

Evaluación psicológica en el dolor crónico

B. Castel-Bernal^a, V. de Felipe García-Bardón^a y J. Tornero-Molina^b

^aServicio de Psiquiatría. Hospital General y Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España.

^bSección de Reumatología. Hospital General y Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España.

Introducción

Antes de entrar de lleno a hablar de la evaluación psicológica propiamente dicha en el dolor crónico, nos parece interesante hacer hincapié en los conceptos de dolor y dolor crónico¹, y en la diferencia que existe entre nocicepción y dolor.

La nocicepción es un proceso sensorial consistente en la activación de unos receptores (nociceptores) y la transmisión de la información nociceptiva desde la periferia hasta el sistema nervioso central (SNC); es, por tanto, un fenómeno fisiológico, una experiencia meramente sensorial. El dolor implica, en cambio, un proceso perceptivo, una actividad de mayor complejidad en la que intervienen los centros nerviosos superiores.

El dolor, según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial, o que se vive como tal daño.

En la propia definición se incluye los términos “emocional” y “desagradable” como corresponde a una experiencia somatosensorial. No es necesario que haya un daño tisular “real” para aceptar que el individuo puede sentir dolor “real”. Aceptamos que el dolor se produce en el cerebro, no en los tejidos donde el cerebro localiza la sensación¹.

Entendemos por dolor crónico un dolor persistente, con una duración de al menos 6 meses, y que se resiste a los tratamientos médicos convencionales. La mayoría de las veces resulta difícil identificar el daño físico o la lesión que mantiene el dolor.

El dolor crónico es un problema importante de salud pública que no sólo causa un tremendo sufrimiento personal, sino también una pérdida económica enorme para los individuos y la sociedad².

Según un estudio clínico-epidemiológico del dolor crónico en unidades de dolor, realizado por el Centro de Investigación y Bioestadística (CIBEST) bajo los aus-

picios de la Sociedad Española del Dolor (SED), 14 millones de españoles llevan sufriendo algún tipo de dolor al menos 3 meses y un tercio de ellos, unos 5 millones, están experimentando dolor durante más de 6 meses. Según ese estudio, un 50% de los pacientes crónicos sufren dolor neurológico; un 30%, reumático y un 20%, oncológico. De ellos, el 57% necesita la ayuda de otras personas. Se obtuvo esos resultados de 25 unidades hospitalarias de dolor en España³. Según la SED, en España el dolor crónico afecta a casi el 35% de las personas, porcentaje que se acerca a los índices de Suecia (40%) y es superior al de Estados Unidos (30%).

El dolor, por tanto, es un desafío no sólo para las personas que lo padecen, es un reto al que la sociedad debe enfrentarse.

No es correcto pensar en el dolor crónico como un dolor agudo que persiste en el tiempo. Se trata de un fenómeno global, sustancialmente distinto³.

La experiencia de dolor resulta de la interacción de múltiples factores: fisiológicos y genéticos, pero también cognitivos, afectivos, conductuales, culturales, sociales y familiares. Ninguno de esos factores por sí solo explica adecuadamente las causas de dolor crónico. Por tanto, cualquier evaluación e intervención terapéutica debería integrar los diferentes aspectos de la enfermedad⁴.

Lo interesante de todo esto y, resultando insuficientes cualquiera de estos planteamientos individualmente, es el “encuentro” entre las distintas concepciones y niveles para estudiar la enfermedad y la búsqueda de la integración de conocimientos.

De esta manera es posible acercarnos a una medicina integral refiriéndonos a una concepción del enfermar que sepa “integrar” las aportaciones del saber psicológico, la realidad social y la evidencia biológica.

En el ámbito hospitalario, y desde la psiquiatría y la psicología de interconsulta y enlace, se trabaja con el enfermo con dolor crónico siempre desde un modelo de enfermedad biopsicosocial⁵.

La psiquiatría de interconsulta y enlace es el dispositivo, dentro de la psiquiatría, en el que convergen el modelo médico y el psiquiátrico-psicológico; por ello el especialista debe poseer suficientes conocimientos psicológicos, psiquiátricos y médicos para hacer comprender su postura “holística” al resto de los profesionales médicos.

Correspondencia: Dra. B. Castel Bernal.
Servicio de Psiquiatría. Hospital General y Universitario de Guadalajara.
C/ Donantes de Sangre, s/n. 19002 Guadalajara. España.
Correo electrónico: arribacastel@telefonica.net

Por interconsulta entendemos una acción directa en el enfermo. Su función es detectar, identificar y colaborar en el tratamiento de la enfermedad de base, profundizando en los factores psicológicos con el especialista que trata al enfermo y el resto del personal, teniendo en cuenta los postulados biopsicosociales. Trata de identificar lo que la enfermedad representa para el enfermo, valorar la capacidad de éste para afrontar la situación, establecer una estrategia de afrontamiento adecuada y suministrar una información suficiente y asimilable por el enfermo y sus familiares, con la finalidad de que se adapten a la nueva situación.

La psiquiatría de enlace está dirigida al resto de circunstancias médicas y paramédicas, es decir, sanitarias. Estudia el ámbito que rodea al enfermo. Es decir, la intervención a este nivel no recae directamente en el enfermo, sino en los profesionales y los medios, sanitarios o no, cuyo paradigma es el enfermo.

Desde este lugar y con esta concepción de la enfermedad, se han ido instaurando programas especializados, dirigidos a enfermedades o pacientes más vulnerables. Este abordaje facilita la detección de casos sensibles, la planificación de recursos y la comunicación entre el personal médico y el equipo de psicólogos y psiquiatras. El objetivo perseguido sería conseguir la salud global y funcional del paciente.

De esta manera y con un enfoque biopsicosocial de la enfermedad, trabajamos con el paciente con dolor crónico, entendido como una enfermedad psicósomática⁶. Sin duda alguna, la medicina psicósomática ha influido notablemente en la psiquiatría de consulta y enlace.

Hay momentos que son cruciales para el desarrollo y comprensión de este concepto y para llegar al planteamiento de una medicina integral, que hoy día se impone.

Destacamos la obra de Sigmund Freud como una situación histórico-cultural, porque es indudable que con sus doctrinas se plantea una nueva forma de ver y enjuiciar la enfermedad.

Por primera vez, cuando se habla de enfermedad, se habla de individuo; la enfermedad se ve desde una perspectiva biográfica, o sea que, por primera vez la enfermedad está unida a la visión biográfica del individuo (en qué momento de la historia del sujeto hace presencia el dolor); se plantea una nueva forma de acercamiento al enfermo, centrado en el diálogo, en la relación personal y profunda del enfermo con el médico, lo cual es importantísimo e, indiscutiblemente, uno de los grandes méritos del psicoanálisis para la realización de una medicina psicósomática. Éste es un aspecto importantísimo para plantearnos la comprensión integral del enfermo en términos y modelos más actuales y vigentes.

Con posterioridad a Freud, otros momentos también aportan un progreso en ese acercamiento al diálogo y la comprensión total, holística e integral de la enfermedad. Es importante la aportación de la escuela psicoso-

mática americana⁷. Por tanto, se puede decir que la medicina psicósomática:

- Es una actitud médica que aboga por la inclusión de lo psicológico y social en la práctica de la patología general.
- Es la parte de la medicina que relaciona la vertiente biológica, psicológica y social.
- La medicina psicósomática defiende que los conceptos biomédicos, psicoterapéuticos y socioterapéuticos son segmentos de una misma medicina integradora.
- Defiende la doctrina de la unidad del cuerpo y el alma del enfermo, quien se encuentra inmerso en una red de relaciones sociales (biopsicosocial).
- La medicina psicósomática se dedica al estudio de las interrelaciones entre mente (psique) y cuerpo (soma).

Una vez aclarados estos conceptos básicos en torno al dolor, y tras haber planteado un modelo de conceptualizar y trabajar con el enfermo con dolor crónico desde la psiquiatría y la psicología, entramos de lleno en la evaluación psicológica en el dolor crónico.

Evaluación psicológica en el dolor crónico

Proponemos desde una evaluación multicontextual (con múltiples niveles y unidades de análisis) evaluar a la persona (enfermo) y no centrarse exclusivamente en el problema del dolor (enfermedad).

Dividimos en 7 puntos nuestra exposición sobre la evaluación psicológica en paciente con dolor crónico, para ir desarrollando detenidamente cada uno de ellos:

- ¿Qué es?: definición.
- ¿Cuándo debe realizarse?
- ¿Por qué es necesaria?
- Objetivos.
- ¿Cómo proceder?
- Aspectos que engloba.
- Instrumentos que se utilizan.

¿Qué es una evaluación psicológica?: definición

Existen múltiples definiciones de evaluación psicológica. A continuación presentamos dos de ellas que nos parecen más completas y clarificadoras⁸:

- Una evaluación psicológica es la disciplina de la psicología que se ocupa del estudio científico del comportamiento de un sujeto o grupo de sujetos con el fin de describir, clasificar, predecir y, en su caso, explicar y controlar tal conducta (Fernández Ballesteros).
- Es el uso sistemático de una variedad de técnicas especiales para un mejor conocimiento de un sujeto, grupo o ecosistema (McReynolds).

¿Cuándo se debe llevar a cabo? ¿En qué pacientes?

Debería realizarse en todos los pacientes con dolor crónico, porque es obvio que en todo tipo de dolor tienen relevancia los aspectos psicológicos, con independencia de la causa que dé origen al dolor o lo mantenga. El acercamiento psicológico al dolor es adecuado en todo tipo de dolor crónico, sea cual fuere el origen de éste, porque desde el momento en que hay dolor, hay percepción de dolor⁸.

¿Por qué es necesaria? Justificación

1. Porque entre un 30 y un 57% de los pacientes con dolor crónico presentan depresión (Banks et al, 1996; Sullivan et al, 1992). Se ha objetivado en algunos estudios que un 35% de los pacientes con dolor crónico tienen algún trastorno de ansiedad (McWilliams et al, 2004). Algunos estudios muestran cifras de hasta el 60% (Fishbain et al, 2004).
2. Por la complejidad de la experiencia de dolor. La experiencia de dolor resulta de la interacción y la influencia de una amplia red de factores: fisiológicos, genéticos, cognitivos, afectivos, conductuales, laborales y culturales. No deberíamos olvidar que estos factores no ejercen su influencia de forma independiente, uno a uno, sino que interactúan entre ellos, y que las interacciones, así como el peso o la importancia de cada factor, varían con el tiempo. Partimos de la base que ningún factor por sí solo explica adecuadamente los casos de dolor crónico. Es preciso, por tanto, evaluar todos y cada uno de esos factores.
3. Se trata de un proceso perceptivo, es una experiencia subjetiva, sujeta a cambios por manipulaciones psicológicas⁹, que pueden intervenir en este aspecto. Estrictamente hablando, el dolor es una experiencia subjetiva que sólo es asequible a la propia persona.

Objetivos de la evaluación psicológica

Los objetivos fundamentales de una evaluación psicológica en el paciente con dolor crónico son ³¹⁰:

1. Definir las características psicológicas o el estado mental del paciente: psicopatología que presenta (previa, comórbida o consecuencia de la enfermedad de dolor).
2. Aclarar si el paciente es un candidato apropiado para un tratamiento determinado. Dado el excesivo coste de las lesiones y las muertes relacionadas con el dolor y que este coste es cada vez mayor en el tratamiento del dolor por la expansión de los tratamientos intervencionistas y los dispositivos implantables, se subraya aún más la necesidad de mecanismos de evaluación que permitan una selección correcta de los pacientes y minimicen los fracasos terapéuticos.
3. Evaluar una intervención terapéutica. El empleo de pruebas psicológicas antes y después del tratamiento

para determinar sus efectos constituye otro objetivo. El objetivo fundamental de la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico es determinar el papel de los factores psicológicos y sociales en la experiencia de dolor.

¿Cómo proceder a la evaluación?

Son pocas las personas con un problema de dolor crónico que aceptan, sin más, la intervención de un psiquiatra o un psicólogo. Por tanto, la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico debe estar precedida de una cierta preparación. A esta preparación puede contribuir mucho la propia actitud del médico que hace la derivación y sus explicaciones sobre la necesidad, conveniencia u oportunidad de visitar al psicólogo. En este sentido es importante resaltar la necesidad de equipos multidisciplinares y programas específicos de intervención en el caso del paciente con dolor crónico. Debemos destacar la necesidad y la trascendencia de una buena coordinación entre los diferentes profesionales que intervienen en el tratamiento de un enfermo con dolor crónico. Este aspecto determina en gran medida la buena evolución clínica de la enfermedad.

Aspectos que engloba

A continuación se expone algunos de los aspectos más importantes que se debe evaluar. No es posible referir la totalidad de ellos, y se expone los que no se debe olvidar.

Situación médica general: definición y caracterización del dolor

La obtención de una breve historia médica es apropiada en una evaluación psicológica. Es el punto de partida del proceso de evaluación. El paciente que acude a una consulta de psiquiatría y/o psicología para ser evaluado trae una queja: "su dolor". Es importante atender su demanda y no comenzar la entrevista preguntando por la psicopatología. Debemos escuchar y preguntar por su dolor. Es preciso considerar los siguientes parámetros básicos: por un lado, frecuencia, intensidad y duración del dolor y, por otro, localización, cambios y con qué se relacionan dichos cambios¹⁰.

Variables sociodemográficas

Éstas son edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, profesión, situación laboral actual, entre otras.

Historia psicosocial y familiar

Muchos patrones de conducta, características de personalidad, expectativas y actitudes se deben a experiencias tempranas e interacciones familiares. La información

sobre orden de nacimiento, ocupación y antecedentes de los padres y la presencia de éstos durante la niñez puede proporcionar una idea general de la historia socioeconómica del paciente, así como preguntas sobre la historia infantil, el desarrollo psicomotor, la historia en la adolescencia, la relación de pareja, el número de hijos y el estado de salud.

El grado de instrucción, la formación posterior y el entrenamiento laboral pueden proporcionar una medida de las capacidades transferibles. Cuanto mayores sean la flexibilidad, la adaptabilidad y la capacidad de aprendizaje de un individuo, más probable es que responda al tratamiento y que sea capaz de considerar alternativas, relacionadas o no con la vida laboral.

Es importante también tener en cuenta el papel del "aprendizaje en la experiencia de dolor". Es más probable que los pacientes cuyos familiares han experimentado problemas médicos tengan modelos de actuación en el dolor crónico y las estrategias de afrontamiento, que, después de todo, son respuestas aprendidas.

Los valores culturales, las normas, las reglas y demás usos sociales, implícitos o explícitos, influyen en la experiencia de dolor. El ambiente social, el aprendizaje por observación y las identificaciones con las figuras más significativas pueden influir, y de hecho influyen, en la adquisición y el mantenimiento de ciertas conductas de dolor¹¹.

Comunicación con la familia (conductas de dolor)

Numerosas investigaciones han demostrado que el apoyo social con que cuenta una persona tiene una importante función protectora frente al estrés en general. Otros muchos trabajos indican también que el apoyo social sirve para amortiguar los efectos de la enfermedad crónica.

El apoyo social, aunque es beneficioso en el plano emocional, respecto al nivel de funcionamiento es claramente perjudicial porque promueve la dependencia y la incapacidad.

El dolor crónico obliga a un difícil equilibrio, en relación con las familias de los pacientes: no prestar atención y cuidados en respuesta a las manifestaciones de dolor y mantener un comportamiento positivo serían la clave para que al mismo tiempo disminuyan el dolor y la depresión sin fomentar la discapacidad¹².

Impacto global del dolor en el paciente

Debemos recoger qué supone el dolor en cada enfermo, qué efectos tiene en un sujeto concreto, pues lo que realmente nos interesa es el significado que el paciente atribuye al dolor y no tanto el dolor en sí mismo. Es importante valorar el riesgo de duelo y pérdida experimentados por el paciente.

Estilo cognitivo y estrategias de afrontamiento

El afrontamiento tiene que ver con todo lo que hace el sujeto para intentar manejar su situación. Un afrontamiento es efectivo cuando disminuye las consecuencias negativas del dolor y, por tanto, logra que el paciente se adapte mejor a su situación¹³. Son muchas las estrategias de afrontamiento que los individuos ponen en marcha para intentar manejar una situación que ha sido valorada como estresante. De todas las clasificaciones, la más utilizada es la que diferencia entre las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y las centradas en el problema.

El uso de estrategias de afrontamiento depende de la valoración previa que se haya realizado de la situación. Tanto las valoraciones como la utilización de una u otra estrategia de afrontamiento se determinan por las variables antecedentes, es decir, las características del sujeto, la naturaleza del dolor y los factores situacionales¹⁴.

En los últimos años la psicología está estudiando el papel de la aceptación del dolor como modo general de afrontamiento activo y focalizado en el problema. Aceptar el dolor no es claudicar ni rendirse, es negociar con él; así un paciente con dolor crónico puede salir con sus amigos o hacer las tareas de la casa, no como las hacía antes, ni tan deprisa ni tan bien y seguramente tendrá que descansar de vez en cuando, pero puede hacerlo.

Repercusión del dolor en las actividades de la vida diaria

La calidad de vida de una persona se puede cifrar en aquello que es capaz de hacer, las actividades que es capaz de desarrollar. El nivel de funcionamiento de los pacientes no se explica por la intensidad del dolor; lo que se hace y se piensa para hacer frente al dolor es lo que realmente explica el funcionamiento de los pacientes.

Hay que diferenciar las actividades físicas de las actividades funcionales, y destaca que la rehabilitación física se encamina a aumentar la actividad física del paciente y la rehabilitación funcional, a normalizar el estilo de vida. Se ha demostrado que la inactividad física prolongada tiene consecuencias muy perjudiciales. El reposo prolongado produce un debilitamiento en músculos y huesos que luego tardará mucho en recuperarse.

Cuando una persona lleva sufriendo dolor durante un período prolongado, al igual que asocia el movimiento con el dolor y lo evita, acaba evitando otras muchas actividades porque espera que empeoren el dolor.

En el estudio de las actividades funcionales de los pacientes con dolor crónico se han distinguido 4 grandes áreas: las tareas del hogar; el funcionamiento autónomo: autocuidado personal y mantenimiento de una vida independiente; las actividades sociales: actividades de ocio que se realizan con amigos y familiares, y las actividades recreativas: actividades de recreo propiamente di-

chas sin que necesariamente supongan contacto social¹⁴. Debemos explorar, por tanto, ambos niveles de actividad en la evaluación psicológica¹⁵.

Creencias del paciente sobre el dolor y su alivio

Algunos pacientes tienen creencias erróneas en torno a su enfermedad por desconocimiento, por la falta o, en ocasiones, exceso de información. Es necesario explorar este aspecto para detectar sentimientos relacionados con estas creencias. En este sentido la educación sobre la enfermedad puede evitar sentimientos que se ponen de manifiesto, a veces innecesariamente.

Estado emocional: psicopatología

Se evalúa las emociones asociadas al dolor crónico: tristeza, ansiedad, ira, miedo, irritabilidad, impotencia, rabia, frustración, confusión, desesperanza, etc.^{14,15}. La evaluación debe incorporar un examen del estado mental, la memoria y la capacidad de concentración. El humor del paciente se puede evaluar durante la entrevista o mediante pruebas psicométricas. Los estados psicológicos anormales, como depresión, ansiedad, ira, agitación, irritabilidad, miedo, rabia, impotencia, frustración y confusión, pueden contribuir a la percepción y la experiencia de dolor.

Aunque parecen ser raros, los intentos de suicidio, fallidos o no, se pueden producir en respuesta al dolor y a la depresión acompañante.

Es necesario también evaluar el estado de ansiedad en el paciente con dolor crónico¹⁶.

Los pacientes con historia personal o familiar de trastornos psicológicos o psiquiátricos tienen más probabilidad de desarrollar síntomas psicológicos en respuesta a la experiencia de dolor.

Características de personalidad

Algunas características propias del individuo influyen de forma importante en la experiencia de dolor y en las respuestas del paciente a éste.

Desde esta perspectiva teórica, es coherente esperar que la personalidad tenga una enorme influencia en la manera en que los individuos valoran y afrontan el dolor, y todo ello afecta a las consecuencias que el padecimiento del dolor tiene en la vida del paciente. Hay personas más vulnerables que otras a las consecuencias adversas del dolor. Dicha vulnerabilidad se determina en parte por los recursos de los que disponga el individuo para hacer frente a la situación¹⁷⁻¹⁹.

Situación legal, laboral, económica y de incapacidad

Evaluar la situación laboral (activa, ILT, ILP, etc.), situación económica en el momento de la evaluación y

previa a la evaluación (pérdidas económicas a consecuencia del dolor, litigio o no).

Intereses y las capacidades vocacionales del paciente

Es interesante explorar intereses, inquietudes, actividades lúdicas sociales o no, para intentar “rescatar” esa parte del sujeto, transmitiendo al paciente la importancia de mantener esos intereses personales activos.

Capacidad del paciente para cumplir el tratamiento

Explorar el grado de implicación del paciente en el tratamiento, y según este parámetro y otros como el apoyo social, recursos económicos del sujeto, situación familiar, entre otros, valorar la capacidad del paciente para adherirse y cumplimentar adecuadamente el tratamiento.

Instrumentos o herramientas de que disponemos para llevar a cabo la evaluación

Disponemos de 2 instrumentos básicos para llevar a cabo una evaluación psicológica: la entrevista y los cuestionarios. Con excepción de la historia clínica y la entrevista, lo demás es opcional.

Entrevista

Es un proceso ininterrumpido de interacción. Persigue 3 objetivos básicos: investigación, diagnóstico y tratamiento. Hay 2 tipos de entrevista: abierta y cerrada. En la entrevista abierta se intenta estudiar y utilizar el comportamiento total del sujeto en todo el curso de la relación establecida con el técnico. La regla básica es obtener datos completos del comportamiento total del sujeto en el curso de la entrevista.

Escuchar, vivenciar y observar son tres aspectos básicos en la entrevista. Los dos elementos que constituyen la entrevista son el entrevistador y el entrevistado.

El instrumento de trabajo del entrevistador es él mismo, su propia personalidad. El entrevistador escucha, piensa, recuerda, siente, asocia, revive, etc., y todo eso ocurre mientras está “conociendo” al sujeto²⁰.

Con un mínimo de experiencia, no hay entrevistas fracasadas.

Es importante atender el discurso verbal que trae el paciente, pero también el discurso no verbal: “no se trata tanto de qué dice el paciente, sino de cómo lo dice” (J.B. Merrick).

El paciente “comunica” a través de sus gestos, posturas, expresiones, actitudes... La entrevista es diagnóstica y en ocasiones terapéutica.

Es importante la narración del paciente: historiar el dolor (en qué momento de la biografía del paciente se pone de manifiesto el dolor).

Cuestionarios

Deben ocasionar los menos problemas posibles; no deben ser un trastorno para los pacientes. Deben ser comprensibles, válidos, fiables y sensibles a los efectos de los tratamientos. Deben disponer de normas estandarizadas; es importante que completen la entrevista, no que la sustituyan^{10,21,22}.

Algunos cuestionarios que recomendamos, muy sencillos y básicos: dolor: escala analógica visual, McGill; calidad de vida: SF-36; capacidad funcional: HAQ; psicopatologías: SCL-90R; depresión: HADS, BDI; ansiedad: HADS, STAI.

Bibliografía

1. Wilson KE. Implicaciones psicológicas del dolor crónico. En: Tratamiento práctico del dolor. 3.ª edición. Madrid: Harcourt; 2001. p. 332-46.
2. Penzo W. El dolor crónico. Barcelona: Martínez Roca; 1989.
3. Esteve Zaragoza R. ¿Qué es la experiencia de dolor crónico? El desafío del dolor crónico II. Málaga: Aljibe; 2003. p. 3-31.
4. Miró J. Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao: Biblioteca nueva; 2003.
5. Campos Ródenas R, Lobo Satué A. Psiquiatría de Interconsulta y Enlace. En: Vallejo Ruiloba J, editor. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2004. p. 2210-28.
6. González de Rivera y Revuelta JL. Introducción a la medicina psicósomática. Medicina Psicósomática. Madrid: ADES; 2003. p. 9-33.
7. Laederach-Hofmann K. Las enfermedades psicósomáticas en el enfermo psicósomático en la práctica. Barcelona: Herder; 1997. p. 16-20.
8. Fernández Ballesteros R. Introducción a la evaluación psicológica. Vol I y II. Madrid: Pirámide; 1992.
9. Vallejo Pareja MA, Comeche Moreno MI. Evaluación psicológica del dolor crónico. Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Fundación Universidad-Empresa; 1994. p. 23-41.
10. Doleys DM, Doherty DC. Evaluación psicológica y conductual. Tratamiento práctico del dolor. 3.ª ed. Madrid: Harcourt; 2001. p. 429-48.
11. Mingote Adán JC, Ortiz Ruibal H, Rebolledo Carmona R. Aspectos psicológicos del dolor. FMC. 2002;5:16-29.
12. Wilson K E. Implicaciones psicológicas del dolor crónico. En: Tratamiento práctico del dolor. 3.ª ed. Madrid: Harcourt; 2001. p. 332-46.
13. Esteve Zaragoza R, Ramírez Maestre C. Hacer ante el dolor crónico. En: El desafío del dolor crónico. Málaga: Aljibe; 2003. p. 53-70.
14. Esteve Zaragoza R, Ramírez Maestre C. Las consecuencias del dolor crónico. El desafío del dolor crónico. Málaga: Aljibe; 2003. p. 33-51.
15. Krause SJ, Wiener RL, Tait RC. Depression and pain behavior in patients with chronic pain. Clin J Pain. 1994;10:122.
16. Montejo González AL, Llorca Ramón G, Matías Polo J, Díez MA. Dolor crónico y ansiedad. Neurociencias. 1996;5:13-8.
17. Ramírez Maestre C, Esteve R, López AE. Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. An Psicol. 2001;17:129-37.
18. Weisberg JN, Keefe FJ. Personality disorders in the chronic pain population: basic concepts, empirical findings, and clinical implications. Pain Forum. 1997;6:19.
19. Doleys DM, Doherty DC. Evaluación psicológica y conductual. En: Tratamiento práctico del dolor. 3.ª ed. Madrid: Harcourt; 2001. p. 429-48.
20. Bleger J. La entrevista psicológica. Temas de psicología (entrevista y grupos). Buenos Aires: Nueva visión; 1985. p. 9-41.
21. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain. 1975;1:275-99.
22. Melzac R. The short-form McGill Pain Questionnaire. Pain. 1987;30:191-7.