



CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO E INTENSIDAD DEL DOLOR

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN CHRONIC PAIN PATIENTS AND PAIN INTENSITY

Ma. Virginia Rangel, Alba Peñarroya, Carles Ballús-Creus, Jordi Pérez
Hospital Clínic de Barcelona.
vicky.rangel@gmail.com

Dolor, Personalidad, Ansiedad, Depresión, Estrategias de afrontamiento,
Tratamiento psicológico
Pain, Personality, Anxiety, Depression, Coping of pain, Psychological Treatment

RESUMEN:

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística real o potencial que se describe como ocasionada por dicha lesión. Cabe destacar que la teoría de la compuerta considera un componente psicológico en el dolor y abre paso al abordaje multidimensional en el tratamiento de dicho padecimiento. El presente estudio tiene como objetivo conocer si hay diferencias en las características psicológicas de pacientes con dolor crónico como la personalidad, el estado emocional (ansiedad y depresión) y la forma de hacer frente al dolor, en función de la intensidad de dolor percibido por dichos pacientes. El diseño de la investigación es transversal y descriptivo. La muestra esta compuesta por 45 pacientes con dolor crónico. Los resultados obtenidos muestran que las variables de personalidad y las estrategias de afrontamiento no influyen en la intensidad de dolor percibido. Sin embargo, el estado emocional muestra una influencia significativa en el grado de dolor que experimentan los pacientes. Esto indica que el grupo de pacientes que tienen "dolor alto" o "insoportable" tienen puntuaciones más altas en depresión (U de Mann Whitney: $z = -1,82$, $p = 0,06$) y en ansiedad (U de Mann Whitney: $z = -2,57$, $p = 0,01$) que el grupo de pacientes con dolor bajo. Los resultados obtenidos muestran la importancia de la dimensión emocional en la experiencia del dolor y la necesidad de considerar dichos factores en el tratamiento para el control y disminución del dolor.

ABSTRACT:

Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage. According to the gate control theory, the psychological factor is considered as important and it opens the door to a multidimensional approach for chronic pain treatment. The present study aims to know the difference between psychological characteristics such as personality, emotional state (anxiety, depression) and coping strategies, among chronic pain patients. These differences will be analysed depending on the reported pain intensity. The project has been designed as a transversal and descriptive study with a sample of 45 chronic pain patients. Results showed that personality and coping strategies do not influence on perceived pain intensity. On the contrary, the emotional state significantly influences the degree of pain expressed by patients.

Patients with severe or unbearable pain score higher on depression (Mann Whitney U test: $z = -1.82$, $p = 0.06$) and anxiety (Mann Whitney U test: $z = -2.57$, $p = 0.01$) compared with patients with mild pain. These results show the importance of the emotional dimension within the pain experience and reinforce the need for accurate assessment of these variables in chronic pain management.

Este estudio está financiado por la beca N-2008-TV072810-0 de la Fundació de la Marató de TV3.

INTRODUCCIÓN

El dolor es un fenómeno que ha acompañado al hombre desde los albores de la humanidad. Éste en sus manifestaciones físicas y psicológicas ha estado inevitablemente al lado del ser humano durante toda su vida, ligado a procesos históricos, fenómenos ambientales, procesos fisiológicos y patológicos .

El dolor es una de las causas más frecuentes de consultas médicas y se han asociado a costes personales, sociales y económicos muy elevados. Sin dejar de mencionar la experiencia individual del dolor que provoca sufrimiento y deterioro en el ámbito social, laboral y familiar.

El dolor tiene una función biológico-adaptativa y puede aparecer en todas las etapas del ciclo vital, pero ¿qué ocurre cuando el dolor se prolonga en el tiempo y llega a ser un padecimiento crónico? sin duda el dolor crónico es una de las causas que más afecta la calidad de vida de la personas.

Existen datos epidemiológicos que afirman que pesar de disponer de analgésicos y técnicas suficientes para aliviar a muchos de los pacientes que padecen dolor crónico, el abordaje no llega a ser totalmente eficaz. En un estudio de dolor, (1) se encontró que el 84% de los pacientes que tomaban dosis altas de morfina, tenían una intensidad de dolor muy alta, por lo que un tratamiento únicamente farmacológico podría resultar insuficiente en el dolor crónico. Esto puede obedecer a que se utiliza un modelo teórico y práctico unidimensional del dolor (2).

No obstante en los últimos treinta y cinco años la investigación en relación al tratamiento del dolor crónico ha incrementado notablemente y uno de los aspectos más importantes es la aplicación de los modelos multidimensionales del dolor y la teoría de la puerta de entrada (3). Esto ha influido en la aplicación del abordaje multidisciplinar tanto en el estudio como en el tratamiento del dolor.

El abordaje psicosocial puede potenciar como coadyuvante la eficacia de los procedimientos farmacológicos (4) y es fundamental en un fenómeno tan complejo como es el dolor crónico.

Dolor

Loeser y Melzack (1999) definieron el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial, descrito en términos de daño y sufrimiento. Esta definición es muy importante ya que reconoce

el dolor como una experiencia subjetiva y compleja, considerando la relación entre la experiencia sensorial y los estados afectivos. El *Dolor* es el resultado de la interacción entre factores moleculares, celulares, fisiológicos, biológicos, psicológicos y sociales (normas culturales, contexto social, etc.).

El dolor crónico es un tipo de dolor neuropático que se define como una experiencia psicofisiológica que permanece a pesar de haber disminuido o desaparecido el daño tisular. Este tipo de dolor se denomina crónico sí, a) persiste por más de seis meses, b) la respuesta al tratamiento analgésico es baja y c) sólo existe respuesta positiva a los tratamientos mediante morfina u otros fármacos opiáceos. No se tiene una explicación exacta del porqué ciertos mecanismos del dolor se vuelven crónicos, pero el síntoma se convierte en un trastorno (2).

Componentes del Dolor

La Teoría de Puerta de Entrada establece que la percepción del dolor no está influida únicamente por los mensajes que llegan al cerebro desde los receptores especializados de dolor, sino que también está modulada por los mensajes descendentes del cerebro, que pueden bajo determinadas circunstancias, incrementar, atenuar o incluso bloquear los mensajes ascendentes (3). De dicha teoría parte la importancia del conocimiento sobre la modulación del dolor a partir de la corteza y el tálamo a través de los procesos mentales superiores que inciden en el potencial del estímulo doloroso. Por tanto los componentes psicológicos tienen un mucho peso en la modulación y, por tanto, en la percepción de la intensidad del dolor.

El dolor no corresponde de una forma lineal al daño tisular, sino que es percibido y modulado por los siguientes aspectos: 1) la capacidad personal para manejar situaciones estresantes (afrentamiento al dolor); 2) los recursos con los que la persona cuenta para hacerles frente (recursos internos y externos) y 3) las características personales (género, estado de ánimo, características de personalidad). Estos elementos pueden actuar como variables diferenciales en la percepción de la intensidad del dolor y la experiencia de dolor.

El dolor no puede ser evaluado o tratado sino a través de sus múltiples dimensiones:

- La dimensión Sensorial/Discriminativa.- Que se refiere a la localización, intensidad y duración del dolor.

- La dimensión Motivacional/Afectiva.- Que se refiere a estado emocional tal como la ansiedad, conductas de evitación y escape.
- La dimensión Cognitivo/Evaluativa .- Que son los procesos cognitivos tales como la atención, las creencias y pensamientos con referencia a experiencias previas de dolor.

Estas dimensiones son parte de la experiencia dolorosa y por tanto pueden alterar o modificar la percepción del dolor. En el presente estudio que se evalúa la intensidad del dolor (dimensión sensorial/discriminativa), las características psicológicas tales como el estado afectivo, las características de personalidad (dimensión motivacional/afectiva) y las estrategias de afrontamiento al dolor (dimensión cognitivo/evaluativa).

Características Psicológicas

Estado Emocional

En estudios previos se ha observado la relación entre el estado emocional y el dolor y se ha encontrado que la percepción del dolor puede variar en función del estado emocional (7). Específicamente en personas con dolor crónico se ha observado que hay una frecuencia más alta de sintomatología ansiosa y depresiva que en una muestra sin dolor (1).

En la misma dirección Infante y Moix (8) evaluaron el grado de desajuste psicológico (la presencia de ansiedad o depresión) en personas con dolor crónico, encontrando correlaciones significativas entre dolor y ansiedad, también entre dolor y depresión.

Ansiedad

Los resultados de algunos estudios de prevalencia de dolor crónico estiman que la sintomatología ansiosa está presente entre un 30% al 64% de las personas con dolor crónico (9, 10, 11, 12) Madland (12) encontró una prevalencia del 58% de sintomatología ansiosa en pacientes con dolor temporomandibular.

Relacionando ansiedad y la intensidad del dolor, Bonica (1977) encontró que a mayor intensidad de dolor aumentan los síntomas de ansiedad. Respecto a la tolerancia al dolor observó que esta disminuye cuando hay ansiedad alta.

Otras hipótesis intentan explicar el tipo de relación que se establece entre dolor y ansiedad. Al Absi y Rokke (1991) relacionaron un alto nivel de ansiedad con la disminución de la intensidad del dolor. Bonica (1977) propuso la hipótesis del dolor como una situación de "estrés crónico". En esta condición la ansiedad puede ser un desencadenante o agravante del dolor y el dolor constituir un estímulo estresante que perpetúa el círculo vicioso dolor-ansiedad-tensión muscular-dolor.

Depresión

Respecto a la sintomatología depresiva en un estudio sobre dolor temporomandibular se encontró que un 23% de los pacientes tenían síntomas depresivos (12). En otro estudio sobre dolor lumbar se encontró que el 54% de los pacientes mostraban síntomas depresivos (15).

Los estudios de Depresión y dolor no son tan frecuentes como los de ansiedad y dolor. Existe una cierta dificultad en evaluar la prevalencia de síntomas depresivos en dolor crónico, debido a que pueden enmascarar síntomas somáticos (por ejemplo, dolor de cabeza, insomnio, fatiga) y estos síntomas depresivos pueden ser atribuidos al dolor (16).

No se ha establecido una relación lineal entre dolor y depresión debido a que no se ha establecido una causalidad. A pesar de ello se ha intentado relacionarlos desde diversas teorías: a) puede haber dolor como expresión de depresión, b) la intensidad alta del dolor puede generar depresión (al interrumpir actividades placenteras y disminuir la calidad de vida), c) la teoría cognitivo-conductual sostiene que la depresión surge como consecuencia de las percepciones psicológicas desencadenadas por el dolor (1) y, d) la teoría biológica afirma que el dolor y la depresión tienen características biológicas y procesos bioquímicos similares

La cronicidad y el dolor pueden facilitar la aparición de síntomas depresivos o ansiosos y al mismo tiempo los estados emocionales influyen de manera negativa sobre el nivel del dolor, el grado de incapacidad de los pacientes y en la propia evolución de la enfermedad (1). Tanto la ansiedad como la depresión pueden aumentar el sufrimiento de la persona con dolor.

Personalidad

Se ha estudiado la personalidad en dolor crónico y se ha asociado el tipo de personalidad con el mantenimiento y aumento del dolor. Gatchel y Weisberg (2000)

encontraron que existe una relación entre la personalidad, los problemas psicológicos y el dolor.

Hanvik (1951) evaluó una muestra de pacientes con dolor de espalda mediante el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota y encontró que tenían puntuaciones altas en Histeria, Hipocondriasis, Desviación psicopática y Psicastenia. En estudios recientes sobre dolor crónico se ha encontrado que este tipo de pacientes tienen puntuaciones más altas en neuroticismo que una muestra de personas sin dolor (1).

La personalidad puede afectar en la sensación y expresión del dolor. Russo (18) encontró que las personas con rasgos neuróticos tenían más intensidad de dolor. Aldana y cols (2003) encontraron que la extraversión está relacionada con niveles altos de dolor.

La personalidad puede influir en la experiencia del dolor. Este tipo de investigación es importante en el diseño de un tratamiento eficaz del dolor.

Estrategias de Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento es la forma en la que las personas intentan manejar las fuentes de estrés para intentar disminuir el malestar que les provoca (19).

Brown y Nicassio (1987) propusieron dos tipos de estrategias de afrontamiento ante el dolor, las estrategias activas y las pasivas. Las activas son las que hace la persona cuando intenta controlar el dolor y las pasivas son aquellas en las que el paciente trata de ceder el control del dolor a los demás.

Para Monsalve y Soriano (2002) las estrategias de afrontamiento en el dolor además de ser adaptativas o desadaptativas, dependen de múltiples factores, interviniendo tanto las diferencias individuales como los factores contextuales.

Burton y cols (1995) encontraron que las estrategias de afrontamiento pasivas (catarsis y estrategias de rezo) eran menos efectivas en las personas que tienen problemas de salud que en personas sanas.

La estrategia de afrontamiento de catastrofismo se ha relacionado con aspectos negativos del dolor de espalda tales como aumento de la intensidad del dolor, la incapacidad y un estado emocional empobrecido (22). En otros estudios se habla del uso de estrategias de afrontamiento pasivas y de un mayor uso de estrategias en los primeros años de evolución del dolor crónico.

La forma de valorar la situación dolorosa y la forma de hacer frente a dicha situación pueden influir en la percepción de la intensidad y experiencia del dolor.

MÉTODO

El objetivo del presente estudio es conocer si hay alguna diferencia en las características psicológicas de pacientes con dolor crónico tales como la personalidad, el estado emocional (ansiedad y depresión) y la forma de hacer frente al dolor, en función de la intensidad de dolor percibido por dichos pacientes.

El diseño de la Investigación es descriptivo y Transversal.

Muestra

La muestra estuvo compuesta por 45 pacientes con dolor crónico. El 57,4% eran hombres y el 42,5 % mujeres. El rango era de 29 a 70 años, con una media de edad de 58 años ($ds=9,49$). La media del tiempo de evolución de la enfermedad era de 10,90 años ($ds= 8,48$).

Respecto al nivel de estudios de la muestra el 42,59% tenían el graduado escolar, el 29,63% tenía estudios secundarios, el 7,42% tenía estudios universitarios, el 7,41% tenía otros estudios. El 18,52% no tenía estudios pero sabía leer y escribir.

Los criterios de inclusión de la muestra eran: a) Pacientes que se visitaban en la Clínica del Dolor del Hospital Clínic de Barcelona y que estuvieran derivados por un médico, b) Tener el diagnóstico previo de dolor crónico, c) Pacientes en un rango de edad entre 18 y 70 años de edad, d) que supieran leer y escribir.

Los criterios de exclusión eran: a) Personas con diagnóstico de trastorno mental eje I y II del DSM-IV, b) abuso de drogas o alcoholismo.

Instrumentos

1. Escala Visual Analógica (EVA) (Huskisson, 1974). Esta escala evalúa la intensidad subjetiva del dolor. Escala con un ítem que consiste en una línea de 10 cm. En un extremo se define como "no dolor" y el opuesto "dolor severo".
2. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) (Anderson, 1993, versión castellana de Caro e Ibáñez, 1992). Es una escala que evalúa respuestas emocionales (síntomas de ansiedad y de depresión). Cuestionario de 21 ítems, de los cuales 14 son de sintomatología ansiosa y 14 de sintomatología depresiva. altamente sensible y específica para pacientes con problemas o enfermedades orgánicas discriminando entre síntomas depresivos y síntomas somáticos.
3. Inventario de Personalidad NEO-FFI-R (Costa y McCrae, 2004) Versión revisada y reducida. Instrumento que evalúa rasgos de personalidad. Está formado por 60 ítems con respuesta en una escala tipo Likert de 0 a 4. Se estructura en cinco factores de personalidad: a) Neuroticismo, b) Extraversión vs Intraversión, c)Apertura vs cierre a la experiencia. d)Amabilidad vs oposicionismo y e) Responsabilidad vs falta de responsabilidad.
4. Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento para Dolor Crónico (CAD-R) (Validado para población Española por Soriano y Monsalve, 2004). Cuestionario de estrategias de afrontamiento específico para personas que sufren dolor. Consta de 24 ítems diseñadas en escala likert de 0 a 5. Tiene seis subescalas de afrontamiento: Autoafirmación, Autocontrol, Catarsis, Religión, Búsqueda de Información y Distracción. Hay dos escalas generales, estrategias de afrontamiento pasivas y activas.

RESULTADOS

Para realizar el análisis de resultados se utilizó el programa SPSS 12.0 realizando análisis descriptivos.

Se encontró que el 49% de la muestra tenían dolor bajo y el 51% dolor alto.

Valoración subjetiva del Dolor

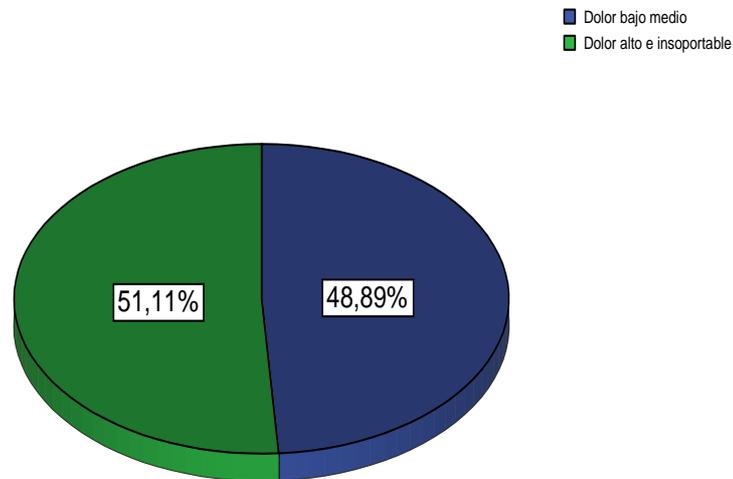


Figura 1. Porcentajes de Intensidad de dolor alto y bajo.

Con el objetivo de realizar contrastes estadísticos entre un grupo de dolor bajo y dolor alto en las variables de personalidad, estado emocional y estrategias de afrontamiento, se dividió el grupo de dolor crónico en dos subgrupos a partir de los centiles 30 (dolor bajo) y 70 (dolor alto) de la escala visual analógica.

Posteriormente se realizó un análisis para muestras independientes no paramétrica con las variables personalidad, estado emocional (depresión y ansiedad) y estrategias de afrontamiento.

No se encontraron diferencias significativas en personalidad (U de Mann Whitney = 234, $Z = -0,11$, $p = 0,90$) y no se encontraron diferencias significativas en estrategias de afrontamiento (U de Mann Whitney = 248, $Z = 0,52$, $p = 0,91$) entre el grupo de dolor alto y dolor bajo.

Se encontraron diferencias significativas en depresión (U de Mann Whitney = 140, $Z = -2,5$, $p = 0,01$) y ansiedad (U de Mann Whitney = 173, $Z = -1,8$, $p = 0,05$) entre el grupo de dolor alto y bajo. Específicamente en el grupo de dolor alto las personas tenían puntuaciones más altas de depresión y de ansiedad que en el grupo de dolor bajo (ver cuadro 1 y 2).

Cuadro 1: Medias y rangos de Ansiedad y Depresión en función del nivel de intensidad de dolor.

Medias	Dolor Bajo	Dolor Alto
Ansiedad	8,82	11,70
Depresión	6,27	9,61

Rangos	Dolor Bajo	Dolor Alto
Ansiedad	19,36	26,48
Depresión	17,86	27,91

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El presente estudio ha encontrado resultados que coinciden con el planteamiento de Lukin y Batow (1982) que afirma que la percepción dolorosa puede estar más relacionada a variables situacionales como el estado de ánimo que con características de personalidad o estrategias de afrontamiento.

Al relacionar ansiedad y dolor, en el presente trabajo se encontraron resultados que coinciden con el trabajo de Bonica (1977), ya que a mayor intensidad de dolor las puntuaciones de ansiedad son significativamente más altas que en personas con baja intensidad de dolor.

A pesar de ello, no se puede establecer una relación lineal unidireccional entre dolor y ansiedad, ya que puede haber una influencia del dolor en la sintomatología ansiosa y a su vez una influencia de la ansiedad en la percepción dolorosa. Este planteamiento se apoya en la hipótesis del dolor como una situación de "estrés crónico" (14).

En la misma dirección, se ha encontrado que las personas con mayor intensidad de dolor muestran más sintomatología depresiva que las personas con menor intensidad. Tomando como referencia la teoría cognitivo-conductual que considera la depresión una consecuencia de las percepciones psicológicas desencadenadas por el dolor (1) y teniendo en cuenta la hipótesis de la situación crónica como desencadenante de sintomatología depresiva, se puede llegar a la misma conclusión que en el estudio de la ansiedad: la relación entre depresión y dolor es estrecha y compleja y no se ha encontrado hasta el momento una relación unidireccional causal.

Las respuestas emocionales se han asociado al mantenimiento, la exarcebación y la evolución del dolor. Por tanto un tratamiento multidisciplinar que tenga como objetivo tratar el dolor, tiene que considerar sus múltiples dimensiones para que sea eficaz. Además de tratar el dolor, es conveniente considerar el tratamiento del sufrimiento que genera la condición de cronicidad.

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentran el tamaño de la muestra y que se ha utilizado únicamente la Escala Visual Analógica como medida de dolor subjetivo ya que esta escala se halla cada vez más cuestionada por su baja fiabilidad.

Estudios Futuros

Moix (1999) planteó que un tratamiento eficaz del dolor tiene que tener por objetivos prioritarios la disminución del dolor, de la ansiedad y de la depresión además de la disminución de la medicación.

Debido a la creciente importancia del tratamiento psicológico del dolor crónico, en la Unidad del Dolor del Hospital Clínic de Barcelona se realiza el programa de intervención psicológica FADO (Familias y Dolor) dirigido a pacientes con dolor crónico de origen espinal y a sus familiares. Este programa consiste en un Taller de 4 sesiones de información sobre el Dolor impartido por profesionales de la Unidad seguido de una Terapia de Grupo de 12 sesiones. En las sesiones de Terapia de Grupo se realiza una parte psicoeducativa y, considerando la importancia de este estudio, se intenta disminuir la ansiedad y la depresión y se tratan aspectos relacionales que pueden limitar la calidad de vida de las personas que sufren dolor y de sus familias.

Como estudio futuro se plantea la valoración de la eficacia del programa de intervención FA-DO.

BIBLIOGRAFIA

1. Infante P. Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico. Tesis Doctoral de la Universidad Autónoma de Barcelona 2002.
2. Miró J. Dolor crónico. Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer; 2003. España.
3. Loeser J, Melzack R. Pain: an overview. *Lancet*, 1999. 353, 1607-1609.
4. Hoffman H, Doctor J, Patterson D, Carrougher G, Furness T. Virtual reality as an adjunctive pain control during wound care in adolescent patients. *PAIN* 2000; 85:305-309.
5. Penzo W. El dolor crónico. Martínez Roca; 1989 Barcelona.
6. Caudill M. Controle el dolor antes de que el dolor lo controle a usted. Paidós;1998.
7. Lima G, Aldana L, Casanova P, Casanova P y Casanova C. Inducción y medición del dolor experimental. *Rev Cub Méd Mil* 2003; 32(1), 49-56.
8. Infante P. y Moix J. ¿Se siente el dolor del mismo modo en los diferentes grupos étnicos? *Rev Méd Cient* 2005; 24(2), 61-66.
9. Ferrer P, González B, Manassero M. Evaluación psicosocial del paciente con dolor crónico: una revisión. *Dolor* 1994; 9:162-170.
10. DeGood E, Cundiff W, Adams E, Shutty S. A psychosocial and behavioral comparación of reflex sympathetic dystrophy, low back pain and headache patients. *Pain* 1993; 54:317-322.
11. Turk D, Sist T, Okifuji A, Miner M, Flor G, Harrison P, Massey J, Lema M, Zevon M. Adaptation to metastatic cancer pain, regional/local cancer pain and non-cancer pain: role of psychological and behavioral factors. *Pain* 1998; 24:247-256.
12. Madland G, Feinmann C, Newman S. Factors associated with anxiety and depression in facial arthromyalgia. *Pain* 2000. 84:225-232.
13. Al Absi M, Rokke P. Can anxiety help us tolerate pain? *Pain*; 1991 46:43-51.
14. Bonica J. (1977). Neurophysiologic and pathologic aspects of acute and chronic pain. *Archiv of Surgery* 1977; 112: 750-761.
15. France R, Houpt L, Skott A, Rama K, Varia I. Depression as a Psychopathological Disorder in Chronic Low Back Pain Patients. *Journal of Psychosomatic Research* 1986; 30(2):127-133.
16. Turner A, Romano M. Self report screening measures for depression in Chronic pain patients. *J of Clin Psych* 1984; 40(4):909-913.
17. Gatchel R, Weisberg J. Introduction. En: Robert, J.G. y James, N. (eds). *Personality characteristics of patients with pain*. Washington, DC. *A Psychol Assoc* 2000; 3-22.
18. Russo J, Katon W, Lin E, Von Korff S, Bush T, Simon G, Walker E. Neuroticism and extraversion as predictors of health outcomes in depressed primary care patients. *Psych* 1997; 38 (4): 339-348.
19. Peñarroya A, Ballús C, Pérez J, Rangel V. Modificaciones de las variables psicológicas y las estrategias de afrontamiento del dolor crónico en función del tiempo de evolución de la enfermedad. *Psicothema* 2010. (en revisión).

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO E INTENSIDAD DEL DOLOR

20. Brown G, Nicassio P. The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain* 1987; 31:53-65.
21. Soucase B, Soriano J, Monsalve V. Influencia de los procesos mediadores en la adaptación al dolor crónico. *Int J Hum Comput Int* 2004; 5(2).
22. Koelega H. Extraversion and vigilance performance: 30 years of inconsistencies. *Psychological Bulletin* 1992; 112(2), 239-258.