



DOLOR CRÓNICO, PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD



Alumna:

Alba Pérez Quiles

Tutores:

Livia García Pérez

Ignacio Ibáñez Fernández

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

MÁSTER UNIVESITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA POR LA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Curso académico 2019-2020

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue analizar el papel que desempeñan las dimensiones básicas de la personalidad y sus trastornos en el dolor crónico. Para ello se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal mediante autoinformes. Se evaluaron las dimensiones básicas de la personalidad y sus respectivas facetas a través del NEO-PI-R, mientras que los trastornos de personalidad se evaluaron mediante el IPDE ICD-10. La muestra estuvo formada por 361 enfermos crónicos, de los cuales 62,7% eran mujeres. Se evaluaron el género, la edad, el estado civil y la actividad profesional, las dimensiones básicas de la personalidad y sus trastornos. Se realizaron análisis de correlaciones, prueba t de Student y la prueba U de Mann-Whitney y análisis de regresión con el método paso a paso. Los resultados subrayaron la importancia del género, la edad y el trastorno de personalidad paranoide, seguida de Neuroticismo y los trastornos límite y dependiente, en la predicción de la puntuación total en el Cuestionario de Dolor Musculoesquelético de Örebro (OMPQ). Indicando mayor dolor por parte de las mujeres y correlaciones similares para ambos géneros. Concluyendo que, a pesar de que algunas variables tienen un peso explicativo en la justificación del padecimiento del dolor, tanto las dimensiones básicas de personalidad como sus trastornos no parecen explicarlo en algunos pacientes crónicos. No obstante, queda patente que el Neuroticismo tiene un peso especial en la manifestación del sufrimiento, añadiendo la existencia de otros aspectos no contemplados que contribuyen a este padecimiento.

Palabras clave: dolor crónico, dimensiones de personalidad, trastornos de personalidad, cuestionario de dolor musculoesquelético de Örebro.

Abstract

The aim of this research was to analyse the role of basic personality dimensions and disorders in chronic pain. To this end, a cross-sectional descriptive study was carried out using self-reports. Basic personality dimensions and their respective facets were assessed through the NEO-PI-R, while personality disorders were assessed through the IPDE ICD-10. The sample consisted of 361 chronic patients, 62.7% of whom were women. Gender, age, marital status and professional activity, basic personality dimensions and disorders were assessed. Correlation analysis, Student t-test and Mann-Whitney U-test and regression analysis were performed with the stepwise method. The results highlighted the importance of gender, age and paranoid personality disorder, followed by Neuroticism and borderline and dependent disorders, in the prediction of the total score in the Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire (OMPQ). Indicating greater pain by women and similar correlations for both genders. We concluded that, although some variables have an explanatory weight in the justification of pain, both basic personality dimensions and disorders do not seem to explain it in some chronic patients. However, it is clear that neuroticism has a special weight in the manifestation of suffering, adding the existence of other aspects not considered that contribute to this condition.

Key words: chronic pain, personality dimensions, personality disorders, Örebro musculoskeletal pain questionnaire

Introducción

El dolor está asociado a múltiples enfermedades crónicas, entre ellas las enfermedades neurológicas, reumatoides, oncológicas y osteomusculares (Sociedad Española del Dolor, SED, 2018). Constituye uno de los problemas de salud más relevantes para la sociedad actual, afectando aproximadamente al 17% de la población adulta española (Dueñas et al., 2015).

La esperanza de vida media a nivel mundial supera los 70 años (Organización Mundial de la Salud, 2016), y en Europa, los 80 años (Comisión Europea, 2017). En el caso de España la media de edad en hombres es de 81 años y de mujeres de 86 (Instituto Nacional de Estadística, 2020), cifras que resultan alarmantes cuando diversos estudios han reportado el dolor y las afecciones asociadas, entre los más destacados padecimientos de la vejez (Aranda, Alquézar, Terrer y Botaya, 2009; Pergolizzi et al., 2013). Al mismo tiempo, la prevalencia de las enfermedades crónicas ha aumentado (Prados-Torres et al., 2018) representando aproximadamente el 70% de las muertes mundiales (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Como concepto, el dolor tiene múltiples definiciones. De acuerdo con la Asociación Internacional del Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés, 2017), el dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño real o potencial. El dolor es siempre subjetivo, cada individuo aprende el uso de la palabra a través de las experiencias relacionadas con el daño. Jiménez y Bautista (2014) afirman que el dolor no es igual para todos, habiendo diferentes formas de tolerancia, adaptación o estrategias de afrontamiento hacia el dolor.

Es posible que el dolor pueda verse influenciado por cuestiones culturales y sociales. El género y la edad pueden ser algunos de los factores que interfieren en el

conjunto de causas del dolor, en los síntomas conductuales y diversos tipos de respuesta al tratamiento (Rollman, Abdel-Shaheed, Gillespie, y Jones, 2004).

En particular, las mujeres tienden a tener un umbral de dolor reducido en comparación con los hombres, de modo que sienten dolor ante estímulos de menor intensidad que los hombres, señalando más dolor musculoesquelético y neuropático (Gutiérrez y Gutiérrez, 2012). Las mujeres refieren altos niveles de dolor, más zonas de dolor y mayor incapacidad física que los hombres, a pesar de responder mejor a la terapia analgésica mediada por opioides. Siendo las mujeres las que expresan más síntomas emocionales y tienden a presentar un mayor grado de depresión y ansiedad (Kreling, Cruz y Pimenta, 2006).

A medida que aumenta la edad en un individuo, la intensidad y la prevalencia de dolor crónico es mayor (Rustoen, Hanestad, Lerdal, Paul y Miaskowski, 2005). Disminuyendo, además, la diferencia entre hombres y mujeres (Pickering, Jourdan, Eschalier y Dubray, 2002).

Evolutivamente, el dolor es fundamental para la supervivencia del ser humano. Se puede manifestar en forma aguda, ejerciendo un rol adaptativo y de protección que contribuye a la preservación de la vida, o puede instalarse de forma crónica y convertirse en un problema en sí mismo (Katz, Rosenbloom y Fashler, 2015). De este modo dejaría de ser adaptativo, convirtiéndose en una carga para quien lo padece, prolongándose más allá del periodo de recuperación habitual (Treede et al., 2015).

Debido a la alta incidencia en la población general, el dolor es un importante problema de salud pública y afecta significativamente a la calidad de vida de los afectados (Langley et al., 2011). En lo concerniente a la población adulta, hallazgos recientes sugieren que el dolor crónico podría ser un factor de riesgo importante para el suicidio,

sobre todo en aquellos pacientes que presentan condiciones psiquiátricas comórbidas, como depresión y ansiedad (Calandre et al., 2011), que constituyen las alteraciones psicológicas más frecuentes en pacientes con dolor crónico (Racine, 2018). Mientras que, respecto a la población adolescente, un estudio longitudinal sugiere que el riesgo de tendencias suicidas (ideación suicida, comportamiento y muerte por suicidio) se ve duplicado cuando estos sufren algún tipo de dolor crónico (Hinze, Crane, Ford, Buivydaite, Qiu y Gjelsvik, 2019).

Por lo tanto, los hallazgos relacionados con la perturbación psicológica son normativos en la población de pacientes con trastornos del dolor. Se ha encontrado que diversos cuadros de dolor crónico están con frecuencia relacionados con depresión y ansiedad. Se sugiere que el conjunto de síntomas de la depresión agrava y acentúa los síntomas dolorosos y, viceversa, dándose una potenciación similar con el insomnio y las manifestaciones de ansiedad (Moreno, Lowden, Vasconcelos y Marquese, 2016).

Se sabe además que, en los dolores crónicos de origen reumatológico, como es el caso de la fibromialgia reumática, tienen una gran relación con alteraciones psiquiátricas y de la personalidad. Relacionándose con depresión y con la disminución de la calidad del sueño, lo que, a la vez, empeora el cuadro doloroso y perpetúa el cuadro (Mauricio y Quintana, 2015)

En cuanto a los trastornos de personalidad, mientras que algunos autores los relacionan con dolor (Gatchel, 2000; Winsberg, 2000), encontrando alta prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes con dolor crónico, otros plantean que no se puede predecir uno a partir del otro (Ericsson, Poston, Linder, Taylor, Haddock y Foneyt, 2002).

Herrero, Ramírez y González (2008), utilizaron el Inventario Multiaxial de Millon (MCMI-II) con 91 pacientes con dolor crónico. Los resultados señalaron que 92,4% de la

muestra presentó altas puntuaciones en una o más escalas de trastornos de personalidad del Millón. Las escalas más frecuentes se relacionaban con las personalidades esquizoides, compulsivas y dependientes. Seguidas de personalidad compulsivas, narcisistas y agresivas/sádicas. Según Millon y Davis (1998), los sujetos con altas puntuaciones en esta escala se caracterizan por la supresión emocional, la pasividad y el deseo social. Características que pueden estar relacionadas con las consecuencias físicas y sociales de sufrir dolor crónico.

En la misma línea, hallazgos recientes, sugieren que el trastorno límite de la personalidad y el dolor crónico son comúnmente comórbidos, y los síntomas de dicho trastorno están asociados con una mayor gravedad clínica entre los pacientes con dolor crónico (Johnson, Lumley, Cheavens y McKernan, 2020).

Por otra parte, Yang et al., (2018) en una muestra de 61 pacientes con migraña, encontraron que el trastorno de personalidad más frecuente era el obsesivo – compulsivo, seguido del evitativo, límite, paranoide, esquizoide e histriónico.

Así, las características de personalidad, la presencia de síntomas depresivos/ansiosos y determinados perfiles de personalidad pueden influir en la percepción, intensidad, y demás fenómenos asociados al dolor, por lo que es importante identificar la forma en que se relacionan; en esta línea estaría el planteamiento de Pelechano (2008), que diferencia tres formas de plantear la relación entre personalidad y enfermedad crónica: la personalidad como causa, donde la personalidad supone una variable que determina la predisposición a sufrir una enfermedad. La personalidad como consecuencia, donde la enfermedad supone un factor de influencia claro sobre la personalidad. Y la personalidad como correlato, donde la personalidad “acompaña” a la enfermedad y van interactuando.

Actualmente, no ha podido establecerse una relación clara entre las características de personalidad y el dolor crónico. Sin embargo, hay autores que se cuestionan dicha relación (Infante, García, Moix, Cañellas y Subirá, 2005), considerando personalidad y dolor como independientes.

En cuanto a la relación entre personalidad y los síntomas físicos, entre los que se encuentran el dolor, ya Costa y McCrae (1987) subrayaron el papel del Neuroticismo. Los autores señalan que rasgos del Neuroticismo, como la ansiedad, la depresión y la ira, promueven el informe de síntomas físicos.

Un claro ejemplo es la relación que se ha encontrado entre las dimensiones de personalidad, afrontamiento y dolor crónico. El estudio de Soriano y Monsalve (2019), donde se utilizó el cuestionario NEO-FFI (Costa y McCrae, 1992), sugiere que la dimensión de Neuroticismo es la que mejor representa la vulnerabilidad y predice las estrategias desadaptativas, actuando Extraversión, Apertura a la experiencia y Responsabilidad como factores protectores.

Autores señalan que existen perfiles de personalidad desadaptativos o vulnerables (Soriano, Monsalve, Gómez e Ibáñez, 2010). Relacionando el alto Neuroticismo, la baja Extraversión y Apertura a la experiencia con una peor calidad de vida en pacientes con dolor.

Algunos estudios señalan que, altos niveles de Neuroticismo son buenos predictores del catastrofismo y de la búsqueda de apoyo social, como estrategias de afrontamiento poco eficaces (Wong et al., 2015). Esta falta de eficacia nos conduciría a una mayor intensidad de dolor, una visión más negativa, mayor sensibilidad y un mayor riesgo de suicidio, debido a la asociación positiva entre catastrofismo y síntomas depresivos (Vowles, McCracken y Eccleston, 2007). Sin embargo, las personas con

mayor aceptación del dolor refieren menos dolor, menos ansiedad y depresión, menos discapacidad y mayor nivel de actividad (Kratz, Davis y Zautra, 2007).

Un estudio reciente, llevado a cabo por Navarro et al., (2019), sugiere que el rasgo de ansiedad aparece como un factor de vulnerabilidad que favorece el aumento del dolor. Mientras que, una personalidad sociable ejercería una influencia positiva atenuando el dolor neuropático. Lo que se relaciona con estudios anteriores (Phillips y Gatchel, 2000), que concluyen que las personas extravertidas presentan un umbral de dolor y de tolerancia mayor, percibiendo menos dolor que las personas introvertidas.

En definitiva, parece ser que los factores conductuales, cognitivos, emocionales y sociales desempeñan un papel fundamental en el padecimiento de una enfermedad, contribuyendo a la disfunción y la angustia relacionadas con el dolor.

Teniendo en cuenta la importancia de analizar los diversos aspectos relacionados con el dolor, este trabajo se planteó como objetivo, analizar el papel que desempeñan las dimensiones de la personalidad y sus trastornos en el dolor crónico.

Método

Participantes

La muestra de este estudio incluyó un total de 361 participantes, que padecían alguna enfermedad crónica. De los cuales el 62,7% eran mujeres. Con edades comprendidas entre los 18 y 90 años (M=45.88; DT=17,28).

En cuanto a la actividad profesional, un 44,1% de la muestra realizaba trabajos manuales, profesionales o no estaban cualificados.

En relación al estado civil de los participantes, en su mayoría, un 59%, estaban casados o en pareja y un 68,6% tenían descendencia.

Con respecto al diagnóstico, este fue agrupado en base a los criterios médicos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE - 10) (OPS, 1996). Casi uno de cada cuatro de los participantes tenía enfermedades endocrinas, y al menos un 10% las siguientes: enfermedades osteomusculares, del aparato circulatorio, del sistema respiratorio y del sistema nervioso.

Tabla 1. Características de los participantes en función del género.

	Mujeres (n=225)	Hombres (n=134)	X²
Edad (M; DT)	45.3(17.5)	46.9(17.1)	
Nº de hijos (M; DT)	1.61(1.6)	1.5(1.3)	
Estado civil (%)			
Soltero	27.7	26.7	
Casado	47.2	55.7	
En pareja	8.8	8.4	
Separado	5.1	2.3	
Divorciado	5.6	6.1	
Viudo	5.6	0.8	
Actividad profesional (%)			***
Parado	7.6	14.4	
No cualificado	0	0.9	
Manual cualificado	37.6	44.0	
Administración rango superior	0.5	0.9	
Profesional medio	1.5	2.5	
Profesional liberal, ejecutivo y militar	1.0	0.9	
Pensionista	3.5	2.5	
Estudiante	23.4	17.8	
Ama de casa	19.3	0.9	
Jubilado	5.6	15.2	
Diagnósticos(%)			
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	22.5	24.5	
Enfermedades del aparato digestivo	5.6	7.0	
Enfermedades del sistema respiratorio	13	12.3	
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	1	1.7	
Enfermedades del ojo y sus anexos	1	0.9	
Enfermedades del sistema nervioso	10.7	7.9	
Enfermedades del sistema circulatorio	13	16.7	
Traumatismos, envenenamientos y causas externas	2.5	3.5	
Trastornos mentales y del comportamiento	4.6	3.5	
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	17	12.3	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0	0.9	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0.5	0.9	
Enfermedades del aparato genitourinario	1.5	4.4	
Enfermedad reumática	4.6	0.9	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad	0.5	0	
Neoplasias	1.5	2.6	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0.5	0	

Notas: *** $p < .001$

Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

Se les administró un cuestionario que recoge *datos sociodemográficos*. Entre ellos, la edad, el género, la profesión, el estado civil y los diagnósticos médicos.

Revised Neo Personality Inventory (NEO-PIR) (Costa y McCrae, 1992; adaptación española de Cordero, Pamos y Seisdedos, 1999). Ofrece una medida de los cinco principales factores de personalidad: Neuroticismo (N), Extraversión (E), Apertura a la experiencia (O), Cordialidad (A) y Responsabilidad (C), así como de las facetas que definen cada dimensión. El cuestionario consta de 240 elementos que se contesta en una escala de 5 puntos, tipo likert. Los índices de fiabilidad muestran una consistencia interna para los cinco factores (alfa de Cronbach) entre $\alpha=0.85$ y $\alpha=0.91$ y para las facetas entre $\alpha=0.60$ y $\alpha=0.80$ (Sanz y García-Vera. 2009).

International Personality Disorder Examination (IPDE ICD-10) (Loranger, 1995; adaptación española de López-Ibor, Pérez y Rubio, 1996). Es un autoinforme elaborado a partir de una entrevista estructurada, que se utiliza para identificar rasgos y conductas relevantes en la evaluación de los distintos trastornos de la personalidad según la CIE-10. En este estudio se utilizó la versión de cribado que consta de 59 ítems verdadero/falso de respuesta dicotómica. Mide nueve trastornos de la personalidad: paranoide, esquizoide, disocial, impulsivo, límite, histriónico, anancástico, ansioso y dependiente. Con esta prueba se obtiene un perfil de probables trastornos de personalidad.

Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire (OMPQ) (Linton y Boersma, 2003; adaptación española de Cuesta y González, 2014). Es un cuestionario de detección autoadministrado, diseñado para identificar a los pacientes con dolor musculoesquelético. El cuestionario incluye 25 preguntas, de las cuales 21 están

calificadas en una escala de 0-10, con un puntaje máximo posible de 210 puntos. Las preguntas están relacionadas con la localización del dolor, la duración e intensidad de éste y el número de días de pérdida de trabajo por dolor. Con una consistencia interna de $\alpha=0.82$ (Gabel, Melloh, Burkett, Osborne y Yelland, 2012).

Procedimiento

Los participantes fueron recabados por medio de las prácticas voluntarias de alumnos de Psicología de la Universidad de La Laguna, quienes pasaron las pruebas a personas de su entorno que padecían alguna enfermedad crónica.

A cada participante se le solicitó el consentimiento informado para el uso de datos con fines de investigación. Se les hizo entrega de una batería de cuestionarios que incluían las variables sociodemográficas y de personalidad e instrumentos relacionados con los trastornos mentales y de comportamiento, así como aquellos relacionados con dolor.

Análisis de datos

En primer lugar, se llevaron a cabo análisis descriptivos para todas las variables, seguido de un análisis de la normalidad de las mismas, a través del estadístico Kolmogorov-Smirnov con Corrección de significación de Lilliefors, tanto para cada género como independiente de éste. Se realizó un análisis de diferencias de medias para la puntuación total del Cuestionario de Dolor Musculoesquelético de Örebro (OMPQ) y el número de zonas de dolor, utilizando la prueba t de Student de diferencias de medias para muestras independientes o Mann – Whitney en caso de no existir normalidad.

En segundo lugar, se realizaron análisis de correlaciones de Pearson o de Spearman, según la naturaleza continua o categórica de las variables implicadas, tanto para la muestra total como para cada género de forma independiente, entre las variables

dependientes (puntuación total de Örebro y número de zonas de dolor) y el resto de las variables. Con el objetivo de determinar si las correlaciones por género son similares, se recurre al procedimiento descrito en Weaver y Wuensch (2013).

Por último, partiendo de estos resultados y seleccionando aquellas correlaciones significativas, se llevó cabo un análisis de regresión lineal jerárquica. Se introdujeron, en un primer paso, las variables sociodemográficas, seguido de las facetas y dimensiones de personalidad, y en último lugar los trastornos de personalidad. Todo esto se realizó con la muestra total.

Para el análisis de datos se hizo uso del paquete estadístico SPSS versión 22. Se excluyeron aquellos casos en los que faltaban datos para las variables incluidas en el análisis.

Resultados

Inicialmente, se analizó si las variables dependientes (Örebro total y número de zonas de dolor) se distribuían de forma normal tanto para hombres como para mujeres. Para ello se llevaron a cabo análisis de la normalidad a través del estadístico Kolmogorov-Smirnov con corrección de significación de Lilliefors, cuyos resultados se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Pruebas de normalidad

	Género	Kolmogorov-Smirnov	
		Estadístico	p
Puntuación Örebro Total	Mujeres	.05	.200*
	Hombres	.06	.200*
Número de zonas de dolor	Mujeres	.18	.000
	Hombres	.22	.000

*Nota: *Límite inferior de la significación verdadera*

Como se puede observar, para la puntuación total de Örebro, sí se distribuyen de forma normal, mientras que para la segunda variable no lo hacen. De modo que, se descarta la normalidad para las zonas de dolor.

Tras las pruebas de normalidad, se realizó una *t* de muestras independientes para el Cuestionario de Dolor Musculo-esquelético de Örebro (OMPQ) y la prueba U de Mann-Whitney para el número de zonas de dolor. En la Tabla 3 se presentan los resultados para el análisis de la diferencia de medias.

Tabla 3. Diferencia de medias para la puntuación total en el Cuestionario de Dolor Musculo-esquelético de Örebro (OMPQ) y el número de zonas de dolor en función del género.

	Mujeres (n=225)		Hombres (n=134)		T (o Z)	p
	Media	DT	Media	DT		
Puntuación Örebro Total	95,89	30,87	81,59	31,79	4,19	,000
Número de zonas de dolor	2,37	1,96	1,58	1,61	-3,87	,000

Se observan diferencias significativas entre mujeres y hombres en la puntuación total del Cuestionario de Dolor Musculo-esquelético de Örebro (OMPQ) ($t = 4,19$; $p < .001$), puntuando más alto las mujeres, y número de zonas de dolor ($Z = -3.78$; $p < .001$), siendo el número de éstas mayor para las mujeres.

Seguidamente se analizó la relación entre las variables sociodemográficas, las dimensiones de la personalidad, tanto para los cinco factores como para las facetas, y los trastornos de personalidad con la puntuación total en el Cuestionario de Dolor Musculo-esquelético de Örebro (OMPQ) y el número de zonas de dolor para la muestra total y para cada género. Para las variables sociodemográficas, género y estado civil se llevó a cabo una correlación de Spearman en lugar de una correlación de Pearson. En la Tabla 4 se muestran los resultados de los coeficientes de correlación tanto para la muestra total como para cada género.

Tabla 4. Correlaciones entre las variables sociodemográficas, las dimensiones básicas de la personalidad y sus respectivas facetas y los trastornos de personalidad con la puntuación total en el Örebro y el número de zonas de dolor para la muestra total (N=342) y para cada género (n=127; n=215).

	Muestra total		Mujeres		Hombres		z	
	Örebro	Örbr1	Örebro	Örbr1	Örebro	Örbr1	Örebro	Örbr1
Edad	,323***	,024	,254**	,168	,388***	-,035		
Estado Civil	,132*	-,009	,015	,150	,168*	-,092		2,153*
N1	,180***	,125*	,145	,088	,134*	,083		
N2	,160**	,083	,355***	,108	,060	,084	2,752*	
N3	,300***	,149**	,361***	,227*	,239***	,085		

Tabla 4. Continuación.

N4	,091	,081	,146	,075	,015	,046	
N5	,098	,103	,288***	,092	-,018	,111	2,781*
N6	,208***	,140**	,268**	,109	,120	,101	
E1	-,112*	-,028	-,285***	-,202*	-,087	-,003	
E2	-,04	-,022	-,037	-,056	-,081	-,038	
E3	-,04	-,038	,033	-,004	-,055	-,025	
E4	-,131*	,003	,008	,128	-,206**	-,048	
E5	-,197***	-,037	-,062	-,007	-,236***	-,017	
E6	-,191***	-,069	-,306***	-,170	-,168*	-,052	
O1	-,097	-,017	-,082	-,071	-,130	-,013	
O2	-,088	-,005	-,037	-,067	-,174*	-,026	
O3	-,057	,041	-,070	-,151	-,117	,070	-1,966*
O4	-,121*	-,038	-,140	-,064	-,172*	-,072	
O5	-,215***	-,042	-,137	-,006	-,258***	-,051	
O6	-,091	-,004	-,154	-,115	-,097	,012	
A1	-,088	-,049	-,260**	-,165	-,021	-,024	
A2	-,074	,041	-,055	-,064	,101	,049	
A3	-,015	,064	-,173	-,106	,046	,083	
A4	-,007	-,026	-,083	-,062	,014	-,031	
A5	,126*	,162**	,024	,081	,137*	,162*	
A6	,05	,077	-,002	,040	,031	,055	
C1	-,140**	-,057	-,183*	-,016	-,106	-,063	
C2	-,011	,085	-,080	,082	-,019	,053	
C3	-,009	,012	-,130	,007	,028	-,022	
C4	,069	,006	,032	,140	-,129	-,074	
C5	-,049	,044	-,097	,095	-,043	,003	
C6	-,034	-,061	-,161	-,071	,031	-,065	
N	,243***	,156**	,359***	,163	,137*	,115	
E	-,181***	-,048	-,173	-,087	-,206**	-,045	
O	-,167**	-,018	-,150	-,108	-,234***	-,023	
A	,035	,059	-,142	-,075	,073	,068	
C	-,067	,005	-,130	,055	-,054	-,036	
T.p. Paranoide	-,268***	-,120*	-,324***	-,172	-,252***	-,107	
T.p. Esquizoide	-,202***	,04	-,165	-,093	-,258***	,083	
T.p. Histriónico	-,150**	-,018	-,248**	-,026	-,055	,016	
T.p. Disocial	-,068	,037	-,190*	,045	-,008	,027	
T.p. Límite	-,235***	-,094	-,392***	-,173	-,170*	-,082	-2,145*
T.p. Obsesivo-Compulsivo	-,189***	-,091	-,311***	-,220*	-,120	-,030	
T.p. Dependiente	-,151	,003	-,152	-,004	-,153*	,006	
T.p. Ansioso	-,198***	-,121*	-,255**	-,119	-,147*	-,104	
T.p. Impulsivo	-,087	-,045	-,217*	-,095	-,043	-,052	

Nota:

N:Neuroticismo; N1:Ansiedad; N2:Hostilidad; N3:Depresión; N4:Ansiedad social; N5:Impulsividad; N6:Vulnerabilidad; E:Extraversión; E1:Cordialidad; E2:Gregarismo; E3:Asertividad; E4:Actividad; E5:Búsqueda de emociones; E6:Emociones positivas; O:Apertura a la experiencia; O1:Fantasía; O2:Estética; O3:Sentimientos; O4:Acciones; O5:Ideas; O6:Valores; A:Cordialidad; A1:Confianza; A2:Franqueza; A3:Altruismo; A4:Actitud conciliadora; A5:Modestia; A6:Sensibilidad a los demás; C:Responsabilidad; C1:Competencia; C2:Orden; C3:Sentido del deber; C4:Necesidad de logro; C5:Autodisciplina; C6:Deliberación.

Örebro: Puntuación total del Cuestionario de Dolor Musculoesquelético de Örebro (OMPQ); orbr1: Número de zonas de dolor.

z: solo se presentan los valores de z para las comparaciones significativas. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

En base a los resultados, en general el número de correlaciones significativas fueron escasas y de modesta magnitud, siendo siempre inferiores a .35. Por otra parte, en lo que a puntuación total en el Cuestionario de Dolor Musculoesquelético de Örebro (OMPQ) se refiere, se mantienen relaciones positivas con la edad y el estado civil, mientras que se establecen relaciones negativas para el género, al igual que ocurre con el número de zonas de dolor.

Siguiendo con los rasgos de personalidad, las relaciones más frecuentes se establecen con Neuroticismo, siendo estas relaciones positivas, y Extraversión con relaciones negativas, incluyendo tanto los factores generales como las facetas de personalidad, exceptuando a Ansiedad Social, Impulsividad, Gregarismo y Asertividad. En lo que respecta a Apertura a la experiencia, solo se establecen relaciones con el factor general y con Acciones e Ideas, siendo todas ellas negativas. En relación con Responsabilidad y Cordialidad existe significación en las facetas de Competencia y Modestia.

En cuanto al número de zonas de dolor, solo se dan relaciones con Neuroticismo y sus facetas, repitiendo el patrón anteriormente comentado, exceptuando Ansiedad Social e Impulsividad, y añadiendo la faceta de Hostilidad, con las que no correlaciona de forma significativa. Y mantiene la significatividad en la faceta Modestia manifestada también con la puntuación total en el Cuestionario de Dolor Musculoesquelético de Örebro (OMPQ).

Por último, en lo que a trastornos de personalidad se refiere, se observan relaciones significativas y negativas entre la puntuación total en el Cuestionario de Dolor Musculoesquelético de Örebro (OMPQ) y todos los trastornos de personalidad, salvo para el trastorno de personalidad disocial y el trastorno de personalidad impulsivo. Estas

relaciones se reducen a el trastorno de personalidad paranoide y trastorno de personalidad ansioso si nos centramos en el número de zonas de dolor.

En relación a las diferencias de correlaciones según el género, al igual que para la muestra total, el número de correlaciones significativas fueron escasas. En cuanto al dolor total autoinformado, las relaciones son superiores para las mujeres en Hostilidad e Impulsividad , siendo positivas, pero no significativas para los hombres. Al igual que ocurre en el trastorno límite de la personalidad, que muestra relaciones significativas para ambos géneros.

En relación con el número de zonas de dolor, en función del género solo se muestran relaciones diferentes para el estado civil, existiendo esta relación significativa solo para los hombres.

Como se observa en la Tabla 5, partiendo de estos resultados y tras seleccionar las correlaciones significativas se efectuó un análisis de regresión lineal jerárquica.

Tabla 5. Resumen de la regresión jerárquica con cuestionario de Örebro como variable dependiente para la muestra total (factores de personalidad)

	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	β	t	β	t	β	t
Estado civil	-0,03	-0,50	0,01	0,09	-0,00	-0,03
Género	-0,22	-4,46***	-0,20	-3,98***	-0,23	-4,50***
Edad	0,35	5,55***	0,32	4,85***	0,27	4,08***
N			0,22	4,15***	0,14	1,99*
E			-0,02	-0,27	-0,03	-0,43
A			-0,07	-1,10	-0,08	-1,25
O			-0,03	-0,45	0,05	0,83
T.p. Paranoide					-0,18	-3,19***
T.p. Esquizoide					-0,07	-1,39
Tp. Histriónico					-0,00	-0,08
Tp. Límite					-0,14	-2,35*
Tp. Obsesivo-Compulsivo					-0,03	-0,51
Tp. Dependiente					0,12	1,97*
Tp. Ansioso					0,05	0,66
R ² Ajustado	0,15		0,19			0,24
Cambio R ²	0,15		0,059			0,05
ANOVA (Valor F)	20,55***		6,25***			3,48***

Nota: β =Coeficiente de regresión estandarizado.

N:Neuroticismo; E:Extraversión; A:Cordialidad; O:Apertura a la experiencia.

* $p < .05$; *** $p < .001$

En un primer momento se introdujeron las variables sociodemográficas, en el segundo paso las variables de personalidad y en un último paso los trastornos de personalidad. Dado que los resultados de los análisis tanto para las facetas como para los factores de personalidad fueron semejantes, se optó por presentar el análisis con la variante *factores de personalidad*. Como consecuencia de las escasas diferencias de correlaciones según el género, tanto para el dolor autoinformado como para el número de zonas de dolor, se realizó el análisis de regresión en función de la muestra total.

En base a los resultados, podemos observar que, en cuanto al ajuste global del modelo, el porcentaje explicado de varianza del dolor total autoinformado es de un 24% (R^2), siendo cada uno de los bloques (modelo 1, 2 y 3) relevantes como se constata a través de la significación en F para el cambio en R^2 .

En cuanto al modelo 1, observamos que las variables género y edad presentan una alta significación. En relación al modelo 2, cuando añadimos variable de personalidad encontramos que el Neuroticismo tiene una significación elevada, mientras que cuando se incluyen en el modelo 3 los trastornos de personalidad se observa la disminución de esta significación. Apareciendo como más significativo el trastorno de la personalidad paranoide, seguido de los trastornos de la personalidad límite y dependiente. Mientras, las variables independientes género y edad se mantienen con una significación de $p < .001$ en cada uno de los pasos.

En cuanto a las variables finalmente predictoras, siendo los valores de β modestos, entre .27 y .12, destacan la edad ($\beta = .27$; $t = 4.08$; $p < .001$), el género ($\beta = -.23$; $t = -4.50$; $p < .001$), el factor general Neuroticismo ($\beta = .14$; $t = 1.99$; $p < .05$), el trastorno de personalidad paranoide ($\beta = -.18$; $t = -3.19$; $p < .001$), el trastorno límite de la personalidad ($\beta = -.14$; $t = -2.35$; $p < .05$) y el trastorno de personalidad dependiente ($\beta = .12$; $t = 1.97$; $p < .05$). Estando los dos últimos y Neuroticismo por debajo de .15, lo que nos indica que

existe un escaso peso a la hora de predecir la variable dependiente. En definitiva, podemos decir que la edad, el género y el trastorno paranoide de la personalidad parecen ser variables relevantes para predecir o explicar la puntuación total en el Cuestionario de Dolor Musculoesquelético de Örebro (OMPQ).

Discusión

Con el paso de los años se ha ido prestando mayor atención al dolor crónico, dado que es una de las consecuencias de la enfermedad que más afecta y preocupa a la sociedad actual, siendo, como bien indican Ortiz y Velasco (2017) una de las causas más frecuentes de consulta en la medicina.

Este trabajo se propuso determinar si el dolor autoinformado puede verse influenciado por las variables sociodemográficas contempladas, variables de personalidad y los trastornos de la personalidad.

Los resultados más relevantes se dieron, en un primer lugar, para las variables sociodemográficas género y edad. Las relaciones establecidas entre el género, el dolor autoinformado y las zonas de dolor, se han respaldado con estudios como el de Gutiérrez y Gutiérrez (2012), quienes también encontraron que las mujeres señalaban más dolor musculoesquelético, refiriendo mayores niveles de dolor y más zonas de dolor. Además de encontrar dichas diferencias con respecto al género, también se encontró que a medida que la edad de los individuos aumenta, la puntuación en el Cuestionario de Dolor Musculoesquelético de Örebro (OMPQ) es mayor, dado que, como también concluye otro estudio (Rustoen, Wahl, Hanestad, Lerdal, Paul y Miaskowski, 2005), a mayor edad, mayor intensidad del dolor percibida.

En relación a los resultados obtenidos acerca de las variables de personalidad, el Neuroticismo parece ser un factor de personalidad relevante en el padecimiento de dolor,

tal y como subrayaron Costa y McCrae (1987). Estableciéndose relaciones entre las facetas de Ansiedad, Hostilidad, Depresión y Vulnerabilidad con el dolor. Lo que nos sugiere que, a mayor inestabilidad emocional, mayor puntuación en el Cuestionario de Dolor Musculoesquelético de Örebro (OMPQ). Otra de las relaciones con dolor más frecuentes se dio con el factor de personalidad Extraversión y con las facetas Cordialidad, Actividad, Búsqueda de emociones y Emociones positivas. Lo que nos propone que, a mayor Extraversión menor será el nivel de dolor manifestado. Coincidiendo con estudios anteriores como el de Phillips y Gatchel (2000) que concluyen que las personas extravertidas perciben menos dolor. Siguiendo en la misma línea, en cuanto al resto de factores de la personalidad, solo se encuentra relación con el factor de Apertura a la experiencia y en dos de sus facetas, Acciones e Ideas. Esto se asemeja a los resultados obtenidos del estudio de Soriano y Monsalve (2019), que indican que la Responsabilidad y la Cordialidad son los factores que menos influyen en el padecimiento del dolor.

En cuanto a los trastornos de personalidad, se establecieron relaciones entre los trastornos de personalidad ansioso, dependiente, obsesivo-compulsivo, límite, histriónico, esquizoide y paranoide con el dolor autoinformado. Que confirman los resultados encontrados por Herrero, Ramírez y González (2008) y Yang et al., (2018), que destacaron las personalidades esquizoides, compulsivas, histriónicas, obsesivo-compulsivas, límite y dependientes como las más frecuentes en pacientes con dolor crónico.

Sin embargo, a pesar de las relaciones encontradas entre las variables sociodemográficas, las dimensiones de la personalidad y los trastornos de personalidad con el dolor, el poder predictivo de dichas variables sobre el dolor autoinformado es escaso para el Neuroticismo, el trastorno de personalidad límite y dependiente. Siendo la edad, el género y el trastorno de personalidad paranoide las variables más relevantes a la hora de explicar el padecimiento de dolor.

Es recomendable reseñar que la investigación ha contado con una serie de limitaciones. Como ocurre con otros estudios, la muestra no es representativa de la población de enfermos crónicos, siendo también mayor el número de mujeres. El número de la muestra era reducido, asumiendo la pérdida de datos correspondientes a los sujetos seleccionados. Por otra parte, el tamaño muestral debe considerarse importante dado que los resultados están basados en una muestra de enfermos crónicos, considerando la dificultad para recabar datos de esta población. Una aportación interesante del estudio fue explorar la relación entre los trastornos de personalidad y el dolor crónico, siendo ésta relevante, teniendo en cuenta las escasas investigaciones en esta área que relacionen ambos aspectos.

Conclusión

La presente investigación refleja la relativa importancia del género, la edad, las dimensiones de la personalidad y los trastornos de la personalidad en el padecimiento de dolor crónico. En primer lugar, se constató el predominio de mujeres en dolor autoinformado y en el número de zonas de dolor. Y, en segundo lugar, se observó que ciertos factores de personalidad como el Neuroticismo y determinado trastorno de la personalidad como el trastorno paranoide, parecen influir de una manera u otra en el dolor que el individuo manifiesta. Sin embargo, estos resultados en sí mismos no descartan el continuar trabajando en esta línea de investigación, dada la importancia de los factores psicológicos a la hora de entender una parte importante del padecimiento de dolor. De esta manera, se recomienda a los profesionales, profundizar en los factores psicológicos considerados, ya que, a pesar de que en este trabajo se encontraron modestas relaciones, los resultados obtenidos son coherentes con la bibliografía existente. Las dimensiones básicas, así como los trastornos de personalidad, en su conjunto, no parecen explicar el padecimiento del dolor que viven algunos pacientes crónicos. A pesar de ello, algunas

variables tienen un peso explicativo en su justificación y sería adecuado su análisis con muestras más amplias de enfermos crónicos. Lo que queda patente es que variables como el Neuroticismo tienen un peso especial en la manifestación del sufrimiento. A esto habría que añadir la existencia de otros aspectos no contemplados que contribuyen a este padecimiento y que precisan análisis.

Referencias

- Aranda, E., Alquézar, A., Terrer, T. y Botaya, R. (2009). Enfermedades crónicas y deterioro funcional para las actividades de la vida diaria en población mayor no institucionalizada. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 44 (5), 244-250.
- Calandre, E., Vilchez, J., Molina-Barea, R., Tovar, M., García-Leiva, J., Hidalgo, J., Rodríguez-López, C. y Rico-Villademoros, F. (2011). Suicide attempts and risk of suicide in patients with fibromyalgia: a survey in Spanish patients. *Rheumatology*, 50 (10), 1889-1893.
- Comisión Europea (2017). *Vulnerable: Pilot project related to the development of evidence based strategies to improve the health of isolated and vulnerable persons*. Recuperado de:
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2017_vulnerable_frep_en.pdf
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1992). *Professional Manual: Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor-Inventory (NEO-FFI)*. Odessa, FL, E.U.: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1987). Neuroticism, somatic complaints and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55 (2), 299-316.

- Cuesta-Vargas, A. y González-Sánchez, M. (2014). Spanish versión of the screening Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire: a cross-cultural adaptation and validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 157. doi: 10.1186/s12955-014-0157-5.
- Dueñas, M., Salazar, A., Ojeda, B., Fernández-Palacín, F., Micó, J., Torres, L. y Failde, I. (2015). Nationwide Study of Chronic Pain Prevalence in the General Spanish Population: Identifying Clinical Subgroups Through Cluster Analysis. *Pain Medicine*, 16, 811-822.
- Ericsson, M., Poston, W.S., Linder, J., Taylor, J.E, Haddock, C.K. y Foreyt, J.P. (2002). Depression Predicts Disability in Long-Term Chronic Pain Patients, *Disability and Rehabilitation: An international Multidisciplinary Journal*, 24 (6), 334-340.
- Gabel, P., Melloh, M., Burkett, B., Osborne, J. y Yelland, M. (2012). The Örebro Musculoskeletal Screening Questionnaire: Validation of a modified primary care musculoskeletal screening tool in an acute work injured population, *Manual Therapy*, 17 (6), 554-565.
- Gatchel, R.J. (2000). How practitioners should evaluate personality to help manage chronic pain patients. In R.J. Gatchel y J.N. Weisberg (Eds). *Personality characteristics of patients with pain.*, 241-257. Washington DC: American Psychological Association.
- Gutiérrez, W. y Gutiérrez, S. (2012). Diferencias de sexo en el dolor. Una aproximación a la clínica. *Revista colombiana de Anestesiología*, 40 (3), 207-212.

Herrero, A., Ramírez-Maestre, C. y González, V. (2008). Personality, Cognitive Appraisal and Adjustment in Chronic Pain Patients. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 531-542

Hinze, V., Crane, C., Ford, T., Buivydaite, R., Qiu, L. y Gjelsvik, B. (2019) The relationship between pain and suicidal vulnerability in adolescence: a systematic review. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 12, 899-916.

International Association for Study of Pain (14 de diciembre de 2017). *IASP Terminology*.

Recuperado de:

<https://www.iasppain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>

Instituto Nacional de Estadística (5 de junio de 2020). *Esperanza de vida*. Recuperado de:https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout

Infante, P., García, G., Moix, J., Cañellas, M. y Subirá, S. (2005). Personalidad y dolor crónico. *Psiquis*, 26 (3), 93-100.

Jiménez S.A. y Bautista S.G. (2014). Experiencia diferencial del dolor según género, edad, adscripción religiosa y pertenencia étnica. *Archivos de medicina familiar*, 16 (3), 49-55.

Johnson, B., Lumley, M., Cheavens, J. y McKernan L. (2020). Exploring the links among borderline personality disorder symptoms, trauma, and pain in patients with

chronic pain disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 135. doi:
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110164>

Katz, J., Rosenbloom, B. y Fashler, S. (2015). Chronic Pain, Psychopathology and DSM-5 Somatic Symptom Disorder. *The Canadian Journal Psychiatry*, 60 (4), 160-167.

Kratz, A., Davis, M. y Zautra, A. (2007). Pain acceptance moderates the relation between pain and negative affect in female osteoarthritis and fibromyalgia patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 33 (2), 291-301. doi: 10.1007/BF02879911

Kreling, M., da Cruz, D. y Pimenta, C. (2006). Prevalência de dor crônica em adultos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59, 509-513. doi:
<https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000400007>

Langley, P., Pérez, C., Margarit, C., Ruíz, D. y Lubián, M. (2011). Pain, health related quality of life and healthcare resource utilization in Spain. *Journal of Medical Economists*, 14 (5), 628-638.

López-Ibor, J., Pérez, A. y Rubio, J. (1996). *Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad. Módulo CIE-10 (IPDE)*. Madrid, España. Editorial: Decisión GRAFICA.

Martínez- Navarro, M., Lara-Mayorga, I., Negrete, R., Bilecki, W., Wawrzczak-Bargieła, A., Gonçalves, L., ...Maldonado, R. (2019). Influence of behavioral traits in the interindividual variability of nociceptive, emotional and cognitive manifestations

of neuropathic pain. *Neuropharmacology*, 148, 291-304. doi: 10.1016/j.neuropharm.2019.01.021

Mauricio, H. y Quintana, G. (2015) El dolor, la personalidad y los trastornos psiquiátricos en las enfermedades reumáticas. *Revista Colombiana Reumatológica*, 22 (4), 189-191.

Millon, T. y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona, España. Editorial: Masson

Moreno, C., Lowden, A., Vasconcelos, S. y Marqueze, E. (2016). Musculoskeletal pain and insomnia among workers with different occupations and working hours. *Chronobiology International*, 33 (6), 749–53.

Organización Mundial de la Salud (2015). *Assessing National Capacity for The Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Report of the 2015 global survey*. Recuperado de: <https://www.who.int/ncds/surveillance/ncd-capacity/en/>

Organización Mundial de la Salud (19 de mayo de 2016). *Life expectancy increased by 5 years since 2000 but health inequalities persist*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/detail/19-05-2016-life-expectancy-increased-by-5-years-since-2000-but-health-inequalities-persist>

Organización Panamericana de la Salud (1996). *Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. (CIE-10)*. Washington: OPS.

Ortiz, L. y Velazco, M. (2017). Dolor crónico y psiquiatría. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28 (6), 866-873.

Pelechano, V. (2008). *Enfermedades crónicas y psicología*. Madrid, España. Editorial: Klinik, S.L.

Pergolizzi, J., Ahlbeck, K., Aldington, D., ... Varrassi, G. (2013). The development of chronic pain: physiological change necessitates a multidisciplinary approach to treatment. *Current Medical Research Opinion*, 29 (9), 1127-1135.

Philips, J.M. y Gatchel, R.J. (2000). Extroversion-introversion and chronic pain. En: R.J. Gatchel y J.N. Weisberg (Eds). *Personality characteristics of Patients with chronic pain*. Washington, DC: American Psychological Association Press, 181-202.

Pickering, G., Jourdan, D., Eschalier, A. y Dubray, C. (2002). Impact of age, gender and cognitive functioning on pain perception. *Gerontology*, 48, 112-8. doi: 10.1159/000048937.

Prados-Torres, A., Poblador-Plou, B., Gimeno-Miguel, A., Calderón-Larrañaga, A., Poncel-Falcó, A., Gimeno-Feliú, L. A. y Aza-Pascual-Salcedo, M. (2018). Cohort Profile: The Epidemiology of Chronic Diseases and Multimorbidity. The EpiChron Cohort Study. *International Journal of Epidemiology*, 47, 382-384f.

- Racine, M. (2018). Chronic pain and suicide risk; A comprehensive review. *Psychofarmacology and Biological Psychiatry*, 87, 269-280.
- Rollman, G. B., Abdel-Shaheed, J., Gillespie, J. M. y Jones, K. S. (2004). Does past pain influence current pain: biological and psychosocial models of sex differences. *European Journal of Pain*, 8, 427-433. doi: 10.1016/j.ejpain.2004.03.002.
- Rustone, T., Wahl, A., Hanestad, B., Lerdal, A., Paul, S. y Miaskowski, C. (2005). Age and the Experience of Chronic Pain: Differences in Health and Quality of Life Among Younger, Middle-Aged, and Older Adults. *The Clinical Journal of Pain*, 21 (6), 513-523. doi: 10.1097/01.ajp.0000146217.31780.ef.
- Sanz, J. y García-Vera, P.M (2009), Nuevos Baremos para la Adaptación Española del Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R): Fiabilidad y Datos Normativos en Voluntarios de la Población General. *Clínica y Salud*, 20 (2), 131-144.
- Sociedad Española del Dolor (2018). *El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes*. Recuperado de <https://www.sedolor.es/informe-sed-pop-siete-de-cada-diez-personas-con-dolor-cronico-presentan-ansiedad-o-depresion/>
- Soriano, J. y Monsalve, V. (2019). Perfiles de personalidad y resiliencia en dolor crónico: utilidad del CDRISC-10 para discriminar los tipos resiliente y vulnerable. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 26 (2), 72-80. doi: 10.20986/resed.2018.3670/2018

- Soriano J, Monsalve V, Ibáñez E. y Gómez P. (2010). Personalidad y afrontamiento en dolor crónico neuropático: un divorcio previsible. *Psicothema*, 22(4), 637-42.
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., ...Wang, S.J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156 (6), 1003-1007. doi: 10.1097/j.pain.000000000000160
- Vowles, K., McCracken, L. y Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: the contributions of pain, acceptance and catastrophizing. *European Journal of Pain*, 11 (7), 779-787. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.12.007
- Weisberg, J.N. (2000). Studies investigating the prevalence of personality disorders in patients with chronic pain. In R.J. Gatchel y J.N. Wisberg (Eds). *Personality characteristics of patients with chronic pain*, 221-239. Washington DC: American Psychological Association.
- Wong, W.S., Lam, H.M.J., Chen, P.P., Chow, Y.F., Wong, S., Lim, H.S., Jensen, M.P. y Fielding, R. (2015). The fear avoidance model of chronic pain: assessing the role of neuroticism and negative affect in pain catastrophizing using structural equation modeling. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22 (1), 118-131.
- Yang, F., dos Santos I., Gómez, R., Kummer, A., Barbosa, I. y Teixeira, A. (2018). Personality disorders are associated with more severe forms of migraine. *Acta Neurológica Bélgica*, 119, 201-205. doi: <https://doi.org/10.1007/s13760-018-1050-5>