apoyo social produce efectos positivos sobre el dolor. Autores como Kerns y Turk¹⁰⁴ afirman que la percepción de un apoyo conyugal adecuado muestra efectos positivos sobre la intensidad del dolor y el humor depresivo. También se ha constatado que los pacientes con un mejor ajuste a su condición de dolor crónico son aquellos que proceden de familias que proporcionan un alto grado de apoyo¹⁰⁵, cohesión¹⁰⁶ y flexibilidad ante los cambios vitales¹⁰⁷. En la misma línea, Jamison y Virts¹⁰⁸ concluyen que los pacientes que pertenecen a familias que proporcionan apoyo son los que informan de menor dolor, manifiestan menos conductas de dolor y se autocalifican con un bajo nivel de distrés emocional.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, algunas de las escalas más utilizadas en este campo de estudio han sido la escala de apoyo social percibido, la escala de respuesta de solicitud y la escala de apoyo social.

Escala de apoyo social percibido

La escala consiste en un autoinforme integrado por 24 ítems, valorados a partir de una escala de Likert de 5 puntos. Incluye las siguientes dimensiones: apego, integración social, obtención de tranquilidad, alianza y consejo¹⁰⁹. El instrumento presenta propiedades psicométricas aceptables (coeficiente de consistencia interna de 0,65-0,76, fiabilidad test-retest de 0,59) y ha sido adaptado para ser aplicado a pacientes con dolor y a sus cónyuges¹¹⁰.

Escala de respuesta de solicitud

Esta escala deriva de la sección 2 del WHY-MPI. Su objetivo se centra en la evaluación de las respuestas que el cónyuge o familiares proporcionan ante las conductas del paciente. La escala está compuesta por 20 ítems codificados en 3 tipos de respuestas: a) respuesta de reproche; b) respuesta solícita, y c) respuesta de distracción. El instrumento presenta un coeficiente de consistencia interna de 0,70 a 0,90 y un coeficiente de fiabilidad test-retest de 0,62 a 0,91. También se ha confirmado la validez de constructo y la asociación positiva entre la respuesta de solicitud y el informe de dolor¹¹.

Escala de apoyo social

Por último, la escala de apoyo social, incluida en el CPEQ, está compuesta únicamente por 2 ítems que

valoran con qué frecuencia el cónyuge o familiares proporcionan o no apoyo al paciente^{111,112}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Turner JA, Romano JM. Psychologic and psychosocial evaluation. En: Bonica J, et al. (eds). Vol 1. 2ª ed. Philadelphia: The Management of Pain 1990:595-609.
2. Karoly P, Jensen MP. Multimethod assessment of chronic pain. Oxford 1987.
3. Jensen MP, Turner JA, Romano JM, et al. Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain* 1991;47:249-83.
4. Keefe FJ, Dunsmore J, Burnett R. Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain: recent advances and future directions. *J Consulting Clin Psychology* 1992;60:528-36.
5. Romano JM, Turner JA, Moore JE. Psychological evaluation. En: Tollison CD (ed). *Handbook of Chronic Pain Management*. Baltimore: Williams y Williams 1989:38-50.
6. Turk DC, Flor H. Pain pain behaviors: utility and limitations of the pain behavior construct. *Pain* 1987;31:277-95.
7. Turk DC, Rudy TE. Cognitive factors and persistent pain: a glimpse into pandora's box. *Cognitive Therapy and Research* 1992;2:99-122.
8. Philips HC. Psychological management of chronic pain; a treatment manual. Nueva York 1988.
9. Blanchard EB, Andrasik F. Management of chronic headaches. Nueva York 1985.
10. Turk DC, Meichenbaum PF, Genest M. Pain and behavioral medicine: a cognitive-behavioral perspective. Nueva York 1983.
11. Kerns RD, Turk DC, Rudy TE. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (VMPYMPI). *Pain* 1985;23:345-56.
12. Turk DC, Rudy TE. Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: integration of psychological assessment data. *J Consulting Clin Psychology* 1988;56:233-8.
13. Turk DC, Rudy TE. The robustness of an empirically derived taxonomy of chronic pain patients. *Pain* 1990;42:27-35.
14. Melzack R, Torgerson WS. On the language of pain. *Anesthesiology* 1971;34:50-9.
15. Jamison RN, Rudy TE, Penzien DB, et al. Cognitive-behavioral classifications of chronic pain: replication and extension of empirically derived patient profiles. *Pain* 1994;57:277-92.
16. Dalton JA, Feuerstein M, Carlson J, et al. Biobehavioral pain profile: development and psychometric properties. *Pain* 1994;57:95-107.
17. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press 1972.
18. Goldberg DP. Manual of the General Health Questionnaire. Windsor: NFER Publishing Company 1978.
19. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Physiol Med* 1979;9:139-45.
20. Lobo A, Pérez-Echevarría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med* 1986;16:135-40.
21. Benjamin S, Lennon S, Gardner G. Validity of the general Health Questionnaire for first-stage screening for mental illness in pain clinic patients. *Pain* 1991;47(2):197-202.
22. Morley S, Hassard A. The development of self-administered psychological scaling method: internal consistency and temporal stability in chronic pain patients. *Pain* 1987;37(1):33-9.
23. Alexander PJ, Prabhu SG, Krishnamoorthy ES, et al. Mental disorders in patients with noncardiac chest pain. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:291-3.
24. Fraser SC, Smith K, Agarwal M, et al. Psychological screening for non-specific abdominal pain. *Br J Surg* 1992;79:1369-71.
25. Merskey H, Lau CL, Russell ES, et al. Screening for psychiatric morbidity. The pattern of psychological illness and premorbid characteristics in four chronic pain population. *Pain* 1987;30(2):141-57.
26. Wise TN, Hall WA, Wong O. Simple screening technique to estimate postoperative narcotic use. *Southern Med J* 1979;72(4):415-7.
27. Fernández E, Turk DC. Sensory and affective components of pain: separation and synthesis. *Psychol Bulletin* 1992;112:205-17.
28. Romano JM, Turner JA. Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychol Bulletin* 1985;97:19-35.
29. Roy R, Thomas M, Mats M. Chronic pain and depression: a review. *Compr Psychiatric* 1984;25:96-105.
30. Magni G, Caldieron C, Rigatti-Luchini S, et al. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population. An analysis of the 1st National Health Nutrition Examination Survey. *Pain* 1990;43:299-307.
31. Brown GK. A causal analysis of chronic pain and depression. *J Abnorm Psychol* 1990;99:127-37.
32. Magni G. On the relationship between chronic pain and depression when there is no organic lesion. *Pain* 1987;31:1-21.
33. Rudy TE, Kerns RD, Turk DC. Chronic pain and depression: toward a cognitive-behavioral mediation model. *Pain* 1988;35:129-40.
34. Sullivan MJL, Reesor K, Mikail S, et al. The treatment of depression in chronic low back pain: review and recommendations. *Pain* 1992;5:5-13.
35. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;56:53-63.
36. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties beck depression inventory: twenty-five year of evaluation clinical. *Clin Psychol Rev* 1988;8:77-100.
37. Haythornthwaite JA, Sieber WJ, Kerns RD. Depression and the chronic pain experience. *Pain* 1991;46:177-84.

38. Keefe FJ, Wilkins R, Cook W, et al. Depression, pain, and pain behavior. *J Cons Clin Psychol* 1986;54: 665-9.
39. Kerns FJ, Haythovnthwait JA. Depression among pain patients: cognitive behavioral analysis and effect on rehabilitation outcome. *J Cons Clin Psychol* 1988;56: 870-6.
40. Williams DA, Richardson PH. What does the BDI measure in chronic pain? *Pain* 1993;55:259-66.
41. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measur* 1997;1:385-92.
42. Berkman CF, Berkman CS, Kasl S, et al. Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *Am J Epidemiol* 1986;124:372-88.
43. Plutchik R, Conte HR. Self-report scales for the measurement of depression. *Psychiatry Ann* 1989;19:367-71.
44. Krishnan KRR, France RD, Pelton S, et al. Chronic pain and depression. II symptoms of anxiety in chronic low back pain patients and their relationships to subtypes of depression. *Pain* 1985;22:289-94.
45. Schalling D. Anxiety, pain and coping. *Iss Ment Health Nur* 1987;7:437-60.
46. Al Absi M, Rokkle PD. Can anxiety help us tolerate pain? *Pain* 1991;46:43-51.
47. Arntz A, Dreessen L, De Jong P. The influence of anxiety on pain: attentional and attributional mediators. *Pain* 1994;56:307-14.
48. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory* 1970. Palo Alto.
49. Marbach JJ, Lund P. Depression, anhedonia and anxiety in temporomandibular joint and other facial pain syndromes. *Pain* 1981;11:73-84.
50. Garron DC, Leavitt F. Chronic low back pain and depression. *J Clin Psychol* 1983;39:487-93.
51. McCracken LM, Zayfert C, Gress RT. The Pain Anxiety Symptoms Scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain* 1992;50:67-73.
52. Bradley L, Margolis R, Gentry W. Multivariate analysis of the MMPI profiles of low back pain patients. *J Behav Med* 1978;1:253-7.
53. Gamsa A. The role of psychological factors in chronic pain. I. A half century of study. *Pain* 1994; 57:5-15.
54. Gamsa A. The role of psychological factors in chronic pain. II. A critical appraisal. *Pain* 1994;57:17-29.
55. Hathaway SR, Mckinley JC. *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory Manual*. Nueva York 1967.
56. Sternbach R. *Pain patients. Traits and treatment*. Nueva York 1974.
57. Armentrout D, Moore J, Parker J, et al. Pain-patients MMPI subgroups: the psychological dimensions of pain. *J Behav Med* 1982;5:201-11.
58. Bernstein J, Garbin C. Hierarchical clustering of pain patients, MMPI profiles: a replication note. *J Pers Assess* 1983;47:171-2.
59. Naliboff B, Cohen M, Yellen A. Does the MMPI differentiate chronic illness from chronic pain? *Pain* 1982; 13:333-411.
60. Watson D. Neurotic tendencies among chronic pain patients: an MMPI items analysis. *Pain* 1982;14: 365-85.
61. Bradley L, Van der Heide L. Pain-related correlates of MMPI profile sub-groups among back pain patients. *Health Psychol* 1984;3:157-74.
62. Elkins GR, Barret ET. The MMPI in evaluation of functional vs organic low back pain. *J Pers Assess* 1984;48:249-64.
63. Moore J, Armentrout D, Parker J, et al. Empirically derived pain-patients MMPI subgroups: prediction of treatment outcome. *J Behav Med* 1986;9:51-63.
64. Jamison RN, Rock DI, Parris WC. Empirically derived symptom checklist 90 subgroups of chronic pain patients: a cluster analysis. *J Behav Med* 1988; 11:147-57.
65. Taylor AM, Lorentzen LJ, Blank MB. Psychologic distress of chronic pain sufferers and their spouses. *J Pain Symp Manag* 1990;5:6-10.
66. Williams DA, Urban B, Keefe FJ, et al. Cluster analysis of pain patients responses to the SCL-90R. *Pain* 1995; 61:81-9.
67. Derogatis LR. *The SCL-90R: administration, scoring and procedures manual*. Baltimore. Clin Psychomet Res 1977.
68. Derogatis LR. *SCL-90R: administration, scoring and procedures manual*. 2ª ed Towson. Clin Psychomet Res 1983.
69. Wilson L, Dworkin SF, Whitney C, et al. Somatization and pain dispersion in chronic temporomandibular disorder pain. *Pain* 1994;57:55-61.
70. Baumstark KE, Buckelew SP, Sher KJ, et al. Pain behavior predictors among fibromyalgia patient. *Pain* 1993; 55:339-46.
71. Ter Kuile MM, Spinhoven P, Linssen ACG, et al. Cognitive coping and appraisal processes in the treatment of chronic headaches. *Pain* 1995;64:257-64.
72. Schwartz DP, Degood DE. An approach to the psychosocial assessment of the chronic pain patients. *Current concepts*. *Pain* 1983;1:3-11.
73. Castro-Bolaño C, Otero-López JM, Blanco J, et al. Evaluación del valor predictivo del Sympton Checklist (SCL-90-R) en la eficacia de la analgesia espinal. Comunicación presentada en el IV Congreso de Evaluación Psicológica. Santiago de Compostela 1994.
74. Sánchez MA. Las cinco dimensiones básicas de la personalidad. En: Avia MD, Sánchez ML (eds). *Personalidad: aspectos cognitivos y sociales*. Madrid 1995:269-85.
75. Costa PT Jr, McCrae RR. *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa. Psychological Assess Res 1985.
76. Costa PT Jr, McCrae RR. From catalog to classification Murray's needs and the five-factor model. *J Pers Soc Psychol* 1988;55:258-65.
77. Costa PT Jr, McCrae RR. Personality stability and its implication for clinical psychology. *Clin Psychol Rev* 1986;6:423-7.
78. Costa PT Jr, Fleg JL, McCrae RR, et al. Neuroticism, coronary artery disease, and chest pain complaints: cross-sectional and longitudinal studies. *Exp Aging Res* 1982;8:37-44.
79. Costa PT Jr, McCrae RR. Personality assessment in psychosomatic medicine: value of a trait taxonomy. *Res Parad Psychosom Med* 1987;17:71-82.

80. Wade JB, Dougherty LM, Hart RP, et al. Patterns of normal personality structure among chronic pain patients. *Pain* 1992;48:37-43.
81. Wade JB, Dougherty LM, Hart RP, et al. A canonical correlation analysis of the influence of neuroticism and extraversion on chronic pain, suffering, and pain behavior. *Pain* 1992;51:67-73.
82. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants: a proposal. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:573-88.
83. Cloninger CR. Brain networks underlying personality development. En: Carroll BJ, Barrett JE (eds). *Psychopathology and the brain*. Nueva York: Raven Press 1991: 183-208.
84. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:975-90.
85. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM. The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data. *Psychol Report* 1991;69:1047-57.
86. Cristodoulou C, Rose JJ. Persistence: An independent factor of the Tridimensional Personality Questionnaire. *Psychol Report* 1995;76:1307-14.
87. Gurpegui M, López-Castillo JJ. The Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ) in Spanish older adults: A validity study. Nueva York, 4-9 mayo 1996. New Research Abstracts of the Annual Meeting of the American Psychiatric Association 1996: 146 (NR288).
88. Gómez-Perreta C, Pérez C, Pórtolles M, et al. Tridimensional theory of personality: applications to substance abuse disorders. *Actas Esp Psiquiatr* 2001;29(3):143-7.
89. Newman JR, Ewing SE, McColl RD, et al. Tridimensional personality questionnaire and treatment response in major depressive disorder: a negative study. *J Affect Disord* 2000;57(1-3):241-7.
90. Berg ML, Crosby RD, Wonderlich SA, et al. Relationship of temperament and perceptions of nonshred environment in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2000;28(2):148-54.
91. Franulic A, González X, Trucco M, et al. Emotional and Psychosocial factors in burn patients during hospitalización. *Burns* 1996;22:618-22.
92. Di Piero V, Bruti G, Venturi P, et al. Aminergic tone correlates of migraine and tension-type headache: a study using the tridimensional personality questionnaire. *Headache* 2001;41(1):63-71.
93. Rotter JB. Generalized expectancy for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* 1966;80(1):1-28 (Whole No. 609). (Versión española de Gurpegui, 1982.)
94. Herbert ML. Internal versus external control of reinforcement. A review. *Psychol Bulletin* 1966;65:206-20.
95. George JM, Scott LE, Turner SP, et al. The effects of psychological factors and physical trauma on recovery from oral surgery. *J Behav Med* 1980;3:291-310.
96. López-Roig S, Pastor MA, Rodríguez-Marín J, et al. Ansiedad y cirugía. Un estudio con pacientes oftalmológicos. *Rev Psicol Gen Apl* 1991;44:87-94.
97. McCreary C, Turner J. Locus of control, repression-sensitization, and psychological disorder in chronic pain patients. *J Clin Psychol* 1984;40:897-901.
98. Chan DW. Dimensionality and adjustment correlates of locus of control among Hong Kong Chinese. *Manuscript no publicado* available from author.
99. Millon T, Green C, Meagher R. The MBHI: A new inventory for the psychodiagnostician in medical settings. *Profess Psychol* 1979;10:529-39.
100. Fordyce WE. *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis 1976.
101. Block A, Kremer E, Gaylor M. Behavioral treatment of chronic pain: the spouse a discriminative cue for pain behavior. *Pain* 1980;9:243-52.
102. Flor H, Turk DC, Scholz OB. Impact of chronic pain on the spouse: marital, emotional and physical consequences. *J Psychosomat Res* 1987;31:63-71.
103. Romano JM, Turner JA, Jensen MP. The Chronic Illness Problem Inventory as a measure of dysfunction in chronic pain patients. *Pain* 1992;49:71-5.
104. Kerns RD, Turk DC. Depression and chronic pain: the mediating role of the spouse. *J Marriag Fam* 1984;461: 845-52.
105. Kucia C, Drotar D, Doekskuk C, et al. Home observation of family interaction and childhood adjustment to cystic fibrosis. *J Pediatr Psychol* 1979;4:189-95.
106. Olson DH, Sprinkle D, Russell D. Circumplex model of marital and family system. Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Fam Process* 1979;78:3-27.
107. Grolnic LA. Family perspective of psychosomatic factors in illness: a review of the literature. *Fam Process* 1972;11:457-86.
108. Jamison RN, Virts KL. The influence of family support on chronic pain. *Behav Res Ther* 1990;28:283-7.
109. Cutrona CE, Russell DW. The provisions of social relationships and adaptation to stress. En: Jones W, Perlman D (eds). *Advances in personal relationships* 1987;37-67.
110. Paulsen JS, Altmaier EM. The effects of perceived versus enacted social support on the discriminative cue function of a spouses for pain behaviors. *Pain* 1995; 60:103-10.
111. Jamison RN, Virts KL. The influence of family support on chronic pain. *Behav Res Ther* 1990;28:283-7.
112. Jamison RN, Rudy TE, Penzien DB, et al. Cognitive-behavioral classifications of chronic pain: replication and extension of empirically derived patient profiles. *Pain* 1994;57:277-92.