

La evaluación psicológica del paciente con dolor crónico

ALICIA SANTOS Y CARME RIUS*

RESUMEN

El dolor es un síntoma frecuente en la vida diaria, motivo del 15-25% de las visitas médicas. La evaluación psicológica será una parte esencial del manejo terapéutico del paciente con dolor crónico. La propuesta de evaluación psicológica presentada en este capítulo está basada principalmente en el modelo creado en la Unidad del Dolor del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Esta evaluación incluirá una entrevista psicodiagnóstica y la realización de una serie de cuestionarios. Los pacientes candidatos a implantes de neuromodulación precisarán de una evaluación más completa, incluyendo una entrevista a un familiar. En estos pacientes candidatos a neuromodulación se tendrán en cuenta una serie de criterios de exclusión (que pueden ser temporales). Finalmente, la terapia psicológica establecida puede ser de gran utilidad para completar la exploración psicológica. Hay que tener en cuenta que durante el seguimiento psicoterapéutico puede surgir nueva información que complemente o modifique el diagnóstico inicial.

Palabras clave: Dolor crónico. Evaluación psicológica. Neuromodulación. Psicodiagnóstico. Valoración psicológica.

ABSTRACT

Pain is an usual symptom in daily life. 15-20% of clinical visits are related to pain. Psychological assessment is an essential part of therapeutic management in patients suffering chronic pain. The proposal for psychological assessment presented in this chapter is mainly based in the model created by the Pain Unit from Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona). This assesment will include a psychodiagnostic interview and completing a series of questionnaires. Candidates to neuromodulation by implants will need a more complete evaluation, including an interview to a family member. In those patients, some exclusion criteria will be taken into account (which may be temporary). Finally, established psychological therapy can be very useful to complete psychological assessment. It is important to remember that during psychotherapeutic follow-up new information may emerge, which may complete or modify initial diagnosis. (DOLOR. 2021;36:153-9)

Key words: Chronic pain. Psychological assessment. Neuromodulation. Psychodiagnosis. Psychological evaluation.

Corresponding author: Carme Rius, crius@santpau.cat

Aunque el dolor es un mecanismo adaptativo universal en el ser humano y esencial para la supervivencia, puede llegar a provocar importante sufrimiento, sobre todo cuando perdura en el tiempo^{1,2}.

En la práctica clínica el dolor es un síntoma frecuente. Se calcula que entre el 15 y el 20% de las visitas médicas están relacionadas con el dolor³. De todos modos, en algunos casos la presencia del dolor puede llegar a pasar desapercibida por los clínicos si no se pregunta directamente al paciente. Se estima que el 16,6% de la población española padece dolor crónico y un 35% de estas personas padecen dolor severo⁴. En el caso de Cataluña, los datos de la Encuesta de Salud de Catalunya de 2020 indican la presencia de dolor en el 25% de la población de más de 15 años, incrementándose este porcentaje con la edad⁵.

El dolor puede clasificarse como agudo o crónico. El dolor agudo suele tener carácter temporal y estar asociado con daño orgánico, pudiendo remitir con un adecuado tratamiento. Este tipo de dolor tiene una función adaptativa y correspondería con una señal de alarma que sería esencial para encontrar la causa que lo provoca^{1,2,6}. Por el contrario, el dolor crónico es persistente en el tiempo y se considera una alteración psicofisiológica que interfiere en la vida diaria del paciente, afectando a su calidad de vida. En este caso, habría una interacción entre diferentes alteraciones, tanto fisiológicas como cognitivas, conductuales y emocionales, que podrían perpetuar el problema. El dolor se suele considerar crónico cuando perdura más de 3-6 meses¹⁻³.

La experiencia del dolor es subjetiva y por tanto puede ser percibida de forma muy distinta por diferentes personas. La percepción dependerá de múltiples factores, incluyendo la historia previa, personalidad, psicopatología, así como aspectos conductuales, emocionales o cognitivos^{1,2}. Es por esto que el abordaje psicológico del dolor requerirá una evaluación en detalle de sus distintos componentes, para poder comprender su posible rol en el mantenimiento del problema. Para ello será esencial realizar una evaluación desde una perspectiva biopsicosocial, teniendo en cuenta factores biológicos, psicológicos y socioculturales^{1,7}.

EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

La exploración psicológica será esencial para detectar los aspectos psicosociales y psicopatológicos que puedan incidir en la evolución y adherencia al tratamiento. Muchos de estos aspectos podrán ser mo-

dificables una vez identificados. Existe poca bibliografía relacionada con la evaluación psicológica en pacientes con dolor crónico. Las recomendaciones que presentamos se basan principalmente en el modelo creado en la Unidad del Dolor del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau¹.

Para una evaluación psicológica del dolor será recomendable que los pacientes sean derivados siguiendo uno de estos criterios¹: a) detección de dificultades psicoemocionales importantes, y b) clara resistencia a toda acción terapéutica, haya o no problemas emocionales evidentes.

En la exploración psicológica del paciente inicialmente se realiza una entrevista psicodiagnóstica extensa (incluyendo la exploración del dolor crónico, una exploración psicosocial y una exploración psicopatológica) y se administran una serie de cuestionarios. En una segunda etapa se realizará la terapia psicológica correspondiente, ya sea de forma individual o grupal, completando la exploración psicológica.

Entrevista psicodiagnóstica

La entrevista psicodiagnóstica es esencial no solo para la recogida de información, sino también para generar un vínculo con el paciente, imprescindible para el trabajo terapéutico posterior y la adherencia al tratamiento¹. Aunque pueda parecer que el tratamiento psicológico se realiza en un segundo momento, hay que tener en cuenta que la entrevista psicológica ya es de por sí terapéutica si se realiza adecuadamente. Una actitud cercana, amable y empática será esencial para acompañar al paciente en el proceso, teniendo un rol importante en los resultados de la intervención⁸.

La primera entrevista tiene una gran importancia porque en ella se genera y desarrolla un vínculo de colaboración, para ello se puede realizar una entrevista no dirigida durante la primera sesión, de forma que el paciente pueda expresar libremente sus vivencias tanto del dolor como de las relaciones que tiene establecidas con su entorno. Así podemos registrar tanto lo que expresa el paciente como lo que no.

Sería ideal poder realizar una segunda y tercera sesión para completar la entrevista, utilizando un formato semiestructurado⁷, incluyendo preguntas abiertas. Aunque puede ayudar el tener un guion definido con las preguntas esenciales, será importante la flexibilidad, dejando al paciente expresarse y extenderse en algunos aspectos¹. La tabla 1 recoge un resumen de la principal información que se debería recoger durante la entrevista.

Tabla 1. Información que recoger durante la entrevista (resumen)

Datos sociodemográficos
Genograma
Estilo relacional (entorno familiar, laboral, social, profesionales)
Apoyo familiar y social
Capacidad de comprensión
Dolor: inicio, evolución, características actuales, implicaciones en distintas áreas y expectativas de tratamiento
Emociones actuales y posible relación con el dolor
Interpretación y evaluación del dolor (catastrofismo, resiliencia...)
Estrategias de afrontamiento (predominio de activas o de pasivas)
Expresión del dolor (verbalmente, conductas) y posibles consecuencias reforzantes
Psicopatología (anterior al dolor o reactiva)
Personalidad
Actividades del día a día
Hobbies y proyectos futuros

Exploración del dolor crónico

En la primera fase de la entrevista pediremos al paciente que relate su historia del dolor y experiencias relacionadas con el dolor crónico, detallando los inicios del dolor y el impacto actual en su vida. Será importante prestar atención tanto al discurso verbal como al no verbal (tono, expresión facial, postura...)¹.

Durante la entrevista será esencial registrar los detalles de la historia del dolor (inicio, causa, localización, tipo, intensidad, evolución...), así como los tratamientos realizados y los factores que empeoran o mejoran el dolor. Sería importante preguntar al paciente cómo le afecta actualmente el dolor, incluyendo su vivencia actual, las pérdidas, los cambios que ha comportado en su vida y las limitaciones que conlleva. Así mismo, es relevante anotar las emociones asociadas, la presencia de catastrofismo, la percepción de locus de control interno o externo y las estrategias de afrontamiento utilizadas¹,⁶,⁹. Las estrategias de afrontamiento activas suelen asociarse a mejor adaptación².

Exploración psicossocial

En la segunda fase de la entrevista se valorará cómo afecta el dolor al área personal, social y laboral, dando especial énfasis a los aspectos emocionales. Estos aspectos serán especialmente relevantes y pueden no tenerse en cuenta si no se utiliza un enfoque biopsicosocial⁶. Se recogerán los datos sociodemográficos, incluyendo el lugar de nacimiento, tiempo que el paciente lleva residiendo en el emplazamiento actual si no ha vivido siempre en el mismo lugar, tiempo de inmigración en el caso de no ser originario del lugar, estado civil, número de hijos, componentes del núcleo familiar y situación laboral. Es importante registrar si se ha solicitado algún tipo de invalidez o si existen litigios sin resolver. También será útil realizar un genograma, incluyendo a los progenitores, hermanos, hijos y nietos, indicando los datos más relevantes relacionados con cada miembro de la familia (edad, nivel educativo, situación laboral, tipo de relación con el paciente y patologías relevantes, incluyendo también psicopatología). Será importante anotar si existen actualmente familiares dependientes y cómo está dividida la gestión doméstica y económica en la unidad familiar¹.

Habrà que recoger brevemente la biografía, incluyendo los datos más relevantes de la infancia, y el rendimiento escolar, enfatizando relaciones sociales significativas. Adicionalmente, será importante registrar antecedentes quirúrgicos o de patologías importantes hasta la fecha¹. Así mismo, preguntaremos por las relaciones sociales actuales, anotando personas relevantes y actividades que realizan juntos. En este sentido será útil también preguntar por *hobbies* en general, y por las actividades que se realizan habitualmente en el día a día. Puede ser de ayuda preguntar directamente sobre las personas concretas en las que se apoya cuando lo necesita.

Exploración psicopatológica

En la última parte de la entrevista será esencial realizar una exploración psicopatológica. De todas formas, esta parte se puede completar con la información recopilada en los cuestionarios, por lo que se pueden recoger los aspectos básicos inicialmente y comentar más profundamente los distintos aspectos con el paciente en un segundo momento, cuando se disponga de la información detallada en los cuestionarios.

A nivel psicopatológico los cuadros psicopatológicos más habituales relacionados con el dolor crónico son la ansiedad y la depresión¹,⁶.

Aunque no es lo habitual, hay que tener en cuenta que algunos pacientes pueden no ser conscientes de la psicopatología que presentan, o de la magnitud de esta.

Los cambios que genera el dolor crónico en la vida del paciente, así como el dolor en sí, pueden generar un elevado malestar. Los síntomas emocionales pueden conllevar otros problemas, como dificultades de concentración, memoria, fatiga, inquietud, irritabilidad, impotencia, frustración, desesperanza, trastornos de sueño... Anotaremos estos síntomas, incluyendo la posible relación con causas emocionales. En casos de gran malestar emocional persistente valoraremos la necesidad de atención psiquiátrica¹. Será necesario evaluar los antecedentes psiquiátricos, tanto personales como familiares y la historia de posibles adicciones (incluyendo drogas o alcohol). La existencia de estos antecedentes (tanto personales como familiares), así como la existencia de experiencias como maltrato o abusos¹⁰, se suele relacionar con una mayor vulnerabilidad a presentar síntomas psicológicos en respuesta al estrés que supone la experiencia de dolor¹. En caso de existir antecedentes psiquiátricos, es importante anotar los tratamientos realizados y su eficacia.

Es necesario explorar si ha habido acontecimientos traumáticos o especialmente estresantes para evaluar y tratar el posible estrés postraumático asociado. También habrá que valorar la existencia de intentos de suicidio, y si actualmente existen pensamientos de suicidio (analizando si están o no estructurados)¹.

Para establecer diagnósticos concretos durante la evaluación psicopatológica nos basaremos en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V* (DSM- 5)¹¹.

La personalidad del paciente puede influir en cómo este interpreta y actúa en una situación estresante, incluyendo el manejo del dolor^{2,12}. Será importante valorar la existencia de algún trastorno de personalidad que pueda interferir en el tratamiento del dolor. Por otro lado, será también esencial tener en cuenta la resiliencia del paciente, entendiendo esta como las características y habilidades que permitirán a la persona hacer frente a una situación adversa^{1,2}.

Al concluir la entrevista, y como cierre de la sesión, es necesario dar *feedback* al paciente a modo de resumen sobre lo que ha surgido durante la entrevista. Así mismo, es importante reforzar las características positivas del paciente y todos los aspectos de resiliencia. Por otro lado, se pueden dar recomendaciones concretas en relación con posibles dificultades o de-

mandas detectadas. En algunos pacientes puede ser adecuado proporcionar información complementaria, así como alguna recomendación por escrito.

Administración de cuestionarios

Los cuestionarios permiten obtener una información complementaria sobre la historia y estado psicológico del paciente. Hay que tener en cuenta que no deben utilizarse como único criterio de valoración del paciente^{1,13}. Cuando aparezcan resultados alterados o incongruentes con la entrevista, debe ser comentado con el paciente.

Existen múltiples cuestionarios disponibles actualmente que se pueden utilizar para la evaluación psicológica. Es necesario realizar una evaluación completa y amplia tratando de que no sea excesivamente extensa para el paciente. Si se detectan reticencias por parte del paciente para realizar los cuestionarios será conveniente matizar la importancia de la realización de estos en el proceso de evaluación psicológica. Al igual que en la entrevista, la evaluación mediante cuestionarios puede realizarse con cierta flexibilidad según el paciente.

En la tabla 2 presentamos una propuesta de cuestionarios que utilizar en la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico¹.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA A PACIENTES CANDIDATOS A IMPLANTES DE NEUROMODULACIÓN

En el caso de realizar una evaluación psicológica a pacientes candidatos a implantes de neuromodulación, además de la realización de la entrevista psicodiagnóstica, la administración de cuestionarios será más completa, se realizará también una entrevista a un familiar cuidador y se tendrán en cuenta unos criterios de exclusión (Tabla 3).

Será esencial la valoración del entorno familiar para detectar las posibles influencias que podría tener en la adaptación del paciente tras la colocación del implante¹. Es importante que el familiar también comprenda el tratamiento que se va a realizar al paciente y tenga expectativas realistas. Habrá que observar la dinámica relacional, incluyendo el apoyo mutuo y el tipo de comunicación. En caso de que el paciente no cuente con apoyo familiar, esta entrevista se podrá realizar con alguna persona del entorno social cercano.

Tabla 2. Cuestionarios que utilizar en la evaluación psicológica de pacientes con dolor crónico

Valoración del dolor
– Cuestionario breve del dolor (BPI, Brief Pain Inventory): consta de 11 ítems que evalúan las dimensiones sensorial y reactiva del dolor – Cuestionario sobre adjetivación del dolor (MPQ, Mc Gill Pain Questionnaire). Consta de 78 adjetivos y evalúa tres dimensiones del dolor: sensorial, afectiva-motivacional y evaluativa
Psicopatología
– <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>: consta de 14 ítems y evalúa dos dimensiones: depresión y ansiedad. Se trata de un test breve de <i>screening</i> – Cuestionario de depresión de Beck (BDI-II, Beck Depression Inventory II): consta de 21 ítems que evalúan la intensidad de la sintomatología depresiva – Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI, State-Trait Anxiety Inventory): consta de 40 ítems y mide las dimensiones de ansiedad como estado y ansiedad como rasgo – Listado de síntomas breve (LSB-50): consta de 50 ítems que valoran síntomas psicopatológicos y somáticos. Tiene siete escalas principales (psicorreactividad, hipersensibilidad, obsesión-compulsión, depresión, ansiedad, hostilidad y somatización), dos subescalas (alteraciones del sueño y alteraciones del sueño ampliada) y una escala de riesgo psicopatológico
Sueño
– <i>Medical Outcomes Study Sleep Scale (MOS)</i>: consta de 12 ítems que evalúan diferentes aspectos del sueño (idoneidad, sueño óptimo, cantidad, despertares bruscos, ronquidos, sueño alterado, somnolencia, índice global de interferencia)
Satisfacción
– Cuestionario de vicisitudes sociales (VS): evalúa satisfacción, adaptación, apoyo en el grupo, capacidad de previsión, somatizaciones, confrontación y acontecimientos vitales en los últimos dos años
Calidad de vida
– Cuestionario de calidad de vida <i>Short Form-36 (SF-36)</i>: consta de 36 ítems que evalúan ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental – Cuestionario calidad de vida EUROQoL-5D: consta de cinco dimensiones de salud medidas cada una con un único ítem (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión) y una puntuación del estado de salud general evaluada en una escala visual analógica
Afrontamiento
– Cuestionario de afrontamiento del dolor crónico (VPMI, Vanderbilt Pain Management Inventory): consta de 18 ítems y dos escalas: afrontamiento activo y afrontamiento pasivo – Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico (CAD-R): este cuestionario se puede utilizar como alternativa al anterior. Consta de 24 ítems que valoran el afrontamiento activo (subescalas: distracción, búsqueda de información, autocontrol mental y autoafirmación) y el afrontamiento pasivo (subescalas de religión y catarsis)
Aceptación
– Cuestionario de aceptación del dolor crónico (CPAQ, Chronic Pain Acceptance Questionnaire). Consta de 20 ítems que evalúan dos factores principales: disposición para realizar actividades de la vida diaria y aceptación del dolor
Personalidad
– Cuestionario de personalidad de Eysenck-Revisado (EPQ-R, Eysenck Personality Questionnaire revised). Consta de 83 ítems que evalúan tres dimensiones básicas de la personalidad: extraversión, neuroticismo y psicoticismo. También incluye una escala complementaria de deseabilidad social – Inventario NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI, NEO Five Factor Inventory). Es una posible alternativa al cuestionario anterior. Consta de 60 ítems que evalúan cinco dimensiones de personalidad: neuroticismo, extroversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad – Cuestionario de resiliencia (CD-RISC-10, Connor Davidson Resilience Scale): es un cuestionario de 10 ítems que evalúa la resiliencia mediante una única escala
Discapacidad
– Índice de discapacidad de Oswestry: consta de 10 ítems que permiten evaluar el grado de discapacidad debido al dolor en forma de porcentaje de discapacidad

Tabla 3. Criterios de exclusión para neuromodulación

Psicopatología grave
Esquizofrenia o trastornos psicóticos
Trastorno de la personalidad
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos
Expectativas no realistas en relación con el dolor y el tratamiento
Déficit cognitivo grave/pobre comprensión del funcionamiento del sistema de neuromodulación
Afrontamiento predominantemente pasivo del dolor
Falta de apoyo familiar y/o social
Litigios sin resolver/búsqueda de compensaciones laborales económicas

El paciente tendrá que aprender a adaptarse tanto a una nueva sensación que modificará el dolor actual (habitualmente en forma de cosquilleo u hormigueo), como a una nueva gestión del día a día (incluyendo la carga habitual del aparato o el uso del mando a distancia).

Es importante que el paciente comprenda que el tratamiento de neuroestimulación no conllevará una desaparición del dolor, sino una reducción de este. Por ello, la evaluación psicológica será más amplia. Es necesario valorar la existencia de trastornos de la personalidad, ya que esta puede influir en cómo se interpreta y actúa en una situación estresante, incluyendo el dolor. Así mismo, valoraremos si existen trastornos afectivos importantes no tratados correctamente. Habrá que indagar en el consumo de sustancias presente o pasado, así como en las expectativas del tratamiento, las estrategias de afrontamiento y el apoyo familiar¹.

Los criterios de exclusión para neuromodulación^{1,13} quedan recogidos en la tabla 3.

Es importante recalcar que en muchos casos el criterio de exclusión puede ser temporal, pudiendo revisarse en el futuro^{1,7,13}. La intervención psicológica y/o médica puede ser clave para ello. Por ejemplo, un bajo nivel de ansiedad previo al implante se ha establecido como un predictor de éxito para el implante⁷.

Para obtener un mejor beneficio terapéutico deberíamos identificar en el paciente los siguientes criterios: estabilidad emocional, utilización de estrategias de afrontamiento activas, nivel adecuado de información del paciente, expectativas razonables y rea-

listas respecto a la terapia, apoyo y aceptación de la técnica propuesta por parte de la familia y perfil del cuidador primario no distorsionador¹.

La terapia psicológica tendrá un papel fundamental en el tratamiento de los pacientes candidatos a implantes de neuromodulación, debiendo establecerse una vez concluida la etapa de evaluación, cumplimiento de los criterios de exclusión y aceptación por parte del paciente. Se informará al paciente de los resultados e hipótesis obtenidas, y se le hará partícipe de forma activa en el tratamiento.

La intervención psicológica es un proceso que se inicia en la primera sesión de evaluación psicológica y finaliza cuando el paciente se ha adaptado a su nueva situación tras el implante.

TERAPIA PSICOLÓGICA

Aunque la terapia psicológica se considere como un tratamiento que seguir, podríamos decir que también es necesaria para completar la exploración psicológica, ya que de forma continuada durante las sesiones correspondientes al tratamiento psicológico establecido, podemos valorar y registrar datos del paciente referentes a la vivencia y evolución del dolor y a su impacto en la vida cotidiana, que completen o modifiquen el diagnóstico realizado en un primer momento.

Registrada la valoración global obtenida por medio de la entrevista y los cuestionarios, elaboramos un tratamiento que seguir, ya sea individualizado o en grupo.

Informamos y transmitimos al paciente sobre las hipótesis obtenidas, de una manera progresiva, haciéndole partícipe activo de la valoración y de las decisiones que tomar en cada situación con implicación y responsabilidad.

El objetivo de la evaluación e intervención psicológica consiste en la adaptación del paciente a su situación de dolor, trabajando el duelo de las pérdidas, elaborando un proyecto de vida realista que integre las limitaciones corporales actuales, incorporar medidas de cuidado físico y psicológico, mejorar o regular el aspecto emocional, aumentar las conductas asertivas, realizar actividades que lo motiven y mejorar las relaciones personales, considerando capacidades, recursos propios y apoyo familiar y social. En definitiva, el objetivo primordial sería mejorar la autoconfianza del paciente en su vida diaria y principalmente su calidad de vida¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rius C. Abordaje psicológico del dolor crónico. En: Català E, editor. Manual de tratamiento del dolor, 4.ª edición. Barcelona: Permanyer; 2020. pp. 41-68.
2. Soriano JF, Monsalve V. El afrontamiento del dolor crónico. Boletín de Psicología. 2005;84:91-107.
3. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Pain. 2015;156(6):1003-17.
4. Dueñas M, Salazar A, Ojeda B, Fernández-Palacín F, Micó JA, Torres LM, et al. A nationwide study of chronic pain prevalence in the general Spanish population: identifying clinical subgroups through cluster analysis. Pain Med. 2015;16(4):811-22.
5. Shiaffino A, Medina A. El estado de salud, los comportamientos relacionados con la salud y el uso de servicios sanitarios en Cataluña, 2021. Resumen ejecutivo de los principales resultados de la ESCA de 2020. Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud. Barcelona: Dirección General de Planificación en Salud; 2021.
6. Williams DA. The importance of psychological assessment in chronic pain. Curr Opin Urol. 2013;26(6):554-9.
7. Gallach-Solano E, Canos-Verdecho MA, Morales Suarez-Varela M. Protocolo psicológico para la evaluación de candidatos a implante de neuroestimulador. Rev Soc Esp Dolor. 2016;23(6):307-15.
8. Elliott R, Bohart AC, Watson JC, Greenberg LS. Empathy. Psychotherapy. 2011;48:43-9.
9. Suso C, Jornet-Gibert M, Ribera V. There's more than catastrophizing in chronic pain: Low frustration, tolerance and self-downing also predict mental health in chronic pain patients. J Clin Psychol Med Settings. 2016;23:192-206.
10. Mao W, Agyapong VIO. The role of social determinants in mental health and resilience after disasters: Implications for public health policy and practice. Front Public Health. 2021;9:658528.
11. American Psychiatric Association - APA. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 5.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
12. Soriano J, Monsalve V. Perfiles de personalidad y resiliencia en dolor crónico: utilidad del CDRISC-10 para discriminar los tipos resiliente y vulnerable. Rev Soc Esp Dolor. 2019;26(2):72-80.
13. Monsalve V. Valoración psicológica en el implante de sistemas de neuromodulación. En: Guía Española de Neuroestimulación en el Dolor Crónico. ESRA, Sociedad Europea de Anestesia Regional y Tratamiento del Dolor; 2005.

Anexo. Bibliografía asociada a los cuestionarios propuestos

BDI-II: Cuestionario de Depresión de Beck. Beck AT, et al., 1996 (adaptación española de Sanz J y Vázquez C, 2011).	MPQ: <i>McGill Pain Questionnaire</i> sobre adjetivación del dolor. Melzak R, 1975 (adaptación española de Lahuerta J, et al., 1982).
BPI: Cuestionario Breve del Dolor. Cleeland CS y Ryan KM, 1994 (adaptación española de Badía X y Muriel C, 2003).	MOS: <i>Medical Outcomes Study Sleep Scale</i> . Hays RD, et al., 2005 (adaptación española de Rejas J, et al., 2007).
CAD-R: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. Soriano J y Monsalve V, 2017.	NEO-FFI: <i>NEO Five Factor Inventory</i> . Costa PT, et al., 1979 (adaptación española de Cordero A et al, 2008).
CDRISC-10: Cuestionario de Resiliencia Connor - Davidson Resilience Scale (adaptación española de Notario B, et al., 2011).	SF-36: Cuestionario de calidad de vida <i>Short Form-36</i> . Ware JE, et al., 1993 (traducción y adaptación de Vilagut G, et al., 1995).
CPAQ: Cuestionario de aceptación del dolor crónico. MC Cracken, et al., 2004 (validación española de Rodero B, et al., 2010).	STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Spielberger CD, et al., 1990 (adaptación española de Buela-Casal G, et al., 1986).
EPQ-R: Cuestionario revisado de Personalidad de Eysenck revisado. Eysenck HJ, et al. (traducción y adaptación de Ortet G e Ibáñez MI, 1985).	ODI: Índice de Discapacidad de Oswestry. Fairbank JC, et al., 1980 (adaptación española de Flórez García MT, et al., 1995).
EuroQoL-5D: Cuestionario de calidad de vida EuroQoL-5D. EuroQol Group, 1990 (adaptación española de Badía X, et al., 1999).	VS: Cuestionario de Vicisitudes Sociales. Durán C y Wulff J, 1986.
HADS: <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> . Zigmond AS y Snaith RP, 1983 (adaptación española de Herrero MJ, et al., 1983).	VPMI: <i>Vanderbilt Pain Management Inventory</i> . Brown GH, et al., 1987 (adaptación española de Esteve R, et al., 1999).
LSB-50: Listado de Síntomas Breve, de De Rivera L y Abuíñ MR, 2012.	