

Personalidad y dolor crónico

P. Infante Vargas¹, G. García Parés², J. Moix Queraltó¹, M. Cañellas Arsegol²,
S. Subirá Álvarez¹

Psiquis, 2005; 26 (3): 93-100

Resumen

Objetivo: la propuesta de este estudio consistió en analizar si las características de personalidad del cuestionario de Cloninger eran variables que intervenían en el proceso del dolor crónico. Concretamente, el objetivo consistió en comprobar si las características de personalidad estaban relacionadas con la ansiedad, la depresión y el dolor que sufrían los pacientes.

Método y material: se evaluó una muestra de 68 pacientes con dolor crónico en la clínica del dolor del Hospital Parc Taulí de Sabadell. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario de Temperamento y Carácter (TCI) (10), Cuestionario de Ansiedad Estado y Rasgo (STAI) (18), Cuestionario para la Depresión de Beck (BDI) (19) y una Escala Analógica Visual (VAS) para medir la intensidad del dolor.

Resultados: según los resultados obtenidos a través del cuestionario de Cloninger, los pacientes con dolor crónico se caracterizaron por presentar puntuaciones más altas en Evitación del Daño (HA), así como puntuaciones más bajas en Búsqueda de Novedad (NS), Persistencia (P) y Auto-Dirección (SD) con respecto a la población general. Las altas puntuaciones de HA y las bajas puntuaciones de SD correlacionaron con mayor nivel de malestar emocional (depresión y ansiedad). Finalmente, nuestros resultados indicaron que ninguna de las escalas del TCI afectan la intensidad del dolor. Sin embargo, observamos que la presencia de síntomas depresivos en nuestra muestra sí estaba relacionada con la intensidad del dolor.

Conclusiones: considerando en conjunto las características de Temperamento y de Carácter de nuestra muestra con dolor crónico, podemos decir que ésta presenta un patrón de personalidad más desadaptativo o desajustado, que la población general. Es probable que este patrón de personalidad intervenga favoreciendo el inicio o mantenimiento del dolor crónico, aunque son necesarios más estudios de tipo prospectivo para poder afirmar esta incidencia con mayor seguridad

Palabras clave: Dolor Crónico. Ansiedad. Depresión. Personalidad. Cuestionario de Temperamento y Carácter (TCI).

¹ Universidad Autónoma de Barcelona

² Corporación Sanitaria Parc Taulí

Abstract

Personality and chronic pain

Objective: *The purpose of the present study was to analyze whether personality characteristics as observed with the results of a Cloninger questionnaire could be considered as variables in the chronic pain process. Our objective, in short, was to prove whether personality characteristics related to anxiety, depression or pain suffered by the patient.*

Materials and Methods: *We evaluated a 68 chronic pain patient sample at the Pain Clinic in Parc Taulí Hospital, Sabadell. Instruments employed were Temperament and Character Inventory (TCI) (10), Anxiety State and Traits Inventory (STAI) (18), Beck Depression Inventory (BDI) (19) and a Visual Analogic Scale (VAS) to measure pain intensity.*

Results: *The results of the Cloninger questionnaire point out that the chronic pain patient characteristically shows a higher score in the Harm Avoidance (HA) as well as a lower score in Novelty Seeking (NS), Persistence (P) and Self Directedness (SD) tests when compared to the general population. High HA and low SD scores correlate with a higher emotional indisposition level (depression and anxiety). Our results finally show that none of the TCI levels appear to affect pain intensity but that the presence of depressive symptoms do correlate with the same in our population.*

Conclusions: *Character and temperament characteristics considered as a whole in our chronic pain patients seem to point to a more disadapted or unadjusted personality pattern when compared to the general population. It seems probable that such a personality pattern favors the onset of chronic pain or its maintenance, although more prospective studies are indicated to safely affirm such a coincidence.*

Key words: Chronic Pain. Anxiety. Depression. Personality. Temperament and Character Inventory (TCI).

Introducción

El dolor crónico es considerado como uno de los principales problemas de salud de nuestra sociedad contemporánea, tal y como muestran los datos epidemiológicos. Por ejemplo, Catala (1) menciona que en España el 23,4% de la población sufre este trastorno. En segundo término, tenemos el elevado coste económico que conlleva (tanto en la elevada utilización de servicios médicos sanitarios, pérdidas de horas de trabajo y costos de indemnizaciones). Finalmente, en tercer término, se encuentran los efectos que produce este trastorno en la vida del paciente (trastornos afectivos, problemas familiares y sociales).

Como desafortunadamente los tratamientos tradicionales, como intervenciones quirúrgicas o farmacológicas, no han sido totalmente eficaces para aliviar el sufrimiento que experimentan los pacientes con dolor crónico, en los últimos años ha aumentado el interés en estudiar los factores psicológicos implicados.

Dentro de este campo de la psicología, una variable muy estudiada es la personalidad. El estudio de la personalidad del paciente con dolor crónico, se ha dedicado a evaluar la influencia de estos rasgos tanto en la génesis como en el mantenimiento de la

enfermedad. Existe una línea de investigación que intenta encontrar relaciones entre perfiles o patologías de personalidad y el padecimiento del dolor crónico. De manera general, los resultados de estas investigaciones encuentran que las psicopatologías más relacionadas con el dolor crónico son la depresión y la ansiedad (2), así como los perfiles histéricos, neuróticos e hipocondríacos (3, 4).

Sin embargo, existen autores que plantean serias dudas acerca de que el dolor pueda ser atribuido a un tipo de personalidad premórbida (5).

Otras líneas de investigación más bien apuntan a que la personalidad no es un precursor del dolor, sino que determina o media en parte el grado de incapacidad, cronificación y sufrimiento (6). En este sentido, se considera que la personalidad determina las estrategias o las habilidades que desarrollará el individuo en situaciones estresantes, siendo éstas a su vez las que permitirán al sujeto un alto o bajo nivel de adaptación a la enfermedad. A este respecto, por ejemplo, se ha encontrado que los pacientes con dolor crónico y con altas puntuaciones de neuroticismo padecen mayor dolor porque son los que más pensamientos catastróficos presentan (7, 8).

Dentro del estudio de la personalidad se han utilizado con bastante frecuencia las distintas versiones

del cuestionario de Cloninger (9, 10). Para describir la personalidad Cloninger (11) desarrolló un modelo dimensional y psicobiológico. Este modelo se basa en estudios de familias, estudios longitudinales sobre el desarrollo y estudios psicométricos sobre la estructura de la personalidad, así como en estudios neurofarmacológicos y neuroanatómicos del condicionamiento conductual y el aprendizaje del hombre y de los animales.

Este modelo originalmente asumía cuatro dimensiones de la personalidad: Búsqueda de Novedad (NS), Evitación al Daño (HA), Dependencia de la Recompensa (RD) y Persistencia (PS). Estas dimensiones llamadas de Temperamento son consideradas características individuales que dan lugar a respuestas automáticas a los estímulos emocionales, reguladas por sistemas psicobiológicos. Dichas respuestas son estables a lo largo de la vida y están en parte reguladas genéticamente. La dimensión NS expresa la emisión de conductas de aproximación en respuesta a la novedad y a señales de recompensa o retirada de castigo; incluye aspectos de exploración, desinhibición e impulsividad. La dimensión HA hace referencia a una susceptibilidad especial a convertirse en personas temerosas, aprensivas y preocupadas, con predisposición a la aparición de trastornos ansiosos y depresivos. La dimensión DR se refiere a la gratificación proporcionada por las relaciones con las personas. La dimensión PS alude a la tenacidad y esfuerzo continuado para conseguir las metas propuestas. Implica una tendencia a mantener conductas en condiciones de extinción y mide la capacidad para seguir emitiendo conductas anteriormente asociadas al refuerzo positivo o a la ausencia de castigo, a pesar de la desaparición de esas contingencias.

Posteriormente, el modelo se completó con tres dimensiones de Carácter, las cuales se estructuran a lo largo del desarrollo por mecanismos de aprendizaje en el medio sociocultural. Las dimensiones de carácter son: 1) AutoDirección (SD); 2) Cooperatividad (C) y 3) Auto-Trascendencia (ST). La SD es la habilidad de la persona para controlar, regular y adaptar la conducta ajustándola a una situación, se relaciona con recursos eficaces de afrontamiento y con una buena adaptación. La C son los comportamientos éticos o prosociales y la capacidad del sujeto para aceptar identificarse y colaborar con los demás. La ST agrupa características de espiritualidad, misticismo, pensamiento mágico y religioso. Se relaciona también con la creatividad y la imaginación. Ambas dimensiones de temperamento y carácter se complementan, influyen y consolidan a través del desarrollo del individuo.

Existen diversos cuestionarios que evalúan las dimensiones de personalidad propuestas por Cloninger: una entrevista clínica semiestructurada, el Tridimensional Personality Questionnaire, TPQ (9) que evalúa las cuatro dimensiones de temperamento y el Temperament and Character Inventory, TCI (10) que evalúa las siete dimensiones de personalidad. Estos cuestionarios aunque de aparición reciente han sido muy utilizados en la investigación.

En algología son todavía escasos los estudios llevados a cabo con estos instrumentos. Franulic et al. (12) con pacientes ingresados en la unidad de quemados, encuentran correlación positiva entre la dimensión Evitación al Daño (HA) del TPQ con altos niveles de ansiedad medida con la escala de Hamilton. Otros autores utilizando el TPQ han demostrado que los pacientes con cefalea tensional y migrañosa, al ser comparados con una muestra control, presentan puntuaciones más altas en la dimensión de HA. Además, los enfermos de migraña obtienen puntuaciones significativamente más bajas en la dimensión Búsqueda de Novedad (NS) (13). Los resultados de una muestra de mujeres con intestino irritable y con trastorno de ansiedad mostraron que ambos grupos obtuvieron altas puntuaciones en la escala de HA en comparación con los datos de la población general. Además, las mujeres con intestino irritable se diferenciaron de las mujeres de trastornos de ansiedad por presentar altas puntuaciones en las subescalas Ha1 (Preocupación/Pesimismo) y Ha4 (Fatiga). En la dimensión de Dependencia de la Recompensa (RD), se observó que las mujeres con intestino irritable obtuvieron mayores puntuaciones con respecto a la población general (14). Finalmente, resultados similares obtuvo Ulla (15) con el TCI al evaluar mujeres con fibromialgia, ya que encontró que la muestra se caracterizaba por presentar altas puntuaciones en la dimensión de HA.

Los resultados anteriores coinciden en señalar que las muestras con dolor se caracterizan por presentar alta HA en comparación con la población general. La alta HA implica una facilitación neurobiológica de los aprendizajes de evitación frente a un evento inesperado o potencialmente dañino. Estas personas tendrán por tanto un alto grado de vigilancia y poca habituación en condiciones que entrañan peligro potencial. Son especialmente susceptibles a convertirse en personas temerosas, aprensivas y preocupadas, con predisposición a la aparición de trastornos ansiosos y depresivos.

Si consideramos la enfermedad de dolor como un evento potencialmente dañino, los rasgos de personalidad en los pacientes con dolor (es decir la forma

en que perciben, afrontan y se comportan frente al dolor), pueden jugar un papel fundamental tanto en la génesis como en el mantenimiento de la enfermedad. Sin embargo, los estudios realizados hasta el momento son escasos. Por ello, la presente investigación se propuso alcanzar los siguientes objetivos: (1) evaluar en una muestra de pacientes con dolor crónico las características de personalidad utilizando el TCI de Cloninger, y (2) estudiar en estos pacientes la posible relación entre las características de personalidad obtenidas con el TCI con la intensidad del dolor y los síntomas depresivos y ansiosos.

Método

Participantes

Se evaluaron 68 pacientes con dolor crónico que acudieron a la consulta externa de la Clínica del Dolor del Hospital Parc Taulí de Sabadell (CSPT) para asistencia médica relacionada con su enfermedad de dolor. La muestra estaba constituida por 21 (31%) hombres y 47 (69%) mujeres. La edad media de la muestra fue de 53 años (DE = 14) con un rango de edad de 21 a 79 años. Los sitios de dolor de acuerdo con la clasificación de la IASP incluían: miembros inferiores (43%), espalda, espina lumbar, sacro y coxis (24%), hombros y miembros superiores (9%), más de tres sitios (6%), región torácica (4%), cabeza, cara y boca (4%), región pélvica (3%), región cervical (3%), región abdominal (3%) y región anal (1%). En la muestra el 78% de los pacientes eran casados, el 10% solteros, el 7% divorciados y el 5% viudos. El nivel de estudios universitarios era del 6%, medios 25% y primarios 54%. En cuanto a la ocupación, el 40% de los pacientes se encontraban de baja laboral, el 31% eran amas de casa, el 13% eran jubilados y con trabajo activo y finalmente el 1.5% eran estudiantes y se encontraban en paro. El nivel de intensidad de dolor de la muestra fue de 6 (DE = 3) con un rango de 0 a 10.

Procedimiento

En primer lugar, los pacientes eran evaluados por los médicos del Servicio de Anestesiología de la CSPT y a continuación se procedía a la evaluación psicológica.

Se remitieron tanto los pacientes que acudían regularmente al servicio como los que asistían por primera vez.

Para la evaluación psicológica se seleccionaron los pacientes en cuyos casos el dolor había persistido durante al menos 6 meses, y en los que los tratamientos aplicados no habían logrado la remisión de la enfermedad. Se excluyeron los casos de dolor oncológico. La evaluación psicológica fue realizada por un psicólogo con experiencia en psicopatología. Este evaluó a los pacientes de manera individual, dedicando aproximadamente una hora por paciente para la aplicación de los cuestionarios. Se garantizó la confidencialidad de los datos y su uso exclusivo para fines de investigación y tratamiento.

Instrumentos

Cuestionario de datos demográficos

La recogida de datos demográficos del paciente se realizó a través de un cuestionario diseñado por los investigadores. El protocolo cubría las siguientes áreas: sexo, edad, estado civil, educación, ocupación, tipo de dolor (clasificación de la IASP) y nivel de intensidad del dolor. La intensidad del dolor se midió a través de una escala analógico visual (16, 17).

Cuestionario de Temperamento y Carácter (TCI) (10)

El Cuestionario de Temperamento y Carácter (TCI) incluye las siguientes dimensiones temperamentales: Búsqueda de Novedad (NS), Evitación al Daño (HA), Dependencia de la Recompensa (RD) y Persistencia (PS). La escala Evitación al Daño (HA) se compone de cuatro subescalas: HA1 = Preocupación/Pesimismo, HA2 = Miedo a la incertidumbre, HA3 = Timidez y HA4 = Fatiga. La escala Búsqueda de Novedad (NS) se compone de cuatro subescalas: NS1 = Exploración Excitabilidad, NS2 = Impulsividad, NS3 = Extravagancia y NS4 = Desorden, y la escala Dependencia a la Recompensa (RD) se compone de 3 subescalas: RD1 = Sentimentalismo, RD3 = Apego y RD4 = Dependencia. La escala de Persistencia (PS) no contiene subescalas. Las dimensiones caracteriales son: Auto-Dirección (SD), Cooperatividad (C) y Auto-Trascendencia (ST). La escala de Auto-dirección se compone de cinco subescalas: SD1 = Responsabilidad, SD2 = Intencionalidad, SD3 = Expeditivo, SD4 = Autoaceptación y SD5 = Según la naturaleza instruido. La escala de Cooperación se compone de cinco subescalas: C1 = Aceptación C2 = Empatía, C3 = Asistencia, C4 = Compasión vs Venganza y C5 = Integridad Conciencia, y la escala de Auto-Trascendencia se compone de tres subescalas: ST1 = Conciencia de sí mismo, ST2 = Identificación Transper-

sonal y ST3 = Aceptación espiritual. Este instrumento consta de 240 ítems con respuesta dicotómica (F o V). Utilizamos la traducción española realizada por la Dra. Bayón Pérez (1987, 1992).

Resultados previos muestran que el TCI tiene consistencia interna satisfactoria, fiabilidad test-retest y apropiada validez en población normal, estudiantes, pacientes psiquiátricos hospitalizados y de consulta externa (10).

Cuestionario de Ansiedad Rasgo y Estado (STAI) (18)

Este instrumento permite medir dos aspectos independientes de la ansiedad, la denominada estado (E) y rasgo (R). La escala de Ansiedad-Estado (A/E) mide síntomas de ansiedad actual y la escala de Ansiedad-Rasgo (A/R), mide el componente ansioso de la personalidad. Cada escala contiene 20 ítems y tiene tres opciones de respuesta.

Cuestionario para la Depresión de Beck (BDI) (19)

Este cuestionario consta de 21 ítems que hacen referencia al estado de ánimo actual del paciente. Contiene 4 opciones de respuesta sobre los síntomas depresivos.

Análisis estadísticos

El análisis estadístico de los datos se efectuó con el Sistema SPSS versión 10.0 para Windows. Se utilizó la prueba T Student para comprobar si existían diferencias significativas en las puntuaciones de las escalas del TCI entre la muestra con dolor crónico y la población general.

Se utilizó el coeficiente de Correlación de Pearson para estudiar las relaciones entre las escalas del TCI con las puntuaciones del BDI, STAI y VAS.

El análisis de las escalas del TCI, BDI y STAI se realizó utilizando las puntuaciones directas. Finalmente, para todos los análisis se consideró que una relación era estadísticamente significativa cuando $p \leq 0.05$.

Resultados

Puntuaciones del TCI

Para comparar las puntuaciones de las escalas del TCI obtenidas en nuestra muestra con dolor crónico, utilizamos las puntuaciones de la población general de 300 sujetos obtenidas en el estudio de Cloninger et al (10). La Tabla I muestra las medias y las desviaciones estándar de ambas muestras. Se observa que la muestra con dolor crónico puntúa de manera significativa y mayor en Evitación al Daño (HA) que la muestra de Cloninger ($t = 8.97, P < 0.01$). Por otra parte, la muestra con dolor crónico puntúa de manera significativa y menor en Búsqueda de Novedad (NS) ($t = -4.05, P < 0.01$), Persistencia (P) ($t = -2.86, P < 0.01$) y AutoDirección (SD) ($t = -2.55, P < 0.01$) que la muestra de Cloninger.

Relación entre las escalas del TCI con la intensidad del dolor, síntomas de depresión y ansiedad

La Tabla II presenta las correlaciones entre las escalas del TCI con la Intensidad del dolor, síntomas de depresión y ansiedad en la muestra con

TABLA I

Puntuaciones de las escalas del TCI en nuestra muestra de pacientes con dolor crónico (n = 68) y en la muestra normativa de Cloninger (n = 300) (Cloninger et al. 1994)

TCI	Número de ítems	Muestra Normativa	Muestra con dolor	T-test
		U.S.	crónico	
		M (DE)	M(DE)	
Búsqueda de Novedad (NS)	40	19.3 (6.0)	15.2 (5.0)	-4.05**
Evitación al Daño (HA)	36	12.6 (6.8)	21.5 (6.8)	8.97**
Dependencia de la Recompensa (RD)	24	15.4 (4.4)	14.4 (3.7)	-0.9
Persistencia (PS)	8	5.6 (1.9)	4.49 (1.8)	-2.86*
Auto-Dirección (SD)	44	30.7 (7.5)	28.1 (6.9)	-2.55*
Cooperatividad (C)	42	32.3 (7.2)	30.2 (5.3)	-2.06
Auto-Trascendencia (ST)	33	19.2 (6.3)	18.6 (5.4)	0.6

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

TABLA II

Correlaciones de las escalas del TCI con la Intensidad del dolor, síntomas depresivos y ansiosos*

	NS	HA	RD	PS	C	SD	ST
BDI	-07	37**	-28*	-02	-18	-39**	-00
STAI-Estado	-06	43**	-17	00	-15	-42**	09
STAI-Rasgo	-03	58**	-23	01	-18	-52**	09
Intensidad dolor	05	-16	-02	-11	18	-12	15

Sólo correlaciones de 0.30 o más.

*P < 0.05, **P < 0.01

dolor crónico. Se observan correlaciones significativas, positivas y altas (> 0.30) entre Evitación al Daño (AH) y Síntomas depresivos (BDI) (r= 0.37), Evitación al Daño (AH) y Síntomas de ansiedad estado y rasgo (STAI) (r = 0.43 y r = 0.58 respectivamente).

Se observan correlaciones significativas, negativas y altas (> 0.30) entre Auto-Dirección (SD) y Síntomas de depresión (BDI) (r= -0.39), Auto-Dirección (SD) y Síntomas de ansiedad estado y rasgo (STAI) (r = -0.42 y r = 0.52, respectivamente).

Relación entre intensidad del dolor, síntomas de depresión y ansiedad

En la Tabla III, se presentan las correlaciones entre la intensidad del dolor, síntomas de depresión y ansiedad en la muestra con dolor crónico. Se observa correlación significativa, positiva y moderada (< 0.30) entre los síntomas depresivos (BDI) con la intensidad del dolor (r= 0.26).

TABLA III

Correlaciones entre Intensidad del dolor, síntomas depresivos y ansiosos*

	BDI	STAI-Estado	STAI-Rasgo
Intensidad dolor	26*	20	12

* P < 0.05, ** P < 0.01

Discusión

Los resultados de nuestro estudio mostraron que los pacientes con dolor crónico se caracterizaron por presentar en las escalas de Temperamento puntuaciones más altas en Evitación del Daño (HA),

así como puntuaciones más bajas en Búsqueda de Novedad (NS) y Persistencia (P) con respecto a la población general. Ya otros estudios han obtenido resultados similares, al observar altas puntuaciones de HA en muestras de pacientes con dolor (12-15).

De acuerdo con Cloninger et al (11), los extremos de temperamento pueden predisponer a los sujetos a la conducta inadaptada. Así, la alta Evitación al Daño se asocia con una tendencia a la aparición de trastornos emocionales como la depresión y la ansiedad. En nuestra muestra con dolor crónico, observamos resultados similares, las altas puntuaciones de HA se asociaron fuertemente con los síntomas de depresión y ansiedad. Según Cloninger, podemos considerar que la alta HA es una característica de la personalidad que implica poca habituación ante los eventos inesperados o potencialmente dañinos. Si consideramos la enfermedad de dolor como un evento potencialmente dañino para la persona, podemos hipotetizar que los pacientes con alta HA pueden estar respondiendo ante el dolor de manera inadaptada, no habituándose a la nueva situación, generando de esta forma síntomas de depresión y ansiedad.

Sin embargo, habría que interpretar con cautela estos resultados, ya que la alta HA y los síntomas de depresión y ansiedad observada en los pacientes con dolor crónico, también pueden ser interpretadas como consecuencia o manifestación del mismo dolor. En este sentido, habría que llevar a cabo más estudios longitudinales o prospectivos, porque hasta el momento los datos que tenemos derivan sólo de estudios transversales en donde el dolor ya es una enfermedad instaurada en los pacientes.

En las escalas de Carácter, nuestra muestra presentó puntuaciones menores en la escala Auto-dirección (SD) en comparación con la población general. Además, se observó que la SD se asoció fuertemente con síntomas de depresión y ansiedad. Estas puntuaciones indican ineficacia en resolver

las dificultades, escasez de recursos de afrontamiento y malestar emocional. Por tanto, nuestros resultados encajarían con los obtenidos en otros estudios con pacientes con dolor crónico en los que se ha observado que el empleo de estrategias de afrontamiento ineficaces o pasivas se asocian con mayor discapacidad e incluso mayor dolor (20-23).

Por otra parte, nuestros resultados indicaron que ninguna de las escalas de personalidad estaba relacionada directamente con la intensidad del dolor. Sin embargo, observamos que la presencia de síntomas depresivos en nuestra muestra sí estaba relacionada con la intensidad del dolor. Lo anterior concuerda con la literatura, la cual señala que los síntomas depresivos correlacionan fuertemente con la presencia de mayor intensidad del dolor (24-27).

En conclusión, nuestros resultados mostraron que los pacientes con dolor crónico presentan rasgos de personalidad más inadaptados y relacionados con más estados emocionales desagradables que la población general. En este sentido, podemos decir que estas características de personalidad (en concreto la alta HA y la baja SD) aunque no están relacionadas directamente con la intensidad del dolor, sí predisponen a la aparición de trastornos emocionales relacionados con el dolor.

Dentro de las aplicaciones prácticas de nuestros resultados consideramos que éstos nos pueden dar una buena indicación en el área preventiva del dolor crónico. Por ejemplo, un paciente con dolor agudo que presente altas puntuaciones en HA puede considerarse como un sujeto de "riesgo" para desarrollar síntomas de depresión y ansiedad, y si estos síntomas emocionales se mantienen por un largo período podría sobrevenir el desarrollo de un cuadro de dolor crónico. En la valoración clínica de un paciente con dolor crónico que puntúe alto en HA y bajo en SD se puede considerar una terapia dirigida a la disminución de síntomas de depresión, ansiedad, hipervigilancia de las sensaciones, habituación a situaciones inesperadas, así como entrenamiento en estrategias de afrontamiento y resolución de problemas.

Nuestra intención no es suponer la existencia de una personalidad típica de las personas con dolor crónico, pero ello no significa que pensemos que las variables de personalidad no influyen en la enfermedad. Los rasgos de personalidad en estos pacientes, es decir la forma en que perciben, sienten, piensan, afrontan y se comportan ante el dolor, puede jugar un papel fundamental tanto en la génesis como en el mantenimiento de la enfermedad.

No obstante, aunque el TCI evalúa rasgos biológicos de personalidad y por tanto teóricamente difi-

ciles de modificar estos rasgos creemos pueden verse afectados por el hecho de sufrir dolor y quizá la personalidad temerosa es en cierto modo consecuencia y no causa del dolor. Por tanto, para asegurar más nuestras conclusiones sería recomendable realizar estudios prospectivos.

Bibliografía

1. Catala E. Prevalence of pain in the Spanish population. Telephone survey in 5000 homes. *European Journal of Pain* 2002; 6(2):133-40.
2. Mayr M, Hogler S, Ghedina W, Berck K. Low back and psychiatric disorders. *Lancet* 2003; 361:9356 [pubmed].
3. Hansen RF, Sorensen BF, Schroll M. Minnesota Multiphasic Personality Inventory Profiles in person with or without low back pain. *Spine* 1995; 20(24):2716-20.
4. Breslau N, Chilcoat HD, Andreski P. Further evidence on the link between migraine and neuroticism. *Neurology* 1996; 47:563-667.
5. Serrano M, Cañas A, Serrano C, García PI, Caballero J. Evaluación psíquica del dolor. *Dolor* 2000; 17:57-70.
6. Dersh J, Polatin PB, Gatchel RJ. Chronic pain and Psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosom Med* 2002; 64(5):773-86.
7. Ramírez C. Las características personales de la experiencia del dolor y el proceso de afrontamiento. *Escritos de Psicología* 2002; 6:40-52.
8. Ramírez C, Esteve R, López AE. Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de Psicología* 2001; 17(1): 129-37.
9. Cloninger DR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. Normative Data. *Psychological Reports* 1991; 69:1047-57.
10. Cloninger DR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use. St Louis, Missouri, USA: Center for Psychobiology of Personality, 1994.
11. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry* 1997; 44:573-88.
12. Franulic A, González X, Trucco M, Vallejos F. Emotional and Psychosocial factors in burn patients during hospitalization. *Burns* 1996; 22(8):618-22.
13. Di Piero V, Bruti G, Venturi P, Talamonti F, Blondi M, Di Legge S, Lenzi GL. Amninergetic tone correlates of migraine and tension-type headache: a study using the Tridimensional Personality Questionnaire. *Headach* 2001; 41(1):63-71.
14. Fossey MD, Lydiard RB, Marsh WH, Stuart GW, Mor-

- ton WA. *Personality assessment in female patients with irritable bowel syndrome and anxiety disorders.* *Psychosom Med* 1989; 51:253-4.
15. Ulla MA. *Fibromyalgia syndrome in women -a stress disorder? Neurobiological and hormonal aspects.* Dissertation for the degree of doctor. UPPSALA University, 1999.
 16. Penzo W. *El dolor crónico. Aspectos psicológicos.* Ed. Martínez Roca, 1989.
 17. Turner AJ, Romano MJ. *Self-report screening measures for depression in chronic pain patients.* *J Clin Psychol* 1994; 40(4):909-13.
 18. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *STAI Cuestionario de ansiedad rasgo y ansiedad estado.* Madrid: TEA Ediciones, 1973.
 19. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression.* *Archives of General Psychiatry* 1961; 4:561-71.
 20. Esteve R, López AE, Ramírez C. *Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico.* *J Health Psychol* 1999; 11(1-2):77-102.
 21. Grant ID, Long BC, Willms JD. *Women's adaptation to chronic back pain: daily appraisals and coping strategies, personal characteristics and perceived spousal responses.* *J Health Psychol* 2002; 7(5):545-64.
 22. McCracken IM, Goetsch VI, Semenchuk FM. *Coping with pain produced by physical activity in persons with chronic low back pain: immediate assessment following a specific pain event.* *Behav Med* 1998; 24(1):29-34.
 23. Rodríguez-Parra MJ, Esteve RE, López AE. *Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. Análisis y Modificación de Conducta* 2000; 26(107):391-418.
 24. Haley W, Turner J, Romano J. *Depression in chronic pain patients: relation to pain, activity, and sex differences.* *Pain* 1985; 23:337-43.
 25. Marbach JJ, Richlin DM, Lipton JA. *Lines behavior, depression and anhedonia and in myofascial face and back pain patients.* *Psycho Psychosom* 1983; 39:47-54.
 26. Geisser EM, Roth SR, Robinson RM. *Assessing depression among person with chronic pain using the centerb for epidemiological studies-depression scale and de Beck Depression Inventory: A comparative analysis.* *Clin J Pain* 1997; 13:163-70.
 27. Marbach JJ, Lund DM. *Depression, Anhedonia and Temporomandibular Joint and other facial pain.* *Pain* 1981; 11:73-84.