

DOLOR CRÓNICO Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Vicente Pelechano

Vicente Pelechano es Catedrático de Psicología de la Personalidad en la Facultad de Psicología de la Universidad de La Laguna (ypelecha@ull.es).

El autor agradece la invitación que recibió por parte del coordinador de este monográfico para participar en él. El texto

que sigue, con todo, es de propia responsabilidad de quien firma el trabajo y representa la expresión de ideas y algunos datos sobre un tema caracterizado por un estado de confusión y gran desconocimiento (lo que significa que se discute apasionadamente sobre él en discursos sin fin debido a ese desconocimiento). En todo caso, las líneas que siguen podrían servir como punto de discusión de los dos términos del título y su relación, así como un posible arranque de trabajos que fueran, al menos parcialmente, novedosos para no caer en los mismos errores que ya se han cometido. Si sirve para algo de ello, el autor se da por satisfecho.

El objetivo del trabajo y tratamiento del tema es prioritariamente reflexivo y de indicación de hechos, fenómenos e ideas. El propio autor ha tenido la experiencia de dolor (¿quién no?) y, respecto a la de "trastorno de personalidad", ya no lo tiene tan claro; y está investigando y publicando sobre salud y trastornos de personalidad desde hace algunos años. Esto no quiere decir más que alguna experiencia posee al respecto, el que se haya aprovechado de ella o no, es otra historia...

En suma, el tema se encuentra en un estado que los anglosajones denominan como "arte" y no como ciencia. Y el cuadro que sigue, aunque no impresionista, posee los sesgos propios de los trabajos que ven la luz y tratan de temas que pueden ser apasionantes, aunque no pueden recoger un estado científico satisfactorio, simplemente porque apenas puede sistematizarse de manera clara lo que se conoce. Pero no

adelantemos sin especificar algunos puntos que pueden servir de marco general de reflexión.

Una aclaración más sobre el dolor

Con toda probabilidad, en otras partes de este número el lector puede encontrar delimitaciones de lo que sea el dolor, de sus modelos y determinantes. La primera reflexión, que sirve como iniciación, es decir que intentar justificar la dedicación al estudio del dolor resulta una tarea absolutamente gratuita y con muy escaso sentido. El dolor y sus "derivados" (malestar, sufrimiento) acompaña a la existencia humana (como la fiebre, se considera una señal de "alerta" ante ataques al organismo, aunque esta derivación no acaba de encontrar una justificación total), que no es explicable en su totalidad por variables biológicas, psicológicas, ni socioculturales (aunque algunas de cada una de estas categorías participan en su fenomenología), que no es agradable ni fácilmente habituable y que ha ocupado a médicos desde el comienzo de la medicina y a psiquiatras y psicólogos asimismo desde los comienzos de sus disciplinas como "ciencias". En una sociedad, además, de por sí hedonista y huidiza ante el dolor, una y otra vez, reaparece como elemento relevante de la vida humana. Las expresiones de "dolor" y "sufrimiento", aunque claramente distintas, comparten un sustrato de emoción y/o afectividad negativa y todos los intentos por asimilar la primera expresión a componentes "físicos" y la segunda a "psicológicos" no ha tenido éxito debido a la complejidad de los fenómenos que se estudian. Las dos llaman a fenómenos conscientes y vivencias no susceptibles de transmisión intersubjetiva pero sus interconexiones son tantas y tan variadas que la solapación, más que la exclusión, es la regla y no la excepción.

Muy posiblemente, el "dolor" es la causa más frecuente de las visitas al médico en el mundo occidental (se estima que prácticamente la mitad de las visitas se producen para eliminar o aliviar el dolor de los que lo sufren). En Europa, "el dolor" se aduce como causa de la pérdida de más de 100.000.000 de horas de trabajo al año, debido a la discapacidad temporal de quien lo sufre y, por otro lado, el tratamiento es biológico-bioquímico, lo que genera, a su vez, problemas de dependencia de los fármacos empleados, que, por otro lado, poseen efectos secundarios bastante negativos; el coste estimado anual de fármacos antidolorosos en Estados Unidos supera los 70.000.000 de dólares y en Europa Comunitaria alcanza cifras incluso superiores. Existen más de 30.000.000 de ciudadanos en Europa con dolor de espalda (crónico) y más de 38.000.000 con dolor debido a artritis (crónico). El éxito de los fármacos, por otra parte, presenta problemas no solamente pragmáticos sino teóricos (por las relaciones que existen entre los distintos componentes del dolor, el papel de la conciencia en la experiencia de dolor), pero, asimismo, por los reiterados intentos explicativos, seguidos de otros tantos

fracasos, en el caso del dolor en el "miembro fantasma" (entre el 90 y 100% de amputaciones de miembros) y en los casos más recientemente detectados de dolor en región de mama en mujeres mastectomizadas (entre el 10 y el 15%). Lo que sí tenemos es una abundante terminología que "da nombre" a los fenómenos sin que ello se acompañe de hipótesis contrastables (como la "causalgia", para referirse a dolor disparado por estímulos aparentemente irrelevantes; o el "síndrome complejo de dolor regional", en el que la intensidad de sensación de dolor es mayor a la que cabría esperar por el volumen de tejido dañado y con una gran morbilidad psicopatológica entre las personas que lo sufren).

La mayoría de intentos llevados a cabo en la historia para aliviar el dolor pueden ser adscritos a una u otra de las posiciones dualistas tradicionales: los filósofos, desde el tiempo de Aristóteles, han tendido a defender que el dolor es una emoción y, en consecuencia, debe ser analizado y tratado en el ámbito de la mente (Turk y Holzman, 1986) y esta posición ha sido aceptada y defendida asimismo por las distintas religiones; los médicos y en general, los "sanadores", han tendido a considerar el dolor como un fenómeno sensorial asociado a una causa orgánica (lesión tisular) y, por ello, los procedimientos encaminados a aliviar o eliminar el dolor han sido físicos (en más de una ocasión, los resultados obtenidos han sido los contrarios a los previstos).

En general, sabemos que no existe una relación biunívoca entre conocimiento de los fenómenos (tales como el dolor) y el tratamiento y disminución de los mismos (distintos tratamientos en el alivio-eliminación del dolor), aunque en muchas ocasiones se discurre científicamente de una manera que no es la que se acaba de presentar, suponiendo que si erradicamos un fenómeno (como el dolor) con uno u otro producto o procedimiento, es que ese producto o procedimiento resulta esencial para que se dé el fenómeno. Y esta manera de pensar y actuar, pese a su "funcionalismo" es errónea si se acepta, por ejemplo, que si cierto dolor de cabeza se "elimina" con una aspirina, el dolor estaría provocado por la ausencia en el cuerpo de ácido acetil-salicílico¹. O, dicho de otro modo, el tratamiento "eficaz", de efecto, incluso, inmediato, puede estar asentado en una lógica y efectos de resultados distintos a la etiología y dinámica de los fenómenos a estudiar. Lo que llamaría a un modelo de análisis e intervención multinivel y multisistémico en el que las distintas variables actúan de manera distinta en cada uno de los niveles y/o sistemas y no existiría una traducción simple de uno a otro.

¹ . Se puede pensar que si el tratamiento que alivia un problema se encuentra anclado en su etiología, el tratamiento es totalmente eficaz y satisfactorio. El problema es que es muy posible que el conocimiento "etiológico" posea una naturaleza probabilística, que los fenómenos se encuentren multideterminados y sometidos a una dinámica muy compleja, de manera que se puedan aliviar problemas con conocimientos parciales de los fenómenos (esta es la situación más frecuente en ciencia).

Si la definición "objetiva" presenta problemas serios, cabe esperar con toda razón que los modelos teóricos propuestos adolezcan de problemas similares: de entre todas las teorías, la de la puerta o compuerta del grupo de Melzak (por ejemplo, Melzak y Wall, 1982) representa una referencia obligada por la larga tradición de Melzak sobre el tema, así como por el numeroso conjunto de aportaciones concretas realizadas y ha sugerido mayor volumen de líneas de investigación y de tratamiento que cualquier otra hasta el momento, sin que ofrezca respuestas satisfactorias a muchas de las preguntas que se hacen y, más aún cuando se trata del dolor crónico; en todo caso es un modelo complejo en el que se incluyen tanto elementos biológicos como psicológicos desde hace años (Melzak y Casey, 1968), aunque la secuenciación y papel concreto de cada componente no se encuentra claramente especificado. Por otro lado, una de las teorías más recientes y de naturaleza multifactorial, la de Wade y Price (2000) diferencia cuatro fases (sensorial-discriminativa, molestias inmediatas, sufrimiento y expresión clara de dolor) y aporta algunos datos estadísticamente complejos respecto a la delimitación estructural de los elementos que constituyen la experiencia de dolor (Wade et al., 1996) y en este modelo, el papel de los componentes de la personalidad es distinto en función de la fase que se estudie (más claro el compromiso en las dos últimas fases que en las dos primeras); en todo caso, el modelo, posiblemente por su recencia, es incapaz de poder dar razón de la mayoría de los datos clínicos y no clínicos conocidos. Finalmente, el modelo de diátesis-estrés de Weisberg (Weisberg, et al., 2000) defiende que el dolor crónico es una consecuencia del dolor agudo y sub-agudo y que se puede transformar en dolor crónico si se dan las predisposiciones premórbidas del sujeto (diátesis), potenciadas por estrategias de afrontamiento inadecuadas ante el dolor, y estimulaciones emocionales intensas, negativas y recurrentes.

En suma: el dolor es un fenómeno relevante, estudiado pero no resuelto y que casi siempre va acompañado de conciencia (sin que la conciencia sea el elemento etiológico a tomar en cuenta), que el precio que hay que pagar para dejar de sentirlo en los casos intensos y graves es el de la pérdida de conciencia y que puede poseer un valor adaptativo en muchos, pero no en todos los casos. El conocimiento parcial no permite tratamientos temáticos completos y los límites difusos que lo caracterizan en muchos casos dificultan el establecimiento de relaciones claras entre dolor y otros fenómenos psicológicos y psicopatológicos². Este estado de hechos, por otra parte, debería representar un acicate para su

² . Así, vaya por caso, no existe una explicación integradora que dé cuenta tanto del dolor producido por lesiones titulares y el que aparece en las distintas conductas autolesivas detectadas en casos de esquizofrenia y de autismo, vaya por caso. Las hipótesis formuladas tienden a ser "específicas" de los fenómenos en cada trastorno psicopatológico.

estudio y discusión. Y, en especial, por lo que se refiere al dolor crónico existe un considerable desconocimiento, no existe una solución adecuada (un indicador claro de ello es que no existe un único tratamiento satisfactorio y con resultados aplicables a todos los casos, incluso con la misma patología). Una de las salidas posibles a esta situación ha consistido en apelar a variables y consideraciones de tipo psicológico más que biológico, con el fin de adecuar las propuestas que se realicen. Entre estas tendencias se encuentra la de apelar a diferencias individuales (psicopatológicas o no), para individualizar los tratamientos.

Nota precautoria acerca de los trastornos de personalidad

La expresión "trastornos de personalidad" adolece de una incertidumbre conceptual y operativa probablemente mayor que la que se acaba de presentar sobre el dolor. Su propuesta conceptual y desarrollo se ha hecho independientemente de la psicología de la personalidad (en sus primeras formulaciones se hizo en contra; en las últimas, fundamentalmente al margen, cfr. por ejemplo la monografía compilada por Costello, 1996)³ y, hasta el momento, parece que bajo esta denominación se recogen tipos de pacientes de control y manejo difícil, apenas sensibles a los nuevos fármacos (se logran a veces efectos contrarios a los que cabría esperar con psicofármacos) y que recogerían parte al menos, de las antiguas "personalidades neuróticas"⁴.

³ . Explícitamente los "trastornos de personalidad" se han propuesto y definido al margen de la psicología de la personalidad, de manera que tenemos unos "trastornos" de no se sabe qué cosas (científicamente definidas). Y, más que al margen, casi "en frente" de una definición y/o acercamiento científico al estudio de la personalidad (de hecho en la última versión del DSM se repite, una vez más, la crítica a la psicología de la personalidad porque ofrece un número distinto de dimensiones básicas sin entrar en la justificación científica de ello y arguyendo, frente a ello, la "validez de consenso" de los trastornos obtenidos por consenso y que van modificando en cada versión, con lo que adolecen de un defecto todavía mayor que el que critican). Su entidad ha sido definida "por consenso" entre miembros de comisiones nombradas al efecto (de la Organización Mundial de la Salud por un lado o la Asociación de Psiquiatría Americana, por otro) y existen al menos tres tradiciones de pensamiento que no se han integrado en su formulación: neokraepelinianismo, psicodinamia y aprendizaje social. Y a pesar de ello, se considera "un punto de referencia" central en psicopatología.

⁴ . La "independencia" ha sido tan notoria que incluso se ha intentado formular una teoría de la personalidad a partir de los principales tipos de "trastornos de personalidad" aislados por consenso, por parte de uno de los autores que han estado desde el comienzo en las comisiones de estudio de los trastornos de personalidad: Theodore Millon. El caso es que el intento por ofrecer un modelo "teórico" de la personalidad por parte de este autor, siendo respetable, no llega a cumplir los requisitos de lo que debe caracterizar un modelo y/o una teoría científica y su nivel de contrastación y base experimental es más escaso que el intento montado sobre la teoría de los esquemas del grupo de Beck.

La "unidad" básica propuesta es el "rasgo" tanto en los trastornos de personalidad (cfr. por ejemplo, Paris, 1996, 1998) como en los modelos más frecuentes de personalidad. Y por lo que se refiere a las "justificaciones de personalidad" o búsqueda de asentamientos de personalidad de los trastornos de personalidad pueden detectarse dos esfuerzos meritorios: el más antiguo, de Benjamín (1996), asentado sobre un modelo circunplejo cuya lógica y operacionalización en el mundo de la personalidad "normal" había sido hecha por Wiggins y Plutchik en la década de los cincuenta del pasado siglo; y las dos ediciones (con contenidos distintos aunque con el mismo formato) de Costa y Widiger (1994, 2002) que intenta presentar el modelo lingüístico de los cinco grandes como una plataforma teórica y empírica ajustada a los trastornos de personalidad tal y como son definidos por los sucesivos DSM. Ninguna de las dos opciones ha dado resultados satisfactorios y aunque en el primer caso se encuentra una notable elaboración teórica junto con un complejo sistema de evaluación, la verdad es que no ha tenido el éxito que cabría esperar.

Una "tercera vía" ha sido seguida por distintos grupos de investigación alrededor del autor de este trabajo. La idea principal se asienta en la teoría general de sistemas y de ella, la propuesta de que el ser humano puede entenderse como un conjunto muy complejo de sistemas funcionales que serían relativamente independientes entre sí y que se encontrarían organizados en áreas funcionales (percepción, aprendizajes, emoción, etc.) y en niveles de consolidación (estabilidad y consistencia). De esta manera se propone un modelo "multinivel" de funcionamiento de personalidad en el que usualmente, cada atributo tal como ansiedad, depresión, inteligencia social, sabiduría o felicidad (esencialmente rasgos) puede ser evaluado a tres distintos niveles (básico, motivacional-contextual y situacional (Pelechano, 1973, 1989, 1996, 2000, Pelechano y Servando, 2004). La revisión conceptual de las definiciones de los distintos "trastornos de personalidad" demuestra que, en ellas, se encuentran mezclados indicadores "básicos" y contextual-funcionales" de la personalidad. El reanálisis de los criterios de definición (y sus instrumentos oficiales principalmente aceptados) demuestra una escasa consistencia y una estabilidad temporal más bien baja, por lo que podrían aplicarse procedimientos de corrección por atenuación para establecer las posibles relaciones "reales" entre personalidad y trastornos de personalidad. Cuando esto se hace y se aplica la teoría de la variable moduladora, los compromisos entre dimensiones de personalidad y trastornos de personalidad son altos (de Miguel y Pelechano, 2000; Pelechano, 2000; Pelechano y Pastor, en prensa a y b) y en estos compromisos, los factores motivacional-contextuales desempeñan un importante papel. En la medida en que los "criterios" definicionales de los trastornos de personalidad se mueven en niveles básicos y motivacional-contextuales, asimismo los "codeterminantes de personalidad" se encontrarían ubica-

dos, asimismo en esos dos niveles (lo que de hecho, sucede), y son un tanto distintos en función de grupos de trastornos. Con ello tenemos una aproximación clara entre las definiciones de trastornos de personalidad y dimensiones de personalidad; y quedan por sistematizar los distintos pasos a potenciar en los procedimientos de cambio de personalidad, aunque la lógica lineal no parece muy eficaz y sabemos que las leyes de los sistemas funcionales en cada nivel y entre niveles de consolidación, son distintas entre sí.

Por el momento sabemos que las dos clasificaciones mayoritariamente aceptadas (la de la CIE-10 y la del DSM-IV) no presentan una alta correspondencia entre sí (o, dicho de otra manera, no son superponibles) y que los determinantes de personalidad en uno y otro caso son un tanto distintos (de Miguel y Pelechano, 2000). Desgraciadamente, el desarrollo y volumen de estudios de las dos clasificaciones es bien distinto (siendo mucho mayor el de los trastornos identificados según las distintas versiones del DSM) y, precisamente los trabajos publicados sobre la CIE-10 (clasificación con menor concordancia de trastornos de personalidad y con mayor claridad), son mucho menores en frecuencia. Toda revisión de resultados, como conclusión, se encuentra sesgada hacia definiciones, aplicaciones e implicaciones del sistema clasificatorio DSM, debido a la estrategia de publicación seguida, al menos, en los últimos cuarenta años y promovida en la última década hasta por la política científica ministerial española.

Ante esta situación, el planteamiento de las relaciones entre trastornos de personalidad y dolor crónico dista mucho de encontrarse en una situación de nitidez en cuanto a métodos y resultados. Una opción seguida por los autores ha sido la de reinterpretar los trastornos de personalidad desde una perspectiva de intuición y/o desarrollo "clínico"; la otra, pese a las deficiencias metodológicas y conceptuales, dar por "buenas" las entidades a estudiar (trastornos de personalidad por un lado y dolor crónico por otro) y buscar datos acerca de los compromisos que existen entre los dos ámbitos. En ello entramos a continuación.

Dolor crónico, personalidad y trastornos de personalidad

El dolor, como se ha dicho más arriba, es algo muy complejo, con componentes cognitivos, afectivos y conativos. Y como la mayoría de fenómenos psicológicos, implica sistemas de captación y respuesta que no funcionan a la par, lo que quiere decir que es posible que un sistema de respuesta esté regido por unos incrementos o decrementos en una escala y otro sistema esté regido por otros incrementos o decrementos. O dicho con otras palabras, que los aspectos cognitivos y los afectivos, por ejemplo, funcionan de manera un tanto distinta. Está claro que dolor y lesión tisular no se corresponden, como no lo hacen dolor y sufrimiento, aunque en rangos expresivos muy amplios sí pueden establecerse

relaciones entre conciencia y dolor-sufrimiento (existen intentos de evaluación y hasta instrumentos que indican cambios en dolor-sufrimiento con pacientes en estado inconsciente). Por otra parte, dolor, percepción del dolor y expresión del dolor no son términos sinónimos, y cuyas interacciones precisas no se conocen.

Un primer y muy meritorio intento de proponer relaciones entre ambos campos lo ha propuesto el psicoanálisis, para el que el dolor crónico es el resultado de conflictos subyacentes y, en la gran mayoría de los casos, inconscientes (Sternbach, 1974; Aronoff y Rutrick, 1985) y, en este sentido, el dolor puede proteger al individuo de experimentar las fuentes internas de conflicto que le pueden superar: los mecanismos de defensa del yo, a través de su influencia sobre el sistema muscular (incremento de tensión) dificultaría la admisión consciente de los conflictos y la experiencia de la sintomatología dolorosa crónica sería el precio a pagar por esa evitación de los conflictos en el mundo de la conciencia.

En estrecha relación con la psicodinamia, la medicina psicosomática postuló la génesis de la artritis, por ejemplo, en las fuertes restricciones paternas, que llevarían al niño a no expresar de forma adecuada las emociones y a "volver hacia dentro", lo que llevaría a un incremento en la tensión muscular y de ahí, la precipitación o agravamiento de las crisis de artritis (Alexander, 1961). Desgraciadamente, tanto las versiones psicoanalíticas como las psicosomáticas no han encontrado una contrastación satisfactoria y quedan como sugerencias teóricas alejadas del curso de la ciencia y como demostración de que el estado de conocimiento empírico que tenemos del tema es muy escaso.

Muy posiblemente estos desconocimientos son parte sustancial de las insuficiencias que se han detectado en la propuesta de modelos genéricos. Así, vaya por caso, la "personalidad sensible al dolor" (Bruner y Heilbronn, 1981) o la asimilación de dolor-sufrimiento y depresión (Beutler, Engle, Oro-Beutler, Dalrup y Meredith, 1986) son propuestas con cierto valor aparente pero que no han encontrado una contrastación empírica satisfactoria. La mayoría de datos existentes son post-dictivos y por ello las relaciones encontradas son asimétricas, en el sentido de que reflejan las respuestas de personas que ya tienen dolor crónico y de las que no deben derivarse hipótesis etiológicas respecto a la personalidad y el dolor.

En una primera consideración, desde dentro mismo de la psicopatología, cabría pensar en la existencia de relaciones entre sufrimiento psicológico (una forma de dolor) y trastornos de personalidad: en la medida en que depresión y ansiedad en sus múltiples formas, llevan consigo sufrimiento personal, todos aquellos trastornos de personalidad que lleven consigo ansiedad o depresión, serían deudores de compromisos con el dolor crónico hasta el punto de que se darían contagios criteriosales claros entre uno y otro mundo de dolor y trastornos de personalidad: así, por ejemplo, el trastorno límite cursa con depresión grave y, en muchos

casos, con intentos de suicidio, junto con una fuerte inestabilidad emocional (ansiedad), con lo que existiría una fuerte relación entre trastorno límite de personalidad y dolor (sufrimiento) crónico; un caso similar, aunque más polarizado en ansiedad, se daría entre el trastorno de personalidad por evitación, el ansioso, el histriónico y el dependiente por una parte, y el sufrimiento (dolor) de ansiedad. Los compromisos serían mucho menores (para la persona que presenta el trastorno) en el caso del trastorno disocial o antisocial por un lado (aunque en este caso la ansiedad y depresión se genera en los demás que sufren de los efectos de los actos antisociales) y, en ciertos casos del trastorno esquizoide (y en todo caso, esquizotípico) en donde no cabría esperar compromisos con sufrimiento debido a depresión aunque sí con ansiedad social.

En este tipo de discurso no se saldría de la "psicopatología" de corte tradicional aunque debería restringirse dolor a "sufrimiento" psicológico, lo que bien mirado, reflejaría una especificación de la sintomatología definidora de los distintos trastornos. El problema aparece cuando se trata de relacionar el dolor físico crónico con la personalidad y los trastornos de personalidad.

En una primera consideración, trastornos de personalidad y dolor crónico son teóricamente distintos, con una etiología no muy clara en cada uno de ellos (más bien desconocida), sin que exista un asentamiento teórico serio que los relacione, ni resultados empíricos sobre los que apoyarse en la elaboración de modelos de interacción (excepción hecha en los planteamientos psicodinámicos y psicosomáticos que no han encontrado apoyatura experimental ni clínica claramente demostrable). Las posibles razones que explican este estado de hechos son muy distintas y no van a ser tematizadas aquí, aunque la debilidad endémica en la delimitación teórica de los trastornos, las carencias en el aparato de evaluación diagnóstica y la dificultad por ofrecer grupos homogéneos para que participen en las investigaciones (que por la propia naturaleza del dolor crónico deberían ser de larga duración) desempeñan un importante papel.

Así y todo, algunos datos existen respecto a las relaciones entre dolor crónico y trastornos de personalidad. Y entre ellos caben reseñar los siguientes: La tasa estimada de trastornos de personalidad para el DSM-IV oscila entre el 0,5 y el 3 por 100 para la población general y los resultados de muestras numerosas (hasta de 18.000 enfermos con dolor) arrojan unos porcentajes medios del 12,9% en algunos casos; en tratamientos ambulatorios se ha encontrado una prevalencia entre el 31 y el 59% de casos de pacientes con dolor crónico y que presentaban un trastorno de personalidad. Reich, Tupin y Abramowitz (1983) evaluaron a un grupo de pacientes con dolor crónico a lo largo de 12 meses y sugirieron que el 37% de los pacientes presentaban, al menos, un trastorno de personalidad (es uno de los pocos trabajos en los que se sugiere un mayor predominio de unos trastornos frente a otros: en este caso, los

más frecuentes fueron histriónicos y dependientes). Por su parte, en un estudio prospectivo publicado por Gatchel, Polatin y Kinney (1995) de pacientes que habían sufrido de dolor agudo de espalda y que habían evolucionado hacia una discapacidad acompañada de dolor crónico, se encontró que el predictor más potente de discapacidad fue la presencia de algún trastorno de personalidad (no se especifica cual, aunque se recoge la relevancia que desempeñan componentes histéricos y dependientes en el desarrollo de la discapacidad). Los trabajos anteriores de Gentry, Shows y Thomas (1974), de Fishbain, Goldberg, Meager, Steele y Rosomoff (1986) y el de Reich y Thompson (1987), tomados en su conjunto, sugieren que entre enfermos con dolor crónico, la presencia de trastornos de personalidad oscila entre el 37 y el 60% y que, de entre ellos, sobresalen aquellos trastornos que se caracterizan por una ansiedad muy acusada (evitación, dependiente, obsesivo-compulsivo, histriónico).

Existe una "tercera vía", con pocos datos, pero que se ha seguido por algunos autores y que relacionaría los trastornos de personalidad con el dolor crónico. En esta tercera vía no aparecen, hasta el momento, resultados, sino más bien sugerencias teóricas y clínicas aplicadas a partir del análisis conceptual y, en su caso, experiencia clínica de los autores, sin que vayan acompañadas las prescripciones de datos contrastados. El supuesto básico en esta orientación es la suposición de que existen personas con trastornos de personalidad y, algunas de ellas, pueden desarrollar dolor crónico debido a múltiples causas (desde traumatismos a enfermedades insidiosas de larga duración) y la posición de los autores es la de que este dolor crónico se inserta en la estructura personal que "no se modifica por ello" (lo que no deja de ser un supuesto un tanto aventurado). Un trabajo que es de referencia obligada en esta orientación es el de Sadigh (1998) y otro, que se inspira en la metodología ofrecida por este autor aunque la amplía a un amplio sector de la psicología de la salud, la monografía de Harper (2004). Sadigh, tras una revisión somera de las posibles relaciones entre trastornos de personalidad y dolor, pasa a la descripción clínica del trastorno límite, de evitación, obsesivo-compulsivo y del histriónico, con implicaciones respecto a la posible reacción ante dolor crónico en cada trastorno y un esbozo de caso clínico con un inventario de sugerencias para el tratamiento. La monografía de Harper, más ambiciosa, ofrece un texto en el que se describe cada trastorno y sus posibles "sub-tipos" para pasar, posteriormente, a la caracterización de cada trastorno (no de los subtipos) en temas relevantes de salud: relaciones con equipo de salud, detección y verbalizaciones sobre sintomatología en distintos tipos de enfermedades crónicas (alteraciones cardiovasculares, diabetes, problemas neurológicos), con un apartado especial sobre las recomendaciones para el tratamiento del dolor en cada uno de los trastornos. El formato, en ambos casos es más clínico-profesional (en el sentido de estar

orientado hacia la praxis) que científico⁵. El texto se encuentra plagado de sugerencias “aplicadas” que parecen derivarse de la definición de cada trastorno de personalidad y del esquema teórico derivado de Millon. Unos ejemplos, entresacados de la monografía, nos pueden servir para iluminar lo que se quiere decir.

El *trastorno esquizoide* se caracteriza por un patrón de desvinculación social, con un rango muy estrecho en expresión de emociones y de intereses en los demás; presenta un discurso con una fuerte impronta de impersonalidad y falta de atmósfera interactiva cálida. Se puede presentar con rasgos *compulsivos* (lo que le llevaría a generar suficientes rutinas monótonas como para mantener empleo y compromisos sociales “formales” no comprometidos personalmente); con rasgos de *evitación* dirigidos a evitar el contacto social y, finalmente, con rasgos *esquizotípicos*, que se presentan como individuos excéntricos, con estilos de pensamiento poco comunes, con muchas dificultades para diferenciar entre ellos mismos y los demás. En el caso de que personas con trastorno esquizoide de la personalidad tengan dolor crónico debe insistirse en las diferencias entre dolor agudo y crónico dada la dificultad de estas personas en la percepción de sus sensaciones interoceptivas, no debe recomendarse tratamiento en grupo (dada la escasa sociabilidad y la necesidad de contacto social e incluso a veces físico que se da en grupos de tratamiento de dolor) para evitar una fuente supletoria de estrés, requieren de entrenamiento especial para lograr el auto-manejo del dolor (dada la escasa conciencia de sí mismos y de la modulación de sus vivencias); la escasa expresividad que les caracteriza les puede llevar a ser diagnosticados de depresión (el escaso afecto se puede confundir con disforia, y la interrupción de funciones neurovegetativas básicas producidas por el dolor tales como alteraciones del sueño, del descanso y del apetito se confunden con rasgos depresivos). Se sugiere, para estos pacientes, un entrenamiento previo en análisis introspectivo e interoceptivo, entrenamiento en capacidad de “visualización” para los ejercicios de relajación que forman parte de los programas de manejo de dolor crónico y, asimismo, sesiones en las que se explique con toda clari-

⁵ . La presentación de subtipos incorpora los irresolutos problemas de la clara delimitación de los trastornos de personalidad, y mientras parece que “cubre” más casos y se acercaría a la realidad clínica, oscurece considerablemente la emisión de categorías diagnósticas (no se sabe si se trata de un trastorno obsesivo-compulsivo con rasgos histriónicos, o un trastorno histriónico con rasgos obsesivo-compulsivos, vaya por caso), dificulta el perfil de los casos y corre el peligro de promover una descripción de trastornos de personalidad sin compromiso alguno con los trastornos correspondientes con el eje I del DSM, cuando, curiosamente, en el texto, depresión y ansiedad son expresiones muy frecuentes ¿la depresión y la ansiedad presentes en los trastornos de personalidad son las mismas que la depresión y ansiedad que aparecen como trastornos en el eje I o, por el contrario, son específicas de los correspondientes trastornos? ¿si son distintas, en qué se diferencian? Y sin son iguales ¿por qué diferenciarlos como específicos de ciertos trastornos?

dad los peligros adictivos que llevan consigo los fármacos antálgicos. Debe tenerse presente, asimismo, que el refuerzo eficaz en estos pacientes no es el refuerzo social sino el mantener una intimidad que no sea invadida por los demás y, por ello, cuidar de no inmiscuirse en ella. Dado que el tratamiento ambulatorio exige muchos tipos de contactos sociales (establecimiento de citas, coordinación de recursos, etc.) se aconseja la participación de una persona significativa de su entorno con el fin de lograr la máxima participación del paciente en las actividades que le pueden aliviar del dolor crónico; la falta de respuesta que se observa en estos pacientes no debería ser interpretada como falta de motivación para participar, sino como una manera normal de conducirse en estas y otras situaciones.

El *trastorno antisocial* se identifica por un patrón insistente de falta de consideración hacia los demás y una violación sistemática de sus derechos: conductas criteriosales usualmente empleadas en la descripción recogen los engaños sistemáticos, conducta explotadora, falta de previsión y planificación a medio plazo, irritabilidad, ataques y peleas frecuentes, irresponsabilidad crónica en relaciones personales, laborales y cuestiones económicas y ausencia de culpa o remordimiento por el daño inflingido a los demás. Se diferencian varios subtipos: aquellos que presentan asimismo rasgos *narcisistas*, que prescinden de las normas sociales en aras de su auto-engrandecimiento personal, fácilmente ofendidos en su yo, prefieren tomar papeles y objetos de los demás, que alcanzarlos por propio esfuerzo, valoración de relaciones solamente si les son útiles y las parejas son concebidas como trofeos que se “enseñan” a los demás. Tienden a ser vulnerables a la inseguridad por lo que no reparan en medios para el logro de sus fines. Otro subtipo presenta rasgos *sádicos* y en estos casos es menos importante el poder material que el logro de ascendencia sobre los demás y reaccionan de modo positivo si se les reconoce su valor, proezas o relevancia. Un tercer subtipo es el que presenta rasgos *histriónicos*, que genera una adaptación al contexto especialmente impulsiva, con búsqueda de placer y de riesgos y por ello tienden a mostrarse aburridos en situaciones sociales normales. Un cuarto grupo lo forman aquellos que presentan rasgos de *evitación* y rasgos *esquizoides* cuya tendencia es más atacar o huir, y les es característico la falta de respeto hacia las convenciones normales, sentimientos y necesidades de los demás y tienden a pasar desapercibidos hasta que sienten que se ha bloqueado su tendencia a escapar, se frustran sus necesidades o se desinhiben con drogas, en cuyo caso, las explosiones de conducta pueden ser muy violentas. Finalmente, aquellos que presentan rasgos *paranoides* que forman un grupo muy vengativo, con profundo resentimiento, y desconfiados ante cualquier signo de cordialidad (se entienden como formas de ganar tiempo); buscan la seguridad mediante actos de gran violencia y coacción para lograr su propia seguridad personal. Las personas con trastorno antisocial perciben el debili-

tamiento temporal debido al dolor como algo temido (representa amenaza a su seguridad). Si se trata de dolor crónico, su participación en programas de media o larga duración es poco probable y tienden a ser frecuentes los conflictos y las peleas con el equipo de salud (percibidas como lucha de poder y logro de control). No tienen valor contrastado las muestras de empatía y acercamiento al dolor de estos pacientes.

Como un tercer ejemplo puede servir el *trastorno límite*, caracterizado por un afecto muy lábil, relaciones interpersonales tormentosas, fuerte impulsividad y crisis permanente del yo. Entre las conductas representativas se encuentran las siguientes: esfuerzos agónicos para no ser abandonado/a por las personas que tienen relaciones personales estrechas con ellos, sentido inestable de ellas mismas y de su identidad, patrones comportamentales autolesivos, inestabilidad afectiva intensa y de duración de dos a cuatro días, modulación ineficaz de cólera, sintomatología disociativa e incluso paranoia. Se distinguen cuatro subtipos (dentro de cada uno de ellos coinciden otros dos): con rasgos *dependientes* y *de evitación* que tienden a ser poco asertivos y aquiescentes, se quejan con frecuencia y son muy vulnerables a crisis depresivas; con rasgos *histriónicos* y *antisociales*, esencialmente dramáticos, expresivos y manipuladores, con conducta personal errática; con *rasgos negativistas*, que tienden a ser quejosos crónicos, envidiosos, pesimistas y se sienten peor físicamente y peor tratados que todos los demás, que tienden a medicarse a sí mismos como búsqueda de estímulos y con mucho miedo a ser abandonados y, finalmente, con *rasgos masoquistas* y *depresivos* que son abiertamente autodestructivos, con muestras claras de desesperación, una autonomía muy débil y tienden a desarrollar sentimientos de ser explotados por los demás. Se trata de una categoría de enfermos muy difíciles de tratar y en los que los intentos de autolesión son percibidos como fenómenos radicalmente distintos del dolor crónico que pueden sufrir. Si el dolor se percibe como causa exógena y que tiene solución con cierta facilidad (como procedimiento quirúrgico) es posible que sea sufrido con más paciencia y con expectativas positivas. Sin embargo, cualquier cambio en el estado viene acompañado de cambios muy notorios en conducta; si el tiempo de tratamiento es corto y no existe grave peligro de adicción incluso se recomienda la aplicación de fármacos potentes. Existe un gran peligro de adicción a fármacos en el caso de dolor crónico (lo que incrementa riesgo de suicidio) y en especial, una forma añadida de depresión fomentada por la inmovilidad, lo que les lleva a veces a una hipertrofia de esta movilidad, con el riesgo subsecuente de mayor dolor y de más frecuencia en intentos de suicidio.

El último ejemplo que hemos elegido es el *trastorno obsesivo-compulsivo*, que se identifica como un patrón invasivo de preocupación por el orden, perfeccionismo, control mental e interpersonal. Muestras de sintomatología que sirven como identificación, son las siguientes: preocupación por los detalles, listas, índices y elementos formales que

llegan a hacer perder de vista el objetivo de la actividad a desarrollar, perfeccionismo que impide terminación y paso a otra tarea, dedicación al trabajo y a la actividad reglada que les impide comprometerse en acciones de ocio y diversión, inflexibilidad y escrupulosidad en cuestiones morales, hiper-coleccionismo, dificultad en delegar a otros responsabilidades de tareas, conservación excesiva de dinero por "catástrofes futuras" y rigidez en el tratamiento de temas. Se distinguen hasta cinco subtipos: con características *dependientes*, que se refieren a personas muy responsables y en las que la combinación entre deseo de cumplir reglas, miedo y evitación de la desaprobación, con sometimiento a las expectativas y los deseos de los demás generan una manera de comportamiento en la que predomina "no hacer que los demás se enfaden" (excepcionalmente pueden ser explotadores de los demás si tienen que hacer cumplir reglas); con características *paranoides*, son personas puritanas y religiosas, celosos del cumplimiento de las reglas por parte de los demás y aceptadores de dictámenes de autoridad, cuyo seguimiento puede llevarles a defender que los no cumplidores sean castigados; con características *narcisistas*, son personas que se identifican con la autoridad, reglas y regulaciones y se sienten reconfortados e importantes utilizando el poder y la sanción hacia los demás; en estas personas el "sistema" y su supervivencia es más importante que el individuo y su bienestar, hasta el punto que son críticos duros de aquellos que no pueden encasillar con categorías convencionales y pueden sufrir crisis emocionales intensas, así como crisis de identidad; con características *esquizoides*, son personas caracterizadas por una pobreza de placer, protección contra pérdida a través de auto-aislamiento y existencia predecible, que requieren un trato convencional y formal para impedir que los clínicos sean calificados como intrusos y amenazantes; con características *negativistas*, que experimentan el conflicto central entre conformidad-acomodación y aprobación-búsqueda de otros frente a necesidades egoístas, lo que tiende a generar un conflicto crónico entre tendencias individualistas y conformistas con los demás.

En el caso de que una persona con trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo sufra de dolor agudo, la expectativa en la previsión de la recuperación puede servir como acicate para el cumplimiento de las prescripciones; sin embargo, debe tenerse un especial cuidado en esta previsión puesto que no soportan los "errores" (pierden con facilidad la confianza en el equipo de salud). Si se trata de dolor crónico, con lenta recuperación, o estadios cíclicos no previsibles, estas personas caen con facilidad en la desesperanza. En el contacto personal es preferible un trato formal y "objetivo" y que sepa a qué atenerse lo más precisamente que sea posible, tanto en lo bueno como en lo malo. Las rutinas de la rehabilitación son un elemento aglutinador relevante y de cierto peso para estas personas y, en especial, si se logra que alcancen un

cierto sentido de control personal, para lo que puede ayudar la medicación antidepressiva, ansiolítica y analgésicos.

Estas ilustraciones recogen de manera bastante clara las ventajas e inconvenientes de este acercamiento: por un lado, se supone la existencia de *un* diagnóstico principal de trastorno de personalidad, que es el que “recoge” las sugerencias de tratamiento para el dolor crónico. Por otra, se especifican unos subtipos de trastornos con suponen una mayor concreción pero que no se recogen en las sugerencias, posiblemente porque ni para unos ni para otros, existe evidencia empírica justificativa. Más que aclarar el panorama, lo que puede promoverse con todo ello es un mayor estado de que “todo es todo” de una u otra manera, que se presenta como una gran validez “aparente” pero que no pasa de ser sugerencias entresacadas de la definición “principal” de cada trastorno. Nada se dice respecto a interacción de estas acotaciones con los distintos tipos de tratamiento, ni de los resultados que se hayan obtenido aplicando esta lógica. En definitiva: si el tratamiento de este tema va dirigido a médicos de familia y especialistas en dolor, con el fin de que tomen en cuenta algunas especificidades de los pacientes con el fin de hacer el trato más “humano”, el acercamiento posee cierto valor. Pero si el objetivo es que sirva de manual teórico y práctico para los psicólogos que estén trabajando en dolor crónico... los resultados son más que decepcionantes.

El estado de la cuestión que nos ocupa, acaba de verse, es más bien pobre y sin apenas datos experimentales, ni modelos poderosos, ni líneas y grupos de investigación que se ocupen de estos temas. Y precisamente, la relevancia del tema y el escaso desarrollo científico y clínico de la cuestión debería ser un acicate para que se dedicaran personas y recursos a su estudio y logro de mejores alivios. Queda mucho por hacer y los temas de la adherencia a las prescripciones de los equipos de salud, de los distintos tratamientos psicológicos (hoy en día, más sugerentes y “experimentales” que efectivos) y de la eficacia diferencial de los mismos, junto con los peligros que lleva consigo la aplicación de fármacos que generan dependencia y no resuelven el problema, aunque no son tratados aquí temáticamente, sí se han enunciado en uno u otro momento. O, dicho con otras palabras: queda muchísimo por hacer y desgraciadamente, en la actualidad, no parece ser un tema prioritario de investigación, ni puntero en las investigaciones que se están llevando a cabo. Lo que no deja de ser un reto para el futuro.

Conclusiones, reflexiones y sugerencias

Una primera y muy importante conclusión de este trabajo es la necesidad porque se investigue más y mejor en este tema. Tanto desde una consideración teórica como empírica las propuestas conocidas hasta ahora no pasan de ser sugerentes y dejan al profesional con la idea de

que se trata de un problema grave, que se podría aliviar si existiese más y mejor conocimiento y que como resultado, el profesional se queda con su intuición y las generalizaciones que pueda hacer a partir del conocimiento que posee respecto a los trastornos de personalidad. Y, dada la prevalencia, tanto del dolor crónico como de los trastornos de personalidad, sería de gran ayuda tomar en cuenta las modulaciones y especificaciones que poseen unos conocimientos serios al respecto, para temas tan relevantes como la adherencia al tratamiento, disminución de efectos secundarios indeseados (como adicciones) que son realmente iatrogénicos, y eficacia de los tratamientos existentes.

Un segundo punto de reflexión se refiere a la necesidad por adaptar los tratamientos conocidos, así como los que se vayan conociendo, a las características personales y de contexto sociocultural que caracteriza la vida de los enfermos con sus familias. Un punto relevante conectado con estos puntos se refiere a las razones por las que una persona con dolor crónico busca asistencia médica, y la mantiene. El establecimiento de una buena relación con el equipo médico desempeña un gran papel en la eficacia de los distintos tratamientos y las variables que determinan esa buena relación y su mantenimiento no son bien conocidas. Una mención especial se refiere a los posibles problemas de dependencia que llevan consigo el tratamiento con opiáceos, anti-inflamatorios y derivados: se trata de un problema real y una cuestión en la que no se conoce mucho, aunque sí lo suficiente como para saber que ciertos trastornos (como el límite) presentan una vulnerabilidad al consumo de este tipo de sustancias. Aunque, asimismo en otros tipos de trastornos de personalidad, la idea de base que guía los tratamientos actuales es que el "tipo de persona" y la psicopatología subsecuente resulta de mucho menor interés que el fármaco en cuestión que se esté utilizando (o del tipo de fármacos empleado)⁶.

Un tercer punto de reflexión se refiere a la precisión diagnóstica y descriptiva de los participantes en los programas de tratamiento. Resulta muy difícil encontrar trastornos "puros" de personalidad: tienden a presentarse más de uno en cada paciente y, por otro lado, asimismo tienden a encontrarse presentes, asimismo, alguno o algunos de los trastornos en el eje I (dentro de la lógica del DSM). La apelación a "componentes" que hace Harper representa una opción, aunque no la única y, des-

⁶ . Específicamente no se ha tocado el tema de los tratamientos psicológicos en el dolor crónico (y no solamente por su valor relativo y de una eficacia mucho menor que los farmacológicos) fundamentalmente porque el poder diferencial de la eficacia e incluso el acatamiento a seguir tratamientos psicológicos para el dolor crónico en el caso de personas con trastornos de personalidad es un tema ausente de la bibliografía. Y bien merecería asimismo la realización de estudios serios tanto de investigación como de aplicación clínica para poder ser más eficaz en la prestación de servicios. Así como el efecto que el dolor cónico posee sobre la estructura personal. De todos modos algo se dice en el punto siguiente.

graciadamente, este autor no incorpora estas especificaciones en los análisis y en las implicaciones terapéuticas.

Una cuarta consideración hace referencia a las interacciones en la respectiva modificación entre efectos del dolor crónico y los trastornos de personalidad. Trastornos de personalidad, cambios de personalidad y transformaciones de personalidad son términos que se refieren a fenómenos distintos y, en el caso de la existencia de dolor crónico estas interacciones no se encuentran claramente especificadas. Sería de desear el desarrollo de investigaciones sobre estos temas que redundarían, sin duda, en la mejora de la eficacia de los distintos tratamientos.

Otra consideración se refiere a los tratamientos psicológicos. En una parcela en la que no existen conocimientos claros y profundos, se encuentra una proliferación de tratamientos de toda índole que tienen más de placebo y parafernalia indiferenciada que de conocimientos precisos. Tanto los tratamientos "oficiales" como los "naturales" y "alternativos" se están aplicando con un éxito desigual de manera más intuitiva que sistemática. El reconocimiento de este estado de hechos debería ser el comienzo de un análisis científico serio y riguroso en el que la colaboración entre médicos y psicólogos adquiriera carta de naturaleza y se percibieran entre sí como aliados con el objetivo de aliviar al enfermo. Hasta el momento, las cosas no funcionan de esa manera sino, más bien, incluso en las llamadas "clínicas del dolor", se orientan más a eliminar el sufrimiento (que ya es mucho) que a comprenderlo desde perspectivas distintas y posiblemente, más de una de ellas eficaz. Esperemos que el tiempo haga madurar el tema, de por sí, crucial para la mayoría de nosotros, dado el avance de las técnicas de sedación.

El final de estas reflexiones es más bien un principio. El objetivo de este trabajo no es el análisis crítico negativo de lo que hay sino más bien el delineamiento de posibilidades de actuación y de desarrollo. Es muy posible que haya pasado en ciencia que cuando se encuentra un alivio a un problema, al margen de los efectos no deseados que este alivio posea (como en el caso de fármacos) se siga esta línea de discurso y de desechen otras que, aunque menos eficaces de forma inmediata, pueden resultar más rentable a medio plazo. Parece claro que el dolor forma parte, hoy por hoy, de la manera de vivir del ser humano y que el estudio de los contextos de aparición, de los recursos de control personal y de un sistema de educación y de valores integrador de estas cuestiones resulta más lento aunque a larga parece menos artefactual que el estudio y aplicación de moléculas antidolorosas "sintomáticas" y que poseen efectos muy duros. Esto, claro está, con las limitaciones propias de lo que significan estadios intensos de dolor y estadios terminales. Aplicar la misma lógica en todas las situaciones y problemas, parece demasiado simple y, desde luego, niega el desarrollo de potencialidades humanas que pueden ser valiosas, para todos o la mayor parte de la población.

Referencias

- Alexander, E. (1950): *Psychosomatic medicine*. New York, Norton.
- Aronoff, G.M.-Rutrick, D. (1985): Psychodynamics and psychotherapy for the chronic pain syndrome. En G.M. Aronoff (ed).- *Evaluation and treatment of chronic pain*. Baltimore, Urban & Schwarzenberg.
- Benjamin, L.S. (1996): *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York, Guilford Press.
- Beutler, L.E.-Engel, D.-Oro´-Beutler, M.E.-Dalrup, R.-Meredith, K. (1986): Inability to express intense affect: A common link between depression and pain? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 752-759.
- Blumer, D.-Heilbronn, M. (1981): The pain-prone patient. A clinical and psychological profile. *Psychosomatics*, 22, 395-402.
- Costa, P.T.-Widiger, T.A. (eds.) (1994): *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington DC, American Psychological Association.
- Costa, P.T.-Widiger, T.A. (eds.) (2002): *Personality disorders and the five-factor model of personality*. 2ª edit.-Washington DC, American Psychological Association.
- Costello, C.G. (ed) (1996): *Personality characteristics of the personality disordered*. New York, John Wiley and Sons.
- De Miguel, A.-Pelechano, V. (2000): Estructura de personalidad y trastornos de personalidad: Correlatos de personalidad de los trastornos de personalidad definidos por clasificaciones de consenso. *Psicologemas*, 14, 1-210.
- Fishbain, D.A.-Goldberg, M.-Meager, B.R.-Steele, R.-Rososmoff, H. (1986): Male and female chronic patients categorized by DSM-III psychiatric diagnostic criteria. *Pain*, 26, 181-197.
- Gatchel, R.J.-Polatin, P.B.-Kinney, R.K. (1995): Predicting outcome of chronic back pain using clinical predictors of psychopathology: A prospective analysis. *Health Psychology*, 14, 415-420.
- Harper, R.G. (2004): *Personality-guided therapy in behavioural medicine*. Washington DC, American Psychological Association.
- Gentry, W.D.-Shows, W.D.-Thomas, M. (1974): Chronic low back pain: A psychological profile. *Psychosomatics*, 15, 174-177.
- Paris, J. (1996): *Social factors in the personality disorders: A biopsychosocial approach to etiology and treatment*, New York, Canbrige University Press.
- Paris, J. (1998): *Working with traits. Psychotherapy of personaoity disorders*. Northvale, NJ, Jason Aronson Inc.
- Pelechano, V. y Pastor, A. (2005a): Neuroticismo y trastornos de personalidad. *Análisis y modificación de Conducta, en prensa*
- Pelechano, V. y Pastor, A. (2005b): Factores motivacionales positivos y negativos y trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta, en prensa*.
- Reich, J.,-Thompson, D. (1987): DSM-III personality clusters in three populations. *British Journal of Psychiatry*, 150, 471-475.
- Reich, J.-Tupin, J.P.-Abramowitz, S.I. (1983): Psychiatric diagnosis of chronic pain patients. *Journal of American Psychiatry*, 140, 1495-1498.
- Sternbach, R.A. (1974): *Pain patients: Traits and treatments*. New York, Academic Press.
- Turk, D.C.-Holzman, A.D. (1986): Chronic pain: Interfaces among physical, psychological and social parameters. En A.D. Holzman & D.C. Turk (eds).- *Pain management. A handbook of psychological treatment approaches*, New York, Pergamon.
- Weisberg, J.N.-Vittengl, J.R.-Clark, L.A.-Gatchel, R.J.-Gorin, A.A. (2000): Personality and pain: summary and future perspectives. En R.J. Gatchel & J.N. Weisberg (eds).- *Personality characteristics of patients with pain*, Washington DC, American Psychological Association.