

**Universitat Abat Oliba CEU
CEU Escuela Internacional de Doctorado
(CEINDO)**

PROGRAMA DE DOCTORADO en MEDICINA TRASLACIONAL



CEU

*Escuela Internacional
de Doctorado*

Prevención psicopatológica en Dolor Crónico

Perfil psicopatológico, de personalidad y de calidad de vida, en dolor crónico no oncológico, con y sin componente neuropático.

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Laura Teixidó-Abiol

Dirigida por:

Dr. Juan Seguí Montesinos

Dr. Gonzalo Herradón Gil-Gallardo

BARCELONA, 2023

TESIS DOCTORAL

LAURA TEIXIDÓ-ABIOL

2023

Dedicada a mi padre:

Papa, per fi he escrit un llibre sobre tu.

*“Podemos ignorar el placer,
pero el dolor insiste en ser atendido.”*

C. S. Lewis.

Agradecimientos

A mis directores de tesis, el Dr. Juan Seguí Montesinos y el Dr. Gonzalo Herradón Gil-Gallardo, por su orientación, experiencia, supervisión y ánimo durante estos largos siete años. Gràcies *Jefi*, per obrir-me la porta al dolor. Gràcies per fer tot el possible perquè satisfés el meu interès i així poder començar aquesta gran aventura.

Al Dr. Vicente De Sanctis Briggs por brindar la oportunidad de aprendizaje a una desconocida psicóloga junior en la Unidad del Dolor del Hospital Universitari Sagrat Cor hace ocho años. Por su humanidad, sabiduría, acompañamiento y cariño. Por haber creído en mi desde el primer momento y reservarme un espacio en la Unidad del Dolor. Por haber sido, junto con María José, pilares fundamentales para finalizar la tesis. Gracias también a todo el equipo de Psiquiatría, en especial a la Dra. Aida de Arriba-Arnau y al equipo de la Unidad del Dolor por su acogida y enseñanza.

A la Dra. Mar Álvarez Segura, por la serenidad, vocación y paciencia que me has transmitido desde que nos conocimos. Gracias por valorarme así, por tu apoyo permanente y tus consejos. A la Dra. Laura Amado Luz, por escucharme, por entregarme cariño y profesionalidad. A la Dra. Marisa Vázquez Martínez, por alentarme a ser luchadora.

A mis amigas de verdad y als meus amics de sempre. Por quererme, cuidarme y hacerme desconectar. Per fer-me costat i recordar-me moments increïbles. En definitiva, por darle sentido a la palabra amistad. A la Dra. Juan-Díaz, per entendre'm i ser la meva professora particular de *vida vs tesis*. A la Dra. Figueroa por el camino compartido y sus consejos.

A Laura Pajares Arribas, por ser la mejor compañera en absolutamente todo desde 2010. Gracias por estar siempre y por recorrer y compartir este camino conmigo. Gracias por formar parte de mi vida, por ser tan buena amiga, por tu bondad, lealtad y fortaleza. Por Ser Tú.

A mi familia de Coruña, por darme respiros llenos de amor y energía. A mi familia de Caldes y Barcelona, por ser la mejor familia que una podría desear, por ser ese núcleo fuerte que nunca me falta, por entender mis ausencias y animarme a seguir con todo. Los ratos con vosotros me recargan y no los cambio por nada en este mundo.

Als meus pares, per tots els esforços i sacrificis que heu fet perquè arribés on sóc ara. Gràcies per la vostra cura i perseverança, per creure en mi i transmetre'm els valors més importants. A la meva germana, per estar sempre al meu costat, per ser la primera mà que apareix quan necessito ajuda i perquè sense el seu esforç al setembre de 2010, jo no seria aquí. Pel teu amor incondicional, desinteressat i absolut. Per ser només Meva. A la meva neboda Júlia, perquè encara no ets conscient de com la teva presència i els teus riures, m'han emplenat i ajudat des del dia que vas néixer.

A Mateo, mi amor, mi familia. Gracias por tu comprensión y tu amor diario. Gracias por tu paciencia, por acompañarme en esta etapa, por tus ánimos y por aceptar mis ausencias con cariño. Gracias por ser hogar, por enseñarme a relativizar y a valorar, por recordarme las cosas buenas cuando no las consigo ver y por hacerme sentir tan querida todos los días de mi vida.

Gracias a todos.

La verdad es que soy realmente afortunada.

Por último, me gustaría expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que con su colaboración han hecho posible la realización de esta tesis. Esto va para vosotras y vosotros. Espero poder hacer vuestro camino un poco más fácil.

Resumen

Introducción: En España un 17% de la población padece dolor crónico no oncológico (DC). Tiene un gran impacto en la atención médica, para quien lo padece y su entorno, repercutiendo en la vida diaria, familiar, social y laboral, así como en el bienestar emocional. La adaptación al DC se asocia al desarrollo de psicopatología depresiva y ansiosa y a afectaciones de la personalidad, generando severidad, cronicidad, menor respuesta al tratamiento y agravándose ante la neuropatía. Es necesario identificar y cuantificar factores que ayuden a prevenir la comorbilidad, con el fin de frenar el desarrollo de la patología y reducir la carga global.

Objetivos: Identificar y detallar aspectos psicopatológicos y de personalidad entre los pacientes con DC no oncológico, nociceptivo (Nc) y con componente neuropático (Ne), de una Unidad de Tratamiento del Dolor (UTD) y su grado de relación con el tipo de dolor, la intensidad, el tiempo de evolución y la calidad de vida relativa a la salud (CVRS). Se pretende comparar y examinar si existe una mayor severidad en presencia de Ne y si existen diferencias sustanciales que puedan justificar un comportamiento diferenciado entre los tipos de DC, requiriendo un abordaje diferenciado.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo, comparativo con muestreo aleatorio sistemático. Muestra de 115 pacientes con DC del Hospital Universitari Sagrat Cor. Mediante el diagnóstico de la UTD y el cuestionario DN4 para la detección de dolor neuropático se estableció que 51 sujetos presentaban Nc y 64 Ne. Se evaluaron las características del dolor, la evolución e intensidad, los niveles de ansiedad y depresión, los síndromes clínicos, los patrones de la personalidad y la CVRS.

Resultados: El grupo Nc, refirió dolor moderado, sin psicopatología depresiva o ansiosa de base, mostró afectación ansiosa, de dependencia al alcohol, depresiva, de labilidad emocional y pensamientos delirantes. Mostró rasgos narcisistas y compulsivos de la personalidad de base. El grupo Ne, refirió dolor severo, mostró psicopatología depresiva y ansiosa de base, reflejó trastorno distímico y delirante como afectación inicial y sintomatología somática, ansiosa y de estrés postraumático. Mostró rasgos dependientes, paranoides y compulsivos de la personalidad de base y menor CVRS.

Conclusiones: Se obtuvieron dos perfiles diferenciados de DC. Ambos grupos presentan afectaciones psicopatológicas y de patrones personalidad. El grupo Ne muestra mayor gravedad psicopatológica en todas las escalas administradas y también al relacionarse con más variables psicológicas. Requieren un abordaje diferenciado.

Palabras clave: dolor crónico, dolor no oncológico, dolor nociceptivo, dolor neuropático, intensidad del dolor, evolución del dolor, psicopatología, personalidad, calidad de vida relacionada con la salud.

Abstract

Introduction: In Spain, 17% of the population suffers from chronic non-oncologic pain (CP). It has a great impact on medical care, for the sufferer and their environment, affecting daily, family, social and work life, as well as emotional well-being. Adaptation to CD is associated with the development of depressive and anxious psychopathology and personality disorders, leading to severity, chronicity, poorer treatment response and exacerbations in patients with neuropathy. It is necessary to identify and quantify factors that help prevent comorbidity, in order to slow down the development of the pathology and reduce the overall burden.

Objective: To identify and detail psychopathological and personality aspects among patients with non-oncological, nociceptive CD (Nc) and with a neuropathic component (Ne) in a Pain Treatment Unit (PTU) and their degree of relationship with the type of pain, intensity, time of evolution and health-related quality of life (HRQoL). The aim is to compare and examine whether there is greater severity in the presence of Ne and whether there are substantial differences that may justify a differentiated behaviour between the types of CD, requiring a differentiated approach.

Method: A cross-sectional, descriptive, comparative study by systematic random sampling. Sample of 115 patients with CD from Hospital Universitari Sagrat Cor. Using the PTU diagnosis and the DN4 questionnaire for the detection of neuropathic pain, 51 subjects were found to have Nc and 64 Ne. Pain characteristics, evolution and intensity, anxiety and depression levels, clinical syndromes, personality patterns and HRQOL were assessed.

Results: The Nc group reported moderate pain, without underlying depressive or anxious psychopathology, and showed anxiety, alcohol dependence, depression, emotional lability and delusional thoughts. He showed narcissistic and compulsive traits of the basic personality. Group Ne, reported severe pain, showed depressive and anxious psychopathology, reflected dysthymic and delusional disorder as initial affectation and somatic, anxious and post-traumatic stress symptoms. He showed dependent, paranoid and compulsive features of the baseline personality and lower HRQoL.

Conclusions: Two differentiated profiles of CD were obtained. Both groups show psychopathological and personality pattern impairments. The Ne group shows greater psychopathological severity in all the scales administered and also when related to more psychological variables. They require a differentiated approach.

Key words: chronic pain, non-oncological pain, nociceptive pain, neuropathic pain, pain intensity, pain evolution, psychopathology, personality, health-related quality of life.

Tabla de Contenidos

Índice de Tablas	15
Índice de Figuras	17
Índice de Anexos.....	19
Abreviaturas	20
Introducción	21
I. ANTECEDENTES	23
1. EL DOLOR	25
1.1. Conceptualización y fisiología del dolor.....	25
1.2. Clasificación del dolor general.....	26
2. EL DOLOR CRÓNICO	32
2.1. Cronicidad del dolor	33
2.2. Epidemiología del Dolor Crónico	34
2.3. Impacto del Dolor Crónico sin Componente Neuropático (Nociceptivo).....	36
2.4. Impacto del Dolor Crónico con Componente Neuropático.....	41
2.5. Comparativa entre la nocicepción y la neuropatía	43
3. UNIDADES DE TRATAMIENTO DEL DOLOR	45
3.1. La figura psicológica en las Unidades de Tratamiento del Dolor	48
3.2. Tratamientos en dolor crónico	50
4. PSICOPATOLOGÍA Y DOLOR CRÓNICO	57
4.1. Impacto neurofisiológico	57
4.2. Impacto desde el modelo biopsicosocial	57
4.3. Impacto psicopatológico	59
5. PERSONALIDAD Y DOLOR CRÓNICO.....	61
5.1. La personalidad entendida en un continuum.....	61
5.2. Clasificación de la personalidad.....	63
5.3. La personalidad en dolor crónico	67
6. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	70
II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	73
1. JUSTIFICACIÓN	75
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	76
III. METODOLOGÍA	79
1. DISEÑO DEL ESTUDIO	81
2. PARTICIPANTES Y MUESTRA	82
3. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN	85
3.1. Variables estudiadas.....	85
3.2. Instrumentos de medida	89
4. PROCEDIMIENTOS	103

IV. RESULTADOS	107
1. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA	109
2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	110
3. DATOS CLÍNICOS GENERALES	112
4. DATOS CLÍNICOS RELATIVOS AL DOLOR	114
5. DATOS PSICOPATÓLOGICOS.....	118
6. DATOS RELATIVOS A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.....	132
7. ANÁLISIS DE CARACTERÍSTICAS NEUROPÁTICAS	135
8. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE DOLOR	137
9. CORRELACIONES.....	142
10. MODELO DE PREDICCIÓN.....	144
11. ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.....	147
12. ESTUDIO RELACIONAL	152
V. DISCUSIÓN	155
VI. CONCLUSIONES	185
VII. BIBLIOGRAFÍA	189
VIII. ANEXOS	205

Índice de Tablas

<i>Tabla 1. Clasificación del dolor de IASP (1994)</i>	<i>26</i>
<i>Tabla 2. Características básicas de dolor agudo y crónico.....</i>	<i>27</i>
<i>Tabla 3. Características básicas de dolor nociceptivo y neuropático.</i>	<i>30</i>
<i>Tabla 4. Clasificación de la personalidad según el DSM-5 y Theodore Millon</i>	<i>63</i>
<i>Tabla 5. Hipótesis planteadas relativas a la presencia del componente neuropático.....</i>	<i>77</i>
<i>Tabla 6. Información sobre las variables estudiadas.....</i>	<i>86</i>
<i>Tabla 7. Clasificación de las puntuaciones del MCMI-III.....</i>	<i>100</i>
<i>Tabla 8. Resultados del cuestionario DN4 para establecer la variable de agrupación</i>	<i>109</i>
<i>Tabla 9. Análisis sobre la cantidad de características neuropáticas.</i>	<i>136</i>
<i>Tabla 10. Diferencias entre grupos de dolor por la variable: Situación Laboral.....</i>	<i>137</i>
<i>Tabla 11. Diferencias entre grupos de dolor por la variable: Evolución del Dolor.....</i>	<i>138</i>
<i>Tabla 12. Diferencias entre grupos de dolor por la variable: Intensidad Percibida del Dolor.....</i>	<i>138</i>
<i>Tabla 13. Diferencias entre grupos de dolor por las variables: HDRS y HARS.....</i>	<i>139</i>
<i>Tabla 14. Correlaciones por grupos de dolor.....</i>	<i>143</i>
<i>Tabla 15. Relación de los resultados de los Síndromes Clínicos del MCMI-III con la evolución, EVN, HDRS y HARS. Por grupos de dolor.</i>	<i>153</i>
<i>Tabla 16. Relación de los resultados de los Patrones Clínicos de la Personalidad del MCMI-III con la evolución, EVN, HDRS y HARS. Por grupos de dolor.....</i>	<i>154</i>
<i>Tabla 17. Hipótesis planteadas ante el componente neuropático y los resultados obtenidos.....</i>	<i>177</i>
<i>Tabla 18. Diferencias sustanciales de comportamiento entre ambos tipos de Dolo Crónico.....</i>	<i>180</i>

Índice de Figuras

<i>Figura 1. Ciclo del dolor crónico.</i>	49
<i>Figura 2. Proceso de recogida de la muestra</i>	83
<i>Figura 3. Perfil poblacional por franjas de edad, categorizado por sexo y tipo de dolor.</i>	110
<i>Figura 4. Datos sobre el estado civil, situación laboral y nivel formativo.</i>	111
<i>Figura 5. Cantidad de alcohol y tabaco consumido por los participantes</i>	112
<i>Figura 6. Cantidad de comorbilidades simultáneas</i>	113
<i>Figura 7. Prescripción de coadyuvantes, benzodiazepinas y antidepresivos</i>	113
<i>Figura 8. Categorías diagnósticas presentadas por grupos de dolor.</i>	114
<i>Figura 9. Regiones afectadas.</i>	115
<i>Figura 10. Ubicación de las regiones afectadas por grupos de dolor.</i>	115
<i>Figura 11. Cantidad de regiones afectadas por grupos de dolor</i>	116
<i>Figura 12. Evolución del Dolor</i>	116
<i>Figura 13. Intensidad Percibida del Dolor (EVN)</i>	117
<i>Figura 14. Psicopatología presente en la muestra</i>	118
<i>Figura 15. Clasificación por categorías psicopatológicas</i>	119
<i>Figura 16. Puntuación global de la Escala de Hamilton para la depresión (HDRS)</i>	120
<i>Figura 17. Resultados por categorías de la escala HDRS.</i>	120
<i>Figura 18. Resultados de los índices internos de HDRS</i>	121
<i>Figura 19. Puntuación global de la Escala de Hamilton para la ansiedad (HARS)</i>	122
<i>Figura 20. Resultados por categorías de la escala HARS</i>	122
<i>Figura 21. Resultados de los índices internos de HARS</i>	123
<i>Figura 22. Resultados de los Síndromes Clínicos por categorías de puntuación (MCMI-III)</i>	124
<i>Figura 23. Puntuaciones de los Síndromes Clínicos del MCMI-III por grupos de dolor.</i>	125
<i>Figura 24. Cantidad de puntuaciones sugestivas, de presencia y de prominencia en los SC.</i>	126
<i>Figura 25. Resultados de los Patrones de la Personalidad por categorías de puntuación (MCMI-III)</i> ...	128

<i>Figura 26. Puntuaciones de los Patrones Clínicos de la Personalidad del MCMI-III por grupos de dolor...</i>	129
<i>Figura 27. Cantidad de puntuaciones sugestivas, de presencia y de prominencia en los PP.</i>	130
<i>Figura 28. Resultados categorizados por los Clústeres de la Personalidad (MCMI-III).....</i>	131
<i>Figura 29. Puntuación global de las dimensiones de EQ-5D-3L.....</i>	132
<i>Figura 30. Resultados de las cinco dimensiones de EQ-5D-3L.....</i>	133
<i>Figura 31. Valoración del propio estado de salud general del EQ-5D-3L</i>	134
<i>Figura 32. Resultados para el Índice de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (EQ-5D-3L)</i>	134
<i>Figura 33. Diferencias entre grupos de dolor ante el uso de antidepresivos</i>	140
<i>Figura 34. Diferencias entre grupos de dolor ante el uso de ansiolíticos</i>	140
<i>Figura 35. Diferencias entre grupos de dolor ante la realización de intervención psicológica.....</i>	141
<i>Figura 36. Variables predictoras en relación con la sintomatología depresiva (HDRS).....</i>	144
<i>Figura 37. Variables predictoras en relación con la sintomatología ansiosa (HARS).....</i>	145
<i>Figura 38. Variables predictoras en relación con los Clústeres de la Personalidad (MCMI-III).....</i>	146
<i>Figura 39. Calidad de Vida según la cantidad de características neuropáticas (DN4).....</i>	147
<i>Figura 40. Calidad de Vida según la evolución del dolor</i>	148
<i>Figura 41. Calidad de Vida según la intensidad percibida de dolor (EVN).....</i>	148
<i>Figura 42. Calidad de Vida, Patrones de la Personalidad e Intensidad del dolor, según la cantidad de características Neuropáticas.</i>	149
<i>Figura 43. Calidad de Vida según la presencia de psicopatología (HDRS y HARS).....</i>	150
<i>Figura 44. Calidad de Vida según la clasificación de los Clústeres de la Personalidad (MCMI-III).....</i>	151
<i>Figura 45. Calidad de Vida según las puntuaciones de los Patrones de la Personalidad (MCMI-III)....</i>	151
<i>Figura 46. Propuesta de abordaje individualizado</i>	183

Índice de Anexos

<i>Anexo 1. Dictamen del Comité Ético de Investigación Clínica</i>	<i>207</i>
<i>Anexo 2. Hoja de Información al Paciente</i>	<i>209</i>
<i>Anexo 3. Formulario de Consentimiento Informado</i>	<i>210</i>
<i>Anexo 4. Protocolo de evaluación</i>	<i>211</i>
<i>Anexo 5. Datos Sociodemográficos.....</i>	<i>221</i>
<i>Anexo 6. Datos Clínicos Generales</i>	<i>222</i>
<i>Anexo 7. Datos Relativos al Dolor.....</i>	<i>223</i>
<i>Anexo 8. Datos Psicopatológicos.....</i>	<i>224</i>
<i>Anexo 9. Datos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud</i>	<i>231</i>
<i>Anexo 10. Datos relativos a las Características Neuropáticas.....</i>	<i>231</i>
<i>Anexo 11. Datos relativos a los Perfiles de Dolor.....</i>	<i>232</i>
<i>Anexo 12. Datos relativos al estudio de predicción.....</i>	<i>237</i>
<i>Anexo 13. Datos relativos al estudio de Calidad de vida Relacionada con la Salud.....</i>	<i>238</i>

Abreviaturas

CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
DC	Dolor Crónico
DN4	Cuestionario DN4 para la detección de Dolor Neuropático
DSM	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
DT	Desviación Típica
EQ-5D-3L	Cuestionario de Salud EuroQol-5D
EVN	Escala Verbal Numérica para la Intensidad Percibida del Dolor
HARS	Escala de Hamilton para la ansiedad
HDRS	Escala de Hamilton para la depresión
HUSC	Hospital Universitari Sagrat Cor
M	Media
MCMII-III	Inventario Clínico Multiaxial de Millon
Nc	Dolor Nociceptivo
Ne	Dolor Neuropático
PP	Patrones Clínicos de la Personalidad
SC	Síndromes Clínicos
T.	Trastorno
TP	Trastorno de la Personalidad
UTD	Unidad de Tratamiento del Dolor
(ns)	Estadísticamente No Significativo

Introducción

Se estima que aproximadamente un 20% de la población mundial padece dolor crónico (DC). En Europa, la prevalencia es del 19% y en España del 16.6%. Tiene impacto en la atención médica, en el aumento de la discapacidad y consecuentemente, en la economía. El DC es la causa de importantes repercusiones en la vida cotidiana, familiar, social y laboral, así como en el bienestar emocional. Se asocia directamente al desarrollo de psicopatología, especialmente depresiva y ansiosa y a una menor calidad de vida (factores que, a su vez, mantienen y agravan el DC). Quienes lo padecen intentan activamente adaptarse al mismo, desarrollando patrones de cognición y comportamiento en respuesta al dolor. Dado que el tipo de estrategias y habilidades para afrontar situaciones estresantes estará influenciado por la personalidad de cada individuo, ante un estresor continuo y disruptivo como el DC, generarán respuestas menos adaptativas, potenciándose en sí mismos, generando severidad, cronicidad, menor respuesta al tratamiento y agravándose ante el componente neuropático. Y no solo perjudican el pronóstico clínico, sino también afectan múltiples áreas de la vida.

Puesto que la adaptación y el modo de afrontamiento hacia el DC se relaciona significativamente con el estado psicopatológico y la influencia de la personalidad, es necesario identificar y cuantificar factores que ayuden a prevenir la comorbilidad, con el fin de frenar el desarrollo de la patología y reducir la carga global que genera.

Para ello se realizó un estudio transversal, descriptivo, comparativo con muestreo aleatorio sistemático. La muestra final se compuso de 115 pacientes con DC de una Unidad de Tratamiento del Dolor (UTD). Mediante el diagnóstico de la UTD y el cuestionario DN4 para la detección de dolor neuropático se estableció que 51 sujetos presentaban DC Nociceptivo (Nc) y 64 DC con componente neuropático (Ne). Los niveles de ansiedad y depresión fueron evaluados con las escalas Hamilton para ansiedad (HARS) y depresión (HDRS). La intensidad percibida del dolor se obtuvo por la escala verbal numérica (EVN), los síndromes y los patrones clínicos de personalidad se analizaron a través del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) con el Cuestionario de Salud EuroQol-5D (EQ-5D-3L).

El grupo Nc, refirió dolor moderado, sin psicopatología depresiva o ansiosa de base. La psicopatología apareció a partir del tercer año con DC, mostró afectación somática, ansiosa, de dependencia al alcohol, depresiva, de labilidad emocional y pensamientos delirantes. Este

grupo reveló rasgos narcisistas y compulsivos de la personalidad de base. El grupo Ne, refirió dolor severo, mostró psicopatología depresiva y ansiosa de base, reflejó trastorno distímico y delirante como afectación inicial y sintomatología somática, ansiosa y de estrés postraumático. Reveló psicopatología *per se*, sin necesidad de acompañarse de otras variables. Mostró rasgos dependientes, paranoides y compulsivos de la personalidad de base y una menor CVRS.

Pese a que ambos grupos presentaron afectaciones psicopatológicas y de patrones de la personalidad, el grupo Ne mostró mayor gravedad psicopatológica en todas las escalas administradas y también al relacionarse con más variables psicológicas.

Se obtuvieron dos perfiles diferenciados, evidenciando que existen diferencias sustanciales que justifican un comportamiento diferenciado entre los tipos de DC y que éstos requieren un abordaje individualizado.

I. ANTECEDENTES

1. EL DOLOR

1.1. Conceptualización y fisiología del dolor

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, IASP (International Association for the Study of Pain), define el dolor como: *“Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño.”* (IASP, 1979).

Esta concepción refleja la subjetividad del dolor, donde cada individuo aprende la aplicación de la palabra “dolor” a través de sus propias experiencias en épocas tempranas de la vida. A su vez, lo asocia a una sensación de experiencia emocional desagradable, en alguna o diversas partes del cuerpo (Merskey, Bogduk y IASP, 1994). Por una parte, se integra la faceta objetiva del dolor relacionada con los aspectos fisiológicos y señala la ruptura en la conexión entre dolor y daño tisular, invalidando la concepción del dolor como modalidad únicamente sensorial. Por otra parte, integra también la faceta subjetiva del dolor referente a la carga emocional y psicológica que cada individuo asigna al dolor, entendiéndolo como una experiencia compleja y personal (Chapman, 1986; Zapardiel y De la Pinta, 2016).

El dolor parte de estímulos nocivos que estimulan los receptores sensoriales, llamados nociceptivos, en la piel y en los órganos internos. Tal alerta, traducida en un impulso electroquímico, es transmitida a lo largo de las fibras nerviosas hasta la médula espinal y luego a los centros cerebrales. En las astas posteriores, esta alerta es modulada por neuronas inhibitorias y células glía excitatorias que pueden aumentarla o atenuarla. La señal que resulta es conducida al tálamo y a otros núcleos del sistema límbico, donde las respuestas emocionales del individuo, junto con sus sensaciones, atención y el conjunto de circunstancias, aspectos culturales, cognitivos, de memoria y de personalidad, lo traducen a la experiencia de dolor individual del sujeto (Kopf y Patel, 2010; Merskey et al., 1994).

Finalmente, la señal resultante llega a la corteza somatosensorial, donde definitivamente se percibe como dolor (Villar, 2006). La interacción simultánea de todas las dimensiones nombradas explica la percepción individual del dolor, produciendo una experiencia distinta a la que resultaría de las dimensiones y factores por separado. Así pues, la importancia de cada dimensión en la percepción integral del dolor, es totalmente diferente en cada individuo e incluso difiere de un momento a otro en la vida de una misma persona (Comeche y Vallejo, 2012; García-Andreu, 2017).

1.2. Clasificación del dolor general

La IASP (Merskey et al., 1994) describe el dolor en cinco cuestiones que tienen en cuenta la etiología, el sistema corporal involucrado, la región afectada, el patrón temporal que sigue, la fisiopatología subyacente y la intensidad de dolor declarada. En la Tabla 1 se muestran esquemáticamente las cuestiones a las que se atiende para la clasificación.

Tabla 1. Clasificación del dolor de IASP (1994)

Etiología	Evolución	Fisiopatología	Localización	Intensidad
Oncológico	Agudo	Nociceptivo Neuropático	Sistema nervioso	Leve Moderado
No Oncológico	Crónico	Psicógeno <i>Mixto</i>	Musculoesqueleto	Severo

Nota: Basado en IASP (1994) y en Fernández y García (2016).

Etiología

- *Dolor oncológico:* Manifestación compleja que abarca diferentes mecanismos (inflamatorios, neuropáticos, compresivos e isquémicos) y que puede ser resultado directo de la enfermedad oncológica (invasión o compresión), secundario a la enfermedad (úlceras y debilidad, entre otras muchas manifestaciones) o derivado de los tratamientos oncológicos.
- *Dolor no oncológico o benigno:* Abarca todos los dolores que no son secundarios a un proceso oncológico o a su tratamiento.

Evolución

- *Dolor agudo:* Respuesta fisiológica predecible de un organismo frente a estímulos nocivos. Tiene una importante función biológica de protección.
- *Dolor crónico:* Continúa más allá del período de curación (más de 3-6 meses), del curso habitual de una enfermedad aguda, del tiempo razonable para que sane una herida o que es asociado a un proceso patológico crónico que causa dolor continuo o recurrente (Bonica, 1954). Se detallan las diferencias en la Tabla 2.

Tabla 2. Características básicas de dolor agudo y crónico.

	Dolor agudo	Dolor crónico
Etiología	Secundario a una lesión tisular.	Secundario a una lesión tisular.
Fisiología	Respuesta fisiológica predecible. Remisión paralela a la causa que lo produce. Cede con su remisión.	Respuesta fisiológica de sensibilización central. Persiste a la causa original.
Intensidad	Dolor proporcional a la lesión.	No existe relación clara entre el dolor, el estímulo y su intensidad.
Evolución	Limitado en el tiempo. Desde pocos minutos a varias semanas.	Ilimitado en el tiempo. Persistente.
Respuesta orgánica	Respuesta adrenérgica. Descrito según cualidades sensoriales.	Respuesta vegetativa con agotamiento físico. Descrito en términos afectivos.
Respuesta emocional	Respuesta leve o moderada de ansiedad puntual.	Respuestas moderadas y severas de depresión y ansiedad.
Tratamiento	Responde a tratamientos de restauración del daño. El objetivo terapéutico reside en extinguirlo.	Puede no responder a los tratamientos de restauración del daño. El objetivo terapéutico reside en aliviar el daño y procurar estrategias de adaptación.
Función	Señal de alerta, factor protector con sentido biológico. Es un síntoma.	Carece de función y valor biológico. Constituye una enfermedad en sí mismo.

Nota: Basado en IASP (1994), Zapardiel y de la Pinta (2016) y en Fernández y García (2016).

Fisiopatología

- **Dolor nociceptivo** (Rolf Detlef Treede et al., 2019): Es causado por la activación de los nociceptores en respuesta a un estímulo nocivo, que puede ser secundario a una lesión, enfermedad, inflamación, infección o cirugía. Representa una respuesta fisiológica protectora hacia una agresión. Incluye el dolor originado en cualquier parte del cuerpo que no sean nervios o sistema nervioso. Según los nociceptores activados puede ser:
 - **Somático:** Excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (músculos, articulaciones, huesos, ligamentos, tendones, tronco y extremidades). Habitualmente es bien localizado y descrito.
 - **Visceral:** Excitación anormal de nociceptores viscerales (de órganos internos como el corazón y grandes vasos, pulmones, vías respiratorias, hígado, aparato digestivo,

vesícula biliar, órganos urológicos y aparato reproductor). Atañe algunas dificultades para ser localizado y descrito.

- *Dolor neuropático* (Scholz et al., 2019): Se define como una lesión del sistema nervioso o un mal funcionamiento de éste. No conlleva una activación normal de las vías nociceptoras, es decir que surge por una actividad generada en el sistema nociceptivo sin una adecuada estimulación de sus terminaciones sensitivas (Mesas, 2012). La IASP lo define como el dolor causado por una “lesión o disfunción del sistema nervioso” (Merskey et al., 1994). Más recientemente, se actualizó, definiéndolo como el dolor que aparece como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial (R. D. Treede et al., 2008), catalogándolo de afectación neurológica (Kopf y Patel, 2010). Puede ser causado por traumatismos, isquemias, hemorragias, inflamaciones, neurotoxicidades, neurodegeneraciones, enfermedades metabólicas o por déficits vitamínicos; por lo que el daño de las vías nerviosas puede originarse en cualquier punto, desde las terminales nerviosas de los nociceptores periféricos a las neuronas corticales del cerebro. Así pues, según el origen del daño, se clasifica en:
 - Central: Localizado en la médula espinal, tronco cerebral, tálamo o corteza.
 - Periférico: Originado en el nervio periférico, plexo, ganglio dorsal o raíces.

La fisiopatología neuropática confiere al dolor un carácter particular frente a la nocicepción. Su mecanismo de transmisión está modificado y esta alteración magnifica las propiedades del dolor que, incluso, pueden mantenerse sin estímulo alguno (Gómez, 2015). La descripción sensorial del dolor que hacen los pacientes es la que orienta a los especialistas hacia el diagnóstico del componente neuropático. Suelen usar términos como descarga eléctrica, quemazón, frío, picazón, hormigueo, comezón, punzante, hormigueo, entumecido, cortante, palpitante y opresivo (Gálvez, Ribera, Pérez y Micó, 2016; Rull y Castel, 2006).

La disrupción o lesión neurológica existente puede provocar dolor incapacitante, hinchazón, alteración vasomotora, sudoración anormal y alteración de la función motora (Busquets y Faulí, 2012). Tal es la complejidad de la fisiopatología neuropática, que los individuos presentan una multitud de síntomas que pueden sentirse como focales o generalizados y pueden dividirse en negativos o positivos (Mick et al., 2012) uno de ellos puede ser causado por varios mecanismos y, a su vez, un mecanismo puede ser el responsable

de diferentes síntomas. Los más comunes son (Aguilera Muñoz et al., 2005; Haanpää y Treede, 2010):

- Alodinia: Dolor por un estímulo que normalmente no es doloroso.
- Hiperalgesia: Sensibilidad aumentada a estímulo normalmente doloroso.
- Hipoalgesia: Sensibilidad disminuida a estímulo normalmente doloroso.
- Hiperestesia: Sensibilidad aumentada.
- Hipoestesia: Sensibilidad disminuida.
- Disestesia: Sensación desagradable y espontánea.
- Parestesia: Sensación anormal espontánea y no desagradable de cosquilleo, hormigueo o pinchazos, puede acompañarse de calor o frío.

En la Tabla 3 se muestran las características básicas de dolor nociceptivo y neuropático.

- *Dolor Psicógeno*: De origen psicossomático, surge como consecuencia derivada de patología psiquiátrica. El síntoma principal es el dolor, localizado en una o varias zonas corporales y suficientemente intenso para necesitar asistencia médica, deteriorar la vida laboral, social o personal de quien lo presenta. Los factores psicológicos desempeñan un papel esencial en el inicio, gravedad, exacerbación y persistencia del dolor. A diferencia de otros diagnósticos, en este caso no existe simulación ni intencionalidad, ya que entonces se trataría de una simulación o trastorno facticio. Este trastorno no se puede explicar mejor por otras psicopatologías, como los trastornos del estado de ánimo, ansiosos o psicóticos. No obedece a ningún patrón neurológico definido y suele ser resistente a cualquier tipo de tratamiento que no tenga en cuenta su naturaleza psiquiátrica (Mesas, 2012). Se incluye en los manuales diagnósticos psiquiátricos recientes, DSM-V-TR y DSM 5 (American Psychiatric Association, 2002, 2014) en el apartado de los trastornos de síntomas somáticos con predominio de dolor.

Tabla 3. Características básicas de dolor nociceptivo y neuropático.

	Dolor nociceptivo	Dolor neuropático
Etiología	Dolor producido por daño mediado por nociceptores mecánicos, térmicos o químicos.	Lesión o enfermedad del sistema somatosensorial. Afectación neurológica.
Fisiología	El sistema nervioso transmite la información sin estar afectado.	El sistema nervioso transmite la información porque está afectado.
Tipología	Somático: En el tejido estructural. Visceral: En órganos internos.	Central: En la médula espinal, tronco cerebral, tálamo o corteza. Periférico: En el nervio periférico, plexo, ganglio dorsal o raíces.
Intensidad	Dolor proporcional a la lesión.	No existe relación clara entre el dolor, el estímulo y su intensidad. Suele ser más severo.
Evolución	En ausencia de repetición del estímulo, la intensidad del dolor disminuye.	Tiende a cronificarse. Persiste o se intensifica durante semanas, meses o años después de la lesión.
Respuesta orgánica	Neurológicamente normativo: la respuesta y la agresión se corresponden. Descrito fácilmente, se usan términos comunes sobre sensaciones dolorosas.	Neurológicamente afectado por hipo o hipersensibilidad: la respuesta y la agresión no se corresponden. Respuestas vegetativas y sensaciones de debilidad. Descrito con dificultad como quemazón, calambre, punzante, ardor, eléctrico, congelante, hormigueo, etc.
Respuesta emocional	Respuesta leve o moderada de ansiedad.	Respuestas moderadas y severas de depresión y ansiedad. Suelen presentar trastornos de sueño.
Tratamiento	Analgesia convencional: Respuesta eficaz a antiinflamatorios no esteroideos y buena para los opioides.	Raramente se alivia con antiinflamatorios no esteroideos. Responde menos a opioides o a dosis más altas de éstos. Frecuentemente se alivia con antidepresivos, antiepilépticos y anestésicos locales.
Función	Frecuentemente cumple una misión de protección.	No existen evidencias de una función biológica determinada.

Nota: Basado en IASP (1994), Haanpää y Treede (2010), Busquets y Faulí (2012) y Mick et al., (2012).

- *Dolor Mixto*: Superposición compleja de los diferentes tipos de dolor conocidos. Lo que hace que estos pacientes requieran una exploración realmente detallada para poder establecer una propuesta terapéutica eficaz, dado que cada componente e individuo requiere una terapia específica (Guevara, 2005). Esta categoría cada vez es más reconocida y aceptada por los clínicos especialistas e investigadores en dolor, aunque todavía no aparece en la clasificación oficial de IASP (Freyenhagen et al., 2019).

Localización

- *Sistema nervioso*: Engloba el sistema nervioso central y periférico.
- *Sistema musculoesquelético*: Engloba esqueleto, articulaciones y partes circundantes. Se establecen nueve regiones corporales.

Intensidad

Su clasificación está basada en la percepción del paciente, lo que implica cierta subjetividad. Se suele usar escalas de medición y puede presentarse como:

- *Dolor Leve*: La persona puede realizar actividades habituales.
- *Dolor Moderado*: Interfiere con las actividades habituales.
- *Dolor Intenso o Severo*: Interfiere con las actividades diarias y con el descanso.

De este punto en adelante, únicamente se hablará de dolor de origen no oncológico, cuya evolución sea catalogada como dolor crónico (DC) y su fisiopatología subyacente sea: sin componente neuropático, es decir nociceptiva (Nc) y/o con componente neuropático (Ne).

2. EL DOLOR CRÓNICO

Se define cómo DC aquel dolor que se extiende por más de 3 o 6 meses desde su aparición, que continúa más allá del período de curación, del curso habitual de una enfermedad aguda, del tiempo razonable para que sane una herida o que es asociado a un proceso patológico crónico que causa dolor continuo o recurrente (Bonica, 1954).

Es decir que la persistencia del estímulo, enfermedad o de ciertas condiciones fisiopatológicas, conducen a la cronicidad del dolor inicial. El DC carece de acción protectora para el organismo y aunque haya conocimiento de su etiología, suele ser insuficiente para explicar la presencia y/o la intensidad del mismo. Ante la continuidad del dolor; aparecen diversos cambios fisiológicos como son la pérdida de masa y de coordinación muscular, osteoporosis, fibrosis y rigidez articular. También aumenta la frecuencia cardíaca basal y disminuye la reserva cardíaca. El sistema digestivo disminuye la motilidad y secreción, produciendo constipación y desnutrición. Con frecuencia, se observa retención e infección urinaria. También suele haber depresión, confusión, alteraciones del sueño y disfunción sexual, por lo que la respuesta inmunitaria se ve alterada por el estrés y la desnutrición. Estas consecuencias físicas y psicológicas pueden observarse en prácticamente todos los pacientes con DC. Así pues, mientras el dolor agudo es un síntoma de una enfermedad o traumatismo, el DC constituye una enfermedad en sí mismo (Treede et al., 2019; World Health Organization, 2019)

Desde el congreso anual europeo de dolor celebrado en 2017, la IASP estuvo asesorando a la OMS mediante la creación de un grupo de expertos en DC a nivel mundial llamado *Task Force for the Classification of Chronic Pain*. El objetivo de éste fue, buscar una nueva clasificación pragmática y transversal, ajustada a la actualidad social y científica; con el fin de ser útil en la medicina especializada en el dolor (Margarit, 2019). Esta nueva clasificación internacional define de forma separada el DC primario del secundario. Considera el primario cómo aquel representado por la alteración funcional o estrés emocional que no se puede explicar por otra causa y que es planteado como una enfermedad en sí mismo. El secundario se considera cómo una entidad donde el dolor es un síntoma de una condición clínica subyacente (Treede et al., 2019; World Health Organization, 2019), pudiendo ser catalogado cómo DC oncológico, DC postquirúrgico o postraumático, DC neuropático, dolor orofacial y cefalea, dolor visceral crónico y DC musculoesquelético.

En este estudio únicamente se atendió al DC secundario.

2.1. Cronicidad del dolor

La transición del dolor agudo o temporal hacía el crónico o persistente ocurre cuando la fisiopatología propia del dolor interactúa con diversos y específicos factores físicos, genéticos, medioambientales, psicológicos y sociales. Todos ellos contribuyen de un modo u otro, sin embargo, los factores psicológicos juegan un papel muy importante en esta transición. Aunque por el momento se desconoce cuáles son aquellos factores específicos del dolor agudo que contribuyen más significativamente a su cronificación (Martucci, 2020).

Por una parte, se ha demostrado que los factores físicos más influyentes son aquellos relativos a inflamación, estrés, tensión muscular, heridas, deterioro tisular, problemas posturales, desequilibrio muscular (músculos fuertes en algunas regiones y débiles en otras), alergias/sensibilidades, enfermedades en curso y congénitas, déficits nutricionales y en el sueño, daño en funciones corporales y sobreesfuerzo muscular (Feizerfan y Sheh, 2015). Por otra parte, los factores psicológicos, sociales y medioambientales que más influyen en la transición son la depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, aislamiento social, estresores que impactan negativamente en el estado general, abuso o trauma físico o psicológico y el abuso sexual (Edwards, Dworkin, Sullivan, Turk y Wasan, 2016).

Mientras dura dicha interacción y tras tres meses de dolor en alguna región, se comienzan a producir cambios en el sistema nervioso central que incluyen la alteración nociceptora en las vías neuronales. La base de fondo es llamada sensibilización. A grandes rasgos, se explica por una apertura masiva de canales que, en vez de inhibir y disminuir la conducción de estímulos nociceptivos (como en el dolor agudo), la facilitan y mantienen (García-Andreu, 2017). Razón por la que, una vez el dolor original ha sido curado, el sistema nervioso central (con sus vías neuronales alteradas) hace que la experiencia dolorosa continúe y se haga crónica. Una vez cronificada, la dificultad para revertir estos cambios cerebrales crece encarecidamente (Martucci y MacKey, 2018; Woolf, 2011).

Este complejo proceso ha sido demostrado mediante numerosos estudios de neuroimagen comparativos entre sujetos con DC e individuos sanos. En todos ellos se observan alteraciones en múltiples regiones y diferencias estructurales del cerebro, lo que sugiere que existe una plasticidad estructural subyacente y cambios en la composición celular del cerebro en los individuos que experimentan DC (Martucci y MacKey, 2018).

Para reducir la posibilidad de cronificar el dolor, se recomienda tomar medicación antiinflamatoria, aplicar calor y/o frío en la región afectada, realizar ejercicio regular de forma suave o moderada, acudir a fisioterapia, controlar el estrés y obtener apoyo psicológico. Además de mantener una dieta y un peso saludable, eliminar las sustancias nocivas como el alcohol, el tabaco y otras drogas y mantener posturas correctas en la jornada laboral y en el descanso (U.S. Department of Health and Human Services, 2019).

En el ámbito psicológico, los factores que pueden cronificar el dolor y dificultar una correcta recuperación, son relativos a las actitudes y expectativas del paciente hacia su patología, al comportamiento y emociones ante el dolor, a los problemas relacionados con el diagnóstico adjudicado y a la influencia del dolor en el entorno familiar y social y viceversa (SGADOR, 2017).

Actualmente, se destinan muchos recursos para que aumenten las estrategias e intervenciones en las primeras fases de la experiencia dolorosa, con el fin de frenar el desarrollo de la patología y reducir la carga global que genera (Robert J. Gatchel et al., 2018; George et al., 2020).

2.2. Epidemiología del Dolor Crónico

Hoy en día, el DC es un problema de salud tan prevalente como otras afecciones médicas ampliamente priorizadas en la salud pública como son la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Tiene un gran impacto en la atención médica y consecuentemente en la economía. Para la persona que lo sufre y su entorno tiene importantes repercusiones en la vida diaria, familiar, social y laboral, así como en el bienestar emocional (Díaz y Marulanda, 2011). El impacto personal del DC en la vida de quien lo padece depende de la severidad, de la duración del dolor y de la capacidad de manejo que tenga la persona (Martucci, 2020).

Un estudio multicéntrico realizado en 1998 por la OMS mostró la prevalencia del DC en un 22% de la población mundial (Gureje, Von Korff, Simon y Gater, 1998). Actualmente, se estima que aproximadamente un 20% de la población mundial padece DC (Eccleston, Wells y Morlion, 2017; Dennis C. Turk, Wilson y Cahana, 2011). La IASP calcula que a nivel mundial 1 de cada 5 adultos sufre de dolor y que 1 de cada 10 adultos es diagnosticado con DC cada año (Goldberg y McGee, 2011).

Sin embargo, los informes de prevalencia tienen una gran variabilidad, especialmente en relación con el tipo de estudio, el perfil de la población, el año de publicación, la variación cultural, la conceptualización del dolor, la ubicación, los métodos empleados y los criterios acerca del umbral adoptado para la cronicidad y la intensidad del dolor. Dada esta heterogeneidad al evaluar y la multifactorialidad del dolor anteriormente comentada, cada país o región lleva a cabo sus propios estudios sobre DC acotados a su población:

- En EE.UU el 18.4% de la población adulta (más de 40 millones de personas) cumple los criterios para DC y un 4.8% de ellos sufren dolor severo que provoca diversas y estrictas limitaciones en su vida diaria (Pitcher, Von Korff, Bushnell y Porter, 2019).
- En Arabia Saudita la prevalencia se haya en el 19% (El-Metwally et al., 2019).
- Existen países asiáticos que muestran menores índices como son Singapur con 8.7% y Myanmar con 5.9%. Otros como Japón con 17.5% y Tailandia con 19.9%, conservan valores más altos (Nam Yeo, Hui Tay y Kwang Hui, 2009; Sakakibara et al., 2013).
- La prevalencia de población general con DC para las áreas en desarrollo o económicamente restringidas de América Latina, Asia y África es del 18% como media general, teniendo en cuenta que algunos países mostraban variaciones desde el 5.5-13% y otros hasta el 51-60.4% (Sá et al., 2019).
- En la India se calcula en un 19.3% (Saxena, Jain y Bhatnagar, 2018).
- En Australia un 17.9% lo padece y en un 5%, el dolor es tan severo que interrumpe totalmente la actividad diaria (Currow, Agar, Plummer, Blyth y Abernethy, 2010).
- En Canadá es del 21% (Shupler, Kramer, Cragg, Jutzeler y Whitehurst, 2019).
- En Brasil la población que lo presenta se tasa en un 39% (De Souza et al., 2017).

En términos europeos, se calcula que la prevalencia del DC es del 19%, dicho de otro modo, 1 de cada 5 europeos. De forma concreta se estima para cada país las siguientes prevalencias de DC en población general (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias y Castro-Lopes, 2012; Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen y Gallacher, 2006; Dueñas et al., 2015; Fayaz, Croft, Langford, Donaldson y Jones, 2016):

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| • 13% en Irlanda | • 19-48% en Finlandia |
| • 15-32% en Francia | • 21% en Austria |
| • 16% en Suiza | • 23% en Bélgica |
| • 16-20% en Dinamarca | • 26% en Italia |
| • 17-45% en Alemania | • 26-30% en Noruega |

- 18-25% en los Países Bajos
- 29-31% en Portugal
- 18-54% en Suecia
- 30-50% en Reino Unido

En España se calcula que un 16.6% de población padece DC (Dueñas et al., 2015) y es la causa de importantes repercusiones en la vida cotidiana, familiar, social y laboral (De Sola, Salazar, Dueñas, Ojeda y Failde, 2016).

2.3. Impacto del Dolor Crónico sin Componente Neuropático (Nociceptivo)

Perfil sociodemográfico

El perfil sociodemográfico muestra que es más prevalente en el sexo femenino (del 56 al 75%) y sugiere propensión a padecerlo a medida que aumenta la edad, con una media de edad de 50-57 años (Breivik et al., 2006; Dueñas et al., 2015; Langley, Ruiz-Iban, Molina, De Andres y Castellón, 2011; C. Pérez, Margarit y Serrano, 2013).

Respecto a la situación civil o personal, las personas que se encuentran sin pareja, divorciadas/separadas, viudas o nunca casadas o en pareja, presentan una mayor probabilidad de sufrir DC y de padecerlo de forma más intensa que las que se encuentran casadas o viviendo en pareja. Lo mismo sucede con el perfil de sujeto con estudios primarios o secundarios, que en España se sitúa en un 51.9% de los casos y con los que viven en circunstancias socioeconómicas adversas (Dueñas et al., 2015). Estos datos coinciden con otros perfiles recientemente analizados en diversas poblaciones (de Souza et al., 2017; Fayaz et al., 2016; Pitcher et al., 2019; Saxena et al., 2018).

Características y curso del DC

En términos de dolor, la duración media es de entre 9 y 10 años (Breivik et al., 2006; Dueñas et al., 2015) y se presenta en la población española como leve en el 19-21.6%, moderado en el 43.4-47% y de forma severa en el 34-35% de los casos. La intensidad media del dolor se sitúa aproximadamente en un 5.7 sobre 10 (considerando el valor 0 como ningún dolor y 10 el mayor dolor posible). El 38% de los afectados manifiesta tener dolor por encima del nivel que pueden tolerar pese a que el 69.2% toma medicación para aliviarlo. Una mayor

proporción de mujeres (16% frente al 7.6% de hombres), siente que su dolor no es soportable y es asociado directamente a sentimientos de tristeza y ansiedad (Dueñas et al., 2015; C. Pérez, Margarit, et al., 2013). Coincidiendo con anteriores estudios, donde se muestra que las mujeres están más preparadas para reconocer el dolor que los hombres (Vieira et al., 2012). Casi la mitad (45.4%) de los españoles con DC, presentan dolor en más de una región y suele localizarse en la espalda, en extremidades y/o articulaciones y en la cabeza y/o cervicales (Dueñas et al., 2015).

Impacto en el estado de salud general: Comorbilidad

El DC se asocia con un mayor número de alteraciones del sueño relativas a la calidad y a la cantidad. Suele conllevar problemas tanto de conciliación, como de mantenimiento y/o de despertar precoz en uno o dos tercios (31.8-60%) de los casos, diagnosticándose solo el 6%. La falta de descanso puede agravar el dolor intensificándolo y viceversa (Breivik et al., 2006; Dueñas et al., 2015; Rejas, Ribera, Ruiz y Masrramón, 2007). Además, se ha demostrado que los trastornos del sueño, los de DC y los depresivos están interconectados y se afectan entre sí (Boakye et al., 2016). De manera análoga, estos pacientes suelen presentar concomitancia con otras enfermedades crónicas. Se ha demostrado que en el DC que cursa con dolor severo o y/o interfiere con las actividades cotidianas, existen más probabilidades de presentar comorbilidad con otras enfermedades médicas, que el DC que cursa con dolor leve y/o no tienen tantas limitaciones. Ocurre lo mismo con la realización de múltiples consultas a profesionales de la salud, incluidos médicos generales, especialistas, fisioterapeutas, psiquiatras y psicólogos (Nahin, 2015; Pitcher et al., 2019; Torralba, Miquel y Darba, 2014). Tiene un gran impacto en la atención médica, en el aumento de la discapacidad (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018) y consecuentemente, en la economía (Caramés-Álvarez y Navarro-Ribero, 2016; Rice, Smith y Blyth, 2016).

Impacto laboral

Atendiendo a la esfera laboral, en España se ha demostrado que el DC que cursa con intensidad moderada o severa, conlleva un importante efecto negativo en el mercado laboral, ya que menos de la mitad (42.62%) de los afectados se encuentra activo laboralmente. La realidad es que, la mera experiencia de dolor, independientemente de la intensidad de ésta, también afecta negativamente a las tasas de absentismo y presentismo laboral. La

productividad laboral disminuye en un 21.5% en sujetos con dolor leve, un 26% en sujetos con dolor moderado y un 42.9% en aquellos con dolor severo (Langley, Molina, et al., 2011).

Un tercio de los sujetos con DC ha obtenido una incapacidad temporal laboral al menos una vez el último año y del 12 al 19% ha dejado o perdido su trabajo a causa del dolor durante el mismo periodo. A menudo, las personas diagnosticadas de DC, sufren cambios de responsabilidad en su puesto de trabajo o se ven obligados a cambiar de empleo por la interferencia del dolor. En conjunto, el 61% es menos capaz o incapaz de trabajar fuera del hogar (Breivik et al., 2006; Dueñas et al., 2015). Por consiguiente, el impacto anual que supone en el mercado laboral es aproximadamente de 2.500 millones de euros, con 52 millones de jornadas laborales perdidas (Torralba et al., 2014).

Impacto económico

Teniendo en cuenta el impacto sanitario y laboral del DC, se estima que el coste económico que supone en Europa es de 200 mil millones de euros (Van Hecke, Torrance, Smith y Building, 2013) y en España es de aproximadamente 15.000 millones de euros (Caramés-Álvarez y Navarro-Ribero, 2016).

Impacto en la funcionalidad diaria

En cuanto la actividad y el funcionamiento diario, entre el 50 y el 64% de los sujetos diagnosticados con DC refieren limitaciones en su vida cotidiana. Por una parte, en lo que respecta el ámbito físico, encuentran dificultades al caminar o realizar tareas del hogar. Especialmente se ven limitados en la práctica de deportes o en cualquier actividad física que conlleve levantar peso, flexionar rodillas, subir/bajar escaleras, sentarse/levantarse y agacharse. La disminución de la actividad física contribuye a la disminución progresiva de la fuerza muscular y de la flexibilidad, facilitando el sobrepeso y finalmente, pudiendo provocar discapacidad por el deterioro físico causado por la inactividad. Estas limitaciones, fluctuantes entre leves y muy graves o incapacitantes, se expresan en el 30% de personas con DC en España que son menos capaces o incapaces de mantener un estado de vida independiente, lo que a su vez se asocia con edades más avanzadas (I. Failde y Dueñas, 2016). Además, respecto al ámbito cognitivo referente a la funcionalidad diaria, un 50% se siente cansado todo el tiempo y un 40% tiene sentimientos de indefensión o incapacidad para pensar

o funcionar con normalidad, como antes del dolor lo hacía (Breivik et al., 2006; Dueñas et al., 2015).

Impacto social

El conjunto de repercusiones que conlleva el DC en la vida de quienes lo padecen, interfiere de forma directa a su red familiar y social. Entre un tercio y la mitad de los pacientes manifiestan que su vida familiar y social se ve afectada por el dolor que sufren ya que refieren nuevas y diversas dificultades para mantener sus relaciones familiares y de amistad. Aproximadamente la mitad de los afectados afirma no asistir a eventos familiares o sociales a causa de su dolor y, en consecuencia, se sienten socialmente aislados (27%) (Langley, Molina, et al., 2011; Moulin, Clark, Speechley y Morley-Forster, 2002). Todos los familiares de pacientes con DC coinciden en que la experiencia dolorosa tiene efectos perjudiciales para ellos también. En especial, los cuidadores familiares, cuya comprensión, empatía y dedicación son factores sociales muy contribuyentes en la experiencia del dolor (Susó-Ribera, Martínez-Borba, Viciano, Cano-García y García-Palacios, 2019). De hecho, se ha demostrado que la tristeza, los cambios de humor, la pérdida de las actividades de ocio y las alteraciones del sueño que sufren los individuos diagnosticados con DC, repercute con gran impacto a sus familiares (Ojeda et al., 2014). La mayoría de afectados suele percibir una falta de consideración y conocimiento acerca del DC por parte de su entorno más cercano (en el 62% de los casos) y los restantes (el 47%) creen que los demás dudan de la existencia real de su dolor. Recientemente se ha comprobado que aquellos que describen sus relaciones como de apoyo y ayuda, suelen presentar niveles de dolor menos severo, menor dependencia de sustancias y niveles más altos de actividad y funcionalidad diaria, que aquellos que consideran que sus relaciones familiares y de amistad no les brindan apoyo (Dueñas et al., 2015; Pitcher et al., 2019; Torralba et al., 2014).

Impacto psicológico

El empobrecimiento del área social del paciente no sólo conlleva un empobrecimiento de sus recursos externos, sino que también deteriora su estado psicológico y emocional, repercutiendo a nivel global en la clínica del individuo. Por consiguiente, aproximadamente el 30-40% de españoles con DC experimenta ansiedad y/o tristeza. Se ha demostrado que el 32.2% de los diagnosticados se siente triste o muy triste y el 29.3% se siente ansioso o muy

ansioso. De hecho, un 29% de pacientes acaba siendo diagnosticado de depresión a causa del DC (Breivik et al., 2006; Dueñas et al., 2015; Langley, Pérez Hernández, Margarit Ferri, Ruiz Hidalgo y Lubián López, 2011). Frecuentemente el DC se ha considerado un factor contribuyente al consumo y posterior dependencia de tóxicos (afectando al 14%) (Margarita González, 2014), especialmente del alcohol. A corto plazo, el consumo de alcohol puede ser usado para potenciar el efecto de los analgésicos, ansiolíticos y/o inductores del sueño pautados y para alterar el procesamiento del dolor (Borgonetti, Roberts, Bajo, Galeotti y Roberto, 2023). A largo plazo, su uso interfiere en funciones y reparaciones importantes del sistema nervioso central, conllevando efectos neurodegenerativos (Herradón, Ezquerro, Gramage y Alguacil, 2009; Herradón y Pérez-García, 2014).

En añadido, los sujetos con DC que cursan con dolor severo y/o presentan limitaciones en su vida diaria, tienen muchas más probabilidades de padecer depresión y/o ansiedad y medicarse por ello, en comparación con los sujetos con DC que cursan con dolor leve y no experimentan tantas restricciones en su vida diaria (Pitcher et al., 2019).

En definitiva, el DC se asocia al desarrollo de psicopatología, especialmente depresiva y ansiosa, y a una menor calidad de vida (Arango-Dávila y Rincón-Hoyos, 2018; I. Failde et al., 2018; Miller y Kaiser, 2018; Concepción Pérez, Margarit, Sánchez-Magro, de Antonio y Villoria, 2017; Dennis C. Turk, Fillingim, Ohrbach y Patel, 2016); factores que, a su vez, mantienen y agravan el DC (Vlaeyen, Crombez y Linton, 2016).

Impacto en la calidad de vida

Por todo lo mencionado, el DC se asocia de forma directa con déficits sustanciales de calidad de vida relacionados con la salud (CVRS) ya que dificulta la participación plena en la vida familiar, laboral y social. Por esa razón las personas con dolor severo y con actividad restringida suelen mostrar niveles de CVRS más bajos que los que cursan con menos severidad (Langley, Pérez Hernández, et al., 2011; Pitcher et al., 2019; Torralba et al., 2014). La fisiopatología neuropática confiere al dolor un carácter particular frente al dolor nociceptivo: Por entrañar más dificultades para su identificación, por la diversidad de sus causas y expresiones. por su severidad, cronicidad y falta de respuesta a los tratamientos tradicionales, es objeto de interés para la investigación (Morales-Vigil, Alfaro-Ramírez, del Castillo, Sánchez-Román, Guevara-López y Vázquez-Pineda, 2008; Varela, 2022).

2.4. Impacto del Dolor Crónico con Componente Neuropático

Se calcula que entre el 0.9 y 17.9% de la población general presenta dolor con características neuropáticas, no obstante, se señala que es más probable que la prevalencia se encuentre entre un 6.9% y un 10% (Van Hecke, Austin, Khan, Smith y Torrance, 2014). En las UTD españolas se han llevado a cabo varios estudios donde la presencia del componente neuropático en los pacientes con DC oscila entre el 30 y el 51.9% de los casos (I. Failde et al., 2018; C. Pérez, Ribera, et al., 2013; Concepción Pérez et al., 2017).

Perfil sociodemográfico

El perfil sociodemográfico muestra que es más prevalente en el sexo femenino (del 47 al 64%) y sugiere propensión a padecerlo a partir de los 50 años, con una media de edad de 50-58 años. Respecto a la situación civil o personal, se muestra con más probabilidad en personas que viven solas y tienen estudios primarios o secundarios (Blanco, Galvez, Zamorano, López y Pérez, 2012; Bouhassira, Lantéri-Minet, Attal, Laurent y Touboul, 2008; I. Failde et al., 2018; C. Pérez, Ribera, et al., 2013; Concepción Pérez et al., 2017).

Características y curso del DC con Componente Neuropático

En términos de dolor, la duración media es de entre 4.1 y 56 años. Suele expresarse de forma leve en el 9.6%, moderada en el 20.1% y de forma severa en el 70.3% de los casos (en especial asociado al dolor padecido en las extremidades inferiores y con comorbilidad psicopatológica) (I. Failde et al., 2018). La intensidad media del dolor percibida se sitúa aproximadamente entre 6.4 y 7.3 sobre 10 (considerando el valor 0 como ningún dolor y 10 el mayor dolor posible). Un 38% informan convivir con dolor muy severo diariamente (Langley, Van Litsenburg, Cappelleri y Carroll, 2013). Este tipo de dolor suele cronificarse con más facilidad y responder menos a los analgésicos y a los medicamentos recomendados como tratamientos de primera línea para proporcionar alivio, por lo que el manejo de este dolor es menos satisfactorio que otros DC (Finnerup et al., 2016; Scholz et al., 2019). Se localiza predominantemente en la cabeza-columna y baja espalda (61,9%) y en las extremidades inferiores (58.6%), siendo la lumbalgia/ciática el diagnóstico más común causante de dolor mixto o con componente neuropático (Bouhassira et al., 2008; Colloca

et al., 2017; I. Failde et al., 2018; C. Pérez, Ribera, et al., 2013; Concepción Pérez et al., 2017).

Impacto en el estado de salud general: Comorbilidad

Este perfil de paciente hace un mayor uso de las instalaciones de atención médica que otros tipos de DC, principalmente de la especialidad de neurología. Presenta con frecuencia concomitancia con otras enfermedades médicas generales (al menos dos) y más del 80% padece otra condición de dolor. En más de la mitad de los casos (59%) presentan trastornos de sueño siendo el insomnio la dificultad más descrita (45%) y haciendo referencia a la asociación entre las alteraciones del sueño y la intensidad del dolor percibida (Gálvez R. et al., 2006). Los costos médicos directos son aproximadamente el doble al compararlos con otros DC sin componente neuropático (Attal, Lanteri-Minet, Laurent, Fermanian y Bouhassira, 2011; I. Failde et al., 2018; Finnerup et al., 2016; Langley et al., 2013).

Impacto laboral

Atendiendo al ámbito laboral, también comporta más gastos que otros tipos de DC ya que más de la mitad de los casos (55.5%) se asocian directamente a la incapacidad para trabajar y aquellos activos laboralmente presentan altas tasas de absentismo (40%) y muy altas de presentismo (86.4%) (Langley, Molina, et al., 2011; Langley et al., 2013; Torrance, Smith, Bennett y Lee, 2006).

Impacto funcional, social y psicopatológico

En cuanto la actividad y el funcionamiento diario sufren interferencias del dolor con mayor medida e intensidad que en el DC Nc, calificando de 7 sobre 10 puntos el nivel de interferencia del dolor en sus vidas (donde el valor 0 significa ninguna interferencia y el valor 10 se asocia a una interferencia completa) (Blanco et al., 2012; Concepción Pérez et al., 2017). Esto tiene un impacto directo en la vida social; refieren que en sus relaciones profesionales y de amistad sienten frustración ante la invisibilidad de su dolor y su propio fracaso para comunicar y describir bien los síntomas. Además, sufren una reducción de la calidad y número de interacciones con sus familiares debido a la interferencia directa del dolor (Closs, Staples, Reid, Bennett y Briggs, 2009). Por todo ello, los sujetos con DC Ne tienen una percepción de su estado de salud pobre y la comorbilidad con psicopatología

ansiosa y depresiva es mucho mayor que en otras condiciones que cursan con DC. Muestran una prevalencia para los trastornos ansiosos de entre 42 y 53% y para los trastornos depresivos de entre 35 y 49% (Attal et al., 2011; I. Failde et al., 2018; Finnerup et al., 2016; C. Pérez, Ribera, et al., 2013; Concepción Pérez et al., 2017). Siendo las comorbilidades, junto con los trastornos del sueño y la localización del dolor en las extremidades inferiores, las más relacionadas con una mayor intensidad del dolor y un peor estado de salud percibido (I. Failde et al., 2018).

2.5. Comparativa entre la Nocicepción y la Neuropatía

Recientemente, se ha realizado un estudio comparativo entre perfiles no oncológicos con dolor nociceptivo (Nc), neuropático (Ne) y mixto (Concepción Pérez et al., 2017). Se reunió una muestra de 1025 pacientes con DC de 88 UTD españolas.

La muestra evidencia que el 32% padece dolor Nc, el 31.1% Ne, y el 36.9% dolor mixto. En el grupo de dolor Nc el 77.8% son mujeres, con una media de edad de 63.9 años, que llevan de media 6.1 años con dolor y que éste es de 7.1 de intensidad. El grupo de dolor Ne son mujeres el 58.9%, la media de edad es de 57.5 años, la duración media es de 4.2 años y la intensidad de 7.3. En el grupo de dolor mixto el 63.7% son mujeres, la edad media es de 57.6 años, la duración de 5.4 años y la intensidad de 7.3 puntos. El matrimonio o el vivir en pareja es el estado civil más prevalente para los tres grupos, todos tienen un nivel educativo basado en estudios primarios, seguido de estudios secundarios y la situación laboral más prevalente es la jubilación, aunque los grupos de dolor Ne y mixto muestran pacientes activos laboralmente.

Comparados con la población general, los tres grupos muestran una baja calidad de vida y una percepción sobre su estado de salud pobre. Presentan afectaciones emocionales y puntúan el nivel de interferencia del dolor en sus actividades diarias con un 6.3 (Nc), 6.6 (Ne) y 6.7 (mixto) sobre 10 (dónde 0 significa ninguna interferencia y 10 la interferencia completa en su actividad diaria). También muestran alteraciones del sueño, valoradas de 0 a 100 donde los valores más altos indican mayores problemas de sueño, el grupo Nc puntúa 46.8, el Ne 52.2 y el mixto 49.7.

Un 88.3% de la muestra se medica para aliviar su dolor con al menos un fármaco y un 7.5% combina los medicamentos con tratamientos no farmacológicos. El grupo de dolor Nc

suele tomar más fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) que los otros grupos. Éstos suelen medicarse con más frecuencia con opiáceos y en especial con antidepresivos (un 26.6%) y antiepilépticos.

Los autores muestran cómo los pacientes con DC Ne presentan menor intensidad del dolor, menor interferencia con las actividades diarias, menores niveles de ansiedad y menor afectación del sueño que los pacientes de los grupos Ne y mixto y, además relacionan los niveles de calidad de vida directamente con la intensidad del dolor y no tanto con su fisiopatología (Concepción Pérez et al., 2017).

Numerosos estudios coinciden en que la presencia de dolor neuropático se asocia con detrimento de áreas importantes de la vida, razón por la que los pacientes con DC Ne muestran un mayor grado de deterioro en todas las dimensiones relacionadas con la calidad de vida y obtienen puntuaciones más altas en ansiedad y depresión que los perfiles con DC sin características neuropáticas y que, por supuesto, que aquellos sin dolor. El componente neuropático dificulta el tratamiento, ya sea por falta de respuesta o por baja tolerancia a los fármacos, aumentando el coste sanitario y la severidad del cuadro clínico en su presencia (Attal et al., 2011; Bouhassira et al., 2008; I. Failde et al., 2018; Finnerup et al., 2016; Jensen, Chodroff y Dworkin, 2007; Langlely et al., 2013; C. Pérez, Ribera, et al., 2013; Concepción Pérez et al., 2017; Scholz et al., 2019; Torrance et al., 2006).

3. UNIDADES DE TRATAMIENTO DEL DOLOR

Las Unidades de Tratamiento del Dolor (UTD) son servicios sanitarios multidisciplinares y especializados en el estudio, diagnóstico y tratamiento del dolor, donde profesionales sanitarios de distintas formaciones con conocimientos específicos en el dolor, colaboran, analizan y valoran amplia y profundamente los problemas de dolor complejo y plantean estrategias terapéuticas a seguir para cada uno de los casos. Especialmente se tratan dolores o pacientes resistentes a los tratamientos convencionales, que precisen fármacos, técnicas o combinaciones especiales de diversos tratamientos (Bonica, 1988; IASP, 1990).

Para la consecución de este fin se establecen criterios específicos en las UTD que deben integrar herramientas diagnósticas y de tratamiento suficientes para las patologías complejas, fomentar y usar protocolos de actuación con evidencia clínica contrastada y servir de modelo, apoyo y consulta en el entorno sanitario para el manejo farmacológico. También deben mejorar el entorno familiar y laboral para restablecer la CVRS, procurar una buena recuperación funcional y psicológica y contribuir a la educación y formación del dolor tanto social como sanitaria. Así como estimular estudios de dolor clínicos, fisiológicos y psicológicos, fomentar grupos de trabajo con otros especialistas para trabajar en nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos y formar a futuros especialistas en dolor (Torres Morera y Aguilar Sánchez, 2001).

Las Unidades de Tratamiento del Dolor en España

La IASP define cuatro tipologías de centros de atención al DC llamadas: Unidad monográfica, Unidad del dolor, Unidad multidisciplinar del dolor y Centro o Unidad multidisciplinar para el tratamiento del dolor; ordenadas de menor a mayor grado de complejidad y especialización (IASP, 1990). En España, la Sociedad Española del Dolor (SED) las categoriza para su acreditación del siguiente modo (SED, 2006):

- *Nivel I. Unidad de técnicas específicas de tratamiento del dolor:* Ofrece un determinado tipo de técnica antiálgica (por ejemplo, bloqueos nerviosos, neuroestimulación transcutánea, acupuntura, biofeedback, etc) y no ofrece un tratamiento multidisciplinar.

- *Nivel II. Unidad Unidisciplinar para el tratamiento del dolor:* Orientada al diagnóstico y tratamiento de pacientes con DC. Puede estar especializada en diagnósticos específicos o regiones determinadas. Como mínimo debe contar con un facultativo médico especialista. La ausencia de interdisciplinaridad la diferencia del siguiente nivel.
- *Nivel III. Unidad Multidisciplinar para el tratamiento del dolor:* Formada por médicos de diferentes especialidades, además de otro tipo de personal sanitario especializado en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con DC, provenientes de psicología, enfermería, fisioterapia y/o terapia ocupacional. Atienden tanto a pacientes ingresados como de consulta externa, se realizan estudios diagnósticos y de procedimientos terapéuticos. En este nivel realizan labores de investigación y docencia.
- *Nivel IV. Unidad Multidisciplinar para el estudio y tratamiento del dolor:* Formada por médicos de diferentes especialidades además de otro tipo de personal sanitario proveniente de psicología, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional y trabajo social entre otras, todos ellos especializados en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con DC. Se realiza investigación, docencia, formación y tratamiento de pacientes con dolor agudo y crónico. Los programas docentes son supervisados por un director médico especialista entrenado y acreditado en convenio o formando parte de un centro docente. Este es el nivel máximo entre las categorías de las UTD.

El perfil del paciente que acude a las Unidades de Tratamiento del Dolor

Se debe tener en cuenta que los pacientes tributarios de las UDT no han podido ser correctamente tratados en Atención Primaria o en otras especialidades. Tras intentar diversos tratamientos y planes de rehabilitación, su dolor ha permanecido o incluso ha respondido con efectos secundarios adversos (reduciendo su funcionalidad y CVRS); posteriormente, ante tal complejidad, se les ha derivado a las UDT (Torralba et al., 2014). Este proceso suele llevar entre 1-5 años (POP y SED, 2011). En España el perfil de paciente que acude a las UTD se asemeja al perfil de individuos con DC anteriormente descrito: Suelen ser mujeres de 59 años de media de edad, predomina el bajo nivel formativo (65 % sin estudios o con estudios primarios) y que viven solos/as (el 27 % sin pareja o viudos/as). Un tercio está jubilado y solo el 20% se mantiene la actividad laboral. La intensidad de dolor percibida es de 7 puntos (en una escala de 0 a 10), cuyo dolor se localiza en la zona lumbar (32.4%) y en las

extremidades inferiores (24%) en la mayoría de los casos. También en las extremidades superiores (9%), en la zona cervical (8.2%) o de forma generalizada (6.6%). Suelen presentar DC de larga evolución e incluso un 13% lo padece desde hace más de 10 años. Las derivaciones suelen proceder de traumatología y de Atención Primaria. La mayoría acuden con tratamiento analgésico mediante antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y más de la mitad será tratado con técnicas intervencionistas. Un 74% presenta comorbilidades, que suelen ser hipertensión, sobrepeso, dislipemia, ansiedad (26%) y/o depresión (28%). El 65.7% sufre de dolor musculoesquelético, el 13.3% neuropático, el 16.5% dolor mixto, el 9% fibromialgia y el 4.5% corresponde a otros tipos de dolor (Montero Matamala et al., 2011).

Actualidad de las Unidades de Tratamiento del Dolor

Un estudio sobre las Unidades del Dolor en España, realizado por la SED en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), señala que: El 70% de las UTD consideran que no disponen de los recursos necesarios para abordar completa y correctamente y que únicamente el 18% de las UTD españolas tienen medios para abordar los casos más complejos. Añaden que muchos pacientes deben esperar casi medio año para ser atendidos, que existe una discontinuidad asistencial hasta llegar a las UTD y que se necesita incorporar especialidades como la de neurología y la psicología para un abordaje integral que tenga en cuenta aspectos emocionales y sociales; ya que, únicamente el 36% pueden ofrecer una valoración psicológica (SED y ISCIII, 2018).

En España, la presencia de la figura psicológica en las UTD, de todos los niveles, es del 29% y del 51% si solo se tiene en cuenta las UTD Multidisciplinares (Castel et al., 2018). Quedando por debajo de lo que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, establece desde 2011 como recomendaciones de calidad y seguridad para las UTD Multidisciplinares (Palanca Sánchez et al., 2011). Comparado con otros países, la figura del profesional de psicología en las UTD es muy bajo, por ejemplo, en EE. UU., es obligatorio contar con facultativos de psicología en la plantilla para la acreditación de una UTD, en Canadá el 68% de las UTD tienen y en Australia el 91% (Burke, Denson, Mathias y Hogg, 2015; Williams, Eccleston y Morley, 2012).

3.1. La figura psicológica en las Unidades de Tratamiento del Dolor

El 95% de responsables de las UTD consideran imprescindible la figura psicológica por la necesidad de evaluar y tratar la elevada comorbilidad psicopatológica que se encuentran a diario, la necesidad de evaluaciones psicológicas a pacientes para determinados procedimientos, la importancia de tratar aspectos psicológicos vinculados a la afectación y evolución del DC, la eficacia de los tratamientos psicológicos en patologías dolorosas concretas y por la eficacia ampliamente probada de los tratamientos multidisciplinares en DC (Castel et al., 2018).

Abordaje y evaluación en el modelo biopsicosocial

Desde que el dolor se entiende como una experiencia que resulta de la interacción de diversas dimensiones y factores, los modelos biomédicos que lo tratan pasan de enfocarse únicamente en fenómenos fisiológicos a enfocarse también en:

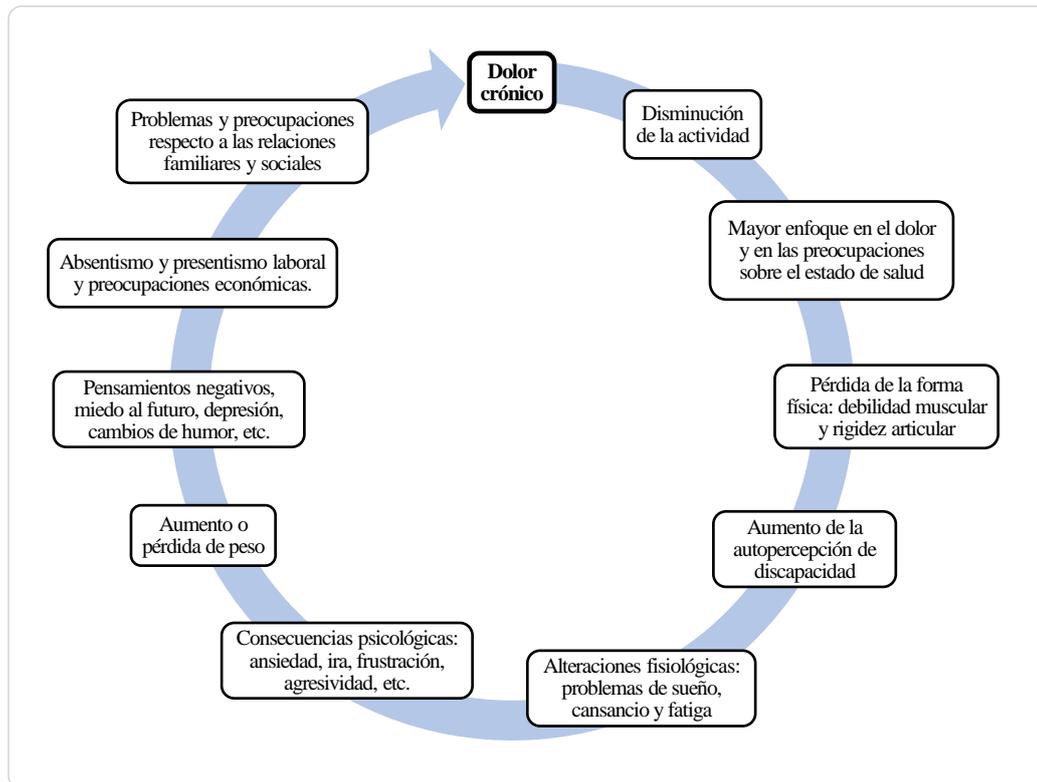
- Fenómenos biológicos personales, referidos a enfermedades previas, movilidad y anatomía.
- Fenómenos psicológicos respectivos a procesos cognitivos, formas de afrontamiento, presencia de psicopatología, perfil de personalidad y conducta de enfermedad.
- Fenómenos sociales y familiares relacionados con las relaciones afectivas, la satisfacción y el estrés laboral, la percepción de carga física y la compensación económica.

La integración de factores biológicos, neurológicos y fisiológicos, junto con factores psicológicos, conductuales, sociales y familiares, amplía el marco de comprensión hacia el DC y su discapacidad, mejorando las guías de tratamiento. Esta nueva perspectiva da lugar al actual Modelo Bisopsicosocial (Engel, 1977), que tiene en cuenta la interacción de estos factores y en cómo los elementos psicológicos, conductuales y sociales contribuyen al tratamiento y a la rehabilitación, dado que en multitud de casos estos factores se asocian a la exacerbación y mantenimiento del dolor (CIF, 2001; Robert J. Gatchel, Peng, Peters, Fuchs y Turk, 2007; D.C. Turk y Monarch, 2018).

En el caso del DC, existe un ciclo de evolución en el que estos factores tienen un gran peso. Al cronificarse el dolor, disminuye la actividad, lo que conduce al paciente a enfocarse y preocuparse más por su salud, cuerpo y dolencia determinada. Tales cambios atencionales

y de pensamiento, tienden a enfatizar los síntomas y a que el paciente se perciba discapacitado. Todo ello genera multitud de respuestas emocionales y fisiológicas, que en un contexto que facilite o favorezca este proceso, puede incluso impedir la adaptación a la patología, el alivio del dolor y la rehabilitación (Kim, Crouch y Olatunji, 2017; D.C. Turk y Monarch, 2018). Este proceso se presenta de forma gráfica en la Figura 1.

Figura 1. Ciclo del dolor crónico.



Nota: La figura circular representa el ciclo de evolución descrito en dolor crónico. Basado en Kim, Crouch y Olatunji (2017) y Turk y Monarch (2018).

Desde este enfoque, se diferencia, por una parte, la causa del dolor, y, por otra parte, la percepción que tiene el paciente acerca de su estado de salud y el efecto que la experiencia dolorosa tiene en su persona. Posteriormente, en el momento de intervenir, se considera estas dos partes de manera conjunta. Esta perspectiva de abordaje elabora programas multidisciplinares de tratamiento basados en el modelo cognitivo-conductual, el cual ha demostrado resultados positivos en cuanto a la disminución del dolor, del sufrimiento emocional y de la limitación funcional. Por lo que es el modelo más indicado para tratar el DC (SGADOR, 2017; D.C. Turk y Monarch, 2018).

Cuando el DC es abordado bajo este enfoque, en el momento de la evaluación se exploran las áreas que competen al dolor (tipología, evolución, intensidad, localización y características), a la funcionalidad (nivel de interferencia del dolor en la vida diaria) y al impacto que supone esta enfermedad en la calidad de vida del paciente. Específicamente se pretende identificar aquellos factores psicosociales que aumenten el riesgo de desarrollar o perpetuar la incapacidad a largo plazo. Para ello se indaga en las actitudes, creencias y expectativas acerca del dolor, el comportamiento ante él, los problemas derivados (litigios y compensaciones económicas), los problemas relacionados con el diagnóstico, la afectación emocional del paciente ante todo esto, como su familia influye o afecta en su dolor y las repercusiones a nivel laboral (Kendall, Linton y Main, 1997). Este modelo cognitivo-conductual basado en el enfoque biopsicosocial, sostiene que la forma en la que el paciente haga frente a su patología va a determinar que logre o no adaptarse al dolor. Por ello, los profesionales de la psicología que lo aplican proporcionan conocimientos sobre dolor y la patología determinada que presentan e inciden en modificar las creencias de discapacidad acerca del dolor y en la capacidad del paciente para enfrentarse a él. Estas intervenciones aspiran a la reducción de los niveles de ansiedad y depresión y al uso de estrategias activas y adaptativas de manejo del dolor, con el fin de alejarlos de la comorbilidad psicopatológica y de la incapacidad física (Pampín Conde, Cebral Polo y Navarro Mateos, 2017).

3.2. Tratamientos en Dolor Crónico

La Organización Mundial de la Salud determina que el alivio del dolor es un Derecho Humano (OMS, 2005). En el caso del DC, dada la complejidad multifactorial y las amplias repercusiones que ocasiona, es muy importante que los pacientes reciban el plan de tratamiento más adecuado para su tipo de dolor y circunstancias personales, tan pronto como sea posible, a fin de evitar comprometer su salud mental y la disminución en calidad de vida (Lynch et al., 2008; Torralba et al., 2014). Además, se debe tener presente, que, dada su naturaleza, el DC requiere un abordaje terapéutico mediante diversos métodos que incluyen, no sólo la farmacología o la intervención física o quirúrgica, sino también psicoterapia y terapia social (Cerveró, 2016).

La prevención como primer tratamiento

Cuando se habla de dolor, se pueden diferenciar tres niveles de prevención:

- 1) *La prevención primaria* es la que, mediante sus iniciativas, protege a las personas de la aparición del dolor agudo en sus vidas. Esta labor se lleva a cabo mediante actuaciones ocupacionales (planes para la reducción de accidentes y lesiones laborales, ejercicios físicos, higiene postural, programas educativos, adaptaciones ergonómicas, etc) y mediante un buen control postquirúrgico (educación en dolor, intervención psicológica y farmacoterapia y anestesia pre y post cirugía) (Schaefer, 2020).
- 2) *La prevención secundaria* tiene como objetivo limitar la progresión del dolor agudo hacia el crónico. Para ello se centra en identificar los factores de riesgo para que prospere la cronicidad (biológicos, sociodemográficos, ocupacionales, psicológicos, psicosociales, de manejo del dolor, económicos, socioculturales, familiares, etc.) (Kaiser, 2020).
- 3) *La prevención terciaria* trabaja para que, en una patología dolorosa crónica ya establecida, se reduzca el máximo posible el desarrollo de la discapacidad, el descuido propio o la pérdida del trabajo o de contactos sociales. Se basa en reducir todas las consecuencias del DC (Kaiser, 2020). Se han reconocido guías de tratamiento interdisciplinar para la amplia afectación del DC (Schatman, 2012) aunque dada su complejidad, se recomienda un abordaje mediante tratamientos específicos y personalizados para cada paciente y tipo de dolor (Dragioti, Evangelou, Larsson y Gerdle, 2018).

Según la guía sobre las mejores prácticas clínicas en abordaje y manejo de dolor (U.S. Department of Health and Human Services, 2019), en la intervención del dolor se deben considerar los tratamientos farmacológicos, intervencionistas, rehabilitadores, psicológicos y complementarios. En adición, en DC se determina que, para obtener resultados beneficiosos es aconsejable asociar fármacos que actúen en distintos mecanismos (Puig, 2008; Vergne-Salle, 2016) junto con la consideración de terapias no farmacológicas, para una intervención a distintos niveles (Correa-Illanes, 2014).

Tratamientos farmacológicos

Para poder prescribir un tratamiento adecuado en DC, se debe tener en cuenta el mecanismo específico de éste (nocicepción, neuropatía, inflamación o combinaciones de todos ellos). Este nuevo enfoque hacia la clásica escala analgésica, permite tratar el dolor de acuerdo con su origen y sintomatología particular (Lussier y Beaulieu, 2010; Sánchez Jiménez et al., 2016). Los grupos de fármacos que se tienen en cuenta son (ACPA, 2020):

Analgésicos no opioides: Grupo heterogéneo de fármacos que poseen actividad analgésica, antiinflamatoria, antiplaquetaria y antipirética. Los más conocidos son los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (Diclofenaco, Ibuprofeno, Naproxeno, etc.), los antipiréticos (Paracetamol) y otros derivados (Metamizol). También los corticoides, lidocaína y capsaicina (Vizcaíno Martínez, Rey Calvete y del Corral Lorenzo, 2017).

Analgésicos Opioides: Resultan los analgésicos más eficaces hasta el momento, aunque los efectos secundarios (dependencia física y psíquica entre muchos otros) limitan las dosis necesarias para obtener una analgesia completa. Pueden tener un efecto menor (Codeína y Tramadol) o mayor (morfina, fentanilo, metadona, meperidina, oxicodona, tapentadol, buprenorfina, hidromorfona) (Freire Vila, de la Iglesia López y Rey Calvete, 2016).

Analgésicos coadyuvantes: Fármacos inicialmente usados en el tratamiento de otras patologías no dolorosas, pero con acción analgésica para determinados dolores (Del Corral Lorenzo, Vizcaíno Martínez y de la Iglesia López, 2016):

- Antiepilépticos o anticonvulsivantes: Bloqueadores de los canales de sodio (carbamacepina, oxcarbacepina fenitoína y lamotrigina) y liberadores de la actividad GABA (gabapentina, pregabalina y topiramato) (De Sanctis-Briggs et al., 2011).
- Antidepresivos: duales inhibidores de la serotonina y noradrelina, (duloxetina, venlafaxina y bupropión) y tricíclicos (amitriptilina y nortriptilina) (ACPA, 2020).
- Neurolépticos: La Levomepromazina posee acción analgésica (ACPA, 2020)
- Otros grupos de fármacos: Son medicamentos sin propiedades para el alivio del dolor por sí mismos, pero forman parte del tratamiento en DC para tratar las repercusiones de éste, como puede ser la depresión (antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina), la ansiedad, el insomnio y los espasmos musculares (ansiolíticos).

El tratamiento del DC Nc puede guiarse de la escala analgésica del dolor en un inicio, si es de tipo inflamatorio puede ser tratado mediante AINEs y si no lo es, con analgésicos no opioides y opioides, añadiendo adyuvantes si fuera necesario. El DC Ne, en cambio, suele ser tratado mediante antidepresivos y antiepilépticos. Los antidepresivos tricíclicos (Amitriptilina), antidepresivos duales (Duloxetina y Venlafaxina) y los antiepilépticos (Gabapentina y Pregabalina), se consideran los fármacos de primera línea para su tratamiento (ACPA, 2020; Vergne-Salle, 2016). En especial la Duloxetina, que disminuye significativamente la neuropatía motora y la intensidad de la neuropatía (Farshchian, Alavi, Heydarheydari y Moradian, 2018). También la Pregabalina, que produce un alivio rápido y significativo, mejora la calidad del sueño y no interactúa con otros fármacos, en pacientes con comorbilidades y medicación coadyuvante (De Sanctis-Briggs et al., 2011).

Tratamientos intervencionistas

Las técnicas intervencionistas son un conjunto variado de procedimientos médicos llevados a cabo en las UDT. Suelen ser ambulatorios y se practican en la zona nerviosa afectada. Se realizan de manera percutánea para infiltrar medicación en la estructura nerviosa causante de dolor, para la ablación de estructuras nerviosas y para implantaciones. Las técnicas más habituales son los bloqueos analgésicos nerviosos mediante infiltraciones, la radiofrecuencia, la neuroestimulación y el implante de bombas de infusión (ACPA, 2020; Narváez Tamayo, 2015).

Tratamientos rehabilitadores físicos

Orientados a recuperar el funcionamiento y corregir las mal adaptaciones del cuerpo como consecuencia directa del dolor. Deben formar parte de un plan de tratamiento multidisciplinario. Juegan un papel muy importante en la disminución del impacto en la funcionalidad que supone el dolor. Incluyen intervenciones fisioterapéuticas, ejercicio terapéutico y otras modalidades de movimiento. Los más empleados son los masajes terapéuticos, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), las intervenciones de tracción, los programas de ejercicios personalizados, la aplicación de frío y/o calor, el ultrasonido terapéutico, vendajes funcionales, soportes temporales, movilizaciones y manipulaciones articulares (U.S. Department of Health and Human Services, 2019).

Tratamientos psicológicos

Su objetivo es mejorar la experiencia general del dolor y rehabilitar la funcionalidad diaria de los pacientes, mediante el abordaje e intervención de factores emocionales, cognitivos, conductuales y sociales que, como consecuencia directa del dolor, contribuyen al estrés, a la psicopatología y al deterioro de la calidad de vida. No solo se orientan al estado del ánimo, sino también a los patrones cognitivos presentes, al funcionamiento físico, a las conductas de dolor y a la adhesión al tratamiento, tanto farmacológico como físico. Los modelos psicoterapéuticos más usados son diversos y poseen distintas facetas por lo que, con facilidad existe cierta superposición en el uso de técnicas o enfoques determinados. En adición, las psicoterapias pueden funcionar y obtener resultados positivos, ya sea por el uso de sus procesos específicos, es decir, las técnicas y el enfoque usado; o por procesos inespecíficos, como es, por ejemplo, la mejora de la angustia por el apoyo, comprensión y espacio de expresión que da el profesional de la psicología (Cunningham, Kashikar-Zuck y Coghill, 2019; U.S. Department of Health and Human Services, 2019):

- *Educación en neurociencia del dolor (PNE)*: Se recomienda como inicio y base en la intervención psicológica específica en dolor. Facilita la reconceptualización del dolor para poder afrontar correctamente el DC. Trabaja con los principios de la supervivencia humana y con la percepción de la experiencia dolorosa. Favorece la reestructuración cognitiva sobre creencias negativas y distorsionadas (Moseley y Butler, 2015).
- *Terapia cognitivo conductual*: Interviene para cambiar los pensamientos que generan sentimientos y conductas negativas ante el dolor (desesperanza, indefensión o pérdida de autocontrol, discapacidad) para reducir el comportamiento desadaptativo, dotar de herramientas y habilidades para enfrentar el dolor y restaurar el funcionamiento general. Se usa la psicoeducación sobre la relación entre factores psicológicos y el dolor, reestructuración de patrones de pensamiento desadaptativos, capacitación en estrategias de enfrentamiento, técnicas de relajación, biofeedback o instrumentos de registro de actividad. Se ha demostrado ampliamente su efectividad y por ello es muy usada en DC. Tiene un impacto positivo en el manejo de emociones, en la autoeficacia y en el funcionamiento general; también reduce la discapacidad, la percepción de intensidad del dolor y los pensamientos catastrofistas (Cunningham et al., 2019).

- *Terapia conductual*: Reduce las conductas de dolor desadaptativas y aumenta las conductas adaptativas de cuidado y manejo del dolor. Mejora la funcionalidad y disminuye el miedo y la ansiedad (Sanabria-Mazo et al., 2023).
- *Terapia de aceptación y compromiso*: Es una forma de terapia cognitivo conductual, que enfatiza la observación y la aceptación de pensamientos y emociones. Enseña a aceptar las experiencias psicológicas y físicas, en lugar de resistirse y desafiarlas (Feliu-Soler et al., 2018; Sanabria-Mazo et al., 2023).
- *Terapia de reducción del estrés basada en Mindfulness o en la atención plena*: Entrena en meditación de atención plena para mejorar la conciencia corporal y la aceptación de las experiencias físicas y psicológicas del dolor. Enseña a los pacientes a autorregularse emocionalmente y en su experiencia de dolor. Tiene resultados positivos en la disminución de la intensidad de dolor y de la fatiga, en la calidad del sueño y en el funcionamiento físico (Pardos-Gascón et al., 2021).
- *Terapia de conciencia y expresión emocional*: Centrada en las emociones y orientada a pacientes con antecedentes de trauma o adversidad psicosocial que padecen dolor generalizado. Conciencia a los pacientes que su experiencia de dolor se ve exacerbada o mantenida por experiencias emocionales activas sin resolver y enseña a expresar emociones reprimidas o evitadas. Disminuye tanto la intensidad como la interferencia del dolor, así como los síntomas depresivos.
- *Enfoques multimodal, autorreguladores/psicofisiológicos*: Combinación simultánea de PNE, psicoterapias y enfoques basados en la conexión mente-cuerpo. Tienen como objetivo desarrollar el conocimiento y el control sobre su fisiología y sus respuestas psicológicas ante el dolor. Incluyen técnicas cognitivas, también biofeedback o biorretroalimentación (registros de actividad corporal y psicológica), movimiento y ejercicio terapéutico, conexión con la naturaleza y otras personas afectadas, entrenamiento en relajación (alteración de los procesos atencionales) y en atención plena (enfocar la atención y alterar la experiencia de dolor). Abarca todas las áreas afectadas y aporta múltiples beneficios (Serrat et al., 2021).

Tratamientos complementarios e integrativos

Se trata de prácticas que se utilizan junto con los tratamientos convencionales anteriormente comentados. Tienen un enfoque holístico e integrativo y consisten en una variedad de intervenciones, que incluyen la acupuntura, masajes, intervenciones

conductuales de mente-cuerpo, manipulación osteopática y quiropráctica, terapias meditativas de movimiento como yoga y thai chi y productos naturales (U.S. Department of Health and Human Services, 2019).

4. PSICOPATOLOGÍA Y DOLOR CRÓNICO

4.1. Impacto neurofisiológico

El impacto que tiene el DC en el cerebro es alto y diverso. Produce cambios en el tálamo, en la ínsula y en las cortezas sensoriales, afectando el procesamiento nociceptivo. También afecta a la corteza medial prefrontal, perturbando el procesamiento autorreferencial. Y en gran medida, tiene repercusiones directas en la amígdala y en la corteza cingulada anterior, alterando el estado del ánimo. Definitivamente, el DC está asociado a cambios patológicos en las áreas cerebrales del sistema límbico, encargado de regular las respuestas fisiológicas y emocionales de nuestro cuerpo (Tajerian et al., 2014).

Cuando el procesamiento nociceptivo se altera, es probable que se vinculen las regiones sensoriales con las afectivas y se amplifique la experiencia de dolor. Gracias a los avances en las técnicas de neuroimagen se ha podido mostrar la interrelación entre procesos psicológicos y fisiológicos (Castel et al., 2018). En los últimos años, se ha demostrado ampliamente que las vías sensoriales involucradas en el procesamiento del dolor comparten las mismas regiones cerebrales que las involucradas en el manejo del estado de ánimo. Los cambios en el sistema límbico, junto con los sistemas serotoninérgicos y de noradrenalina, que tienen lugar en la aparición, mantenimiento y desarrollo del dolor, forman la base estructural perfecta para la coexistencia del dolor y la psicopatología, en especial, de la depresión (IsHak et al., 2018; Meerwijk, Ford y Weiss, 2013; Sheng, Liu, Wang, Cui y Zhang, 2017) ya que comparten factores neurobiológicos y psicosociales subyacentes (Narusyte, Ropponen, Mittendorfer-Rutz y Svedberg, 2020). Tales cambios también favorecen la aparición de la ansiedad puesto que, tanto en estados de reposo cerebral como de actividad, los estímulos internos y externos, mantienen una activación sostenida al dolor (Cunningham et al., 2019). Es por ello el DC es calificado como una de las mayores fuentes de estrés a las que puede estar sometido un individuo (Castel et al., 2018) y que los trastornos depresivos y ansiosos estén tan fuertemente vinculados al DC (I. Failde y Dueñas, 2016).

4.2. Impacto desde el modelo biopsicosocial

Como se ha comentado con anterioridad, el modelo biopsicosocial (Engel, 1977), considerado esencial en el manejo del dolor, integra factores biológicos, neurológicos y fisiológicos, con factores psicológicos, conductuales, sociales y familiares, amplía el marco

de comprensión hacia el DC y su discapacidad, mejorando las guías de tratamiento. Tiene en cuenta la interacción de estos factores y en cómo los elementos psicológicos, conductuales y sociales contribuyen al curso, al tratamiento y a la rehabilitación, dado que en multitud de casos estos factores se asocian a la exacerbación y mantenimiento del dolor (Beneitez y Nieto, 2016; CIF, 2001; Robert J. Gatchel et al., 2007; D.C. Turk y Monarch, 2018).

Cuando un individuo padece DC se produce un reajuste mental trascendente en su vida, que acaba modificando su cognición. Es decir, ante el dolor se cambian y adaptan los procesos cognitivos usados para gestionar la información del ambiente (orientación, lenguaje, memoria, comprensión, atención, percepción, etc.) con el fin de adaptarse a la nueva realidad/situación. También se producen cambios en los esquemas cognitivos encargados de clasificar y ordenar la información y que, finalmente definen el conocimiento a través de las experiencias. Simultáneamente a este reajuste, deben hacer frente a dificultades e impedimentos físicos, emocionales, cognitivos, relacionales, familiares, laborales y socioeconómicos. Así pues, se acaba modificando el resultado final del procesamiento de la información, particularmente, en todas las estrategias de afrontamiento que deben adoptar, lo que resulta en un cambio de conducta cotidiana del individuo que, a su vez, repercute en el procesamiento de la información que obtiene del ambiente. Este complejo proceso de readaptación continua repercute emocionalmente, por lo que el individuo con DC se ve frecuentemente inundado de exceso de pensamientos negativos, creencias de no poder controlar la situación, falta de autoeficacia cuando lo intenta, indefensión, agotamiento y miedo. Tal conjunción va creando un entramado de sintomatología afectiva negativa, especialmente de depresión y ansiedad, que a su vez favorecen el mantenimiento del proceso doloroso (I. Failde y Dueñas, 2016). En dicho proceso intervienen factores emocionales como el temor (miedo, ansiedad y evitación), la tristeza (expectativas y dolor) y el estrés emocional (presentar múltiples síntomas psíquicos y físicos que causan una sobreactivación del sistema nervioso autónomo). También factores cognitivos como las creencias (interpretaciones sociales del DC), la catastrofización (sobredimensión que conduce a la peor situación posible) y la autoeficacia (creencia en las propias capacidades). Del mismo modo, influye la conducta de enfermedad (si una conducta es eficaz contra el DC se repetirá), la comunicación emocional del DC, la empatía, el apego y las experiencias traumáticas previas (Margarita González, 2014). Ante la complejidad y el malestar que produce el DC, los individuos que lo padecen sienten que sus expectativas vitales no se satisfacen, por ello buscan constantemente un sentido a lo que les está ocurriendo y nuevas formas y perspectivas desde

las que hacerle frente. Deben replantearse sus posibilidades, su autoconcepto y todo lo que antes del dolor estaba asentado a nivel cognitivo. El proceso de adaptación y aceptación pasa por dejar de focalizar la atención en sus limitaciones e incorporar nuevos significados positivos a su realidad (Almendro Marín et al., 2011).

Por todo lo mencionado, desde hace décadas (Sternbach, 1978), la psicología ha extendido su ámbito al estudio del dolor debido a la influencia emocional que se involucra en el complejo proceso.

4.3. Impacto psicopatológico

Las personas que padecen DC intentan activamente adaptarse al mismo, desarrollando patrones de cognición y comportamiento en respuesta al dolor. Tras repetidos intentos fallidos, se sienten incapaces de generar nuevos estilos resolutivos por sí mismos, lo que conduce hacia un ciclo repetitivo de dolor, malestar subjetivo, desánimo, angustia, sensación de discapacidad, falta de autoeficacia, replanteamiento de posibilidades y autoconcepto, pensamientos negativos, creencias limitantes, indefensión, agotamiento y miedo (Arango-Dávila y Rincón-Hoyos, 2018; D'ippolito, Purgato y Buzzi, 2020; Edwards et al., 2016). El tipo de estrategias y habilidades para afrontar situaciones estresantes como el DC estarán influenciadas por la personalidad de cada individuo (Dixon-Gordon, Conkey y Whalen, 2018; Lennox Thompson, Gage y Kirk, 2020; X. Torres, 2018; Williams, Fisher, Hearn y Eccleston, 2020) y, a su vez, ésta se podrá ver alterada por el mismo DC (García-Fontanals et al., 2017; Kato et al., 2017; T. Millon y Davis, 1998; Naylor, Boag y Gustin, 2017). Los rasgos o patrones de la personalidad (PP) ante un estresor continuo, en este caso el DC, generan respuestas menos adaptativas, potenciándose en sí mismos (Shapiro, Kulich y Schatman, 2020) y, no solo perjudicando el pronóstico clínico, sino también afectando múltiples áreas de su vida (Galli, Tanzilli, Pompili y Bagby, 2021).

En la población que sufre DC, el diagnóstico de depresión fluctúa entre 20-94%, el de depresión mayor entre 20-30%, el de crisis de angustia y trastorno de ansiedad generalizada, alrededor del 19-30% y entre el 30-93% presentan sintomatología ansiosa (Arango-Dávila y Rincón-Hoyos, 2018; Dueñas et al., 2015; Concepción Pérez et al., 2017; Velly y Mohit, 2018). Es habitual que en las UTD, los trastornos depresivos se detecten en más de la mitad de pacientes, triplicando el porcentaje de pacientes ansiosos de la población general (Dennis C. Turk et al., 2016; Velly y Mohit, 2018), especialmente para el DC que cursa con

neuropatía (Colloca et al., 2017; I. Failde et al., 2018; Finnerup et al., 2016; Park, Jang, Oh y Lee, 2020).

La comorbilidad depresiva en DC influye en el dolor impidiendo el uso de estrategias que mejoren el proceso doloroso e intensificando negativamente dicho proceso al generar una visión negativa sobre uno mismo, los demás y el futuro; en especial, en relación con la discapacidad y necesidad de ayuda que genera (Gallach-Solano, Canós-Verdecho y Morales Suárez-Varela, 2016; Velly y Mohit, 2018), puesto que implica mayor severidad, percepción del dolor y pensamientos catastrofistas y negativos, junto con menor autocontrol y mayor riesgo de insomnio, suicidio y abuso de sustancias (Baastrup et al., 2016). En la misma dinámica bidireccional, la ansiedad comórbida mantiene y potencia el DC aumentando la tensión muscular y elevando la autopercepción del dolor y, con ello, su intensidad (Arango-Dávila y Rincón-Hoyos, 2018; Lanzara et al., 2020). Ambas comorbilidades se relacionan con baja adhesión al tratamiento y reducción de la actividad diaria (Arango-Dávila y Rincón-Hoyos, 2018; Baastrup et al., 2016; D'ippolito et al., 2020; Edwards et al., 2016; Lanzara et al., 2020; Dennis C. Turk et al., 2016) y su presencia es uno de los determinantes significativos para la discapacidad relacionada con el DC (Palomo-Osuna et al., 2021; Dennis C. Turk et al., 2016). En análisis comparativos entre DC Nc y Ne, suelen mostrar mayores prevalencias de psicopatología aquellos pacientes que cursan con neuropatía (Colloca et al., 2017; I. Failde et al., 2018; Finnerup et al., 2016; Park et al., 2020; Concepción Pérez et al., 2017; Scholz et al., 2019).

Así, el diagnóstico y tratamiento de la depresión en pacientes con DC es indispensable dada la influencia que la depresión tiene sobre el dolor y dado el mayor impacto vital que sufre el paciente. Los pacientes que presentan simultáneamente DC y depresión tienen un cuadro clínico más grave, con una mayor discapacidad, percepción del dolor y cantidad de pensamientos catastrofistas y negativos relacionados con el dolor. Además, muestran menos autocontrol y más riesgo de suicidio y de abuso de sustancias que aquellos pacientes con dolor, pero sin clínica depresiva (Baastrup et al., 2016; Bulbena y Martín, 2007; Demyttenaere et al., 2007; Duffy, Warburg, Koelle, Werner y Nielsen, 2015; Gureje et al., 2008; Serra, 2007). El trastorno depresivo más habitual entre pacientes con DC es la depresión mayor, cuya prevalencia oscila entre el 13% y el 85% (Bair, Robinson, Katon y Kroenke, 2003). Por la presencia de DC se aumenta la duración de la sintomatología depresiva y se eleva el riesgo si existe neuropatía en el dolor (Ohayon y Schatzberg, 2003).

5. PERSONALIDAD Y DOLOR CRÓNICO

La personalidad se compone de predisposiciones estables que determinan un patrón intrínseco y característico de pensamiento, de emoción y de conducta. Tales predisposiciones pueden facilitar o entorpecer la salud en general, así como mejorar o agravar la evolución de una enfermedad. En el caso concreto del DC, la personalidad de quien lo padece puede influir tanto en la intensidad de los síntomas como en la respuesta afectiva a ellos. También en el modo en que se determina su relevancia, la aceptación, la capacidad subjetiva de manejo, el estilo de afrontamiento hacia el dolor, la interacción con los profesionales sanitarios, la respuesta terapéutica y la percepción de mejoría (X. Torres, 2018).

5.1. La personalidad entendida en un continuum

La personalidad se refiere al patrón de pensamientos, sentimientos, ajustes sociales y comportamientos exhibidos y característicos de una persona. Influye en las expectativas, autopercepciones, valores y actitudes del individuo. Tiene cierta consistencia y estabilidad a lo largo del tiempo, así que posee cierto grado de predictibilidad ante las reacciones a otras personas, problemas y estrés (Allport, 1937; Winnie y Gittinger, 1973). La personalidad de cada individuo se va organizando, modulando y estructurando desde su nacimiento como resultado de la interacción constante entre la persona y su ambiente. El tipo de apego, es decir, la calidad y estabilidad de los intercambios relacionales, el éxito del proceso de diferenciación entre el sujeto y su entorno y el proceso de separación-individualización, junto con el refuerzo que desee, donde lo busque y que haga para obtenerlo; resulta crucial en el desarrollo de la personalidad (P. H. Jeammet, Consoli y Reynaud, 1999; T. Millon y Everly, 1994; T Millon, 1976).

El apego es considerado uno de los más importantes sistemas organizativos para la supervivencia y funcionamiento en los seres vivos, en especial en las etapas vitales más frágiles, peligrosas o adversas (como la niñez, vejez o afectaciones en la salud) (Bowlby, 1969; Darwin, 1921). Las situaciones que activan las estrategias para buscar la seguridad y alejarse del riesgo vital son amplias y diversas, pudiendo ser externas (enfermedades, pobreza, guerras) y/o internas (soledad, no pertenencia, depresión). Todas ellas van a condicionar la construcción y funcionalidad de la personalidad (Bowlby, 1969). En consecuencia, la comprensión de los distintos aspectos del apego en un individuo, puede

resignificar aquellas estrategias consideradas como no adaptativas/patológicas, al ser observadas como formas evolutivas de adaptación y protección a ambientes disfuncionales o situaciones de peligro/estrés constante (Álvarez-Segura y Lacasa Saludas, 2022) como puede ser el DC.

Cuando los patrones de la personalidad (PP) son capaces de afrontar el ambiente de un modo dúctil y adaptativo, se amoldan con un repertorio de estrategias flexibles y diversas y cuando sus percepciones y sus conductas típicas fomentan el aumento de la satisfacción personal; es posible hablar de una personalidad sana, adaptativa o no patológica. Por el contrario, cuando los PP son incapaces de adaptarse, siendo inflexibles en su patrón de pensamiento, emoción y conducta; consecuentemente, provocan una cronicidad (círculos vicios de conductas y pensamientos que perpetúan las dificultades) y permanencia de estos patrones desadaptativos (con escasa estabilidad en condiciones de estrés) (T. Millon y Davis, 1998; T. Millon y Escovar, 1999; T Millon, 1976; Theodore Millon, 2002). Entonces, se puede hablar de una personalidad desadaptativa, patológica o de un trastorno de la personalidad (TP) (T. Millon y Escovar, 1999). Tales realidades existen como extremos relativos en un continuum y no deben entenderse como categorías nominales dado que no existe una línea divisoria entre las dos (Theodore Millon, 2002).

La personalidad desde el enfoque integrador y continuo del doctor en psicología Theodore Millon, resulta relevante frente al estudio del DC dado que hace uso de los principios de la Teoría de la Evolución (Darwin, 1921), ligados a la supervivencia mediante la capacidad de adaptación y se sustenta en el modelo científico imperante actual en psicología clínica basado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM 5, influenciado desde 1976 por él mismo.

Para el autor, la personalidad de un individuo sería el sistema adaptativo de supervivencia que exhibe frente a sus ambientes habituales y estresores (es decir, los PP), y los TP serían sistemas desadaptativos para la supervivencia (T. Millon y Davis, 1998; T. Millon y Everly, 1994; T Millon, 1976, 1990). Por ello, los PP ante un estresor continuo, en este caso el DC, generan respuestas cada vez menos adaptativas (Dixon-Gordon et al., 2018; Ibrahim, Weber, Courvoisier y Genevay, 2020; Naylor et al., 2017; Vachon-Pressseau et al., 2019; Weisberg, 2000), potenciándose en sí mismos (Shapiro et al., 2020) y, no solo perjudicando el pronóstico clínico, sino también afectando múltiples áreas de su vida (Galli et al., 2021).

5.2. Clasificación de la personalidad

Teniendo en cuenta la clasificación del DSM-5 existen diez TP específicos, clasificados en tres grupos o comúnmente llamados clústeres y otros trastornos no específicos. Bajo el enfoque de Millon existen los mismos diez PP de personalidad, además de añadir otros cuatro derivados. A continuación, se muestra esta información a modo de tabla comparativa:

Tabla 4. Clasificación de la personalidad según el DSM-5 y Theodore Millon

	DSM-5	Theodore Millon
Clúster A	Son caracterizados por un notable aislamiento interpersonal y social, distorsiones en la forma de entender la realidad, llamativa dificultad para aprender las habilidades sociales más elementales, percepciones distorsionadas y actitudes de desconfianza. Las personas que lo presentan suelen ser percibidas por otros como raras, frías, inexpresivas y socialmente aisladas.	
A1. Paranoide	Muestran desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos. Se manifiesta con sospechas de explotación o daño hacia su persona, preocupación por la lealtad/fidelidad, poca o nula disposición a confiar en los demás por si se vuelven en su contra, lectura de amenazas o significados ocultos, rencor persistente y percepción continua de ataque.	Considerado grave. Muestran desconfianza vigilante respecto de los demás. Se defienden ansiosa y anticipadamente contra los engaños y las críticas. Presentan irritabilidad y tendencia a la exasperación precipitada y colérica. Se resisten al control o influencias externas (aunque sean terapéuticas) por su miedo a la pérdida de independencia. Se caracterizan por la inmutabilidad de sus sentimientos y la rigidez de sus pensamientos.
A2. Esquizoide	Patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones en contextos interpersonales. El individuo afectado no desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia, elige actividades solitarias, muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona. disfruta con pocas o con ninguna actividad, no tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado, es indiferente a las alabanzas/críticas de los demás y se muestra emocionalmente frío, desapegado o con afectividad plana.	Caracterizados por su falta de deseo y su incapacidad emocional para experimentar placer o dolor intenso. Tendencia a la apatía, distanciamiento social y desgana. Sus emociones y necesidades afectivas son mínimas. Se posicionan como observadores pasivos y restan totalmente indiferentes a las recompensas y afectos, así como a las demandas de relaciones de los demás.
A3. Esquizotípico	Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas, así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico. Tienen ideas de referencia creencias extrañas, pensamientos mágicos y experiencias perceptivas como ilusiones corporales. Suelen tener pensamientos y discursos extraños, también muestran suspicacia o ideas paranoides. Su afecto es inapropiado o limitado, su comportamiento o aspecto es extraño, excéntrico o peculiar. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado. Sufre ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.	Considerado grave. Se comportan de forma excéntrica y son percibidos como extraños o diferentes. Muestran preferencia por el aislamiento social, con mínimas obligaciones y relaciones personales. Piensan de forma tangencial y con frecuencia parecen estar absortos en sí mismos. Experimentan falta de regulación de sus pensamientos Parecen presentar características del espectro autista.

Clúster B	Patrón de comportamientos impulsivos, emotividad excesiva y grandiosidad. Presentan labilidad afectiva y dificultad para controlar los impulsos, con los consiguientes problemas para la adaptación social. Se perciben como dramáticos, emotivos e inestables.	
B1. Antisocial	Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás a partir de los 18 años. Se produce desde los 15 años (con previas muestras de trastorno de conducta anterior). Suelen incumplir las normas sociales respecto a los comportamientos legales, tienen actuaciones repetidas que son motivo de detención. Suelen engañar y mentir repetidas veces, utilizan alias o estafan para provecho o placer personal. Muestran impulsividad o fracaso para planear con antelación. También irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas. Desatienden imprudentemente la seguridad propia/de los demás. Muestran irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas. Existe una ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización de haber herido, maltratado o robado a alguien.	Actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y desprecio, mediante comportamientos irresponsables, inmaduros e ilegales para manipular el entorno a su favor. Reflejan deseo de autonomía y de venganza y recompensa, ya que sienten haber sido maltratados. Justifican su comportamiento asumiendo que los demás son informales y desleales. Su insensibilidad y crueldad son sus medios para evitar abusos y convertirse en víctimas.
B2. Límite	Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa. Suelen realizar esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. Sus relaciones interpersonales son inestables e intensas, se caracterizan por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación. Pueden sufrir de alteración de la identidad. Muestran impulsividad en áreas potencialmente autolesivas. Tienen comportamientos, actitudes y amenazas recurrentes de suicidio/autolesión. Intensa inestabilidad afectiva y sensación crónica de vacío. También dificultad para controlar la ira e ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.	Considerado grave. Experimentan falta de regulación del afecto, expresando inestabilidad y labilidad en períodos recurrentes de depresión y apatía, frecuentemente entremezclados con ira, ansiedad o euforia. Tienen dificultades para mantener un claro sentido de identidad y muestran una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los demás. Extremadamente preocupados por asegurar el cariño de los demás. A menudo es la base de otros TP.
B3. Histriónico	Patrón dominante de emotividad excesiva y de búsqueda de atención. El individuo se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención. Su interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor y/o provocativo inapropiado, usa constantemente su aspecto físico para atraer la atención. Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones. Tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalles. Muestra autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de las emociones. Fácilmente sugestionable e influenciado, considera sus relaciones más íntimas de lo que son.	Buscan atención y afecto insaciablemente (incluso indiscriminadamente). Sus comportamientos sociales inteligentes y frecuentemente manipulativos, les dan la apariencia de autoconfianza, sin embargo, yace una autoestima frágil. Evitan el desinterés o la desaprobación de los demás y necesitan repetidas señales de aceptación y aprobación. Recurren a los demás, en igual medida que los estilos dependientes, pero suelen actuar de forma superficial y manipulativa para aumentar al máximo la cantidad de atención y favores que reciben.
B4. Narcisista	Patrón dominante de grandeza (fantasía y/o comportamiento), de necesidad de admiración y falta de empatía. Posee sentimientos de grandeza y prepotencia, es arrogante, exagera sus logros y talentos y espera ser reconocido como superior. Absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado. Se cree que es "especial" y único, y que sólo pueden comprenderle o relacionarse sus iguales. Tiene una necesidad excesiva de admiración y espera que se le trate privilegiadamente. Carece de empatía, por lo que suele explotar las relaciones interpersonales para sus propios fines. Con frecuencia envidia a los demás o cree que éstos le envidian.	Muestran actitudes egoístas y de autoconfianza arrogante. Sienten placer primario por permanecer pasivos, o centrados en sí mismos. Sobreestimar su propio valor y presumen de que los demás reconocerán sus particularidades. Suelen explotar a los demás a su antojo.

Clúster C	Catalogados como ansiosos y temerosos. Caracterizados por el miedo e inseguridad generalizados, elevados grados de ansiedad, especial sensibilidad al castigo, con reacciones emocionales que interfieren en el aprendizaje y desorganizan la conducta, incapacidad de adquirir estrategias de afrontamiento y grandes dificultades para la vida autónoma y el equilibrio emocional.	
C1. Evitativo	Patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa. Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo. Muestra poca o nula disposición a establecer relaciones a menos que haya la seguridad de ser apreciado. Cuando las tiene, se muestra retraído por miedo a que lo avergüencen o ridiculicen. Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás por lo que muestra inhibición en nuevas situaciones interpersonales. Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas.	Experimentan pocos refuerzos positivos de sí mismos y de los demás. Su estrategia adaptativa refleja su miedo y desconfianza hacia los demás.
C2. Dependiente	Necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación. Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la tranquilización excesiva de otras personas. Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida. Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación y para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo. Suele hacer voluntariamente cosas que le desagradan para obtener la aceptación y apoyo de los demás. Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo. Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen. Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.	Carentes de autonomía e iniciativa. Buscan y adoptan un papel pasivo en las relaciones interpersonales tras conocer qué atenciones pueden encontrar y sometiendo a los deseos de otros a fin de mantener su afecto, protección y seguridad. Esperan pasivamente que otros tomen el mando y le proporcionen seguridad y protección. Es frecuentemente una consecuencia de la sobreprotección parental.
C3. Obsesivo –Compulsivo	Patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia. Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad. Muestra un perfeccionismo que interfiere con la terminación de las tareas y una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y los amigos. Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores e incapaz de deshacerse de objetos deteriorados o inútiles. Poco dispuesto a delegar tareas a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas. Es avaro hacia sí mismo y hacia los demás, mostrando rigidez y obstinación.	Muestran una conducta prudente, controlada y perfeccionista derivada de un conflicto entre la hostilidad (por haber sido forzados a aceptar imposiciones y condiciones de otros) y el temor a la desaprobación social. Suprimen el resentimiento y establecen elevadas exigencias sobre sí mismos y los demás.

Trastorno de la personalidad no especificado: Se usa ante la presencia de características de más de un TP pero que no cumplen los criterios completos para poder diagnosticarlo (personalidad mixta) o cuando se presenta un TP que no está incluido en la clasificación actual.

Nota: Basado en American Psychiatric Association (2014) y T. Millon et al. (2009).

Otros estilos de la personalidad considerados

a) *Personalidad depresiva*: Experimenta dolor y temor de forma continua y ya no considera posible sentir placer. Su estado es de tristeza, pesimismo, falta de energía, incapacidad para experimentar algo placentero o positivo y un aparente retardo motor y necesidad de cuidados (Características compatibles con el Clúster C) (T. Millon, Davis y Millon, 2007).

b) *Personalidad agresiva*: Hace referencia a individuos que no son juzgados públicamente como antisociales, pero cuyas acciones significan satisfacción y placer personal en comportamientos que humillan a los demás y violan sus derechos y sentimientos. Son generalmente hostiles, acentuadamente belicosos y aparecen indiferentes o incluso muestran agrado por las consecuencias destructivas de sus comportamientos contenciosos, abusivos y brutales. Se situaba en el Clúster B pero fue suprimido del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995; T. Millon et al., 2007).

c) *Personalidad Negativista (Pasivo-Agresivo)*: Estos individuos pugnan entre seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismos. Presentan incapacidad para resolver conflictos internos. Sus conflictos irrumpen la vida cotidiana, por lo que experimentan continuas discusiones y desengaños ya que vacilan entre la deferencia y la obediencia, y el desafío y oposición agresiva. Su comportamiento muestra un patrón errático de terquedad o enfado explosivo entremezclado con períodos de culpabilidad y vergüenza. Esta orientación perteneciente al Clúster B, se aproxima al Trastorno de personalidad Pasivo-Agresivo del DSM-III-R y al constructo Pasivo-Agresivo (Negativista) del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1989, 1995; T. Millon et al., 2007).

d) *Personalidad Autodestructiva*: Se relacionan con lo demás de una manera servil y autosacrificada. Estas personas permiten, y quizás fomentan, que los demás les exploten o se aprovechen de ellos. Muchos afirman que merecen ser avergonzados y humillados. Para integrar su dolor y angustia (estados que ellos experimentan como reconfortantes) recuerdan activa y repetidamente sus percances pasados y transforman otras circunstancias afortunadas en resultados potencialmente más problemáticos. Actúan de una manera modesta y humilde. Frecuentemente intensifican sus déficits, se dañan a si mismos y se sitúan en una posición inferior o despreciable. Este patrón correspondía al Trastorno de personalidad autodestructiva o masoquista del Clúster B que fue suprimido del DSM IV (American Psychiatric Association, 1995; T. Millon et al., 2007).

5.3. La personalidad en dolor crónico

En el caso del DC, la personalidad de quien lo padece puede influir tanto en la intensidad de los síntomas como en la respuesta afectiva a ellos. También en el modo en que se determina su relevancia, la aceptación, la capacidad subjetiva de manejo y adaptación, el estilo de afrontamiento hacia el dolor, la interacción con los profesionales sanitarios, la respuesta terapéutica y la percepción de mejoría (Dixon-Gordon et al., 2018; Lennox Thompson et al., 2020; Soriano Pastor, Monsalve Dolz, Ibáñez Guerra y Gómez Carretero, 2010; X. Torres, 2018; Williams et al., 2020) También se ha considerado que la personalidad se vea alterada por el mismo DC (García-Fontanals et al., 2017; R.J. Gatchel y Weisberg, 2004; Kato et al., 2017; T. Millon y Davis, 1998; Naylor et al., 2017) generan respuestas menos adaptativas, potenciándose en sí mismos (Shapiro et al., 2020) y afectando múltiples áreas de su vida (Galli et al., 2021).

Se calcula que la prevalencia estimada de los trastornos de personalidad es de entre el 6% y 13% en población general (Huang et al., 2009; Magariños López y García Parajuá, 2007) y de entre el 40% y el 60% en población con DC (Bockian, Meager y Millon, 2000; González, Ramírez-Maestre, Ana y Herrero, 2007). Los individuos con DC, al tender a un mayor desajuste emocional que la población general por su patología física (Elorza, Casas y Casais, 1997), muestran con más probabilidad rasgos de personalidad depresivos, ansiosos, lábiles, histriónicos, hipocondríacos y obsesivos (Infante Vargas, García Parés, Moix Queraltó, Cañellas Arsegol y Subirá Álvarez, 2005; Llorca, Muriel, González-Tablas y Díez, 2007).

Frecuentemente se informa de patrones depresivos, evitativos, ansiosos, introvertidos, catastrofistas e hipocondríacos, todas ellas características procedentes de una alta evitación al daño y baja autodirección, asociadas a los PP de tipo ansioso del clúster C y a una mayor vulnerabilidad frente la comorbilidad depresiva y ansiosa (Doreste et al., 2021; Gustin, Burke, Peck, Murray y Henderson, 2015; Kato et al., 2017; Naylor et al., 2017).

Rasgos como una alta labilidad, dificultad en la regulación emocional y la tendencia a la ansiedad se relacionan con una mayor frecuencia e intensidad en pacientes con DC (Conrad, Wegener, Geiser y Kleiman, 2013).

En las UTD cerca del 90% de pacientes presentan puntuaciones desadaptativas en uno o más PP, siendo más frecuentes los de tipo compulsivo, dependiente, histriónico, esquizoide y paranoide (Chang, Chen y Lung, 2017; González et al., 2007; Ibrahim et al., 2020; Peric

et al., 2014; Soriano y Monsalve, 2018; Weisberg, 2000). Adicionalmente, ante el componente neuropático se describe mayor severidad (Aho, Sipilä, Kalso y Harno, 2022): tasas de hasta el 30% de TP y mayores puntuaciones en los PP depresivo, límite, antisocial (Campbell, Bruno, Darke y Degenhardt, 2015; Park et al., 2020; Yang et al., 2019), paranoide, evitativo (Tutoglu et al., 2015) y, en casos de DC Ne incapacitante, PP narcisistas con trastornos del pensamiento y distimia (Ajo et al., 2020).

La presencia de PP desadaptativos o los TP en personas con DC, pueden influir negativamente en el pronóstico, la percepción del dolor, la respuesta al tratamiento y la calidad de vida (Chang et al., 2017; Yang et al., 2019). Por ello, su evaluación es importante en la comprensión y el abordaje del individuo con DC (Conrad et al., 2013; Varela, 2022).

Para un abordaje eficaz de la personalidad, las intervenciones psicológicas deben contar con un equipo multidisciplinar, una estructura terapéutica que clarifique roles y procedimientos, pacientes con una mínima aceptación de sus dificultades y con implicación como agentes activos y una supervisión continua de la interacción terapéutica que pueda proveer coherencia, consistencia y continuidad (Bateman, Gunderson y Mulder, 2016). Junto con la evaluación del apego, ya que éste y las dimensiones de la personalidad se relacionan biológicamente (Giaquinto, de Grandis y Gago Galvagno, 2021) y permiten visualizar aspectos evolutivos y relacionales que desde otra perspectiva quedarían ocultos (Álvarez-Segura y Lacasa Saludas, 2022).

En la práctica clínica habitual, además de la clasificación por clústeres (American Psychiatric Association, 2014) también se tiene en cuenta el espectro de externalización o internalización. Los PP externalizantes son aquellos que muestran impulsividad, antagonismo y uso de sustancias y de alcohol. Suelen presentar hostilidad y agresividad y por lo tanto tienen más conflictos para funcionar socialmente. Usualmente son características asociadas al Clúster B. Los PP internalizantes se relacionan con el neuroticismo, la depresión, la ansiedad, los ataques de pánico, la obsesión, el estrés post traumático y las somatizaciones. Usualmente son características asociadas a los Clúster A y C. Presentan pensamientos intrusivos y recurrentes que aumentan al ejercer su necesidad de control. Ambos espectros son clave en el marco de tratamiento y ponen en relevancia una vez más, la relación entre la personalidad y la psicopatología presentada. Además de sumar la necesidad de explorar las

características de personalidad para detectar factores susceptibles de un abordaje terapéutico individualizado (Ramos, Broco, et al., 2020) por su distinta respuesta. Los externalizadores reducen la gravedad de sus síntomas tras las intervenciones. Sin embargo, los internalizantes, dada su mayor rigidez cognitiva y tendencia a controlar la situación, dificultan la modificación de pensamientos y conductas y por tanto, no reducen tanto su sintomatología (Ramos, Sánchez y Doll, 2020). Es por ello por lo que, cuando se logra identificar las necesidades terapéuticas de cada perfil, los tratamientos producen cambios significativos en síntomas, en los PP, comorbilidades psicopatológicas y funcionamiento psicosocial (V. E. Caballo, 2004); optimizando los recursos sanitarios y económicos (Torres-Soto, Iborra-Giner, Giner-Alegría y Moya-Faz, 2021).

6. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida cómo un constructo principalmente subjetivo y multidimensional referido a la percepción del bienestar físico, psicológico y social de una persona. En una sociedad determinada, es la capacidad y posibilidad que una persona pueda llevar una vida plena y satisfactoria, que pueda desarrollar su potencial y vivir en el bienestar. Para valorarlo, se tiene en cuenta la educación, la salud, la seguridad, el empleo, la igualdad, el medio ambiente, la cultura, la participación social y la satisfacción personal. (World Health Organization, 1998, 2012, 2021).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un área específica de la calidad de vida. Ésta tiene en cuenta el bienestar físico, psicológico y social de las personas que padecen enfermedades u otros trastornos de salud en una sociedad determinada. Para valorarla se tienen en cuenta aspectos que tienen relación con la percepción e intensidad del dolor, la movilidad, la capacidad funcional autónoma, la salud mental, la satisfacción vital y la percepción del propio estado de salud. La medición de la CVRS cobra relevancia y actualmente es un importante indicador en la evaluación clínica y en la efectividad de los tratamientos administrados (EuroQol Research Foundation, 2021; World Health Organization, 2012).

Las personas que padecen DC presentan una menor CVRS reactiva al impacto negativo en el bienestar físico y emocional que produce el DC, frente a la población general sin DC (Dueñas, Ojeda, Salazar, Mico y Failde, 2016; Hadi, McHugh y Closs, 2019; Pereira, Carvalho, Costa, Leite y Almeida, 2021; Zrubka et al., 2017). Ante el componente neuropático, se muestran menores valores de CVRS, que en DC sin él (inmaculada Failde et al., 2018; Jensen et al., 2007).

El Instituto Nacional de Estadística (INE) realizó la Encuesta Europea de Salud en España dónde determinó que, por una parte, aproximadamente un 60% de los españoles percibía su estado de salud como bueno o muy bueno. Por otra parte, cerca del 40% padecía alguna enfermedad o problema de salud crónico. Los diagnósticos que con más frecuencia padecen

son: la hipertensión e hipercolesterolemia (34%), los dolores lumbares y cervicales (26%), la artrosis (15%), las alergias (11%), diabetes (8%), migrañas (7%), ansiedad (6%) y depresión (5%) (Instituto Nacional de Estadística, 2021). En términos generales, la calidad de vida en España según el INE es buena y repuntó en 2021 tras un periodo de descenso por la COVID-19 (Instituto Nacional de Estadística, 2022).

Según la herramienta de EuroQol, el índice de CVRS en España para una persona media es de 0.98 (dónde -0.5 es la peor CVRS posible y 1 la mayor CVRS), en cambio, para aquellas que padecen enfermedades crónicas es de media 0.81; con una puntuación específica para cada enfermedad analizada. Los índices de CVRS relativos al DC y a la psicopatología son: Artrosis, artritis y reumatismo (0.77), DC cervical/espalda media (0.79) y lumbar/sacro (0.80), migrañas y cefaleas (0.82), lesiones corporales permanentes por accidentes/traumatismos (0.82), depresión (0.69), ansiedad (0.72) y otros trastornos mentales (0.59). Aquellas que tienen un mayor impacto en la CVRS del individuo son los trastornos mentales, los ictus y las hemorragias cerebrales. En cambio, las que tienen una mayor repercusión a nivel poblacional (afectando las áreas sanitarias, laborales, económicas y sociales) son la artrosis, artritis y reumatismo y el DC de espalda (incluyendo cervical, media, lumbar y sacra) (Arrospide, Machón, Ramos-Goñi, Ibarrondo y Mar, 2019; Sánchez-Iriso, Errea Rodríguez y Cabasés Hita, 2019).

Los factores que más contribuyen a una menor CVRS en el DC son las conductas de evitación y la ansiedad, la calidad del sueño (Agnus, Rajkumar, John y Joshua George, 2022), el impacto emocional en general, la limitación o dificultad en actividades cotidianas y sociales (Hadi et al., 2019) y la autoobservación de los síntomas y limitaciones presentes (Pereira et al., 2021). También la evolución, intensidad y comorbilidad del DC (Concepción Pérez et al., 2017). Los factores que, por el contrario, aumentan la CVRS en DC son todas aquellas acciones centradas en la propia adaptación, comunicación y aceptación a la sintomatología dolorosa presentada (Pereira et al., 2021).

Para mejorar la CVRS se resalta la importancia y necesidad de un abordaje integral y multidimensional de los aspectos físicos, psicológicos y sociales del DC con el fin de mejorar

la CVRS (Hadi et al., 2019). En especial se requiere una mayor atención a las patologías psicológicas y a los modos de afrontamiento en DC (Pereira et al., 2021). Por ello, la evaluación de los rasgos y de los trastornos de la personalidad pueden contribuir a un enfoque más efectivo y optimizado en el tratamiento y manejo del DC, mejorando la CVRS de los pacientes (Conrad et al., 2013).

En la misma línea, se enfatiza la importancia de considerar en el marco de los tratamientos en DC, las características específicas de cada DC y persona; ya que las intervenciones terapéuticas dirigidas a mejorar la sintomatología específica del DC de cada paciente han sido exitosas, significando una mejora en su CVRS (Concepción Pérez et al., 2017; Sánchez-Iriso et al., 2019). Muestra de ello es la mejora en la CVRS de los pacientes al ser atendidos en una UTD multidisciplinaria, dónde su dolor ha sido evaluado y tratado individualmente por diversos profesionales (Vartiainen, Heiskanen, Sintonen, Roine y Kalso, 2019).

II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1. JUSTIFICACIÓN

Actualmente existen dificultades para poder abordar la complejidad que supone la confluencia e interacción del DC, la psicopatología y la personalidad. A menudo la intervención psicológica se plantea tras el fracaso de no considerar los factores psicológicos ni de personalidad (Naylor et al., 2017) siendo éstos básicos en la interpretación y procesamiento de la experiencia dolorosa (Chapman, 1986; Comeche y Vallejo, 2012; García-Andreu, 2017; Kopf y Patel, 2010; Martucci, 2020; Merskey et al., 1994; Sternbach, 1978; Zapardiel y De la Pinta, 2016). Cada vez más, se considera necesario analizar integralmente estos constructos en la evaluación de los pacientes con DC, para planificar el tratamiento individualmente (Castel et al., 2018; Colloca et al., 2017; Conrad et al., 2013; Eccleston y Crombez, 2017; Edwards et al., 2016; Galli et al., 2021; Robert J. Gatchel et al., 2018; George et al., 2020; Hadi et al., 2019; Ibrahim et al., 2020; Margarit, 2019; Obbarius et al., 2020; Pereira et al., 2021; Concepción Pérez et al., 2017; Sánchez-Iriso et al., 2019; D.C. Turk y Monarch, 2018; Varela, 2022).

Parece razonable pues, tenerlo en cuenta cada vez que un individuo se inicia como paciente en una UTD. A nivel psicológico, sería óptimo poder prevenir la comorbilidad afectiva y ansiosa que a su vez prevenga que, ante el malestar que produce el dolor y la falta de estrategias adaptativas, se recurra a potenciar pensamientos y conductas que lleven al desajuste y a la presencia de PP desadaptativos que, a su vez, añadirían severidad al cuadro doloroso y restarían eficacia a cualquier tratamiento llevado a cabo. Si se tiene conocimientos de esta relación y en qué medida y tiempo afecta, se podría proponer una pauta de actuación para profesionales que proporcione herramientas para interaccionar con los pacientes y que se pueda personalizar de qué forma y en qué momento se administren y presenten ciertos tratamientos a cada uno de los pacientes, para que estos sean lo más eficaces posible y se minimice el sufrimiento de los pacientes y la carga económica existente. Para plantear los objetivos del estudio se ha tenido en cuenta:

1. Que, la experiencia dolorosa abarca y afecta todas las áreas de la vida del individuo.
2. Que, cada comorbilidad psicopatológica que genera el DC hace que el individuo afectado no se adapte a él, no use estrategias adaptativas hacia el dolor que sufre y que éste aún se agrave y cronifique más.

3. Que, ante esta situación de estrés, sufrimiento y frustración, el individuo se precipite a buscar estrategias alternativas para hacerle frente, pudiendo potenciar los rasgos de la personalidad hasta llegar a ser desadaptativos.

4. Que, la confluencia de estas tres condiciones (DC, psicopatología afectiva/ansiosa y personalidad) suponen cronicidad y gravedad y que esto se traduce directamente en carga económica (social, médica y laboral).

5. Que, existen estudios para cuantificar la prevalencia de psicopatología afectiva y ansiosa, y también estudios que analizan la personalidad, pero carecemos de datos actualizados y concretos en una unidad especializada que: analicen a todos ellos con el tipo de dolor sufrido, su evolución, intensidad, estado de salud general, mental y su CVRS en una UTD y teniendo en cuenta diversas y múltiples variables.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El *objetivo primero* de este estudio es identificar y detallar aspectos psicopatológicos y de personalidad entre los pacientes con DC no oncológico -nociceptivo y con componente neuropático- de una UTD y su grado de relación con el tipo de dolor, la intensidad, el tiempo de evolución y la calidad de vida relativa a la salud. Analizando las siguientes áreas:

- Situación laboral
- Hábitos tóxicos
- Enfermedades comórbidas
- Pauta farmacológica
- Taxonomía
- Evolución
- Intensidad percibida del dolor
- Psicopatología depresiva y ansiosa
- Síndromes Clínicos
- Patrones de la Personalidad

Como *segundo objetivo* se pretende comparar y examinar si existen diferencias sustanciales que puedan justificar una mayor severidad en presencia del componente neuropático. Bajo las hipótesis mostradas en la Tabla 5.

Como *tercer objetivo* se pretende comparar y examinar si existen diferencias sustanciales de comportamiento entre ambos tipos de DC, que indiquen la necesidad de una estrategia individualizada para su abordaje.

Tabla 5. Hipótesis planteadas relativas a la presencia del componente neuropático

Situación laboral	H1)	Mayores porcentajes de incapacidades temporales y permanentes.
	H2)	En situación de actividad laboral, mayor afectación psicopatológica y menor CVRS.
Hábitos tóxicos	H3)	A mayor intensidad del dolor, mayor consumo y dependencia.
Enfermedades comórbidas	H4)	Mayor presencia de enfermedades comórbidas y menor CVRS.
Pauta farmacológica	H5)	Mayor consumo de fármacos.
	H6)	A mayor intensidad del dolor, mayor consumo de fármacos.
Taxonomía	H7)	Más regiones corporales afectadas por dolor, afectación del DC en la totalidad del cuerpo y menor CVRS.
	H8)	A mayor número de regiones afectadas, mayor afectación psicopatológica.
Evolución	H9)	Mayor tiempo de evolución del dolor.
	H10)	A mayor tiempo de evolución del dolor, mayor intensidad de éste.
	H11)	A mayor tiempo de evolución del dolor, mayor afectación psicopatológica.
	H12)	A mayor tiempo de evolución del dolor, mayor afectación en la personalidad.
	H13)	A mayor tiempo de evolución del dolor, menor CVRS.
Intensidad Percibida del Dolor	H14)	Mayor intensidad del dolor.
	H15)	A mayor intensidad del dolor, mayor afectación psicopatológica.
	H16)	A mayor intensidad del dolor, mayor afectación en la personalidad.
	H17)	A mayor intensidad del dolor, menor CVRS.
HDRS y HARS	H18)	Mayor afectación en psicopatología depresiva y ansiosa.
Síndromes Clínicos	H19)	Mayor afectación en los Síndromes Clínicos.
	H20)	Mayores puntuaciones en el Síndrome Clínico de Trastorno Por Estrés Postraumático.
	H21)	Mayores puntuaciones en el Síndrome Clínico de Trastorno Somatomorfo.
	H22)	Mayores puntuaciones en los Síndromes Clínicos Graves.
Patrones de la Personalidad	H23)	Mayor afectación en la personalidad.
	H24)	Mayor afectación en los Patrones de la Personalidad Graves.
	H25)	A mayor afectación en la personalidad, menor CVRS.
CVRS	H26)	Menor CVRS, mayores dificultades diarias y peor valoración de su estado de salud.

Nota: En la tabla se muestran las hipótesis planteadas relativas a la presencia del componente neuropático. H= Hipótesis; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Tabla de elaboración propia.

III. METODOLOGÍA

1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Para alcanzar los objetivos establecidos se optó por un diseño:

- **Transversal:** La entrevista con el/la participante, en la que se administró el protocolo de evaluación, se realizó en un único momento determinado en el tiempo.
- **Descriptivo:** Se observaron y describieron situaciones ya existentes. No se modificó ninguna de las condiciones clínicas de los pacientes, referentes a su tratamiento o seguimiento médico.
- **Correlacional:** Se midió y/o evaluó diversos aspectos, dimensiones o componentes para luego mostrarlos y establecer posibles relaciones entre ellos, de carácter tanto retrospectivo como prospectivo.
- **Comparativo:** Además de mostrar los datos de modo conjunto, también se dividió la muestra en dos grupos con el propósito de observar el comportamiento de éstos en relación con los diversos aspectos, dimensiones y componentes medidos y evaluados.
- **Muestreo aleatorio sistemático:** Toda la población de estudio tuvo la misma probabilidad de ser seleccionada para formar parte de la muestra. Existía conocimiento del universo muestral, se reclutó un participante inicial de forma aleatoria y se seleccionó en un intervalo fijo cada n ésimo individuo disponible en la población para su inclusión en la muestra del estudio.

2. PARTICIPANTES Y MUESTRA

Población diana: Población con dolor crónico no oncológico, secundario.

Población de estudio: Pacientes tributarios de la Unidad de Tratamiento del Dolor (UTD) del Hospital Universitari Sagrat Cor (HUSC) de Barcelona.

Criterios de inclusión y exclusión: Se determinaron unos criterios generales de inclusión y exclusión para poder participar en el estudio.

Los criterios para la inclusión en el estudio residían en:

- Tener una edad igual o superior a 18 años.
- Poseer capacidad para consentir.
- Presentar dolor crónico no oncológico de más de tres meses de evolución (Diagnosticado previamente por la UTD).
- Aceptar y firmar el consentimiento informado.

Los criterios para la exclusión del estudio fueron:

- Presentar dolor crónico de tipo oncológico (sea residual debido a enfermedad oncológica o a sus tratamientos).
- Presentar un nivel de consciencia bajo, estado confusional o deterioro cognitivo global.
- Presentar trastornos o dificultades de comprensión y/o expresión que imposibilitaran la evaluación.
- Presentar dificultades en la lengua española.

Cálculo del tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la calculadora de tamaño muestral Granmo (IMIM, Marrugat, Vila y Antaviana., 2012) considerando los siguientes parámetros: una prevalencia de dolor crónico del 80% en los pacientes que acuden a la UTD del HUSC (5100 consultas/año), un error del 5% y un intervalo de confianza del 90%; resultando una muestra de 169 individuos.

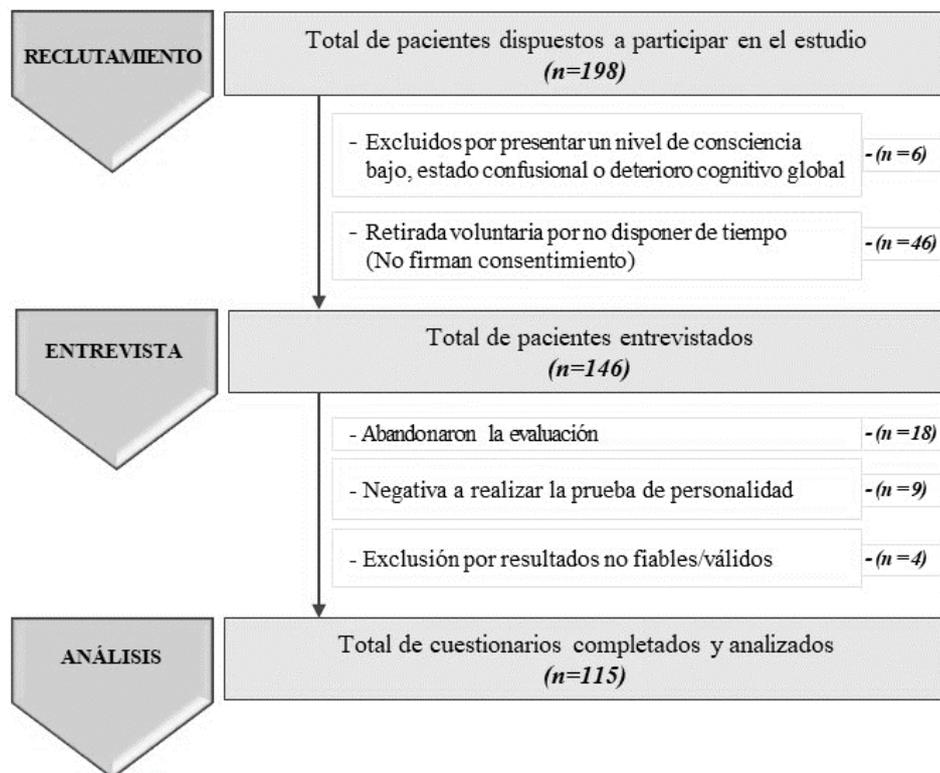
Periodo de recogida de la muestra

La recogida de muestra se llevó a cabo durante 24 meses, iniciándose en diciembre de 2016 y finalizando en diciembre de 2018.

Proceso de recogida de la muestra

El proceso de recolección de datos se realizó en una consulta de la UTD del HUSC, cedida una vez por semana, durante el periodo de estudio entre diciembre de 2016 y diciembre de 2018. Se procedió a reclutar a los dos primeros pacientes consecutivos diagnosticados con dolor crónico no oncológico que acudían a la consulta de la UTD. En la Figura 2 se detalla cómo se procedió.

Figura 2. Proceso de recogida de la muestra



Nota: En el presente diagrama de flujo se muestra cómo inicialmente se entrevistaron a 198 pacientes que se mostraron dispuestos a participar en el estudio. En la presentación y explicación del estudio, 6 participantes fueron excluidos por presentar un nivel de consciencia bajo, estado confusional o deterioro cognitivo global. Otros 46 pacientes refirieron no disponer del tiempo que requería la evaluación y se retiraron voluntariamente antes de firmar el consentimiento informado. Hubo 18 sujetos que abandonaron la evaluación en diferentes puntos de la entrevista. Asimismo, 9 participantes mostraron su negativa a realizar la prueba de personalidad. Y finalmente, 4 sujetos fueron excluidos de la muestra final al presentar resultados no fiables/válidos.

Cuestiones subyacentes a la recogida de muestra

Durante todo el proceso de recogida de información, se consideraron muestras válidas aquellas veraces y con la suficiente información en todas las variables de estudio que permitieran realizar una determinación.

Resultó especialmente dificultoso que los pacientes aceptaran participar en un estudio de estas características, tanto por el componente de intimidad que supone pasar las pruebas psicopatológicas como de disponer/querer destinar el tiempo necesario para ello.

3. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Para recoger los datos necesarios para llevar a cabo el estudio, se creó un protocolo de evaluación (*ad hoc*) amoldado a las necesidades y objetivos del análisis:

- Se elaboró una entrevista semiestructurada (*ad hoc*) para la obtención de datos sociodemográficos y clínicos relevantes, en la que se incluyeron ítems de respuesta dicotómica, de elección múltiple y de valoración.
- Se añadieron seis instrumentos de medida estandarizados y validados a la lengua española.
- Se corroboró y se usó la información del historial clínico de los participantes de la base de datos de la UTD del HUSC.

3.1. Variables estudiadas

A continuación, en la Tabla 6 se detallan las variables estudiadas para alcanzar los objetivos establecidos. Todas las variables sociodemográficas, clínicas médicas y en relación con el dolor crónico no oncológico, fueron recogidas mediante la entrevista semiestructurada (*ad hoc*) y corroboradas con el historial clínico de los pacientes en la base de datos de la UTD del HUSC. Las variables restantes se evaluaron a través de los instrumentos estandarizados.

Tabla 6. Información sobre las variables estudiadas

	<i>Contenido</i>	<i>Tipo</i>	<i>Categorías o estratos</i>
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	Sexo	Cualitativa	Femenino / Masculino
	Edad	Cuantitativa	≥18 años
		Cualitativa ordinal	De 18 a 34 años
			De 35 a 54 años
			De 55 a 64 años
			De 65 a 74 años
De 75 o mayores			
Estado civil	Cualitativa	Soltería Matrimonio/Pareja Separación o divorcio Viudedad	
Situación laboral	Cualitativa	Actividad laboral Sin actividad laboral Cursando estudios Dedicación al hogar/familia Incapacidad temporal Incapacidad permanente Jubilación	
Formación	Cualitativa ordinal	Sin estudios Estudios Primarios Estudios Secundarios Estudios Universitarios	
VARIABLES CLÍNICAS GENERALES	Hábitos tóxicos actuales	Cualitativa	Alcohol, Tabaco, Cannabis, Cocaína
		Cuantitativa	Cantidad consumida
	Comorbilidades médicas	Cuantitativa	Cantidad de comorbilidades
		Cualitativa	Alergias, Apneas de sueño, Diabetes mellitus, Hernias de hiato, Hipercolesterolemia, Hipertensión arterial, Trastornos respiratorios y Trastornos tiroideos. Una, dos, tres o más.
			Cualitativa	Analgésicos
Antiepilépticos			
Neurolépticos			
Corticoides			
Benzodiazepinas			
Tratamiento farmacológico	Cuantitativa	Antidepresivos	
		Técnicas	
			Cantidad de Coadyuvantes Cantidad de fármacos total

VARIABLES CLÍNICAS RELACIONADAS CON DOLOR CRÓNICO

Tipología de dolor (Cuestionario DN4)	Cualitativa	Dolor Nociceptivo Dolor Neuropático	
	Cuantitativa	Puntuación general	
Evolución del dolor	Cuantitativa	Tiempo con dolor	
	Cualitativa ordinal	Menos de 1 año	
		De 1 a 2 años	
		De 3 a 5 años	
De 6 a 10 años			
Intensidad Percibida del Dolor (EVN) (Escala Verbal Numérica)	Cuantitativa	Puntuación general 0-10	
	Cualitativa ordinal	Dolor leve Dolor Moderado Dolor Severo	
Localización del dolor	Cualitativa	Cabeza, cara y boca	
		Región cervical	
		Región escapular y miembros superiores (MMSS)	
		Región torácica	
		Región abdominal	
Zona afectada	Cualitativa	Región lumbar, sacra y coccígea	
		Miembros inferiores (MMII)	
		Región pélvica	
Diagnósticos UTD	Cualitativa	Región anal, perianal y genital	
		Cuantitativa	Cantidad de regiones afectadas
		Cuantitativa ordinal	Una región afectada Más de una región afectada
Entidad diagnóstica	Cualitativa	Parte superior	
		Parte inferior Ambas partes	
Entidad diagnóstica	Cuantitativa	Número de diagnósticos	
	Cualitativa	Un solo diagnóstico Más de un diagnóstico	
Entidad diagnóstica	Cualitativa	Lumbociatalgias	
		Estenosis de canal Hernias discales Lumbalgias Protrusiones discales Síndromes facetarios Síndromes miofasciales Trocanteritis	

CALIDAD DE VIDA

Calidad de Vida Relacionada con la Salud (EuroQol-5D)	Cuantitativo	Índice de calidad de vida Valoración del estado de salud Cantidad de dificultades diarias Movilidad Cuidado personal Actividades cotidianas Dolor/malestar Ansiedad/depresión
--	--------------	--

VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS Y DE PERSONALIDAD

Antecedentes familiares con psicopatología	Cualitativa	Trastornos afectivos Trastornos ansiosos Trastornos psicóticos Trastornos de adicción
	Cuantitativa	Familiares con psicopatología
Psicopatología actual	Cualitativa	Presencia sin relación con dolor crónico Presencia a causa del dolor crónico Trastornos afectivos Trastornos ansiosos Trastornos psicóticos Trastornos de adicción
	Cualitativa	Realizar psicoterapia Con/Sin diagnóstico Por trastorno afectivo Por trastorno ansioso Por ambos trastornos
Síntomatología depresiva (Escala HDRS)	Cuantitativo	Puntuación general Índice Interno de Melancolía Índice Interno de Ansiedad Índice Interno de Sueño
	Cualitativo ordinal	Sin depresión Depresión menor Menos que depresión menor Depresión Mayor Más que depresión Mayor Presencia psicopatológica
Síntomatología ansiosa (Escala HARS)	Cuantitativo	Puntuación general Índice Interno psíquico Índice Interno somático
	Cualitativo ordinal	Sin ansiedad Ansiedad Leve Ansiedad Moderada/grave
Síndromes clínicos (Inventario MCMI-III)	Cuantitativo Cualitativo	Ansiedad, somatomorfo, bipolar, distímico, dependencia a alcohol y sustancias, estrés postraumático, pensamiento, depresión mayor y delirante. SC Graves.
	Cualitativo ordinal	Población general Bajo Tendencia/sugestivo Presencia Prominencia
Patrones de la personalidad (Inventario MCMI-III)	Cuantitativo Cualitativo	Esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo, compulsivo, negativista, autodestructivo, esquizotípico, límite y paranoide. Clústeres A, B y C. PP Graves.
	Cualitativo ordinal	Población general Bajo Tendencia/ sugestivo Presencia Prominencia

Nota: En la tabla se muestran las variables estudiadas. Tabla de elaboración propia.

3.2. Instrumentos de medida

A) Instrumentos de medida para las variables relacionadas con el dolor

1. *Cuestionario DN4 para la detección de dolor neuropático (versión abreviada).*

Objetivo: Identificar la presencia del componente neuropático en el dolor y la intensidad de éste. Permite el diagnóstico del dolor neuropático sintomatológico.

Creación: El cuestionario DN4 fue inicialmente desarrollado y validado en francés (Bouhassira et al., 2005) su nombre original es “Douleur neuropathique in 4 questions (DN4)”.

Versión administrada: Se usó la versión abreviada del Cuestionario DN4 para la detección del componente neuropático. Ésta es aplicada en estudios cuya metodología no permite el examen físico de los sujetos. La versión abreviada autoadministrada incluye los siete primeros ítems de la versión original y su punto de corte para el dolor neuropático es una puntuación igual o mayor que tres (Busquets y Faulí, 2012; Díaz y Marulanda, 2011). En 2007 ambas versiones fueron versionadas y validadas a la lengua castellana (Perez et al., 2007).

Explicación de la prueba: Consiste en dos preguntas autoadministradas formadas por siete ítems que revelan síntomas, signos o sensaciones mediante los cuales el paciente describe su dolor. El tiempo de administración no supera los 5 minutos.

La primera cuestión pregunta al paciente si su dolor presenta una o más de las siguientes características: quemazón, sensación de frío doloroso y/o descarga eléctrica. La segunda cuestión pregunta si el hormigueo, la sensación de alfileres y agujas, el entumecimiento y/o picazón son síntomas asociados a su dolor.

El paciente marca la casilla “SI” cuando presenta esa característica dolorosa o “NO” en ausencia de ella. Los ítems individuales en las casillas “SI” se suman para obtener una puntuación total máxima de 7 (siete respuestas afirmativas). El punto de corte que indica la presencia sintomatológica del componente neuropático es una puntuación igual o mayor a 3 (Bouhassira et al., 2005; Busquets y Faulí, 2012; Díaz y Marulanda, 2011).

Modo de administración y corrección de la prueba: El/la participante se autoaplicó el cuestionario en formato físico, bajo la supervisión y/o resolución de dudas de la profesional clínica. Los resultados fueron corregidos de forma manual y posteriormente computarizados.

Propiedades psicométricas: Resulta una escala sencilla, clara y con buenas propiedades psicométricas. Tiene una sensibilidad del 83% y una especificidad del 90%, por ello se utiliza ampliamente como instrumento de diagnóstico diferencial para pacientes con dolor nociceptivo con un componente neuropático (Perez et al., 2007). Además, en su validación inicial se valoró con buenos resultados, una proporción sustancial de pacientes con dolor neuropático central (Attal et al., 2011; Bouhassira et al., 2005; Bouhassira y Attal, 2011).

2. Escala Verbal Numérica para la Intensidad Percibida del Dolor (EVN).

Objetivo: Cuantificar la percepción subjetiva de la intensidad de dolor por parte del paciente.

Creación: Fue introducida por Downie y su equipo en 1978 (Downie et al., 1978) con el fin de mejorar la falta de sensibilidad y discriminación de las escalas usadas en aquel momento para la evaluación del dolor.

Explicación de la prueba: Se trata de una escala numérica simple unidimensional, referida únicamente a la intensidad del dolor, con 11 valores posibles comprendidos entre el 0 y el 10. Es una versión numérica segmentada de la Escala Visual Analógica del dolor (EVA) (Hawker, Mian, Kendzerska y French, 2011). Puede ser escrita o hablada y administrada por el profesional o autoaplicada por el paciente.

En este estudio se administró de forma verbal pidiendo al paciente que otorgara una puntuación a la intensidad de su dolor entre 0 y 10: conceptualizando el valor 0 como “ningún dolor” y el valor 10 como “el peor dolor imaginable”. También se especificó que la valoración debía referirse a la intensidad actual del dolor en ese preciso momento.

Las puntuaciones entre 0 y 3 indican dolor leve, entre 4 y 6 revelan dolor moderado y entre 7 y 10 muestran dolor severo (Fernández y García, 2016). A mayores puntuaciones obtenidas se indica una mayor intensidad de dolor.

Modo de administración y corrección de la prueba: Escala aplicada por la profesional, recogida en formato físico, corregida manualmente y computarizada.

Propiedades psicométricas: Es una escala ampliamente utilizada. Se emplea con frecuencia tanto en el ámbito clínico como en el de investigación por su fiabilidad, precisión y rápida aplicación (Del Castillo, Díaz y Barquinero, 2008). Resulta una herramienta válida y fiable como instrumento de medida para valorar la intensidad del dolor, por ello es la opción más común en la práctica clínica (Aicher, Peil.H, Peil.B y Diener, 2012; Farrar, Polomano, Berlin y Strom, 2010; Hawker et al., 2011; Serrano-Atero et al., 2002), siendo administrada por la mayoría de los profesionales (Price, Bush, Long y Harkins, 1994).

Presenta dificultades mínimas de adaptación y traducción a otras lenguas (Farrar et al., 2010). Se puede aplicar a la mayor parte de la población, independientemente del nivel de escolarización, mostrando alta fiabilidad test-retest de 0.96 y 0.95 (Hawker et al., 2011; Jensen et al., 2019). Presenta una buena correlación con otras medidas de evaluación para el dolor agudo y crónico (Cleland, Childs y Whitman, 2008; Hawker et al., 2011; Price et al., 1994), en especial con la escala visual analógica (EVA), con una buena correlación > 0.7 y una incidencia menor de participantes no colaboradores/respondedores del 2%, frente al 11% en EVA (Del Castillo et al., 2008; Díez Burón et al., 2011).

B) Instrumentos de medida para las variables psicopatológicas y de personalidad

3. Escala de Hamilton para la depresión: *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*.

Objetivo: Evaluar cuantitativamente la intensidad de los síntomas depresivos (Hamilton, 1960).

Creación: La primera versión fue publicada por Max Hamilton en 1960: “Hamilton Depression Rating Scale, (HDRS)”. Diseñó la escala con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios asociados al tratamiento (Hamilton, 1960).

Versión administrada: Desde 1960 se han desarrollado diferentes versiones (Zitman, Mennen, Griez y Hooijer, 1990). La versión original constaba de 24 ítems que el autor revisó y redujo a 21. Posteriormente en 1967 consideró que cuatro elementos no debían formar parte por su poca frecuencia de aparición, surgiendo así una nueva versión de 17 ítems (Hamilton, 1967). En este estudio, se administró la versión de 17 ítems. Es ampliamente utilizada y recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (Becha y

Pichot, 1994). En 1986 Ramos-Brieva y Cordero adaptaron y validaron a la lengua castellana la versión de 17 ítems (Ramos-Brieva y Cordero Villafáfila, 1986).

Explicación de la prueba: Se trata de una escala heteroaplicada y calificada por el clínico. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica semiestructurada y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. El tiempo de administración es de entre 10 y 30 minutos y se orienta a población adulta.

Consiste en 17 ítems referentes al humor deprimido, sensación de culpabilidad, suicidio, insomnio (precoz, medio y tardío), trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad (psíquica y somática) síntomas somáticos gastrointestinales y generales, síntomas genitales, hipocondría, conciencia de enfermedad y pérdida de peso. La evaluación se refiere al momento actual o a los días/semana previa, dependiendo del ítem. Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0 a 2 o de 0 a 4, respectivamente. El cuestionario proporciona dos tipos de puntuaciones, complementarias entre ellas: la puntuación global y la puntuación por factores o índices (Bech, 1996).

La puntuación global de la escala se logra sumando las puntuaciones de cada ítem y se sitúa entre 0 puntos (ausencia de síntomas depresivos) y 52 puntos (síntomas depresivos graves). Para el presente estudio, se consideró el punto de corte en ≥ 18 para las puntuaciones globales (Salamero, Boget y Garolera, 1999; Tollefson y Holman, 1993) y para categorizar la intensidad se optó por la siguiente clasificación: Puntuaciones de 0 a 7 (ausencia de depresión), de 8 a 12 (depresión menor), de 13 a 17 (menos que depresión mayor), de 18 a 29 (depresión mayor) y de 30 a 52 (más que depresión mayor) (Bech, 1996).

También se puede obtener la puntuación en factores o índices. Éstos son melancolía, ansiedad y sueño. El total para cada uno de ellos se logra sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: índice de melancolía, formado por los ítems 1 (estado de ánimo depresivo), 2 (sensación de culpabilidad), 7 (trabajo y actividades), 8 (inhibición), 10 (ansiedad psíquica) y 13 (síntomas somáticos generales); Índice de ansiedad, constituido por los ítems 9 (agitación), 10 (ansiedad psíquica) y 11 (ansiedad somática); e Índice de alteraciones del sueño, formado por los tres ítems referidos a insomnio precoz, medio y tardío (4, 5, 6). Para la puntuación del índice de melancolía (de 0 a 22) se categorizó en: No depresión puntuaciones del 0 a 3, depresión menor de 4 a 8 y depresión mayor para puntuaciones ≥ 9 (Bech, Kastrup y Rafaelsen, 1986). El índice de ansiedad (de 0 a 12) tubo

el punto de corte en ≥ 7 y el índice de las alteraciones del sueño (de 0 a 6), se puntuó como un continuo (Tollefson y Holman, 1993).

Modo de administración y corrección de la prueba: Escala aplicada por la profesional, recogida en formato físico, corregida manualmente y computarizada.

Propiedades psicométricas: La versión española de 17 ítems (Ramos-Brieva y Cordero Villafáfila, 1986) posee una buena consistencia interna de 0,74-0,76 y una fiabilidad test-retest de 0.92- 0.93 (Bobes et al., 2003; Gastpar y Gilsdorf, 1990; Reynolds y Kobak, 1995). Además, se ha comprobado en diversos estudios la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como en ambiente ambulatorio. Se esperan puntuaciones entre 0 y 7 para la población general (Bobes et al., 2003).

4. Escala de Hamilton para la ansiedad: Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

Objetivo: Evaluar cuantitativamente la intensidad de los síntomas ansiosos (Hamilton, 1959).

Creación: La primera versión fue publicada por Max Hamilton en 1959: “Hamilton Anxiety Rating Scale, (HDRS)”. Diseñó la escala con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios asociados al tratamiento (Hamilton, 1959).

Versión administrada: La versión original constaba de 13 ítems que describían 12 grupos de síntomas. El autor implementó mejoras de estructura y puntuación hasta la escala administrada en este estudio y usada en la actualidad, que consta de 14 ítems que reflejan 13 categorías de síntomas (Hamilton, 1969). En 2002, diversos autores junto con el grupo de validación en español de escalas psicométricas lo adaptaron y validaron a la lengua castellana (Lobo et al., 2002).

Explicación de la prueba: Se trata de una escala heteroaplicada y calificada por el clínico. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica semiestructurada. El tiempo de administración es de entre 10 y 30 minutos y se orienta a población adulta.

Consiste en 14 ítems que reflejan 13 categorías de síntomas relacionados con la ansiedad, que incluyen: estado de ánimo ansioso, tensión, miedo, insomnio, funciones intelectuales, humor deprimido, síntomas somáticos generales musculares y sensoriales, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genitourinarios y síntomas del sistema nervioso autónomo.

El último ítem hace referencia al comportamiento del sujeto durante la entrevista. Se evalúa en función de su estado en el último mes.

La intensidad, para cada categoría de síntomas, se describe usando 5 opciones de respuesta ordinal, interpretándose 0 puntos como ausencia de síntoma y 4 puntos como síntoma muy grave o incapacitante. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia.

El cuestionario proporciona dos tipos de puntuaciones, complementarias entre ellas: la puntuación total y dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica y a ansiedad somática.

La puntuación total de la escala se logra sumando la puntuación de cada ítem y se sitúa entre 0 puntos (ausencia de síntomas ansiosos) y 56 puntos (síntomas ansiosos graves). Se categorizó la intensidad y se consideró el punto de corte propuesto por varios autores valorando las puntuaciones de 0 a 5 como ausencia de ansiedad, de 6 a 14 como presencia de ansiedad menor o leve e, iguales o mayores de 15 como indicativo de ansiedad moderada o grave. Se fijó ≥ 15 como punto de corte para detectar la ansiedad clínica manifiesta (Becha y Pichot, 1994; Beck, Stanley y Zebb, 1999; Kobak, Reynolds y Greist, 1993; McDowell, 2009).

Las puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (0-28) se conforma por los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14, y a ansiedad somática (0-28) por los ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13. Mayores puntuaciones indican una mayor intensidad/frecuencia de los síntomas psíquicos o somáticos.

Modo de administración y corrección de la prueba: Escala aplicada por la profesional, recogida en formato físico, corregida manualmente y computarizada.

Propiedades psicométricas: Presenta adecuadas propiedades psicométricas. Resultan apropiadas para su uso en la práctica asistencial y en investigación clínica en nuestro país. En especial por su sensibilidad a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento (Kobak et al., 1993). Posee una buena consistencia interna de 0.89 y una fiabilidad test-retest de 0.92. También presenta buena validez convergente con HDRS y con EuroQoL 5D (Lobo et al., 2002; Maier, Buller, Philipp y Heuser, 1988).

5. Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III).

Objetivo: Proporcionar información sobre los rasgos de personalidad y la psicopatología (Millon, T., Grossman y Millon, C., 2015)

Creación: En 1976 Theodore Millon publicó su teoría del aprendizaje biosocial de la personalidad (T Millon, 1976). Con ésta como base teórica, creó de una serie de inventarios clínicos llamados "Millon Clinical Inventories" diseñados para evaluar los aspectos psicopatológicos y de personalidad. Fue modificando y optimizándolos con los años. Existen cuatro versiones para adultos: MCMI-I, MCMI-II, MCMI-III y MCMI-IV (Millon, 1983, 1987, 1994; Millon, T., Davis y Millon, C., 1997, 2007; Millon et al., 2015; Millon, T., Millon, C., Davis y Grossman, 2009). En el momento actual, únicamente las dos últimas son usadas en la práctica clínica.

Versión administrada: Se administró la cuarta edición del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III) (Millon et al., 2009). La adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III), fue realizada por Cardenal y Sánchez en 2007 (Cardenal y Sánchez, 2007).

Explicación de la prueba: Se trata de un instrumento de autoinforme para población adulta (mayor de 18 años). Se usa para la detección diagnóstica o la evaluación clínica de adultos que evidencian síntomas emocionales o que se someten a psicoterapia profesional o una evaluación psicodiagnóstica. Requiere entre 20 y 30 minutos y se administró en formato físico.

Consta de 175 ítems de respuesta verdadero-falso que permiten obtener medidas de cuatro escalas de validez, catorce de personalidad y diez de psicopatología.

Las escalas y perfiles del MCMI-III se sustentan principalmente en el modelo evolutivo e integrador de Millon. Éstas miden variables elaboradas y derivadas de su teoría, que a su vez se corresponden significativamente con algunos de los trastornos y síndromes del DSM-IV, DSM-IV -R y DSM-V (American Psychiatric Association, 1995, 2002, 2014; Millon et al., 2007, 2009; Millon y Davis, 1998).

- Escalas de validez:
 1. Índice de Validez: Altamente sensible a respuestas descuidadas, confusas o al azar. Indica validez para interpretar o interpretación cuestionable/condicionada.
 2. Índice de Sinceridad: Indica si el paciente se inclina por ser franco y revelador o reticente y reservado. Permite considerar válida o inválida la evaluación global.

3. Índice de Deseabilidad social: Evalúa el grado en que los resultados pueden verse afectados por la tendencia del paciente a presentarse como socialmente atractivo, moralmente virtuoso o emocionalmente estable.
 4. Índice de Devaluación: Refleja tendencia a depreciarse o devaluarse, presentando unas dificultades emocionales o personales más problemáticas de las que se encontrarían en una revisión clínica objetiva.
- Patrones clínicos de personalidad:
 1. Esquizoide: Caracterizados por su falta de deseo y su incapacidad para experimentar placer o dolor intenso. Tendencia a la apatía, distanciamiento y desgana. Sus emociones y necesidades afectivas son mínimas, se posicionan sociales e indiferentes a las recompensas y afectos, así como a las demandas de relaciones de los demás. Es semejante al trastorno de personalidad esquizoide del DSM-V.
 2. Evitativo: Reciben pocos refuerzos positivos de sí mismos y de los demás. Su estrategia adaptativa refleja su miedo y desconfianza hacia los demás. Es similar al trastorno de personalidad evitativo del DSM-V.
 3. Depresivo: Experimentan tristeza, pesimismo, dolor, falta de alegría, incapacidad para sentir placer y un aparente retardo motor.
 4. Dependiente: Carentes de autonomía e iniciativa. Buscan y adoptan un papel pasivo en las relaciones interpersonales tras conocer qué atenciones pueden encontrar y sometiéndose a los deseos de otros a fin de mantener su afecto, protección y seguridad. Es semejante al trastorno de personalidad dependiente del DSM-V.
 5. Histriónico: Buscan atención y afecto insaciablemente. Sus comportamientos sociales inteligentes y frecuentemente manipulativos, les dan la apariencia de autoconfianza, sin embargo, yace una autoestima frágil. Evitan el desinterés o la desaprobación de los demás y necesitan repetidas señales de aceptación y aprobación. Es semejante al trastorno de personalidad histriónica del DSM-V.
 6. Narcisista: Muestran actitudes egoístas y de autoconfianza arrogante. Sienten placer primario por permanecer pasivos, o centrados en sí mismos. Sobreestimar su propio valor y presumen de que los demás reconocerán sus particularidades. Suelen explotar a los demás a su antojo. Es semejante al trastorno de personalidad narcisista del DSM-V.

7. Antisocial: Actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y desprecio, mediante comportamientos irresponsables, inmaduros e ilegales para manipular el entorno a su favor. Reflejan deseo de autonomía y de venganza y recompensa, ya que sienten haber sido maltratados. Justifican su comportamiento asumiendo que los demás son informales y desleales. Su insensibilidad y crueldad son sus medios para evitar abusos y convertirse en víctimas. Es semejante al trastorno de personalidad antisocial del DSM-V.
 8. Agresivo: Experimentan satisfacción y placer personal en comportamientos que humillan a los demás y violan sus derechos y sentimientos. Exhiben un carácter sádico. Son hostiles, acentuadamente belicosos y aparecen indiferentes o incluso muestran agrado por las consecuencias destructivas de sus comportamientos contenciosos, abusivos y brutales. Fue eliminado del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1989).
 9. Compulsivo: Muestran una conducta prudente, controlada y perfeccionista derivada de un conflicto entre la hostilidad (por haber sido forzados a aceptar imposiciones) y el temor a la desaprobación social. Suprimen el resentimiento y establecen elevadas exigencias sobre sí mismos y los demás. Es similar al trastorno de personalidad obsesiva-compulsiva del DSM-V.
 10. Negativista: Experimentan continuas discusiones internas entre la deferencia y la obediencia, y el desafío y oposición agresiva. Muestran un patrón de terquedad o enfado explosivo mezclado con períodos de culpabilidad y vergüenza. Esta orientación ambivalente se aproxima al Trastorno de personalidad Pasivo-Agresivo del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1989) y al constructo Pasivo-Agresivo (negativista) del DSM-IV.
 11. Autodestructivo: Se relacionan de un modo servil y autosacrificado, intensifican sus déficits y se sitúan en una posición inferior o despreciable. Permiten y fomentan que otros les exploten o abusen y afirman merecerlo. Experimentan como reconfortantes el dolor y la angustia pasados. Transforman circunstancias positivas en resultados problemáticos. Se correspondía con el Trastorno de personalidad autodestructiva (masoquista) en el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1989), eliminado del DSM-IV.
- Patología grave de la personalidad:
 1. Esquizotípica: Se comportan de forma excéntrica y son percibidos como extraños o diferentes. Muestran preferencia por el aislamiento social, con mínimas

obligaciones y relaciones personales. Piensan de forma tangencial y con frecuencia parecen estar absortos en sí mismos. Experimentan falta de regulación de sus pensamientos. Parecen presentar características del espectro autista. Se parece al Trastorno de personalidad esquizotípica del DSM-V.

2. Límite: Experimentan falta de regulación del afecto, expresando inestabilidad y labilidad en períodos recurrentes de depresión y apatía, frecuentemente entremezclados con ira, ansiedad o euforia. Tienen dificultades para mantener un claro sentido de identidad y muestran una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los demás. Es parecido al Trastorno de personalidad límite del DSM-V.
 3. Paranoide: Muestran desconfianza vigilante respecto de los demás. Se defienden ansiosa y anticipadamente contra los engaños y las críticas. Presentan irritabilidad y tendencia a la exasperación precipitada y colérica. Se resisten al control o influencias externas (aunque sean terapéuticas) por su miedo a la pérdida de independencia. Se caracterizan por la inmutabilidad de sus sentimientos y la rigidez de sus pensamientos. Es semejante al Trastorno de personalidad paranoide del DSM-V.
- Síndromes clínicos:
 1. Ansioso: Se sienten tensos, indecisos e inquietos y tienden a quejarse de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos y náuseas. Expresan sentimientos vagamente aprensivos, específicamente fóbicos e incapacidad para relajarse.
 2. Somatomorfo: Expresan las dificultades psicológicas a través de canales somáticos. Sienten cansancio, debilidad y preocupación por la pérdida de la salud. Manifiestan quejas somáticas, recurrentes y múltiples, presentadas de una manera insidiosa o exagerada. Interpretan malestares físicos menores como graves y magnifican enfermedades presentes.
 3. Bipolar: Evidencian períodos de euforia superficial, entusiasmo no selectivo, elevada autoestima, exceso de actividad nerviosa, facilidad para distraerse, habla acelerada, impulsividad e irritabilidad. Muestran fuga de ideas y labilidad emocional rápida.
 4. Distímico: Muestran períodos con sentimientos de desánimo o culpabilidad, falta de iniciativa, apatía y baja autoestima (aunque no aparezcan en la vida cotidiana). En estos períodos revelan sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento

social, fatiga crónica, concentración pobre, pérdida de interés por actividades lúdicas y disminución de la eficacia en cumplir tareas ordinarias.

5. Dependencia del alcohol: Indican una historia previa de alcoholismo, que pese el esfuerzo no pudo superarse, comportando un malestar con su entorno.
 6. Dependencia de sustancias: Evidencian una historia reciente o recurrente de abuso de drogas. Indica dificultad para reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de límites sociales convencionales. Muestran incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos.
 7. Trastorno de estrés postraumático (TEPT): Evidencian la vivencia de un suceso amenazante para su vida el cual comportó miedo intenso o sentimientos de indefensión.
- Síndromes clínicos graves:
 1. Del Pensamiento: Indican períodos de comportamiento incongruente, retraído, solitario, desorganizado o regresivo. Pueden estar confusos, embotados y desorientados, mostrando afectos inapropiados, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos. El pensamiento puede estar fragmentado o ser extraño, con sensación de aislamiento e incomprensión.
 2. Depresión Mayor: Se deprimen gravemente y expresan temor hacia el futuro, resignación e ideas suicidas. Lamentan su estado. Pueden mostrar retardo motor, deambulaciones o agitación. Experimentan problemas somáticos y cognitivos, sentimientos de inutilidad, culpabilidad, miedos repetidos, ideas obsesivas e incapacidad para funcionar en un ambiente cotidiano.
 3. Delirante: Muestran hostilidad, tensión persistente, sospechas, vigilancia y alerta ante una posible traición. Experimentan delirios irracionales de naturaleza celosa, persecutoria o grandiosa y sentimientos de ser acosados y maltratados. Puede haber signos de trastornos del pensamiento e ideas de referencia.

Modo de administración y corrección de la prueba: El/la participante se autoaplica el cuestionario en formato físico, bajo la supervisión y/o resolución de dudas de la profesional clínica. La corrección de la prueba es informatizada mediante la aplicación web proporcionada por la editorial. Con la introducción de las respuestas, se obtiene un informe interpretativo a partir del cual se puede ampliar la comprensión psicológica del sujeto.

Las puntuaciones de prevalencia de las escalas relativas a la personalidad y a los síndromes clínicos se sitúan entre 0 (ausencia) y 115 (máxima puntuación), siendo 60 la mediana. Los puntos de corte definidos para las puntuaciones de prevalencia (Tabla 7) se distribuyen del siguiente modo (Millon et al., 2007):

Tabla 7. Clasificación de las puntuaciones del MCMI-III

Puntuaciones	Escalas de personalidad	Escalas de síndromes clínicos	Interpretación
De 0 a 34	Valores esperados en población general/ no clínica		No existe psicopatología
De 35 a 59	Valores bajos para presentar patrones o síndromes		
De 60 a 74	Tendencia al rasgo	Sugestivo a presentarlo	Sintomatología / Posibilidad de psicopatología
De 75 a 84	Presencia del rasgo clínico	Presencia del síndrome	Presencia de psicopatología
De 85 a 115	Presencia del trastorno	Prominencia del síndrome	

Nota: Basado en T. Millon et al. (2007).

Propiedades psicométricas: La versión MCMI-III administrada posee óptimas propiedades psicométricas, con una fiabilidad en las escalas de personalidad de 0.66 a 0.89, para las escalas clínicas de 0.71 a 0.90 y valores test-retest de 0.84 a 0.96. Su consistencia interna es superior a 0.80 y su sensibilidad de entre 0.44 y 0.92 (Millon et al., 2007; Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut y Cerezo, 2011). Su aproximación dimensional y clasificatoria al DSM y su utilidad clínica para evaluar trastornos de la personalidad, hace que se sea usado ampliamente y sirva como modelo de estudio e instrumento para comprobar la fiabilidad y validez de otros cuestionarios de personalidad (Pedrero, 2006; Rossi, Elklit y Simonsen, 2010; Widiger, 2007). De hecho, estudios recientes sobre la validez de constructo y las aplicaciones clínicas de las distintas versiones del MCMI-III (Rossi y Derksen, 2015), concluyen que la versión española resulta comparable con la versión americana original.

C) Instrumentos de medida para las variables calidad de vida relacionada con la salud

6. Cuestionario de Salud EuroQol-5D (EQ-5D-3L).

Objetivo: Describir y valorar la calidad de vida relacionada con la salud, tanto en población general como en población con patologías (EuroQol, 1990).

Creación: En 1987 un grupo multidisciplinario de investigadores europeos pusieron en común sus experiencias respecto a la valoración de los distintos estados de salud. Fruto de esta colaboración, desarrollaron un instrumento estandarizado genérico (no específico de enfermedad), capaz de evaluar la calidad de vida relacionada con el estado de salud llamado EuroQol (EQ-5D) (EuroQol, 1990). Desde entonces el grupo de investigación ha desarrollado y optimizado diversas versiones: EuroQol-5D-3L, EuroQol-5D-5L y EuroQol-5D-Y (EuroQol, 1990; Herdman et al., 2011).

Versión administrada: Se administró la versión EuroQol-5D-3L (EQ-5D-3L) (EuroQol, 1990) validada y adaptada para población española en 1999 (Badia y De Charro, 1999; Badia, Roset, Montserrat, Herdman y Segura, 1999), contando con la expresa autorización del Grupo EuroQol (*Hospital Universitari Sagrat Cor, ID: 34430- Laura_Teixidó_Abiol*).

Explicación de la prueba: Se trata de un cuestionario que puede ser administrado en entrevista personalizada o telefónica, por correo o autoaplicado. Está orientado a población adulta y el tiempo de aplicación no supera los 3 minutos (su sencillez de uso repercute positivamente en la cantidad y calidad de los datos recogidos) (Herdman, Badia y Berra, 2001). Consta de tres sistemas de puntuación:

- La primera parte contiene una descripción del propio estado de salud en cinco dimensiones: Movilidad, Cuidado personal, Actividades cotidianas, Dolor/malestar Y Ansiedad/depresión.
- Cada una de estas dimensiones tiene tres opciones de respuesta correspondientes al nivel de gravedad y a su codificación específica. El paciente debe marcar el nivel de problemas que mejor describe su estado de salud:
 - Sin problemas: Nivel 1 de gravedad y codificación
 - Algunos o moderados problemas: Nivel 2 de gravedad y codificación
 - Muchos o graves problemas: Nivel 3 de gravedad y codificación
- El resultado de la primera parte consiste en una combinación de cinco dígitos correspondientes al nivel de gravedad y codificación de cada dimensión. Así se obtiene el sistema descriptivo que da lugar a 243 estados de salud posibles.
- La segunda parte consiste en una escala visual analógica (EVA) vertical y milimétrica de 20 centímetros de longitud. Sus extremos se conceptualizan como “el peor estado de salud imaginable” codificado con valor 0 y “el mejor estado de salud imaginable” codificado con valor 100. El paciente debe dibujar una línea desde un recuadro indicado hasta el punto de la EVA que, en su opinión, refleje lo bueno o malo que es

su estado de salud en el momento que rellena el cuestionario. De forma alternativa, también puede marcar con una cruz el punto indicado en la escala. El valor que se obtenga puede ser utilizado como indicador cuantitativo del estado general de salud del individuo.

- La tercera parte del instrumento es el “EuroQol-5D Index”. Se genera usando el resultado descriptivo de la combinación de los 5 dígitos (resultado de la primera parte del instrumento) con el Algoritmo de Puntuación de EuroQol-5D®. Este índice tiene un valor específico para cada país y varía desde -0.59 (peor estado de salud posible) hasta 1 (mejor estado de salud posible). Las valoraciones de los estados de salud expresan las preferencias de la población por un determinado estado de salud. Éstos pueden usarse como resumen de los estados de salud o pueden ser combinados con datos de supervivencia, asistencia o recursos, para calcular los años de vida ajustados por calidad (AVAC), la relación entre coste-efectividad/utilidad o los costes generados por una población determinada (Badia et al., 1999; Herdman et al., 2001).

Modo de administración y corrección de la prueba: El/la participante se autoaplicó el cuestionario en formato físico, bajo la supervisión y/o resolución de dudas de la profesional clínica. Los resultados fueron corregidos de forma manual y posteriormente computarizados.

Propiedades psicométricas: Los numerosos estudios acerca de este instrumento permiten mostrarlo ampliamente válido, fiable y sensible (Finch, Brazier y Mukuria, 2018). Se ha analizado en multitud de poblaciones, obteniendo buenos resultados a nivel europeo (Brooks, Rabin y De Charro, 2003; Greiner et al., 2003; Rencz et al., 2016), a nivel español (Badia, Roset, Herdman y Kind, 2001) y catalán (Badia, Schiaffino, Alonso y Herdman, 1998). También se ha administrado en perfiles con patologías determinadas (Herdman et al., 2001) y físicas que incluyen dolor (Aballéa et al., 2013; Fransen y Edmonds, 1999; Hurst, Kind, Ruta, Hunter y Stubbings, 1997), lo que ha permitido comprobar la validez del instrumento en diferentes perfiles. Además, puede usarse como herramienta para la asignación de recursos sanitarios (Wu et al., 1997). Pese a que en el sistema descriptivo se comprobó que en atención primaria la población suele puntuar con el mejor estado de salud (Johnson y Pickard, 2000), sigue mostrando buenas propiedades psicométricas de fiabilidad test-retest de entre 0,86 y 0,90 (Van Agt, Essink-Bot, Krabbe y Bonsel, 1994), entre 0,33 y 0,53 de correlación y 0,64 de consistencia interna (Díaz-Redondo, Joao Forjaz, Rodríguez-Blazquez, Ayala y Martínez-Martín, 2012).

4. PROCEDIMIENTOS

Aspectos éticos y legales

La investigación cuenta con la evaluación y aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de Idc Salud en el acta nº 23/2016 en Cataluña, para el Hospital Universitari Sagrat Cor (HUSC) de Barcelona (Adjunto en Anexo 1).

El presente estudio se ha llevado a cabo de acuerdo con los requerimientos expresados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2013) y siguiendo las recomendaciones recogidas en el Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina, (Convenio de Oviedo, 1997) (Jefatura del Estado, 1999a).

El tratamiento de los datos de carácter personal requeridos en este estudio se rige por las recomendaciones establecidas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (BOE núm. 298) de protección de datos de carácter personal y la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Jefatura del Estado, 1999b). Por lo que todos los datos cedidos para la investigación han sido almacenados en un lugar seguro y serán debidamente destruidos en el momento de la finalización de la misma, garantizando así la confidencialidad de los mismos.

Por consiguiente, todos los procedimientos de este estudio se han diseñado para asegurar el cumplimiento de las directrices de las buenas prácticas clínicas y los principios éticos para la investigación médica. En consideración, todas las partes implicadas en este estudio han aceptado las normas éticas sobre investigación.

En el caso de la investigadora principal, consta como colegiada nº 24135 por el Colegio Oficial de Psicología de Catalunya (COPC) desde enero de 2016 y dispone de seguro de responsabilidad civil para su ejercicio profesional.

Respecto a la memoria económica del presente estudio, se declara que no ha contado con ninguna fuente de financiación externa ni interna para llevarse a término. Ninguno de los investigadores participantes ha recibido una compensación económica ni de ningún tipo. La participación en la realización del estudio asume un carácter voluntario donde el objetivo reside en la obtención de datos clínicos para análisis e inferencias posteriores relacionadas con el dolor crónico no oncológico y su relación con la psicopatología y la calidad de vida.

Los participantes tampoco han percibido ninguna compensación económica ni de ningún otro tipo, así como tampoco ningún detrimento. Dado su carácter observacional, el estudio no tenía posibilidad de generar ningún riesgo sobre los participantes, ya que no se aplicaba ningún cambio en el seguimiento o tratamiento fuera de la práctica clínica habitual.

El estudio no ha supuesto tampoco un incremento de gasto para el HUSC, debido a que la realización del estudio se ha llevado a cabo fuera de la jornada académica/laboral y el espacio ocupado para ello, no se destinaba a otro fin en los momentos de recogida de muestra.

Procedimiento

El presente estudio se realizó en la UTD del HUSC de Barcelona, que cedió una consulta de forma semanal durante el período de estudio.

Los pacientes con dolor crónico no oncológico que acudían a la Unidad del Dolor por primera vez o en visita regular, eran invitados por los especialistas a participar en el estudio (al finalizar éstos su intervención). Aquellos que afirmaban querer participar eran trasladados por el/la profesional a la consulta contigua, en la misma unidad, donde se encontraba la investigadora especialista en psicología clínica.

Allí, todos los pacientes fueron informados verbalmente y en términos comprensibles sobre la existencia de la investigación. Al mismo tiempo, obtenían una transcripción específica de lo explicado mediante la hoja de información al paciente, elaborada para el estudio (*ad hoc*) (Adjunto en Anexo 2), donde se destaca: El carácter voluntario de su participación, que de su inclusión en el estudio no se reportará beneficios personales o médicos y que, en el caso de no querer participar, su retirada puede darse en el momento que se desee sin ser penalizada de ningún modo posible. Asimismo, se describe la finalidad, las características del estudio, el mantenimiento de la confidencialidad de los registros relativos a su participación y su uso exclusivo para fines de investigación.

Seguidamente, sí se cumplía con los criterios de inclusión y exclusión requeridos, se solicitaba su afirmación o negación de participación mediante la rúbrica del consentimiento informado (Adjunto en Anexo 3). La firma en este documento muestra el otorgamiento de la conformidad para participar en el estudio y ceder sus datos con fines de investigación; la comprensión de la información recibida, del carácter voluntario de la participación y de la posibilidad de retirada voluntaria del estudio. Todos los pacientes integrantes de la muestra firmaron el consentimiento informado con anterioridad al inicio de la evaluación.

La evaluación se realizó de manera individual y en una sola sesión que osciló entre 60 y 90 minutos de duración. Se inició con la entrevista semiestructurada para recolectar las variables sociodemográficas, clínicas generales y de dolor, aplicándose en este punto las dos pruebas estandarizadas relativas al dolor (DN4 y EVN). Se siguió con la recolección de variables psicopatológicas y se evaluó la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa (HDRS y HARS), los síndromes clínicos y la personalidad (MCMI-III) y finalmente se evaluó la Calidad de Vida relacionada con la Salud (EQ-5D-3L). El protocolo completo de evaluación completo se encuentra en el Anexo 4.

Confidencialidad

Con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos del estudio, únicamente las figuras de investigación, colaboradores mencionados en el CEIC y éste mismo, obtienen el acceso a los mismos. Todos los datos registrados fueron codificados y protegidos de usos no permitidos por personas ajenas a la investigación. El conjunto de información obtenido se considera estrictamente confidencial y no será revelado a terceros exentos de las condiciones mencionadas anteriormente.

De modo general, para operar con la totalidad de los datos recogidos durante la evaluación, tanto en la entrevista (*ad hoc*) como en los instrumentos psicométricos; se respetó la confidencialidad mediante la asignación de códigos numéricos (cifras correlativas comenzando por 1) a los participantes y a sus respectivos documentos, anonimizando cualquier información.

De modo concreto, las medidas relativas al mantenimiento de la confidencialidad respecto a los registros en formato físico (archivos de papel), residieron en almacenar por separado y bajo llave los consentimientos informados de los instrumentos respondidos (ambos codificados). Y las medidas relativas al mantenimiento de la confidencialidad respecto a los registros en formato digital, residieron en proteger el acceso a los dos archivos digitales existentes. El primero de ellos contenía los datos identificativos del paciente (nombre y número de historia clínica) junto con el código asignado para el estudio. El segundo archivo contenía los datos de las variables evaluadas para cada uno de los participantes, identificados únicamente a través del código asignado. Para ambas bases de datos, sólo era posible el acceso mediante la introducción de las claves previamente establecidas.

Análisis estadístico

El tratamiento estadístico de datos se realizó mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) de las versiones 25 a la 27 para Windows (IBM Corp., 2017, 2020) y el uso de Microsoft Office Excel 2019.

Se utilizó para caracterizar las variables cuantitativas: media, desviación típica (DT), intervalo de confianza del 95% (IC 95%) y rango. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas y porcentajes; se compararon entre grupos mediante Chi-cuadrado de Pearson. Se emplearon los criterios del coeficiente de asociación Phi para la interpretación del tamaño del efecto, estableciendo el signo el sentido de la relación, siendo $r_{\phi}=0.00-0.09$ sin efecto, $r_{\phi}=0.10-0.29$ bajo, $r_{\phi}=0.30-0.49$ medio y $r_{\phi}=\geq 0.50$ alto (Brennan y Kane, 1977).

Mediante la prueba de Rachas se certificó la aleatorización de la muestra. Por medio del test de Cochran-Mantel-Haenszel y pruebas de regresión logística para la asociación condicional, se confirmó la ausencia de variables confusoras que pudieran interferir o condicionar los resultados obtenidos en el presente estudio. Se aplicó el contraste Kolmogórov-Smirnov para evaluar la normalidad de distribución y la prueba de Levene para la homogeneidad de varianzas. Para determinar diferencias entre variables cuantitativas, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para la distribución no normal, indicando el tamaño del efecto con el estimador de Hedges siendo $g<0.49$ tamaño del efecto pequeño, $g=0.50-0.79$ medio y $g\geq 0.80$ grande (Hedges, 1981); y la prueba T de Student para las que cumplían con la normalidad, empleando los criterios de Cohen (Cohen, 1992) para la interpretación del tamaño del efecto siendo $d<0.49$ tamaño del efecto pequeño, $d=0.50-0.79$ medio y $d\geq 0.80$ grande. Para determinar asociaciones entre variables se usó el coeficiente de correlación de Spearman, estableciendo el signo el sentido de la correlación, siendo $rho=.00-.29$ muy baja, $rho=.30-.49$ baja, $rho=.50-.69$ moderada, $rho=.70-.89$ fuerte, $rho=.90-1$ muy fuerte/perfecta (Hinkle, Wiersma y Jurs, 2003). También se realizaron regresiones logísticas, modelando una variable cualitativa a partir de varias variables explicativas cuantitativas. La medida del efecto se calculó a través de odds ratio (OR) en intervalo de confianza del 95% (IC 95%) .

La significación estadística se fijó en $p\leq 0.050$.

IV.RESULTADOS

1. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA

Participaron en el estudio 115 pacientes. Para determinar qué tipo de sintomatología dolorosa presentaban (variable de agrupación), se les administró el cuestionario DN4 para la detección del componente neuropático en el dolor, en su versión abreviada. Tras responder el cuestionario, 64 (56%) de los participantes se situaron dentro del rango de dolor con componente/características neuropáticas, siendo clasificados de aquí en adelante como Ne. Los restantes 51 (44%) participantes se situaron por debajo de dicho rango, clasificándose como pacientes sin componente/características neuropáticas, es decir con dolor nociceptivo, de aquí en adelante como Nc. Los resultados se muestran en la Tabla 8.

Tabla 8. Resultados del cuestionario DN4 para establecer la variable de agrupación

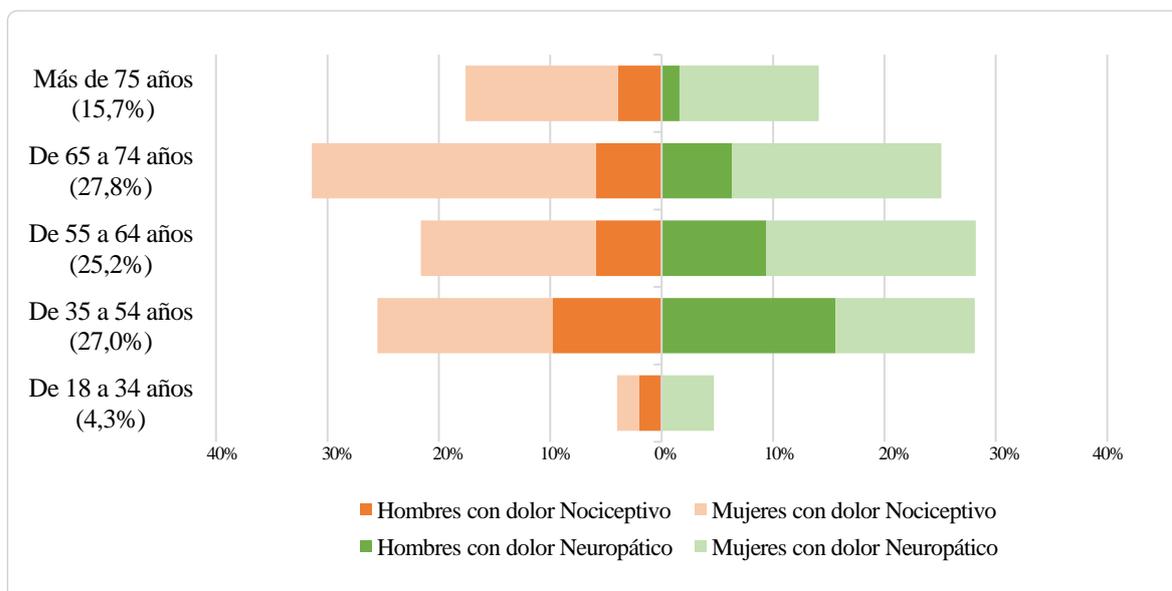
	Grupo Neuropático (Ne) (n=64)	Grupo Nociceptivo (Nc) (n=51)	Total (N=115)
	n (%)		
Distribución por DN4	64 (55.7)	51 (44.3)	-
Media ± Desviación Típica	4.17 (1.162)	1.24 ± 0.839	2.87 ± 1.789
Mínimo - máximo	3 - 7	0 - 2	0 - 7
Mediana	4	1	3
Rango	4	2	7
Frecuencia de puntuaciones			
0	-	13 (25.5)	13 (11.3)
1	-	13 (25.5)	13 (11.3)
2	-	25 (49)	25 (21.7)
3	24 (37.5)	-	24 (20.9)
4	17 (26.6)	-	17 (14.8)
5	13 (20.3)	-	13 (11.3)
6	8 (12.5)	-	8 (7)
7	2 (3.1)	-	2 (1.7)

Nota: Ne=Dolor crónico Neuropático; No=Dolor crónico Nociceptivo; N = universo; n = submuestra; DN4 = Cuestionario DN4 para la detección de dolor neuropático.

2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Los datos sociodemográficos cumplieron con la normalidad de distribución, mostraron predominancia del sexo femenino en ambos grupos de dolor, siendo el 70% femenino y el 30% masculino, con una edad media de 60.35 ($DT=13.82$) años. La composición en el grupo Ne fue del 67% sexo femenino y 33% del masculino, con una edad media de 58.95 ($DT=14.22$) años. En el grupo Nc el sexo se distribuyó en un 72% femenino y un 28% masculino, con 62.10 ($DT=13.25$) años de media. En la Figura 3 se muestra el perfil poblacional por franjas de edad, sexo y tipo de dolor.

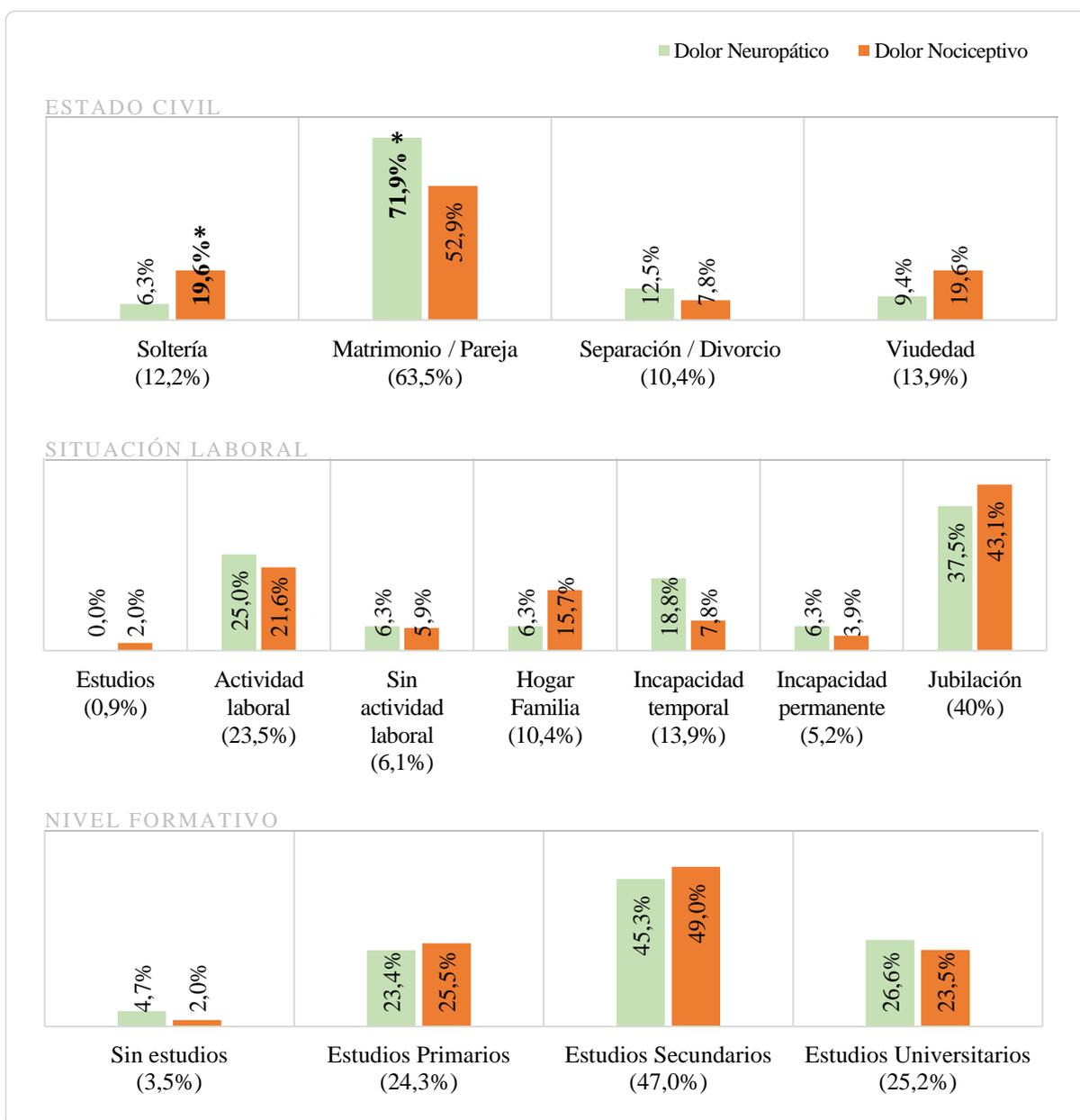
Figura 3. Perfil poblacional por franjas de edad, categorizado por sexo y tipo de dolor.



Nota. El gráfico poblacional representa las proporciones de participantes en cada franja de edad, categorizados por sexos y por tipo de dolor.

En la Figura 4 se muestran los datos relativos al estado civil, situación laboral y nivel formativo de los participantes. La categoría de *soltería* reveló diferencias significativamente menores entre el porcentaje de individuos del grupo Ne (6.3%) frente al porcentaje en Nc (19.6%): $\chi^2(1, N=115)=4.73, p=.030$; con asociación negativa baja ($r_\phi=-.203$). Del mismo modo que la categoría *matrimonio/pareja* en el grupo Ne (71.9%) se diferenció significativamente por encima del grupo Nc (52.9%): $\chi^2(1, N=115)=4.38, p=.036$; con asociación positiva baja ($r_\phi=.195$).

Figura 4. Datos sobre el estado civil, situación laboral y nivel formativo.



Nota. Los gráficos de barras representan las proporciones de participantes en cada estado civil, situación laboral o nivel formativo alcanzado. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en las categorías señaladas: *= $p<.05$; **= $p<.01$ y ***= $p<.001$.

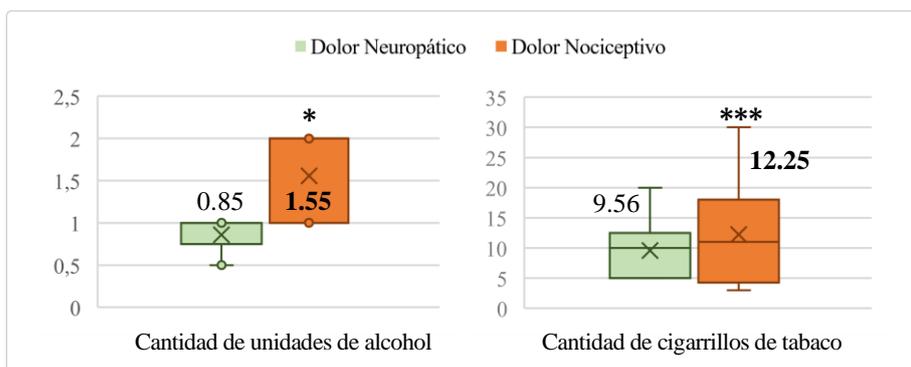
En el Anexo 5 se pueden consultar todos los datos y valores estadísticos relativos a las variables sociodemográficas.

3. DATOS CLÍNICOS GENERALES

Hábitos tóxicos actuales

Todos los participantes negaron el consumo de cannabis, cocaína u otras sustancias tóxicas/estupefacientes. Menos del 15% de la muestra refirió beber alcohol y/o fumar tabaco, sin embargo, se encontraron diferencias significativas entre la mayor cantidad de unidades de alcohol que tomaba el grupo Nc ($M=1.55$, $DT=0.52$) frente al grupo Ne ($M=0.85$, $DT=0.24$): $t(49)=2.04$, $p=.043$. El tamaño de efecto d fue de 1.728, indicando un efecto grande. Del mismo modo, se hallaron mayores cantidades de cigarrillos de tabaco fumados por el grupo Nc ($M=12.25$, $DT=9.02$) frente al Ne ($M=9.56$, $DT=5.17$): $t(49)=-9.33$, $p=.000$. El tamaño de efecto d fue de 0.365, indicando un efecto bajo (Figura 5).

Figura 5. Cantidad de alcohol y tabaco consumido por los participantes

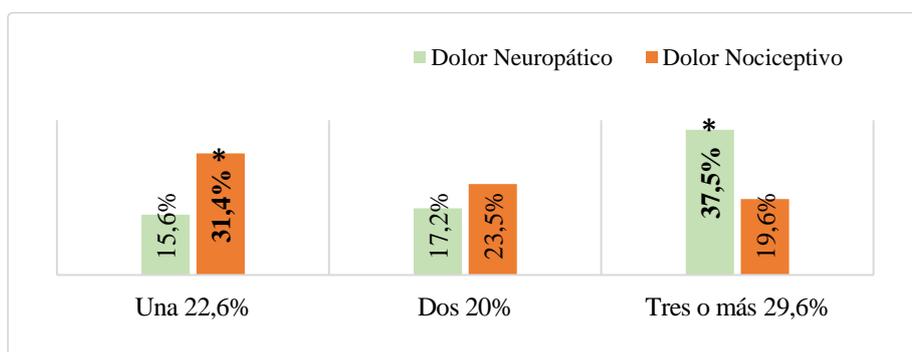


Nota. Los gráficos representan las unidades medias de alcohol y tabaco consumidas por los participantes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en las categorías señaladas: *= $p<.05$; **= $p<.01$ y ***= $p<.001$.

Comorbilidad con otras enfermedades médicas

Un 73% de los participantes presentaban una o más enfermedades médicas de forma simultánea al diagnóstico principal de DC; representando el 72% del grupo Ne y el 74% del Nc. La suma de las enfermedades simultáneas que presentó la totalidad de la muestra fue de 1.75 ($DT=1.59$). Para los pacientes del grupo Ne fue de 1,97 ($DT=1,79$) y para los del Nc fue de 1.47 ($DT=1.27$). En la Figura 6 se muestra la frecuencia en la que los pacientes las presentaban y se señala que el grupo Nc mostró con más frecuencia (31.4%) que el Ne (15.6%) una sola enfermedad simultánea: $\chi^2(1, N=115)=4.02$, $p=.045$; con asociación negativa baja ($r_{\phi}=-.187$). Y el Ne mostró con más frecuencia (37.5%) tres o más enfermedades que el Nc (19.6%): $\chi^2(1, N=115)=4.36$, $p=.037$; con asociación positiva baja ($r_{\phi}=.195$).

Figura 6. Cantidad de comorbilidades simultáneas

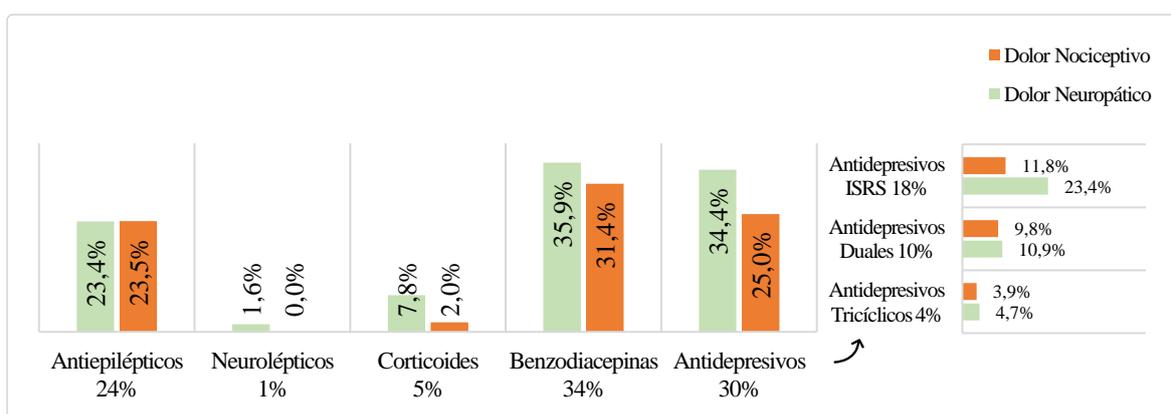


Nota. Los gráficos de barras representan la simultaneidad de enfermedades médicas en los participantes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en las categorías señaladas: * = $p < .05$; ** = $p < .01$ y *** = $p < .001$.

Tratamiento farmacológico

El 99% de los participantes tenía prescrita una pauta farmacológica, tomando de media 2 fármacos diarios ($DT = 1.36$). El 83% de la muestra tomaba analgésicos, el 60% coadyuvantes y un 76% se sometía a técnicas intervencionistas específicas para el dolor. Los datos farmacológicos no reflejaron resultados estadísticamente significativos. En la Figura 7 se muestra información sobre las pautas coadyuvantes de los participantes.

Figura 7. Prescripción de coadyuvantes, benzodiacepinas y antidepresivos



Nota. Los gráficos de barras representan la prescripción farmacológica de los participantes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor.

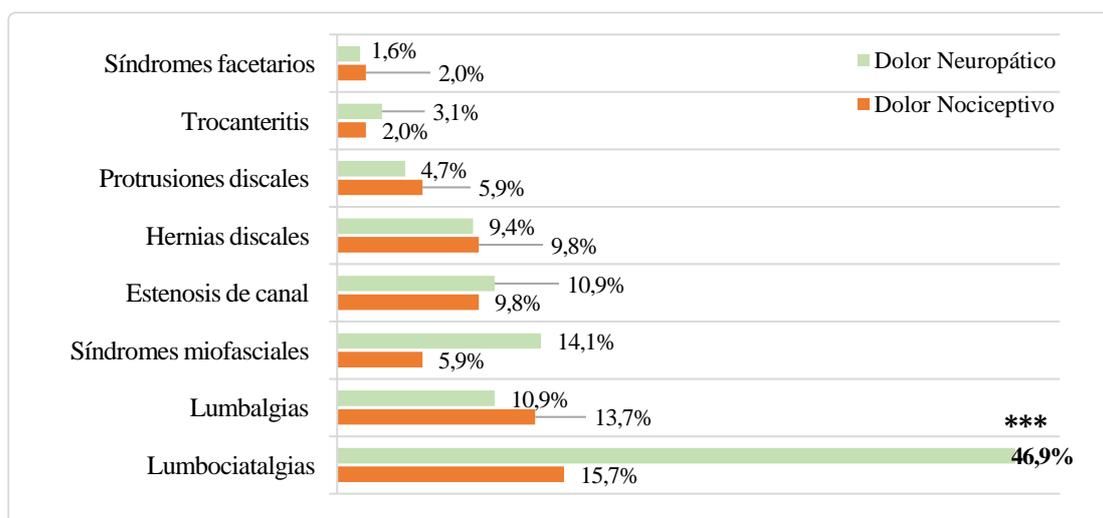
En el Anexo 6 se pueden consultar todos los datos clínicos generales

4. DATOS CLÍNICOS RELATIVOS AL DOLOR

Entidad diagnóstica

En la UTD se diagnosticó a cada uno de los 115 pacientes. Se establecieron 55 diagnósticos distintos y también simultáneos, a su vez pertenecientes a ocho categorías diagnósticas para su posterior clasificación. El número medio de diagnósticos por paciente fue de 1.36 ($DT=0.66$) para la totalidad de la muestra. Para el grupo Ne fue 1.39 ($DT=0.72$) y para el Nc 1.33 ($DT=0.58$) diagnósticos de media, sin diferenciarse estadísticamente entre ellos. Los resultados de las categorías sí reflejaron diferencias significativas. En el grupo Ne cerca de la mitad fue diagnosticado con lumbociatalgias frente a medio tercio del grupo Nc: $\chi^2(1, N=115)=12.47, p=.000$); con asociación positiva media ($r_\phi=.329$) (Figura 8).

Figura 8. Categorías diagnósticas presentadas por grupos de dolor

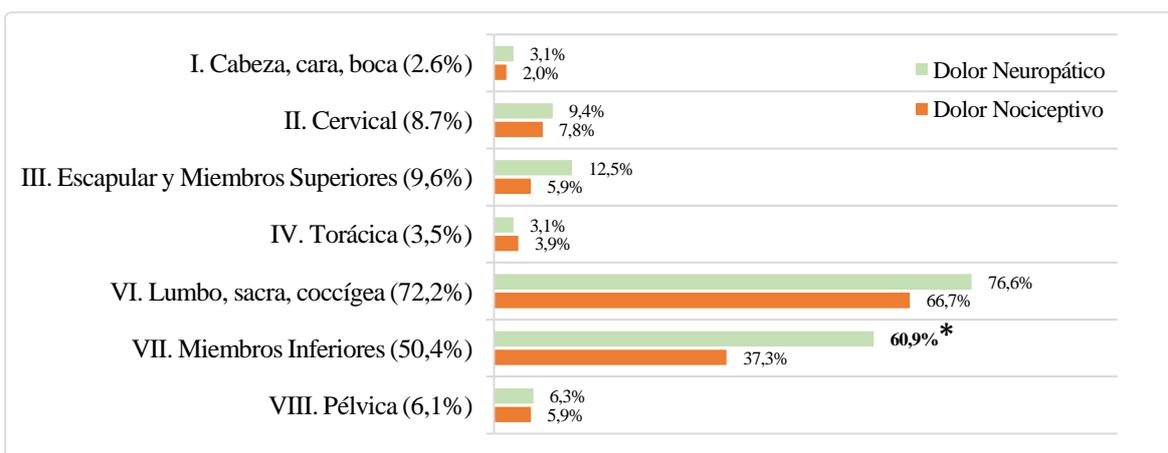


Nota. Los gráficos de barras representan los porcentajes de pacientes en cada categoría diagnóstica. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en la categoría señalada: *= $p<.05$; **= $p<.01$ y ***= $p<.001$.

Regiones afectadas

La localización del dolor en la región que comprende la zona lumbar, sacra y coccígea fue la más frecuente, en cambio, las regiones abdominales y genitales, no fueron presentadas por ninguno de los participantes. La mitad de la muestra presentó dolor en los miembros inferiores, revelando diferencias significativas entre los porcentajes de ambos grupos: $\chi^2(1, N=115)=6.36, p=.012$); con asociación positiva baja ($r_\phi=.235$) (Figura 9).

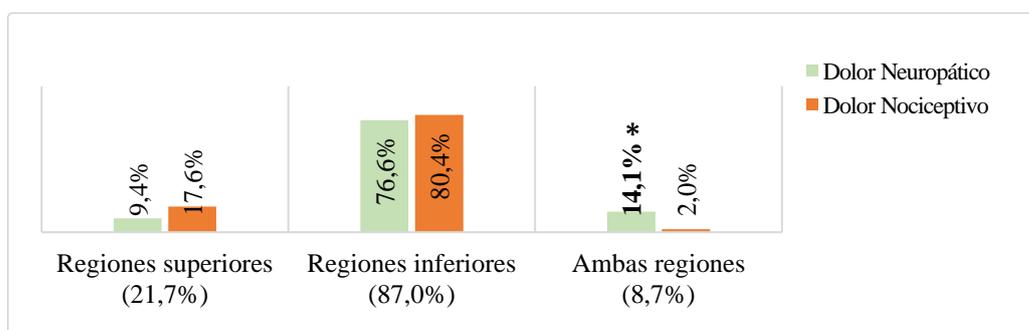
Figura 9. Regiones afectadas



Nota. Los gráficos de barras representan los porcentajes de pacientes que presentaban dolor en cada región. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en la categoría señalada: *= $p < .05$; **= $p < .01$ y ***= $p < .001$.

La ubicación de dichas regiones se concentró en la parte inferior o caudal del cuerpo por la mayoría (80%), sin embargo, el grupo Ne (14%) se diferenció significativamente del Nc (2%) por presentar dolor en ambas partes del cuerpo: $\chi^2(1, N=115)=5.23, p = .022$; con asociación positiva baja ($r_\phi = .213$) (Figura 10).

Figura 10. Ubicación de las regiones afectadas por grupos de dolor

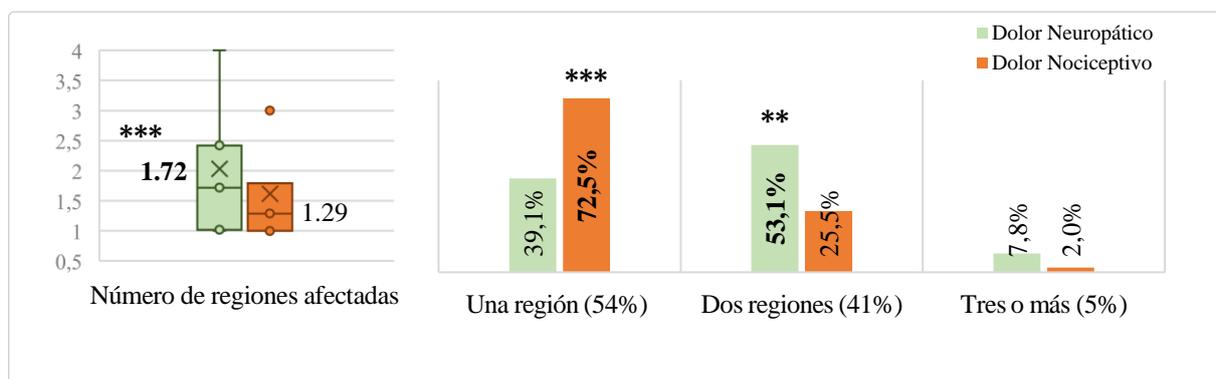


Nota. Los gráficos de barras representan las ubicaciones del dolor y los porcentajes de pacientes en cada una de ellas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en la categoría señalada: *= $p < .05$; **= $p < .01$ y ***= $p < .001$.

El número medio de regiones afectadas por paciente fue de 1.53 ($DT=0.65$) para la totalidad de la muestra. El grupo Ne mostró una media de regiones afectadas ($Mdn=2$; $Rango=3$) significativamente mayor que el grupo Nc ($Mdn=1$; $Rango=2$): $U=1069; p = .000$, con $g=0.694$, indicando un tamaño del efecto medio. La misma diferencia significativa se muestra al compararlo en categorías, dado que el grupo Nc suele presentar afectación en una

zona ($\chi^2(1, N=115)=12.809, p =.000$, con asociación negativa media ($r_{\phi}=-.334$); y el grupo Ne suele hacerlo en dos ($\chi^2(1, N=115)=8.969, p =.003$; con asociación positiva baja ($r_{\phi}=.279$) (Figura 11).

Figura 11. Cantidad de regiones afectadas por grupos de dolor

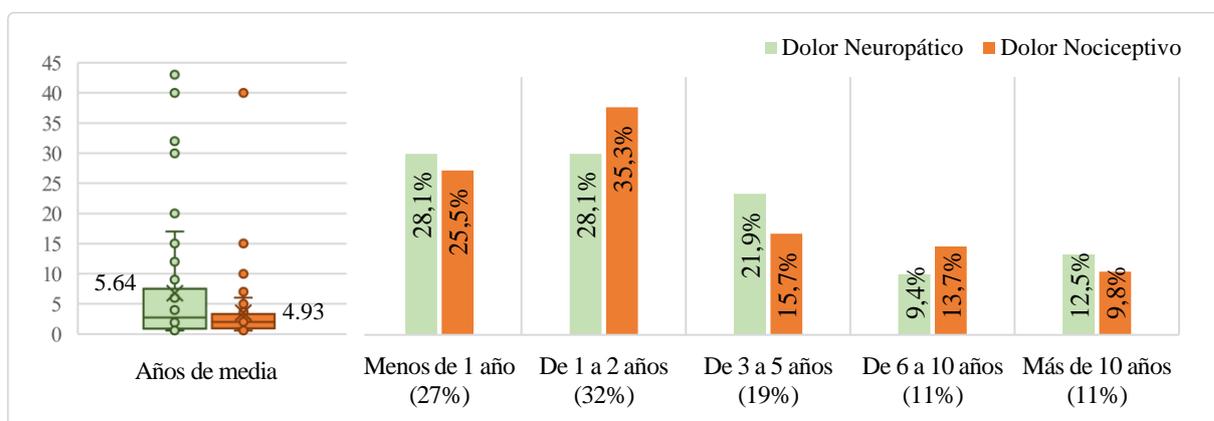


Nota. El diagrama de cajas muestra el número medio de zonas afectadas por grupo de dolor. Los gráficos de barras representan los porcentajes de pacientes y el número de regiones afectadas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en las categorías señaladas: *= $p<.05$; **= $p<.01$ y ***= $p<.001$.

Evolución

La media de tiempo con dolor fue de 5.33 ($DT=8.66$) años para la totalidad de la muestra. La evolución, resultó algo mayor en el grupo Ne ($M=5.64, DT=9.16$) frente al Nc ($M=4.93, DT=8.06$), sin encontrar diferencias significativas entre ambos grupos. En la Figura 12 se muestra la evolución media y los porcentajes en franjas de años.

Figura 12. Evolución del dolor

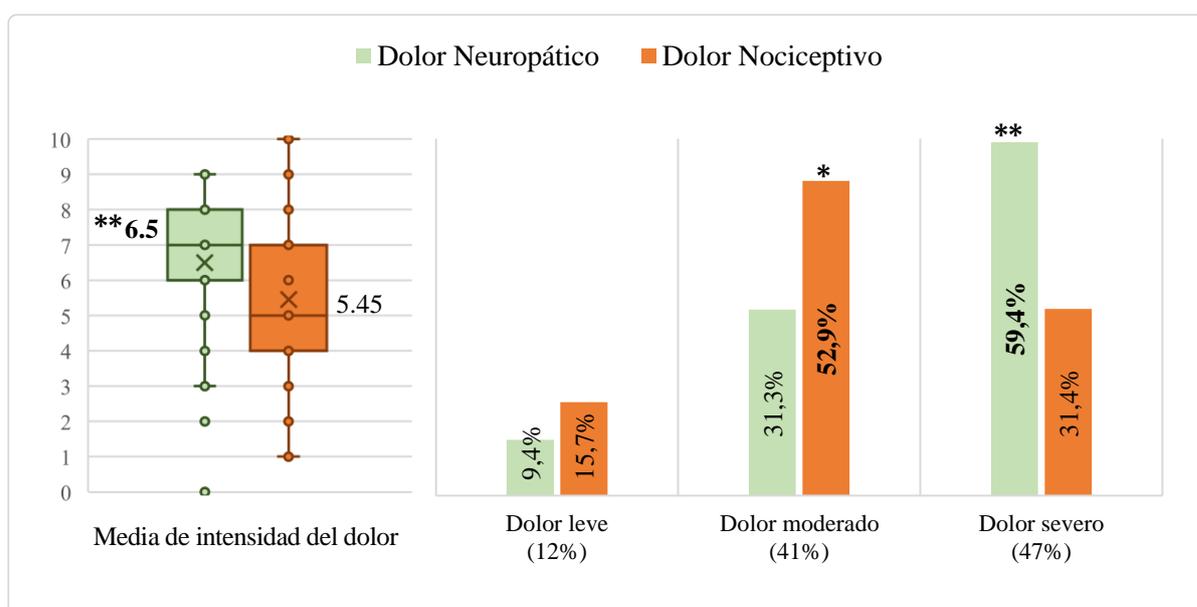


Nota. El diagrama de cajas muestra el tiempo de evolución. Los gráficos de barras representan los porcentajes de pacientes en cada franja de tiempo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor.

Resultados de la Escala Verbal Numérica (EVN)

La intensidad del dolor que los pacientes percibían fue valorada a través de la Escala Verbal Numérica para la intensidad del dolor (EVN). El grupo Ne mostró una intensidad media del dolor de 6.50 ($DT=2.06$) ($Mdn=7$, $Rango=9$) significativamente mayor que el grupo Nc de 5.45 ($DT=2.33$) ($Mdn=5$, $Rango=9$): $U=1120$; $p=.004$, con $g=2.19$ indicando un tamaño del efecto grande. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los mayores porcentajes de individuos del grupo Ne con percepción de dolor severo (59%): $\chi^2(1,N=115)=8.93$, $p=.003$, con asociación positiva baja ($r_{\phi}=.279$); así como en los porcentajes de sujetos del grupo Nc (53%) con percepción de dolor moderado: $\chi^2(1,N=115)=5.52$, $p=.019$, con asociación negativa baja ($r_{\phi}=-.219$) (Figura 13).

Figura 13. Intensidad del dolor percibida



Nota. El diagrama de cajas muestra la intensidad media del dolor que los pacientes percibían. Los gráficos de barras representan los porcentajes de pacientes en cada franja de intensidad de dolor. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en las categorías señaladas: $*=p<.05$; $**=p<.01$ y $***=p<.001$.

En el Anexo 7 se pueden consultar todos los datos y valores estadísticos relativos a la evaluación del dolor.

5. DATOS PSICOPATOLOGICOS

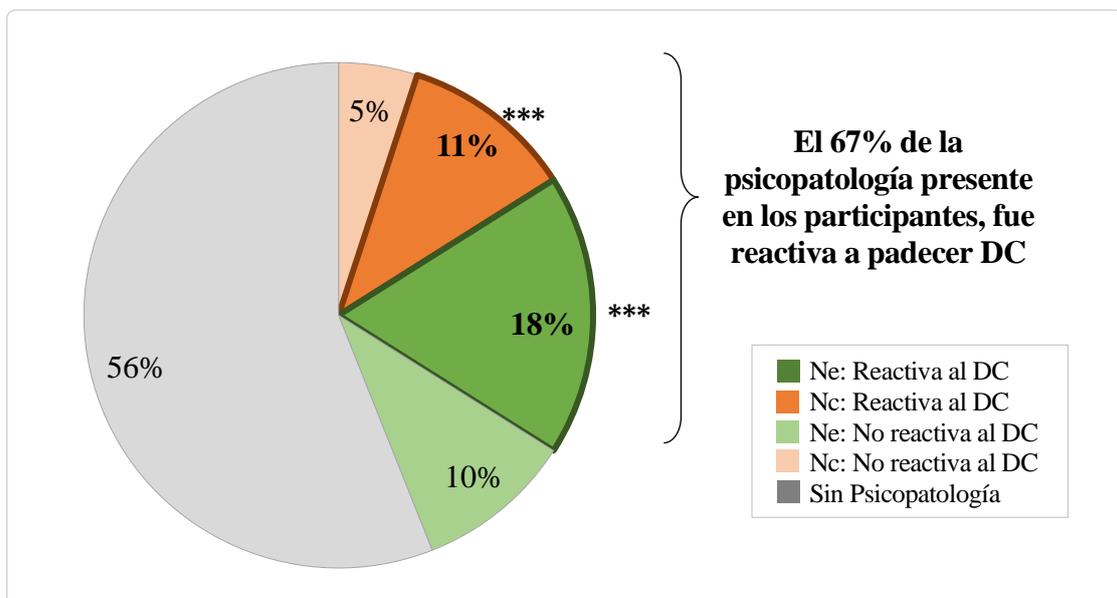
Antecedentes familiares con psicopatología

El 36% de los participantes refirieron tener familiares con psicopatología. De éstos, el 64% padecían trastornos afectivos, seguidos por un 42% de trastornos ansiosos, un 15% de trastornos por consumo de sustancias y un 14% por trastornos psicóticos. Los datos no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de dolor.

Psicopatología actual

El 44% tenía al menos un diagnóstico psicopatológico realizado previamente por un/a especialista, en el momento de la evaluación. En el grupo Ne representaba el 52% y en el grupo Nc el 35%, sin encontrarse diferencias significativas. De los participantes con diagnóstico psicopatológico, el 67% afirmó que su psicopatología fue por afectación directa del DC en sus vidas, siendo el motivo de consulta principal para visitarse en los servicios de psicología y psiquiatría ($\chi^2(1, N=115)=60.576, p=.000$), con asociación positiva alta ($r_{\phi}=.726$) (Figura 14).

Figura 14. Psicopatología presente en la muestra

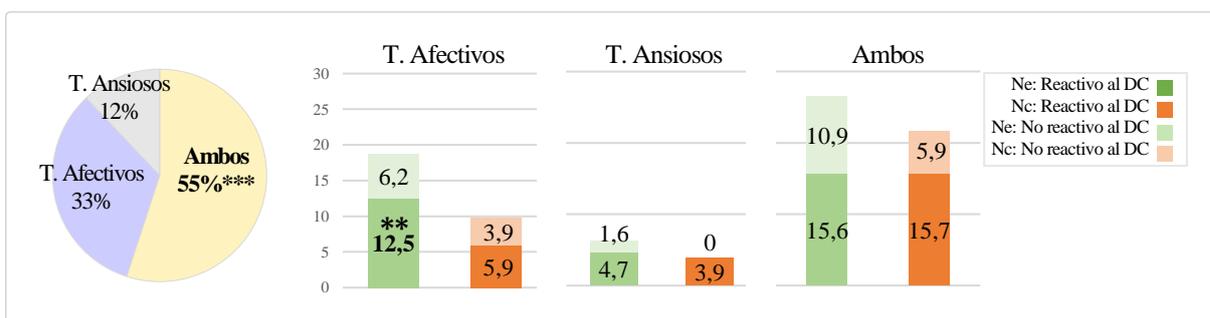


Nota. El gráfico circular representa los porcentajes de participantes con diagnóstico psicopatológico. Se diferencia los porcentajes de participantes que afirmaron que su psicopatología fue por afectación directa del DC en sus vidas, de los que refirieron que su psicopatología no era reactiva al DC. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en las categorías señaladas: *= $p<.05$; **= $p<.01$ y ***= $p<.001$.

Comorbilidad afectiva y ansiosa

Un 55% de los participantes afectados psicopatológicamente por el DC, presentaron de forma simultánea ambas entidades psicopatológicas ($\chi^2(1,N=115)=12.873$, $p=.000$; con asociación positiva media ($r_\phi=.335$). El grupo Ne mostró el doble de trastornos afectivos (18%) que el Nc (9%): ($\chi^2(1,N=115)=6.662$, $p=.010$; con asociación positiva baja ($r_\phi=.241$) (Figura 15).

Figura 15. Clasificación por categorías psicopatológicas



Nota. El gráfico circular representa los porcentajes de participantes que refieren presentar cada categoría diagnóstica. Los gráficos de barras representan los porcentajes de participantes con psicopatología afectiva, ansiosa y psicopatología afectiva y ansiosa presentada de forma simultánea y categorizada como "Ambos". Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en las categorías señaladas: *= $p<.05$; **= $p<.01$ y ***= $p<.001$.

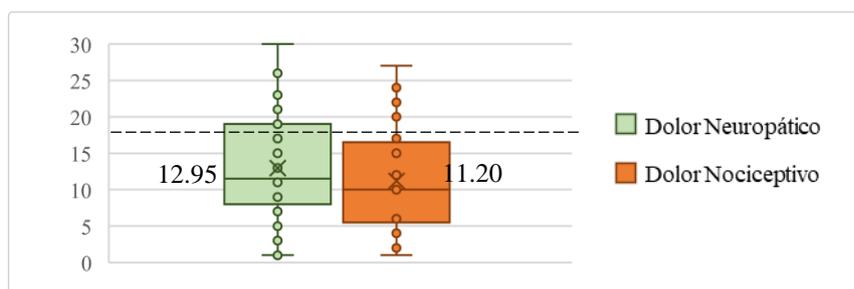
Intervención psicológica

De los 16 participantes que realizaban intervención psicológica un 70% (9) lo hacía por presentar psicopatología reactiva al DC ($\chi^2(1,N=16)=7.931$, $p=.005$; con asociación positiva media ($r_\phi=.394$). Se encontraron mayores porcentajes de intervención psicológica por presentar psicopatología afectiva y ansiosa de forma simultánea en el grupo Ne (83%) frente al Nc (17%): ($\chi^2(1,N=16)=6.640$, $p=.010$; con asociación positiva baja ($r_\phi=.240$).

Resultados de la Escala de Hamilton para la depresión (HDRS)

Puntuación global: La sintomatología depresiva evaluada ($M=12.17$, $DT=6.82$) no mostró diferencias significativas entre las puntuaciones globales medias del grupo Ne ($M=12.95$, $DT=6.69$) y el Nc ($M=11.20$, $DT=6.92$) (Figura 16).

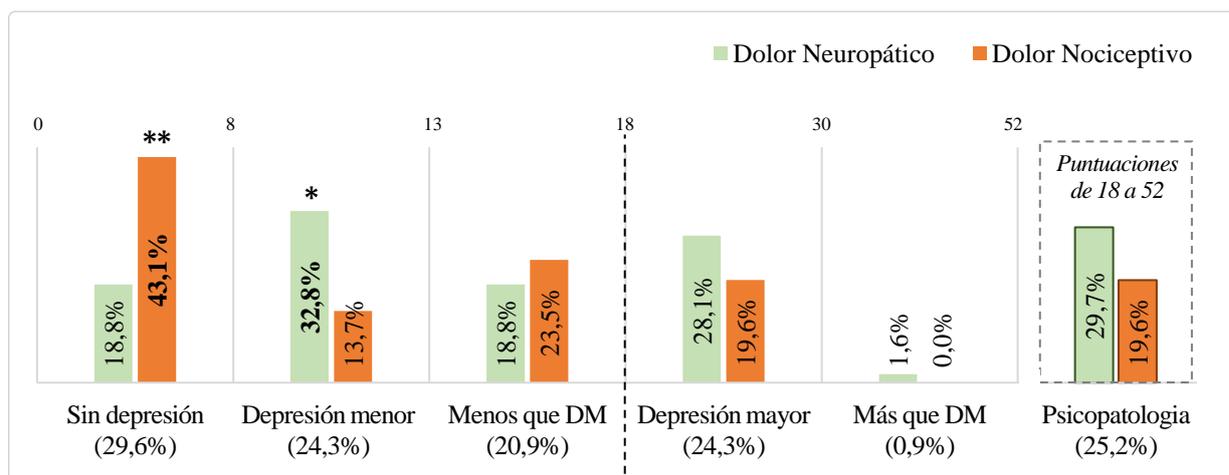
Figura 16. Puntuación global de la Escala de Hamilton para la depresión (HDRS)



Nota. El diagrama de cajas muestra las puntuaciones medias de sintomatología depresiva de ambos grupos. El punto de corte (≥ 18) para considerar la presencia de psicopatología depresiva está marcado por una línea discontinua. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor.

Categorías: El 30% del grupo Ne y el 20% del grupo Nc, superaron el punto de corte establecido para el instrumento (≥ 18) y se posicionaron en categorías de psicopatología depresiva, sin diferencias significativas. Ahora bien, respecto a las categorías, el porcentaje de individuos *sin depresión* fue estadísticamente superior en el grupo Nc (43%) frente al porcentaje del grupo Ne (19%): $\chi^2(1, N=115)=8.10, p=.004$, con asociación negativa baja ($r_\phi=-.265$). Del mismo modo que el porcentaje de sujetos del grupo Ne (33%) en el grupo *depresión menor* fue estadísticamente superior que el del grupo Nc (14%): $\chi^2(1, N=115)=4.41, p=.036$, con asociación positiva baja ($r_\phi=.196$) (Figura 17).

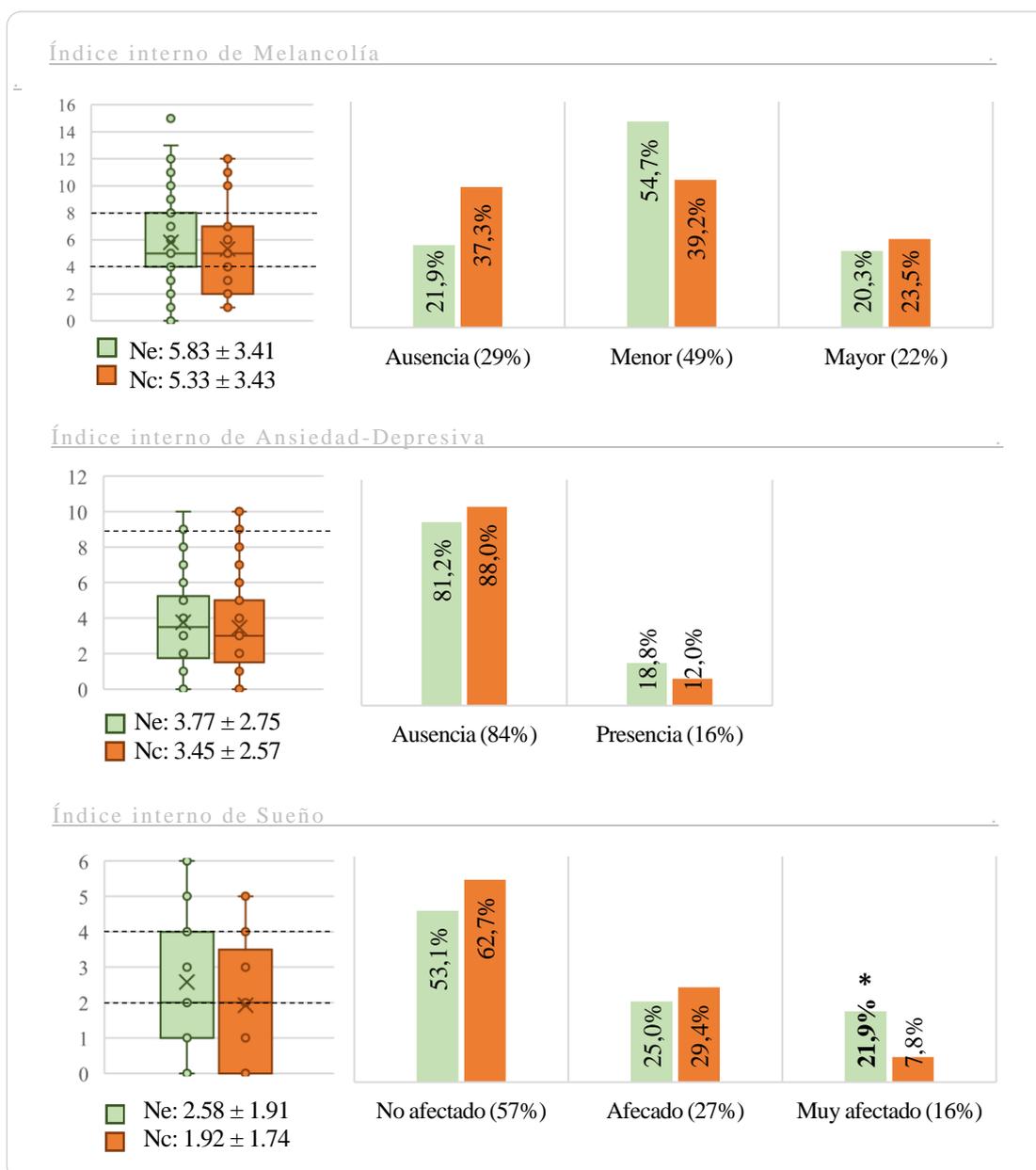
Figura 17. Resultados por categorías de la escala HDRS



Nota. El primer gráfico de barras representa los porcentajes de participantes en cada una de las categorías del HDRS, se ordenan de menor puntuación a mayor, indicado por los valores que lideran cada separación entre categorías. El punto de corte (≥ 18) para considerar la presencia de psicopatología depresiva está marcado por una línea discontinua. El segundo gráfico de columnas, señalado por un recuadro discontinuo, representa los porcentajes de participantes que superan el punto de corte. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en las categorías señaladas: * = $p < .05$; ** = $p < .01$ y *** = $p < .001$.

Índices internos: Las puntuaciones medias obtenidas en los Índices Internos (II) que analizan la melancolía, la ansiedad y la alteración del sueño, no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de dolor. Sin embargo, cuando se analizaron las categorías de los II, se encontraron mayores porcentajes de afectación del sueño del grupo Ne (14%) frente al Nc (4%): $\chi^2(1, N=115)=4.233, p=.040$, con asociación positiva baja ($r_{\phi}=.192$) (Figura 18).

Figura 18. Resultados de los índices internos de HDRS

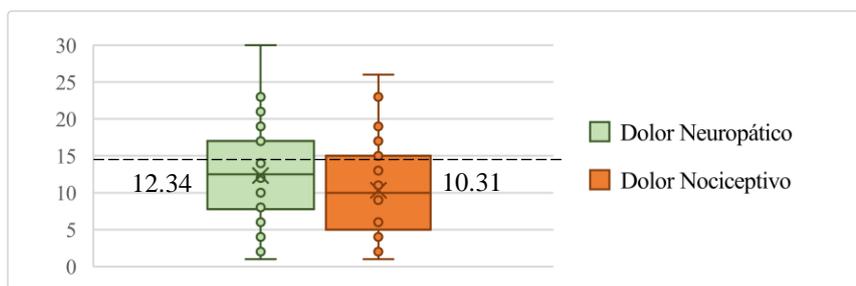


Nota. En cada uno de los apartados se muestra: En primer lugar, mediante un diagrama de caja, las puntuaciones medias de los Índices Internos (II), indicando Media ± Desviación Típica (Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo). En segundo lugar, mediante gráficos de columnas, se muestran las categorías de los II. El punto de corte está marcado por una línea discontinua para melancolía (4 y 8), ansiedad (9) y para la afectación del sueño (2 y 4). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en la categoría señalada: *= $p<.05$; **= $p<.01$ y ***= $p<.001$.

Resultados de la Escala de Hamilton para la ansiedad (HARS)

Puntuación global: La sintomatología ansiosa evaluada ($M=11.44$, $DT=6.35$) no mostró diferencias significativas entre las puntuaciones medias del grupo Ne ($M=12.34$, $DT=6.41$) y el Nc ($M=10.31$, $DT=6.15$) (Figura 19).

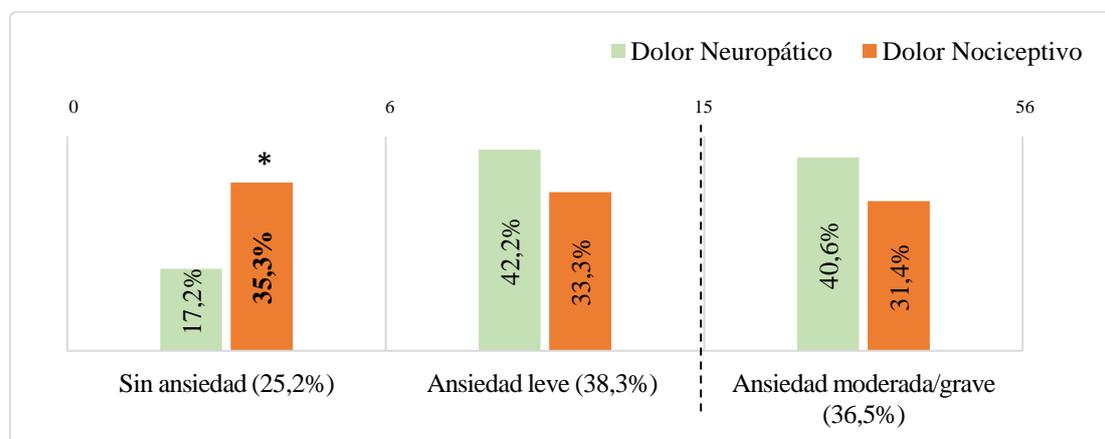
Figura 19. Puntuación global de la Escala de Hamilton para la ansiedad (HARS)



Nota. El diagrama de cajas muestra las puntuaciones medias de sintomatología ansiosa de ambos grupos. El punto de corte (≥ 15) para considerar la presencia de psicopatología ansiosa está marcado por una línea discontinua. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor.

Categorías: El 41% del grupo Ne y el 31% del grupo Nc, superaron el punto de corte establecido para el instrumento (≥ 15) y se posicionaron en categorías de psicopatología ansiosa, sin mostrar diferencias significativas entre ellos. Ahora bien, el porcentaje de individuos *sin ansiedad* fue estadísticamente superior en el grupo Nc (35%) frente al Ne (17%): $\chi^2(1, N=115)=4.93$, $p=.026$, con asociación negativa baja ($r_{\phi}=.207$) (Figura 20).

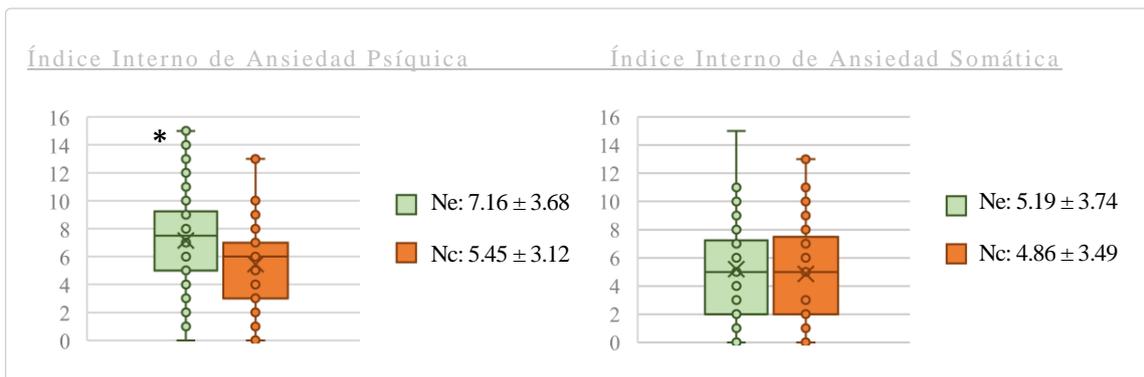
Figura 20. Resultados por categorías de la escala HARS



Nota. El gráfico de barras representa los porcentajes de participantes en cada una de las categorías del HARS, se ordenan de menor puntuación a mayor, indicado por los valores que lideran cada separación entre categorías. El punto de corte (≥ 15) para considerar la presencia de psicopatología ansiosa está marcado por una línea discontinua. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en la categoría señalada: *= $p<.05$; **= $p<.01$ y ***= $p<.001$.

Índices internos: Las puntuaciones medias obtenidas en los Índices Internos (II) que analizan la ansiedad de tipo psíquica y somática, reflejaron valores estadísticamente superiores en el II de ansiedad psíquica del grupo Ne ($M=7.16$, $DT=3.68$) ($Mdn=7.5$; $Rango=15$) frente al Nc ($M=5.45$, $DT=3.12$) ($Mdn=6$; $Rango=13$): $U=1191$; $p=.013$, con $g=0.49$ indicando un tamaño del efecto pequeño (Figura 21).

Figura 21. Resultados de los índices internos de HARS



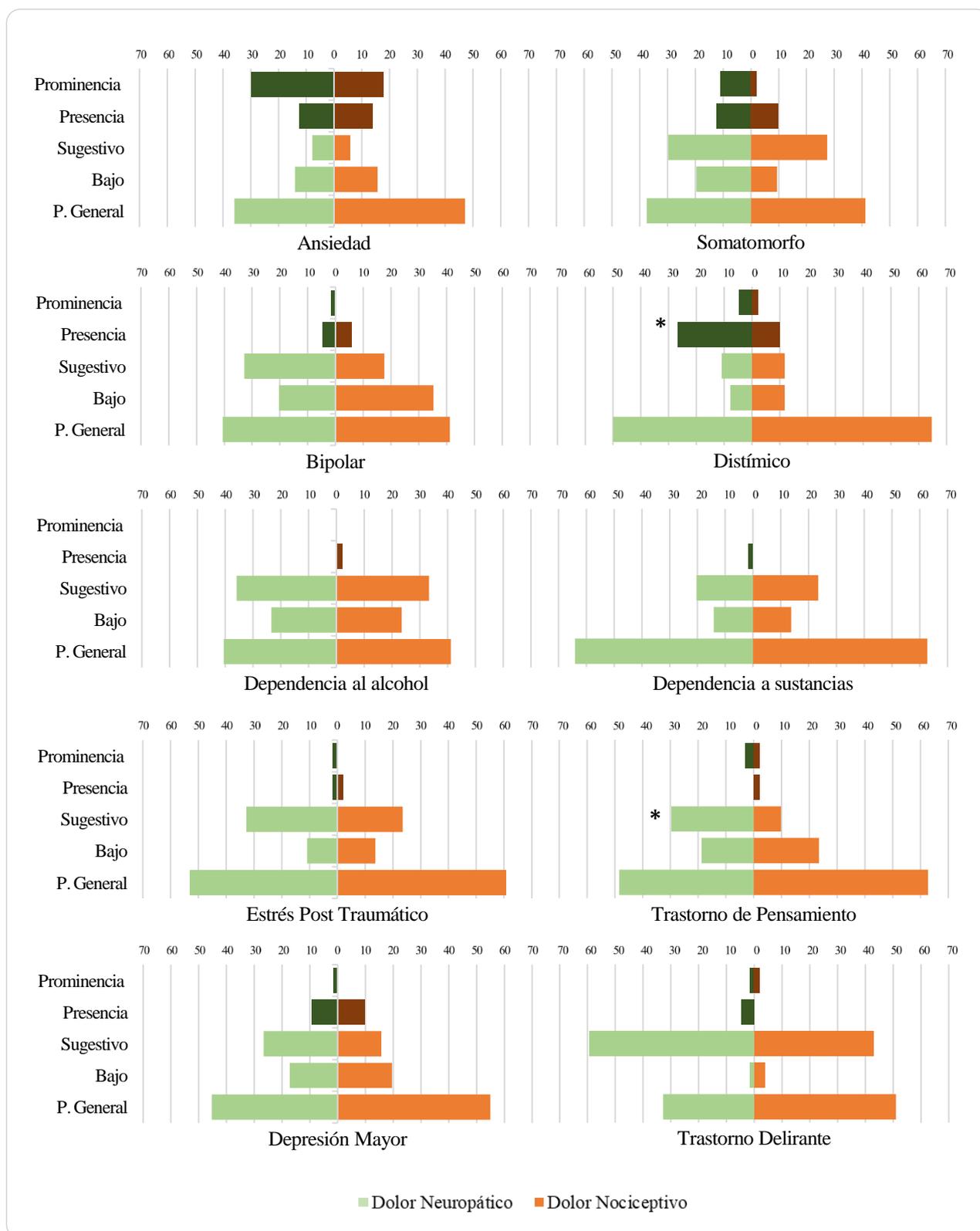
Nota. Los diagramas de cajas muestran las puntuaciones medias de los Índices Internos (II), indicando Media \pm Desviación Típica (Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en la categoría señalada: *= $p<.05$; **= $p<.01$ y ***= $p<.001$.

Resultados del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III).

Escalas de Síndromes Clínicos

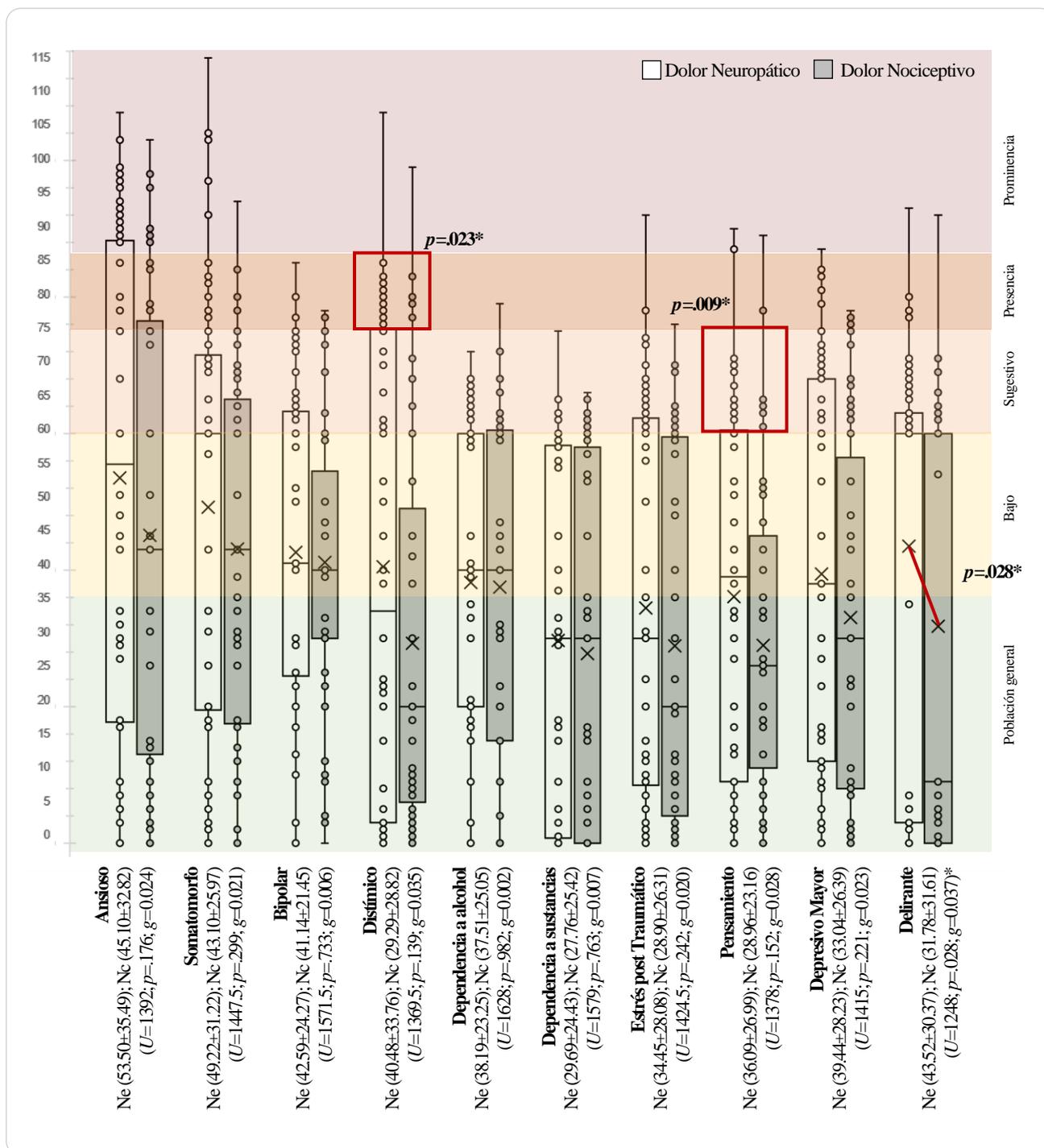
Las escalas de Síndromes Clínicos (SC) del MCMI-III proporcionaron puntuaciones medias esperadas en niveles para la población general (0-34) y bajas (35-59), siendo los aspectos psicopatológicos del SC Ansioso los que presentaban puntuaciones medias más elevadas ($M=49.77$, $DT=34.44$) (ns). Se encontraron diferencias significativas superiores para el grupo Ne ($M=43.52$, $DT=30.37$) ($Mdn=60$; $Rango=93$) frente al Nc ($M=31.78$, $DT=31.61$) ($Mdn=9$; $Rango=92$) en las puntuaciones medias del SC Delirante: $U=1248$; $p=.028$, con $g=0.037$, indicando un tamaño del efecto pequeño. El grupo Ne mostró porcentajes significativamente mayores que el Nc en la presencia (75-84) del SC Distímico (9% en Nc y 26% en Ne): $\chi^2(1,N=115)=5.15$, $p=.023$; con asociación positiva baja ($r_{\phi}=.212$); y en las puntuaciones sugestivas (60-74) a presentar el SC de Pensamiento (9% en Nc y 29% en Ne): $\chi^2(1,N=115)=6.79$, $p=.009$; con asociación positiva baja ($r_{\phi}=.243$). En la Figura 22 se presentan las puntuaciones por categorías y en la Figura 23 las puntuaciones medias.

Figura 22. Resultados de los Síndromes Clínicos por categorías de puntuación



Nota. En cada uno de los gráficos de pirámide se muestran las puntuaciones por categorías de la herramienta, siendo: Población General (P. General) (0-34), Bajo (35-59), Sugestivo o con Tendencia (60-74), Presencia de psicopatología (75-84), Prominencia del síndrome clínico (85-115). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en las categorías señaladas: * = $p < .05$; ** = $p < .01$ y *** = $p < .001$.

Figura 23. Puntuaciones de los Síndromes Clínicos del MCMI-III por grupos de dolor.

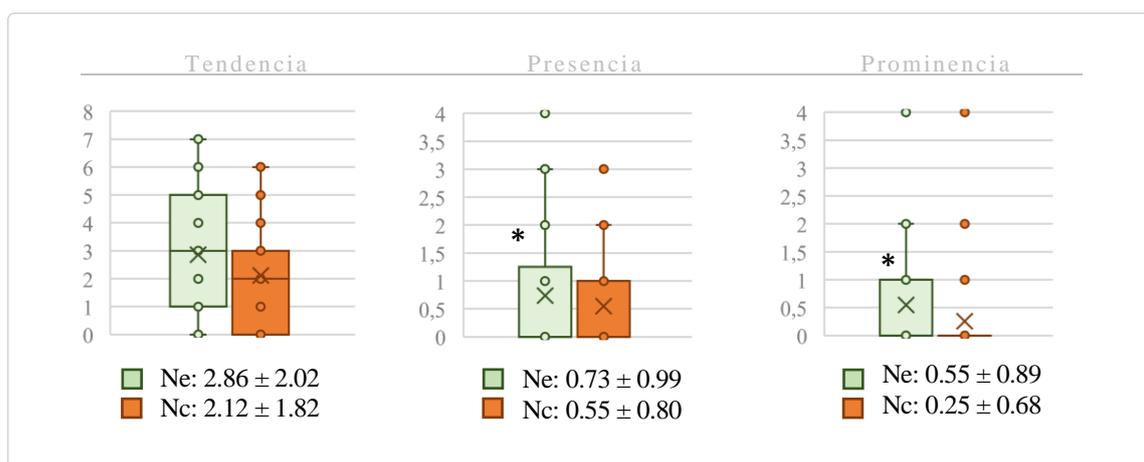


Nota. En el diagrama de cajas se muestran las puntuaciones medias en cada síndrome clínico evaluado por grupos de dolor. Se divide mediante franjas de colores en: Población General (P. General) (0-34), Bajo (35-59), Sugestivo o con Tendencia (60-74), Presencia psicopatológica del síndrome clínico (75-84), Prominencia del síndrome clínico (85-115). MCMI-III=Inventario Clínico Multiaxial de Millon III; Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; (Media ± Desviación Típica); U=U de Mann-Whitney; g=g de Hedges; p-valor=significancia estadística. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en las categorías señaladas con líneas rojas y *= $p < .05$; **= $p < .01$ o ***= $p < .001$.

Simultaneidad en los Síndromes Clínicos de los participantes

El 80% de los participantes puntuaron en uno o varios SC para las categorías de tendencia/sugestiva (categoría indicadora de sintomatología del SC y posibilidad de psicopatología). También en presencia o prominencia (categorías indicadoras de psicopatología) en un 40% Ne y un 29% Nc. La cantidad media de puntuaciones en estas categorías mostró diferencias estadísticamente superiores para el grupo Ne ($Mdn=3$; $Rango=7$) frente al Nc ($Mdn=2$; $Rango=6$) para las Sugestivas (tendencia) a presentar SC ($U=1286$; $p=.048$, con $g=0.382$, indicando un tamaño del efecto pequeño) y para las de Prominencia de SC ($Mdn=0$; $Rango=4$), ($U=1302$; $p=.019$, con $g=0.373$, indicando un tamaño del efecto pequeño) (Figura 24).

Figura 24. Cantidad de puntuaciones sugestivas, de presencia y de prominencia en los SC.



Nota. En los diagramas de cajas se muestran las puntuaciones medias en cada categoría: Sugestivo o con Tendencia (60-74), Presencia psicopatológica del síndrome clínico (75-84), Prominencia del síndrome clínico (85-115). SC=Síndrome Clínico, Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; (Media ± Desviación Típica). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en las categorías señaladas con *= $p<.05$; **= $p<.01$ o ***= $p<.001$.

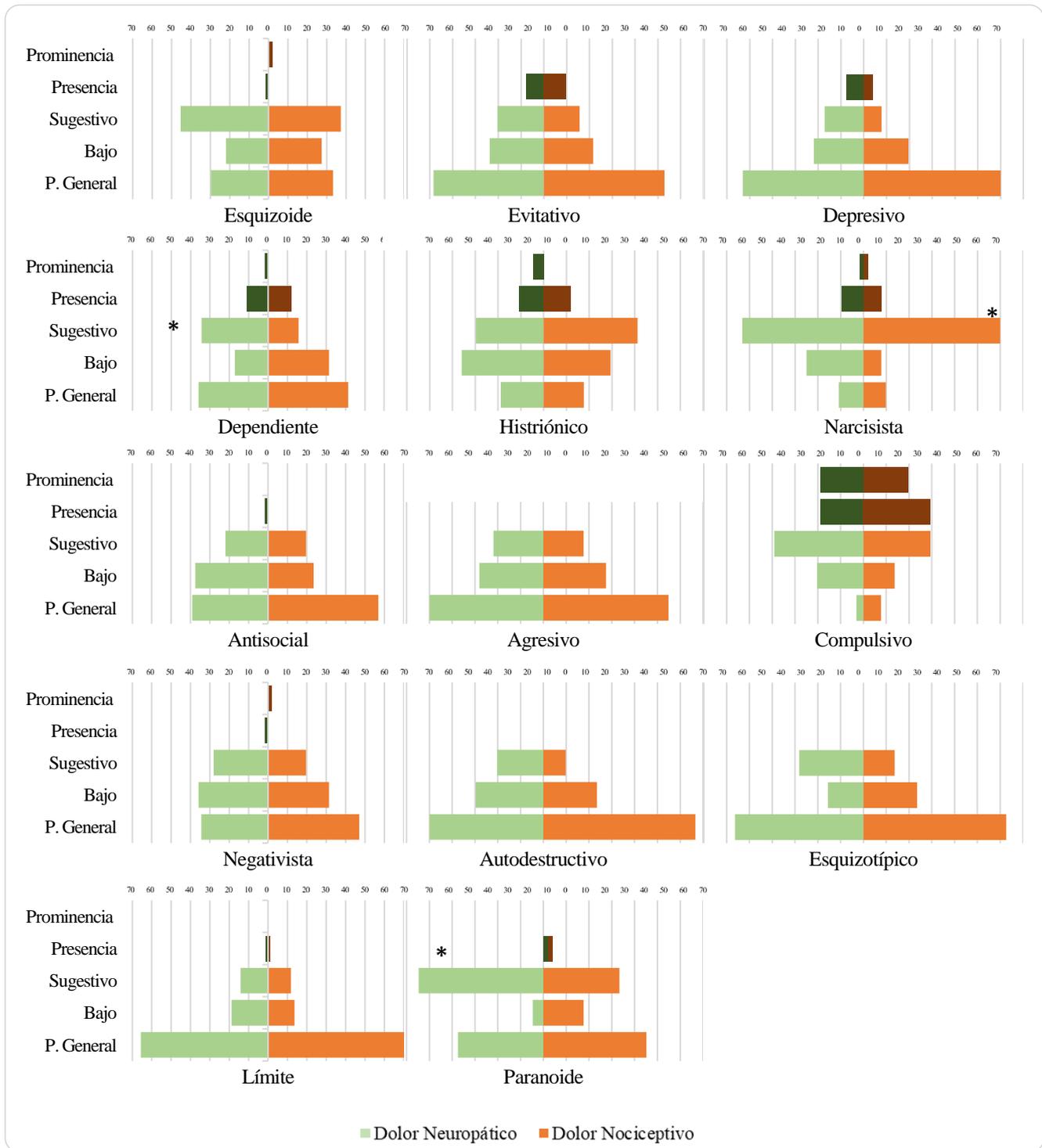
En los SC catalogados como graves (SC de trastorno del pensamiento, delirante y depresión mayor) se encontraron diferencias estadísticamente superiores en las puntuaciones del grupo Ne ($Mdn=116$; $Rango=248$) frente al Nc ($Mdn=97$; $Rango=248$): $U=1247.5$; $p=.044$, con $g=0.383$, indicando un tamaño del efecto pequeño.

Escalas de Patrones de la Personalidad

En las escalas de Patrones Clínicos de la Personalidad (PP) del MCMI-III, se obtuvieron puntuaciones medias esperadas para la población general (0-34) y bajas (35-59) para la mayoría de PP; sin embargo, las puntuaciones medias del PP *compulsivo* ($M=69.23$, $DT=17.18$) se posicionaron en la categoría Tendencia/Sugestivo de presentarlo por la totalidad de la muestra (Nc: $M=69.27$, $DT=18.22$ y Ne: $M=69.20$, $DT=16.46$). También el grupo Nc, en las puntuaciones medias del PP *narcisista* ($M=61.61$, $DT=15.19$), se posicionó en la misma categoría, suponiendo el 72% del grupo y diferenciándose estadísticamente del grupo Ne (53%): ($\chi^2(1,N=115)=4.53$, $p=.033$; con asociación negativa baja ($r_\phi=-.199$). En el grupo Ne, se encontraron porcentajes significativamente mayores en las puntuaciones sugestivas del PP *dependiente* (Nc=15%,Ne=34%): ($\chi^2(1,N=115)=5.14$, $p=.023$, ($r_\phi=.211$) y del PP *paranoide* (Nc=33%,Ne=54%): ($\chi^2(1,N=115)=5.22$, $p=.022$, ($r_\phi=.213$), ambas con asociaciones positivas y bajas.

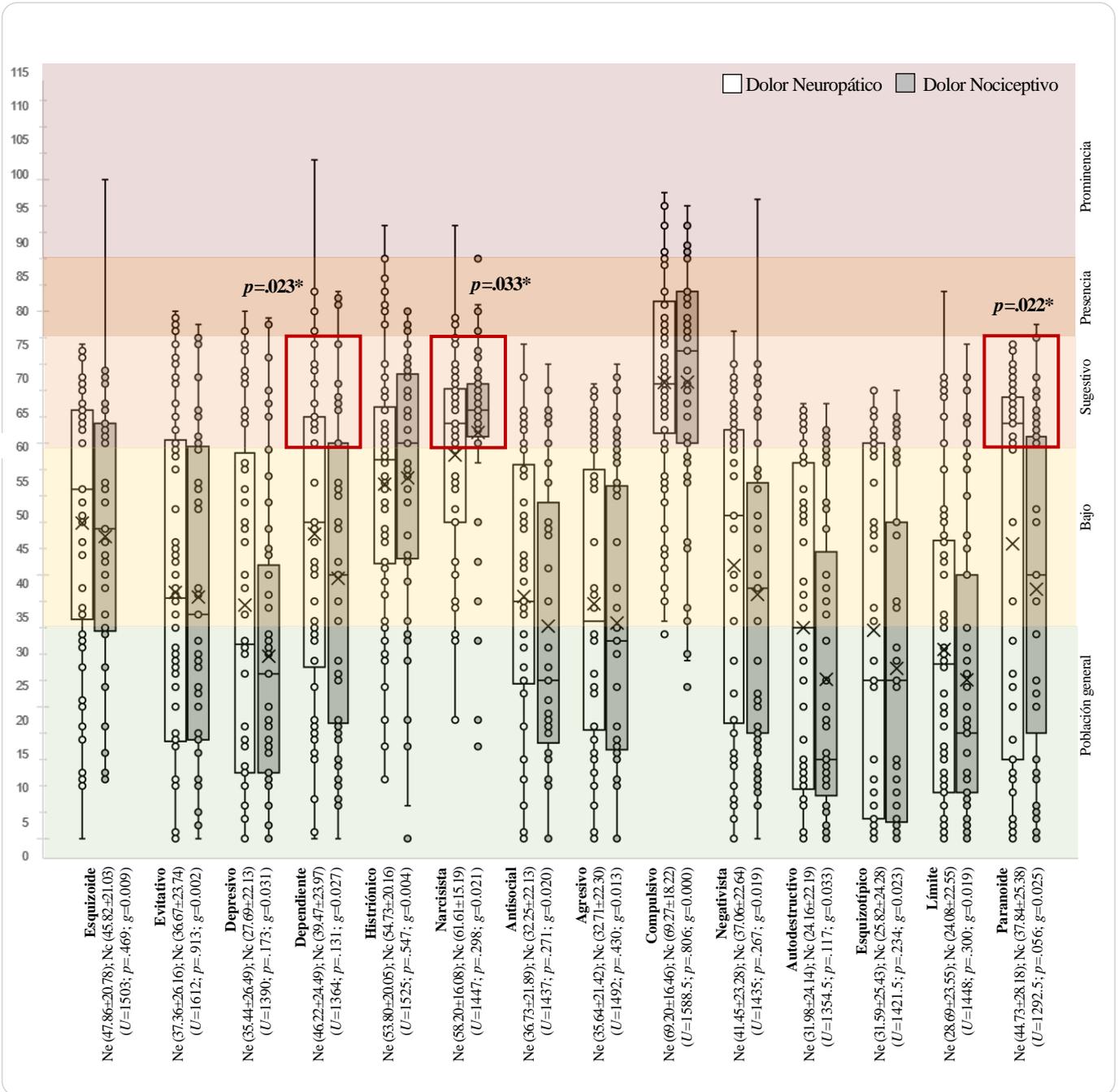
En la Figura 25 se presentan las puntuaciones por categorías y en la Figura 26 las puntuaciones medias.

Figura 25. Resultados de los Patrones de la Personalidad por categorías de puntuación



Nota. En cada uno de los gráficos de pirámide se muestran las puntuaciones por categorías de la herramienta, siendo: Población General (P. General) (0-34), Bajo (35-59), Sugestivo o con Tendencia (60-74), Presencia psicopatológica del Patrón de la Personalidad (75-84), Prominencia del Patrón de la Personalidad (85-115). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en las categorías señaladas: $*=p<.05$; $**=p<.01$ y $***=p<.001$.

Figura 26. Puntuaciones de los Patrones Clínicos de la Personalidad del MCMI-III por grupos de dolor.

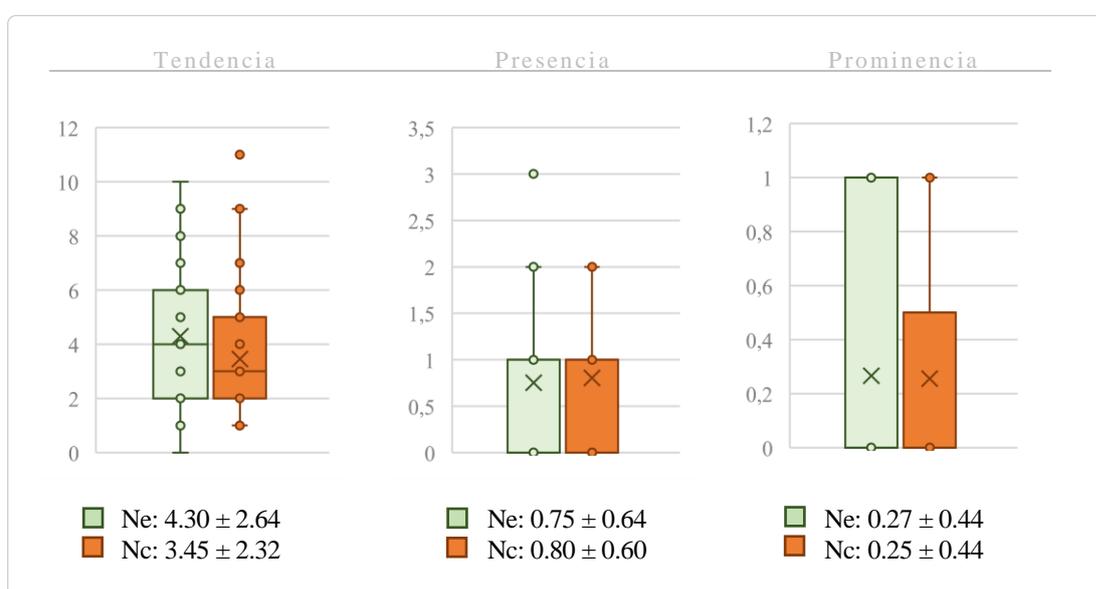


Nota. En el diagrama de cajas se muestran las puntuaciones medias en cada Patrón de la Personalidad evaluado por grupos de dolor. Se divide mediante franjas de colores en: Población General (P. General) (0-34), Bajo (35-59), Sugestivo o con Tendencia (60-74), Presencia psicopatológica del Patrón de la Personalidad (75-84), Prominencia del Patrón de la Personalidad (85-115). MCMI-III=Inventario Clínico Multiaxial de Millon III; Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; (Media ± Desviación Típica); U=U de Mann-Whitney; g=g de Hedges; p-valor=significancia estadística. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en las categorías señaladas con líneas rojas y *= $p < .05$; **= $p < .01$ o ***= $p < .001$.

Simultaneidad en los Patrones Clínicos de la Personalidad de los participantes

El 99% de la muestra obtuvo puntuaciones Sugestivas (tendencia) (60-74) a presentar uno o más PP (98% en Ne y 100% en Nc). El 65% mostró puntuaciones de presencia psicopatológica (75-84) en al menos un patrón (62% en Ne y 68% en Nc). Y el 26% exhibió puntuaciones de prominencia psicopatológica (85-115) de un PP (89% en Ne y 94% en Nc). La cantidad media de puntuaciones en estas categorías no mostró diferencias estadísticamente significativas (Figura 27).

Figura 27. Cantidad de puntuaciones sugestivas, de presencia y de prominencia en los PP.

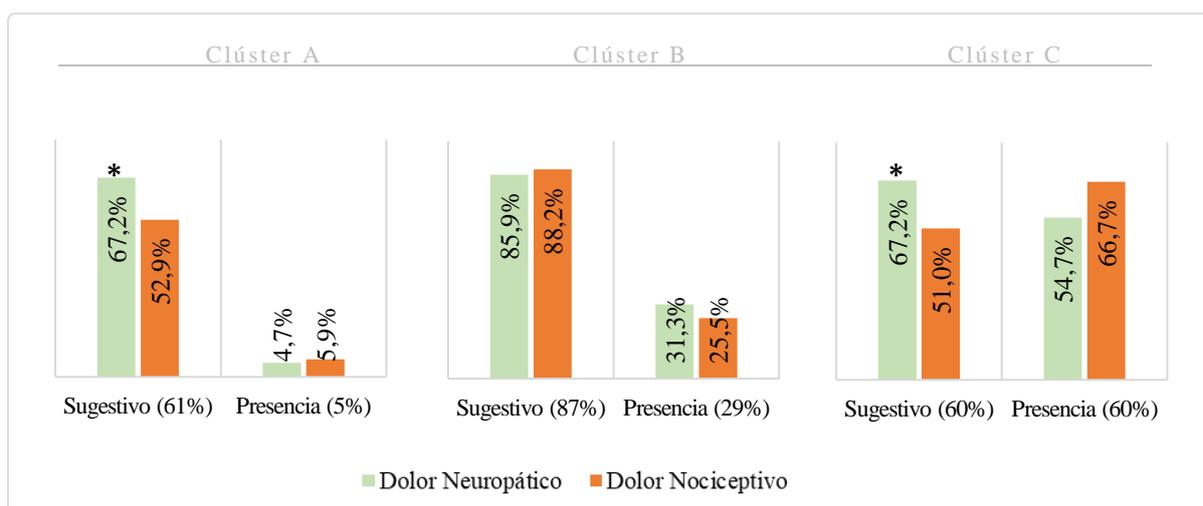


Nota. En los diagramas de cajas se muestran las puntuaciones medias en cada categoría: Sugestivo o con Tendencia (60-74), Presencia psicopatológica del Patrón de la Personalidad (75-84), Prominencia del Patrón de la Personalidad (85-115). PP=Patrón de la Personalidad; Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; (Media ± Desviación Típica). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor.

Clasificación por Clústeres de la Personalidad

El Clúster A (compuesto por los PP esquizoide, esquizotípico y paranoide) mostró diferencias estadísticamente superiores en la cantidad de puntuaciones sugestivas del grupo Ne ($M=1.3$, $DT=1.12$) frente al Nc ($M=0.84$, $DT=1$) ($Mdn=1$; $Rango=3$): $U=1266.5$; $p=.031$, con $g=0.430$, indicando un tamaño del efecto pequeño; representando el 67% del grupo Ne, frente al 53% del Nc. Del mismo modo que en el Clúster C (compuesto por los PP evitativo, depresivo, dependiente y compulsivo), la cantidad de puntuaciones sugestivas del grupo Ne ($M=1.11$, $DT=1.04$) (67%) fue superior al Nc ($M=0.69$, $DT=0.81$) (51%): $U=1267$; $p=.028$, con $g=0.444$, indicando un tamaño del efecto pequeño. Se muestra en la Figura 28.

Figura 28. Resultados categorizados por Clústeres



Nota. El gráfico de barras representa los porcentajes de participantes en cada uno de los Clústeres. Se clasifican en Sugestivo o con Tendencia (60-74) o Presencia y prominencia psicopatológica del Patrón de la Personalidad (75-115). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en las categorías señaladas: * = $p < .05$; ** = $p < .01$ y *** = $p < .001$.

En los PP catalogados como graves (esquizotípico, paranoide y límite) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de dolor.

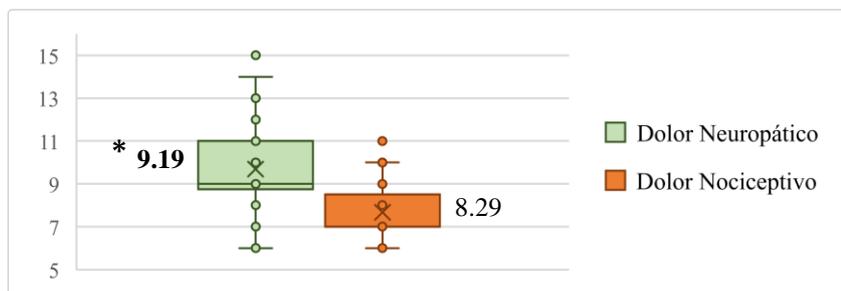
En el Anexo 8 se pueden consultar todos los datos y valores estadísticos relativos a las variables psicológicas evaluadas.

6. DATOS RELATIVOS A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Cuestionario de Salud EuroQol-5D (EQ-5D-3L).

Puntuación global de las dimensiones: La cantidad de dificultades diarias que los participantes reportaron, por su estado de salud general en las cinco dimensiones, fueron significativamente mayores en el grupo Ne ($M= 9.19$, $DT=2.32$ y $Mdn=9$, $Rango=9$) frente al Nc ($M= 8.29$, $DT=1.83$ y $Mdn=8$, $Rango=7$): $U=1280$; $p=.045$, con $g=.425$ indicando un tamaño del efecto pequeño (Figura 29).

Figura 29. Puntuación global de las dimensiones EQ-5D-3L



Nota. En el diagrama de cajas se muestran la cantidad media de dificultades diarias que los participantes reportaron, por su estado de salud general en las cinco dimensiones evaluadas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en las categorías señaladas: *= $p < .05$; **= $p < .01$ y ***= $p < .001$.

Puntuación por categorías de las dimensiones: Las puntuaciones medias de la dimensión *Dolor* y *Malestar* diario fueron estadísticamente superiores en el grupo Ne frente al Nc ($Mdn=2$, $Rango=2$): $U=1241$; $p=.006$, con $g=.714$ indicando un tamaño del efecto medio.

Categorizando la dificultad presentada en cada una de las dimensiones, se encontraron porcentajes significativamente mayores en la dimensión de *Movilidad* con *Alguna/Moderada* dificultad para el grupo Ne (67%) frente al Nc (49%): $\chi^2(1, N=115)=3.87$, $p=.049$, ($r_{\phi}=.184$). En la dimensión *Dolor* y *Malestar*, el grupo Nc presentó en su mayoría (80%) *Alguna/Moderada* dificultad: $\chi^2(1, N=115)=5.04$, $p=.024$; con asociación negativa baja ($r_{\phi}=-.210$), mientras que el grupo Ne (33%) reportó *Muchas/Graves* $\chi^2(1, N=115)=8.58$, $p=.003$; con asociación positiva baja ($r_{\phi}=.273$) (Figura 30).

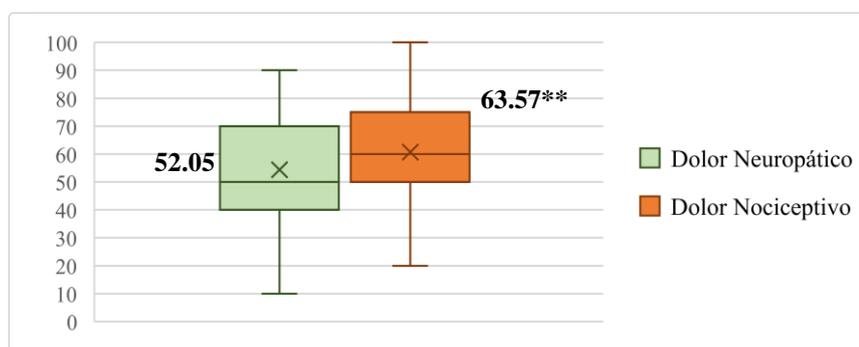
Figura 30. Resultados de las cinco dimensiones de EQ-5D-3L



Nota. En cada uno de los apartados se muestra: En primer lugar, mediante un diagrama de caja, las puntuaciones medias de cada dimensión, indicando Media ± Desviación Típica (Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo). En segundo lugar, mediante un gráfico de columnas, se muestran los tres niveles posibles de dificultades. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en las categorías señaladas: *= $p < .05$; **= $p < .01$ y ***= $p < .001$.

Valoración del propio estado de salud general: La valoración del propio estado de salud general que reportaron los participantes fue de 53.46 ($DT=20.01$). El grupo Nc ($Mdn=60$, $Rango=90$) lo valoró estadísticamente por encima del grupo Ne ($Mdn=50$, $Rango=70$): $U=1100$; $p=.003$, con $g=.598$ indicando un tamaño del efecto medio (Figura 31).

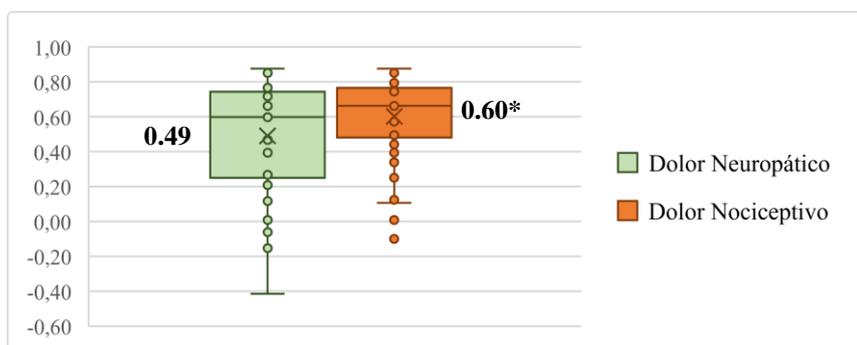
Figura 31. Valoración del propio estado de salud general del EQ-5D-3L



Nota. El diagrama de cajas muestra la valoración media del propio estado de salud general que reportaron los participantes. Siendo 0= “el peor estado de salud imaginable” y 100= “el mejor estado de salud imaginable”. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en la categoría señalada: *= $p < .05$; **= $p < .01$ y ***= $p < .001$.

EuroQol-5D Index: El índice de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) ($M=0.53$, $DT=0.27$) reveló diferencias estadísticamente superiores del grupo Nc ($Mdn=0.66$, $Rango=0.98$) frente el Ne ($Mdn=0.59$, $Rango=1.29$): $U=1282$; $p=.048$, con $g=.414$; indicando un tamaño del efecto pequeño (Figura 32).

Figura 32. Resultados para el Índice de calidad de vida de EQ-5D-3L



Nota. El diagrama de cajas muestra la puntuación media del Índice de calidad de vida Relacionado con la Salud Español. Conceptualizando a partir del índice para España, donde -0.59 es el peor estado de salud posible y 1 el mejor estado de salud posible. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en la categoría señalada: *= $p < .05$; **= $p < .01$ y ***= $p < .001$.

En el Anexo 9 se pueden consultar todos los datos y valores estadísticos relativos.

7. ANÁLISIS DE CARACTERÍSTICAS NEUROPÁTICAS

Para valorar las asociaciones entre las variables de interés y la cantidad de características o sintomatología neuropática que presentaban los participantes, se analizaron las ocho posibles puntuaciones del DN4 (des de 0, indicando la ausencia de signos neuropáticos al 7, indicando la predominancia de sintomatología neuropática en el dolor presentado).

El 62% de participantes con 5 características neuropáticas en su dolor, presentaron porcentajes estadísticamente significativos en la cantidad de puntuaciones sugestivas del PP Esquizotípico: $\chi^2(1,N=115)=13.646, p=.000$; con asociación positiva media ($r_\phi=.344$).

De los participantes con 6 características neuropáticas, un 38% mostró puntuaciones estadísticamente significativas en la prominencia del SC Distímico: $\chi^2(1,N=115)=29.644, p=.000$; con asociación positiva alta ($r_\phi=.508$). En la misma línea afectiva, un 13% reveló significancia estadística en la prominencia del SC Depresivo Mayor y otro 13%, en la categoría “Más que Depresión Mayor” de la escala HDRS, ambos con asociación positiva media ($\chi^2(1,N=115)=13.492, p=.000$; $r_\phi=.343$).

Las otras cinco puntuaciones (des de la ausencia de características neuropáticas hasta la presencia de cuatro) únicamente obtuvieron asociaciones bajas.

Se muestran en la Tabla 9 y en el Anexo 10 dónde se pueden consultar todos los datos y valores estadísticos relativos a las características neuropáticas.

Tabla 9. Análisis sobre la cantidad de características neuropáticas.

Puntuaciones del Cuestionario DN4								
r_ϕ	0 (n=13)	1 (n=13)	2 (n=25)	3 (n=24)	4 (n=17)	5 (n=13)	6 (n=8)	7 (n=2)
+ Alta							Prominencia del SC Distímico	
+ Media						Sugestivo en PP Esquizotípico	Prominencia SC Depresivo M.	Síndromes Miofasciales
						Lumbalgias	HDRS: Más que Depresión Mayor	Región Escapular y MMSS
	Una región Parte superior	Dolor Leve		Dos regiones	Región torácica	Parte superior e inferior	Síndromes Facetarios	Fibromialgia Fatiga crónica
		Una Enf. comórbida	Enf. Tiroideas	Enf. comórbidas Enf. Respiratorias		Dos regiones	Diabetes Mellitus	Parte superior e inferior Tres o más regiones
					Inc. Temporal	Muchas dificultades por malestar	Muchas dificultades en la movilidad y en actividades diarias	Cuatro Enf. comórbidas
+ Baja			HDRS: Sin depresión			HARS: Ansiedad moderada/grave T. depresivos y ansiosos reactivos		Muchas dificultades por malestar
	P. Sugestivas: - PP Compulsivo	P. Sugestivas: - PP Histriónico - Clúster B		P. de Presencia: - PP Antisocial	P. de Presencia: - PP Depresivo	P. Sugestivas: - PP Depresivo - PP Antisocial	P. Sugestivas: - SC Pensamiento	P. Sugestivas: - PP Dependiente
				P. de Prominencia: - SC Bipolar - PP Dependiente		P. de Presencia: - De SC - SC D. Sustancias - PP Negativista - PP Esquizoide		P. de Presencia: - SC Depresión M.
						P. de Prominencia: - SC Somatomorfo - SC EPT - SC Pensamiento		P. de Prominencia: - SC Somatomorfo
	■ Dolor Nociceptivo			■ Dolor Neuropático				

Nota. Se muestran las variables que presentaron valores estadísticamente significativos usando el Chi-cuadrado de Pearson, por cada puntuación de la herramienta. Se divide en los coeficientes de asociación Phi para la interpretación del tamaño del efecto, estableciendo el signo el sentido de la relación, siendo $r_\phi=0.00-0.09$ sin efecto, $r_\phi=0.10-0.29$ bajo, $r_\phi=0.30-0.49$ medio y $r_\phi \geq 0.50$ alto. n = submuestra; P = Puntuaciones, PP = Patrón de la Personalidad; SC = Síndrome Clínico; EPT= Estrés Post Traumático; M = Mayor; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; MMII = Miembros Inferiores; MMSS= Miembros Superiores; Enf. = Enfermedades; Sín. = Síndrome; D.= Dependencia- En el MCMII-III: Sugestivos = puntuaciones 60-74 Presencia= puntuaciones 75-84 y Prominencia = puntuaciones 85-115.

8. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE DOLOR

Para valorar el comportamiento de cada grupo de dolor frente a distintas condiciones, se analizaron las variables cualitativas de interés y su influencia en cada grupo de dolor.

Situación laboral

Los participantes del grupo Ne activos laboralmente presentaron mayor interferencia del sueño y mayores niveles de SC delirante que los del grupo Nc. En situación de incapacidad temporal en el grupo Nc se observó una mayor edad y valoración positiva del propio estado de salud frente al grupo Ne. En los participantes jubilados del grupo Ne se observó una mayor intensidad del dolor percibido EVN ($U=320.5$; $p=.020$, con $g=0.850$) respecto al grupo Nc (Tabla 10).

Tabla 10. Diferencias entre grupos de dolor por la variable: Situación Laboral

	Actividad Laboral	Desempleo	Incapacidad Temporal	Incapacidad Permanente	Jubilación	Hogar Familia
<i>g</i>	Ne (n=16) Nc (n=11)	Ne (n=4) Nc (n=3)	Ne (n=12) Nc (n=4)	Ne (n=4) Nc (n=2)	Ne (n=24) Nc (n=22)	Ne (n=4) Nc (n=8)
<i>G</i>	II.Sueño Ant.Fam. Delirante		Edad V Salud		EVN	Edad
<i>M</i>			Evolución D.Malestar Pensamiento	D. Act. D. Ans/Dep.	Enf. C. D. Act.	
<i>P</i>	Enf. C. Edad Histriónico Esquizoide PP Prom. Sugestivos A	Edad	Ant. Fam. Histriónico	Fármacos CVRS D. Diarias D.Cuidado II.Psíquico Histriónico Presencia A	Edad Evolución II.Sueño Narcisista Agresivo PP Prom.	

Nota. Se muestran únicamente las variables estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor ($p \leq 0.05$) resultado de $U = U$ de Mann-Whitney. Ne = Dolor Neuropático; Nc = Dolor Nociceptivo; n= muestra; g= hedges; P= $g < 0.49$ tamaño del efecto pequeño; M= $g = 0.50-0.79$ medio; G= $g \geq 0.80$ grande. D= Dificultades; Act.= Actividades; Ans/Dep = Ansiedad y Depresión; V.= Valoración; Cig.= Cigarillos; OH= Alcohol; Enf. C.= Enfermedades comórbidas; CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud; II.= Índices Internos de HDRS y HARS; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; Ant. Fam.= Antecedentes Familiares de psicopatología; EVN = Escala Verbal Numérica para la intensidad del dolor percibida; A= Clúster A; B= Clúster B; C= Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom= Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP = Patrón de la Personalidad MCMI-III.

Evolución del dolor

Con un tamaño del efecto grande, el grupo Ne con una evolución del dolor de entre 6 y 10 años, mostró más Dificultades diarias, de cuidado personal y presencia de PP prominentes que el grupo Nc. Éste mostró mayores niveles de SC Dependencia al alcohol ($U=73.5$; $p=.027$, con $g=1.23$) (Tabla 11).

Tabla 11. Diferencias entre grupos de dolor por la variable: Evolución del dolor

	Menos de 1 año	Entre 1 y 2 años	Entre 3 y 5 años	Entre 6 y 10 años	Más de 10 años
<i>g</i>	Ne (n=18) Nc (n=13)	Ne (n=18) Nc (n=18)	Ne (n=14) Nc (n=8)	Ne (n=6) Nc (n=7)	Ne (n=8) Nc (n=5)
<i>G</i>			SC Ansioso Autodestructivo	D. Diarias Dep. OH/día D. Cuidado PP Prom.	Cig./día
<i>M</i>		Dependiente		Somatomorfo S Presentes Agresivo	Presencia C Ant. Fam.
<i>P</i>	Edad	SC graves		SC graves Pensamiento Presencia A	CVRS SC Ansioso

Nota. Se muestran únicamente las variables estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor ($p < 0.05$) resultado de $U = U$ de Mann-Whitney. Ne = Dolor Neuropático; Nc = Dolor Nociceptivo; n= muestra; $g =$ hedges; $P = g < 0.49$ tamaño del efecto pequeño; $M = g = 0.50-0.79$ medio; $G = g \geq 0.80$ grande. D= Dificultades; Act.= Actividades; Ans/Dep = Ansiedad y Depresión; V.= Valoración; Cig.= Cigarrillos; OH= Alcohol; Enf. C.= Enfermedades comórbidas; CVRS=Calidad de Vida Relacionada con la Salud; II.= Índices Internos de HDRS y HARS; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; Ant. Fam.= Antecedentes Familiares de psicopatología; EVN = Escala Verbal Numérica para la intensidad del dolor percibida; A= Clúster A; B= Clúster B; C= Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom= Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP = Patrón de la Personalidad MCMI-III.

Intensidad Percibida del Dolor (EVN)

Los participantes del grupo Ne con dolor leve, mostraron mayores puntuaciones en la variable PP Antisocial ($U=80$; $p=.017$, con $g=1.11$), mientras que el grupo Nc mostró mayores puntuaciones del PP Compulsivo ($U=91$; $p=.036$, con $g=1.68$), ambos con un tamaño del efecto grande. Así como también, el grupo Nc en la categoría de dolor severo, mostró mayor consumo de OH diario ($U=205$; $p=.022$, con $g=0.986$) (Tabla 12).

Tabla 12. Diferencias entre grupos de dolor por la variable: Intensidad Percibida del Dolor

	Leve	Moderado	Severo
<i>g</i>	Ne (n=6) Nc (n=8)	Ne (n=20) Nc (n=27)	Ne (n=38) Nc (n=16)
<i>G</i>	Antisocial Compulsivo		OH/día
<i>M</i>	D. Diarias D. Malestar	Enf. C. II.Sueño	
<i>P</i>		Evolución II.Melancolía	D. Diarias Edad D. Malestar CVRS HDRS D. Ans/Dep. II. Melancolía II.Sueño SC Ansioso EPT Somatomorfo Distimia Pensamiento SC Presentes Límite Depresivo Presencia C

Nota. Se muestran únicamente las variables estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor ($p < 0.05$) resultado de $U = U$ de Mann-Whitney. Ne = Dolor Neuropático; Nc = Dolor Nociceptivo; n= muestra; $g =$ hedges; $P = g < 0.49$ tamaño del efecto pequeño; $M = g = 0.50-0.79$ medio; $G = g \geq 0.80$ grande. D= Dificultades; Act.= Actividades; Ans/Dep = Ansiedad y Depresión; V.= Valoración; Cig.= Cigarrillos; OH= Alcohol; Enf. C.= Enfermedades comórbidas; CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud; II.= Índices Internos de HDRS y HARS; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; Ant. Fam.= Antecedentes Familiares de psicopatología; EVN = Escala Verbal Numérica para la intensidad del dolor percibida; A= Clúster A; B= Clúster B; C= Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom= Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP = Patrón de la Personalidad MCMI-III.

HDRS y HARS

Los participantes del grupo Ne que rebasaron el punto de corte de HDRS y, por tanto, presentaban psicopatología depresiva según la herramienta, se diferenciaban estadísticamente del grupo Nc por una mayor intensidad del dolor percibido ($U=245$; $p=.006$, con $g=0.855$). Los del grupo Nc, por su parte, lo hacían con una mejor valoración de su estado de salud ($U=2.02$; $p=.047$, con $g=0.959$) y con mayores niveles de ansiedad de tipo somática ($U=175.5$; $p=.000$, con $g=0.939$). Los participantes del grupo Ne que rebasaron el punto de corte de HARS y, por tanto, presentaban psicopatología ansiosa, se diferenciaban estadísticamente del grupo Nc por presentar más dificultades por el malestar y el dolor ($U=325$; $p=.007$, con $g=0.818$) (Tabla 13).

Tabla 13. Diferencias entre grupos de dolor por la variable: HDRS y HARS

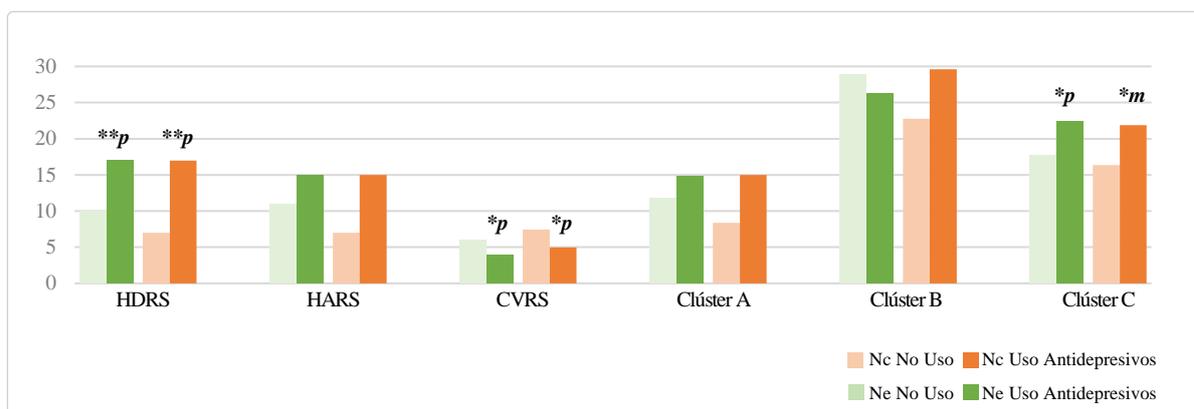
	Presencia de psicopatología depresiva (HDRS)		Presencia de psicopatología Ansiosa (HARS)	
<i>g</i>	<i>Ne (n=19) Nc (n=10)</i>		<i>Ne (n=26) Nc (n=16)</i>	
<i>G</i>	EVN Valoración S II.Somático		D. Malestar	
<i>M</i>	D. Diarias II. Melancolía D. Malestar Somatomorfo SC Graves Dependiente		D. Diarias V.Salud D. Mov. II.Psíquico Sugestivos A	

Nota. Se muestran únicamente las variables estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor ($p \leq 0.05$) resultado de $U = U$ de Mann-Whitney. Ne = Dolor Neuropático; Nc = Dolor Nociceptivo; n= muestra; $g =$ hedges; $P = g < 0.49$ tamaño del efecto pequeño; $M = g = 0.50-0.79$ medio; $G = g \geq 0.80$ grande. D= Dificultades; Act.= Actividades; Ans/Dep = Ansiedad y Depresión; V.= Valoración; Cig.= Cigarrillos; OH= Alcohol; Enf. C.= Enfermedades comórbidas; CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud; II.= Índices Internos de HDRS y HARS; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; Ant. Fam.= Antecedentes Familiares de psicopatología; EVN = Escala Verbal Numérica para la intensidad del dolor percibida; A= Clúster A; B= Clúster B; C= Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom= Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP = Patrón de la Personalidad MCMI-III.

Uso de antidepresivos

Los participantes consumidores de fármacos antidepresivos mostraron mayores niveles de HDRS, HARS, Clúster A, B y C y una menor CVRS, frente a los que no los consumían. Todos ellos con un tamaño del efecto pequeño o mediano como los niveles del Clúster C de los consumidores de antidepresivos del grupo Nc ($U=151.5$; $p=.039$, con $g=0.616$). Exceptuando las puntuaciones del grupo Ne, cuyos valores en el Clúster B eran menores cuando consumían antidepresivos (ns) (Figura 33).

Figura 33. Diferencias entre grupos de dolor ante el uso de antidepresivos

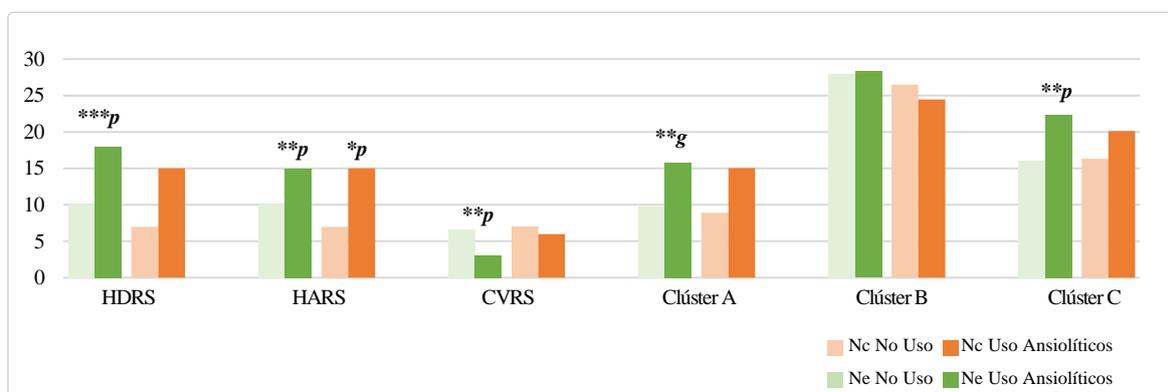


Nota. El gráfico de barras representa los porcentajes de participantes en cada una de las categorías analizadas. Ne = Dolor Neuropático; Nc = Dolor Nociceptivo; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; CVRS = Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en las categorías señaladas: * = $p < .05$; ** = $p < .01$ y *** = $p < .001$ y detalladas con $p = g < 0.49$ tamaño del efecto pequeño; m = $g = 0.50-0.79$ medio; $g = g \geq 0.80$ grande.

Uso de ansiolíticos

Los participantes consumidores de fármacos ansiolíticos también mostraron mayores niveles de HDRS, HARS, Clúster A, B y C y una menor CVRS, frente a los que no los consumían. Todos ellos con un tamaño del efecto pequeño, menos en las puntuaciones del Clúster A del grupo Ne, cuyo tamaño del efecto fue grande ($U=285$; $p=.009$, con $g=1.338$). Únicamente las puntuaciones del grupo Nc en el Clúster B, fueron menores cuando consumían ansiolíticos (ns) (Figura 34).

Figura 34. Diferencias entre grupos de dolor ante el uso de ansiolíticos

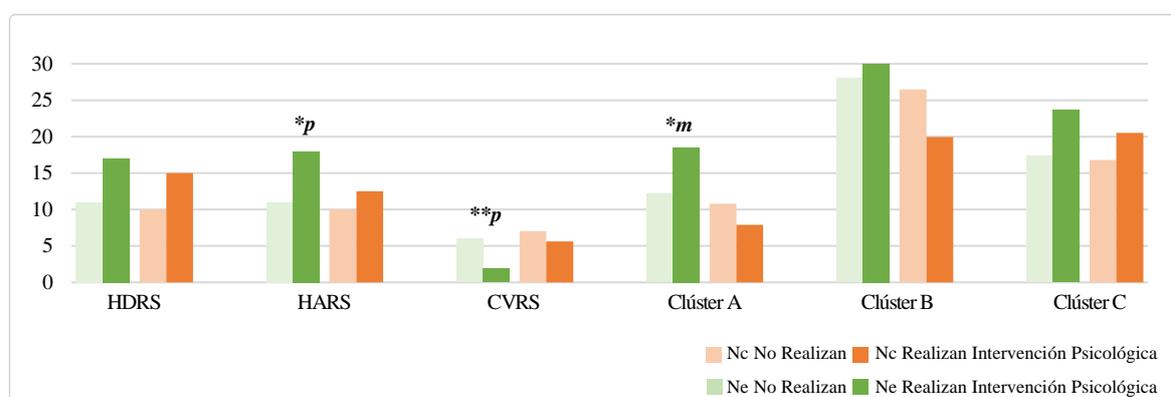


Nota. El gráfico de barras representa los porcentajes de participantes en cada una de las categorías analizadas. Ne = Dolor Neuropático; Nc = Dolor Nociceptivo; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; CVRS = Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en las categorías señaladas: * = $p < .05$; ** = $p < .01$ y *** = $p < .001$ y detalladas con $p = g < 0.49$ tamaño del efecto pequeño; m = $g = 0.50-0.79$ medio; $g = g \geq 0.80$ grande.

Intervención psicológica

Todos los participantes que realizaban intervención psicológica mostraron mayores niveles de HDRS, HARS y una menor CVRS, frente a los que no la realizaban. Respecto a las puntuaciones de los Clústeres, el grupo Ne obtuvo mayores niveles en todos ellos cuando se sometía a intervención psicológica, en especial en el Clúster A ($U=197.5$; $p=.049$, con $g=0.773$), con un tamaño del efecto mediano. En cambio, el grupo Nc mostró menores puntuaciones en los Clústeres A y B cuando realizaba intervención psicológica (ns) (Figura 35).

Figura 35. Diferencias entre grupos de dolor ante la realización de intervención psicológica



Nota. El gráfico de barras representa los porcentajes de participantes en cada una de las categorías analizadas. Ne = Dolor Neuropático; Nc = Dolor Nociceptivo; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; CVRS = Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en las categorías señaladas: *= $p<.05$; **= $p<.01$ y ***= $p<.001$ y detalladas con $p=$ $g<0.49$ tamaño del efecto pequeño; $m=$ $g=0.50-0.79$ medio; $g=$ $g\geq 0.80$ grande.

En el Anexo 11 se pueden consultar todos los datos y valores estadísticos relativos a los perfiles de dolor.

9.CORRELACIONES

Se evaluó la relación entre las variables de interés mencionadas hasta el momento y se encontraron múltiples relaciones estadísticamente significativas (Tabla 14). Las más importantes se describen a continuación.

Correlaciones de los datos clínicos del dolor

La intensidad percibida del dolor del grupo Nc se relacionó de forma moderada y positiva con las dificultades diarias presentadas a causa del malestar y del dolor ($\rho=.55$; $p=.000$). El número de diagnósticos emitidos por la UTD se relacionaron de forma fuerte y positiva con la cantidad de fármacos pautados para ambos grupos.

Correlaciones de los datos sobre calidad de vida

Las dificultades diarias presentadas a causa de la Ansiedad y Depresión por DC se relacionaron positivamente para ambos grupos con la sintomatología depresiva (HDRS) y ansiosa (HARS), sin embargo, para el grupo Nc la intensidad fue fuerte y para el grupo Ne moderada.

Correlaciones de los datos sobre HDRS y HARS

Para el grupo Ne, la puntuación global del HDRS se relacionó de forma positiva y fuerte con el SC Somatomorfo ($\rho=.75$; $p=.000$); y con las mismas condiciones, la puntuación global del HARS se relacionó con el SC Depresivo Mayor ($\rho=.72$; $p=.000$). También su II. Psíquico, se relacionó con SC Depresivo Mayor y los SC Graves.

10.MODELO DE PREDICCIÓN

Se calculó un modelo de regresión logística binario y multivariante, con método de entrada hacia atrás, para predecir el efecto de variables de interés sobre otras.

Variables predictoras en relación con la sintomatología depresiva (HDRS)

En cuanto a presentar sintomatología depresiva, únicamente el grupo Ne, obtuvo un modelo estadísticamente significativo ($\chi^2=37.13$, $p=.000$), explicando el 62.6% de la varianza. Para este grupo, a mayor intensidad del dolor y más regiones corporales afectadas, se aumentaban en un 2% ([IC95%, 1.04-1.96]; $p=.026$), las probabilidades de rebasar el punto de corte de la herramienta HDRS. Además, para ambos grupos se obtuvo modelos estadísticamente significativos para la afectación del sueño (Ne con $\chi^2=30.72$, $p=.000$; explicando el 56.5% de la varianza y Nc con $\chi^2=9.98$, $p=.019$; explicando el 42.1%) (Figura 36).

Figura 36. Variables predictoras en relación con la sintomatología depresiva (HDRS)

Explicación	Probabilidad	Neuropático	HDRS	Nociceptivo	Probabilidad	Explicación
62.6	Baja	↑ EVN+ R. Afectadas	Sintomatología depresiva			
56.5	Mod. Peq. Baja Baja	↑ Dif. por Ans/Dep ↑ Regiones Afectadas ↑ Somatomorfo ↓ Dependencia Alcohol		Afectación del Sueño	EVN ↑	Peq.	42.1
			Compulsivo ↑		Baja	
			Antisocial ↑		Baja	
			Histriónico ↓		Baja	

Nota: La figura representa la variable dependiente (situada en el centro) y las variables predictoras estadísticamente significativas ($p \leq .05$) para cada grupo de dolor. Probabilidad = Probabilidad de ocurrencia [OR = Baja <1.67; Pequeña (Peq) 1.68-3.46; Moderada (Mod) 3.47-6.71 y Alta > 6.72]. Explicación= Estimación en % de la proporción de varianza de la variable dependiente, explicada por las variables predictoras (R² de Nagelkerke). ↑= Aumento; ↓=Disminución; Dif = Dificultades; R = Regiones; EVN = Intensidad del Dolor Percibida; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale.

Variables predictorias en relación con la sintomatología ansiosa (HARS)

En presencia de sintomatología ansiosa, ambos grupos obtuvieron un modelo estadísticamente significativo (Ne con $x^2=53.11$, $p=.000$; explicando el 76.1% de la varianza y Nc con $x^2=35.45$, $p=.000$; explicando el 70.4%). Para el grupo Ne, las dificultades diarias ocasionadas por el malestar y el dolor corporal del DC y aquellas dificultades por la sintomatología depresiva y ansiosa reactiva al DC, aumentaban entre un 4.5 y un 31.8% el riesgo de rebasar el punto de corte de la herramienta, así como también las altas puntuaciones en el SC Depresivo Mayor. En cambio, las puntuaciones en los PP Dependientes y Narcisistas disminuían el riesgo en un 2%. Para el grupo Nc, las dificultades por la sintomatología depresiva y ansiosa reactiva al DC fueron las que aumentaban las probabilidades en un 18%, junto con las puntuaciones en los PP Compulsivo y Límite (1.5%) (Figura 37).

Figura 37. Variables predictorias en relación con la sintomatología ansiosa (HARS)

Explicación	Probabilidad	Neuropático	HARS	Nociceptivo	Probabilidad	Explicación
76.1	Alta	↑ Dificultad por Malestar	Sintomatología ansiosa	Dif. por Ans/Dep Compulsivo Límite	Alta Baja Baja	70.4
	Mod.	↑ Dif. por Ans/Dep				
	Baja	↑ Depresivo Mayor				
	Baja	↓ Dependiente				
	Baja	↓ Narcisista				

Nota: La figura representa la variable dependiente (situada en el centro) y las variables predictorias estadísticamente significativas ($p \leq .05$) para cada grupo de dolor. Probabilidad = Probabilidad de ocurrencia [OR = Baja <1.67; Pequeña (Peq) 1.68-3.46; Moderada (Mod) 3.47-6.71 y Alta > 6.72]. Explicación= Estimación en % de la proporción de varianza de la variable dependiente, explicada por las variables predictorias (R² de Nagelkerke). ↑= Aumento; ↓=Disminución; Dif = Dificultades; R = Regiones; EVN = Intensidad del Dolor Percibida; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale.

Variables predictorias en relación con los Clústeres de la Personalidad

El grupo Ne, en un modelo estadísticamente significativo ($x^2=49.05$, $p=.000$) y una explicación de la varianza del 74.6%; describió que, a más enfermedades comórbidas y mayores niveles de SC Somatomorfo y Delirante, aumentan las probabilidades en un 3% ([IC95%, 1.12-3.70]; $p=.019$) de presentar características psicopatológicas del Clúster A. El grupo Nc (modelo estadísticamente significativo $x^2=34.24$; $p=.000$ y explicación del 65.3%) describió que aumentaban en un 2% ([IC95%. 1.02-1.14]. $p=.005$) las probabilidades de presentarlas ante mayores niveles de SC Distímico y Delirante.

En presencia de sintomatología del Clúster B, ambos grupos obtuvieron un modelo estadísticamente significativo (Ne con $x^2=24.09$, $p=.000$; explicando el 44.1% de la varianza y Nc con $x^2=16.33$, $p=.000$; explicando el 40.4%). Para presentarla en el grupo Ne, se describieron altos niveles de SC Bipolar aumentando su probabilidad en un 1.2%. Para no presentarla, el grupo Ne describió altos niveles del SC Depresivo Mayor en una corta edad del sexo femenino, disminuyendo en un 0.9% la probabilidad. En el grupo Nc, ante un mayor consumo de Alcohol aumentaban las probabilidades en un 6%.

Finalmente, para presentar características psicopatológicas del Clúster C, el grupo Ne, obtuvo un modelo estadísticamente significativo ($x^2=30.62$; $p=.000$) y una explicación de la varianza del 53%. Describió que mayores niveles de SC Bipolar, aumentaban el riesgo (1%) para presentar características del Clúster C y que mayores niveles de SC dependientes de alcohol i sustancias disminuía el riesgo (1%). El grupo Nc ($x^2=12.89$, $p=.002$; explicando el 31%) reveló que altos niveles de SC Distímico aumentaban la probabilidad (1%) mientras que una baja intensidad del dolor y poco tiempo de evolución disminuían la probabilidad (0.9%) (Figura 38).

Figura 38. Variables predictoras en relación con los Clústeres de la Personalidad

Explicación	Probabilidad	Neuropático	Clústeres	Noceptivo	Probabilidad	Explicación
74.6	Peq.	↑ Comorbilidades	Clúster A	Distímico ↑	Baja	65.3
	Baja	↑ Somatomorfo		Delirante ↑	Baja	
	Baja	↑ Delirante				
44.1	Baja	↑ Bipolar	Clúster B	Alcohol/día ↑	Mod.	40.4
	Baja	↓ Edad + Sexo				
	Baja	↓ Depresivo Mayor				
53.0	Baja	↑ Bipolar	Clúster C	Distímico ↑	Baja	31.0
	Baja	↓ Dependencia Alcohol		EVN + Evolución ↓	Baja	
	Baja	↓ Dependencia Sustancias				

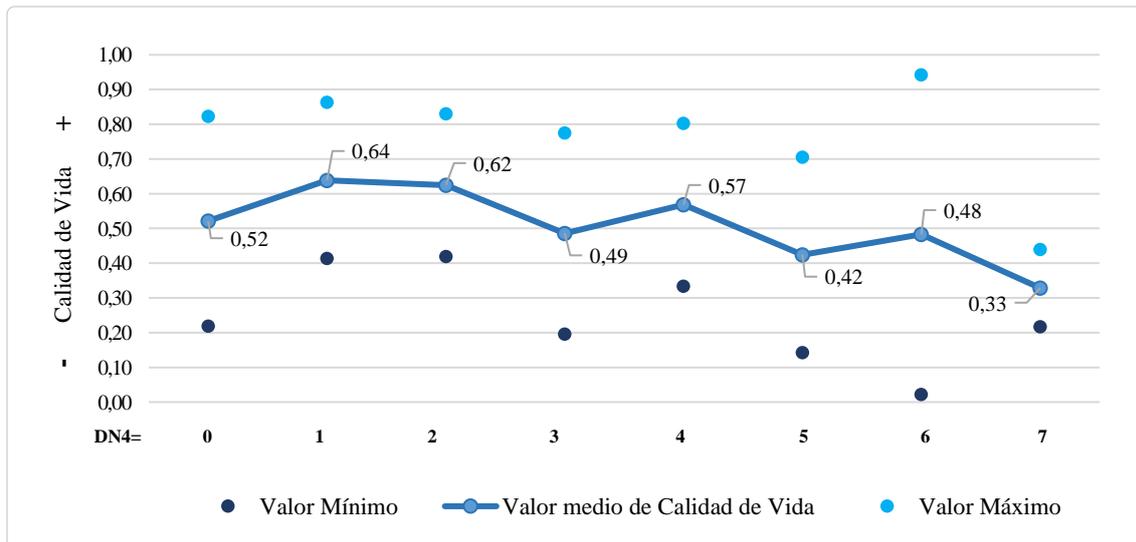
Nota: La figura representa la variable dependiente (situada en el centro) y las variables predictoras estadísticamente significativas ($p \leq .05$) para cada grupo de dolor. Probabilidad = Probabilidad de ocurrencia [OR = Baja <1.67; Pequeña (Peq) 1.68-3.46; Moderada (Mod) 3.47-6.71 y Alta > 6.72]. Explicación= Estimación en % de la proporción de varianza de la variable dependiente, explicada por las variables predictoras (R2 de Nagelkerke). ↑= Aumento; ↓=Disminución; Dif = Dificultades; R = Regiones; EVN = Intensidad del Dolor Percibida; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale.

En el Anexo 12 se pueden consultar todos los datos y valores estadísticos relativos.

11. ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Según la cantidad de características neuropáticas (DN4) que presentaban los participantes, se obtuvo un valor medio en el Índice de Calidad de Vida (EQ-health global Index que mide la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, CVRS) sin presentar diferencias estadísticamente significativas. Se muestran en la Figura 39.

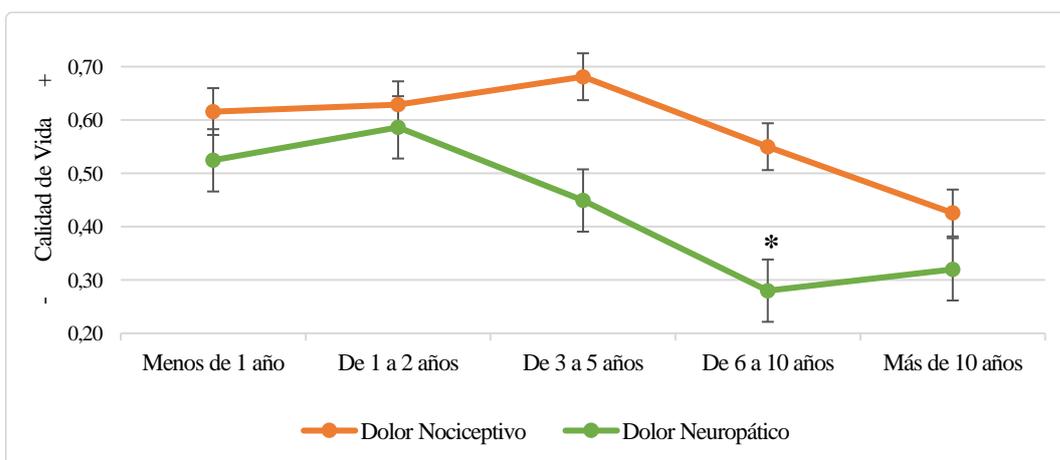
Figura 39. Calidad de Vida según la cantidad de características neuropáticas (DN4)



Nota: La figura de líneas representa el valor del Índice de Calidad de Vida (EQ-health global Index) desde -0,59 (peor estado de salud posible) hasta 1 (mejor estado de salud posible) en el eje Y, por cada variable analizada en el eje X consistente en la puntuación obtenida en DN4= Cuestionario DN4 para la detección de dolor neuropático. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Los participantes del grupo Ne con una evolución del DC de entre 6 a 10 años, obtuvieron el menor valor en la CVRS de todas las franjas temporales analizadas; y mostraron diferencias estadísticamente significativas en una menor CVRS que el grupo Nc con la misma evolución de DC ($U=52.2$; $p=.047$. con $g=0.240$) (Figura 40).

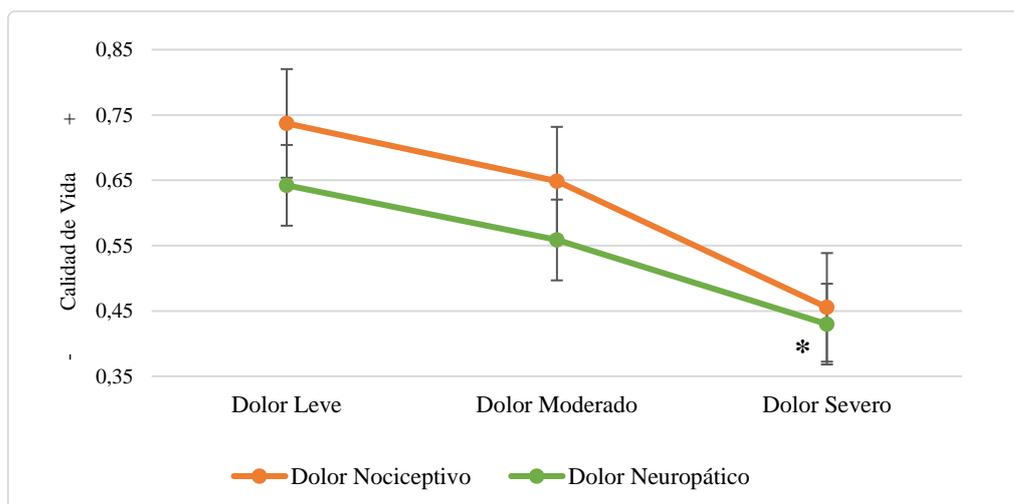
Figura 40. Calidad de Vida según la evolución del dolor



Nota: La figura de líneas representa el valor del Índice de Calidad de Vida (EQ-health global Index) desde -0.59 (peor estado de salud posible) hasta 1 (mejor estado de salud posible) en el eje Y, por cada variable analizada en el eje X consistente en la evolución del dolor por franjas de tiempo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en la categoría señalada: *= p<.05; **=p<.01 y ***=p<.001.

Respecto la intensidad percibida del dolor (EVN) por los participantes, se observa un descenso en los valores del CVRS (ns). El grupo Ne mostró diferencias estadísticamente significativas en una menor CVRS que el grupo Nc al presentar dolor severo ($U=159.5$; $p=.014$, con $g=0.088$) (Figura 41).

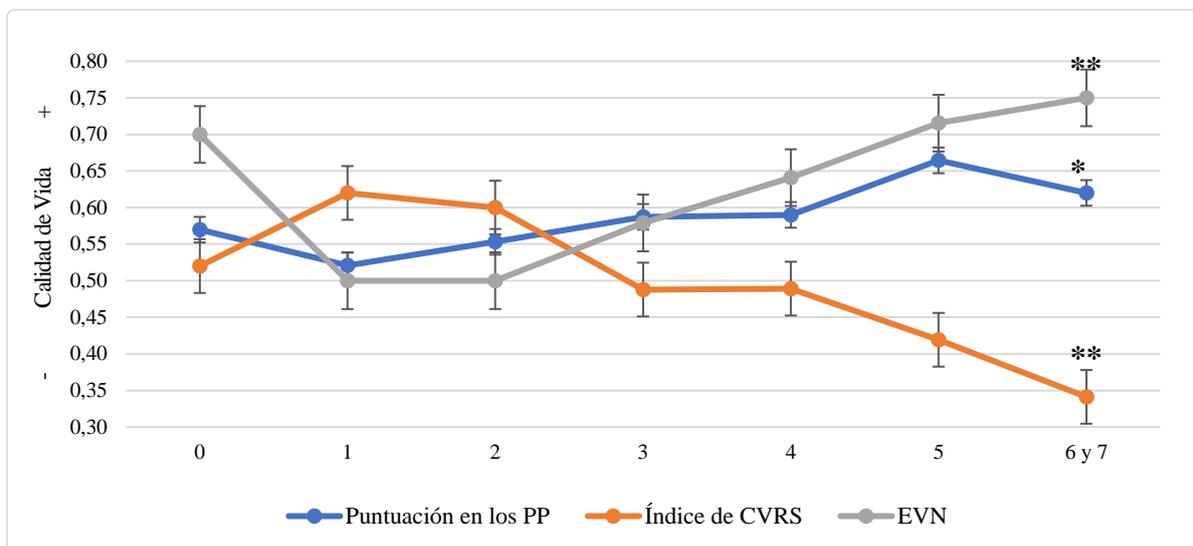
Figura 41. Calidad de Vida según la intensidad percibida de dolor (EVN)



Nota: La figura de líneas representa el valor del Índice de Calidad de Vida (EQ-health global Index) desde -0.59 (peor estado de salud posible) hasta 1 (mejor estado de salud posible) en el eje Y, por cada variable analizada en el eje X consistente en Intensidad del Dolor Percibida. EVN= Escala Verbal Numérica. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor en la categoría señalada: *= p<.05; **=p<.01 y ***=p<.001.

El índice de CVRS se relacionó de forma negativa y fuerte con los niveles de EVN para el grupo Nc ($\rho=-.40$; $p=.001$) y para el Ne ($\rho=-.35$; $p=.011$). De la misma forma se relacionó con las puntuaciones en las escalas de PP para ambos grupos (Nc con $\rho=-.35$; $p=.011$ y Ne con $\rho=-.30$; $p=.016$). A su vez, los niveles de EVN se relacionaron de forma positiva y fuerte con las puntuaciones en las escalas de los PP para el grupo Nc ($\rho=.30$; $p=.030$) (Figura 42).

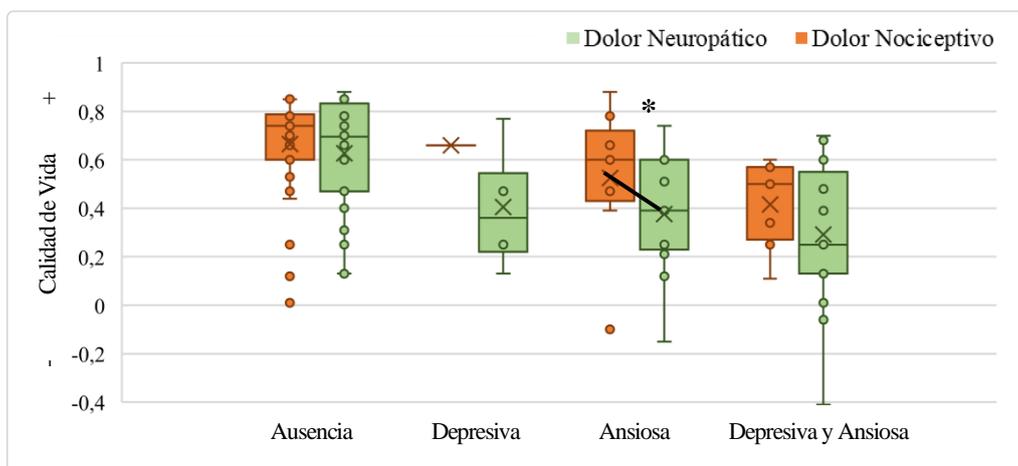
Figura 42. Calidad de Vida, Patrones de la Personalidad e Intensidad del dolor, según la cantidad de características Neuropáticas.



Nota: La figura de líneas representa, en el eje Y: el valor del Índice de Calidad de Vida (EQ-health global Index) desde -0.59 (peor estado de salud posible) hasta 1 (mejor estado de salud posible); la puntuación de los Patrones de la Personalidad (PP) y la Intensidad del Dolor Percibida (EVN). El eje X consistente en la puntuación obtenida en DN4= Cuestionario DN4 para la detección de dolor neuropático. En todas las variables analizadas se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

La CVRS relativa a las puntuaciones de HDRS y HARS mostró una CVRS significativamente menor para el grupo Ne al presentar psicopatología ansiosa ($U=185$; $p=.050$. con $g=0.642$) (Figura 43).

Figura 43. Calidad de Vida según la presencia de psicopatología (HDRS y HARS)



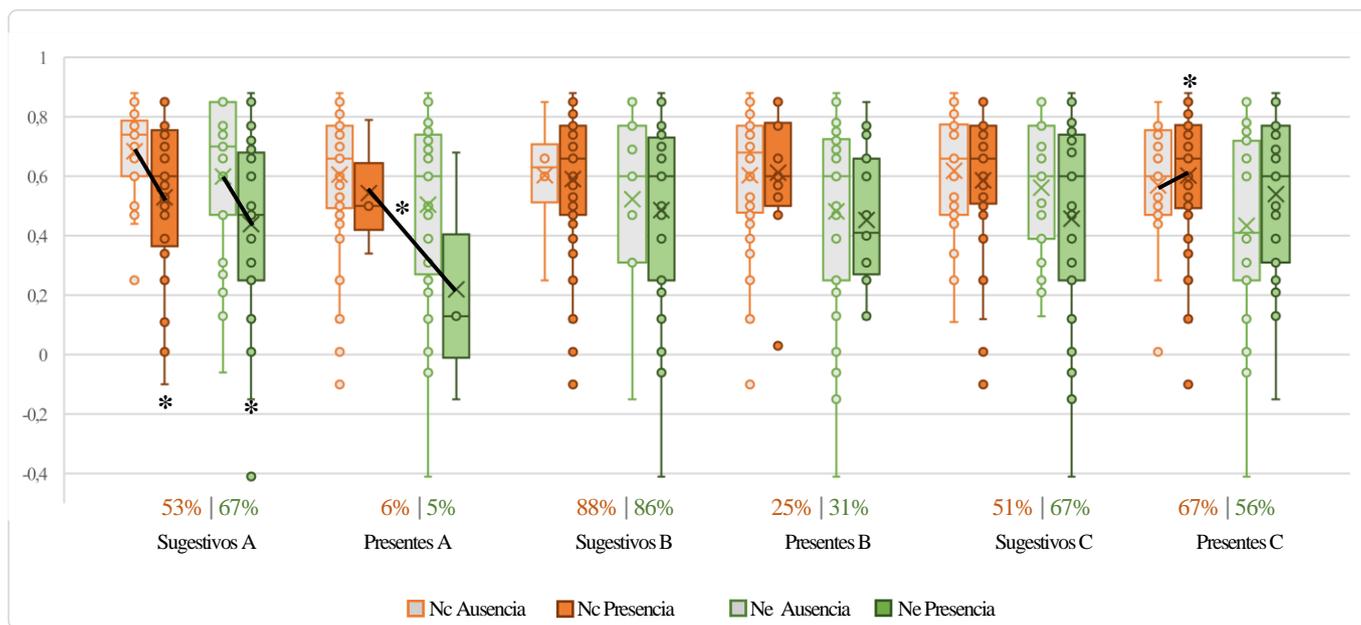
Nota. En los diagramas de cajas se muestra el valor del Índice de Calidad de Vida (EQ-health global Index) desde -0.59 (peor estado de salud posible) hasta 1 (mejor estado de salud posible) en el eje Y, por cada variable analizada en el eje X: Ausencia= No rebasan el punto de corte de HDRS ni de HARS; Depresiva= Presencia de psicopatología depresiva por rebasar el punto de corte de HDRS; Ansiosa= Presencia de psicopatología ansiosa por rebasar el punto de corte de HARS; Depresiva y Ansiosa= Presencia de psicopatología depresiva y ansiosa por rebasar el punto de corte de HDRS y de HARS. Ne = Dolor Neuropático; Nc = Dolor Nociceptivo; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; CVRS = Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor señaladas con una línea negra junto con: *= $p < .05$; **= $p < .01$ o ***= $p < .001$.

Los participantes del grupo Ne que presentaron puntuaciones de presencia de un PP en el Clúster A, mostraron puntuaciones estadísticamente menores en la CVRS ($U=291$; $p=.021$, con $g=0.325$) frente al grupo Nc. En el análisis intergrupar, para el grupo Nc, existen diferencias significativamente menores en la CVRS entre quienes presentan puntuaciones sugestivas en el Clúster A y quien no ($t=2.24$, $gl=23$, $p=.035$, $d=0.457$). En cambio, se describen mayores niveles de CVRS si se presenta un PP del Clúster C ($t=-2.37$, $gl=14$, $p=.033$, $d=0.613$). En el análisis intergrupar del grupo Ne, se observaron niveles estadísticamente inferiores en CVRS si presentaban puntuaciones sugestivas en el Clúster A ($t=2.22$, $gl=20$, $p=.038$, $d=0.484$) (Figura 44).

Los participantes del grupo Ne que presentaron puntuaciones sugestivas del PP Límite, mostraron puntuaciones estadísticamente menores en la CVRS ($U=238$; $p=.040$, con $g=0.579$) frente al grupo Nc, con un tamaño del efecto medio (Figura 45).

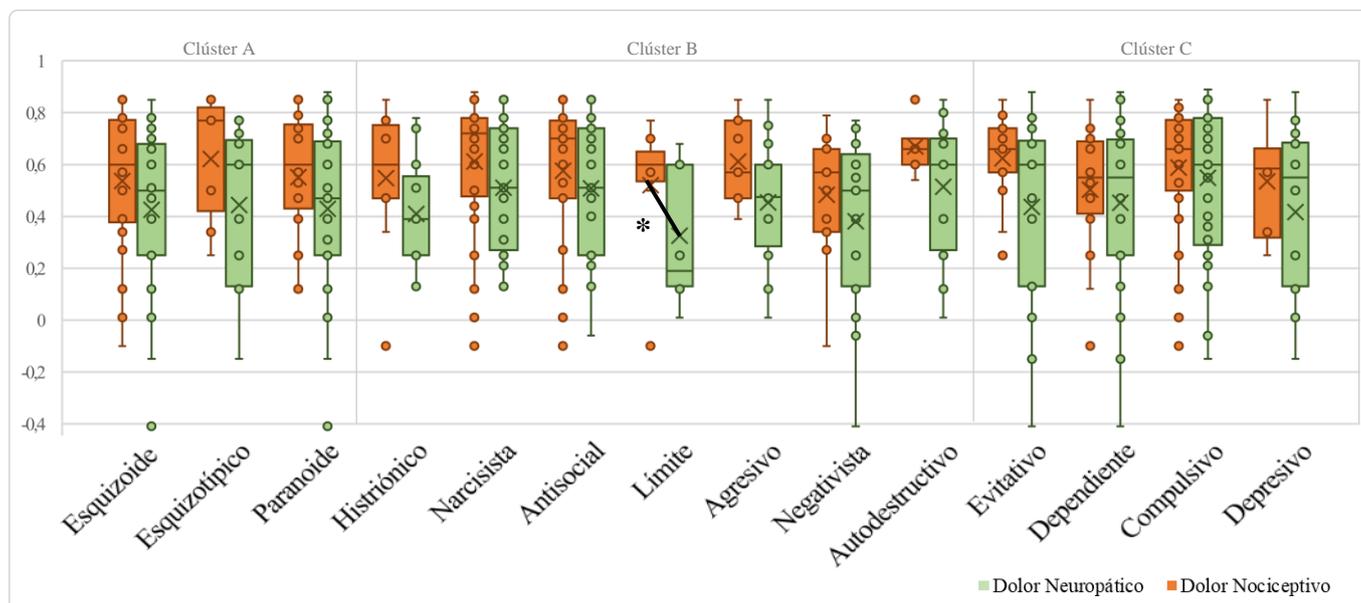
En el Anexo 13 se pueden consultar todos los datos y valores estadísticos relativos al estudio de la CVRS.

Figura 44. Calidad de Vida según la clasificación de los Clústeres de la Personalidad



Nota. En los diagramas de cajas se muestra el valor del Índice de Calidad de Vida (EQ-health global Index) desde -0.59 (peor estado de salud posible) hasta 1 (mejor estado de salud posible) en el eje Y, por cada variable analizada en el eje X consistente en los Clústeres de la Personalidad. Se muestran los porcentajes en cada categoría en color naranja para el grupo Nc y en color verde para el Ne. Ne = Dolor Neuropático; Nc = Dolor Nociceptivo; Ausencia= No rebasan el punto de corte; Presencia= Rebasan el punto de corte. Sugestivos = Puntuaciones en MCMI-III 59-74, Presentes= Puntuaciones en MCMI-III 75 hasta 115; A= Clúster A = Esquizoide, Esquizotípico y Paranoide; B= Clúster B = Histriónico, Narcisista, Antisocial, Límite, Agresivo, Negativista y Autodestructivo; C= Clúster C = Evitativo, Dependiente, Compulsivo y Depresivo; PP = Patrones de la Personalidad MCMI-III. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor señaladas con una línea negra junto con: * = $p < .05$; ** = $p < .01$ o *** = $p < .001$.

Figura 45. Calidad de Vida según las puntuaciones de los Patrones de la Personalidad



Nota. En los diagramas de cajas se muestra el valor del Índice de Calidad de Vida (EQ-health global Index) desde -0.59 (peor estado de salud posible) hasta 1 (mejor estado de salud posible) en el eje Y, por cada variable analizada en el eje X consistente en las puntuaciones sugestivas Patrones de la Personalidad (Sugestivas = Puntuaciones en MCMI-III 59-74). MCMI-III=Inventario Clínico Multiaxial de Millon III. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de dolor señaladas con una línea negra junto con: * = $p < .05$; ** = $p < .01$ o *** = $p < .001$.

12. ESTUDIO RELACIONAL

Se realizó un estudio de la relación de los síndromes y patrones clínicos de la personalidad (MCMI-III) con la intensidad percibida del dolor (EVN), la evolución y la sintomatología depresiva (HDRS) y ansiosa (HARS).

Las escalas de SC revelaron para el grupo Ne correlaciones significativas, positivas y fuertes, que relacionaron el SC somatomorfo con la puntuación de HDRS ($\rho(62)=.751$; $p=.000$) y el SC depresivo mayor (M) con la puntuación de HARS ($\rho(62)=.716$; $p=.000$) y con su II de ansiedad psíquica ($\rho(62)=.714$; $p=.000$). También el Ne mostró 28 correlaciones positivas moderadas de HDRS y HARS con SC (Ansioso, Somatomorfo, Distímico, EPT, Pensamiento y Depresivo Mayor). Por su parte, el grupo Nc, mostró 15 correlaciones positivas moderadas de HDRS y HARS, relacionándose con cuatro SC (Ansioso, Distímico, Pensamiento y Depresivo Mayor) (Tabla 15).

Las escalas de PP mostraron 10 correlaciones positivas moderadas del grupo Ne relacionando: PP depresivo con puntuaciones de HDRS, II de melancolía y con las medidas de HARS; también relacionando el PP límite con puntuaciones de HDRS, HARS y el II de ansiedad psíquica; asimismo el PP evitativo con las puntuaciones de HARS y el PP paranoide con el II de ansiedad psíquica (Tabla 16).

Tabla 15. Relación de los resultados de los Síndromes Clínicos del MCMI-III con la evolución, EVN, HDRS y HARS. Por grupos de dolor.

	Evolución		EVN		HDRS						HARS								
	<i>rho</i>	Ne	Nc	Ne	Nc	Puntuación		Í.Melancolía		Í.Ansiedad		Í.Sueño		Puntuación		Í.Psíquico		Í.Somático	
						Ne	Nc	Ne	Nc	Ne	Nc	Ne	Nc	Ne	Nc	Ne	Nc	Ne	Nc
Ansioso	↑	↑	↑.28	.30	↑↑.69*	.59*↑	.61*	.49	.50*	.43	-.38	.37	↑.57*	.55*↑↑	-.61*	.55*	.49	.44	
Somatomorfo	.28	↑	.39		↑.75	.48	.65*	.47	.53*	.34	.46	.30	↑.65*	.44	.69*	.44	.52*	.39	
Bipolar		↑↑			.39		.34		.33				.28	.39	.26	.31	.26	.44	
Distímico (Ne ↑)			.25	.42	↑↑.59*	.57*↑↑	.55*	.56*	.45	.47	.29	.31	↑.61*	.45↑↑↑	.61*	.50*	.53*	.39	
D. Alcohol					↑	.42↑	.30		.44		.29		.28	.34			.28	.38	
D. Sustancias					.33				.37				.33		.28		.28		
EPT			↑		↑.63*	.45↑	.59*	.36	.48	.34	.26	.29	.63*	.41	.59*	.44	.57*	.33	
Pensamiento				↑	.54*	.52*	.55*	.38	.40	.50*	.26		.58*	.53*	.61*	.49	.46	.53*	
Depresivo M.			.26	↑	↑.68*	.63*↑	.60*	.60*	.54*	.49	.42	.42	↑.71	.57*↑↑↑	.71	.56*	.60*	.53*	
Delirante (Ne,M)		↑			↑↑	↑	.26						.29		.34				

Leyenda. El coeficiente de correlación de Spearman (ρ) fue empleado para las puntuaciones cuantitativas (Ne= $\rho(62)$ y Nc= $\rho(49)$). Todos los datos mostrados revelaron correlaciones estadísticamente significativas ($p < .05$). La interpretación de las correlaciones ha sido señalada del siguiente modo: $\rho = .00-.29$ muy baja (cursiva). $\rho = .30-.49$ baja (normal). $\rho = .50-.69$ moderada (*). $\rho = .70-.89$ fuerte (negrita). $\rho = .90-1$ muy fuerte (subrayado). El Chi-cuadrado de Pearson fue empleado para las puntuaciones ($\pm 75-115$) de cada uno de los síndromes clínicos con las variables cualitativas de evolución. EVN, HDRS y HARS; su interpretación es: $\uparrow = p < .05$; $\uparrow\uparrow = p < .01$; $\uparrow\uparrow\uparrow = p < .001$. (Ne \uparrow) = Diferencias significativas en el porcentaje de individuos con Ne ($\pm 75-115$) en distimia. (Ne M*) = Diferencia estadísticamente superior de la media del grupo Ne en la puntuación delirante.

Nota. Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; EVN=Escala Verbal Numérica; HDRS=Escala de Hamilton para la Depresión; HARS=Escala de Hamilton para la Ansiedad; Í.=Índice; D.=Dependencia; EPT=Estrés Post Traumático; M=Mayor

Tabla 16. Relación de los resultados de los Patrones Clínicos de la Personalidad del MCMI-III con la evolución, EVN, HDRS y HARS. Por grupos de dolor.

	Evolución		EVN		HDRS						HARS							
	<i>rho</i>				Puntuación		Í.Melancolía		Í.Ansiedad		Í.Sueño		Puntuación		Í.Psíquico		Í.Somático	
	Ne	No	Ne	No	Ne	No	Ne	No	Ne	No	Ne	No	Ne	No	Ne	No	Ne	No
Esquizoide	↑↑				↑	↑							.34	.27	.28		.30	
Evitativo					.39		.34		.41	.30			.51*	.46			.48	
Depresivo				.32	.62*	.47	.58*	.38	.48	.38	.31	.35	.64*	.41	.58*	.39	.58*	.35
Dependiente	.25				↑.47	↑	.42		.41				.32	.37			.26	
Histriónico					-.32				-.45				-.43	-.29			-.46	
Narcisista					-.43	-.36	-.27		-.49	-.38	-.29		↑-.47	-.32	-.39		-.49	-.38
Antisocial				.29	.31				.31									
Agresivo					.33		.34		.34				.35	.37				
Compulsivo		↑		-.30														
Negativista	↑↑	↑		.31	.42	.48	.43	.41	.42	.48			.48	.44	.46	.44	.41	.34
Autodestructivo					.39	.34	.40		.37	.38			.39	.32	.34	.28	.39	.33
Esquizotípico					.30	.35	.31	.33	.30	.33			.46	.34	.49	.33	.32	.29
Límite	↑↑				↑.51*	.46↑	.42	.34	.49	.46	.27		.56*	.45	.53*	.43	.49	.42
Paranoide	.36	↑↑↑			.48		.44		.39				.47	.52*			.34	

Leyenda. El coeficiente de correlación de Spearman (ρ) fue empleado para las puntuaciones cuantitativas (Ne= ρ (62) y Nc= ρ (49)). Todos los datos mostrados revelaron correlaciones estadísticamente significativas ($p < .05$). La interpretación de las correlaciones ha sido señalada del siguiente modo: $\rho = .00-.29$ muy baja (cursiva). $\rho = .30-.49$ baja (normal). $\rho = .50-.69$ moderada (*). $\rho = .70-.89$ fuerte (negrita). $\rho = .90-1$ muy fuerte (subrayado). El Chi-cuadrado de Pearson fue empleado para las puntuaciones ($\pm 75-115$) de cada uno de los síndromes clínicos con las variables cualitativas de evolución. EVN, HDRS y HARS; su interpretación es: ↑= $p < .05$; ↑↑= $p < .01$; ↑↑↑= $p < .001$.

Nota. Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; EVN=Escala Verbal Numérica; HDRS=Escala de Hamilton para la Depresión; HARS=Escala de Hamilton para la Ansiedad; Í.= Índice; D.=Dependencia; EPT=Estrés Post Traumático; M=Mayor.

V.DISCUSIÓN

El presente estudio sobre perfiles psicopatológicos y de personalidad y su grado de relación con la evolución, la intensidad de dolor y la calidad de vida relacionada con la salud; en pacientes con dolor crónico no oncológico, (sin componente neuropático) de tipo nociceptivo (Nc) y con componente neuropático (Ne) de una Unidad de Tratamiento del Dolor (UTD); obtuvo resultados comparables a otros estudios que comparten características muestrales (I. Failde et al., 2018; Concepción Pérez et al., 2017; Soriano y Monsalve, 2018).

Datos sociodemográficos

Coincidiendo con diversos estudios llevados a cabo en UTD (I. Failde et al., 2018; Langley et al., 2013; C. Pérez, Ribera, et al., 2013; Concepción Pérez et al., 2017; Soriano y Monsalve, 2018) el componente neuropático, el sexo femenino, el matrimonio/convivencia en pareja y la jubilación, fueron las condiciones más prevalentes para la población estudiada. Del mismo modo, los estados de incapacidad laboral (temporal y permanente) se dieron en el grupo Ne, el doble de veces que en Nc, (25,1% frente al 11,7%) y ambos grupos mostraron únicamente una cuarta parte de individuos laboralmente activos (Langley, Molina, et al., 2011; Concepción Pérez et al., 2017).

Ante la actividad laboral, el grupo Ne presenta una mayor interferencia del sueño y sentimientos de trato injusto y/o acoso; mostrando tensión persistente, vigilancia e incluso hostilidad (SC Delirante, catalogado como grave (T. Millon et al., 2009)). Frente a la incapacidad temporal, el perfil del grupo Nc se define con mayor edad y más dificultades por el malestar y el dolor diario pero, con una mejor valoración de su estado de salud que el grupo Ne. Éste, en cambio, se define como un grupo con mayor evolución del DC y con sensaciones de aislamiento, soledad, confusión e incomprensión, pudiendo presentar comportamientos incongruentes, afectos inapropiados, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos (SC del Pensamiento, catalogado como grave (T. Millon et al., 2009)). Frente a la incapacidad permanente, ambos grupos presentan dificultades diarias por el DC. Al llegar a la jubilación, el grupo Ne presenta mayores niveles de intensidad de dolor, más enfermedades comórbidas y más dificultades en las actividades diarias que el Nc.

Ambos grupos de dolor se ven afectados sea cual sea su situación laboral. Presentan consecuencias directas del DC en términos de CDRS y de salud. Como se ha descrito con anterioridad, probablemente experimenten una disminución en su funcionamiento diario, en la productividad y rendimiento, así como absentismo y presentismo (Breivik et al., 2006;

Dueñas et al., 2016; Langley, Molina, et al., 2011; Torralba et al., 2014). En especial el grupo Ne que, además de las dificultades relativas a la CVRS, muestra alteraciones psicopatológicas en su pensamiento y conducta, que consecuentemente afectarán a su ambiente laboral (Dueñas et al., 2015; Langley et al., 2013) puesto que ambas afectaciones son catalogadas como graves, entendiéndose como generadoras de los problemas interpersonales, alto sufrimiento psicológico y de funcionamiento personal (T. Millon et al., 2009)).

Respecto al nivel formativo, a diferencia de otros estudios previos, en la muestra analizada, fue más elevado habiendo cursado estudios secundarios casi la mitad de la muestra. La edad media del grupo Nc fue ligeramente más elevada que la del Ne sin representar diferencias significativas y en línea con la edad media mostrada en esta población y en las UTD españolas (I. Failde et al., 2018; Langley et al., 2013; C. Pérez, Ribera, et al., 2013; Concepción Pérez et al., 2017).

Hábitos tóxicos

El análisis sobre los hábitos tóxicos obtuvo una baja participación, menos del 15%. Este hecho es posible que esté relacionado con la no recomendación y/o prohibición del consumo de tóxicos por parte de los profesionales de la salud (U.S. Department of Health and Human Services, 2019) junto con la necesidad de aceptación/deseabilidad social de los individuos participantes, para obtener una visión favorable del especialista.

Pese a ello se observaron datos de interés. El grupo Nc mostró un mayor consumo de alcohol y de tabaco diario que el Ne. Dichos resultados concuerdan con los niveles medios ligeramente superiores (no significativos) del grupo Nc en los Síndromes Clínicos (SC) de Dependencia del Alcohol y Dependencia de otras sustancias y su aumento ante sintomatología depresiva (HDRS) y ansiosa (HARS). Mientras que el grupo Ne, en los mismos SC muestra una disminución de sus puntuaciones frente al aumento de regiones afectadas por dolor y diagnósticos de la UTD; el grupo Nc las aumenta ante las dificultades diarias. Además, estos resultados son coherentes con los obtenidos al valorar el comportamiento del grupo Nc con la evolución del DC (puesto que a partir de los 6 años aumenta el nivel medio del SC de Dependencia del Alcohol y a partir de los 10 años aumenta el consumo diario de tabaco); del mismo modo que ante la intensidad percibida del dolor (EVN), donde se muestra un aumento del consumo de alcohol diario al padecer dolor severo.

Con ello, parece que el grupo Nc ejemplifica la contribución del DC al consumo y dependencia de tóxicos, especialmente del alcohol, cuyo efecto a corto plazo puede ser usado para potenciar el efecto de los analgésicos, ansiolíticos y/o inductores del sueño pautados y para alterar el procesamiento del dolor (Borgonetti et al., 2023) con los efectos neurodegenerativos que se deriven de ello (Herradón et al., 2009; Herradón y Pérez-García, 2014). Sobre todo cuando el dolor es severo (Pitcher et al., 2019) y existen dificultades diarias a causa del DC que disminuyen los niveles de actividad y funcionalidad (Dueñas et al., 2015; Pitcher et al., 2019; Torralba et al., 2014).

Enfermedades comórbidas

La mayor parte de la muestra (más del 70%) presentó enfermedades comórbidas a su DC. Mientras que el grupo Nc solía mostrar una enfermedad comórbida, el grupo Ne solía presentar tres o más y tendía a aumentarlas con el paso del tiempo con DC. Estos datos están en línea con estudios previos donde se describen perfiles de DC con componente neuropático con al menos dos enfermedades médicas comórbidas (I. Failde et al., 2018; Gálvez R. et al., 2006; Langley et al., 2013). Los individuos con DC Ne doblan el número de enfermedades y también de costos médicos directos que otros tipos de DC sin componente neuropático (Attal et al., 2011; I. Failde et al., 2018; Finnerup et al., 2016; Langley et al., 2013; Nahin, 2015; Pitcher et al., 2019; Torralba et al., 2014). El DC tiene un gran impacto en la atención médica, en el aumento de la discapacidad (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018) y consecuentemente, en la economía (Caramés-Álvarez y Navarro-Ribero, 2016; Rice et al., 2016).

Pauta farmacológica

Las pautas farmacológicas de los participantes coincidían con las guías de tratamientos vigentes (ACPA, 2020; Lussier y Beaulieu, 2010; Sánchez Jiménez et al., 2016), destacando la necesidad de uso de coadyuvantes en el abordaje farmacológico del DC (Del Corral Lorenzo et al., 2016); en especial el uso de antidepresivos y antiepilépticos en el DC con componente neuropático (ACPA, 2020; De Sanctis-Briggs et al., 2011; Farshchian et al., 2018; Concepción Pérez et al., 2017; Vergne-Salle, 2016).

Para ambos grupos, la cantidad de fármacos aumentaba, ante una mayor cantidad de diagnósticos por parte de la UTD y mayores dificultades diarias. A su vez, la CVRS

disminuía ante la cantidad de fármacos administrados. De forma independiente, para el grupo Ne aumentaba la cantidad de fármacos consumidos ante mayor intensidad del dolor y más características del Clúster C. Para el grupo Nc, el consumo de fármacos aumentaba frente a la interrupción del sueño.

En línea con estudios previos que comparten características muestrales (Concepción Pérez et al., 2017), un tercio de cada grupo de dolor, consumía fármacos antidepresivos y ansiolíticos. Los resultados obtenidos en la presente muestra (ligados a la especificidad de una UTD) señalan que los afectados por DC que consumen tales fármacos, presentan una menor CDRS y mayores niveles de sintomatología depresiva y ansiosa que aquellos que no los consumen. Respecto a las puntuaciones de los Clústeres de la Personalidad, los niveles de pensamientos y comportamientos lábiles e impulsivos parecen disminuir ante el consumo de antidepresivos en el grupo Ne y de ansiolíticos en el grupo Nc.

Regiones afectadas por el dolor y entidades diagnósticas de la UTD

Ambos grupos presentaron con mayor frecuencia las regiones lumbares, sacras y coccígeas afectadas por el dolor, así como los miembros inferiores; coincidiendo con las regiones descritas en estudios previos españoles (Dueñas et al., 2015) y comúnmente asociado al DC con componente neuropático (Bouhassira et al., 2008; Colloca et al., 2017; I. Failde et al., 2018; C. Pérez, Ribera, et al., 2013; Concepción Pérez et al., 2017). También es la región que mayor repercusión tiene en las áreas sanitarias, laborales, económicas y sociales (Arrospide et al., 2019; Instituto Nacional de Estadística, 2021, 2022; Sánchez-Iriso et al., 2019).

El grupo Nc solía presentar dolor en una sola región del cuerpo, (normalmente afectando a la zona inferior) mientras que el Ne solía padecer dolor en dos regiones (afectando a la zona superior e inferior del cuerpo), en línea con lo descrito sobre la afectación múltiple en el DC con componente neuropático (Bouhassira et al., 2008; Colloca et al., 2017; I. Failde et al., 2018; C. Pérez, Ribera, et al., 2013; Concepción Pérez et al., 2017). Ambos presentaron un aumento de dificultades relativas a la CVRS ante el aumento de regiones afectadas.

Respecto a la cantidad de diagnósticos de la UTD, el grupo Nc mostraba dificultades por malestar y dolor diario; el grupo Ne dificultades diarias por la ansiedad y depresión y en las actividades diarias. También, mayores niveles de ansiedad, tanto psíquica como somática (corroboradas por las escalas de los SC Somatomorfo y Depresivo y los PP del Clúster C). Y

menores puntuaciones de SC Dependencia a Sustancias y conductas y pensamientos de los PP Histriónico, Narcisistas y Antisociales. Todos ellos agrupados en el Clúster B y mostrando la tendencia del grupo Ne a evitar la impulsividad y desequilibrio emocional, minimizando la externalización y prefiriendo la introversión/inhibición a la hora de gestionar su dolor cuando existe de forma simultánea en diversas partes de su cuerpo (Ajo et al., 2020; Campbell et al., 2015; Ramos, Broco, et al., 2020; Ramos, Sánchez, et al., 2020; Soriano y Monsalve, 2018).

Evolución del Dolor Crónico

Respecto al tiempo de evolución que los participantes padecen DC en comparación con otros estudios en una UTD española, los datos obtenidos coinciden únicamente para la evolución del Ne, obteniendo valores esperados de entre 4 y 6 años de evolución (I. Failde et al., 2018; Concepción Pérez et al., 2017). En Nc se describían evoluciones de entre 6 y 10 años (Breivik et al., 2006; Dueñas et al., 2015) y, en esta muestra, se obtuvieron evoluciones de casi 5 años.

En términos generales, la reacción al paso del tiempo con DC significó para el grupo Nc un mayor consumo tóxicos y para el grupo Ne más enfermedades comórbidas, más dificultades en su cuidado personal, más somatizaciones, dependencia y desconfianza.

Con más detalle, cuando la evolución es de entre uno y dos años, el grupo Nc no cambia su conducta. En cambio, el Ne disminuye su autonomía e iniciativa, prefiere someterse a los deseos de los demás para obtener su cuidado, afecto, protección y seguridad (PP Dependiente y concordante con la baja autodirección descrita (Naylor et al., 2017)). Al llevar de tres a cinco años, el grupo Ne aumenta su sensación de tensión, indecisión e inquietud. Expresa sentimientos aprensivos, fóbicos y no logra relajarse (SC Ansioso). También tiende a relacionarse de un modo servil y autosacrificado, intensificando sus déficits y situándose en una posición inferior. Permitiendo y creyendo que merecen que otros abusen de ellos (PP Autodestructivo como extremo al PP dependiente). Cuando llevan entre seis y diez años con DC, el grupo Nc aumenta su dependencia al alcohol y puede llegar a sentir satisfacción ante sus comportamientos hostiles, crueles y abusivos hacía los demás (PP Agresivo). En este punto, se aumentan puntuaciones en los SC indicando presencia psicopatológica. El Ne, por su parte, presenta dificultades para su vida cotidiana y su cuidado personal, siente debilidad y se preocupa por su pérdida de salud de forma intensa y ansiosa, presentando múltiples

somatizaciones y quejas recurrentes (SC Somatomorfo). Además, muestra puntuaciones de psicopatología en los PP. Cuando su evolución rebasa los diez años, el grupo Nc aumenta su consumo de tabaco y el Ne aumenta su ansiedad, temor e inseguridad, llevándole a desconfiar y aislarse (características de los Clústeres A y C).

En el DC Ne existen afectaciones psicológicas en las primeras fases de padecer DC y van cambiando a medida que avanza el tiempo. Al principio presenta alteraciones en su conducta al sentirse vulnerable por su enfermedad y poco visible (Closs et al., 2009), y requiere de cuidados de los demás (actitudes dependientes que pueden rozar la autodestrucción). Pasado un tiempo, al reparar en las limitaciones y el malestar, se queja y preocupa excesivamente (actitudes ansiosas y somáticas). Este modelo conductual, puede estar explicado al tratarse de DC con componente neuropático y la complejidad que entraña respecto a sus síntomas, signos o sensaciones características: quemazón, sensación de frío doloroso, descarga eléctrica, hormigueo, parestesia, sensación de alfileres y agujas, entumecimiento, picazón, dolor sin estímulos, inesperado, irradiante, entre muchos más (Gálvez et al., 2016; Gómez, 2015; Kopf y Patel, 2010; Scholz et al., 2019). En esta situación aumenta de manera exponencial su ansiedad e inseguridad (tendencias características del Clúster C) y acaba por aislarse y protegerse (sintomatología característica del PP paranoide) presentando una rigidez de pensamiento y necesidad de protección y control, en línea con estudios previos (Park et al., 2020; Yang et al., 2019) y dificultando las posibles intervenciones (Ramos, Sánchez, et al., 2020).

En el DC Nc se describe una tendencia a usar el alcohol como potenciador farmacológico (Borgonetti et al., 2023), siendo un efecto secundario, la rabia y el deseo de descargar todo lo sufrido en los demás ya que existe un desacuerdo a padecer DC y una sensación de gran injusticia (Campbell et al., 2015). Pese a ello, la capacidad para externalizar el malestar psíquico, favorece una apertura para la permeabilidad ante las intervenciones psicológicas (Ramos, Sánchez, et al., 2020).

En términos de CVRS, ambos grupos experimentan una pérdida de calidad de vida a medida que avanza su dolor, por las complicaciones y la multitud de áreas afectadas en su vida. Sin embargo, el grupo Nc refiere una mayor CVRS que el Ne en todas las franjas de tiempo analizadas. De hecho, el grupo Ne obtiene la peor CVRS a los 6 años del inicio de su dolor.

Intensidad Percibida del Dolor (EVN)

La intensidad de dolor percibida fue significativamente mayor en el grupo Ne, presentando dolor severo un 60% de los individuos. Este porcentaje de pacientes con dolor severo es elevado (Langley et al., 2013) pero coincide con otros estudios donde la neuropatía registra mayor dolor diario (Dueñas et al., 2015; I. Failde et al., 2018; Concepción Pérez et al., 2017), pudiendo ser explicados por la cronicidad, la baja respuesta a los tratamientos y el difícil manejo que supone el componente neuropático (Finnerup et al., 2016; Scholz et al., 2019).

Ante una mayor intensidad del dolor, ambos grupos respondían con una menor CVRS, más dificultades en su vida cotidiana y más limitaciones por el malestar y el dolor.

El sueño del grupo Nc se vio afectado por la intensidad del dolor, mientras que para el grupo Ne una mayor intensidad hacía que tomara más fármacos, aumentaba sus dificultades en el cuidado personal y sus limitaciones por la ansiedad y depresión a causa del DC. Además de aumentar sus niveles de sintomatología depresiva, melancólica y su ansiedad psíquica. Tales reacciones pueden ser explicadas de nuevo por las características de la neuropatía, la intensidad y su difícil manejo y descripción de los síntomas (Gómez, 2015).

De forma detallada y siguiendo la clasificación de la intensidad del dolor, se observan reacciones distintas por parte de ambos grupos: Cuando presentan dolor leve, el grupo Nc actúa de forma prudente, controlada, exigente y perfeccionista (PP Compulsivo), mientras que el grupo Ne, ante la sensación de maltrato que le causa su DC, desea vengarse o ser recompensado por lo que actúa de una forma insensible, manipulativa para conseguir lo que desea y dejar de sentirse víctima (PP Antisocial). Cuando presentan dolor de intensidad moderada, únicamente el grupo Ne muestra más enfermedades comórbidas e interferencias en su descanso. Y, finalmente, cuando presentan dolor severo, únicamente el grupo Nc aumenta el consumo de alcohol.

Se observa como el grupo Nc reacciona de forma internalizante, con elevada ansiedad y buscando nuevas estrategias para afrontar al dolor (aumentando sus puntuaciones en los PP). El Ne reacciona de modo externalizante (Ramos, Broco, et al., 2020; Ramos, Sánchez, et al., 2020).

En términos de CVRS, ambos grupos muestran un descenso ante la intensidad del dolor, siendo el grupo Ne, quien obtiene los valores más bajos, en especial cuando su dolor es severo, coincidiendo con estudios previos donde se relacionó la CVRS con la intensidad del dolor y no tanto con su fisiopatología (Concepción Pérez et al., 2017). Sin embargo, en la

presente muestra, la CVRS desciende a medida que aumentan las características neuropáticas, la intensidad del dolor y las puntuaciones en las escalas de PP. Esto puede reflejar menor CVRS ante el componente neuropático (Attal et al., 2011; Bouhassira et al., 2008; I. Failde et al., 2018; Finnerup et al., 2016; Jensen et al., 2007; Langley et al., 2013; C. Pérez, Ribera, et al., 2013; Scholz et al., 2019; Torrance et al., 2006) que ante un estresor continuo como el DC. Los individuos afectados buscarán y generarán continuamente nuevas estrategias para hacerle frente y que éstas (basadas e influenciadas por el estilo de la personalidad), cada vez serán menos adaptativas (Dixon-Gordon et al., 2018; Ibrahim et al., 2020; Naylor et al., 2017; Vachon-Preseau et al., 2019; Weisberg, 2000), potenciándose cada PP en sí mismo (Shapiro et al., 2020). Por ello la personalidad se podría ver alterada por el DC (Kato et al., 2017; T. Millon y Davis, 1998; Naylor et al., 2017), perjudicando el pronóstico clínico y afectando a múltiples áreas de la vida de los individuos con DC (Galli et al., 2021).

Psicopatología depresiva y ansiosa

En la presente muestra de una UTD, casi la mitad de los pacientes padecía una afectación psicológica. Más de dos tercios de ellos afirmó que su psicopatología fue por afectación directa del DC en sus vidas, siendo el motivo de consulta principal para visitar los servicios de psicología y psiquiatría. Más de la mitad de ellos, presentó psicopatología depresiva y ansiosa de forma simultánea y en su mayoría, se sometían a intervención farmacológica para ello y muy pocos a intervención psicológica.

Tales datos se encuentran en sintonía con la fuerte vinculación entre el DC y los trastornos depresivos y ansiosos descrita en numerosas ocasiones (I. Failde y Dueñas, 2016). Ambos grupos presentaron un estado anímico similar a estudios previos y peor que el esperado para la población general (Serra, 2007). Si hablamos de afectividad, casi dos tercios de los pacientes con Nc presentó alguna forma de psicopatología depresiva, frente al 81% de los individuos con Ne. La depresión menor fue la forma más mostrada, contando con un tercio del grupo con depresión mayor, en consonancia con la literatura previa (Arango-Dávila y Rincón-Hoyos, 2018; Bair et al., 2003; Velly y Mohit, 2018). Si nos referimos a la ansiedad, también coincide con estudios previos (Dennis C. Turk et al., 2016), padeciéndola el 64% del grupo Nc y el 82% del Ne, de forma leve y modera. El grupo Ne obtuvo mayores niveles de psicopatología, incrementado su percepción del dolor cuanto mayor era la sintomatología

depresiva (sobre todo si cursaba con características melancólicas como la desesperanza, la culpabilidad o inutilidad, acompañadas por la pérdida de placer) y cuando experimentaba ansiedad de tipo psíquica (preocupaciones excesivas, obsesivas y negativas, irritabilidad, dificultad para concentrarse); por su parte, la intensidad de dolor de grupo Nc, no se vio incrementada por variables psicopatológicas como tal, sino por la alteración del sueño.

De forma detallada, el perfil del grupo Ne al presentar psicopatología depresiva, mostró una mayor intensidad percibida del dolor, mayores puntuaciones en los SC graves (trastorno del pensamiento, trastorno delirante y depresión mayor), más dificultades diarias y por malestar, somatizaciones (SC Somatomorfo) y conductas dependientes (PP Dependiente) que el grupo Nc. Éste mostró ansiedad somática y melancolía (sensaciones de desesperanza, culpabilidad o inutilidad).

Al presentar psicopatología ansiosa, el grupo Ne sufría mayores dificultades por el malestar y dolor diarios, así como para la movilidad. Presentaba mayores niveles de ansiedad psíquica y tendencia al aislamiento, desconfianza y distorsiones en la forma de entender la realidad (PP Sugestivos del Clúster A). El grupo Nc, ante la presencia de ambas psicopatologías, valoró mejor su estado de salud que el grupo Ne.

Se puede observar cómo la psicopatología depresiva hace que el grupo Ne tienda a comportamientos inhibidos, evitativos, temerosos y ansiosos (Clúster C) y que la psicopatología ansiosa haga que los combine con el aislamiento y la desconfianza (Clúster A y C). Exhibiendo en ambas psicopatologías una línea de pensamiento y conducta inhibida, de autocontrol, alta evitación del daño, baja autodirección y aislamiento; características que se asocian a la internalización y corroboran una mayor vulnerabilidad frente la comorbilidad depresiva y ansiosa (Gustin et al., 2015; Kato et al., 2017; Naylor et al., 2017), peores respuestas a la intervención psicológica (Ramos, Broco, et al., 2020; Ramos, Sánchez, et al., 2020), y que a su vez, mantienen y agravan el DC (Vlaeyen et al., 2016). En cambio todas aquellas conductas de expresión, de demanda de atención, de labilidad afectiva y egocentrismo, parecen contrarrestar ambas psicopatologías para el Ne, probando la frecuencia en la que se encuentran estas actitudes de adaptación en perfiles con DC (Conrad et al., 2013) y la asistencia que le pueden brindar las conductas externalizantes (Ramos, Broco, et al., 2020; Ramos, Sánchez, et al., 2020).

Los resultados de la muestra analizada, extraída de una UTD, coinciden con estudios previos y los corroboran (Arango-Dávila y Rincón-Hoyos, 2018; Attal et al., 2011; Breivik et al., 2006; Bulbena y Martín, 2007; Colloca et al., 2017; Dueñas et al., 2015; I. Failde et al., 2018; Finnerup et al., 2016; Langley, Ruiz-Iban, et al., 2011; Lanzara et al., 2020; Llorca et al., 2007; Morales-Vigil et al., 2008; C. Pérez, Ribera, et al., 2013; Concepción Pérez et al., 2017). Confirman diversos puntos importantes al tratar con pacientes con DC: En primer lugar, se prueba la comorbilidad descrita del DC con la psicopatología ansiosa y depresiva. En segundo lugar se refleja el riesgo añadido de presentar trastornos depresivos y ansiosos que supone el componente neuropático en la cronicidad del dolor (Colloca et al., 2017; I. Failde et al., 2018; Finnerup et al., 2016; Langley et al., 2013; Ohayon y Schatzberg, 2003; C. Pérez, Margarit, et al., 2013; Concepción Pérez et al., 2017; Scholz et al., 2019). En tercer lugar, los resultados obtenidos muestran que los niveles de ambas afecciones psicopatológicas, se relacionan directamente con el dolor de tipo severo, en consonancia con estudios previos que sugieren una relación bidireccional (Arango-Dávila y Rincón-Hoyos, 2018; Baastrup et al., 2016; Bulbena y Martín, 2007; D'ippolito et al., 2020; Duffy et al., 2015; Edwards et al., 2016; Gureje et al., 2008; Serra, 2007; Tabor, Keogh y Eccleston, 2017); Por una parte, empeora la sintomatología depresiva y ansiosa cuando se intensifica el dolor y, por otra parte, se interrelacionan los estados ansiosos graves con la sintomatología depresiva, favoreciendo y agravando la presencia de dolor. Con ello sería posible entrelazar los impedimentos para el uso de estrategias que mejoren el proceso y la intensidad dolorosa, que conlleva la sintomatología depresiva con el incremento de la tensión muscular y la autopercepción de la intensidad del dolor en la zona afectada, que supone la ansiedad (Edwards et al., 2016; Gallach-Solano et al., 2016; Pitcher et al., 2019; Velly y Mohit, 2018).

Del mismo modo queda corroborado cuando se prueba que la presencia de diversas regiones afectadas junto con un dolor severo, podía aumentar las posibilidades para que el grupo Ne presentara psicopatología depresiva. Sumando las dificultades diarias por la ansiedad y depresión que causa el DC, junto con diversas regiones afectadas y somatizaciones, predecía la probabilidad que el grupo Ne viera alterado su sueño. Para el grupo Nc, la intensidad del dolor, las actitudes obsesivas y desafiantes, fueron las predictoras de interferencias en su descanso. En referencia a presentar psicopatología ansiosa, el malestar y el dolor corporal del DC Ne y pensamientos del SC Depresivo Mayor podían contribuir en su presencia, mientras que las actitudes de dependencia y sobrevaloración la evitaban. Para el grupo Nc, las dificultades diarias por la ansiedad y depresión junto con comportamientos

obsesivos y desregulados, fueron los predictores de la psicopatología ansiosa. Resultados muy ligados a los factores descritos que favorecen o dificultan las probabilidades de presentar psicopatología reactiva al DC (Agnus et al., 2022; Hadi et al., 2019; Pereira et al., 2021; Concepción Pérez et al., 2017) y al estudio de CVRS, puesto que el grupo Nc obtiene una mejor calidad de vida que el Ne, presenten o no psicopatología ansiosa, depresiva o ambas. Con ello se puede ejemplificar la afectación negativa del componente neuropático hacía la CVRS (Attal et al., 2011; Bouhassira et al., 2008; I. Failde et al., 2018; Finnerup et al., 2016; Jensen et al., 2007; Langley et al., 2013; C. Pérez, Ribera, et al., 2013; Concepción Pérez et al., 2017; Scholz et al., 2019; Torrance et al., 2006).

Síndromes Clínicos

Al evaluar las puntuaciones obtenidas en las escalas de Síndromes Clínicos (SC) (T. Millon et al., 2009) se observó que los pacientes de ambos grupos se mostraron de forma general como individuos que se sienten tensos, indecisos e inquietos. Expresan sentimientos vagamente aprensivos, específicamente fóbicos y muestran incapacidad para relajarse. Resultados que coinciden con los obtenidos por esta misma muestra en la escala de ansiedad y vuelven a respaldar la relación entre la ansiedad y el DC (Arango-Dávila y Rincón-Hoyos, 2018; Lanzara et al., 2020; Miller y Kaiser, 2018; Velly y Mohit, 2018).

En la misma línea de análisis psicopatológico, el grupo de dolor Ne, en comparación con el Nc, mostró con más frecuencia actitudes de hostilidad, tensión persistente, sospechas, vigilancia y alerta ante una posible traición. Son actitudes habituales en el trastorno delirante descrito por Millon (catalogado entre los síndromes clínicos graves) y referenciadas en estudios de DC disruptivo (Ajo et al., 2020; Yang et al., 2019). Acompañado también por un estado de ánimo depresivo (SC Distimia y Depresivo Mayor), caracterizado por la presencia y prominencia de sentimientos de desánimo o culpabilidad, falta de iniciativa, apatía y baja autoestima, en los que se revelan sentimientos pesimistas hacia el futuro (incluso ideas suicidas), aislamiento social, fatiga, concentración pobre, pérdida de interés por actividades lúdicas y disminución o incapacidad en cumplir con tareas ordinarias y funcionar en un ambiente cotidiano (T. Millon et al., 2009) descrito como predictor de cronicidad y cambios de tratamiento (Ajo et al., 2020; Shahar et al., 2018). Asimismo, una tendencia a presentar pensamientos confusos o extraños, afectos inapropiados y a sentirse incomprendidos o

aislados (sintomatología recogida en el trastorno del pensamiento) informado en DC disruptivo (Ajo et al., 2020).

El grupo Ne presentó pensamientos y conductas de los tres SC catalogados como graves (SC del pensamiento, delirante y depresión mayor) que podrían indicar de nuevo un mayor grado de deterioro en todas las dimensiones vitales y una menor funcionalidad cotidiana (Attal et al., 2011; Bouhassira et al., 2008; I. Failde et al., 2018; Finnerup et al., 2016; Jensen et al., 2007; Langley et al., 2013; C. Pérez, Ribera, et al., 2013; Concepción Pérez et al., 2017; Scholz et al., 2019; Torrance et al., 2006). En añadido, ambos grupos veían disminuida su CVRS en presencia de sintomatología en los SC, pero para el grupo Ne también se aumentaban las dificultades para el propio cuidado y para la movilidad.

El grupo Ne reveló que a mayor tiempo con DC, mayor sintomatología somatomorfa, caracterizada por la dificultad de expresión emocional, la preocupación por la salud, y el manifiesto de quejas múltiples que conlleva esta patología, lo que podría ser explicado por la multitud de sintomatología a nivel fisiológico y vegetativo que presenta, la inexactitud y cambios en su dolor, con su consecuente dificultad para concretarlo y describirlo junto con la complejidad sensorial, que confiere la naturaleza neuropática (Closs et al., 2009; Colloca et al., 2017; I. Failde et al., 2018) y coincidiendo con estudios previos (Lanzara et al., 2020; Park et al., 2020; Tutoglu et al., 2015). Toda la afectación de este grupo coincide con los resultados obtenidos al evaluar la sintomatología depresiva y enfatiza de nuevo la mayor afectación psicopatológica del grupo de dolor que cursa con neuropatía frente a la nocicepción (Baastrup et al., 2016; Colloca et al., 2017; Dueñas et al., 2015; I. Failde et al., 2018; Finnerup et al., 2016; Langley, Pérez Hernández, et al., 2011; Langley et al., 2013; Ohayon y Schatzberg, 2003; C. Pérez, Margarit, et al., 2013; Concepción Pérez et al., 2017; Scholz et al., 2019).

Con relación a la evolución del dolor e intensidad de éste, de los resultados se desprende que el grupo Nc se ve afectado cuando la evolución del dolor supera los 3 años, mostrando sintomatología y/o trastornos ansiosos, somatomorfos, de labilidad emocional y delirantes. La intensidad de su dolor se relaciona con estados ansiosos y distímicos; y ante dolor severo puede presentar sintomatología de trastorno del pensamiento y depresión mayor. Por otro lado, el grupo Ne se ve afectado *per se*, puesto que en cualquier tiempo de evolución se relaciona con síntomas somatomorfos y ansiosos. Su intensidad del dolor (sea leve, moderada o severa) se relaciona con SC ansiosos, somatomorfos, distímicos y depresivos mayores e incluso, de estrés postraumático, viviendo el dolor cómo una amenaza para su vida,

experimentando miedo intenso e indefensión (T. Millon et al., 2009), coincidiendo con la probabilidad de presentarlo tres veces más que la población general, en presencia del DC (Dennis C. Turk et al., 2016).

Patrones Clínicos de la Personalidad

Respecto al estudio de los Patrones Clínicos de la Personalidad (PP) de MCMI-III, Se puede observar cómo, sin ser significativo, la puntuación del patrón de la personalidad compulsiva de ambos grupos se posiciona cerca de ser considerado psicopatología de la personalidad. Lo que significa que alrededor del 80% de los individuos estudiados tienen puntuaciones elevadas en compulsividad, significando que puedan mostrar una conducta prudente, controlada y perfeccionista, derivada de un conflicto entre la hostilidad (por haber sido forzados a aceptar imposiciones externas, como podría ser su condición física y psíquica de DC) y el temor a la desaprobación social (por creencias estigmatizantes sobre el dolor como podrían ser la debilidad, la falta de esfuerzo o incluso el fingimiento). Pueden establecer elevadas exigencias y normas rígidas sobre sí mismos y los demás, con la idea de compensar y minimizar el malestar (T. Millon et al., 2009). Este patrón compulsivo es similar al TP obsesivo-compulsivo del DSM-5 y coincide con resultados previos que describen sujetos afectados o incapacitados para adquirir estrategias de afrontamiento al dolor (González et al., 2007; Ibrahim et al., 2020) y, por consiguiente, reflejar dificultades para la vida autónoma y el equilibrio emocional (X. Torres et al., 2013). La combinación de este tipo de patrón de personalidad internalizante junto con el DC, se manifiesta en una alta necesidad de control, tendencia a la evitación del daño y a la baja autodirección (Doreste et al., 2021; Gustin et al., 2015; Ibrahim et al., 2020; Kato et al., 2017; Naylor et al., 2017; Ramos, Broco, et al., 2020; Ramos, Sánchez, et al., 2020).

El grupo Nc reveló una marcada tendencia a mostrar rasgos narcisistas, centrándose en actitudes egoístas y arrogantes, sintiendo placer al centrarse en sí mismos (semejante al TP narcisista del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014; T. Millon et al., 2009)). La tendencia a potenciarlo podría ser explicada por la necesidad de distracción frente al dolor, usando el ensimismamiento, y posterior interacción y expresión con el entorno, como herramienta externalizante para gestionarlo (Ajo et al., 2020; Campbell et al., 2015; Ramos, Broco, et al., 2020; Ramos, Sánchez, et al., 2020; Soriano y Monsalve, 2018; Soriano Pastor et al., 2010).

El grupo Ne, tendió a adoptar un papel pasivo/sumiso, buscando directrices externas, con el fin de recibir afecto/protección, concordante con la baja autodirección descrita (Naylor et al., 2017). También, mostró frecuentemente desconfianza, defensa anticipada, rigidez y resistencia al control (aunque sea terapéutico para controlar el dolor) (Park et al., 2020; Yang et al., 2019). Semejantes a los TP dependiente y paranoide del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014; T. Millon et al., 2009). Ambos internalizantes, comparten el temor a uno mismo (por la creencia de autoinsuficiencia en el PP dependiente y por la autoimportancia excesiva en un cuerpo que padece DC en el PP paranoide) y temor al abandono/traición (por el apego ansioso en el PP dependiente y el apego desorganizado del PP paranoide). Ambos patrones pueden darse simultáneamente. Un mismo sujeto con DC puede expresar características de los PP del Clúster C con las personas que le aportan cuidados y características de los PP del Clúster A con los demás (Álvarez-Segura y Lacasa Saludas, 2022; T. Millon et al., 2009; Peric et al., 2014; Ramos, Broco, et al., 2020; Ramos, Sánchez, et al., 2020).

Cabe decir que, aunque no ha llegado a valores relevantes como los recién comentados, las puntuaciones del PP histriónico se han aproximado a ser sugestivos para ambos grupos, poniendo de manifiesto que las actitudes de búsqueda de atención/afecto, la evitación a toda costa del desinterés/desaprobación y la necesidad de repetidas señales de aceptación y aprobación, es común en la presente muestra con DC, coincidiendo con los perfiles descritos anteriormente (Infante Vargas et al., 2005).

Atendiendo a la evolución del DC, por parte del grupo Nc, ante un periodo largo de evolución, sugiere actitudes paranoides, negativistas y compulsivas. Frente a la intensidad del dolor, se incrementan las actitudes iracundas como las negativistas y antisociales (desacuerdo a padecer DC (Campbell et al., 2015)), depresivas y compulsivas, estas últimas, son inversas a la intensidad del dolor, pudiendo ejemplificar cómo el control y la rigidez de la obsesión y compulsión, pueden servir de herramienta de distracción y minimización del dolor (González et al., 2007; Ibrahim et al., 2020; T. Millon et al., 2009; Soriano y Monsalve, 2018).

Por parte del grupo Ne, no hay relación con la intensidad del dolor, pero sí con la evolución, mostrando un aumento significativo en sus tendencias dependientes

(caracterizadas por adoptar un papel pasivo/sumiso, con el fin de recibir afecto/protección) y en las paranoides, (caracterizadas por la desconfianza, vigilancia, defensa, rigidez y resistencia al control, incluso aunque sea terapéutico para controlar el dolor). Ambas condiciones se potencian con el paso del tiempo, igual que las conductas esquizoides, negativistas y límites, pasando de patrones externalizantes con afectividad desregulada (Clúster B) a patrones internalizantes, inhibidos y aislados (Clúster A y C), que respaldan la tendencia a la labilidad ante el DC (Campbell et al., 2015; Cavicchioli et al., 2021; Shapiro et al., 2020). Igual que el grupo Nc, el Ne también describe una asociación inversa (como posible herramienta frente al DC) en relación a los patrones histriónico y narcisista con la sintomatología depresiva y ansiosa (Ajo et al., 2020; Campbell et al., 2015; Soriano y Monsalve, 2018).

Teniendo en cuenta que casi totalidad de la muestra tiende al menos a un PP desadaptativo de la personalidad, que más de dos tercios tienden a conductas y pensamientos propios de PP y que casi un tercio lo padece de forma desadaptativa (sin tener en cuenta la simultaneidad de tendencias, presencias y prominencias), la alta prevalencia de puntuaciones desadaptativas obtenidas, puede sugerir que las predisposiciones estables que conforman la personalidad se hayan podido ver afectadas por el DC (Bockian et al., 2000; Chang et al., 2017; R.J. Gatchel y Weisberg, 2004; González et al., 2007; Gustin et al., 2015; Ibrahim et al., 2020; Infante Vargas et al., 2005; Magariños López y García Parajuá, 2007; Yang et al., 2019). Y aunque ambos grupos muestran múltiples relaciones, las puntuaciones indicativas de psicopatología depresiva y ansiosa, sugieren una afectación mayor para los SC y PP del grupo Ne, evidenciando que ante la neuropatía y la comorbilidad, se agrava el cuadro clínico y empeora el pronóstico (Aho et al., 2022; Chang et al., 2017; Colloca et al., 2017; Galli et al., 2021; Mauricio y Quintana, 2015; Park et al., 2020; Yang et al., 2019).

En términos de CVRS, para ambos grupos, el Clúster A (compuesto por lo PP Esquizoide, Esquizotípico y Paranoide) fue el que menor CVRS reveló. Este grupo de la personalidad es caracterizado por un notable aislamiento, distorsiones en la forma de entender la realidad, dificultad para relacionarse y actitudes de desconfianza. Dos de los tres PP, el esquizotípico y el paranoide, son considerados por Millon como graves por su aislamiento social y cognitivo de la realidad y por su rigidez de pensamiento (T. Millon et al., 2009). Para el abordaje del DC también se consideran graves ya que, dada su rigidez cognitiva, impiden de forma directa una comprensión del DC y una psicoeducación frente a las creencias e

interpretaciones (Margarita González, 2014). También su tendencia a la internalización entraña mayores dificultades para modificar pensamientos y conductas desadaptativas (Ramos, Broco, et al., 2020; Ramos, Sánchez, et al., 2020). Del mismo modo, la desconfianza y la necesidad de control, características de este grupo, favorecen las dificultades en la relación con los profesionales de la salud y la adhesión al tratamiento. Asimismo, la preferencia hacia el aislamiento, obstaculiza el seguimiento de su DC (Kim et al., 2017; Palomo-Osuna et al., 2021; X. Torres, 2018).

Especialmente afecta al grupo Ne, puesto que un 67% del grupo presenta características de este Clúster y revela diferencias notables en sus niveles de CVRS en su ausencia/presencia y en los resultados obtenidos al someterse a intervención psicológica.

Las puntuaciones en el SC Delirante, sumado a una mayor cantidad de enfermedades comórbidas y somatizaciones, aumenta las probabilidades para presentar un PP de este Clúster en el grupo Ne. Para el grupo Nc las probabilidades también se encuentran en las puntuaciones del SC Delirante pero acompañadas de ánimo distímico.

El clúster B (compuesto por los PP Histriónico, Narcisista, Antisocial, Límite, Agresivo, Negativista y Autodestructivo) es externalizante y caracterizado por comportamientos impulsivos, emotividad excesiva e inestable y grandiosidad dramática; con expectativas relacionales basadas en sus emociones, con sus consecuentes problemas para la adaptación social y para mantener vínculos estables. La CVRS del grupo Nc en este clúster resulta positiva cuando tienden o presentan tales características. Esto puede ser explicado por la posibilidad de comunicar y expresar su desacuerdo (Margarita González, 2014) y exteriorizar su rabia, ira y sentimiento de injusticia por padecer DC, lo que puede repercutir en una mayor permeabilidad de sus creencias, pensamientos y conductas (Ramos, Broco, et al., 2020; Ramos, Sánchez, et al., 2020). Una muestra de tal permeabilidad podría ser la disminución de la puntuación en este grupo al someterse a intervención psicológica. Un ejemplo de externalización, impulsividad y deseo de calmar el malestar psíquico y físico, es su tendencia al consumo de tóxicos (Borgonetti et al., 2023), corroborándose con los resultados obtenidos por el grupo Nc en las escalas correspondientes y en la probabilidad de presentar características el Clúster B. Para este grupo, los PP del Clúster B sirven de herramienta expresiva para hacer frente al DC, coincidiendo, aunque de una forma desadaptativa, con las recomendaciones sobre las acciones centradas en la propia adaptación, comunicación,

expresión y aceptación de la sintomatología dolorosa presentada (Pereira et al., 2021). Para el grupo Ne las probabilidades de presentar características del Clúster B fue la labilidad emocional. Al analizar la CVRS de cada PP, se observa que en general el grupo Nc obtiene mayores puntuaciones de CVRS que el Ne y que la menor CVRS la revela el grupo Ne con tendencia al PP límite. Sin embargo, en el PP autodestructivo (suelen relacionarse de un modo servil y autosacrificado, intensificando sus déficits, posicionándose inferiormente y permitiendo que los demás abusen de ellos), la CVRS es próxima entre ambos dolores crónicos y se podría relacionar por su similitud al PP Dependiente (que el grupo Ne muestra de base).

La CVRS relativa al Clúster C (compuesto por los PP Evitativo, Dependiente, Compulsivo y Depresivo) fue el que mayor CVRS reveló contrariamente a lo esperado, ya que la ansiedad y evitación son conductas que contribuyen a una menor CVRS (Agnus et al., 2022). Este grupo de la personalidad internalizante está caracterizado por el miedo, la necesidad de control y la inseguridad generalizada, elevados grados de ansiedad, especial sensibilidad al castigo, reacciones emocionales que interfieren en el aprendizaje y desorganizan la conducta, incapacidad para adquirir estrategias de afrontamiento y grandes dificultades para la vida autónoma y el equilibrio emocional. Mostró una mayor CVRS cuando ambos grupos lo presentaban y este dato podría ser explicado por la alta evitación al daño, baja predisposición a cambios y un absoluto control y autoobservación que hace que puedan lidiar y controlar mejor el DC (González et al., 2007; Ibrahim et al., 2020; T. Millon et al., 2009; Ramos, Broco, et al., 2020; Ramos, Sánchez, et al., 2020; Soriano y Monsalve, 2018). En los PP dependiente, compulsivo y depresivo el grupo Ne muestra una mejor CVRS presentándolos que en su ausencia. Al grupo Nc le sucede con el PP evitativo. Con ello se podría hipotetizar que los individuos con DC usan las características del Clúster C como su herramienta de control para hacer frente al DC, en línea, aunque de un modo desadaptativo, con los enfoques autorreguladores o psicofisiológicos, biofeedbacks y registros de conducta, muy recomendados para el abordaje del DC (Cunningham et al., 2019; U.S. Department of Health and Human Services, 2019).

De los datos obtenidos en CVRS se percibe que, para hacer frente al DC, el grupo Nc usa su rabia, expresión e impulsividad (externalización con mayor eficacia) y también el control y la evitación de riesgos (internalización con menor eficacia). Para el grupo Ne, el control es

la herramienta más eficaz (internalización) (Ramos, Broco, et al., 2020; Ramos, Sánchez, et al., 2020).

Comúnmente se espera que ante la presencia de una personalidad desadaptativa o incluso un TP, la CVRS sea peor que en su ausencia, sin embargo en esta muestra podemos observar cómo para los pacientes con DC, algunos pensamientos y conductas consideradas como desadaptativas, son usadas como herramientas para hacer frente a un estresor diario como el DC y que, bajo esta perspectiva de funcionalidad, podrían instituir un sentido evolutivo de adaptación (Álvarez-Segura y Lacasa Saludas, 2022). En este punto es importante recordar que la personalidad de un individuo puede ser equiparable al sistema adaptativo de supervivencia que exhibe frente a sus ambientes habituales y estresores (Bowlby, 1969; Darwin, 1921; T. Millon y Davis, 1998; T. Millon y Everly, 1994; T Millon, 1976, 1990); entonces, las afectaciones en la personalidad serían sistemas desadaptativos para la supervivencia, que tras repetirse continuamente (conducta de enfermedad (Margarita González, 2014)) acaban generando respuestas menos adaptativas (Dixon-Gordon et al., 2018; Ibrahim et al., 2020; Naylor et al., 2017; Vachon-Presseau et al., 2019; Weisberg, 2000), retroalimentándose entre ellas (Shapiro et al., 2020) y siendo perjudiciales a largo plazo (Galli et al., 2021). En cualquier caso, el impacto del DC en la vida de quien lo padece, dependerá siempre de la severidad, evolución y de las herramientas de manejo que tenga de base, o pueda generar (Martucci, 2020), y todas ellas determinarán la relevancia, la aceptación, la capacidad subjetiva de manejo, el estilo de afrontamiento, la interacción con los profesionales sanitarios, la respuesta terapéutica y la percepción de mejoría (X. Torres, 2018).

Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Finalmente, en lo que concierne a la CVRS, la del grupo Nc (0.60) fue mayor que la del grupo Ne (0.49) evidenciando la complejidad, severidad, cronicidad y falta de respuesta a los tratamientos tradicionales que conlleva la fisiopatología neuropática (Attal et al., 2011; Bouhassira et al., 2008; I. Failde et al., 2018; Finnerup et al., 2016; Jensen et al., 2007; Langley et al., 2013; C. Pérez, Ribera, et al., 2013; Concepción Pérez et al., 2017; Scholz et al., 2019; Torrance et al., 2006).

Ambas obtienen una CVRS esperablemente menor que la población general, pero también puntúan por debajo del valor esperable de CVRS para las enfermedades crónicas (0.81) y de

otros valores relacionados con el DC (entre 0.82 y 0.77) y con patologías mentales (entre 0.72 hasta 0.59) (Arrospide et al., 2019; Sánchez-Iriso et al., 2019). Tales resultados podrían ser explicados por el origen de la muestra en una UTD. El perfil de pacientes tributarios a este tipo de unidades llega tras intentar diversos tratamientos y planes de rehabilitación sin éxito, tanto en atención primaria como en otras especialidades. Su dolor debe haber permanecido y ser lo suficientemente complejo para que, en un proceso de entre 1 a 5 años, se les remita a una UTD (POP y SED, 2011). Este tipo de perfil con DC se asocia de forma directa con dificultad para la participación plena en la vida familiar, laboral y social, con afectaciones psicológicas que responden a los déficits sustanciales de calidad de vida relacionados con la salud presentados, disminuyendo a medida que la severidad del dolor y las limitaciones diarias aumentan (Langley, Pérez Hernández, et al., 2011; Montero Matamala et al., 2011; Pitcher et al., 2019; SED y ISCIII, 2018; Torralba et al., 2014).

Respuesta a los objetivos e hipótesis planteadas

En respuesta al primer objetivo:

I. Identificar y detallar aspectos psicopatológicos y de personalidad entre los pacientes con el dolor crónico no oncológico -nociceptivo y con componente neuropático- de una Unidad de Tratamiento del Dolor y su grado de relación con el tipo de dolor, la intensidad, el tiempo de evolución y la calidad de vida relativa a la salud; analizando la situación laboral, hábitos tóxicos, enfermedades comórbidas, pauta farmacológica, taxonomía, evolución, intensidad percibida del dolor, psicopatología depresiva y ansiosa, síndromes clínicos y los patrones de la personalidad.

- ✓ Se concluye que ambos grupos obtuvieron puntuaciones psicopatológicas y éstas fueron más elevadas que las esperadas en población general.

En respuesta al segundo objetivo:

- **II.** Comparar y examinar si existen diferencias sustanciales que puedan justificar una mayor severidad en presencia del componente neuropático.

- ✓ Se concluye que, aunque ambos grupos obtuvieron puntuaciones psicopatológicas, el grupo con componente neuropático mostró mayor gravedad depresiva y ansiosa de base y en relación con todas las variables evaluadas.

En la Tabla se describen y responden todas las hipótesis específicas relativas al componente neuropático.

Tabla 17. Hipótesis planteadas ante el componente neuropático y los resultados obtenidos

Situación laboral	H1) Mayores porcentajes de incapacidades temporales y permanentes. ✓
	H2) En situación de actividad laboral, mayor afectación psicopatológica y menor CVRS. ✓
Hábitos tóxicos	H3) A mayor intensidad del dolor, mayor consumo y dependencia. ✗ <i>Mayor en Nc.</i>
Enfermedades comórbidas	H4) Mayor presencia de enfermedades comórbidas y menor CVRS. ✓
Pauta farmacológica	H5) Mayor consumo de fármacos. ✓
	H6) A mayor intensidad del dolor, mayor consumo de fármacos. ✓
Taxonomía	H7) Más regiones corporales afectadas por dolor, afectación del DC en la totalidad del cuerpo y menor CVRS. ✓
	H8) A mayor número de regiones afectadas, mayor afectación psicopatológica. ✓
Evolución	H9) Mayor tiempo de evolución del dolor. ✓
	H10) A mayor tiempo de evolución del dolor, mayor intensidad de éste. ✗ <i>Sin relación.</i>
	H11) A mayor tiempo de evolución del dolor, mayor afectación psicopatológica. ✓
	H12) A mayor tiempo de evolución del dolor, mayor afectación en la personalidad. ✓
	H13) A mayor tiempo de evolución del dolor, menor CVRS. ✓
Intensidad percibida del dolor	H14) Mayor intensidad del dolor. ✓
	H15) A mayor intensidad del dolor, mayor afectación psicopatológica. ✓
	H16) A mayor intensidad del dolor, mayor afectación en la personalidad. ✓
	H17) A mayor intensidad del dolor, menor CVRS. ✓
HDRS y HARS	H18) Mayor afectación en psicopatología depresiva y ansiosa. ✓
Síndromes Clínicos	H19) Mayor afectación en los Síndromes Clínicos. ✓
	H20) Mayores puntuaciones en el SC de Trastorno Por Estrés Postraumático. ✓
	H21) Mayores puntuaciones en el Síndrome Clínico de Trastorno Somatomorfo. ✓
	H22) Mayores puntuaciones en los Síndromes Clínicos Graves. ✓
Patrones de la Personalidad	H23) Mayor afectación en la personalidad. ✓
	H24) Mayor afectación en los Patrones de la Personalidad Graves. ✓
	H25) A mayor afectación en la personalidad, menor CVRS. ✓
CVRS	H26) Menor CVRS, mayores dificultades diarias y peor valoración de su estado de salud. ✓
Abordaje	H27) Diferencias sustanciales de comportamiento entre ambos tipos de DC, que indiquen la necesidad de una estrategia individualizada para su abordaje. ✓

Nota: En la tabla se muestran las hipótesis planteadas relativas a la presencia del componente neuropático y se señala con ✓ cuando la hipótesis ha sido aceptada y apoyada por los resultados obtenidos o con ✗ cuando no se ha corroborado con los resultados obtenidos. H= Hipótesis; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Tabla de elaboración propia.

En respuesta al tercer objetivo:

- **III.** Comparar y examinar si existen diferencias sustanciales de comportamiento entre ambos tipos de DC, que indiquen la necesidad de una estrategia individualizada para su abordaje.

✓ Se concluye que existen diferencias sustanciales de comportamiento y con ello se evidencia la necesidad de un abordaje individualizado.

En referencia al grado de relación de los patrones clínicos de la personalidad con la psicopatología de los pacientes, en este análisis, a diferencia de estudios previos, se han definido perfiles concretos para cada tipo de dolor en términos de síndromes clínicos, patrones de la personalidad, evolución, intensidad del dolor percibido y calidad de vida relacionada con la salud.

Por una parte, el grupo de pacientes con dolor crónico nociceptivo, en las primeras etapas del dolor muestran un perfil con dificultades en su día a día y alteraciones del sueño. Aunque no revelan afectaciones a nivel psicopatológico, presentan tendencia a la impulsividad y propensión al consumo de alcohol y tóxicos. A partir de cierta evolución con dolor crónico o severidad en la intensidad en su dolor, inician sintomatología de tendencias inhibidas, ansiosas y depresivas, para luego expresar su ira y disconformidad, en forma de labilidad, desconfianza y agresividad. Y es que los individuos de este grupo para gestionar su dolor suelen centrarse en sí mismos, con actitudes egoístas, de sobreestimación y de autoconfianza. Es muy posible que, en el fondo, esperen que los demás reconozcan la superioridad de sus fortalezas en la situación de salud que presentan con el trascurso del dolor crónico en su vida. También controlan y perfeccionan su conducta e imagen, ya que temen profundamente el estigma social que conlleva el dolor crónico, como la debilidad, la falta de esfuerzo o incluso el fingimiento. Pueden establecer elevadas exigencias y normas rígidas, sobre sí mismos y los demás, con la idea de compensar y minimizar el malestar, y de este modo, poder expresar su disconformidad al padecer una enfermedad crónica.

Por otra parte, en el grupo con componente neuropático en su dolor crónico, el perfil obtenido muestra de base (sólo por tener este tipo de dolor, sin relacionarse con otras variables) individuos afectados por sintomatología depresiva y ambivalentes entre: la

necesidad de obtener cuidados, afectos, protección y seguridad de los demás a través de la sumisión y dependencia y; la sensación de trato injusto por padecer dolor crónico, que les induce a la desconfianza, defensión y de nuevo, a la búsqueda de protección, dado que les preocupa intensamente su estado de salud y la multitud de sintomatología cambiante que presentan. Igual que el grupo nociceptivo, también se muestran rígidos, sobre sí mismos y los demás, con la idea de controlar, compensar y minimizar el malestar. Con el paso del tiempo se acrecienta la ansiedad somática y, a medida que aumenta la intensidad del dolor, se añaden trastornos ansiosos y afectivos, incluso con características del trastorno de estrés postraumático.

Conviene subrayar de nuevo que, respecto a la condición neuropática, pese a que el grupo No obtiene puntuaciones que muestran afectación psicopatológica; el grupo Ne posee mayor gravedad psicopatológica en todas las escalas administradas y también al relacionarse con más variables psicológicas, mostrando así la existencia de diferencias sustanciales entre ambos tipos de dolor cuando de psicopatología se trata y respaldando la severidad que entraña la neuropatía.

En la Tabla 18 se resumen los resultados obtenidos relativos a las variables estudiadas, diferenciando los comportamientos comunes de los característicos de cada tipo de DC.

Por todo ello se concluye que entre los pacientes con dolor crónico no oncológico - nociceptivo y con componente neuropático- de una Unidad de Tratamiento del Dolor, sí existen diferencias sustanciales y que éstas justifican un comportamiento diferenciado y, por tanto, se evidencia la necesidad de un abordaje individualizado.

Tabla 18. Diferencias sustanciales de comportamiento entre ambos tipos de Dolor Crónico

	Dolor Crónico con componente Neuropático	Ambos grupos	Dolor Crónico Nociceptivo
	Edad media: 58,95 ($\pm 14,22$) años Sexo: 67% femenino y 33% masculino	Mayoría en Matrimonio, Convivencia en Pareja y con Estudios Secundarios	Edad media: 62,10 ($\pm 13,25$) años Sexo: 72% femenino y 28% masculino
Situación Laboral	Act. Laboral: Interferencia del sueño, \uparrow SC Delirante I.Temporal: + Evolución, \uparrow SC Pensamiento I.Permanente: Dif. Diarias Jubilación: \uparrow Enfermedades, \uparrow EVN y Dif. Actividades		I.Temporal: + Edad, Dif. Malestar y \uparrow V. Salud I.Permanente: Dif. Ans/Dep
Hábitos tóxicos	+ Regiones afectadas + Diagnósticos de la UTD: \downarrow SC Dependencia de OH \downarrow SC Dependencia de Sustancias		Mayor consumo de OH y Tabaco que Ne. Dif. Diarias: + Consumo de tabaco Dolor severo: + Consumo de OH \uparrow Evolución: + Consumo de OH y tabaco De 6 a 10 años: \uparrow SC Dependencia de OH Más de 10 años: + Consumo de tabaco \uparrow HDRS + \uparrow HARS: \uparrow SC Dependencia de OH y \uparrow Sustancias + Tabaco
Salud	Tres o más Enfermedades Comórbidas \uparrow Aumentan con la evolución del DC + Farmacología: \uparrow EVN y \uparrow Clúster C	Mayoría con al menos una Enfermedad + Farmacología: \downarrow CVRS	Una Enfermedad Comórbida + Farmacología: \uparrow Interferencia del sueño
Diagnósticos en la UTD y regiones afectadas	Dos regiones afectadas Parte superior e inferior del cuerpo afectadas + Regiones afectadas: Dif. Malestar y Dif. Ans/Dep + Diagnósticos UTD: \uparrow HARS, \uparrow Ansiedad Psíquica y \uparrow Ansiedad Somática \uparrow SC Somatomorfo y \downarrow SC Dependencia de Sustancias \uparrow PP Depresivo, \uparrow Clúster C \downarrow PP Histriónico, \downarrow PP Narcisista y \downarrow PP Antisocial. + Regiones afectadas + Diagnósticos de la UTD: \downarrow SC Dependencia de OH \downarrow SC Dependencia de Sustancias	Regiones lumbares, sacras y coccigeas afectadas, así como los Miembros Inferiores.	Una región afectada Parte inferior del cuerpo afectada + Regiones afectadas + Diagnósticos de la UTD: Dif. Malestar y Dif. Ans/Dep
Evolución	Evolución media: 5,64 ($\pm 9,16$) años \uparrow Evolución: + Enfermedades De 1 a 2 años: \uparrow PP Dependiente De 3 a 5 años: \uparrow SC Ansioso y \uparrow PP Autodestructivo De 6 a 10 años: \uparrow SC Somatomorfo, \uparrow PP Presentes y Prominentes, Dif. Diarias, Dif. Cuidado y \downarrow CVRS Más de 10 años: \uparrow PP Paranoide y \uparrow Presencia PP Clúster C	A \uparrow mayor Evolución, \downarrow menor CVRS	Evolución media: 4,93 ($\pm 8,06$) años \uparrow Evolución: + Consumo de OH y tabaco De 6 a 10 años: + Consumo de OH, \uparrow Presencia de SC y \uparrow PP Agresivo Más de 10 años: + Consumo de tabaco
Intensidad percibida del dolor EVN	Intensidad media: 6,50 ($\pm 2,06$). Mayor que en Ne. Suelen presentar dolor severo \uparrow EVN: + Farmacología, \downarrow menor CVRS \uparrow HDRS, \uparrow Melancolía, \uparrow Ansiedad Psíquica Dif. Cuidado y Dif. Ans/Dep Leve: \uparrow PP antisocial Moderado: + Enfermedades Severo: \downarrow CVRS	A \uparrow mayor EVN: \uparrow Farmacología \uparrow HDRS y \uparrow HARS \uparrow Puntuaciones en todos los PP \downarrow CVRS (+ Dif. Diarias y Malestar) \uparrow Cantidad de características neuropáticas relacionadas con \uparrow EVN, \uparrow PP y \downarrow CVRS	Intensidad media: 5,45 ($\pm 2,33$) Suelen presentar dolor moderado \uparrow EVN: \uparrow Interferencia del sueño Leve: \uparrow PP Compulsivo Moderado: \uparrow Interferencia del sueño Severo: + Consumo de OH
Sintomatología Depresiva HDRS	Puntuación media: 12,95 ($\pm 6,69$). (≥ 18 se considera psicopatología). El 81% rebasa el punto de corte. Presentan la categoría "Depresión menor" \uparrow HDRS: Dif. Diarias y Dif. Malestar De 6 a 10 años presentan "Menos que depresión mayor" \uparrow Interferencia del sueño, \uparrow Ansiedad Psíquica \uparrow SC Somatomorfo y \uparrow Puntuación en los SC Graves \uparrow PP Dependiente, \uparrow PP Depresivo, \uparrow Clúster C y B	\uparrow Mayores niveles que la población general. Ante Dolor Severo: Rebasan el punto de corte Presentan la categoría "Depresión Mayor" \uparrow Melancolía	Puntuación media: 11,20 ($\pm 6,92$). (≥ 18 se considera psicopatología). El 60% rebasa el punto de corte. Presentan la categoría "Sin depresión" \uparrow HDRS: \uparrow Ansiedad Somática Mejor valoración de su estado de salud y \uparrow CVRS que el grupo Ne
Sintomatología Ansiosa HARS	Puntuación media: 12,34 ($\pm 6,41$). (≥ 15 se considera psicopatología). El 82% rebasa el punto de corte. Presentan Ansiedad Psíquica \uparrow HARS: \uparrow Clúster A y \uparrow Clúster C Dif. Movilidad y Dif. Malestar	Niveles "Moderados y Graves" de ansiedad relacionados con: Dolor Severo, \uparrow HDRS, \uparrow Melancolía, \uparrow Ansiedad Depresiva y la categoría "Depresión Mayor"	Puntuación media: 10,31 ($\pm 6,15$). (≥ 15 se considera psicopatología). El 64% rebasa el punto de corte. Presentan la categoría "Sin ansiedad" \uparrow HARS: Mejor valoración de su estado de salud y \uparrow CVRS que Ne

	Dolor Crónico con componente Neuropático	Ambos grupos	Dolor Crónico Nociceptivo
SC	Tendencia a SC Delirante, SC Distímico y SC Pensamiento	Puntuaciones de población general. Tendientes al SC Ansioso y ↓ CVRS	
Evolución	Mayores puntuaciones de ↑ SC Somatomorfo y ↑ SC Ansioso ↑ Evolución: ↑ SC Somatomorfo De 6 a 10 años: ↑ SC Ansioso	A ↑ mayor Evolución: ↑ SC Somatomorfo ↑ SC Ansioso	De 6 a 10 años: ↑ SC Somatomorfo, ↑ SC Bipolar y ↑ SC Delirante Más de 10 años: ↑ SC Ansioso
EVN	↑ EVN: ↑ SC Somatomorfo ↑ SC Depresivo Mayor ↑ SC Presentes y Prominentes Moderado: Presencia y Prominencia de SC TEPT	A ↑ mayor EVN: ↑ SC Ansioso y ↑ SC Distímico ↓ CVRS y + Dif. Malestar Dolor Severo: Prominencia SC Ansioso Presencia SC Distímico	↑ EVN: ↑ SC Sugestivos Severo: ↑ SC Depresivo Mayor y ↑ SC Pensamiento
HDRS	↑ HDRS + ↑ Ansiedad Depresiva + “ <i>Depresión Mayor</i> ”: ↑ SC Somatomorfo	A ↑ mayores puntuaciones en HDRS: ↑ Puntuaciones en todos los SC. Especialmente en SC Ansioso, SC Distímico, SC Pensamiento, SC Depresivo Mayor y SC Graves. ↑ Interferencia sueño: ↑ SC Depresivo Mayor	↑ Melancolía: ↑ SC Depresivo Mayor Categoría “ <i>Depresión Mayor</i> ”: ↑ SC Dependencia OH
HARS	Niveles “ <i>Moderados y Graves</i> ”: ↑ SC Somatomorfo	A ↑ mayores puntuaciones en HARS: ↑ Puntuaciones en todos los SC. Niveles “ <i>Moderados y Graves</i> ”: ↑ SC Distímico y ↑ SC Depresivo Mayor	
PP	Tendencia al PP Dependiente y PP Paranoide ↓ CVRS: ↑ PP Paranoide y ↑ PP Agresivo Peor valoración de su estado de salud que Nc.	↑ PP Compulsivo Sugestivo. Tendientes al PP Narcisista. Actitudes del PP Histriónico. ↓ CVRS: ↑ PP Límite, ↑ PP Depresivo y ↑ PP Graves ↑ Clúster B y ↑ Puntuaciones en PP	Tendencia al PP Narcisista ↓ CVRS: ↑ PP Dependiente
Evolución	↑ Evolución: ↑ PP Dependiente y ↑ PP Paranoide De 6 a 10 años: ↑ PP Esquizoide Más de 10 años: ↑ PP Límite y ↑ PP Negativista		De 6 a 10 años: ↑ PP Compulsivo, ↑ PP Paranoide y ↑ PP Negativista
EVN	Leve: ↑ Presencia y Prominencia PP Evitativo ↑ PP Compulsivo ↑ PP Antisocial	Severo: ↑ PP Evitativo	↑ EVN: ↑ PP Antisocial y ↑ PP Negativista ↑ Puntuaciones en PP ↓ PP Compulsivo y ↓ PP Depresivo
HDRS	↑ HDRS: ↑ PP Límite y ↑ PP Depresivo ↓ PP Histriónico, ↓ PP Narcisista y ↓ Clúster B ↑ HDRS + “ <i>Depresión Mayor</i> ”: ↑ PP Dependiente ↑ Ansiedad Depresiva: ↑ PP Esquizoide ↑ Interferencia del Sueño: ↑ Clúster C	A ↑ mayores puntuaciones en HDRS: ↑ Puntuaciones en todos los PP, excepto PP Compulsivo (<i>Sin Relación</i>)	↑ HDRS: ↑ PP Antisocial y ↓ PP Narcisista ↑ HDRS + ↑ Ansiedad Depresiva + “ <i>Depresión Mayor</i> ”: ↑ PP Límite ↑ Ansiedad Depresiva: ↑ Clúster B
HARS	↑ HARS: ↑ Clúster A y ↑ Clúster C Niveles “ <i>Moderados y Graves</i> ”: ↑ PP Narcisista	A ↑ mayores puntuaciones en HARS: ↑ Puntuaciones en todos los PP, excepto PP Compulsivo (<i>Sin Relación</i>)	↑ HARS + ↑ Ansiedad Depresiva: ↑ Clúster A

Nota. En la Tabla se muestran las Diferencias sustanciales de comportamiento entre ambos tipos de Dolor Crónico. Ne=Dolor crónico Neuropático; No=Dolor crónico Nociceptivo; HDRS=Escala de Hamilton para la Depresión; HARS=Escala de Hamilton para la Ansiedad; Í.= Índice; D.=Dependencia; EPT=Estrés Post Traumático; M=Mayor. Dif = Dificultades; R = Regiones; EVN = Intensidad del Dolor Percibida; Act.= Actividades; Ans/Dep = Ansiedad y Depresión; V.= Valoración; Cig.= Cigarrillos; OH= Alcohol; Enf. C.= Enfermedades comórbidas; CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud; IL= Índices Internos de HDRS y HARS; A= Clúster A; B= Clúster B; C= Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom= Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP = Patrón de la Personalidad MCMI-III. Sin Relación= No estadísticamente significativo. ↑=Mayores/Aumenta; ↓=Menores/Disminuye.

Implicaciones prácticas de los resultados

Acorde con los resultados obtenidos en el estudio, se describe un abordaje individualizado:

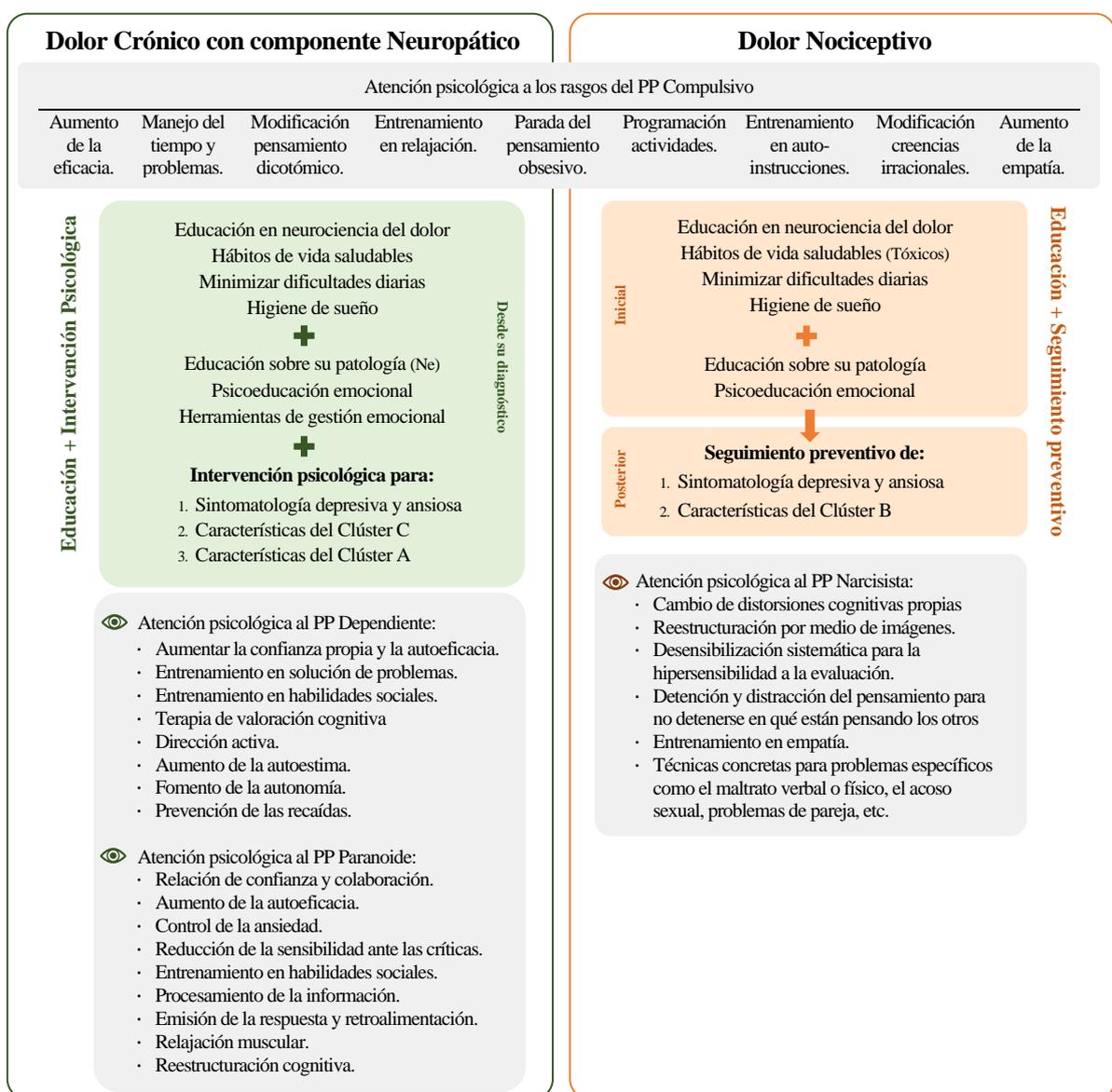
El dolor nociceptivo muestra puntuaciones indicadoras de psicopatología únicamente a partir de los 3 años de padecer dolor y/o cuando su dolor es de intensidad severa, por lo que la atención en las primeras fases debería dirigirse hacia la implantación de hábitos de vida saludables, teniendo una especial atención hacia el consumo de tóxicos, generar estrategias para minimizar las dificultades diarias y a establecer una correcta higiene de sueño. Conjuntamente a la comprensión de su patología, psicoeducación y proporción de herramientas para una buena gestión emocional ante el dolor crónico. Una vez se hayan establecido estas bases, el seguimiento de los niveles de sintomatología depresiva y ansiosa, junto con todos los factores relativos al Clúster B, deberían ser claves para poder intervenir ante expectativas, pensamientos y conductas desadaptativas que puedan generar comorbilidades psicopatológicas que agraven el cuadro clínico. Es decir, sería necesaria una frecuencia de intervención semanal durante las primeras visitas hasta establecer las bases de una buena adaptación a la enfermedad y posteriormente, realizar un seguimiento acorde a las necesidades de cada paciente para poder intervenir con mayor intensidad y frecuencia cuando sea necesario y así, prevenir la psicopatología.

El dolor con componente neuropático muestra puntuaciones indicadoras de psicopatología sin necesidad de relacionarse con otras variables físicas o psíquicas. Este dato ya es suficiente para activar un abordaje psicológico desde las primeras fases de la patología, puesto que la naturaleza neuropática les afecta *per se*. En este caso, la frecuencia de intervención sería semanal y se atenderían simultáneamente las tareas de implantación de hábitos de vida saludables, la minimización de las dificultades diarias y la higiene de sueño; junto con la comprensión de su patología (específicamente la diversidad de sus síntomas y la incertidumbre y malestar que éstos generan), la psicoeducación y la creación de herramientas para una buena gestión emocional ante su dolor crónico. Paralelamente, se debería evaluar los niveles de sintomatología depresiva y ansiosa y las conductas relativas a los Clústeres A y C en cada sesión. De este modo se podría intervenir de forma activa e incisiva sobre las expectativas, pensamientos y conductas desadaptativas que ya les generan comorbilidades psicopatológicas y que agravan el cuadro haciéndolo resistente a la intervención.

En definitiva, el dolor con componente neuropático necesita un abordaje más completo, dinámico y frecuente que el dolor nociceptivo. De hecho, a mayor cantidad de características

neuropáticas y de regiones afectadas, mayor necesidad y frecuencia va a requerir su abordaje. El reconocimiento de las características neuropáticas y de las zonas afectadas es fácilmente obtenido por los profesionales de la salud, ya sea mediante preguntas directas acerca de su dolor o administrando alguno de los muchos cuestionarios sobre ello (que son rápidos, sencillos y gratuitos). Para este tipo de dolor es esencial el abordaje psicológico desde el primer contacto. En la Figura 46 se muestra la propuesta de abordaje individualizado elaborada a partir de los resultados obtenidos en el presente estudio y las recomendaciones de tratamiento del DC y de los PP de la personalidad (V. E. Caballo, 2004).

Figura 46. Propuesta de abordaje individualizado



Nota. La figura representa una propuesta de abordaje diferenciado para la intervención psicológica especializada en dolor crónico. Basada en los resultados obtenidos en el presente estudio. Ne=Dolor crónico Neuropático; PP= Patrones de la Personalidad. Figura de elaboración propia.

Tras los resultados obtenidos en una Unidad de Tratamiento del Dolor, debemos recordar que tenemos la oportunidad de trabajar en la prevención terciaria para que la patología dolorosa crónica ya establecida, reduzca al máximo todas las consecuencias que conlleva. Sabemos que son patologías amplia y altamente complejas y prevalentes y que por ello se recomienda un abordaje mediante tratamientos específicos y personalizados para cada paciente y tipo de dolor. Lamentablemente, hoy en día, es muy habitual que la intervención psicológica se plantee tras el estancamiento de la patología, la incapacidad de beneficiarse de las técnicas aplicadas o el fracaso de otras intervenciones en las que no se han considerado los factores psicológicos ni de personalidad (siendo éstos básicos en la interpretación y procesamiento de la experiencia dolorosa).

Con el presente estudio se pretende poner de manifiesto que cada día tenemos más conocimientos sobre las patologías dolorosas crónicas (que sufren cerca de nueve millones de españoles) y que, los profesionales de la salud, debemos aprovecharlos para frenar su desarrollo y beneficiar a nuestros pacientes. Paralelamente, si trabajamos en la prevención terciaria, también contribuiríamos a reducir la carga global que genera. Sin olvidar que, quien presenta la patología dolorosa es una persona, como nosotros, con sus ilusiones, proyectos, familia y vida; y que, como profesionales de la salud, deberíamos poder proporcionarle un tratamiento lo más adecuado posible para que mejore su calidad de vida.

Limitaciones y directrices futuras

Para finalizar, entre las limitaciones de la investigación es preciso mencionar que únicamente forman parte de la muestra final aquellos sujetos que completaron la evaluación y que en ella no se recogen antecedentes psiquiátricos, tratamientos farmacológicos previos, para otras enfermedades médicas no recogidas o los efectos secundarios de su consumo.

Al tratarse de un estudio observacional y con el interés de estudiar múltiples aspectos clínicos, más allá del objetivo principal no se realizó ajuste por comparaciones múltiples. Los resultados no son generalizables a otras poblaciones puesto que la muestra proviene de una unidad especializada (UTD). Aunque se relacionen variables, éstas son conjeturas de carácter retrospectivo y prospectivo, no atribuciones de causalidad *per se* por tratarse de un diseño transversal, lo que podría cambiar a longitudinal en estudios futuros con el fin de valorar la psicopatología y los patrones de personalidad a medida que evoluciona el dolor y si estos valores se modificarían con tratamiento específico en salud mental para cada tipo de perfil.

VI.CONCLUSIONES

Tras el análisis de los datos obtenidos se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Se obtienen puntuaciones psicopatológicas y de baja calidad de vida relacionada con la salud en ambos grupos de dolor crónico no oncológico, con y sin componente neuropático.
2. El grupo de dolor crónico no oncológico con componente neuropático muestra mayor gravedad depresiva y ansiosa de base y en relación con todas las variables evaluadas.
3. La alta prevalencia de puntuaciones desadaptativas obtenidas en las escalas de la personalidad sugieren que las predisposiciones estables que conforman la personalidad han podido ser afectadas por el dolor crónico no oncológico, con y sin componente neuropático.
4. Existen diferencias sustanciales de comportamiento entre los dos grupos de dolor crónico no oncológico, con y sin componente neuropático.
5. Se evidencia la necesidad de un abordaje individualizado dadas las diferencias sustanciales de afectación psicopatológica y de comportamiento entre los dos grupos de dolor crónico no oncológico, con y sin componente neuropático.
6. La alta prevalencia de puntuaciones desadaptativas obtenidas en el patrón de la personalidad compulsivo alude la necesidad de un enfoque psicológico adecuado.
7. El dolor crónico no oncológico sin componente neuropático no muestra psicopatología en las primeras fases de la patología.
8. El dolor crónico no oncológico sin componente neuropático exhibe un patrón de pensamientos y comportamientos narcisistas, con una dinámica inicial internalizante y posteriormente externalizante.
9. El dolor crónico no oncológico con componente neuropático muestra psicopatología en las primeras fases de la patología.
10. El dolor crónico no oncológico con componente neuropático exhibe un patrón de pensamientos y comportamientos dependientes y paranoides, con una dinámica ambivalente entre la internalización y la externalización.

VII.BIBLIOGRAFÍA

- Aballéa, S., Guelfucci, F., Wagner, J., Khemiri, A., Dietz, J. P., Sobel, J. y Toumi, M. (2013). Subjective health status and health-related quality of life among women with Recurrent Vulvovaginal Candidosis (RVVC) in Europe and the USA. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-169>
- ACPA. (2020). *Resource Guide to Chronic Pain Management from ACPA-Stanford*. Recuperado a partir de <http://www.theacpa.org>
- Agnus, A., Rajkumar, E., John, R. y Joshua George, A. (2022). Determinants of quality of life in individuals with chronic low back pain: a systematic review. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 10(1), 124. <https://doi.org/10.1080/21642850.2021.2022487>
- Aguilera Muñoz, J., Arizaga Cuesta, E., Carpio Rodas, A., Crump, J., Díaz Heredia, F., Fernández, C. F., ... Vargas Gómez, J. J. (2005). Guías de práctica clínica del dolor neuropático (II). *Revista de Neurología*, 40(05), 303. <https://doi.org/10.33588/rn.4005.2004587>
- Aho, T., Sipilä, R., Kalso, E. y Harno, H. (2022). Temperament and character dimensions differ in chronic post-surgical neuropathic pain and cold pressure pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 0(0). <https://doi.org/10.1515/SJPAIN-2021-0163>
- Aicher, B., Peil.H, H., Peil.B, B. y Diener, H. C. (2012). Pain measurement: Visual Analogue Scale (VAS) and Verbal Rating Scale (VRS) in clinical trials with OTC analgesics in headache. *Cephalalgia*, 32(3), 185-197. <https://doi.org/10.1177/0333102411430856>
- Ajo, R., Inda, M. del M., Mateu, M., Segura, A., Ballester, P., Muriel, J., ... Peiró, A. M. (2020). Personality and psychiatric disorders in chronic pain male affected by erectile dysfunction: prospective and observational study. *International Journal of Impotence Research*, 33(3), 339-347. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0294-9>
- Allport, G. W. (1937). *Personality: A Psychological Interpretation*. (Henry Holt, Ed.) (Vol. 1). New York, NY, US: SAGE Publications. <https://doi.org/10.1177/0002716238198001142>
- Almendro Marín, M. T., Clariana Martín, S. M., Hernández Cofiño, S., Rodríguez Campos, C., Camarero Miguel, B. y Río Martín, T. del. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 213-227. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352011000200003>
- Álvarez-Segura, M. y Lacasa Saludas, F. (2022). Evaluación del vínculo de apego en la infancia y adolescencia. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 39(2), 41-58. <https://doi.org/10.31766/REVPSIJ.V39N2A5>
- American Psychiatric Association. (1989). *DSM-III-R: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado (DSM-IV-TR)*. Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- American Psychiatric Association. (2014). *American Psychiatric Association DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5®*. Editorial Médica Panamericana. <https://doi.org/10.3748/wjg.v18.i17.2076>
- Arango-Dávila, C. A. y Rincón-Hoyos, H. G. (2018). Depressive Disorder, Anxiety Disorder and Chronic Pain: Multiple Manifestations of a Common Clinical and Pathophysiological Core. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.007>
- Arrospide, A., Machón, M., Ramos-Goñi, J., Ibarrodo, O. y Mar, J. (2019). Inequalities in health-related quality of life according to age, gender, educational level, social class, body mass index and chronic diseases using the Spanish value set for Euroqol 5D-5L questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1134-9>
- Attal, N., Lanteri-Minet, M., Laurent, B., Fermanian, J. y Bouhassira, D. (2011). The specific disease burden of neuropathic pain: Results of a French nationwide survey. *Pain*, 152(12), 2836-2843. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.09.014>
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C. y Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: A population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *Journal of Pain*, 13(8), 773-783. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012>
- Baastrop, S., Schultz, R., Brødsgaard, I., Moore, R., Jensen, T. S., Vase Toft, L., ... Gormsen, L. (2016). A comparison of coping strategies in patients with fibromyalgia, chronic neuropathic pain, and pain-free controls. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57(6), 516-522. <https://doi.org/10.1111/sjop.12325>
- Badia, X. y De Charro, F. (1999). *EuroQol; un instrumento para valorar la salud EQ-5D guía del usuario, versión española*. Barcelona: Medicina Clínica.
- Badia, X., Roset, M., Herdman, M. y Kind, P. (2001). A comparison of United Kingdom and Spanish general population time trade-off values for EQ-5D health states. *Medical Decision Making*, 21(1), 7-16. <https://doi.org/10.1177/0272989X0102100102>
- Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M. y Segura, A. (1999). The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. European Quality of Life scale. *Medicina clinica*, 112 Suppl, 79-85. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10618804>
- Badia, X., Schiaffino, A., Alonso, J. y Herdman, M. (1998). Using the EuroQol 5-D in the Catalan general population: Feasibility and construct validity. *Quality of Life Research*, 7(4), 311-322. <https://doi.org/10.1023/A:1008894502042>
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W. y Kroenke, K. (2003, noviembre 10). Depression and Pain Comorbidity: A Literature

- Review. *Archives of Internal Medicine*. Arch Intern Med. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.20.2433>
- Bateman, A., Gunderson, J. G. y Mulder, R. T. (2016). Tratamiento del trastorno de la personalidad. *RET: revista de toxicomanías*, ISSN-e 1136-0968, Nº. 78, 2016, págs. 3-13, (78), 3-13. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5812443&info=resumen&idioma=SPA>
- Bech, P. (1996). *The Bech, Hamilton and Zung scales for mood disorders: Screening and listening. A twenty years update with reference to DSM-IV and ICD-10. Second Revised Edition. The Bech, Hamilton and Zung Scales for Mood Disorders: Screening and Listening* (2nd ed.). Berlin: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-61169-8>
- Bech, P., Kastrup, M. y Rafaelsen, O. J. (1986). Mini-compendium of rating scales for states of anxiety depression mania schizophrenia with corresponding DSM-III syndromes. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 326, 1-37.
- Becha, P. y Pichot, P. (1994). Rating scales for psychopathology, health status and quality of life. Compendium on documentation in accordance with the DSM-m-r and WHO systems. *Nordic Journal of Psychiatry*, 48(4), 300-301. <https://doi.org/10.3109/08039489409078153>
- Beck, J. G., Stanley, M. y Zebb, B. (1999). Effectiveness of the Hamilton Anxiety Rating Scale with Older Generalized Anxiety Disorder Patients. *Journal of Clinical Geropsychology*, 5(4), 281-290. <https://doi.org/10.1023/A:1022962907930>
- Beneitez, I. y Nieto, R. (2016). Do we understand pain from a biopsychosocial perspective? A review and discussion of the usefulness of some pain terms. *Future Medicine*, 7(1), 41-48. <https://doi.org/10.2217/PMT-2016-0024>
- Blanco, E., Galvez, R., Zamorano, E., López, V. y Pérez, M. (2012). Prevalencia del dolor neuropático (DN), según DN4, en atención primaria. *Semergen*, 38(4), 203-210. <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2011.10.012>
- Boakye, P. A., Olechowski, C., Rashid, S., Verrier, M. J., Kerr, B., Witmans, M., ... Dick, B. D. (2016, marzo 4). A critical review of neurobiological factors involved in the interactions between chronic pain, depression, and sleep disruption. *Clinical Journal of Pain*. Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000260>
- Bobes, J., Bulbena, A., Luque, A., Dal-Ré, R., Ballesteros, J., Ibarra, N., ... Guardiola, L. (2003). A comparative psychometric study of the Spanish versions with 6, 17 and 21 items of the Hamilton Depression Rating Scale. *Medicina Clinica*, 120(18), 693-700. <https://doi.org/10.1157/13047695>
- Bockian, N., Meager, S. y Millon, T. (2000). Assessing personality with the Millon behavioral health inventory, the Millon behavioral medicine diagnostic, and the Millon clinical multi-axial inventory. En R.J. Gatchel y J. N. Weisberg (Eds.), *Personality Characteristics of Patients with Pain* (pp. 61-88). Washington, D.C.: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10376-000>
- Bonica, J. J. (1954). Role of Anæsthetist in Management of Intractable Pain. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 47(12), 1029-1032. <https://doi.org/10.1177/003591575404701202>
- Bonica, J. J. (1988). Evolution of multidisciplinary interdisciplinary pain programs. En Aronoff (Ed.), *Pain centers. A revolution in health care* (pp. 9-32). New York, NY, US: Raven Press.
- Borgonetti, V., Roberts, A. J., Bajo, M., Galeotti, N. y Roberto, M. (2023). Chronic alcohol induced mechanical allodynia by promoting neuroinflammation: A mouse model of alcohol-evoked neuropathic pain. *British Journal of Pharmacology*. <https://doi.org/10.1111/BPH.16091>
- Bouhassira, D. y Attal, N. (2011). Diagnosis and assessment of neuropathic pain: The saga of clinical tools. *Pain*, 152(SUPPL.3), S74-S83. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.11.027>
- Bouhassira, D., Attal, N., Alchaar, H., Boureau, F., Brochet, B., Bruxelle, J., ... Vicaut, E. (2005). Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*, 114(1-2), 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.12.010>
- Bouhassira, D., Lantéri-Minet, M., Attal, N., Laurent, B. y Touboul, C. (2008). Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*, 136(3), 380-387. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.08.013>
- Bowlby, J. (1969). The Making and Breaking of Affective Bonds: I. Aetiology and Psychopathology in the Light of Attachment Theory. *The British Journal of Psychiatry*, 130(3), 201-210. <https://doi.org/10.1192/BJP.130.3.201>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. y Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-287. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Brennan, R. L. y Kane, M. T. (1977). An index of dependability for mastery tests. *Journal of Educational Measurement*, 14(3), 277-289. <https://doi.org/10.1111/J.1745-3984.1977.TB00045.X>
- Brooks, R., Rabin, R. y De Charro, F. (2003). *The Measurement and Valuation of Health Status Using EQ-5D: A European Perspective. The Measurement and Valuation of Health Status Using EQ-5D: A European Perspective*. Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/978-94-017-0233-1>
- Bulbena, A. y Martín, L. M. (2007). Exploración psicológica del paciente con dolor neuropático. En J. Serra (Ed.), *Tratado de dolor neuropático* (pp. 201-217). Madrid, España.: Editorial Médica Panamericana.
- Burke, A. L. J., Denson, L. A., Mathias, J. L. y Hogg, M. N. (2015). An analysis of multidisciplinary staffing levels and clinical activity in Australian tertiary persistent pain services. *Pain Medicine (United States)*, 16(6), 1221-1237. <https://doi.org/10.1111/pme.12723>
- Busquets, C. y Faulí, A. (2012). Novedades en el tratamiento del dolor neuropático. *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología*, 13(3), 103-109. <https://doi.org/10.1016/j.semreu.2012.04.002>
- Caballo, V. E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad Descripción, evaluación y tratamiento*. España: SINTESIS. Recuperado a partir de www.oadro.org

- Campbell, G., Bruno, R., Darke, S. y Degenhardt, L. (2015). Associations of borderline personality with pain, problems with medications and suicidality in a community sample of chronic non-cancer pain patients prescribed opioids for pain. *General Hospital Psychiatry*, 37(5), 434-440. <https://doi.org/10.1016/J.GENHOSPPSYCH.2015.05.004>
- Caramés-Álvarez, M. Á. y Navarro-Ribero, M. (2016). Costes del tratamiento del dolor versus su no tratamiento. Aproximación a la realidad de Portugal y España. *Dor*, 24, 1-9.
- Cardenal, V. y Sánchez, M. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Castel, A., Ojeda, B., Van-Der Hofstadt, C., Monsalve, V., Failde, I., Salazar, A. y Miró, J. (2018). El papel de la psicología en las unidades de tratamiento del dolor: acerca de la actividad asistencial, docente e investigadora. *Rev Soc Esp Dolor*, 25, 14-28. <https://doi.org/10.20986/resed.2017.3603/2017>
- Cavicchioli, M., Barone, L., Fiore, D., Marchini, M., Pazzano, P., Ramella, P., ... Maffei, C. (2021). Emotion Regulation, Physical Diseases, and Borderline Personality Disorders: Conceptual and Clinical Considerations. *Frontiers in Psychology*, 12:567671. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2021.567671>
- Cerveró, F. (2016). Prólogo. En Vidal J. (Ed.), *Manual de Medicina del Dolor: Fundamentos, evaluación y tratamiento*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Chang, M.-C. C., Chen, P.-F. F. y Lung, F.-W. W. (2017). Personality disparity in chronic regional and widespread pain. *Psychiatry Research*, 254, 284-289. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.059>
- Chapman, C. (1986). Pain perception and illusion. En R. A. Sternbach (Ed.), *The psychology of pain* (2.^a ed.). New York: Raven Press.
- CIF. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. (OMS, Ed.). España: Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Cleland, J. A., Childs, J. D. y Whitman, J. M. (2008). Psychometric Properties of the Neck Disability Index and Numeric Pain Rating Scale in Patients With Mechanical Neck Pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(1), 69-74. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.08.126>
- Closs, S. J., Staples, V., Reid, I., Bennett, M. I. y Briggs, M. (2009). The impact of neuropathic pain on relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 402-411. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04892.x>
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology. A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Colloca, L., Ludman, T., Bouhassira, D., Baron, R., Dickenson, A. H., Yarnitsky, D., ... Raja, S. N. (2017). Neuropathic pain. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(1), 17002. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.2>
- Comeche, M. I. y Vallejo, M. A. (2012). Dolor crónico. En M. I. Comenche y M. A. Vallejo (Eds.), *Lecciones de terapia de conducta* (pp. 635-698). Madrid, España: Editorial Dykinson.
- Conrad, R., Wegener, I., Geiser, F. y Kleiman, A. (2013). Temperament, character, and personality disorders in chronic pain topical collection on psychiatric management of pain. *Current Pain and Headache Reports*, 17(3). <https://doi.org/10.1007/S11916-012-0318-3>
- Correa-Illanes, G. (2014). Dolor neuropático, clasificación y estrategias de manejo para médicos generales. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(2), 189-199. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70030-6](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70030-6)
- Cunningham, N. R., Kashikar-Zuck, S. y Coghill, R. C. (2019). Brain mechanisms impacted by psychological therapies for pain. *PAIN Reports*, 4(4), e767. <https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000767>
- Currow, D. C., Agar, M., Plummer, J. L., Blyth, F. M. y Abernethy, A. P. (2010). Chronic pain in South Australia - population levels that interfere extremely with activities of daily living. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 34(3), 232-239. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2010.00519.x>
- D'ippolito, M., Purgato, A. y Buzzi, M. G. (2020). Pain and evil: From local nociception to misery following social harm. *Journal of Pain Research*, 13, 1139-1154. <https://doi.org/10.2147/JPR.S236507>
- Darwin, C. (1921). *El origen de las especies por medio de la selección natural*. Por Antonio de Zulueta. Espasa Calpe. Recuperado a partir de <https://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/el-origen-de-las-especies-por-medio-de-la-seleccion-natural--0/html/>
- De Sanctis-Briggs, V., Guitart-Vela, J., Vargas, M., Rodelas, F., Fuentes, J., Pérez, M. D., ... Mayoral, V. (2011). *Eficacia y tolerancia de la pregabalina en el tratamiento del dolor neuropático. Estudio multicéntrico*.
- De Sola, H., Salazar, A., Dueñas, M., Ojeda, B. y Failde, I. (2016). Nationwide cross-sectional study of the impact of chronic pain on an individual's employment: relationship with the family and the social support. *BMJ Open*, 6(12). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2016-012246>
- De Souza, J., Grossmann, E., Maria Navas Perissinotti, D., Oswaldo de Oliveira Junior, J., Renato Barreiros da Fonseca, P. y de Paula Posso, I. (2017). Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey. <https://doi.org/10.1155/2017/4643830>
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Seúl, octubre de 2008. (2013). *Journal Of Oral Research*, 2(1), 42-44. <https://doi.org/10.17126/joralres.2013.009>
- Del Castillo, C., Díaz, L. y Barquinero, C. (2008). Medición del dolor: escalas de medida. *Jano: Medicina y humanidades*, (1712), 44.
- Del Corral Lorenzo, C., Vizcaíno Martínez, L. y de la Iglesia López, A. (2016). Analgésicos coadyuvantes: antidepresivos, antiepilépticos. En SGADOR (Ed.), *Manual básico de dolor. De la SGADOR para residentes*. (pp. 99-112). Vigo, Galicia: Enfoque Editorial SC.

- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lee, S., Posada-Villa, J., Kovess, V., Angermeyer, M. C., ... Von Korff, M. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the world mental health surveys. *Pain*, 129(3), 332-342. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.01.022>
- Díaz-Redondo, A., Joao Forjaz, M., Rodríguez-Blazquez, C., Ayala, A. y Martínez-Martín, P. (2012). Validación psicométrica del EQ-5D para el cuidador en mayores institucionalizados con demencia. En *Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología*. Santander.
- Díaz, R. y Marulanda, F. (2011). Dolor crónico nociceptivo y neuropático en población adulta de Manizales (Colombia) Chronic nociceptive and neuropathic pain in adult population in Manizales (Colombia). *Acta Médica Colombiana*, 36(1), 10-17.
- Díez Burón, F., Marcos Vidal, J. M., Baticón Escudero, P. M., Montes Armenteros, A., Bermejo López, J. C. y Merino García, M. (2011). Concordancia entre la escala verbal numérica y la escala visual analógica en el seguimiento del dolor agudo postoperatorio. *Revista Espanola de Anestesiología y Reanimación*, 58(5), 279-282. [https://doi.org/10.1016/S0034-9356\(11\)70062-7](https://doi.org/10.1016/S0034-9356(11)70062-7)
- Dixon-Gordon, K. L., Conkey, L. C. y Whalen, D. J. (2018). Recent advances in understanding physical health problems in personality disorders. *Current opinion in psychology*, 21, 1. <https://doi.org/10.1016/J.COPSYC.2017.08.036>
- Doreste, A., López Ruiz, M., Pujol, J., Losilla, J. M., Ojeda, F., Blanco Hinojo, L., ... Deus Yela, J. (2021). Central sensitization and chronic pain personality profile: is there new evidence? A case-control study. *Psicosomática y psiquiatría*, ISSN-e 2565-0564, N.º. 19, 2021, (19), 13. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8348984>
- Downie, W. W., Leatham, P. A., Rhind, V. M., Wright, V., Branco, J. A. y Anderson, J. A. (1978). Studies with pain rating scales. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 37(4), 378-381. <https://doi.org/10.1136/ard.37.4.378>
- Dragioti, E., Evangelou, E., Larsson, B. y Gerdle, B. (2018). Effectiveness of multidisciplinary programmes for clinical pain conditions: An umbrella review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 50(9), 779-791. <https://doi.org/10.2340/16501977-2377>
- Dueñas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A. y Failde, I. (2016). A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of Pain Research*, 9, 457. <https://doi.org/10.2147/JPR.S105892>
- Dueñas, M., Salazar, A., Ojeda, B., Fernández-Palacín, F., Micó, J. A., Torres, L. M. y Failde, I. (2015). A Nationwide Study of Chronic Pain Prevalence in the General Spanish Population: Identifying Clinical Subgroups Through Cluster Analysis. *Pain Medicine*, 16(4), 811-822. <https://doi.org/10.1111/pme.12640>
- Duffy, J. R., Warburg, F. E., Koelle, S.-F. T., Werner, M. U. y Nielsen, P. R. (2015). Pain-related psychological distress, self-rated health and significance of neuropathic pain in Danish soldiers injured in Afghanistan. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 59(10), 1367-1376. <https://doi.org/10.1111/aas.12579>
- Eccleston, C. y Crombez, G. (2017). Advancing psychological therapies for chronic pain. *F1000Research*, 6 (461). <https://doi.org/10.12688/F1000RESEARCH.10612.1>
- Eccleston, C., Wells, C. y Morlion, B. (2017). *European Pain Management*. Oxford: Oxford University Press.
- Edwards, R. R., Dworkin, R. H., Sullivan, M. D., Turk, D. C. y Wasan, A. D. (2016). The Role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain. *The Journal of Pain*, 17(9), T70-T92. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.01.001>
- El-Metwally, A., Shaikh, Q., Aldiab, A., Al-Zahrani, J., Al-Ghamdi, S., Alrasheed, A. A., ... Aldossari, K. K. (2019). The prevalence of chronic pain and its associated factors among Saudi Al-Kharj population; A cross sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2555-7>
- Elorza, Casas y Casais. (1997). Aspectos psiquiátricos del dolor. En L. M. Torres, J. Elorza, M. Gómez Sancho, J. A. Micó, C. Muriel, E. Reig y M. J. Rodríguez (Eds.), *Medicina del dolor* (pp. 9-25). Madrid, España.: Masson.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- EuroQol, G. (1990). EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health policy*, 16(3), 199-208. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)
- EuroQol Research Foundation. (2021). *What is EQ-5D?* Recuperado a partir de <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/>
- Failde, inmaculada, Dueñas, M., Ribera, M. V., Gálvez, R., Mico, J. J. J. A., salazar, A., ... Pérez, concepción. (2018). Prevalence of central and peripheral neuropathic pain in patients attending pain clinics in Spain: factors related to intensity of pain and quality of life. *Journal of Pain Research*, 11, 11-1835. <https://doi.org/10.2147/JPR.S159729>
- Failde, I. y Dueñas, M. Á. (2016). Epidemiología e impacto de los procesos dolorosos. En Sociedad Española del Dolor (Ed.), *Manual de Medicina del Dolor. Fundamentos, Evaluación y Tratamiento*. (pp. 9-18). Editorial Médica Panamericana.
- Failde, I., Dueñas, M., Ribera, M. V., Gálvez, R., Mico, J., Salazar, A., ... Pérez, C. (2018). Prevalence of central and peripheral neuropathic pain in patients attending pain clinics in Spain: Factors related to intensity of pain and quality of life. *Journal of Pain Research*, 11, 1835-1847. <https://doi.org/10.2147/JPR.S159729>
- Farrar, J. T., Polomano, R. C., Berlin, J. A. y Strom, B. L. (2010). A comparison of change in the 0-10 numeric rating scale to a pain relief scale and global medication performance scale in a short-term clinical trial of breakthrough pain intensity. *Anesthesiology*, 112(6), 1464-1472. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e3181de0e6d>
- Farshchian, N., Alavi, A., Heydarheydari, S. y Moradian, N. (2018). Comparative study of the effects of venlafaxine and duloxetine on chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Cancer Chemotherapy and Pharmacology*, 82(5), 787-793. <https://doi.org/10.1007/s00280-018-3664-y>

- Fayaz, A., Croft, P., Langford, R. M., Donaldson, L. J. y Jones, G. T. (2016). Prevalence of chronic pain in the UK: A systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ Open*, 6(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010364>
- Feizerfan, A. y Sheh, G. (2015). Transition from acute to chronic pain. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*, 15(2), 98-102. <https://doi.org/10.1093/BJACEACCP/MKU044>
- Feliu-Soler, A., Montesinos, F., Gutiérrez-Martínez, O., Scott, W., Mccracken, L. M. y Luciano, J. V. (2018). Current status of acceptance and commitment therapy for chronic pain: a narrative review. *Journal of Pain Research*, 11-2145. <https://doi.org/10.2147/JPR.S144631>
- Fernández, A. y García, E. (2016). Tipos de dolor. En J. Vidal, C. Goicoechea, C. Perea, R. Galvez, C. Margarit y J. De Andrés (Eds.), *Manual de Medicina del Dolor: Fundamentos, evaluación y tratamiento*. (pp. 63-69). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Finch, A. P., Brazier, J. E. y Mukuria, C. (2018). What is the evidence for the performance of generic preference-based measures? A systematic overview of reviews. *European Journal of Health Economics*, 19(4), 557-570. <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0902-x>
- Finnerup, N. B., Haroutounian, S., Kamerman, P., Baron, R., Bennett, D. L. H., Bouhassira, D., ... Jensen, T. S. (2016). Neuropathic pain: An updated grading system for research and clinical practice. *Pain*, 157(8), 1599-1606. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000492>
- Fransen, M. y Edmonds, J. (1999). Reliability and validity of the EuroQol in patients with osteoarthritis of the knee. *Rheumatology*, 38(9), 807-813. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/38.9.807>
- Freire Vila, E., de la Iglesia López, A. y Rey Calvete, A. (2016). Opioides. En SGADOR (Ed.), *Manual básico de dolor. De la SGADOR para residentes*. (pp. 113-161). Vigo, Galicia.: Enfoque Editorial SC.
- Freyenhagen, R., Parada, H. A., Calderon-Ospina, C. A., Chen, J., Rakhmawati Emril, D., Fernández-Villacorta, F. J., ... Ciampi de Andrade, D. (2019). Current understanding of the mixed pain concept: a brief narrative review. *Current Medical Research and Opinion*, 35(6), 1011-1018. <https://doi.org/10.1080/03007995.2018.1552042>
- Gallach-Solano, E., Canós-Verdecho, M. A. y Morales Suárez-Varela, M. (2016). Protocolo psicológico para la evaluación de candidatos a implante de neuroestimulador. *Rev Soc Esp Dolor*. <https://doi.org/10.20986/resed.2016.3467/2016>
- Galli, F., Tanzilli, A., Pompili, M. y Bagby, M. (2021). Editorial: Personality and Disease: New Directions in Modern Research. *Frontiers in Psychology*, 12:828337. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2021.828337>
- Gálvez R., Marsal C., Vidal J., Vidal J., del Real M^a.A., Ruiz M. y Rejas J. (2006). El dolor neuropático como causa de ansiedad, depresión y trastornos del sueño en condiciones de práctica médica habitual: resultados del estudio naturalístico DONEGA. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 4(2), 81-95.
- Gálvez, R., Ribera, M. V., Pérez, C. y Micó, J. A. (2016). *Guía práctica clínica sobre el tratamiento farmacológico del dolor neuropático periférico en atención primaria*. (S. E. del D. (SED), S. E. de M. de A. P. (SEMERGEN), S. E. de M. de F. y C. (SemFYC) y S. E. de M. G. y de F. (SEMG), Eds.). Madrid, España.: Master Line y Prodigio S.L.
- García-Andreu, J. (2017). Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anestesia en México*, 29(1), 77-85.
- García-Fontanals, A., Portell, M., García-Blanco, S., Poca-Dias, V., García-Fruitoso, F., López-Ruiz, M., ... Deus, J. (2017). Vulnerability to Psychopathology and Dimensions of Personality in Patients With Fibromyalgia. *The Clinical Journal of Pain*, 33(11), 991-997. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000506>
- Gastpar, M. y Gilsdorf, U. (1990). The Hamilton Depression Rating Scale in a WHO collaborative program. *Psychopharmacology series*, 9, 10-19. https://doi.org/10.1007/978-3-642-75373-2_2
- Gatchel, R.J. y Weisberg, J. N. (2004). *Personality characteristics of patients with pain. Personality characteristics of patients with pain*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10376-000>
- Gatchel, Robert J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N. y Turk, D. C. (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Gatchel, Robert J., Reuben, D. B., Dagenais, S., Turk, D. C., Chou, R., Hershey, A. D., ... Horn, S. D. (2018). Research Agenda for the Prevention of Pain and Its Impact: Report of the Work Group on the Prevention of Acute and Chronic Pain of the Federal Pain Research Strategy. *Journal of Pain*, 19(8), 837-851. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.02.015>
- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789-1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- George, S. Z., Lentz, T. A., Beneciuk, J. M., Bhavsar, N. A., Mundt, J. M. y Boissoneault, J. (2020). Framework for improving outcome prediction for acute to chronic low back pain transitions. *PAIN Reports*, 5(2), e809. <https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000809>
- Giaquinto, L. G., de Grandis, M. C. y Gago Galvagno, L. G. (2021). El modelo psicobiológico de la personalidad y los estilos de apego en adultos de Buenos Aires. *PSOCIAL*. Recuperado a partir de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/142311>
- Goldberg, D. S. y McGee, S. J. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*, 11, 770. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-770>
- Gómez, A. E. (2015). Dolor neuropático. *Farmacia Profesional*, 29(2), 31-35.
- González, V., Ramírez-Maestre, C., Ana, Y. y Herrero, M. A. (2007). Emotional intelligence, personality and coping with

- chronic pain. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2), 185-195.
- Greiner, W., Weijnen, T., Nieuwenhuizen, M., Oppe, S., Badia, X., Busschbach, J., ... De Charro, F. (2003). A single European currency for EQ-5D health states: Results from a six-country study. *European Journal of Health Economics*, 4(3), 222-231. <https://doi.org/10.1007/s10198-003-0182-5>
- Guevara, U. (2005). Mixed pain. Changing paradigms. *Anestesia en México*, 17(1), 12-20.
- Gureje, O., Von Korff, M., Kola, L., Demyttenaere, K., He, Y., Posada-Villa, J., ... Alonso, J. (2008). The relation between multiple pains and mental disorders: Results from the World Mental Health Surveys. *Pain*, 135(1-2), 82-91. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.05.005>
- Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G. E. y Gater, R. (1998). Persistent pain and well-being: A World Health Organization study in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 280(2), 147-151. <https://doi.org/10.1001/jama.280.2.147>
- Gustin, S. M., Burke, L. A., Peck, C. C., Murray, G. M. y Henderson, L. A. (2015). Pain and Personality: Do Individuals with Different Forms of Chronic Pain Exhibit a Mutual Personality? *Pain Practice*, 16(4), 486-494. <https://doi.org/10.1111/papr.12297>
- Haanpää, M. y Treede, R.-D. (2010). *Diagnosis and classification of Neuropathic Pain. IASP Pain clinical updates* (Vol. XVIII). Seattle, WA.
- Hadi, M. A., McHugh, G. A. y Closs, S. J. (2019). Impact of Chronic Pain on Patients' Quality of Life: A Comparative Mixed-Methods Study. *Journal of Patient Experience*, 6(2), 133. <https://doi.org/10.1177/2374373518786013>
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50-55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 23, 56-62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- Hamilton, M. (1967). Development of a Rating Scale for Primary Depressive Illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6(4), 278-296. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1967.tb00530.x>
- Hamilton, M. (1969). Diagnosis and rating of anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 3(special issue), 76-79.
- Hawke, G. A., Mian, S., Kendzerska, T. y French, M. (2011). Measures of adult pain. *Arthritis Care and Research*, 63(S. 11), 240-252. <https://doi.org/10.1002/acr.20543>
- Hedges, L. V. (1981). Distribution Theory for Glass's Estimator of Effect Size and Related Estimators. *Journal of Educational Statistics*, 6(2), 107. <https://doi.org/10.2307/1164588>
- Herdman, M., Badia, X. y Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria*, 28(6), 425-429. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(01\)70406-4](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(01)70406-4)
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., ... Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, 20(10), 1727-1736. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9903-x>
- Herradón, G., Ezquerro, L., Gramage, E. y Alguacil, L. (2009). Targeting the pleiotrophin/receptor protein tyrosine phosphatase beta/zeta signaling pathway to limit neurotoxicity induced by drug abuse. *Mini reviews in medicinal chemistry*, 9(4), 440-447. <https://doi.org/10.2174/138955709787847895>
- Herradón, G. y Pérez-García, C. (2014). Targeting midkine and pleiotrophin signalling pathways in addiction and neurodegenerative disorders: Recent progress and perspectives. *British Journal of Pharmacology*, 171(4), 837-848. <https://doi.org/10.1111/BPH.12312>
- Hinkle, D. E., Wiersma, W. y Jurs, S. G. (2003). *Applied Statistics for the Behavioral Sciences (Vol.663)*. (Houghton Mifflin, Ed.) (5.ª ed.). Boston, MA.
- Huang, Y., Kotov, R., De Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C., ... Kessler, R. C. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 195(1), 46. <https://doi.org/10.1192/BJP.BP.108.058552>
- Hurst, N. P., Kind, P., Ruta, D., Hunter, M. y Stubbings, A. (1997). Health-related quality of life in rheumatoid arthritis: Validity, responsiveness and reliability of EuroQol (EQ-5D). *British Journal of Rheumatology*, 36(5), 551-559. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/36.5.551>
- IASP. (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6(3), 249.
- IASP. (1990). *Desirable characteristics for pain, treatment facilities*. Seattle, WA.: IASP Press.
- IBM Corp. (2017). IBM SPSS Statistics para Windows, versión 25.0. Armonk, Nueva York: IBM Corp.
- IBM Corp. (2020). IBM SPSS Statistics para Windows, versión 27.0. Armonk, Nueva York: IBM Corp.
- Ibrahim, M. E., Weber, K., Courvoisier, D. S. y Genevay, S. (2020). Big Five Personality Traits and Disabling Chronic Low Back Pain: Association with Fear-Avoidance, Anxious and Depressive Moods. *Journal of Pain Research*, 13, 745-754. <https://doi.org/10.2147/JPR.S237522>
- IMIM, Marrugat, J., Vila, J. y Antaviana. (2012). Calculadora de Tamaño muestral GRANMO. *Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques*. Recuperado a partir de <https://www.imim.es/ofertadeserveis/software-public/granmo/>
- Infante Vargas, P., García Parés, G., Moix Queraltó, J., Cañellas Arsegol, M. y Subirá Álvarez, S. (2005). Personalidad y dolor crónico. *Psiquis (Madr.)*, 23(3), 93-100.
- Instituto Nacional de Estadística. (2021). *Encuesta Europea de Salud en España (EESA)*.

- Instituto Nacional de Estadística. (2022). *Indicador Multidimensional de Calidad de Vida (IMCV) en España*.
- IsHak, W. W., Wen, R. Y., Naghdechi, L., Vanle, B., Dang, J., Knosp, M., ... Louy, C. (2018, noviembre 1). Pain and Depression: A Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000198>
- Jeammet, P. H., Consoli, S. M. y Reynaud, M. (1999). Génesis de la personalidad. En P. Jeammet (Ed.), *Manual de Psicología Médica* (pp. 61-84). Barcelona: Masson.
- Jefatura del Estado. (1999a). *Convenio relativo a los derechos humanos y a la biomedicina*. BOE núm. 251. (Vol. 51).
- Jefatura del Estado. (1999b). *Ley Orgánica, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal*. BOE núm. 298.
- Jensen, M. P., Castarlenas, E., Roy, R., Tomé Pires, C., Racine, M., Pathak, A. y Miró, J. (2019). The Utility and Construct Validity of Four Measures of Pain Intensity: Results from a University-Based Study in Spain. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 20(12), 2411-2420. <https://doi.org/10.1093/PM/PNY319>
- Jensen, M. P., Chodroff, M. J. y Dworkin, R. H. (2007). The impact of neuropathic pain on health-related quality of life: Review and implications. *Neurology*, 68(15), 1178-1182. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000259085.61898.9e>
- Johnson, J. A. y Pickard, A. S. (2000). Comparison of the EQ-5D and SF-12 health surveys in a general population survey in Alberta, Canada. *Medical Care*, 38(1), 115-121. <https://doi.org/10.1097/00005650-200001000-00013>
- Kaiser, U. (2020). *Secondary and Tertiary Prevention of Chronic Pain*. (International Association for the Study of Pain., Ed.), *2020 Global Year for the Prevention of Pain*. Dresden, Germany: IASP Press. Recuperado a partir de http://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/3_Global Year 2020 Secondary and Tertiary Prevention Fact Sheet.pdf
- Kato, F., Abe, T., Kanbara, K., Ban, I., Kiba, T., Kawashima, S., ... Fukunaga, M. (2017). Pain threshold reflects psychological traits in patients with chronic pain: a cross-sectional study. *Biopsychosocial Medicine*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/S13030-017-0098-4>
- Kendall, N., Linton, S. y Main, C. J. (1997). *Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain: Risk Factors for Long-Term Disability and Work Loss*. Wellington, New Zealand. Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee. The Committee. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Kim, E. H., Crouch, T. B. y Olatunji, B. O. (2017). Adaptation of behavioral activation in the treatment of chronic pain. *Psychotherapy*, 54(3), 237-244. <https://doi.org/10.1037/pst0000112>
- Kobak, K. A., Reynolds, W. M. y Greist, J. H. (1993). Development and Validation of a Computer-Administered Version of the Hamilton Anxiety Scale. *Psychological Assessment*, 5(4), 487-492. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.4.487>
- Kopf, M. D. y Patel, N. B. (2010). *Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos*. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. Washington, D.C.
- Langley, P., Molina, J. T., Ferri, C. M., Pérez Hernández, C., Varillas, A. T. y Angel Ruiz-Iban, M. (2011). The association of pain with labor force participation, absenteeism, and presenteeism in Spain. *Journal of Medical Economics*, 14(6), 835-845. <https://doi.org/10.3111/13696998.2011.632045>
- Langley, P., Pérez Hernández, C., Margarit Ferri, C., Ruiz Hidalgo, D. y Lubián López, M. (2011). Pain, health related quality of life and healthcare resource utilization in Spain. *Journal of Medical Economics*, 14(5), 628-638. <https://doi.org/10.3111/13696998.2011.604369>
- Langley, P., Ruiz-Iban, M. A., Molina, J. T., De Andres, J. y Castellón, J. R. G.-E. (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *Journal of Medical Economics*, 14(3), 367-380. <https://doi.org/10.3111/13696998.2011.583303>
- Langley, Van Litsenburg, C., Cappelleri, J. C. y Carroll, D. (2013). The burden associated with neuropathic pain in Western Europe. *Journal of Medical Economics*, 16(1), 85-95. <https://doi.org/10.3111/13696998.2012.729548>
- Lanzara, R., Conti, C., Camelio, M., Cannizzaro, P., Lalli, V., Bellomo, R. G., ... Porcelli, P. (2020). Alexithymia and Somatization in Chronic Pain Patients: A Sequential Mediation Model. *Frontiers in Psychology*, 11, 2929. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2020.545881/BIBTEX>
- Lennox Thompson, B., Gage, J. y Kirk, R. (2020). Living well with chronic pain: a classical grounded theory. *Disability and Rehabilitation*, 42(8), 1141-1152. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1517195>
- Llorca, G. J., Muriel, C., González-Tablas, M. M. y Díez, M. A. (2007). Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 1, 26-35.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., Baró, E., ... Martínez-Mesas, J. (2002). Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg Depression and Hamilton Anxiety Rating Scales. *Medicina Clínica*, 118(13), 493-499. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72429-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72429-9)
- Lussier, D. y Beaulieu, P. (2010). Toward a rational taxonomy of analgesic drugs. En P. Beaulieu, D. Lussier, F. Porreca y A. H. Dickenson (Eds.), *Pharmacology of pain* (pp. 27-42). IASP Press.
- Lynch, M. E., Campbell, F., Clark, A. J., Dunbar, M. J., Goldstein, D., Peng, P., ... Tupper, H. (2008). A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. *Pain*, 136(1-2), 97-116. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.06.018>
- Magariños López, M. y García Parajuá, P. (2007). Trastornos de personalidad. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 84(9 ENfermedades Psiquiátricas), 5408-5413.
- Maier, W., Buller, R., Philipp, M. y Heuser, I. (1988). The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to

- change in anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 14(1), 61-68. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(88\)90072-9](https://doi.org/10.1016/0165-0327(88)90072-9)
- Margarit, C. (2019). La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 26(4), 209-210. <https://doi.org/10.20986/resed.2019.3752/2019>
- Margarita González, A. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 610-617. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70081-1](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70081-1)
- Martucci, K. T. (2020). 2020 *Global year for the prevention of pain: An introduction. International Association for the Study of Pain. Factsheet*. Durham, North Carolina.
- Martucci, K. T. y MacKey, S. C. (2018). Neuroimaging of Pain: Human Evidence and Clinical Relevance of Central Nervous System Processes and Modulation. *Anesthesiology*, 128(6), 1241-1254. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002137>
- Mauricio, H. y Quintana, G. (2015). Pain, personality and psychiatric disorders in rheumatic diseases. *Revista Colombiana de Reumatología*, 22(4), 189-191. <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2015.11.001>
- McDowell, I. (2009). *Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires. Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires* (3.ª ed.). <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195165678.001.0001>
- Meerwijk, E. L., Ford, J. M. y Weiss, S. J. (2013). Brain regions associated with psychological pain: Implications for a neural network and its relationship to physical pain. *Brain Imaging and Behavior*, 7(1), 1-14. <https://doi.org/10.1007/s11682-012-9179-y>
- Merskey, H., Bogduk, N. y IASP. (1994). *Classification of chronic pain : descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Task Force on Taxonomy*. Seattle: IASP Press.
- Mesas, A. (2012). *Dolor agudo y crónico. Clasificación del dolor. Historia clínica en las unidades de dolor*. Barcelona.
- Mick, G., Baron, R., Finnerup, N. B., Hans, G., Kern, K.-U., Brett, B. y Dworkin, R. H. (2012). What is localized neuropathic pain? A first proposal to characterize and define a widely used term. *Pain Management*, 2(1), 71-77. <https://doi.org/10.2217/pmt.11.77>
- Miller, R. M. y Kaiser, R. S. (2018). Psychological Characteristics of Chronic Pain: a Review of Current Evidence and Assessment Tools to Enhance Treatment. *Current Pain and Headache Reports*, 22(3). <https://doi.org/10.1007/S11916-018-0663-Y>
- Millon, T. y Davis, R. D. (1998). *Trastornos de la personalidad : más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T., Davis, R. y Millon, C. (2007). *MCMI-III. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III. Manual (Adaptación española: Cardenal, V. y Sánchez, M. P.)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Millon, T. y Escovar, L. (1999). La personalidad y los trastornos de la personalidad: Una perspectiva ecológica. En V. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carboles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid, España.: Siglo.
- Millon, T. y Everly, G. S. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. (Martínez Roca, Ed.). Barcelona.
- Millon, T., Millon, C., Davis, R. D. y Grossman, S. (2009). *MCMI-III. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. Manual* . (4.ª ed.). San Antonio, Texas: Pearson Clinical Assessment.
- Millon, T. (1976). *Psicopatología Moderna. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. (Salvat Editores, Ed.). Barcelona: Salvat. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=140412>
- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory manual* (2.ª ed.). Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory- II manual* (2.ª ed.). Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model*. Recuperado a partir de <https://psycnet.apa.org/record/1992-97917-000>
- Millon, T. (1994). *The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T, Davis, R. . y Millon, C. (1997). *The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual* (2.ª ed.). Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T, Grossman, S. y Millon, C. (2015). *MCMI-IV: Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual*. Bloomington, MN: NCS Pearson.
- Millon, Theodore. (2002). Assessment is not enough: The SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. En *Journal of Personality Assessment* (Vol. 78, pp. 209-218). Lawrence Erlbaum Associates Inc. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7802_02
- Montero Matamala, A., Samper Bernal, D., Fuentes, J. V., Dinten, M. J. R., Jiménez Cosmes, L., Matamala, M., ... Dinten, R. (2011). *Estudio para evaluar el perfil del paciente que acude en primera visita a Unidades de Dolor de centros hospitalarios españoles (estudio PANDHORA)*.
- Morales-Vigil, T., Alfaro-Ramírez, del Castillo, O. I., Sánchez-Román, S., Guevara-López, U. y Vázquez-Pineda, F. (2008). Ansiedad y depresión por dolor crónico neuropático y nociceptivo. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(5), 479-484. Recuperado a partir de [issn:%0A0443-5117](https://doi.org/10.1016/j.jmpain.2015.05.005)
- Moseley, G. L. y Butler, D. S. (2015). Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. *Journal of Pain*, 16(9), 807-813. <https://doi.org/10.1016/j.jmpain.2015.05.005>
- Moulin, D. E., Clark, A. J., Speechley, M. y Morley-Forster, P. K. (2002). *Chronic pain in Canada-Prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. Pain Res Manage* (Vol. 7).

- Nahin, R. L. (2015). Estimates of Pain Prevalence and Severity in Adults: United States, 2012. *Journal of Pain*, 16(8), 769-780. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.05.002>
- Nam Yeo, S., Hui Tay, K. y Kwang Hui, T. (2009). *Pain Prevalence in Singapore* (Vol. 38).
- Narusyte, J., Ropponen, A., Mittendorfer-Rutz, E. y Svedberg, P. (2020). Shared liability to pain, common mental disorders, and long-term work disability differs among women and men. *Pain*, 161(5), 1005-1011. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001787>
- Narváez Tamayo, M. A. (2015). Indicaciones de las técnicas intervencionistas en el tratamiento del dolor crónico. En Asociación Boliviana del Dolor (Ed.), *Revista boliviana del dolor*. (p. 164). La Paz, Bolivia.
- Naylor, B., Boag, S. y Gustin, S. M. (2017). New evidence for a pain personality? A critical review of the last 120 years of pain and personality. *Scandinavian Journal of Pain*, 17(1), 58-67. <https://doi.org/10.1016/J.SJPAIN.2017.07.011/XML>
- Obbarius, A., Fischer, F., Liegl, G., Obbarius, N., van Bebber, J., Hofmann, T. y Rose, M. (2020). A Step Towards a Better Understanding of Pain Phenotypes: Latent Class Analysis in Chronic Pain Patients Receiving Multimodal Inpatient Treatment. *Journal of Pain Research*, 13, 1023. <https://doi.org/10.2147/JPR.S223092>
- Ohayon, M. M. y Schatzberg, A. F. (2003). Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(1), 39-47. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.1.39>
- Ojeda, B., Salazar, A., Dueñas, M., Torres, L. M., Micó, J. A. y Failde, I. (2014). The impact of chronic pain: The perspective of patients, relatives, and caregivers. *Families, Systems, & Health*, 32(4), 399-407. <https://doi.org/10.1037/fsh0000069>
- OMS. (2005). *Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Programa Avanzado*. Ginebra.
- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M. y Cerezo, M. V. (2011). Personalidad y síndromes clínicos: un estudio con el MCMI-III basado en una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 49. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.1.2011.10350>
- Palanca Sánchez, I. (Dir. ., Puig Riera de Conías, M. M. (Coord. C. ., Elola Somoza, J. (Dir. ., Bernal Sobrino, J. L. (Comit. R. ., Paniagua Caparrós, J. L. (Comit. R. . y Expertos, G. de. (2011). *Unidad de Tratamiento del Dolor: Estándares y recomendaciones*. Madrid, España. Recuperado a partir de www.mspsi.gob.es
- Palomo-Osuna, J., De Sola, H., Moral-Munoz, J. A., Dueñas, M., Salazar, A. y Failde, I. (2021). Factores psicológicos asociados a la adherencia al tratamiento analgésico en pacientes con dolor crónico: revisión sistemática de la literatura. *Rev Soc Esp Dolor*, 28(4), 181-193. <https://doi.org/10.20986/resed.2021.3922/2021>
- Pampín Conde, M., Cebal Polo, A. y Navarro Mateos, M. (2017). El modelo de dolor crónico y abordaje bio-psico-social. En SGADOR (Ed.), *Manual básico de dolor de la SGADOR para residentes*. (pp. 31-36). Vigo: Enfoque Editorial SC. Recuperado a partir de https://sgador.com/wp-content/uploads/2018/04/Manual-SGADOR-24x17_WEB_20-03.pdf
- Pardos-Gascón, E. M., Narambuena, L., Leal-Costa, C., Ramos-Morcillo, A. J., Ruzafa-Martínez, M. y Van-Der Hofstadt Román, C. J. (2021). Effects of mindfulness-based cognitive therapy for chronic pain: A multicenter study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph18136951>
- Park, H. Y., Jang, Y. E., Oh, S. y Lee, P. B. (2020). Psychological Characteristics in Patients with Chronic Complex Regional Pain Syndrome: Comparisons with Patients with Major Depressive Disorder and Other Types of Chronic Pain. *Journal of Pain Research*, 13, 389. <https://doi.org/10.2147/JPR.S230394>
- Pedrero, E. J. (2006). Temperamento, carácter y trastornos de la personalidad. Aplicación del TCI-R a una muestra de consumidores de drogas en tratamiento y su relación con el MCMI-II. *Adicciones*, 18(2), 135-148.
- Pereira, M. G., Carvalho, C., Costa, E. C. V., Leite, Â. y Almeida, V. (2021). Quality of life in chronic pain patients: Illness- and wellness-focused coping as moderators. *PsyCh Journal*, 10(2), 283-294. <https://doi.org/10.1002/pchj.410>
- Perez, C., Galvez, R., Huelbes, S., Insausti, J., Bouhassira, D., Diaz, S. y Rejas, J. (2007). Validity and reliability of the Spanish version of the DN4 (Douleur Neuropathique 4 questions) questionnaire for differential diagnosis of pain syndromes associated to a neuropathic or somatic component. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 66. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-66>
- Pérez, C., Margarit, C. y Serrano, M. (2013). Survey of European patients assessing their own noncancer chronic pain: Results from Spain. *Current Medical Research and Opinion*, 29(6), 643-651. <https://doi.org/10.1185/03007995.2013.787978>
- Pérez, C., Ribera, M. V., Gálvez, R., Micó, J. A., Barutell, C., Failde, I., ... Stern, A. (2013). High prevalence of confirmed, but also of potential and believed, neuropathic pain in pain clinics. *European Journal of Pain*, 17(3), 347-356. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2012.00204.x>
- Pérez, Concepción, Margarit, C., Sánchez-Magro, I., de Antonio, A. y Villoria, J. (2017). Chronic Pain Features Relate to Quality of Life More than Physiopathology: A Cross-Sectional Evaluation in Pain Clinics. *Pain Practice*, 17(7), 866-878. <https://doi.org/10.1111/papr.12533>
- Peric, S., Sreckov, M., Basta, I., Lavrnjic, D., Vujnic, M., Marjanovic, I. y Rakocevic Stojanovic, V. (2014). Dependent and paranoid personality patterns in myotonic dystrophy type 1. *Acta Neurologica Scandinavica*, 129(4), 219-225. <https://doi.org/10.1111/ANE.12173>
- Pitcher, M. H., Von Korff, M., Bushnell, M. C. y Porter, L. (2019). Prevalence and Profile of High-Impact Chronic Pain in the United States. *Journal of Pain*, 20(2), 146-160. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.07.006>
- POP y SED. (2011). *El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes*. Madrid, España. Recuperado

a partir de www.nephila.es

- Price, D. D., Bush, F. M., Long, S. y Harkins, S. W. (1994). A comparison of pain measurement characteristics of mechanical visual analogue and simple numerical rating scales. *Pain*, 56(2), 217-226. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(94\)90097-3](https://doi.org/10.1016/0304-3959(94)90097-3)
- Puig, M. (2008). Farmacología del dolor: Analgésicos. En C. Muriel Villoria, I. Sánchez Magro, J. M. Recalde, M. Puig, J. A. Micó, J. L. de la Calle, ... R. González-Sarmiento (Eds.), *Farmacoterapia para el control del dolor: Pautas de uso. Reunión de expertos*. (FUNDACIÓN, pp. 19-26). Salamanca, España.
- Ramos-Brieva, J. . y Cordero Villafáfila, A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas luso-españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines.*, 14, 324-334.
- Ramos, J. M., Broco, L., Sánchez, A., Doll, A., Ramos, J. M., Broco, L., ... Doll, A. (2020). La personalidad como vulnerabilidad unidimensional y bidimensional: el papel mediador de las variables cognitivas en la gravedad sintomatológica en una muestra de personas con trastorno grave de personalidad. *Clínica y Salud*, 31(1), 1-12. <https://doi.org/10.5093/CLYSA2019A18>
- Ramos, J. M., Sánchez, A. y Doll, A. (2020). Differential Outcome of a Therapeutic Community Program for Internalizing and Externalizing Personality Disorders: A Change in Cognitive Processes Mediates Symptom Improvement. *Clínica y Salud*, 31(1), 47-53. <https://doi.org/10.5093/CLYSA2020A3>
- Rejas, J., Ribera, M. V., Ruiz, M. y Masramón, X. (2007). Psychometric properties of the MOS (Medical Outcomes Study) Sleep Scale in patients with neuropathic pain. *European Journal of Pain*, 11(3), 329-340. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.05.002>
- Rencz, F., Gulácsi, L., Drummond, M., Golicki, D., Prevolnik Rupel, V., Simon, J., ... Péntek, M. (2016). EQ-5D in Central and Eastern Europe: 2000–2015. *Quality of Life Research*, 25(11), 2693-2710. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1375-6>
- Reynolds, W. M. y Kobak, K. A. (1995). Reliability and validity of the Hamilton Depression Inventory: A paper-and-pencil version of the Hamilton Depression Rating Scale Clinical Interview. *Psychological Assessment*, 7(4), 472-483. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.472>
- Rice, A. S. C., Smith, B. H. y Blyth, F. M. (2016). Pain and the global burden of disease. *Pain*, 157(4), 791-796. <https://doi.org/10.1097/J.PAIN.0000000000000454>
- Rossi, G. y Derksen, J. (2015). International Adaptations of the Millon Clinical Multiaxial Inventory: Construct Validity and Clinical Applications. *Journal of Personality Assessment*, 97(6), 572-590. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1079531>
- Rossi, G., Elklit, A. y Simonsen, E. (2010). Empirical evidence for a four factor framework of personality disorder organization: Multigroup confirmatory factor analysis of the millon clinical multiaxial inventory-iii personality disorder scales across Belgian and danish data samples. *Journal of Personality Disorders*, 24(1), 128-150. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.1.128>
- Rull, M. y Castel, A. (2006). Valoración del dolor. En M. J. Rodríguez (Ed.), *Valoración y manejo del dolor. Guías clínicas de la sociedad española del dolor*. (pp. 45-89). Madrid, España.: Aran Ediciones.
- Sá, K. N., Moreira, L., Baptista, A. F., Yeng, L. T., Teixeira, M. J., Galhardoni, R. y de Andrade, D. C. (2019). Prevalence of chronic pain in developing countries. *PAIN Reports*, 4(6), e779. <https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000779>
- Sakakibara, T., Wang, Z., Paholpak, P., Kosuwon, W., Oo, M. y Kasai, Y. (2013). A comparison of chronic pain prevalence in Japan, Thailand, and Myanmar. *Pain Physician*, 16(6), 603-608.
- Salamero, M., Boget, T. y Garolera, M. (1999). Test psicológicos, neuropsicológicos y escalas de valoración. En P. Soler y J. Gascón (Eds.), *RTM-II: Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*. (p. 383). Barcelona: Masson.
- Sanabria-Mazo, J. P., Colomer-Carbonell, A., Borràs, X., Castaño-Asins, J. R., McCracken, L. M., Montero-Marin, J., ... Luciano, J. V. (2023). Efficacy of Videoconference Group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Behavioral Activation Therapy for Depression (BATD) for Chronic Low Back Pain (CLBP) Plus Comorbid Depressive Symptoms: A Randomized Controlled Trial (IMPACT Study). *Journal of Pain*, 0(0). <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.04.008>
- Sánchez-Iriso, E., Errea Rodríguez, M. y Cabasés Hita, J. M. (2019). Valuing health using EQ-5D: The impact of chronic diseases on the stock of health. *Health Economics (United Kingdom)*, 28(12), 1402-1417. <https://doi.org/10.1002/hec.3952>
- Sánchez Jiménez, J., Tejedor Varillas, A., Carrascal Garrido, R., García García, C. R., Gómez García, S., González Sánchez, M., ... Nieto Pol, E. (2016). *La atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en atención primaria (AP). Documento de consenso*. (SEMG, semFYC y SEMERGEN, Eds.). España.
- Saxena, A., Jain, P. y Bhatnagar, S. (2018). The prevalence of chronic pain among adults in India. *Indian Journal of Palliative Care*, 24(4), 472. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_141_18
- Schaefer, A. (2020). *Primary Prevention of Chronic Pain*. (International Association for the Study of Pain, Ed.), 2020 *Global Year for the Prevention of Pain*. Hildesheim, Germany.: IASP Press. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.11.004>
- Schatman, M. E. (2012). *Upcoming Issues Interdisciplinary Chronic Pain Management: International Perspectives*. Bellevue, WA.
- Scholz, J., Finnerup, N. B., Attal, N., Aziz, Q., Baron, R., Bennett, M. I., ... Treede, R.-D. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 160(1), 53-59. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001365>
- SED. (2006). Bases de la SED para la acreditación de la unidades de tratamiento del dolor. Recuperado 1 de junio de 2020,

a partir de portal.sedolor.es/pagina/index.php?id=127

- SED y ISCIH. (2018). *Estudio sobre las Unidades del Dolor en España: actualización de sus recursos y actividades*. España. Recuperado a partir de <https://www.sedolor.es/solo-el-18-de-las-unidades-del-dolor-espanolas-cubren-toda-la-cartera-de-servicios-necesaria-para-aliviar-el-dolor-mas-complejo-que-padece-el-7-de-la-poblacion/>
- Serra, J. (2007). *Tratado de dolor neuropático*. Madrid, España.: Editorial Médica Panamericana.
- Serrano-Atero, M. S., Caballero, J., Cañas, A., García-Saura, P. L., Serrano-Álvarez, C. y Prieto, J. (2002). Valoración del dolor (I). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9(2), 109-121.
- Serrat, M., Sanabria-Mazo, J. P., Almirall, M., Musté, M., Feliu-Soler, A., Méndez-Ulrich, J. L., ... Luciano, J. V. (2021). Effectiveness of a Multicomponent Treatment Based on Pain Neuroscience Education, Therapeutic Exercise, Cognitive Behavioral Therapy, and Mindfulness in Patients With Fibromyalgia (FIBROWALK Study): A Randomized Controlled Trial. *Physical Therapy*, 101(12), 1-12. <https://doi.org/10.1093/PTJ/PZAB200>
- SGADOR. (2017). *Manual básico de dolor para residentes de la SGADOR*. (Sociedade Galega da Dor e Coidados Paliativos, Ed.). Vigo: Enfoque Editorial SC.
- Shahar, G., Lerman, S. F., Topaz, M., Brill, S., Shalev, H. y Rudich, Z. (2018). Depressive personality vulnerability in chronic physical pain: Centrality of sociotropy. *Journal of Personality*, 86(6), 907-918. <https://doi.org/10.1111/JOPY.12365>
- Shapiro, H., Kulich, R. J. y Schatman, M. E. (2020). Manifestation of borderline personality symptomatology in chronic pain patients under stress: An understated and exacerbated consequence of the COVID-19 crisis. *Journal of Pain Research*, 13, 1431-1439. <https://doi.org/10.2147/JPR.S264761>
- Sheng, J., Liu, S., Wang, Y., Cui, R. y Zhang, X. (2017, junio 19). The Link between Depression and Chronic Pain: Neural Mechanisms in the Brain. *Neural Plasticity*. Hindawi Limited. <https://doi.org/10.1155/2017/9724371>
- Shupler, M. S., Kramer, J. K., Cragg, J. J., Jutzeler, C. R. y Whitehurst, D. G. T. (2019). Pan-Canadian Estimates of Chronic Pain Prevalence From 2000 to 2014: A Repeated Cross-Sectional Survey Analysis. *Journal of Pain*, 20(5), 557-565. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.10.010>
- Soriano, J. y Monsalve, V. (2018). Profiles of personality and resilience in chronic pain: Utility of the CD-RISC-10 to discriminate between resilient and vulnerable types. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 26(2), 72-80. <https://doi.org/10.20986/resed.2018.3670/2018>
- Soriano Pastor, J. F., Monsalve Dolz, V., Ibáñez Guerra, E. y Gómez Carretero, P. (2010). Personalidad y afrontamiento en dolor crónico neuropático; un divorcio previsible. *Psicothema*, 22(4), 537-543. Recuperado a partir de <https://go.gale.com/ps/i.do?p=HRCA&sw=w&issn=02149915&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA243042412&sid=googleScholar&linkaccess=fulltext>
- Sternbach, R. A. (1978). *The Psychology of Pain*. New York, NY, US: Raven Press.
- Suso-Ribera, C., Martínez-Borba, V., Viciano, A., Cano-García, F. J. y García-Palacios, A. (2019). Empathic Accuracy in Chronic Pain: Exploring Patient and Informal Caregiver Differences and Their Personality Correlates. *Medicina 2019*, Vol. 55, Page 539, 55(9), 539. <https://doi.org/10.3390/MEDICINA55090539>
- Tabor, A., Keogh, E. y Eccleston, C. (2017). Embodied pain - Negotiating the boundaries of possible action. *Pain*, 158(6), 1007-1011. <https://doi.org/10.1097/J.PAIN.0000000000000875>
- Tajerian, M., Leu, D., Zou, Y., Sahbaie, P., Li, W., Khan, H., ... Clark, J. D. (2014). Brain neuroplastic changes accompany anxiety and memory deficits in a model of complex regional pain syndrome. *Anesthesiology*, 121(4), 852-865. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000403>
- Tollefson, G. D. y Holman, S. L. (1993). Analysis of the hamilton depression rating scale factors from a double-blind, placebo-controlled trial of fluoxetine in geriatric major depression. *International Clinical Psychopharmacology*, 8(4), 253-259. <https://doi.org/10.1097/00004850-199300840-00008>
- Torrallba, A., Miquel, A. y Darba, J. (2014). Situación actual del dolor crónico en España: Iniciativa «pain Proposal». *Revista de la Sociedad Espanola del Dolor*, 21(1), 16-22. <https://doi.org/10.4321/S1134-80462014000100003>
- Torrance, N., Smith, B. H., Bennett, M. I. y Lee, A. J. (2006). The Epidemiology of Chronic Pain of Predominantly Neuropathic Origin. Results From a General Population Survey. *Journal of Pain*, 7(4), 281-289. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2005.11.008>
- Torres-Soto, J. F., Iborra-Giner, P., Giner-Alegría, C. A. y Moya-Faz, F. J. (2021). Results of a day-hospital program for personality disorders. Application of the PID-5 and DSM-5 dimensional model. *Clínica y Salud*, 32(2), 41-47. <https://doi.org/10.5093/CLYSA2021A9>
- Torres Morera, L. M. y Aguilar Sánchez, J. L. (2001). *Tratado de anestesia y reanimación*. Arán Ediciones.
- Torres, X. (2018). Personalidad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 25, 64-73. Recuperado a partir de [https://www.resed.es/\(X\(1\)S\(cnfz2q0g3p0umh5mnr34pcx\)\)/Documentos/ArticulosNew/08_REV_Torres.pdf](https://www.resed.es/(X(1)S(cnfz2q0g3p0umh5mnr34pcx))/Documentos/ArticulosNew/08_REV_Torres.pdf)
- Torres, X., Bailles, E., Valdes, M., Gutierrez, F., Peri, J. M., Arias, A., ... Collado, A. (2013). Personality does not distinguish people with fibromyalgia but identifies subgroups of patients. *General Hospital Psychiatry*, 35(6), 640-648. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.07.014>
- Treede, R. D., Jensen, T. S., Campbell, J. N., Cruccu, G., Dostrovsky, J. O., Griffin, J. W., ... Serra, J. (2008). *Neuropathic pain: Redefinition and a grading system for clinical and research purposes*. *Neurology* (Vol. 70). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000282763.29778.59>
- Treede, Rolf Detlef, Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., ... Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19-27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>

- Turk, D.C. y Monarch, E. S. (2018). Biopsychosocial perspective on chronic pain. En D.C. Turk y R. J. Gatchel (Eds.), *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. (pp. 3-24). The Guilford Press.
- Turk, Dennis C., Fillingim, R. B., Ohrbach, R. y Patel, K. V. (2016). Assessment of Psychosocial and Functional Impact of Chronic Pain. *Journal of Pain*, 17(9), T21-T49. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.02.006>
- Turk, Dennis C., Wilson, H. D. y Cahana, A. (2011). Treatment of chronic non-cancer pain. *The Lancet*. Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60402-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60402-9)
- Tutoglu, A., Boyaci, A., Karababa, F., Koca, I., Kaya, E., Kucuk, A. y Yetisgin, A. (2015). Psychological defensive profile of sciatica patients with neuropathic pain and its relationship to quality of life. *Zeitschrift fur Rheumatologie*, 74(7), 646-651. <https://doi.org/10.1007/s00393-014-1527-4>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2019). *Pain Management Best Practices Inter-Agency Task Force Report: Updates, Gaps, Inconsistencies, and Recommendations*.
- Vachon-Preseu, E., Berger, S. E., Abdullah, T. B., Griffith, J. W., Schnitzer, T. J. y Vania Apkarian, A. (2019). Identification of traits and functional connectivity-based neurotraits of chronic pain. *PLoS Biol*, 17(8). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PBIO.3000349>
- Van Aagt, H. M. E., Essink-Bot, M. L., Krabbe, P. F. M. y Bonsel, G. J. (1994). Test-retest reliability of health state valuations collected with the EuroQol questionnaire. *Social Science and Medicine*, 39(11), 1537-1544. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90005-1)
- Van Hecke, O., Austin, S. K., Khan, R. A., Smith, B. H. y Torrance, N. (2014). Neuropathic pain in the general population: A systematic review of epidemiological studies. *Pain*, 155(4), 654-662. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.11.013>
- Van Hecke, O., Torrance, N., Smith, B. H. y Building, M. (2013). Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *BJA*, 111, 13-18. <https://doi.org/10.1093/bja/aet123>
- Varela, N. (2022). Tratamiento del dolor crónico no oncológico: cambio de paradigma y manejo multidisciplinar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 45(2), 3-5.
- Vartiainen, P., Heiskanen, T., Sintonen, H., Roine, R. P. y Kalso, E. (2019). Health-related quality of life change in patients treated at a multidisciplinary pain clinic. *European Journal of Pain (United Kingdom)*, 23(7), 1318-1328. <https://doi.org/10.1002/ejp.1398>
- Velly, A. M. y Mohit, S. (2018). Epidemiology of pain and relation to psychiatric disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 87, 159-167. <https://doi.org/10.1016/J.PNPBP.2017.05.012>
- Vergne-Salle, P. (2016). *WHO Analgesic Ladder: Is It Appropriate for Joint Pain? From NSAIDs to Opioids*. Recuperado a partir de www.iasp-pain.org/globalyear
- Vieira, B. M., Brandão de Moraes Vieira, É., Batista Santos Garcia, J., Augusto Moura da Silva, A., Luíza Tajra Mualen Araújo, R., Clayton Silva Jansen, R. y Leite Xavier Bertrand, A. (2012). *Chronic pain, associated factors, and impact on daily life: are there differences between the sexes?* (Vol. 28).
- Villar, J. (2006). Cómo investigar en algo tan subjetivo como el dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13(4), 250-253. Recuperado a partir de https://repositorio.esan.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12640/1502/2018_ADYDE_18-2_11_TI.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Vizcaíno Martínez, L., Rey Calvete, A. y del Corral Lorenzo, C. (2017). Analgésicos y antiinflamatorios no esteroides. En SGADOR (Ed.), *Manual básico de dolor. De la SGADOR para residentes* (pp. 93-98). Vigo, Galicia.: Enfoque Editorial SC.
- Vlaeyen, J. W. S., Crombez, G. y Linton, S. J. (2016). The fear-avoidance model of pain. *Pain*, 157(8), 1588-1589. <https://doi.org/10.1097/J.PAIN.0000000000000574>
- Weisberg, J. N. (2000). Personality and personality disorders in chronic pain. *Current review of pain*, 4(1), 60-70. <https://doi.org/10.1007/S11916-000-0011-9>
- Widiger, T. . (2007). Clinical Interviews. En A. M. Nezu y C. M. Nezu (Eds.), *Evidence-based outcome research: A practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions*. (pp. 47-65). New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195304633.001.0001>
- Williams, A. C. d. C., Eccleston, C. y Morley, S. (2012, noviembre 14). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.pub3>
- Williams, A. C. d. C., Fisher, E., Hearn, L. y Eccleston, C. (2020). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.PUB4>
- Winnie, J. F. y Gittinger, J. . (1973). Una introducción al sistema de evaluación de la personalidad. *Revista de Psicología Clínica, Suplemento*(1), 68.
- Woolf, C. J. (2011, marzo). Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*. NIH Public Access. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.09.030>
- World Health Organization. (1998). *Promoción de la Salud Glosario Organización Mundial de la Salud Ginebra*. Recuperado a partir de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
- World Health Organization. (2012). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. Recuperado a partir de <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
- World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics. 11th*

Revision (ICD-11).

- World Health Organization. (2021). Quality of life and public health. En *News Room*. Recuperado a partir de <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/quality-of-life>
- Wu, A. W., Jacobson, D. L., Berzon, R. A., Revicki, D. A., Van Der Horst, C., Fichtenbaum, C. J., ... Feinberg, J. (1997). The effect of mode of administration on Medical Outcomes Study health ratings and EuroQol scores in AIDS. *Quality of Life Research*, 6(1), 3-10. <https://doi.org/10.1023/A:1026471020698>
- Yang, F., dos Santos, I. A. M., Gomez, R. S., Kummer, A., Barbosa, I. G. y Teixeira, A. L. (2019). Personality disorders are associated with more severe forms of migraine. *Acta Neurologica Belgica*, 119(2), 201-205. <https://doi.org/10.1007/s13760-018-1050-5>
- Zapardiel, A. y De la Pinta, J. C. (2016). Principios generales, concepto de dolor y taxonomía. En J. Vidal (Ed.), *Manual de Medicina del Dolor: Fundamentos, evaluación y tratamiento* (Editorial, pp. 4-8). Madrid, España.
- Zitman, F. G., Mennen, M. F., Griez, E. y Hooijer, C. (1990). The different versions of the Hamilton Depression Rating Scale. *Psychopharmacology series*, 9, 28-34. https://doi.org/10.1007/978-3-642-75373-2_4
- Zrubka, Z., Rencz, F., Závada, J., Golicki, D., Rupel, V. P., Simon, J., ... Péntek, M. (2017). EQ-5D studies in musculoskeletal and connective tissue diseases in eight Central and Eastern European countries: a systematic literature review and meta-analysis. *Rheumatology International*, 37(12), 1957-1977. <https://doi.org/10.1007/s00296-017-3800-8>

VIII. ANEXOS



DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACION CLÍNICA

MONTSERRAT GRANADOS PLAZA, SECRETARIA DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN con Medicamentos (CEIm) GRUPO HOSPITALARIO QUIRÓNSALUD-CATALUNYA, sito en c/ Pedro i Pons 1, 08195 SANT CUGAT DEL VALLÈS (Barcelona)

CERTIFICA:

Que este Comité ha **EVALUADO** en fecha 30/03/2021 (acta n°07/2021) la modificación (Cambio de Investigador Principal) correspondiente al estudio:

Título: Impacto del componente neuropático del dolor crónico no oncológico en la calidad de vida y aspectos emocionales de los pacientes.

Código Protocolo: 2016/63-ANE-HUSC

Código Interno: 2016/63-ANE-HUSC

Protocolo: Versión 1.1 diciembre 2016

Tomando en consideración que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Son adecuados los procedimientos previstos para obtener el Consentimiento Informado.

Este comité emite **DICTAMEN FAVORABLE** para su realización por **Laura Teixidó Abiol** como Investigadora Principal del servicio de Psiquiatría y Unidad del Dolor en el Hospital Universitari Sagrat Cor.

Firmado en Sant Cugat del Vallès, a 31 de marzo 2021.

**GRANADOS
PLAZA
MONTSERRAT
AMÉLIA -
454748105**

Firmado digitalmente por
GRANADOS PLAZA MONTSERRAT
AMÉLIA - 454748105
Nombre de reconocimiento (DN):
c=ES,
serialNumber.1.2.840.10000,
givenName=MONTSERRAT
AMÉLIA, sn=GRANADOS PLAZA,
cn=GRANADOS PLAZA,
MONTSERRAT AMÉLIA -
454748105
Fecha: 2021.03.31 12:16:06 +0200

Montserrat Granados Plaza
Secretaria CEIm Grupo Hospitalario Quirónsalud-Catalunya

Versión Dictamen fecha 31/03/2021

CEIm Grupo Hospitalario Quirónsalud-Catalunya Pedro i Pons, 1 08195 Sant Cugat del Vallès Barcelona
Tel. 93 565 60 00 Ext 5935 ceic.idcsa.cat@quironsalud.es

Título: Impacto del componente neuropático del dolor crónico no oncológico en la calidad de vida y aspectos emocionales de los pacientes.

Código Protocolo: 2016/63-ANE-HUSC

Código Interno: 2016/63-ANE-HUSC

Investigador Principal: Laura Teixidó Abiol

Servicio: Psiquiatría y Unidad del Dolor

Centro: Hospital Universitari Sagrat Cor

MONTserrat GRANADOS PLAZA, SECRETARIA DEL CEIm GRUPO HOSPITALARIO QUIRÓNsalud-CATALUNYA HACE CONSTAR QUE:

- 1º En la reunión celebrada el día 30 de marzo de 2021, se decidió emitir el informe correspondiente al estudio de referencia.
- 2º En dicha reunión se cumplieron los requisitos establecidos en la legislación vigente para que la decisión del citado CEIm sea válida.
- 3º El CEIm Grupo Hospitalario Quirónsalud-Catalunya, tanto en composición como en sus PNTs, cumple con las normas de BPC.
- 4º Los miembros participantes en la evaluación del estudio son:

Presidente	Dr. Fernando Cereto Castro. Médico
Vicepresidente	Dr. Rafael Azagra Ledesma. Farmacólogo Clínico
Secretaria	Sra. Montse Granados Plaza. Enfermera
Vocales	Sra. Montserrat Bielsa. Jurista Dra. Rosa Borrás Ramirez. Médico Anestesiólogo Sr. Isidro Díaz de Bustamante Terminel. Jurista Sra. Estefanía Garrido Navarro. Atención al Usuario Sra. Mercedes Gozalbo Mestres. No Sanitario Sr. Iván Javier Castro. Farmacia Hospitalaria Sra. M. Mar Martí Ejarque. Enfermera Sra. Pilar Marcos Pascua. Farmacia Hospitalaria Dr. Jordi Peláez de Loño. Farmacia Atención Primaria Sr. Iván Ribera Jiménez. No Sanitario Sra. Blanca Ricart Cano. Representante Paciente Dra. Mª Ángeles Rivas Fernández. Médico Pediatra

En Sant Cugat del Vallés, a 31 de marzo de 2021.

**GRANADOS
PLAZA
MONTserrat
AMELIA -
454748105**

Firmado digitalmente por
GRANADOS PLAZA MONTserrat
AMELIA - 454748105
Nombre de reconocimiento (DN):
c=ES,
serialNumber=IDCES-454748105,
givenName=MONTserrat AMELIA,
sn=GRANADOS PLAZA,
cn=GRANADOS PLAZA
MONTserrat AMELIA - 454748105
Fecha: 2021.03.31 13:16:45 +0200'

Montserrat Granados Plaza
Secretaria CEIm Grupo Hospitalario Quirónsalud-Catalunya

Anexo 2. Hoja de Información al Paciente



HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

El componente neuropático en el dolor crónico no oncológico:
Psicopatología, personalidad y calidad de vida.

Promotor del estudio: Hospital Universitari Sagrat Cor

Por favor, lea atentamente esta hoja de información:

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

En estos momentos se le está proponiendo participar en un estudio de investigación del Hospital, que tiene como objetivo principal conocer la repercusión y el perfil del dolor crónico no oncológico en la calidad de vida de los pacientes que lo sufren. También se pretende evaluar el impacto emocional de quienes lo padecen, así como la intensidad actual de su dolor, el perfil psicológico y aquellos aspectos de mejora que considera relevantes sobre su estado de salud.

Su participación consistirá en el registro de datos clínicos relacionados con su dolor, básicamente el diagnóstico del mismo. También le pediremos que conteste una serie de cuestionarios relacionados con el dolor y su estado actual. Si finalmente decide participar en el estudio, éste consistirá en las preguntas que se le realizarán hoy.

Con este estudio se pretende poder describir un perfil psicológico de los pacientes afectados por dolor crónico para considerar la instauración de un servicio de seguimiento psicológico como posible beneficio de la investigación.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación es totalmente voluntaria. Es usted libre de rechazar colaborar en este estudio, sin que tenga que explicar los motivos que le llevan a tomar esa decisión. Si no participa, no se verá alterada la relación con su médico ni se producirá ningún tipo de perjuicio en su tratamiento.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

El hecho de que usted acceda a colaborar en este estudio no supondrá ninguna alteración en su programa de controles en el centro, ni se le someterá a ningún procedimiento ni tratamiento distinto a los que recibiría por parte de su médico si no participara en este estudio. Por este motivo, usted no obtendrá ningún beneficio directo por su participación en él.

CONFIDENCIALIDAD

Su nombre e iniciales no aparecerán en ningún documento del estudio, usted será identificado exclusivamente por un código. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal se ajustarán a lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica de protección de datos de carácter personal 15/1999 de 13 de diciembre. De acuerdo con esta ley, usted puede ejercer el derecho de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico.

El acceso a su información personal quedará restringido a su médico y colaboradores y, si así lo requieren, al promotor del estudio, al Comité Ético de Investigación Clínica que ha aprobado el estudio y a las autoridades sanitarias, pero siempre manteniendo la confidencialidad de sus datos según la legislación vigente. Los resultados de éste se presentarán en publicaciones o comunicaciones en congresos. En ningún caso se le identificará en estas publicaciones.

Debe saber que este estudio ha sido aprobado por un Comité Ético de Investigación Clínica y se realizará cumpliendo la legislación vigente en España para este tipo de estudios.

Si tiene alguna duda relativa al estudio, por favor consulte a su médico

Nombre del médico:.....

Teléfono de contacto: 933 22 11 11 (Extensión 4736)

Anexo 3. Formulario de Consentimiento Informado



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El componente neuropático en el dolor crónico no oncológico:
Psicopatología, personalidad y calidad de vida.

Promotor del estudio: Hospital Universitari Sagrat Cor

He leído la hoja de información sobre el estudio del componente neuropático en el dolor crónico no oncológico: Psicopatología, personalidad y calidad de vida:

- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- He hablado con el doctor.....

Comprendo que mi participación es voluntaria

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Entiendo que, al acceder a participar en este estudio, consiento en la recogida, tratamiento, cesión y transferencia (si procede) de mis datos personales, con respeto al anonimato, para fines de atención sanitaria y /o investigación médica.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y que mis datos puedan ser utilizados con fines de investigación.

Nombre del paciente

DNI

Firma

Nombre del investigador

Firma

Fecha: _____

El formulario ha de ser completado por el/la participante de su puño y letra.

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Anexo 4. Protocolo de evaluación

Datos recogidos en la entrevista semiestructurada y en la historia clínica de HUSC:

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Situación laboral
- Formación
- Hábitos tóxicos actuales
- Comorbilidades médicas
- Tratamiento farmacológico
- Evolución del dolor
- Localización del dolor
- Zona afectada
- Diagnósticos UTD
- Entidad diagnóstica
- Antecedentes familiares con psicopatología
- Psicopatología actual
- Intervención psicológica

Escala Verbal Numérica



Cuestionario DN4

para la detección del Dolor Neuropático

CUESTIONARIO

Por favor, en las 4 preguntas de abajo, complete el cuestionario marcando una respuesta para cada número:

ENTREVISTA CON EL PACIENTE

Pregunta 1: ¿Tiene el dolor una o más de las siguientes características?

	Sí	No
1. Quemazón		
2. Sensación de frío doloroso		
3. Descargas eléctricas		

Pregunta 2: ¿Se asocia el dolor con uno o más de los siguientes síntomas en la misma zona?

	Sí	No
4. Hormigueo		
5. Sensación de alfileres y agujas		
6. Entumecimiento		
7. Picazón		

Escala de valoración de Hamilton para la depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

Ítem	Valoración
1. <i>Estado de ánimo deprimido</i> (sensación de tristeza, desesperanza, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Expresa estas sensaciones solamente al ser preguntado 2. Expresa estas sensaciones espontáneamente de manera verbal 3. Expresa estas sensaciones de manera no verbal (p. ej., por medio de la expresión facial, la postura, la tendencia al llanto) 4. Expresa estas sensaciones de manera verbal y no verbal, de forma espontánea
2. <i>Sentimiento de culpabilidad</i>	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, siente que ha decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad o culpabilidad por errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o tiene alucinaciones visuales amenazadoras
3. <i>Suicidio</i>	0. Ausente 1. Piensa que no vale la pena vivir la vida 2. Desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de quitarse la vida 3. Piensa o amenaza con la manera de suicidarse 4. Intentos de suicidio (cualquier intento de suicidio se clasifica en 4)
4. <i>Insomnio al principio de la noche</i>	0. Ausente. No tiene dificultad para dormirse 1. Se queja de que le cuesta dormirse algunas veces (por ejemplo, tarda más de media hora en dormirse) 2. Se queja de que le cuesta dormirse siempre (todas las noche)
5. <i>Insomnio durante la mitad de la noche</i>	0. Ausente 1. Se queja de que está inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche (si se levanta de la cama por cualquier razón se puntúa en 2, excepto si va al servicio)
6. <i>Insomnio al final de la noche</i>	0. Ausente 1. Se despierta a primera hora de la madrugada pero se vuelve a dormir 2. Es incapaz de volver a dormirse si se levanta de la cama
7. <i>Trabajo y actividades</i>	0. No tiene dificultad 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, trabajo o aficiones (directamente expresado por el paciente o indirectamente deducido por su desatención, indecisión y vacilación; siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades) 3. Acortamiento del tiempo dedicado a actividades o disminución de la productividad 4. Dejó de trabajar por la enfermedad actual
8. <i>Inhibición</i> (lentitud en el pensamiento y de lenguaje; pérdida de la capacidad de concentración, disminución de la actividad motora)	0. Habla y piensa normalmente 1. Ligera inhibición durante la entrevista 2. Evidente inhibición durante la entrevista 3. Entrevista larga y difícil 4. Estupor (no habla ni piensa). Entrevista imposible
9. <i>Agitación</i>	0. Ausente 1. No puede estar quieto 2. Juega con sus manos, cabello, etc. 3. Cambia constantemente de posición, no puede estar sentado 4. Se frota las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios
10. <i>Ansiedad psíquica</i>	0. Ausente 1. Tensión subjetiva, irritabilidad 2. Preocupación por cosas sin importancia 3. Actitud aprensiva aparente en la cara y el lenguaje 4. Expresa temores espontáneamente sin ser preguntado
11. <i>Ansiedad somática</i>	Signos fisiológicos concomitantes con la ansiedad, tales como gastrointestinales (boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos); cardiovasculares (palpitaciones, cefalalgias); respiratorios (hiperventilación, suspiros); frecuencia urinaria; sudoración 0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante
12. <i>Síntomas somáticos gastrointestinales</i>	0. Ausente 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que le insistan. Sensación de pesadez abdominal 2. Dificultad para comer si no se le insiste. Solicita o requiere laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales
13. <i>Síntomas somáticos generales</i>	0. Ausente 1. Sensación de pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma somático bien definido se puntúa 2
14. <i>Síntomas genitales</i>	0. Ausente 1. Leve 2. Grave
15. <i>Hipocondría</i>	0. Ausente 1. Está preocupado por las funciones corporales y por síntomas orgánicos 2. Está muy preocupado porque piensa que tiene una enfermedad orgánica 3. Está convencido de que tiene una enfermedad orgánica. Solicita ayuda, exploraciones, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. <i>Conciencia de enfermedad</i>	0. Reconoce que está deprimido y enfermo 1. Reconoce su enfermedad pero la atribuye a otras causas, como la mala alimentación, el clima, el exceso de trabajo, un virus, la necesidad de descanso, etc. 2. Niega que está enfermo
17. <i>Pérdida de peso</i> (completar A en la primera evaluación y B en las siguientes)	A 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso conocida y expresada por el paciente B 0. No hay pérdida de peso o pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso superior a 500 g en la semana anterior 2. Pérdida de peso superior a 1 kg en la semana anterior

Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

<i>Definición operativa de los ítems</i>	<i>Puntos</i>				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborignos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

Actividades cotidianas (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice “su estado de salud hoy,” hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

**Su estado
de salud
hoy**

Mejor estado
de salud
imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Peor estado
de salud
imaginable

Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III)

1. Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana	V F
2. Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía para seguir	V F
3. Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar	V F
4. Gran parte del tiempo me siento débil y cansado	V F
5. Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.	V F
6. La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho	V F
7. Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.	V F
8. La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.	V F
9. Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita	V F
10. Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener	V F
11. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino	V F
12. Muestro mis emociones fácil y rápidamente	V F
13. En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.	V F
14. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia	V F
15. Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo	V F
16. Soy una persona muy agradable y sumisa	V F
17. Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio	V F
18. Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado	V F
19. Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal	V F
20. He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño	V F
21. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo	V F
22. Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente	V F
23. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo	V F
24. Hace unos años comencé a sentirme un fracasado	V F
25. Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón	V F
26. Los demás envidian mis capacidades	V F
27. Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo	V F
28. Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado	V F
29. La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria	V F
30. Últimamente he comenzado a sentir deseos de destruir cosas	V F
31. Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención	V F
32. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva	V F
33. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores	V F
34. Últimamente he perdido los nervios	V F
35. A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien	V F
36. Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello	V F
37. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo	V F
38. Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás	V F
39. Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.	V F
40. Creo que soy una persona miedosa e inhibida	V F
41. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas	V F
42. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado	V F
43. A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno	V F
44. Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo	V F
45. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan	V F

46. Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente	V	F
47. Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal	V	F
48. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente	V	F
49. Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme	V	F
50. No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo	V	F
51. Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido	V	F
52. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí	V	F
53. Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería	V	F
54. Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón	V	F
55. En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial	V	F
56. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien	V	F
57. Pienso que soy una persona muy sociable y extravertida	V	F
58. Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas	V	F
59. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad	V	F
60. Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida	V	F
61. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen	V	F
62. Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado	V	F
63. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años	V	F
64. No sé por qué, pero a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás	V	F
65. En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces	V	F
66. En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo	V	F
67. Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales	V	F
68. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo	V	F
69. Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme	V	F
70. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan	V	F
71. Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto	V	F
72. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida	V	F
73. A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes	V	F
74. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme	V	F
75. Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso	V	F
76. Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme	V	F
77. Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso	V	F
78. Aunque esté despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí	V	F
79. Con frecuencia estoy irritado y de mal humor	V	F
80. Para mí es muy fácil hacer muchos amigos	V	F
81. Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven	V	F
82. Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado	V	F
83. Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro	V	F
84. Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo	V	F
85. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite	V	F
86. Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme	V	F
87. A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente	V	F
88. Cuando estoy en una fiesta nunca me aísla de los demás	V	F
89. Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quién no	V	F
90. Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo	V	F
91. El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia	V	F
92. Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así	V	F
93. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo	V	F
94. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión	V	F

95. A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes	V	F
96. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas	V	F
97. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda"	V	F
98. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio	V	F
99. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido	V	F
100. Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico	V	F
101. Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería	V	F
102. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad	V	F
103. Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado	V	F
104. No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo	V	F
105. Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos	V	F
106. He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo	V	F
107. He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir	V	F
108. Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo	V	F
109. El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos	V	F
110. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas	V	F
111. Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.	V	F
112. He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven	V	F
113. Me he metido en problemas con la ley un par de veces	V	F
114. Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas	V	F
115. A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho	V	F
116. He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya	V	F
117. La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos	V	F
118. Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas	V	F
119. La gente está intentando hacerme creer que estoy loco	V	F
120. Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero	V	F
121. Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana	V	F
122. Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino	V	F
123. Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste	V	F
124. Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico	V	F
125. A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellas	V	F
126. Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesto	V	F
127. No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les vaya a gustar	V	F
128. Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra	V	F
129. Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida	V	F
130. Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias	V	F
131. Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido	V	F
132. Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño	V	F
133. Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal	V	F
134. Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad	V	F
135. Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta	V	F
136. Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando "drogas ilegales"	V	F
137. Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio	V	F
138. Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado	V	F
139. Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas	V	F
140. Creo que hay una conspiración contra mí	V	F
141. Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí	V	F
142. Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco	V	F
143. Algunas veces me obligo a vomitar después de comer	V	F

144. Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo	V	F
145. Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra	V	F
146. Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo	V	F
147. Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente	V	F
148. Pocas cosas en la vida me dan placer	V	F
149. Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente	V	F
150. Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido	V	F
151. Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás	V	F
152. Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito	V	F
153. Alguien ha estado intentando controlar mi mente	V	F
154. He intentado suicidarme	V	F
155. Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy	V	F
156. No entiendo por qué algunas personas me sonrían	V	F
157. No he visto un coche en los últimos diez años	V	F
158. Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño	V	F
159. Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales	V	F
160. Mi vida actual se ve todavía afectada por “imágenes mentales” de algo terrible que me pasó	V	F
161. Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado	V	F
162. A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor	V	F
163. La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes	V	F
164. Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños	V	F
165. No tengo amigos íntimos al margen de mi familia	V	F
166. Casi siempre actué rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera	V	F
167. Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí	V	F
168. Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta	V	F
169. Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás	V	F
170. Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que paso algo malo	V	F
171. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio	V	F
172. La gente me dice que soy una persona muy formal y moral	V	F
173. Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años	V	F
174. Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo	V	F
175. A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño	V	F

Por favor, compruebe que ha contestado todas las preguntas.
¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo 5. Datos Sociodemográficos

Tabla .Datos sociodemográficos

	Ne (n=64)	Nc (n=51)	Total (N=115)	χ^2/t_{-}	r_{ϕ}/d	p-valor
	n (%) / M \pm DT					
<i>Sexo</i>						
Femenino	43 (67.2)	37 (72.5)	80 (69.6)	χ^2 (0.385)	-.058	.535
Masculino	21 (32.8)	14 (27.5)	35 (30.4)			
<i>Edad (años)</i>						
Rango	58.95 \pm 14.22	62.10 \pm 13.25	60.35 \pm 13.82	t (-1.214)	0.228	.227
De 18 a 34	3 (4.7)	2 (3.9)	5 (4.3)	χ^2 (0.040)	.019	.841
De 35 a 54	18 (28.1)	13 (25.5)	31 (27)	χ^2 (0.100)	.029	.752
De 55 a 64	18 (28.1)	11 (21.6)	29 (25.2)	χ^2 (0.647)	.075	.421
De 65 a 74	16 (25)	16 (31.4)	32 (27.8)	χ^2 (0.574)	-.071	.449
A partir de 75	9 (14.1)	9 (17.6)	18 (15.7)	χ^2 (0.276)	-.049	.599
<i>Estado civil</i>						
Soltería	4 (6.3)	10 (19.6)	14 (12.2)	χ^2 (4.737)	-.203	.030*
Matrimonio/Pareja	46 (71.9)	27 (52.9)	73 (63.5)	χ^2 (4.389)	.195	.036*
Divorcio/Separación	8 (12.5)	4 (7.8)	12 (10.4)	χ^2 (0.659)	.076	.417
Viudedad	6 (9.4)	10 (19.6)	16 (13.9)	χ^2 (2.481)	-.147	.115
<i>Situación ocupacional</i>						
Actividad laboral	16 (25.0)	11 (21.6)	27 (23.5)	χ^2 (0.186)	.040	.666
Incap. temporal	12 (18.8)	4 (7.8)	16 (13.9)	χ^2 (2.819)	.157	.093
Incap. permanente	4 (6.3)	2 (3.9)	6 (5.2)	χ^2 (0.311)	.052	.577
Sin empleo	4 (6.3)	3 (5.9)	7 (6.1)	χ^2 (0.007)	.008	.935
Hogar/familia	4 (6.3)	8 (15.7)	12 (10.4)	χ^2 (2.704)	-.153	.100
Jubilación	24 (37.5)	22 (43.1)	46 (40.0)	χ^2 (0.376)	-.057	.540
Estudios	0 (0)	1 (2)	1 (0.9)	χ^2 (1.266)	-.105	.261
<i>Estudios / Formación</i>						
Sin estudios	3 (4.7)	1 (2)	4 (3.5)	χ^2 (0.629)	.074	.428
Primarios	15 (23.4)	13 (25.5)	28 (24.3)	χ^2 (0.065)	-.024	.799
Secundarios	29 (45.3)	25 (49.0)	54 (47.0)	χ^2 (0.157)	-.037	.692
Universitarios	17 (26.6)	12 (23.5)	29 (25.2)	χ^2 (0.138)	.035	.710

Nota Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; N=universo; n=submuestra; M=media; DT=desviación típica; Incap.=Incapacidad; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; t =T de Student; r_{ϕ} =coeficiente Phi; g =g de Hedges; p-valor=significancia estadística; *= $p < .05$; **= $p < .01$ y ***= $p < .001$.

Anexo 6. Datos Médicos Generales

Tabla. Enfermedades comórbidas

	Ne (n=64)	Nc (n=51)	Total (N=115)	χ^2 / U	r_ϕ / g	p-valor
	n (%) / M ± DT					
Alérgicas	27 (42.2)	13 (25.5)	40 (34.8)	χ^2 (3.488)	.174	.062
Tiroideas	4 (6.3)	10 (19.6)	14 (12.2)	χ^2 (4.737)	-.203	.030*
Respiratorias	13 (20.3)	6 (11.8)	19 (16.5)	χ^2 (1.504)	.114	.220
Apnea de sueño	10 (15.6)	1 (2)	11 (9.6)	χ^2 (6.126)	.231	.013*
Hernia de hiato	15 (23.4)	4 (7.8)	19 (16.5)	χ^2 (5.004)	.209	.025*
Hipertensión arterial	23 (35.9)	21 (41.2)	44 (38.3)	χ^2 (0.330)	-.054	.566
Hipercolesterolemia	16 (25)	15 (29.4)	31 (27)	χ^2 (0.281)	-.049	.596
Diabetes Mellitus	5 (7.8)	2 (3.9)	7 (6.1)	χ^2 (0.752)	.081	.386
Fibromialgia	7 (10.9)	2 (3.9)	9 (7.8)	χ^2 (1.937)	.130	.164
Fatiga crónica	6 (9.4)	1 (2)	7 (6.1)	χ^2 (2.729)	.154	.099
Nº enfermedades	1.97 ± 1.79	1.47 ± 1.27	1.75 ± 1.59	U (1419)	0.316	.220
Presencia	46 (71.9)	38 (74.5)	84 (73)	χ^2 (0.100)	-.029	.752
Una	10 (15.6)	16 (31.4)	26 (22.6)	χ^2 (4.023)	-.187	.045*
Dos	11 (17.2)	12 (23.5)	23 (20)	χ^2 (0.713)	-.079	.398
Tres o más	24 (37.5)	10 (19.6)	34 (29.6)	χ^2 (4.363)	.195	.037*

Tabla. Hábitos tóxicos actuales

	Ne (n=64)	Nc (n=51)	Total (N=115)	χ^2 / U	r_ϕ / g	p-valor
	n (%) / M ± DT					
Alcohol	7 (10.9)	9 (17.6)	16 (13.9)	χ^2 (1.067)	-.096	.302
Unidades al día	0.85 ± 0.24	1.55 ± 0.52	1.25 ± 0.54	t (2.044)	0.354	.043*
Tabaco	9 (14.1)	8 (15.7)	17 (14.8)	χ^2 (0.059)	-.023	.807
Cigarrillos al día	9.56 ± 5.17	12.25 ± 9.02	10.82 ± 7.13	T (-9.332)	0.365	.000***
Cafeína	44 (68.8)	36 (70.6)	80 (69.6)	χ^2 (0.045)	-.020	.831
Unidades al día	1.38 ± 1.26	1.33 ± 1.29	1.36 ± 1.27	U (1593)	0.039	.820

Tabla. Tratamiento farmacológico

	Ne (n=64)	Nc (n=51)	Total (N=115)	χ^2 / U	r_ϕ / g	p-valor
	n (%) / M ± DT					
Fármaco pautado	64 (100)	50 (98)	114 (99.1)	χ^2 (1.266)	.105	.261
Analgésicos	52 (81.3)	43 (84.3)	95 (82.6)	χ^2 (0.185)	-.040	.667
No opiáceos	32 (52.5)	29 (47.5)	61 (53)	χ^2 (0.537)	-.068	.464
Opiáceos	4 (6.3)	3 (5.9)	7 (6.1)	χ^2 (0.007)	.008	.935
Ambos	16 (25)	11 (21.6)	27 (23.5)	χ^2 (0.186)	.040	.666
Coadyuvantes	39 (60.9)	29 (56.9)	68 (59.1)	χ^2 (0.195)	.041	.659
Antiepilépticos	15 (23.4)	12 (23.5)	27 (23.5)	χ^2 (0.000)	-.001	.991
Neurólépticos	1 (1.6)	0 (0)	1 (0.9)	χ^2 (0.804)	.084	.370
Corticoides	5 (7.8)	1 (2)	6 (5.2)	χ^2 (1.965)	.131	.161
Benzodiacepinas	23 (35.9)	16 (31.4)	39 (33.9)	χ^2 (0.264)	.048	.607
Antidepresivos	22 (34.4)	13 (25.5)	35 (30.4)	χ^2 (1.058)	.096	.304
ISRS	15 (23.4)	6 (11.8)	21 (18.3)	χ^2 (2.591)	.150	.107
Duales	7 (10.9)	5 (9.8)	12 (10.4)	χ^2 (0.039)	.018	.843
Tricíclicos	3 (4.7)	2 (3.9)	5 (4.3)	χ^2 (0.040)	.019	.841
Nº Coadyuvantes	1.03 ± 1.03	0.82 ± 0.84	0.93 ± 0.95	U (1483)	.220	.250
Mín-max	0-4	0-3	0-4			
Media fármacos	2.14 ± 1.46	1.88 ± 1.22	2.02 ± 1.36	U (1508)	.191	.398
Técnicas	47 (73.4)	40 (78.4)	87 (75.7)	χ^2 (0.384)	-.058	.535

Nota. Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; N=universo; n=submuestra; M=media; DT=desviación típica; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; U=U de Mann-Whitney; ϕ =coeficiente Phi; g=g de Hedges; p-valor=significancia estadística; * = p<.05; **=p<.01 y ***=p<.001. D= Dificultades; Act.= Actividades; Ans/Dep = Ansiedad y Depresión; V= Valoración; Cig = Cigarrillos; OH= Alcohol; Enf. C = Enfermedades comórbidas; Índice EQ/CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud; IL= Índices Internos de HDRS y HARS; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; Ant. Fam.= Antecedentes Familiares de psicopatología; EVN = Escala Verbal Numérica ; A= Clúster A; B= Clúster B; C= Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom= Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP = Patrón de la Personalidad MCMI-III.

Anexo 7. Datos Relativos al Dolor

Tabla. Datos relativos al Dolor

	Ne (n=64)	Nc (n=51)	Total (N=115)	χ^2/U	$r\phi/g$	p-valor
	n (%) / M ± DT					
Diagnósticos						
Estenosis de canal	7 (10.9)	5 (9.8)	12 (10.4)	0.039	.018	.843
Hernias discales	6 (9.4)	5 (9.8)	11 (9.6)	0.006	-.007	.938
Lumbalgias	7 (10.9)	7 (13.7)	14 (12.2)	0.206	-.042	.650
Lumbociatalgias	30 (46.9)	8 (15.7)	38 (33)	12.479	.329	.000***
Protrusiones discales	3 (4.7)	3 (5.9)	6 (5.2)	0.082	.026	.775
Síndromes facetarios	1 (1.6)	1 (2)	2 (1.7)	0.026	-.015	.871
Síndromes miofasciales	9 (14.1)	3 (5.9)	12 (10.4)	2.032	.133	.154
Trocanteritis	2 (3.1)	1 (2)	3 (2.6)	0.151	.036	.697
Regiones afectadas						
R. Cabeza. cara. boca	2 (3.1)	1 (2)	3 (2.6)	χ^2 (0.151)	.036	.697
R. Cervical	6 (9.4)	4 (7.8)	10 (8.7)	χ^2 (0.084)	.027	.772
R. Escapular y MMSS	8 (12.5)	3 (5.9)	11 (9.6)	χ^2 (1.437)	.112	.231
R. Torácica	2 (3.1)	2 (3.9)	4 (3.5)	χ^2 (0.054)	-.022	.817
R. Abdominal	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-	-	-
R. Lumbo. sacra. coccígea	49 (76.6)	34 (66.7)	83 (72.2)	χ^2 (1.384)	.110	.239
R. MMII	39 (60.9)	19 (37.3)	58 (50.4)	χ^2 (6.368)	.235	.012*
R. Pélvica	4 (6.3)	3 (5.9)	7 (6.1)	χ^2 (0.007)	.008	.935
R. Anal. perianal. genital	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-	-	-
Localización						
Regiones superiores	6 (9.4)	9 (17.6)	15 (13)	χ^2 (1.712)	-.122	.191
Regiones inferiores	49 (76.6)	41 (80.4)	90 (78.3)	χ^2 (0.245)	-.046	.621
Ambas regiones	9 (14)	1 (2)	10 (8.7)	χ^2 (5.235)	.213	.022*
Nº de regiones afectadas	1.72±0.70	1.29±0.50	1.53±0.65	1069	0.694	.000***
Min-Max	1-4	1-3	1-4			
Una región	25 (39.1)	37 (72.5)	62 (53.9)	χ^2 (12.809)	-.334	.000***
Dos regiones	34 (53.1)	13 (25.5)	47 (40.9)	χ^2 (8.969)	.279	.003**
Tres o más regiones	5 (7.8)	1 (2)	6 (5.2)	χ^2 (1.965)	.131	.161

Tabla. Evolución del dolor

	Ne (n=64)	Nc (n=51)	Total (N=115)	χ^2/U	$r\phi/g$	p-valor
	n (%) / M ± DT					
Meses	67.69 ± 109.96	59.27 ± 96.82	63.96 ± 103.97	1598	0.008	0.848
Años	5.64 ± 9.16	4.93 ± 8.06	5.33 ± 8.66			
Min-máximo	0.58 - 43	0.58 - 40	0.58 - 43			
Rango	42.41	39.41	42.41			
Menos de 1 año	18 (28.1)	13 (25.5)	31 (27)	.100	.029	0.752
De 1 a 2 años	18 (28.1)	18 (35.3)	36 (31.3)	.678	-.077	0.41
De 3 a 5 años	14 (21.9)	8 (15.7)	22 (19.1)	.703	.078	0.402
De 6 a 10 años	6 (9.4)	7 (13.7)	13 (11.3)	.536	-.068	0.464
Más de 10 años	8 (12.5)	5 (9.8)	13 (11.3)	.206	.042	0.650

Tabla. Escala Verbal Numérica para la intensidad percibida del dolor (EVN)

	Ne (n=64)	Nc (n=51)	Total (N=115)	$\chi^2/t/U$	$r\phi/d/g$	p-valor
	n (%) / M ± DT					
EVN (0-10)	6.50 ± 2.06	5.45 ± 2.33	6.03 ± 2.24	U (1120)	2.198	.004**
Mediana-Rango	7-9	5-9	6-10			
Min-Max	0-9	1-10	0-10			
Dolor leve	6 (9.4)	8 (15.7)	14 (12.2)	χ^2 (1.057)	-.096	.304
Dolor moderado	20 (31.3)	27 (52.9)	47 (40.9)	χ^2 (5.526)	-.219	.019*
Dolor severo	38 (59.4)	16 (31.4)	54 (47.0)	χ^2 (8.935)	.279	.003**

Nota. Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; N=universo; n=submuestra; M=media; DT=desviación típica; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; U=U de Mann-Whitney; $r\phi$ =coeficiente Phi; g=g de Hedges; p-valor=significancia estadística; * = p<.05; **=p<.01 y ***=p<.001. D= Dificultades; Act.= Actividades; Ans/Dep = Ansiedad y Depresión; V.= Valoración; Cig.= Cigarrillos; OH= Alcohol; Enf. C.= Enfermedades comórbidas; Índice EQCVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud; II.= Índices Internos de HDRS y HARS; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; Ant. Fam.= Antecedentes Familiares de psicopatología; EVN = Escala Verbal Numérica ; A= Clúster A; B= Clúster B; C= Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom.= Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP = Patrón de la Personalidad MCMI-III.

Anexo 8. Datos Psicopatológicos

Tabla. Antecedentes familiares con psicopatología

	Ne (n=64)	Nc (n=51)	Total (N=115)	χ^2 / U	$r\phi / g$	p-valor
	n (%)					
Presencia	24 (37.5)	18 (35.3)	42 (36.5)	$\chi^2(0.060)$	.023	.807
Trastornos afectivos	15 (23.4)	12 (23.5)	27 (23.5)	$\chi^2(0.000)$	-.001	.991
Trastornos ansiosos	8 (12.5)	10 (19.6)	18 (15.7)	$\chi^2(1.086)$	-.097	.297
Trastornos psicóticos	5 (7.8)	1 (2)	6 (5.2)	$\chi^2(1.965)$	.131	.161
Trastornos por consumo	4 (6.3)	3 (5.9)	7 (6.1)	$\chi^2(0.007)$	.008	.935
Nº de familiares	0.50 0.81	0.50 0.78	0.50 0.79	1618	.000	.928

Tabla. Psicopatología presente en la muestra

	Ne (n=64)	Nc (n=51)	Total (N=115)	χ^2	r	p-valor
	n (%)					
Presencia	33 (51.6)	18 (35.3)	51 (44.3)	3.044	.163	.081
T. afectivos	12 (18.8)	5 (9.8)	17 (14.8)	6.662	.241	.010**
T. ansiosos	4 (6.2)	2 (3.9)	6 (5.2)	0.018	.012	.894
Ambos	17 (26.6)	11 (21.6)	28 (24.3)	12.873	.335	.000***
Psicopatología reactiva a DC	21 (32.8)	13 (25.5)	34 (29.6)	60.576	.726	.000***
T. afectivos	8 (12.5)	3 (5.9)	11 (9.6)			
T. ansiosos	3 (4.7)	2 (3.9)	5 (4.3)			
Ambos	10 (15.6)	8 (15.7)	18 (15.7)			
Psicopatología no reactiva a DC	12 (18.8)	5 (9.8)	17 (14.8)			
T. afectivos	4 (6.2)	2 (3.9)	6 (5.2)			
T. ansiosos	1 (1.6)	0 (0)	1 (0.9)			
Ambos	7 (10.9)	3 (5.9)	10 (8.7)			

Tabla. Intervenciones en psicopatología

	Ne (n=12)	Nc (n=4)	Total (N=16)	χ^2	$r\phi$	p-valor
	n (%)					
Intervención psicológica	12 (18.8)	4 (7.8)	16 (13.9)	2.819	.157	.093
a) Sin diagnóstico	2 (3.1)	1 (2)	3 (2.6)			
b) Con diagnóstico	10 (15.6)	3 (5.9)	13 (11.3)	10.255	.299	.001***
Reactivo a DC	7 (10.9)	2 (3.9)	9 (7.8)	7.931	.394	.005**
T. afectivos	1 (1.6)	1 (2)	2 (1.7)	1.540	.116	.215
T. ansiosos	1 (1.6)	0 (0)	1 (0.9)	0.040	.019	.841
Ambos	5 (7.8)	1 (2)	6 (5.2)	6.640	.240	.010**
No reactivo a DC	3 (4.7)	1 (2)	4 (3.5)			
T. afectivos	1 (1.6)	1 (2)	2 (1.7)			
T. ansiosos	1 (1.6)	0 (0)	1 (0.9)			
Ambos	1 (1.6)	0 (0)	1 (0.9)			
Intervención farmacológica	17 (26.6)	13 (25.5)	30 (26.1)	33617	.541	.000***
Reactivo a DC	10 (15.6)	11 (21.6)	21 (18.3)	47.919	.769	.000***
T. afectivos	2 (3.1)	2 (3.9)	4 (3.5)	2919	.214	.088
T. ansiosos	2 (3.1)	2 (3.9)	4 (3.5)	843	.115	.358
Ambos	6 (9.4)	7 (13.7)	13 (11.3)	13599	.461	.000***
No reactivo a DC	7 (10.9)	2 (3.9)	9 (7.8)			
T. afectivos	2 (3.1)	1 (2)	3 (2.6)			
T. ansiosos	1 (1.6)	0 (0)	1 (0.9)			
Ambos	4 (6.2)	1 (2)	5 (4.3)			
Ambas intervenciones	7 (10.9)	3 (5.9)	10 (8.7)	1145	.184	.285
Reactivo a DC	4 (6.2)	2 (3.9)	6 (5.2)	683	.172	.408
No reactivo a DC	3 (4.7)	1 (2)	4 (3.5)			

Nota. Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; N=universo; n=submuestra; M=media; DT=desviación típica; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; U=U de Mann-Whitney; $r\phi$ =coeficiente Phi; g=g de Hedges; p-valor=significancia estadística; *= $p < .05$; **= $p < .01$ y ***= $p < .001$. D= Dificultades; Act.= Actividades; Ans/Dep = Ansiedad y Depresión; V = Valoración; Cig= Cigarillos; OH= Alcohol; Enf. C.= Enfermedades comórbidas; Índice EQ/CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud; II.= Índices Internos de HDRS y HARS; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; Ant. Fam.= Antecedentes Familiares de psicopatología; EVN = Escala Verbal Numérica ; A= Clúster A; B= Clúster B; C= Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom= Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP = Patrón de la Personalidad MCMI-III.

Tabla. Escala de Hamilton para la depresión (HDRS)

	Ne (n=64)	Nc (n=51)	Total (N=115)	$\chi^2/t/U_{-}$	$r_{\phi}/d/g$	p-valor
	n (%) / M ± DT					
<i>HDRS (0-52)</i>	12.95 ± 6.69	11.20 ± 6.92	12.17 ± 6.82	U (1382)	0.257	.158
Ausencia (0-7)	12 (18.8)	22 (43.1)	34 (29.6)	χ^2 (8.106)	-.265	.004**
D. Menor (8-12)	21 (32.8)	7 (13.7)	28 (24.3)	χ^2 (4.414)	.196	.036*
<D. Mayor (13-17)	12 (18.8)	12 (23.5)	24 (20.9)	χ^2 (0.141)	-.035	.707
D. Mayor (18-29)	18 (28.1)	10 (19.6)	28 (24.3)	χ^2 (1.118)	.099	.290
>D. Mayor (30-52)	1 (1.6)	0 (0.0)	1 (0.9)	χ^2 (0.804)	.084	.370
<i>Psicopatología (18-52)</i>	19 (29.7)	10 (19.6)	29 (25.2)	χ^2 (1.529)	.115	.216
<i>Í. melancolía (0-22)</i>	5.83 ± 3.41	5.33 ± 3.43	5.61 ± 3.41	U (1465)	0.146	.346
Sin melancolía (0-3)	14 (21.9)	19 (37.3)	33 (28.7)	3281	-.169	.070
Melancolía menor (4-8)	35 (54.7)	20 (39.2)	55 (47.8)	2723	.154	.099
Melancolía mayor (9-22)	13 (20.3)	12 (23.5)	25 (21.7)	0.173	-.039	.678
<i>Í. ansiedad (0-12)</i>	3.77 ± 2.75	3.45 ± 2.57	3.63 ± 2.67	t (-0.626)	0.120	.533
Sin ansiedad 0-6	52 (81.2)	45 (88.2)	97 (84.3)			
Con ansiedad 7-12	12 (18.8)	6 (11.8)	18 (15.7)	1.049	.096	.306
<i>Í. sueño (0-6)</i>	2.58 ± 1.91	1.92 ± 1.74	2.29 ± 1.86	t (-1.899)	0.361	.060
No afectado	34 (53.1)	32 (62.7)	66 (57.4)	1074	-.097	.300
Afectado	16 (25)	15 (29.4)	31 (27)	0.281	-.049	.596
Muy afectado	14 (21.9)	4 (7.8)	18 (15.7)	4.233	.192	.040*

Tabla. Escala de Hamilton para la ansiedad (HARS)

	Ne (n=64)	Nc (n=51)	Total (N=115)	$\chi^2/t/U_{-}$	$r_{\phi}/d/g$	p-valor
	n (%) / M ± DT					
<i>HARS (0-56)</i>	12.34 ± 6.41	10.31 ± 6.15	11.44 ± 6.35	U (1335)	0.322	.094
Ausencia (0-5)	11 (17.2)	18 (35.3)	29 (25.2)	χ^2 (4.934)	-.207	.026*
A. leve (6-14)	27 (42.2)	17 (33.3)	44 (38.3)	χ^2 (0.942)	.091	.332
A. mod/grave (15-56)	26 (40.6)	16 (31.4)	42 (36.5)	χ^2 (1.048)	.095	.306
<i>Í. psíquico (0-28)</i>	7.16 ± 3.68	5.45 ± 3.12	6.40 ± 3.53	U (1191)	0.496	.013*
<i>Í. somático (0-28)</i>	5.19 ± 3.74	4.86 ± 3.49	5.04 ± 3.62	t (-0.476)	0.091	.635

Nota. Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; N=universo; n=submuestra; M=media; DT=desviación típica; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; U=U de Mann-Whitney; r_{ϕ} =coeficiente Phi; g=g de Hedges; p-valor=significancia estadística; *= $p<.05$; **= $p<.01$ y ***= $p<.001$. D= Dificultades; Act.= Actividades; Ans/Dep = Ansiedad y Depresión; V.= Valoración; Cig.= Cigarrillos; OH= Alcohol; Enf. C.= Enfermedades comórbidas; Índice EQ/CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud; IL= Índices Internos de HDRS y HARS; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; Ant. Fam.= Antecedentes Familiares de psicopatología; EVN = Escala Verbal Numérica ; A= Clúster A; B= Clúster B; C= Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom= Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP = Patrón de la Personalidad MCMI-III.

<i>Tabla. Síndromes Clínicos</i>	Ne (n=64)	Nc (n=51)	Total (N=115)	<i>U / x²</i>	<i>r/g</i>	<i>p-valor</i>
		<i>M ± DT / n (%)</i>				
Ansiedad	53.50 ± 35.495	45.10 ± 32.825	49.77 ± 34.444	1392	.024	.176
Nulo: 0-34	23 (35.9)	24 (47.1)	47 (40.9)	x ² (1.453)		.228
Bajo: 35-59	9 (14.1)	8 (15.7)	17 (14.8)	x ² (0.059)		.807
Sugestivo: 60-74	5 (7.8)	3 (5.9)	8 (7)	x ² (0.163)		.686
Presencia: 75-84	8 (12.5)	7 (13.7)	15 (13)	x ² (0.038)		.846
Prominencia: 85-115	19 (29.7)	9 (17.6)	28 (24.3)	x ² (2.234)		.135
<i>Psicopatología (≥ 75)</i>	27 (42.2)	16 (31.4)	43 (37.4)	x ² (1.418)		.234
Somatomorfo	49.22 ± 31.225	43.10 ± 25.973	46.50 ± 29.052	1447	.021	.299
Nulo: 0-34	24 (37.5)	21 (41.2)	45 (39.1)	x ² (0.161)		.688
Bajo: 35-59	10 (19.6)	6 (9.4)	16 (13.9)	x ² (2.481)		.115
Sugestivo: 60-74	19 (29.7)	14 (27.5)	33 (28.7)	x ² (0.069)		.792
Presencia: 75-84	8 (12.5)	5 (9.8)	13 (11.3)	x ² (0.206)		.650
Prominencia: 85-115	7 (10.9)	1 (2)	8 (7)	x ² (3.534)		.060
<i>Psicopatología (≥ 75)</i>	15 (23.4)	6 (11.8)	21 (18.3)	x ² (2.591)		.107
Bipolar	42.59 ± 24.277	41.14 ± 21.458	41.95 ± 22.982	1571	.006	.733
Nulo: 0-34	26 (40.6)	21 (41.2)	47 (40.9)	x ² (0.004)		.952
Bajo: 35-59	13 (20.3)	18 (35.3)	31 (27)	x ² (3.235)		.072
Sugestivo: 60-74	21 (32.8)	9 (17.6)	30 (26.1)	x ² (3.385)		.066
Presencia: 75-84	3 (4.7)	3 (5.9)	6 (5.2)	x ² (0.082)		.775
Prominencia: 85-115	1 (1.6)	0 (0)	1 (9)	x ² (0.804)		.370
<i>Psicopatología (≥ 75)</i>	4 (6.3)	3 (5.9)	7 (6.1)	x ² (0.007)		.935
Distímico	40.48 ± 33.762	29.29 ± 28.822	35.52 ± 32.023	1369	.035	.139
Nulo: 0-34	32 (50)	33 (64.7)	65 (56.5)	x ² (2.498)		.114
Bajo: 35-59	5 (7.8)	6 (11.8)	11 (9.6)	x ² (0.513)		.474
Sugestivo: 60-74	7 (10.9)	6 (11.8)	13 (11.3)	x ² (0.019)		.889
Presencia: 75-84	17 (26.6)	5 (9.8)	22 (19.1)	x ² (5.152)	.212	.023*
Prominencia: 85-115	3 (4.7)	1 (2)	4 (3.5)	x ² (0.629)		.428
<i>Psicopatología (≥ 75)</i>	20 (31.3)	6 (11.8)	26 (22.6)	x ² (6.159)	.231	.013*
Dep. del alcohol	38.19 ± 23.251	37.51 ± 25.056	37.89 ± 23.963	1628	.002	.982
Nulo: 0-34	26 (40.6)	21 (41.2)	47 (40.9)	x ² (0.004)		.952
Bajo: 35-59	15 (23.4)	12 (23.5)	27 (23.5)	x ² (0.000)		.991
Sugestivo: 60-74	23 (35.9)	17 (33.3)	40 (34.8)	x ² (0.085)		.771
Presencia: 75-84	0 (0)	1 (2)	1 (9)	x ² (1.266)		.261
Prominencia: 85-115	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-		-
<i>Psicopatología (≥ 75)</i>	0 (0)	1 (2)	1 (9)	x ² (1.266)		.261
Dep. de otras sustancias	29.69 ± 24.431	27.76 ± 25.428	28.83 ± 24.786	1579	.007	.763
Nulo: 0-34	41 (64.1)	32 (62.7)	73 (63.5)	x ² (0.021)		.884
Bajo: 35-59	9 (14.1)	7 (13.7)	16 (13.9)	x ² (0.003)		.959
Sugestivo: 60-74	13 (20.3)	12 (23.5)	25 (21.7)	x ² (0.173)		.678
Presencia: 75-84	1 (1.6)	0 (0)	1 (9)	x ² (0.804)		.370
Prominencia: 85-115	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-		-
<i>Psicopatología (≥ 75)</i>	1 (1.6)	0 (0)	1 (9)	x ² (0.804)		.370
Estrés post-traumático	34.45 ± 28.089	28.90 ± 26.314	31.99 ± 27.339	1424	.020	.242
Nulo: 0-34	34 (53.1)	31 (60.8)	65 (56.5)	x ² (0.678)		.410
Bajo: 35-59	7 (10.9)	7 (13.7)	14 (12.2)	x ² (0.206)		.650
Sugestivo: 60-74	21 (32.8)	12 (23.5)	33 (28.7)	x ² (1.195)		.274
Presencia: 75-84	1 (1.6)	1 (2)	2 (1.7)	x ² (0.026)		.871
Prominencia: 85-115	1 (1.6)	0 (0)	1 (9)	x ² (0.804)		.370
<i>Psicopatología (≥ 75)</i>	2 (3.1)	1 (2)	3 (2.6)	x ² (0.151)		.697
Trastorno del pensamiento	36.09 ± 26.991	28.96 ± 23.165	32.93 ± 25.507	1378	.028	.152
Nulo: 0-34	31 (48.4)	32 (62.7)	63 (54.8)	x ² (2.346)		.126
Bajo: 35-59	12 (18.8)	12 (23.5)	24 (20.9)	x ² (0.393)		.531
Sugestivo: 60-74	19 (29.7)	5 (9.8)	24 (20.9)	x ² (6.795)	.243	.009**
Presencia: 75-84	0 (0)	1 (2)	1 (9)	x ² (1.266)		.261
Prominencia: 85-115	2 (3.1)	1 (2)	3 (2.6)	x ² (0.151)		.697
<i>Psicopatología (≥ 75)</i>	2 (3.1)	2 (3.9)	4 (3.5)	x ² (0.054)		.817
Depresión mayor	39.44 ± 28.235	33.04 ± 26.396	36.60 ± 27.502	1415	.023	.221
Nulo: 0-34	29 (45.3)	28 (54.9)	57 (49.6)	x ² (1.044)		.307
Bajo: 35-59	11 (17.2)	10 (19.6)	21 (18.3)	x ² (0.111)		.739
Sugestivo: 60-74	17 (26.6)	8 (15.7)	25 (21.7)	x ² (1.973)		.160
Presencia: 75-84	6 (9.4)	5 (9.8)	11 (9.6)	x ² (0.006)		.938
Prominencia: 85-115	1 (1.6)	0 (0)	1 (9)	x ² (0.804)		.370
<i>Psicopatología (≥ 75)</i>	7 (10.9)	5 (9.8)	12 (10.4)	x ² (0.039)		.843
Trastorno delirante	43.52 ± 30.376	31.78 ± 31.619	38.31 ± 31.347	1248	.037	.028*
Nulo: 0-34	21 (32.8)	26 (51)	47 (40.9)	x ² (3.877)	-.184	.049*
Bajo: 35-59	1 (1.6)	2 (3.9)	3 (2.6)	x ² (0.622)		.430
Sugestivo: 60-74	38 (59.4)	22 (43.1)	60 (52.2)	x ² (2.999)		.083
Presencia: 75-84	3 (4.7)	0 (0)	3 (2.6)	x ² (2.455)		.117
Prominencia: 85-115	1 (1.6)	1 (2)	2 (1.7)	x ² (0.026)		.871
<i>Psicopatología (≥ 75)</i>	4 (6.3)	1 (2)	5 (4.3)	x ² (1.256)		.262

Nota. Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; N=universo; n=submuestra; M=media; DT=desviación típica; x²=Chi-cuadrado de Pearson; U=U de Mann-Whitney; rφ=coeficiente Phi; g=g de Hedges; p-valor=significancia estadística; *p<.05; **p<.01 y ***p<.001. D=Dificultades; Act=Actividades; Ans/Dep=Ansiedad y Depresión; V=Valoración; Cig.=Cigarrillos; OH=Alcohol; Enf. C.=Enfermedades comórbidas; Índice EQ/CVRS=Calidad de Vida Relacionada con la Salud; II.=Índices Internos de HDRS y HARS; HDRS=Hamilton depression rating Scale; HARS=Hamilton anxiety rating scale; Ant. Fam.=Antecedentes Familiares de psicopatología; EVN=Escala Verbal Numérica; A=Clúster A; B=Clúster B; C=Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom=Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP= Patrón de la Personalidad MCMI-III.

Tabla. Puntuaciones de los Síndromes Clínicos

	Ne (n=64)	Nc (n=51)	Total (N=115)	x ² /t/U	r _φ /d/g	p-valor
	n(%) / M±DT					
Sugestivo (60-74)						
Puntuaciones	55 (85.9)	37 (72.5)	92 (80)	x ² (3.180)	.166	.075
Frecuencia	2.86 ± 2.02	2.12 ± 1.82	2.53 ± 1.96	1286	.382	.048*
Mediana	3	2	3			
Mín-Max	0-7	0-6	0-7			
Rango	7	6	7			
Presencia (75-84)						
Puntuaciones	27 (42.2)	19 (37.3)	46 (40)	x ² (0.288)	.050	.592
Frecuencia	0.73 ± 0.99	0.55 ± 0.80	0.65 ± 0.91	1503	.197	.408
Mediana	0.00	0.00	0.00			
Mín-Max	0-4	0-3	0-4			
Rango	4	3	4			
Prominencia (85-115)						
Puntuaciones	24 (37.5)	9 (17.6)	33 (28.7)	x ² (5.467)	.218	.019*
Frecuencia	0.55 ± 0.89	0.25 ± 0.68	0.42 ± 0.81	1302	.373	.019*
Mediana	0.00	0.00	0.00			
Mín-Max	0-4	0-4	0-4			
Rango	4	4	4			
Síndromes Graves						
	119.04±69.26	93.78±61.45	107.84±66.83	1274.5	.383	.044*
Mediana	116	90	97			
Mín-Max	0-248	0-236	0-248			
Rango	248	236	248			

Nota. Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; N=universo; n=submuestra; M=media; DT=desviación típica; x²=Chi-cuadrado de Pearson; U=U de Mann-Whitney; r_φ=coeficiente Phi; g=g de Hedges; p-valor=significancia estadística; * = p<.05; **=p<.01 y ***=p<.001. D= Dificultades; Act.= Actividades; Ans/Dep = Ansiedad y Depresión; V.= Valoración; Cig.= Cigarillos; OH= Alcohol; Enf. C.= Enfermedades comórbidas; Índice EQ-CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud; II.= Índices Internos de HDRS y HARS; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; Ant. Fam.= Antecedentes Familiares de psicopatología; EVN = Escala Verbal Numérica ; A= Clúster A; B= Clúster B; C= Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom= Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP = Patrón de la Personalidad MCMI-III.

Tabla. Patrones de la Personalidad

	Ne (n=64)	No (n=51)	Total (N=115)	w/χ^2	g/r	p-valor
	$M \pm DT/n (%)$					
Esquizoide	47.86 ± 20.785	45.82 ± 21.034	46.96 ± 20.828	1503	.009	.469
Nulo: 0-34	19 (29.7)	17 (33.3)	36 (31.3)	$\chi^2(0.175)$		.675
Bajo: 35-59	14 (21.9)	14 (27.5)	28 (24.3)	$\chi^2(0.479)$		.489
Sugestivo: 60-74	29 (45.3)	19 (37.3)	48 (41.7)	$\chi^2(1.074)$		.300
Presencia: 75-84	1 (1.6)	0 (0)	1 (0.9)	$\chi^2(0.804)$		.370
Prominencia: 85-115	0 (0)	1 (2)	1 (0.9)	$\chi^2(1.266)$		.261
<i>Psicopatología (≥ 75)</i>	1 (1.6)	1 (2)	2 (1.7)	$\chi^2(0.026)$		.871
Evitativo	37.36 ± 26.160	36.67 ± 23.743	37.05 ± 25.012	1612	.002	.913
Nulo: 0-34	31 (48.4)	27 (52.9)	58 (50.4)	$\chi^2(0.230)$		.631
Bajo: 35-59	15 (23.8)	11 (21.6)	26 (22.6)	$\chi^2(0.057)$		.812
Sugestivo: 60-74	13 (20.3)	8 (15.7)	21 (18.3)	$\chi^2(0.407)$		.524
Presencia: 75-84	5 (7.8)	5 (9.8)	10 (8.7)	$\chi^2(0.142)$		.707
Prominencia: 85-115	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-		-
<i>Psicopatología (≥ 75)</i>	5 (7.8)	5 (9.8)	10 (8.7)	$\chi^2(0.142)$		.707
Depresivo	35.44 ± 26.492	27.69 ± 22.138	32.00 ± 24.855	1390	.031	.173
Nulo: 0-34	34 (53.1)	35 (68.6)	69 (60)	$\chi^2(2.842)$		.092
Bajo: 35-59	14 (21.9)	10 (19.6)	24 (20.9)	$\chi^2(0.088)$		.766
Sugestivo: 60-74	11 (17.2)	4 (7.8)	15 (13)	$\chi^2(2.185)$		.139
Presencia: 75-84	5 (7.8)	2 (3.9)	7 (6.1)	$\chi^2(0.752)$		.386
Prominencia: 85-115	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-		-
<i>Psicopatología (≥ 75)</i>	5 (7.8)	2 (3.9)	7 (6.1)	$\chi^2(0.752)$		.386
Dependiente	46.22 ± 24.499	39.47 ± 23.970	43.23 ± 24.393	1364	.027	.131
Nulo: 0-34	23 (35.9)	21 (41.2)	44 (38.3)	$\chi^2(0.330)$		.566
Bajo: 35-59	11 (17.2)	16 (31.4)	27 (23.5)	$\chi^2(3.179)$		.075
Sugestivo: 60-74	22 (34.4)	8 (15.7)	30 (26.1)	$\chi^2(5.141)$	.211	.023*
Presencia: 75-84	7 (10.9)	6 (11.8)	13 (11.3)	$\chi^2(0.019)$		.889
Prominencia: 85-115	1 (1.6)	0 (0)	1 (0.9)	$\chi^2(0.804)$		.370
<i>Psicopatología (≥ 75)</i>	8 (12.5)	6 (11.8)	14 (12.2)	$\chi^2(0.014)$		.905
Histriónico	53.80 ± 20.054	54.73 ± 20.160	54.21 ± 20.018	1525	.004	.547
Nulo: 0-34	12 (18.8)	9 (17.6)	21 (18.3)	$\chi^2(0.023)$		.879
Bajo: 35-59	23 (35.9)	15 (29.4)	38 (33)	$\chi^2(0.546)$		.460
Sugestivo: 60-74	19 (29.7)	21 (41.2)	40 (34.8)	$\chi^2(1.652)$		.199
Presencia: 75-84	7 (10.9)	6 (11.8)	13 (11.3)	$\chi^2(0.019)$		.889
Prominencia: 85-115	3 (4.7)	0 (0)	3 (2.6)	$\chi^2(2.455)$		.117
<i>Psicopatología (≥ 75)</i>	10 (15.6)	6 (11.8)	16 (13.9)	$\chi^2(0.353)$		.552
Narcisista	58.20 ± 16.086	61.61 ± 15.196	59.71 ± 15.722	1447	.021	.298
Nulo: 0-34	7 (10.9)	5 (9.8)	12 (10.4)	$\chi^2(0.039)$		.843
Bajo: 35-59	16 (25)	4 (7.8)	20 (17.4)	$\chi^2(5.815)$	.225	.016*
Sugestivo: 60-74	34 (53.1)	37 (72.5)	71 (61.7)	$\chi^2(4.533)$	-.199	.033*
Presencia: 75-84	6 (9.4)	4 (7.8)	10 (8.7)	$\chi^2(0.084)$		.772
Prominencia: 85-115	1 (1.6)	1 (2)	2 (1.7)	$\chi^2(0.026)$		.871
<i>Psicopatología (≥ 75)</i>	7 (10.9)	5 (9.8)	12 (10.4)	$\chi^2(0.039)$		.843
Antisocial	36.73 ± 21.897	32.25 ± 22.136	34.75 ± 22.020	1437	.020	.271
Nulo: 0-34	25 (39.1)	29 (56.9)	54 (47)	$\chi^2(3.611)$		.057
Bajo: 35-59	24 (37.5)	12 (23.5)	36 (31.3)	$\chi^2(2.576)$		.108
Sugestivo: 60-74	14 (21.9)	10 (19.6)	24 (20.9)	$\chi^2(0.088)$		.766
Presencia: 75-84	1 (1.6)	0 (0)	1 (0.9)	$\chi^2(0.804)$		.370
Prominencia: 85-115	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-		-
<i>Psicopatología (≥ 75)</i>	1 (1.6)	0 (0)	1 (0.9)	$\chi^2(0.804)$		.370
Agresivo	35.64 ± 21.420	32.71 ± 22.304	34.34 ± 21.769	1492	.013	.430
Nulo: 0-34	32 (50)	28 (54.9)	60 (52.2)	$\chi^2(0.273)$		.601
Bajo: 35-59	18 (28.1)	14 (27.5)	32 (27.8)	$\chi^2(0.006)$		.936
Sugestivo: 60-74	14 (21.9)	9 (17.6)	23 (20)	$\chi^2(0.317)$		.573
Presencia: 75-84	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-		-
Prominencia: 85-115	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-		-
<i>Psicopatología (≥ 75)</i>	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-		-

Nota. Ne=Dolor crónico Neuropático; No=Dolor crónico Nociceptivo; N=universo; n=submuestra; M=media; DT=desviación típica; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; U=U de Mann-Whitney; r ϕ =coeficiente Phi; g=g de Hedges; p-valor=significancia estadística; *p<.05; **p<.01 y ***p<.001. D= Dificultades; Act.= Actividades; Ans/Dep = Ansiedad y Depresión; V.= Valoración; Cig.= Cigarrillos; OH= Alcohol; Enf. C.= Enfermedades comórbidas; Índice EQCVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud; IL= Índices Internos de HDRS y HARS; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS= Hamilton anxiety rating scale; Ant. Fam.= Antecedentes Familiares de psicopatología; EVN= Escala Verbal Numérica; A= Clúster A; B= Clúster B; C= Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom= Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP = Patrón de la Personalidad MCMI-III.

Compulsivo	69.20 ± 16.462	69.27 ± 18.225	69.23 ± 17.188	1588.5	.000	.806
Nulo: 0-34	2 (3.1)	4 (7.8)	6 (5.2)	χ^2 (1.278)		.258
Bajo: 35-59	13 (20.3)	7 (13.7)	20 (17.4)	χ^2 (0.857)		.355
Sugestivo: 60-74	25 (39.1)	15 (29.4)	40 (34.8)	χ^2 (1.165)		.280
Presencia: 75-84	12 (18.8)	15 (29.4)	27 (23.5)	χ^2 (1.796)		.180
Prominencia: 85-115	12 (18.8)	10 (19.6)	22 (19.1)	χ^2 (0.014)		.907
Psicopatología (≥ 75)	24 (37.5)	25 (49)	49 (42.6)	χ^2 (1.540)		.215
Negativista	41.45 ± 23.288	37.06 ± 22.641	39.50 ± 23.007	1435	.019	.267
Nulo: 0-34	22 (34.4)	24 (47.1)	46 (40)	χ^2 (1.903)		.168
Bajo: 35-59	23 (35.9)	16 (31.4)	39 (33.9)	χ^2 (0.264)		.607
Sugestivo: 60-74	18 (28.1)	10 (19.6)	28 (24.3)	χ^2 (1.118)		.290
Presencia: 75-84	1 (1.6)	0 (0)	1 (9)	χ^2 (0.804)		.370
Prominencia: 85-115	0 (0)	1 (2)	1 (9)	χ^2 (1.266)		.261
Psicopatología (≥ 75)	1 (1.6)	1 (2)	2 (1.7)	χ^2 (0.026)		.871
Autodestructivo	31.98 ± 24.143	24.16 ± 22.191	28.51 ± 23.524	1354.5	.033	.117
Nulo: 0-34	32 (50)	34 (66.7)	66 (57.4)	χ^2 (3.224)		.073
Bajo: 35-59	19 (29.7)	12 (23.5)	31 (27)	χ^2 (0.547)		.460
Sugestivo: 60-74	13 (20.3)	5 (9.8)	18 (15.7)	χ^2 (2.374)		.123
Presencia: 75-84	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-		-
Prominencia: 85-115	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-		-
Psicopatología (≥ 75)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-		-
Esquizotípico	31.59 ± 25.432	25.82 ± 24.285	29.03 ± 24.988	1421.5	.023	.234
Nulo: 0-34	36 (56.3)	32 (62.7)	68 (59.1)	χ^2 (0.495)		.481
Bajo: 35-59	10 (15.6)	12 (23.5)	22 (19.1)	χ^2 (1.146)		.284
Sugestivo: 60-74	18 (28.1)	7 (13.7)	25 (21.7)	χ^2 (3.459)		.063
Presencia: 75-84	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-		-
Prominencia: 85-115	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-		-
Psicopatología (≥ 75)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-		-
Límite	28.69 ± 23.550	24.08 ± 22.550	26.64 ± 23.126	1428	.019	.300
Nulo: 0-34	42 (65.6)	37 (72.5)	79 (68.7)	χ^2 (0.633)		.426
Bajo: 35-59	12 (18.8)	7 (13.7)	19 (16.5)	χ^2 (0.520)		.471
Sugestivo: 60-74	9 (14.1)	6 (11.8)	15 (13)	χ^2 (0.132)		.716
Presencia: 75-84	1 (1.6)	1 (2)	2 (1.7)	χ^2 (0.026)		.871
Prominencia: 85-115	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-		-
Psicopatología (≥ 75)	1 (1.6)	1 (2)	2 (1.7)	χ^2 (0.026)		.871
Paranoide	44.73 ± 28.180	37.84 ± 25.385	41.68 ± 27.080	1292.5	.025	.056
Nulo: 0-34	24 (37.5)	23 (45.1)	47 (40.9)	χ^2 (0.678)		.410
Bajo: 35-59	3 (4.7)	9 (17.6)	12 (10.4)	χ^2 (5.100)	-.211	.024*
Sugestivo: 60-74	35 (54.7)	17 (33.3)	52 (45.2)	χ^2 (5.225)	.213	.022*
Presencia: 75-84	2 (3.1)	2 (3.9)	4 (3.5)	χ^2 (0.054)		.817
Prominencia: 85-115	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-		-
Psicopatología (≥ 75)	2 (3.1)	2 (3.9)	4 (3.5)	χ^2 (0.054)		.817

Nota. Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; N=universo; n=submuestra; M=media; DT=desviación típica; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; U=U de Mann-Whitney; r ϕ =coeficiente Phi; g=g de Hedges; p-valor=significancia estadística; *p<.05; **p<.01 y ***p<.001. D= Dificultades; Act.= Actividades; Ans/Dep = Ansiedad y Depresión; V.= Valoración; Cig.= Cigarrillos; OH= Alcohol; Enf. C.= Enfermedades comórbidas; Índice EQCVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud; II.= Índices Internos de HDRS y HARS; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; Ant. Fam.= Antecedentes Familiares de psicopatología; EVN = Escala Verbal Numérica; A= Clúster A; B= Clúster B; C= Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom= Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP = Patrón de la Personalidad MCMI-III.

Tabla. Puntuaciones de los Patrones de la Personalidad

	Ne (n=64)	Nc (n=51)	Total (N=115)	$\chi^2 / t / U_{-}$	$r_{\phi} / d / g$	p-valor
	n (%) / M \pm DT					
Sugestivo (60-74)						
Puntuaciones	63 (98.4)	51 (100)	114 (99.1)	χ^2 (0.804)	-.084	.370
Frecuencia	4.30 \pm 2.64	3.45 \pm 2.32	3.92 \pm 2.53	1328	.339	.084
Mediana	4	3	3			
Min-Max	0-10	1-11	0-11			
Rango	10	10	11			
Presencia (75-84)						
Puntuaciones	42 (65.6)	36 (70.6)	78 (67.8)	χ^2 (0.320)	-.053	.571
Frecuencia	0.75 \pm 0.64	0.80 \pm 0.60	0.77 \pm 0.62	1538	.080	.546
Mediana	1	1	1			
Min-Max	0-3	0-2	0-3			
Rango	3	2	3			
Prominencia (85-115)						
Puntuaciones	17 (26.6)	13 (25.5)	30 (26.1)	χ^2 (0.017)	.012	.896
Frecuencia	0.27 \pm 0.44	0.25 \pm 0.44	0.26 \pm 0.44	1614	.045	.897
Mediana	0.00	0.00	0.00			
Min-Max	0-1	0-1	0-1			
Rango	1	1	1			
Clúster A						
Sugestivas	124.19 \pm 64.23	109.49 \pm 58.10	117.67 \pm 61.76	1414.5	.103	.221
Presencia y Prominencia	1.30 \pm 1.12	0.84 \pm 1.00	1.10 \pm 1.06	1266.5	.430	.031*
Frecuencia	43 (67.2)	27 (52.9)	70 (60.9)	2.418	.145	.120
Presencia y Prominencia	0.05 \pm 0.21	0.06 \pm 0.24	0.05 \pm 0.22	1612.5	.044	.776
Frecuencia	3 (4.7)	3 (5.9)	6 (5.2)	.082	-.027	.775
Clúster B						
Sugestivas	286.50 \pm 84.12	266.59 \pm 86.30	277.67 \pm 85.30	1383.0	.233	.161
Presencia y Prominencia	1.89 \pm 1.27	1.92 \pm 1.48	1.90 \pm 1.36	1583.5	.021	.778
Frecuencia	55 (85.9)	45 (88.2)	100 (87.0)	.132	-.034	.716
Presencia y Prominencia	0.31 \pm 0.47	0.25 \pm 0.44	0.29 \pm 0.45	1538.0	.131	.499
Frecuencia	20 (31.3)	13 (25.5)	33 (28.7)	.460	.063	.498
Clúster C						
Sugestivas	188.22 \pm 67.05	173.10 \pm 53.05	181.51 \pm 61.45	1412.0	.246	.215
Presencia y Prominencia	1.11 \pm 1.04	0.69 \pm 0.81	0.92 \pm 0.97	1267.0	.444	.028*
Frecuencia	43 (67.2)	26 (51.0)	69 (60.0)	3.106	.164	.078
Presencia y Prominencia	0.66 \pm 0.72	0.75 \pm 0.59	0.70 \pm 0.66	1455.5	.135	.265
Frecuencia	35 (54.7)	34 (66.7)	69 (60.0)	1.697	-.121	.193
Puntuación global	598.91 \pm 181.32	549.18 \pm 162.24	576.85 \pm 174.16	1358.5	.287	.124
Graves en Personalidad	105.02 \pm 67.48	87.75 \pm 59.35	97.36 \pm 64.31	1396.5	.269	.185

Nota. Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; N=universo; n=submuestra; M=media; DT=desviación típica; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; U_{-} de Mann-Whitney; r_{ϕ} =coeficiente Phi; g =g de Hedges; p-valor=significancia estadística; *= $p < .05$; **= $p < .01$ y ***= $p < .001$. D= Dificultades; Act.= Actividades; Ans/Dep = Ansiedad y Depresión; V.= Valoración; Cig.= Cigarrillos; OH= Alcohol; Enf. C.= Enfermedades comórbidas; Índice EQ/CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud; II.= Índices Internos de HDRS y HARS; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS= Hamilton anxiety rating scale; Ant. Fam.= Antecedentes Familiares de psicopatología; EVN = Escala Verbal Numérica ; A= Clúster A; B= Clúster B; C= Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom= Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP = Patrón de la Personalidad MCMI-III.

Anexo 9. Datos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Tabla. Calidad de Vida Relacionada con la Salud (EQ-5D-3L)

		Ne (n=64)	Nc (n=51)	Total (N=115)	χ^2 /t/U	r_ϕ / d / g	p-valor
		<i>M±DT/n (%)</i>					
<i>Global</i>		9.19±2.32	8.29±1.83	8.79±2.16	1280	.425	.045*
	Mediana	9	8	9			
	Mín-Max	6-15	6-13	6-15			
	Rango	9	7	9			
<i>Dimensiones</i>							
Movilidad		1.70±0.49	1.53±0.54	1.63±0.52	1351	.331	.065
	Sin dificultad	20 (31.3)	25 (49.0)	45 (39.1)	3.763	-.181	.052
	Alguna/moderada	43 (67.2)	25 (49.0)	68 (59.1)	3.877	.184	.049*
	Muchas/graves	1 (1.6)	1 (2.0)	21.7	.026	-.015	.871
Cuidado personal		1.42±0.58	1.29±0.50	1.37±0.55	1459	.238	.235
	Sin dificultad	40 (62.5)	37 (72.5)	77 (67.0)	1.295	-.106	.255
	Alguna/moderada	21 (32.8)	13 (25.5)	34 (29.6)	.731	.080	.393
	Muchas/graves	3 (4.7)	1 (2.0)	4 (3.5)	.629	.074	.428
Actividades cotidianas		1.88±0.57	1.75±0.56	1.82±0.57	1453	.229	.234
	Sin dificultad	15 (23.4)	16 (31.4)	31 (27.0)	.908	-.089	.341
	Alguna/moderada	42 (65.6)	32 (62.7)	74 (64.3)	.103	.030	.749
	Muchas/graves	7 (10.9)	3 (5.9)	10 (8.7)	.914	.089	.339
Dolor/malestar		2.27±0.32	2±0.44	2.15±0.53	1241	.714	.006**
	Sin dificultad	4 (6.3)	5 (9.8)	9 (7.8)	.497	-.066	.481
	Alguna/moderada	39 (60.9)	41 (80.4)	80 (69.6)	5.074	-.210	.024*
	Muchas/graves	21 (32.8)	5 (9.8)	26 (22.6)	8.587	.273	.003**
Ansiedad/depresión		1.88±0.78	1.73±0.75	1.81±0.77	1464	.195	.310
	Sin dificultad	24 (37.5)	23 (45.1)	47 (40.9)	.678	-.077	.410
	Alguna/moderada	24 (37.5)	19 (37.3)	43 (37.4)	.001	.003	.978
	Muchas/graves	16 (25.0)	9 (17.6)	25 (21.7)	.902	.089	.342
<i>Índice</i>		0.49±0.29	0.60±0.23	0.53±0.27	1282	.414	.048*
	Mediana	0.59	0.66	0.59			
	Mín-Max	-0.41-0.88	-0.10-0.88	-0.41-0.88			
	Rango	1.29	0.98	1.29			
<i>Valoración Salud</i>		52.05±18.52	63.57±20.13	53.46±20.01	1100	.598	.003**
	Mediana	50	60	60			
	Mín-Max	20-90	10-100	10-100			
	Rango	70	90	90			

Anexo 10. Datos relativos a las Características Neuropáticas

Tabla. Características Neuropáticas

	Presencia	Ausencia	χ^2	g ^l	p-valor	r_ϕ
	n (%)					
<i>Puntúan 5 (n=13)</i>						
Sugestivo PP Esquizotípico	8 (61.5)	5 (38.5)	13.646	1	.000	.344**
<i>Puntúan 6 (n=8)</i>						
Prominencia del SC Distímico	3 (37.5)		29.644	1	.000	.508***
Prominencia del SC Depresivo M.	1 (12.5)	4 (50)	13.492	1	.000	.343**
HDRS: Más que Depresión Mayor	1 (12.5)		13.492	1	.000	.343**
<i>Puntúan 7 (n=2)</i>						
Síndromes Miofasciales	2 (100)	0 (0)	17.471	1	.000	.390**
Región Escapular y MMSS	2 (100)		19.244	1	.000	.409**

Nota. Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; N=universo; n=submuestra; M=media; DT=desviación típica; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; U=U de Mann-Whitney; r_ϕ =coeficiente Phi; g=g de Hedges; p-valor=significancia estadística; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$ y ***= $p<0.001$. D= Dificultades; Act.= Actividades; Ans/Dep = Ansiedad y Depresión; V.= Valoración; Cig.= Cigarrillos; OH= Alcohol; Enf. C.= Enfermedades comórbidas; Índice EQ/CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud; IL= Índices Internos de HDRS y HARS; HDRS= Hamilton depression rating scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; Ant. Fam.= Antecedentes Familiares de psicopatología; EVN = Escala Verbal Numérica; A= Clúster A; B= Clúster B; C= Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom= Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP = Patrón de la Personalidad MCMI-III.

Anexo 11. Datos relativos a los Perfiles de Dolor

Tabla. Diferencias entre grupos por la situación laboral

	Ne				Nc				U/t	p	g/d
	Mdn	Rng	Mín	Máx	Mdn	Rng	Mín	Máx			
<i>Activo</i>	Ne (n=16)				Nc (n=11)						
Edad	50.8	10.7			53.5	10.6			2.6	0.0	0.248
Nº Enferm.	0.5	6.0	0.0	6.0	1.0	4.0	0.0	4.0	253.0	0.0	-0.043
I.Sueño	3.0	5.0	0.0	5.0	0.0	4.0	0.0	4.0	135.5	0.0	-1.213
Delirante	60.0	70.0	0.0	70.0	0.0	66.0	0.0	66.0	136.0	0.0	-0.939
Esquizoide	34.0	68.0	0.0	68.0	38.0	57.0	9.0	66.0	233.0	0.0	0.135
Histriónico	64.0	70.0	23.0	93.0	60.0	37.0	43.0	80.0	246.0	0.0	-0.167
Nº PP Prominentes	0.5	1.0	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	1.0	264.0	0.0	-0.457
Sugestivos A	0.0	3.0	0.0	3.0	0.0	2.0	0.0	2.0	256.0	0.0	-0.266
Nº Ant. Familiares	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	2.0	0.0	2.0	259.0	0.0	0.826
<i>Desempleo</i>	Ne (n=4)				Nc (n=3)						
Edad	40.8	16.0			46.3	9.1			2.2	0.0	0.429
<i>Incp. Permanente</i>	Ne (n=4)				Nc (n=2)						
Nº Fármacos	4.0	3.0	2.0	5.0	3.5	1.0	3.0	4.0	46.5	0.0	-0.186
Índice CV	0.2	0.5	-0.2	0.4	0.2	0.3	0.0	0.3	39.0	0.0	0.140
Dificultades	11.5	4.0	10.0	14.0	11.5	3.0	10.0	13.0	42.5	0.0	-0.120
Cuidado	2.0	2.0	1.0	3.0	2.0	0.0	2.0	2.0	13.0	0.0	0.000
Actividades	2.5	1.0	2.0	3.0	2.0	2.0	1.0	3.0	55.0	0.0	-0.577
Ans/Dep	3.0	2.0	1.0	3.0	3.0	0.0	3.0	3.0	7.0	0.0	0.577
IPsíquico	9.3	1.0			10.0	4.2			-2.2	0.0	0.244
Histriónico	35.5	22.0	23.0	45.0	36.5	63.0	5.0	68.0	41.0	0.0	0.074
Presencia A	0.0	1.0	0.0	1.0	0.5	1.0	0.0	1.0	26.5	0.0	0.447
<i>Jubilacion</i>	Ne (n=24)				Nc (n=22)						
Edad	69.5	7.6			70.4	8.6			-4.6	0.0	0.117
Nº Enferm.	2.0	6.0	0.0	6.0	2.0	5.0	0.0	5.0	335.0	0.0	-0.559
Actividades	2.0	2.0	1.0	3.0	1.5	1.0	1.0	2.0	198.0	0.0	-0.662
Evolución	30.0	472.0	8.0	480.0	33.0	472.0	8.0	480.0	338.5	0.0	0.003
EVN	8.0	6.0	3.0	9.0	6.0	9.0	1.0	10.0	320.5	0.0	-0.850
I.Sueño	1.5	6.0	0.0	6.0	2.0	5.0	0.0	5.0	331.5	0.0	0.049
Narcisista	66.0	63.0	30.0	93.0	65.0	62.0	18.0	80.0	327.0	0.0	0.051
Agresivo	30.0	58.0	1.0	59.0	31.0	70.0	0.0	70.0	336.0	0.0	0.276
Nº PP Prominentes	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	1.0	372.0	0.0	0.371
<i>Hogar</i>	Ne (n=4)				Nc (n=8)						
Edad	79.3	3.6			65.1	10.6			-3.2	0.0	-1.784
<i>Incp. Temporal</i>	Ne (n=12)				Nc (n=4)						
Edad	48.1	7.9			55.0	6.6			3.1	0.0	0.945
Malestar	2.0	2.0	1.0	3.0	2.5	1.0	2.0	3.0	48.0	0.0	0.641
Valoración S	42.6	16.6			70.0	14.1			2.0	0.0	1.780
Evolución	20.5	233.0	7.0	240.0	8.0	16.0	8.0	24.0	31.5	0.0	-0.560
Pensamiento	61.0	87.0	3.0	90.0	23.0	86.0	3.0	89.0	172.5	0.0	-0.582
Histriónico	41.5	74.0	9.0	83.0	60.5	58.0	14.0	72.0	193.5	0.0	0.362
Nº Ant. Familiares	1.0	3.0	0.0	3.0	0.5	2.0	0.0	2.0	202.0	0.0	-0.097

Nota. Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; N=universo; n=submuestra; M=media; DT=desviación típica; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; U=U de Mann-Whitney; $r\phi$ =coeficiente Phi; g=g de Hedges; p=valor-significancia estadística; *= $p<.05$; **= $p<.01$ y ***= $p<.001$. D= Dificultades; Act.= Actividades; Ans/Dep = Ansiedad y Depresión; V.= Valoración; Cig.= Cigarillos; OH= Alcohol; Enf. C.= Enfermedades comórbidas; Índice EQ/CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud; II.= Índices Internos de HDRS y HARS; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; Ant. Fam.= Antecedentes Familiares de psicopatología; EVN = Escala Verbal Numérica ; A= Clúster A; B= Clúster B; C= Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom= Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP = Patrón de la Personalidad MCMI-III.

Tabla. Diferencias entre grupos por la evolución e intensidad del dolor

	Ne				Nc				U/t	p	g/d
	Mdn	Rng	Mín	Máx	Mdn	Rng	Mín	Máx			
Evolución											
<i>Menos de 1 año</i>	Ne (n=18)				Nc (n=13)						
Edad	52.67	15.10			60.15	18.83			2.286	.026	0.439
<i>De 1 a 2 años</i>	Ne (n=18)				Nc (n=18)						
SC Graves	103.22	76.20			70.33	56.99			2.078	.043	-0.489
Dependiente	38.5	82.0	1.0	83.0	24.0	69.0	6.0	75.0	180.5	.022	-0.536
<i>De 3 a 5 años</i>	Ne (n=14)				Nc (n=8)						
Ansiedad	48.0	103.0	0.0	103.0	19.0	51.0	0.0	51.0	86.0	.026	-1.139
Valoración salud	54.36	19.602			49.38	27.831			2.258	.028	-0.207
Autodestructivo	52.0	64.0	0.0	64.0	12.0	66.0	0.0	66.0	215.0	.028	-0.974
<i>De 6 a 10 años</i>	Ne (n=6)				Nc (n=7)						
Dificultades	10.5	5.0	9.0	14.0	9.0	5.0	7.0	12.0	89.5	.050	-1.167
Cuidado	2.0	2.0	1.0	3.0	1.0	1.0	1.0	2.0	81.5	.012	-1.279
Somatomorfo	67.5	43.0	60.0	103.0	68.0	92.0	2.0	94.0	85.5	.041	-0.552
Dep. Alcohol	30.0	67.0	0.0	67.0	60.0	36.0	32.0	68.0	73.5	.027	1.230
Pensamiento	47.0	52.0	13.0	65.0	52.0	76.0	2.0	78.0	71.0	.023	0.194
Nº SC Presentes	1.0	2.0	0.0	2.0	1.0	2.0	0.0	2.0	64.5	.004	0.600
SC Graves	146.00	47.98			139.86	63.72			-2.217	.031	-0.109
Agresivo	30.0	62.0	0.0	62.0	58.0	40.0	30.0	70.0	63.5	.013	1.151
Nº PP Prominentes	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	1.0	65.0	.001	-1.761
Presencia A	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	1.0	113.5	.007	0.263
Puntuación B	265.83	102.85			330.71	99.99			-2.196	.033	0.639
<i>Más de 10 años</i>	Ne (n=8)				Nc (n=5)						
Tabaco	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	12.0	0.0	12.0	59.5	.005	1.457
Índice CV	0.3	0.8	0.1	0.9	0.5	0.7	0.0	0.7	52.5	.047	0.024
Ansiedad	71.5	97.0	0.0	97.0	78.0	37.0	51.0	88.0	50.0	.039	0.426
Presencia C	0.5	2.0	0.0	2.0	0.0	1.0	0.0	1.0	53.5	.025	-0.652
Nº Ant. Familiares	1.0	3.0	0.0	3.0	0.0	2.0	0.0	2.0	115.0	.009	-0.605
EVN											
<i>Dolor Leve</i>	Ne (n=6)				Nc (n=8)						
Dificultades	7.5	6.0	6.0	12.0	7.0	3.0	6.0	9.0	97.5	.050	-0.564
Malestar	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	57.0	.000	-0.564
EVN	2.0	3.0	.0	3.0	1.5	2.0	1.0	3.0	3.0	.000	0.075
Antisocial	41.0	75.0	.0	75.0	14.5	47.0	.0	47.0	80.0	.017	-1.118
Compulsivo	65.5	32.0	41.0	73.0	82.0	39.0	57.0	96.0	91.0	.036	1.689
<i>Dolor Moderado</i>	Ne (n=20)				Nc (n=27)						
Nº Enferm.	2.0	6.0	.0	6.0	1.0	3.0	.0	3.0	211.0	.028	-0.737
Evolución	24.0	472.0	8.0	480.0	24.0	173.0	7.0	180.0	201.5	.020	-0.394
EVN	6.0	2.0	4.0	6.0	5.0	4.0	2.0	6.0	213.0	.034	-0.511
I Melancolía	5.0	12.0	.0	12.0	4.0	10.0	1.0	11.0	287.0	.026	0.080
ISueño	2.5	6.0	.0	6.0	1.0	5.0	.0	5.0	216.5	.037	-0.723
<i>Dolor Severo</i>	Ne (n=38)				Nc (n=16)						
Edad	60.50	14.497			67.75	9.427			-2.132	.038	0.592
Alcohol	.0	1.0	.0	1.0	.0	2.0	.0	2.0	205.0	.022	0.986
Índice CV	.5	1.3	-.4	.9	.5	1.0	-.1	.9	159.5	.014	0.088
Dificultades	9.5	9.0	6.0	15.0	9.0	7.0	6.0	13.0	164.0	.017	-0.139
Malestar	2.0	2.0	1.0	3.0	2.0	1.0	2.0	3.0	188.0	.007	-0.327
Ans/Dep	2.0	2.0	1.0	3.0	2.0	2.0	1.0	3.0	182.0	.031	0.117
EVN	8.0	2.0	7.0	9.0	8.0	3.0	7.0	10.0	.0	.000	0.286
HDRS	16.0	29.0	1.0	30.0	15.0	24.0	3.0	27.0	171.0	.026	-0.023
I Melancolía	7.0	15.0	.0	15.0	7.0	11.0	1.0	12.0	295.5	.006	-0.004
ISueño	2.0	6.0	.0	6.0	3.5	5.0	.0	5.0	146.5	.005	0.132
Ansiedad	75.0	107.0	.0	107.0	74.0	100.0	3.0	103.0	161.0	.016	0.054
Somatomorfo	65.0	115.0	.0	115.0	55.5	87.0	7.0	94.0	305.5	.010	-0.311
Distimia	49.0	107.0	.0	107.0	45.5	99.0	.0	99.0	159.5	.014	-0.032
EPT	33.5	74.0	.0	74.0	42.0	76.0	.0	76.0	179.5	.041	0.059
Pensamiento	43.0	87.0	.0	87.0	37.0	89.0	.0	89.0	178.0	.038	0.049
Nº SC Presentes	1.0	4.0	.0	4.0	1.0	2.0	.0	2.0	354.5	.032	-0.047
Depresivo	36.0	80.0	.0	80.0	42.0	63.0	10.0	73.0	182.5	.048	-0.082
Límite	27.0	70.0	.0	70.0	26.0	63.0	7.0	70.0	184.0	.051	0.067
Presencia C	1.0	3.0	.0	3.0	.5	1.0	.0	1.0	196.0	.050	-0.230

Nota. Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; N=universo; n=submuestra; M=media; DT=desviación típica; x2=Chi-cuadrado de Pearson; U=U de Mann-Whitney; ϕ =coeficiente Phi; g=g de Hedges; p=valor=significancia estadística; *= $p < .05$; **= $p < .01$ y ***= $p < .001$. D=Dificultades; Act.= Actividades; Ans/Dep = Ansiedad y Depresión; V.= Valoración; Cig.= Cigarrillos; OH= Alcohol; Enf. C.= Enfermedades comórbidas; Índice EQ/CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud; II.= Índices Internos de HDRS y HARS; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; Ant. Fam.= Antecedentes Familiares de psicopatología; EVN = Escala Verbal Numérica ; A= Clúster A; B= Clúster B; C= Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom= Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP = Patrón de la Personalidad MCMI-III.

Tabla. Diferencias entre grupos por la presencia de psicopatología depresiva (HDRS)

HDRS	Ne				Nc				U/t	p	g/d
	Mdn	Rng	Mín	Máx	Mdn	Rng	Mín	Máx			
	Ne (n=19)				Nc (n=10)						
Nº Fármacos	3.0	6.0	0.0	6.0	3.0	5.0	0.0	5.0	286.5	.033	0.042
Índice CV	0.3	1.2	-0.4	0.8	0.5	0.6	0.1	0.7	218.0	.002	0.462
Dificultades	11.0	8.0	7.0	15.0	9.0	4.0	8.0	12.0	203.5	.001	-0.519
Malestar	3.0	1.0	2.0	3.0	2.0	1.0	2.0	3.0	259.0	.004	-0.789
Ans/Dep	3.0	2.0	1.0	3.0	3.0	2.0	1.0	3.0	175.5	.000	0.041
Valoración S	45.00	16.75			61.00	16.63			2.026	.047	0.959
Nº Dx. UTD	59.0	72.0	0.0	72.0	58.0	61.0	9.0	70.0	253.5	.010	-0.073
EVN	8.0	3.0	6.0	9.0	6.5	8.0	2.0	10.0	245.5	.006	-0.855
HDRS	20.0	12.0	18.0	30.0	20.5	7.0	20.0	27.0	0.0	.000	0.277
I. Melancolía	9.0	10.0	5.0	15.0	10.5	2.0	10.0	12.0	63.5	.000	0.673
I. Ansiedad	6.0	8.0	2.0	10.0	5.0	7.0	3.0	10.0	131.5	.000	-0.143
I. Sueño	5.0	6.0	0.0	6.0	4.0	3.0	2.0	5.0	179.5	.000	-0.063
HARS	17.0	13.0	10.0	23.0	18.0	16.0	10.0	26.0	127.0	.000	0.217
I. Psíquico	10.26	3.10			9.00	2.78			-5.220	.000	-0.427
I. Somático	8.0	8.0	2.0	10.0	9.0	8.0	5.0	13.0	175.5	.000	0.939
Ansiedad	93.0	107.0	0.0	107.0	81.5	89.0	14.0	103.0	120.0	.000	-0.482
Somatomorfo	75.0	84.0	31.0	115.0	67.5	80.0	14.0	94.0	113.0	.000	-0.762
Distimia	77.0	107.0	0.0	107.0	58.0	94.0	5.0	99.0	157.5	.000	-0.484
EPT	64.0	92.0	0.0	92.0	61.5	71.0	5.0	76.0	138.0	.000	-0.493
Pensamiento	60.0	90.0	0.0	90.0	50.5	76.0	13.0	89.0	213.0	.002	-0.334
Depresión M.	71.0	75.0	12.0	87.0	56.0	58.0	20.0	78.0	110.5	.000	-0.487
Nº SC Sugestivos	4.0	5.0	1.0	6.0	4.0	5.0	0.0	5.0	265.5	.016	-0.356
Nº SC Presentes	2.0	4.0	0.0	4.0	1.0	3.0	0.0	3.0	211.5	.000	-0.280
Nº SC Prominentes	1.0	4.0	0.0	4.0	0.5	4.0	0.0	4.0	126.5	.000	-0.398
SC Graves	169.10	52.61			134.80	69.33			-4.231	.000	-0.557
Evitativo	56.0	80.0	0.0	80.0	62.0	70.0	8.0	78.0	283.0	.034	0.126
Depresivo	57.0	75.0	0.0	75.0	53.0	70.0	9.0	79.0	197.0	.001	-0.242
Dependiente	63.0	77.0	6.0	83.0	47.0	69.0	6.0	75.0	287.5	.039	-0.500
Narcisista	50.0	51.0	18.0	69.0	58.5	60.0	14.0	74.0	224.5	.003	0.078
Autodestructivo	49.0	66.0	0.0	66.0	45.5	62.0	0.0	62.0	289.5	.042	-0.157
Esquizotípico	47.0	68.0	0.0	68.0	52.0	68.0	0.0	68.0	109.0	.022	-0.007
Límite	43.0	83.0	0.0	83.0	43.0	70.0	5.0	75.0	228.5	.003	-0.065
Paranoide	66.0	63.0	12.0	75.0	61.5	71.0	5.0	76.0	256.0	.012	-0.100
Puntuación A	166.0	184.0	20.0	204.0	179.5	173.0	43.0	216.0	287.5	.040	-0.036
Sugestivos A	2.0	3.0	0.0	3.0	2.0	2.0	0.0	2.0	117.0	.025	-0.277
Presencia A	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	1.0	169.0	.036	0.480
Presencia B	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	1.0	301.5	.021	0.267
Puntuación C	238.0	218.0	96.0	314.0	217.0	143.0	117.0	260.0	227.0	.003	-0.322
Puntuación PP	750.0	512.0	357.0	869.0	706.0	495.0	364.0	859.0	259.0	.013	-0.066
PP Graves	154.0	199.0	20.0	219.0	153.5	161.0	39.0	200.0	247.5	.008	-0.171

Nota. Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; N=universo; n=submuestra; M=media; DT=desviación típica; x²=Chi-cuadrado de Pearson; U=U de Mann-Whitney; η^2 =coeficiente Phi; g=g de Hedges; p-valor=significancia estadística; *=p<.05; **=p<.01 y ***=p<.001. D= Dificultades; Act.= Actividades; Ans/Dep = Ansiedad y Depresión; V.= Valoración; Cig.= Cigarrillos; OH= Alcohol; Enf. C.= Enfermedades comórbidas; Índice EQ/CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud; II.= Índices Internos de HDRS y HARS; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; Ant. Fam.= Antecedentes Familiares de psicopatología; EVN = Escala Verbal Numérica ; A= Clúster A; B= Clúster B; C= Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom= Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP = Patrón de la Personalidad MCMI-III.

Tabla. Diferencias entre grupos por la presencia de psicopatología ansiosa (HARS)

	Ne				Nc				U/t	p	g/d
	Mdn	Rng	Mín	Máx	Mdn	Rng	Mín	Máx			
HARS	Ne (n=26)				Nc (n=16)						
Edad	53.73	14.46			59.63	10.92			2.533	.014	0.460
Tabaco	0.0	20.0	0.0	20.0	0.0	30.0	0.0	30.0	387.0	.016	-0.001
Nº Fármacos	2.5	6.0	0.0	6.0	3.0	5.0	0.0	5.0	306.0	.008	-0.004
Índice CV	0.3	1.2	-0.4	0.7	0.5	1.0	-0.1	0.9	214.5	.000	0.494
Dificultades	10.5	8.0	7.0	15.0	9.0	6.0	6.0	12.0	215.5	.000	-0.569
Movilidad	2.0	2.0	1.0	3.0	2.0	2.0	1.0	3.0	319.5	.003	-0.609
Actividades	2.0	2.0	1.0	3.0	2.0	2.0	1.0	3.0	353.0	.022	-0.375
Malestar	2.5	1.0	2.0	3.0	2.0	2.0	1.0	3.0	325.0	.007	-0.818
Ans/Dep	2.5	2.0	1.0	3.0	2.0	1.0	2.0	3.0	178.0	.000	0.024
Valoración S	45.88	17.43			58.13	19.738			2.273	.026	0.657
Nº Dx. UTD	57.0	77.0	0.0	77.0	58.0	63.0	7.0	70.0	293.0	.006	-0.240
HDRS	18.5	20.0	10.0	30.0	20.0	25.0	2.0	27.0	129.0	.000	0.030
I Melancolía	7.5	14.0	1.0	15.0	10.0	11.0	1.0	12.0	212.5	.000	0.127
IAnsiedad	6.0	7.0	3.0	10.0	5.0	9.0	1.0	10.0	58.0	.000	-0.182
ISueño	3.5	6.0	0.0	6.0	3.5	5.0	0.0	5.0	326.0	.020	-0.145
HARS	18.0	15.0	15.0	30.0	17.0	11.0	15.0	26.0	0.0	.000	-0.240
IPsíquico	10.15	2.67			8.75	2.20			-7.275	.000	-0.572
ISomático	8.0	16.0	4.0	20.0	9.0	8.0	5.0	13.0	42.5	.000	0.209
Ansiedad	80.0	107.0	0.0	107.0	75.0	103.0	0.0	103.0	258.0	.001	-0.150
Somatomorfo	70.0	98.0	17.0	115.0	64.0	92.0	2.0	94.0	211.0	.000	-0.479
Bipolar	45.5	70.0	10.0	80.0	50.0	67.0	10.0	77.0	178.5	.039	0.178
Distimia	73.5	107.0	0.0	107.0	45.0	99.0	0.0	99.0	269.5	.002	-0.313
Dep. Alcohol	51.5	72.0	0.0	72.0	52.5	79.0	0.0	79.0	335.0	.029	-0.031
EPT	60.0	92.0	0.0	92.0	53.5	76.0	0.0	76.0	229.0	.000	-0.338
Pensamiento	59.0	90.0	0.0	90.0	45.0	87.0	2.0	89.0	276.0	.003	-0.170
Depresión M.	65.5	78.0	9.0	87.0	50.5	76.0	2.0	78.0	186.5	.000	-0.335
Nº SC Sugestivos	3.0	6.0	1.0	7.0	3.0	6.0	0.0	6.0	325.5	.019	-0.305
Nº SC Presentes	1.0	4.0	0.0	4.0	1.0	3.0	0.0	3.0	336.5	.016	-0.047
Nº SC Prominentes	1.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	266.0	.000	-0.313
SC Graves	155.46	56.90			134.43	59.11			-3.840	.000	-0.362
Esquizoide	63.0	75.0	0.0	75.0	60.5	91.0	9.0	100.0	349.0	.047	-0.126
Evitativo	44.5	80.0	0.0	80.0	50.5	78.0	0.0	78.0	326.5	.022	-0.100
Depresivo	56.0	77.0	0.0	77.0	36.5	77.0	2.0	79.0	250.0	.001	-0.396
Histriónico	42.0	84.0	9.0	93.0	55.0	72.0	5.0	77.0	308.0	.011	0.158
Narcisista	52.5	54.0	18.0	72.0	61.0	60.0	14.0	74.0	258.5	.001	0.180
Agresivo	53.5	69.0	0.0	69.0	41.5	61.0	0.0	61.0	311.5	.012	-0.300
Autodestructivo	48.5	66.0	0.0	66.0	34.0	66.0	0.0	66.0	176.0	.034	-0.190
Esquizotípico	50.0	68.0	0.0	68.0	32.0	68.0	0.0	68.0	328.0	.023	-0.224
Límite	44.5	83.0	0.0	83.0	34.5	73.0	2.0	75.0	229.5	.000	-0.223
Nº PP Sugestivos	5.0	7.0	2.0	9.0	3.5	10.0	1.0	11.0	328.0	.022	-0.396
Puntuación A	171.5	191.0	20.0	211.0	131.5	190.0	26.0	216.0	315.5	.015	-0.303
Sugestivos A	2.0	3.0	0.0	3.0	1.0	2.0	0.0	2.0	347.0	.037	-0.506
Puntuación C	221.0	218.0	96.0	314.0	217.0	184.0	97.0	281.0	340.5	.036	-0.139
Presencia C	1.0	3.0	0.0	3.0	1.0	2.0	0.0	2.0	195.5	.049	0.340
Puntuación PP	718.5	539.0	330.0	869.0	699.5	535.0	324.0	859.0	321.0	.018	-0.341
PP Graves	157.0	202.0	17.0	219.0	112.0	182.0	18.0	200.0	270.0	.002	-0.265

Nota. Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; N=universo; n=submuestra; M=media; DT=desviación típica; x²=Chi-cuadrado de Pearson; U=U de Mann-Whitney; ϕ =coeficiente Phi; g=g de Hedges; p=valor-significancia estadística; *= $p < .05$; **= $p < .01$ y ***= $p < .001$. D= Dificultades; Act.= Actividades; Ans/Dep = Ansiedad y Depresión; V= Valoración; Cig.= Cigarrillos; OH= Alcohol; Enf. C.= Enfermedades comórbidas; Índice EQ/CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud; IL= Índices Internos de HDRS y HARS; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; Ant. Fam.= Antecedentes Familiares de psicopatología; EVN = Escala Verbal Numérica ; A= Clúster A; B= Clúster B; C= Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom= Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP = Patrón de la Personalidad MCMI-III.

Tabla. Diferencias entre grupos de dolor ante los antidepresivos, ansiolíticos y la intervención psicológica

Antidepresivos		No uso			Uso			t	gl	p	Inf	Sup	d
		n	M	DT	n	M	DT						
Nc	HDRS	38	9.42	6.10	13	16.38	6.76	-3.457	49	0.001***	-11.01	-2.92	1.081
	HARS	38	9.18	5.96	13	13.62	5.68	-2.339	49	0.023*	-8.24	-0.62	0.761
	CVRS	38	0.66	0.20	13	0.42	0.25	3.460	49	0.001***	0.10	0.38	1.057
	Clúster A	38	101.16	57.88	13	133.85	53.62	-1.789	49	0.080	-69.41	4.03	0.586
	Clúster B	38	257.74	92.63	13	292.46	59.99	-1.260	49	0.214	-90.12	20.67	0.445
	Clúster C	38	164.39	50.03	13	198.54	55.41	-2.068	49	0.044*	-67.33	-0.96	0.647
Ne	HDRS	42	11.14	6.95	22	16.41	4.56	-3.203	62	0.002**	-8.55	-1.98	0.895
	HARS	42	11.07	6.41	22	14.77	5.81	-2.263	62	0.027*	-6.97	-0.43	0.605
	CVRS	42	0.55	0.28	22	0.38	0.30	2.170	62	0.034*	0.01	0.31	0.563
	Clúster A	42	114.38	66.57	22	142.91	56.28	-1.713	62	0.092	-61.81	4.76	0.463
	Clúster B	42	295.00	86.42	22	270.27	78.93	1.119	62	0.267	-19.44	68.90	0.295
	Clúster C	42	174.64	65.40	22	214.14	63.77	-2.314	62	0.024*	-73.61	-5.38	0.609

Ansiolíticos		No uso			Uso			t	gl	p	Inf	Sup	d
		n	M	DT	n	M	DT						
Nc	HDRS	35	10.20	6.94	16	13.38	6.56	-1.541	49	0.130	-7.32	0.97	0.470
	HARS	35	8.69	5.82	16	13.88	5.45	-3.012	49	0.004**	-8.65	-1.73	0.920
	CVRS	35	0.61	0.25	16	0.59	0.22	0.147	49	0.884	-0.14	0.16	0.045
	Clúster A	35	100.31	52.11	16	129.56	66.87	-1.699	49	0.096	-63.84	5.34	0.488
	Clúster B	35	267.94	88.01	16	263.63	85.16	0.164	49	0.870	-48.53	57.17	0.050
	Clúster C	35	168.69	53.62	16	182.75	52.17	-0.876	49	0.385	-46.31	18.19	0.266
Ne	HDRS	41	10.27	6.54	23	17.74	3.62	-5.051	62	0.000***	-10.43	-4.51	1.414
	HARS	41	10.34	6.11	23	15.91	5.39	-3.644	62	0.001***	-8.63	-2.52	0.966
	CVRS	41	0.58	0.28	23	0.34	0.25	3.326	62	0.001***	0.09	0.38	0.880
	Clúster A	41	107.88	67.13	23	153.26	47.37	-2.863	62	0.006**	-77.07	-13.69	0.781
	Clúster B	41	278.27	88.73	23	301.17	74.83	-1.046	62	0.300	-66.68	20.87	0.272
	Clúster C	41	167.61	63.41	23	224.96	57.98	-3.577	62	0.001***	-89.39	-25.30	0.932

Int. Psicológica		No uso			Uso			t	gl	p	Inf	Sup	d
		n	M	DT	n	M	DT						
Nc	HDRS	47	10.98	6.91	4	13.75	7.50	-0.765	49	0.448	-10.05	4.50	0.384
	HARS	47	10.21	6.31	4	11.50	4.36	-0.398	49	0.692	-7.78	5.21	0.237
	CVRS	47	0.60	0.25	4	0.57	0.07	0.264	49	0.793	-0.22	0.28	0.181
	Clúster A	47	111.77	59.32	4	82.75	35.86	0.958	49	0.343	-31.85	89.88	0.592
	Clúster B	47	271.77	86.05	4	205.75	72.31	1.486	49	0.144	-23.23	155.27	0.831
	Clúster C	47	171.09	52.47	4	196.75	62.31	-0.927	49	0.358	-81.27	29.94	0.446
Ne	HDRS	52	12.33	6.21	12	15.67	8.23	-1.577	62	0.120	-7.57	0.89	0.458
	HARS	52	11.37	5.73	12	16.58	7.72	-2.660	62	0.010**	-9.14	-1.30	0.768
	CVRS	52	0.55	0.24	12	0.23	0.37	3.781	62	0.000***	0.15	0.50	1.041
	Clúster A	52	116.75	61.69	12	156.42	67.75	-1.972	62	0.053	-79.88	0.54	0.612
	Clúster B	52	283.58	84.98	12	299.17	82.64	-0.576	62	0.567	-69.73	38.55	0.184
	Clúster C	52	180.21	64.70	12	222.92	68.74	-2.038	62	0.046*	-84.60	-0.81	0.653

Nota. Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; N=universo; n=submuestra; M=media; DT=desviación típica; x²=Chi-cuadrado de Pearson; U=U de Mann-Whitney; r₀=coeficiente Phi; g=g de Hedges; p=valor=significancia estadística; * = p<.05; ** = p<.01 y *** = p<.001. D= Dificultades; Act.= Actividades; Ans/Dep = Ansiedad y Depresión; V.= Valoración; Cig.= Cigarrillos; OH= Alcohol; Enf. C.= Enfermedades comórbidas; Índice EQ/CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud; II.= Índices Internos de HDRS y HARS; HDRS= Hamilton depression rating scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; Ant. Fam.= Antecedentes Familiares de psicopatología; EVN = Escala Verbal Numérica; A= Clúster A; B= Clúster B; C= Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom= Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP = Patrón de la Personalidad MCMI-III.

Anexo 12. Datos relativos al estudio de predicción

Tabla. Modelo de predicción

	DC	Variables implicadas	B	D.E.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Inf.	Sup.	chi2	gl	Sig.	R ² Cox y Snell	R ² Nagelkerke
<i>HDRS</i>	Ne	EVN + R. Afectadas	0.357	0.160	4.980	1	0.026	1.429	1.044	1.955	37.136	4	0.000	0.440	0.626
<i>Afectación</i>	Ne	Ans/Dep.	1.752	0.769	5.182	1	0.023	5.764	1.276	26.045	30.728	5	0.000	0.381	0.565
<i>Del sueño</i>	Ne	R. Afectadas	0.888	0.445	3.992	1	0.046	2.431	1.017	5.812					
	Ne	Somatomorfo	0.057	0.024	5.644	1	0.018	1.058	1.010	1.109					
	Ne	D. Alcohol	-0.038	0.018	4.331	1	0.037	0.963	0.929	0.998					
	Nc	EVN	0.738	0.373	3.905	1	0.048	2.091	1.006	4.346	9.988	3	0.019	0.178	0.421
	Nc	Compulsivo	0.073	0.032	5.215	1	0.022	1.075	1.010	1.145					
	Nc	Antisocial	0.055	0.023	5.644	1	0.018	1.056	1.010	1.105					
	Nc	Histriónico	-0.048	0.021	5.102	1	0.024	0.954	0.915	0.994					
<i>HARS</i>	Ne	Ans/Dep.	1.522	0.769	3.914	1	0.048	4.580	1.014	20.685	53.118	6	0.000	0.564	0.761
	Ne	Malestar	3.461	1.497	5.341	1	0.021	31.842	1.692	599.315					
	Ne	D. Mayor	0.052	0.024	4.626	1	0.031	1.053	1.005	1.104					
	Ne	Dependiente	-0.060	0.029	4.285	1	0.038	0.942	0.890	0.997					
	Ne	Narcisista	-0.118	0.052	5.090	1	0.024	0.888	0.802	0.985					
	Nc	Ans/Dep.	2.894	0.917	9.959	1	0.002	18.066	2.994	109.002	35.453	3	0.000	0.501	0.704
	Nc	Compulsivo	0.096	0.038	6.305	1	0.012	1.101	1.021	1.186					
	Nc	Límite	0.083	0.034	6.004	1	0.014	1.086	1.017	1.160					
<i>Clúster A</i>	Ne	Comorbilidades	0.713	0.305	5.467	1	0.019	2.040	1.122	3.709	49.050	5	0.000	0.535	0.746
	Ne	Somatomorfo	0.073	0.026	7.707	1	0.006	1.076	1.022	1.132					
	Ne	Delirante	0.059	0.020	8.435	1	0.004	1.061	1.019	1.103					
	Nc	Distímico	0.064	0.023	7.835	1	0.005	1.066	1.019	1.114	34.246	4	0.000	0.489	0.653
	Nc	Delirante	0.030	0.015	4.114	1	0.043	1.030	1.001	1.060					
<i>Clúster B</i>	Ne	Bipolar	0.047	0.019	6.342	1	0.012	1.048	1.010	1.087	24.090	3	0.000	0.314	0.441
	Ne	Edad + Sexo	-0.029	0.013	5.035	1	0.025	0.971	0.947	0.996					
	Ne	D. Mayor	-0.045	0.020	5.079	1	0.024	0.956	0.919	0.994					
	Nc	Alcohol/día	1.754	0.669	6.884	1	0.009	5.779	1.559	21.429	16.332	2	0.000	0.274	0.404
<i>Clúster C</i>	Ne	Bipolar	0.043	0.016	6.856	1	0.009	1.044	1.011	1.077	30.624	5	0.000	0.380	0.530
	Ne	D. Alcohol	-0.039	0.016	6.287	1	0.012	0.961	0.932	0.991					
	Ne	D. Sustancias	-0.034	0.015	5.407	1	0.020	0.967	0.940	0.995					
	Nc	Distímico	0.046	0.019	5.823	1	0.016	1.047	1.009	1.087	12.895	2	0.002	0.223	0.310
	Nc	Comorbilidades	-0.977	0.452	4.675	1	0.031	0.376	0.155	0.913					
	Nc	EVN + Evolución	-0.002	0.001	5.036	1	0.025	0.998	0.996	1.000					

Nota. Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; N=universo; n=submuestra; M=media; DT=desviación típica; x2=Chi-cuadrado de Pearson; U=U de Mann-Whitney; rφ=coeficiente Phi; g=g de Hedges; p=valor=significancia estadística; *= p<.05; **=p<.01 y ***=p<.001. D= Dificultades; Act.= Actividades; Ans/Dep = Ansiedad y Depresión; V.= Valoración; Cig.= Cigarrillos; OH= Alcohol; Enf. C.= Enfermedades comórbidas; Índice EQ.CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud; IL= Índices Internos de HDRS y HARS; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; Ant. Fam.= Antecedentes Familiares de psicopatología; EVN = Escala Verbal Numérica ; A= Clúster A; B= Clúster B; C= Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom= Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP = Patrón de la Personalidad MCMI-III.

Anexo 13. Datos relativos al estudio de Calidad de vida Relacionada con la Salud

Tabla. Calidad de Vida relacionada con la Salud según las características Neuropáticas (DN4)

DN4	n	M	DT	U	p	g
0	13	0.52	0.30	641.0	0.846	0.011
1	13	0.64	0.22	506.0	0.165	0.455
2	25	0.62	0.21	910.0	0.144	0.327
3	24	0.49	0.29	941.5	0.299	-0.244
4	17	0.57	0.23	798.0	0.782	0.110
5	13	0.42	0.28	469.0	0.086	-0.640
6	8	0.48	0.46	408.5	0.830	-0.041
7	2	0.33	0.11	53.0	0.231	-0.568

Tabla. Calidad de Vida relacionada con la Salud según la evolución y la intensidad del dolor (EVN)

	Ne			Nc			U	p	g
	n	M	DT	n	M	DT			
<i>Evolución</i>									
Menos de 1 año	18	0.52	0.24	13	0.62	0.24	234.0	0.778	0.378
De 1 a 2 años	18	0.59	0.27	18	0.63	0.19	297.5	0.081	0.179
De 3 a 5 años	14	0.45	0.38	8	0.68	0.24	122.5	0.199	0.694
De 6 a 10 años	6	0.29	0.25	7	0.54	0.31	52.5	0.047*	0.880
Más de 10 años	8	0.42	0.27	5	0.43	0.26	96.5	0.074	0.024
<i>EVN</i>									
Dolor Leve	6	0.64	0.27	8	0.74	0.12	103.0	0.073	0.564
Dolor Moderado	20	0.56	0.29	27	0.65	0.18	347.0	0.177	0.336
Dolor Severo	38	0.43	0.29	16	0.46	0.30	159.5	0.014*	0.088

Tabla. Calidad de Vida, Patrones de la Personalidad e Intensidad del dolor, según la cantidad de características Neuropáticas.

	EVN		Índice CVRS		
	rho	p	rho	p	
Puntuación total PP	Nc	0.30	0.030*	-0.35	0.011*
	Ne	0.10	0.425	-0.30	0.016*
Índice de CVRS	Nc	-0.40	0.001***		
	Ne	-0.35	0.011*		

Tabla. Calidad de Vida según la presencia de psicopatología (HDRS y HARS). Intragrupal.

	Ne			Nc		
	U	p	g	U	p	g
Ausencia de psicopatología	447.0	0.396	.089	242.5	0.352	.080
Psicopatología Depresiva	56.5	0.078	.015	1.0	0.102	.074
Psicopatología Ansiosa	185.0	0.050*	.642	132.5	0.555	.229
Psicopatología Depresiva y Ansiosa	261.5	0.092	.181	145.0	0.276	.184

Nota. Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; N=universo; n=submuestra; M=media; DT=desviación típica; x2=Chi-cuadrado de Pearson; U=U de Mann-Whitney; rho=coeficiente Phi; g=g de Hedges; p=valor-significancia estadística; * = p<.05; **=p<.01 y ***=p<.001. D= Dificultades; Act.= Actividades; Ans/Dep = Ansiedad y Depresión; V.= Valoración; Cig.= Cigarillos; OH= Alcohol; Enf. C.= Enfermedades comórbidas; Índice EQ CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud; II.= Índices Internos de HDRS y HARS; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; Ant. Fam.= Antecedentes Familiares de psicopatología; EVN = Escala Verbal Numérica ; A= Clúster A; B= Clúster B; C= Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom= Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP = Patrón de la Personalidad MCMI-III.

Tabla. Calidad de Vida según la clasificación de los Clústeres de la Personalidad. Intragrupal.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>IC. Inf.</i>	<i>IC. Sup.</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Grupo Nociceptivo Ausencia/Presencia de:								
Sugestivos del Clúster A	0,13	0,28	0,01	0,25	2,24	23	0,035*	0,457
Presentes del Clúster A	0,08	0,37	-0,83	0,99	0,38	2	0,742	0,218
Sugestivos del Clúster B	-0,09	0,24	-0,35	0,16	-0,93	5	0,396	-0,379
Presentes del Clúster B	0,12	0,27	-0,04	0,28	1,65	12	0,126	0,456
Sugestivos del Clúster C	0,02	0,28	-0,10	0,14	0,33	24	0,748	0,065
Presentes del Clúster C	-0,11	0,18	-0,21	-0,01	-2,37	14	0,033*	-0,613
Grupo Neuropático Ausencia/Presencia de:								
Sugestivos del Clúster A	0,13	0,26	0,01	0,24	2,22	20	0,038*	0,484
Presentes del Clúster A	0,60	0,39	-0,36	1,57	2,69	2	0,115	1,553
Sugestivos del Clúster B	-0,25	0,37	-0,54	0,04	-2,00	8	0,080	-0,668
Presentes del Clúster B	0,09	0,30	-0,07	0,24	1,17	16	0,258	0,285
Sugestivos del Clúster C	0,01	0,25	-0,11	0,12	0,12	20	0,904	0,027
Presentes del Clúster C	-0,12	0,38	-0,26	0,03	-1,66	28	0,109	-0,308

Tabla. Calidad de Vida según las puntuaciones de los Patrones de la Personalidad

	Ne			Nc		
	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>g</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>g</i>
Esquizoide	450,0	0,408	-0,418	259,0	0,324	0,206
Esquizotípico	374,0	0,549	0,325	148,5	0,880	-0,146
Paranoide	421,0	0,285	-0,371	262,5	0,418	-0,254
Hístriónico	403,0	0,158	-0,389	286,5	0,478	-0,286
Narcisista	441,5	0,674	-0,243	154,0	0,386	-0,467
Antisocial	229,0	0,447	-0,407	149,5	0,902	-0,278
Límite	238,0	0,040*	0,579	202,5	0,953	-0,243
Agresivo	340,5	0,877	0,065	171,0	0,656	-0,407
Negativista	409,0	0,785	0,327	203,5	0,705	0,065
Autodestructivo	233,0	0,099	-0,244	104,5	0,739	-0,389
Evitativo	295,0	0,075	0,110	189,5	0,213	-0,075
Dependiente	465,0	0,544	-0,640	243,0	0,735	-0,126
Compulsivo	363,0	0,943	0,110	207,5	0,774	-0,379
Depresivo	353,0	0,630	-0,640	101,5	0,326	0,456

Nota. Ne=Dolor crónico Neuropático; Nc=Dolor crónico Nociceptivo; N=universo; n=submuestra; M=media; DT=desviación típica; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; U=U de Mann-Whitney; ϕ =coeficiente Phi; g=g de Hedges; p=valor=significancia estadística; *= $p<0,05$; **= $p<0,01$ y ***= $p<0,001$. D= Dificultades; Act.= Actividades; Ans/Dep = Ansiedad y Depresión; V.= Valoración; Cig.= Cigarrillos; OH= Alcohol; Enf. C.= Enfermedades comórbidas; Índice EQ/CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud; II.= Índices Internos de HDRS y HARS; HDRS= Hamilton depression rating Scale; HARS = Hamilton anxiety rating scale; Ant. Fam.= Antecedentes Familiares de psicopatología; EVN = Escala Verbal Numérica ; A= Clúster A; B= Clúster B; C= Clúster C; Sugestivo (60-74), Presencia (75-84), Prom.= Prominencia (85-115); SC= Síndromes Clínicos MCMI-III y PP = Patrón de la Personalidad MCMI-III.