

VARIABLES PSICOLÓGICAS IMPLICADAS EN EL ABUSO O CONSUMO INDEBIDO DE OPIOIDES EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

Luz Cózar, Ángela Reyes, Cristina Núñez, Alicia E. López-Martínez,
Elena R. Serrano-Ibáñez, Rosa Esteve, Estefanía Marcos y Carmen
Ramírez-Maestre
Universidad de Málaga (España)

Resumen

Las variables psicológicas permiten predecir el riesgo de abuso de los opioides de prescripción. El objetivo del presente estudio ha sido analizar el valor predictivo de algunas de ellas. Concretamente se ha analizado la asociación del humor de autoafirmación, el neuroticismo, la extraversión, la presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión, y la intensidad de dolor percibido con el potencial abuso y el uso indebido de opioides. Participaron 60 pacientes con dolor crónico no oncológico, con una media de edad de 60 años, en su mayoría mujeres (77%) y casados (78%). Se realizaron dos análisis de regresión lineal múltiple por pasos. Los resultados señalan a los síntomas de ansiedad y/o depresión como únicas variables relacionadas con el potencial abuso y el actual uso indebido de los opioides de prescripción. Se concluye la importancia de llevar a cabo una evaluación psicológica previa al inicio de una terapia farmacológica con opioides. Y, en el caso de detectar síntomas de ansiedad o depresión en estos pacientes, sería necesario solucionar estos problemas antes de la prescripción de opioides.

PALABRAS CLAVE: *humor de autoafirmación, neuroticismo, extraversión, dolor crónico, opioides, abuso*

Abstract

Psychological variables can be used to predict the risk of prescription opioid abuse. The aim of the present study was to analyse the predictive value of a set of these variables. Specifically, we analysed the association between the potential abuse and misuse of opioids and self-affirming mood, neuroticism, extraversion, anxiety and/or depression symptoms, and perceived pain intensity. The sample comprised 60 patients with chronic non-oncological pain (mean age= 60 years; 77% women, 78% married). Two stepwise multiple linear regression analyses were performed. The results indicate that anxiety and/or depression symptoms were the only variables associated with the potential abuse and current misuse of prescription opioids. We suggest the need for prior psychological assessment before deciding to initiate pharmacological therapy with opioids. Any anxiety or

depression symptoms in these patients should be addressed before prescribing opioids.

KEY WORDS: *Self-enhancing humor, neuroticism, extraversion, chronic pain, opioids, abuse*

Introducción

El dolor crónico es uno de los problemas de salud que más preocupa tanto a los pacientes como a los profesionales sanitarios, debido tanto a su elevada prevalencia [el 20% de la población europea (Langley *et al.*, 2011) y el 16,6% de la población española (Dueñas *et al.*, 2016) sufre esta patología] como a las repercusiones personales, laborales, y sociales que éste implica (Breivik *et al.*, 2006; Dueñas *et al.*, 2015; Fernández-Castillo y Vílchez-Lara, 2007; Vicente-Herrero *et al.*, 2016). Por este motivo su estudio ha despertado un gran interés en el campo de la investigación científica en las últimas décadas. Ello con el fin de conocer las características de las personas que lo sufren, y poder optimizar su tratamiento (Pérez-Muñoz y Pérez-Martín, 2018).

Esta patología ha sido abordada por diferentes modelos teóricos. Actualmente el enfoque más aceptado es el modelo biopsicosocial (Gatchel *et al.*, 2010), que considera el dolor crónico como un trastorno complejo que precisa un tratamiento individualizado y multidisciplinar, enfocado tanto en los factores físicos, como psicológicos y ocupacionales del paciente (Kaiser *et al.*, 2017). Sin embargo, la opción terapéutica más utilizada es el tratamiento farmacológico (Fernández *et al.*, 2018). Según las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), este tratamiento tiene como protocolo secuencial una primera fase de administración de fármacos o analgésicos no opioides y terapias coadyuvantes, pasando a una segunda fase, si esta no es eficaz para aliviar el dolor, donde se inicia la administración de opioides débiles, llegando a la prescripción de opioides más potentes, de acción prolongada, si el dolor persiste (Puebla, 2005). Aun así, ante la evidencia de que las propiedades analgésicas de los opioides son de gran interés para el tratamiento del dolor crónico (Muriel *et al.*, 2018), en las últimas décadas su uso se ha visto incrementado (Kaye *et al.*, 2017; O'Brien *et al.*, 2017). En España hay una preocupación creciente por el uso y abuso de los analgésicos opioides (Santana Pineda *et al.*, 2016; Secades Villa *et al.*, 2003). En 2019, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha publicado un informe de utilización de medicamentos en el que se analiza el uso de opioides dispensados con cargo a la receta del Sistema Nacional de Salud, sin contemplar datos de la prescripción en la atención médica privada o en el ámbito hospitalario. Los resultados señalan que el uso de opioides en España ha pasado de 7,25 dosis diarias por 1.000 habitantes y día (DHD) en el año 2008, a 18.73 DHD en el año 2018 lo que supone un enorme incremento. Coloma-Carmona *et al.* (2017), en un estudio descriptivo, analizaron una muestra de 229 pacientes españoles con dolor crónico no oncológico consumidores de fármacos opioides que asistían a la Unidad del Dolor, entre 2014 y 2017. Los resultados señalaron que un 46% de los pacientes con dolor crónico cumplía los criterios de abuso de estas sustancias, resultando mayor la dependencia

en los pacientes que combinaban dos o más fármacos opioides (Coloma-Carmona *et al.*, 2017).

Los patrones de conducta que suelen mostrar los pacientes que abusan de los opioides se caracterizan por el uso de fármacos que no han sido prescritos, petición de medicamentos a otras personas, consultar a varios médicos para así obtener más fármacos (lo que se conoce como “*doctor shopping*”) (Nordmann *et al.*, 2013), y petición de recetas antes de la cita concertada con el especialista (Calvo y Torres, 2017).

El objetivo terapéutico del uso de opioides es mantener un nivel óptimo de alivio del dolor con una dosis que provoque el menor número de efectos secundarios posible (O’Brien *et al.*, 2017). Sin embargo, a largo plazo, los opioides de prescripción pueden aumentar el riesgo de mortalidad debido a problemas cardiovasculares, psicomotores, endocrinos, gastrointestinales o inmunológicos (Ray *et al.*, 2016). De esta forma, el incremento del uso de opioides de acción prolongada se ha asociado con el aumento de muertes por sobredosis no intencionadas, o por efectos secundarios como los problemas cardiovasculares (Ray *et al.*, 2016).

Ante esta situación, se pone de manifiesto la necesidad de evaluar el riesgo de abuso de opioides de forma multidimensional antes de iniciar su tratamiento y a lo largo de todo el proceso terapéutico (Carballo *et al.*, 2016; Chou *et al.*, 2009; Passik y Lowery, 2011). Considerando la importancia de identificar las variables psicológicas que puedan favorecer la adherencia correcta al tratamiento (Passik y Lowery, 2011), y desarrollando estrategias para prevenir el uso inadecuado de los mismos (Coloma-Carmona *et al.*, 2017; O’Brien *et al.*, 2017).

A este respecto, son varias las variables psicológicas que pueden predecir el mal uso de la medicación. Así, las personas con dolor crónico y síntomas de ansiedad y/o depresión parecen más vulnerables al uso de estas sustancias (Breivik *et al.*, 2006; Carballo *et al.*, 2016; Cicero *et al.*, 2009; Mesas *et al.*, 2010). Concretamente, Jaiswal *et al.* (2016) encontraron que los pacientes con dolor crónico y depresión son más propensos a desarrollar un uso indebido de opioides, frente a los pacientes sin depresión, llegando a la conclusión de que la depresión aumenta las probabilidades de este mal uso. Del mismo modo, el catastrofismo puede llevar a una sobredosis o a desear abandonar el tratamiento (Passik y Lowery, 2011). Estas interpretaciones catastróficas aumentan la evitación de la actividad por miedo a que el dolor aumente (Vlaeyen y Linton, 2000), incrementando la posibilidad del abuso de sustancias (Martínez-Fernández *et al.*, 2016; Passik y Lowery, 2011). Esto se podría relacionar igualmente con los problemas de ansiedad, ya que los pacientes con altos niveles de ansiedad y alta incidencia de la depresión se consideran como pacientes con riesgo de desarrollar una adicción (Ferrari *et al.*, 2014).

Igualmente, encontramos evidencia empírica que sugieren la importancia de las variables disposicionales de personalidad en el abuso de opioides (Calvo y Torres, 2017; Carballo *et al.*, 2016; Chou *et al.*, 2009; Passik y Lowery, 2011). Passik y Lowery (2011) destacan que estas variables disposicionales pueden intervenir en el desarrollo de una adicción, en la adherencia al tratamiento y hacer más vulnerable al abuso de opioides. Entre esas variables personales, varios trabajos analizan el papel del neuroticismo y la extraversión (Dubey *et al.*, 2010; Kornør y Nordvik, 2007). Las personas con alto nivel de neuroticismo muestran inseguridad o inestabilidad

emocional, altas tasas de ansiedad, un estado de preocupación continuo que tiende a la culpabilidad, fatiga mental y física, con predisposición a la frustración, lo que les llevará a utilizar estrategias de afrontamiento poco eficaces. Dichas estrategias son más pasivas, como el catastrofismo o tomar la medicación, siendo mayor la intensidad de dolor percibida (Ramírez-Maestre *et al.*, 2001), lo que correlaciona con el aumento del uso de estas sustancias (Martínez-Fernández *et al.*, 2016).

En cuanto a la extraversión, los pacientes dependientes de opioides son menos extravertidos, presentan menor tolerancia al dolor y un umbral de dolor más bajo (Kornør y Nordvik, 2007). Además, tienden a ser socialmente disconformes e impulsivos; así, utilizan los opioides por sus efectos calmantes y gratificantes (Dubey *et al.*, 2010). Además, esta impulsividad entendida como bajo nivel de autocontrol, contribuye a la adicción de psicofármacos (Kumar, 2015; Passik y Lowery, 2011).

Por otro lado, también hay variables antecedentes que hacen al sujeto más resistente al abuso de opioides. Algunos autores concluyen que hay una mejor adaptación al dolor cuando los pacientes tienen estados de ánimo positivos (Soriano y Monsalve, 2005). Una forma de reacción positiva ante el dolor es el humor como cualidad resiliente, una variable que influye en el bienestar psicológico de los pacientes (Pérez-Aranda *et al.*, 2019; Ramírez-Maestre *et al.*, 2020; Sánchez *et al.*, 2016), y quizás podría prevenir el abuso de opioides. A pesar del limitado número de trabajos que analizan la relación entre el humor y el dolor crónico, se considera que el humor de autoafirmación podría beneficiar indirectamente a los pacientes al moderar los efectos negativos del estrés (Martin, 2004). El hacer frente a las situaciones estresantes (como el dolor crónico) de una manera positiva, está relacionado con estrategias que utilizan elementos distractores humorísticos, el sentido del humor y el humor, para disminuir la ansiedad y el catastrofismo (Sánchez *et al.*, 2016). Autores como Martin (2004) sugieren que el humor puede alterar la percepción del dolor, causando efectos analgésicos, lo cual podría conllevar un menor uso y/o abuso de la medicación.

En definitiva, son varios los trabajos que enfatizan la importancia de estudiar las variables psicológicas que permitirían predecir la vulnerabilidad y las fortalezas del individuo relativas a la posible adherencia al tratamiento farmacológico. Así pues, las variables psicológicas antecedentes como el sentido del humor, el neuroticismo, la extraversión y el estado de ánimo podrían influir en el uso de opioides. Concretamente, se postula que un individuo con dolor crónico no oncológico que sigue un tratamiento con fármacos opioides, con altos niveles de intensidad de dolor, que presente altas puntuaciones en neuroticismo, bajas puntuaciones en extraversión, estados de ánimo negativos, y bajos niveles de humor de autoafirmación será más vulnerable al abuso de opioides.

Por lo tanto, el objetivo principal del presente trabajo es analizar la asociación de ciertas variables de personalidad disposicionales (el humor de autoafirmación, el neuroticismo y la extraversión), la ansiedad, la depresión y la intensidad del dolor percibida con el riesgo de abuso y el uso indebido de opioides en pacientes con dolor crónico no oncológico.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por 60 pacientes con dolor crónico no oncológico, en tratamiento con fármacos opioides, cuyas características sociodemográficas y clínicas aparecen en la tabla 1.

Tabla 1
Características descriptivas de la muestra (N= 60)

Variables	M	DT
Edad	59,96	8,38
Años con dolor	18,35	14,08
	<i>n</i>	%
Sexo		
Mujer	46	77
Hombre	14	23
Estado civil		
Soltero	4	7
Casado	47	78
Convivencia	1	2
Divorciado	7	11
Viudo	1	2
Nivel de estudios		
Lectoescritura	7	12
Estudios Primarios	37	62
Estudios Secundarios	11	18
Diplomatura	3	5
Licenciatura o Grado	2	3
Estatus laboral		
Activo	10	17
Ama de casa	14	23
Estudiante	2	3
Jubilado	27	45
Desempleado	7	12
Diagnóstico de dolor		
Fibromialgia	29	48
Hernia de disco	12	20
Artrosis	4	5
Artrosis de cuello	3	3
Osteoporosis	4	5
Artrosis en espalda	3	3
Otros	5	7

Instrumentos

- a) "Entrevista semiestructurada" *ad hoc*. Esta entrevista fue realizada por una psicóloga para reunir información sobre las siguientes variables demográficas y clínicas: características sociodemográficas (edad, estado civil, situación laboral, nivel de estudios), características asociadas al dolor (diagnóstico de dolor, meses con dolor), características del tratamiento con fármacos analgésicos (tipo de fármaco, dosis, duración del tratamiento, frecuencia de administración y uso de psicofármacos como coadyuvantes) y uso de otras sustancias.
- b) "Escala hospitalaria de ansiedad y depresión" (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS; Zigmong y Snaith, 1983), en su adaptación de Quintana *et al.* (2003). La HADS evalúa síntomas ansioso-depresivos; consta de 14 ítems distribuidos en dos subescalas: depresión y ansiedad. El encuestado indica la frecuencia con la que tiene síntomas de ansiedad o depresión en una escala de 1 (*casi nunca*) a 4 (*a menudo*), mediante 7 ítems para el cribado de depresión y 7 ítems para la detección de la ansiedad. La versión española de la escala (Quintana *et al.*, 2003) muestra validez y confiabilidad adecuadas (alfa de 0,86 para la ansiedad y un 0,86 para la depresión). Ambas escalas han mostrado en este estudio buenos índices de fiabilidad (alfa de Cronbach de 0,79 para la subescala de ansiedad y de 0,83 para la subescala de depresión).
- c) "Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck" (*Eysenck Personality Questionnaire* EPQ-RA-24; Eysenck y Eysenck, 1997), versión adaptada en español de Ibáñez *et al.* (1999). El EPQ-RA-24 evalúa neuroticismo, extraversión, psicoticismo y disimulo/conformidad, con 6 ítems por escala. En este estudio se utilizaron únicamente las subescalas de neuroticismo y de extraversión. La adaptación española tiene una fiabilidad (alfa de Cronbach) de 0,82 para los hombres y 0,80 para las mujeres en extraversión, y de 0,86 para hombres y mujeres en neuroticismo (Ibáñez *et al.*, 1999). En este estudio, la muestra obtuvo un índice de fiabilidad (alfa de Cronbach) de 0,69 en neuroticismo y de 0,82 en extraversión.
- d) "Cuestionario de estilos de humor" (*Humor Styles Questionnaire*, HSQ; Martin *et al.*, 2003). El HSQ mide los 4 estilos de humor: afiliativo, autoafirmación, agresivo y autodescalificación (Martin *et al.* 2003). En el presente trabajo se utilizó exclusivamente la escala que evalúa el humor de autoafirmación, adaptada al castellano por Sánchez *et al.* (2016) que permite al sujeto regular las emociones negativas y mantiene visiones positivas y realistas en situaciones adversas y estresantes (Mendiburo y Páez, 2011). Los ítems se contestan en una escala Likert de siete puntos indicando el grado de acuerdo (1= *muy en desacuerdo* a 7= *muy de acuerdo*). La fiabilidad (alfa de Cronbach) de la escala fue de 0,81 en su versión original (Martin *et al.*, 2003), de 0,77 en la versión española (Sánchez *et al.*, 2016) y de 0,80 en este estudio.
- e) "Índice global de intensidad de dolor". Para evaluar la intensidad de dolor percibida se utilizó una escala numérica de 0 (*nada de dolor*) a 10 (*el peor dolor posible*). Se pregunta a los pacientes por el peor dolor, el promedio y el más leve, en las dos últimas semanas, y la media del dolor en el momento presente. Se realizó una media aritmética entre las cuatro puntuaciones para obtener el

índice global de intensidad de dolor. Esta es una de las formas más fiables y utilizadas para medir la intensidad de dolor (Jensen *et al.*, 1999).

- f) "Detección y evaluación de opioides para pacientes con dolor revisado" (*Revised Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain, SOAPP-R*; Butler *et al.*, 2008). Es un cuestionario que evalúa el riesgo de abuso de opioides que presentan los pacientes. Consta de 24 ítems, los cuales se responden mediante una escala Likert que va desde 0 (*nunca*) a 4 (*muy a menudo*). La versión española presenta una buena fiabilidad (α de Cronbach= 0,86) (Butler *et al.*, 2013) y en este estudio fue de 0,77.
- g) "Medición actual del uso indebido de opioides" (*Current Opioid Misuse Measure, COMM*; Butler *et al.*, 2010). COMM fue desarrollado específicamente para el seguimiento de los pacientes con dolor crónico que ya están bajo un tratamiento con opioides, con el fin de comprobar si podrían estar exhibiendo conductas asociadas con el abuso o uso indebido de opioides. En esta escala se evalúan las siguientes dimensiones: signos o síntomas de intoxicación, problemas emocionales, respuesta deficiente al tratamiento con opioides, adicción o uso problemático del psicofármaco, incumplimiento de las pautas médicas. Está formado por 17 ítems con respuesta tipo Likert de 0 (*nunca*) a 4 (*muy a menudo*). Butler *et al.* (2010) obtuvieron un alfa de Cronbach de 0,86 y en este estudio fue de 0,75.

Procedimiento

La muestra del estudio fue reclutada a través de asociaciones de pacientes con dolor y Fibromialgia y de facultativos de la Unidad del Dolor del Hospital Civil de Málaga. Con relación a las asociaciones, en primer lugar, se concertaba una entrevista con la junta directiva de la misma y, tras presentarles el objetivo del estudio, está lo divulgada a todos los socios. Los interesados en participar dejaban sus datos para ser contactados telefónicamente y citados para la entrevista. En el caso de la Unidad del Dolor, los facultativos informaban a los pacientes, que cumplían los criterios de inclusión, del estudio. En el caso de que voluntariamente quisieran participar, dichos facultativos remitían sus datos para ser citados para la entrevista.

Los criterios de inclusión para los pacientes fueron: llevar más de 3 meses experimentando dolor crónico no oncológico, sin trastornos psiquiátricos diagnosticados, ser mayor de 18 años, entender el idioma español y comprender los cuestionarios e instrucciones del estudio.

Tras la firma del consentimiento informado y la explicación de los objetivos del estudio, se comenzaba con la evaluación. La duración de cada entrevista fue de una hora y media aproximadamente, llevándose a cabo en las instalaciones de las distintas asociaciones o en las del propio hospital. Este estudio forma parte de un proyecto de investigación aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Costa del Sol (Málaga). Estos datos fueron recogidos entre noviembre 2018 y mayo de 2019.

Análisis de datos

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo de las diferentes variables que conforman el estudio, calculando las medias, desviaciones típicas (para las variables continuas) y un análisis de frecuencias y porcentajes (para las variables ordinales y nominales). A continuación, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre las variables para conocer la magnitud de las asociaciones entre ellas. La magnitud de las correlaciones se considera siguiendo el criterio de Cohen: baja correlación desde 0,10 a 0,29; correlaciones moderadas de 0,30 a 0,49; y altas correlaciones de 0,50 a 1 (Cohen, 1988). Del mismo modo, se calcularon los estadísticos pertinentes para detectar la presencia de multicolinealidad para asegurar que se cumplieran los supuestos para poder proceder con el análisis de regresión. La hipótesis de independencia de los residuos se hizo con el estadístico de Durbin-Watson, que es un índice que permite detectar si los residuales de una regresión están autocorrelacionados. Si su valor está próximo a 2 los residuos no están correlacionados, si se aproxima a 4, estarán negativamente correlacionados, y si su valor se acerca a 0 estarán positivamente correlacionados (Pardo y Ruiz, 2005). El estadístico en este estudio fue adecuado tomando como variable dependiente el potencial uso de opioides (2,020), al igual que cuando se realiza el análisis tomando como variable dependiente el uso indebido de opioides (2,055), pues ambos se aproximan a 2, lo que indica la no correlación de los residuos. Por otro lado, se tuvo en cuenta el factor de inflación de la varianza (VIF). El VIF fue inferior a 4 en ambos casos y la tolerancia fue superior a 0,5 en los todos los casos, lo que indicaría que la multicolinealidad entre los predictores no sesgaría los resultados.

Por último, cumplidos estos supuestos y para poner a prueba las hipótesis de estudio, se realizaron dos análisis de regresión lineal múltiple por pasos, uno para cada variable criterio (potencial abuso de opioides y el uso indebido de opioides). En general, se asume que la prescripción de los fármacos opioides debe ir ligada a la intensidad de dolor expresada por los pacientes (Calvo y Torres, 2017). Por ello, se incluye la intensidad de dolor percibida como una variable antecedente que afectará al uso de este tipo de analgesia. Así pues, se espera un mayor riesgo de abuso y mayores niveles de uso indebido de los opioides prescritos en los pacientes con niveles altos de dolor percibido. En el bloque 1 del análisis, el conjunto de variables predictoras quedó compuesto por un total de ocho variables: la edad, y el sexo como variables de control, la intensidad del dolor, el neuroticismo, la extraversión, el humor de autoafirmación, la ansiedad y la depresión. Dado que los factores sociodemográficos pueden influir en los resultados, se controla la edad y el sexo para ver si todas las demás variables independientes propuestas contribuyen a explicar la varianza de las variables dependientes.

Para todos los análisis estadísticos, una $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativa. Todos los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS v. 22.0 para Windows.

Resultados

Se llevó a cabo la evaluación de 100 participantes; de estos, 60 seguían un

tratamiento con fármacos opioides, por tanto, todos los análisis relativos al uso indebido de estos analgésicos se efectuaron con dicha muestra.

El análisis descriptivo de las variables clínicas y psicológicas de la muestra señala que la etiología del dolor de los 60 participantes tenía como diagnóstico más frecuente el dolor crónico generalizado (48%), seguido de la hernia de disco (20%). En lo que se refiere a la duración del dolor, la media de tiempo de padecimiento del mismo fue de 18 años ($DT= 14,08$), con una intensidad media de 7 ($DT= 1,62$; rango: 0-10). Los medicamentos opioides recetados consumidos a diario en mayor medida son opioides menores, como el tramadol (57%), y opioides mayores, como la oxycodona (5%), el fentanilo (8%) o el tapentadol (11%).

En la tabla 2 se muestran las medias y desviaciones típicas, así como los coeficientes de correlación entre las variables objeto de estudio. Es de destacar que la muestra presentó un nivel de intensidad de dolor con valores moderados a graves, con una media de 7,00. La intensidad de dolor no correlaciona con el uso indebido de opioides, es decir, que, aunque el nivel de dolor percibido sea alto no correlaciona con un mayor uso de opioides. De hecho, la intensidad de dolor solo presente una correlación positiva, baja y significativa con la depresión y el potencial abuso de opioides.

Tabla 2
Medias, desviaciones típicas y correlaciones de Pearson

Variables	Rango	M (DT)	2	3	4	5	6	7	8
1. Estilo de humor	8-56	33,70 (11,24)	-0,34**	0,37**	-0,12	-0,48**	-0,20*	-0,24*	-0,35**
2. Neuroticismo	0-6	3,93 (1,71)	--	0,01	-0,15	0,25*	0,52**	0,40**	0,37**
3. Extraversión	0-6	3,38 (2,11)		--	-0,16	-0,46**	0,06	-0,01	-0,03
4. Dolor percibido	0-10	7,00 (1,62)			--	0,26**	0,15	0,27**	0,12
5. Depresión	7-26	15,71 (5,06)				--	0,46**	0,58**	0,51**
6. Ansiedad	7-28	19,48 (5,29)					--	0,64**	0,57**
7. Potencial abuso de opioides	6-52	25,91 (11,20)						--	0,66**
8. Consumo indebido de opioides	4-39	17,05 (8,45)							--

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

En cuanto al análisis de regresión, los resultados correspondientes al modelo final después de controlar variables demográficas (edad y sexo) se resumen en la tabla 3. En primer lugar, se observan los resultados del análisis de regresión lineal múltiple por pasos tomando como variable dependiente el potencial abuso de opioides, y como variables independientes en un solo bloque: sexo, edad, intensidad de dolor, neuroticismo, extraversión, estilo de humor, ansiedad y depresión. Los resultados señalan que la única variable contemplada en la ecuación fue la ansiedad en un primer paso, incluyéndose después, en un segundo paso, la depresión, dado que únicamente sus coeficientes satisfacen la condición de tener asociado un valor de $p < 0,05$. Sin embargo, el resto de variables son excluidas. Concretamente, en el

primer paso la ansiedad explica un 40% de la varianza y al añadir la depresión en el segundo paso aumenta a 49%, es decir, que la parte de la varianza que explica el potencial abuso de opioides tiene más peso en la predicción cuando se dan estas dos variables independientes. Además, podemos observar que la variable principal a la hora de explicar el potencial abuso de opioides es la ansiedad.

En segundo lugar, se recogen los resultados correspondientes al análisis de regresión lineal múltiple por pasos cuando se toma como variable dependiente el uso indebido de opioides, y se relaciona con todas las variables independientes en un solo bloque: sexo, edad, intensidad de dolor, neuroticismo, extraversión, estilo de humor, ansiedad y depresión. Los resultados fueron los mismos que con la variable dependiente SOAPP, es decir, también quedaron excluidas todas las variables excepto la ansiedad y la depresión. Los resultados señalan que la única variable contemplada en la ecuación fue la ansiedad en un primer paso, incluyéndose después en un segundo paso la depresión, dado que únicamente sus coeficientes satisfacen la condición de tener asociado un valor de $p < 0,05$. En el primer paso la ansiedad explica un 34% de la varianza y al añadir la depresión en el segundo paso esto aumenta a un 40%; así, parte de la varianza que explica el uso indebido de opioides tiene más peso en la predicción cuando se dan estas dos variables independientes. Además, es la ansiedad la variable principal a la hora de explicar el uso indebido de opioides.

Tabla 3

Resumen del análisis de regresión lineal múltiple por pasos

VD	VI	β	R^2 ajustado	t	p
Potencial abuso de opioides					
Paso 1	Ansiedad	0,63	0,40	8,08	0,00
Paso 2	Ansiedad	0,47	0,49	5,80	0,00
	Depresión	0,35		4,41	0,00
Uso indebido de opioides					
Paso 1	Ansiedad	0,60	0,34	5,62	0,00
Paso 2	Ansiedad	0,44	0,40	3,71	0,00
	Depresión	0,29		2,42	0,19

Nota: VD= variable dependiente; VI= variable independiente.

Discusión

El propósito de este estudio ha sido examinar, en una muestra de pacientes diagnosticados con síndromes de dolor crónico no oncológico, la relación que el humor de autoafirmación, el neuroticismo y la extraversión, los estados de ánimo de ansiedad y depresión, y la intensidad del dolor, mantienen con el riesgo de abuso y el mal uso de fármacos opioides.

Como se postuló, la presencia de síntomas de ansiedad y depresión se relaciona con el potencial abuso de opioides y con el uso indebido de estos fármacos. Nuestros resultados indican que los pacientes con altas puntuaciones en ansiedad y en

depresión son más propensos a presentar un mayor riesgo de abuso y de uso indebido de opioides recetados. Esta relación en pacientes con dolor crónico se ha señalado como significativa en varias ocasiones a lo largo de la literatura. Estudios anteriores han demostrado que ambas variables ejercen efectos negativos en el dolor e influyen en el abuso de opioides. Por ejemplo, Sullivan *et al.* (2006) encontraron estos resultados en un estudio longitudinal desde 1998 hasta 2001 donde relacionaron trastornos como la depresión o la ansiedad (depresión mayor, TAG, distimia o trastorno de pánico) con el uso de opiáceos en pacientes con dolor crónico. Además, Wilsey *et al.* (2008) hallaron una relación significativa entre el potencial abuso de opioides y los trastornos de ansiedad y la depresión, en una muestra de pacientes con dolor crónico que acudían a urgencias en busca de un tratamiento con opioides. Siguiendo esta línea, Arteta *et al.* (2015), al estudiar cómo la ansiedad y la depresión jugaban un papel mediador entre el catastrofismo y el riesgo de uso indebido de opiáceos recetados, encontraron que el efecto del catastrofismo se eliminaba al medir la depresión conjuntamente.

Por otro lado, se esperaba encontrar que las altas puntuaciones en estabilidad emocional y en extraversión se relacionaban con un buen uso de los opioides recetados, y aunque nuestros resultados muestran una correlación positiva del neuroticismo con el uso indebido de opioides, no se encontraron asociaciones entre la extraversión y el uso de dichos fármacos. De hecho, y contrariamente a lo que cabría haber esperado, los rasgos de personalidad no han entrado a formar parte de la ecuación en el análisis de regresión de esta investigación, no siendo significativas para predecir el potencial abuso de opioides ni el uso indebido de los mismos. Aún son escasos los estudios que analizan la relación del neuroticismo y la extraversión sobre el abuso de opioides. En este sentido, Dubey *et al.* (2010) llevaron a cabo un trabajo en el que se investigó la relación entre los rasgos de personalidad y el abuso de sustancias, en una muestra formada por un grupo de toxicómanos y otro grupo de sujetos que no presentaban ninguna adicción. Estos resultados indicaron que el grupo de toxicómanos presentaba, como ocurre en nuestro estudio, altas puntuaciones en neuroticismo, pero contrariamente a lo que nosotros esperábamos y hemos encontrado, también altas puntuaciones en extraversión (Dubey *et al.*, 2010). En cualquier caso, hay otros trabajos como el de Kornør *et al.* (2007) que investigaron el patrón de personalidad en una muestra de jóvenes noruegos con dependencia a los opioides en comparación a un grupo de control, y sus resultados señalaron que había diferencias en los rasgos de personalidad entre los dos grupos, pues el grupo dependiente a los opioides era emocionalmente más inestable y más introvertido que el grupo de control (Kornør y Nordvik, 2007). Sería necesario el corroborar estos hallazgos en pacientes con dolor crónico, pues hay que señalar que, en la búsqueda y revisión llevada a cabo para la realización de este estudio, no se han encontrado trabajos efectuados con muestras de pacientes hispanohablantes con dolor crónico que analicen si estas variables de personalidad afectan al abuso o potencial abuso de opioides en pacientes aquejados de esta patología.

También se postulaba que los pacientes con dolor crónico no oncológico que presentaran un estilo de humor de autoafirmación presentarían un menor riesgo de abuso de los medicamentos opioides que les habían sido prescritos. En esta línea, los resultados del estudio parecían indicar una relación positiva y significativa

moderada entre el estilo de humor y el uso indebido de opioides, pero una vez llevado a cabo el análisis de regresión, en contra de lo supuesto, esta relación quedó excluida, no hallándose asociación directa entre el estilo de humor y el uso abusivo de opioides. En consonancia con el estudio llevado a cabo por Sánchez *et al.* (2016), no se ha encontrado relación entre la intensidad de dolor percibida y el estilo de humor de autoafirmación, no obstante, los datos apuntan a una relación negativa significativa entre el estilo de humor y la ansiedad y la depresión, como también señalaba el estudio de Pérez-Aranda *et al.* (2018). Estos datos apuntarían a que, si el estilo de humor de autoafirmación disminuye la ansiedad y la depresión, de una manera indirecta también estaría influyendo en el potencial abuso y en el uso indebido de opioides. Esta es una hipótesis que no se había estudiado hasta el momento, y sería interesante indagar más en futuros estudios sobre el estilo de humor en pacientes con dolor crónico y su relación con el uso y el abuso de opioides. De igual forma, es de destacar que el neuroticismo sí muestra una relación positiva con los síntomas de ansiedad y depresión, mientras la extraversión solo correlaciona negativa y significativamente con los síntomas de depresión. Por tanto, atendiendo a estos resultados y a otros estudios anteriores, la personalidad se asocia con la presencia de ansiedad y depresión, aspectos que pueden aumentar el riesgo de abuso de los opioides de prescripción. Así pues, futuros trabajos deberían aplicar análisis con modelos de ecuaciones estructurales que analicen el posible papel mediador de la ansiedad y depresión en la asociación entre ciertas características de personalidad (como el humor, la extraversión y el neuroticismo) y el abuso de los opioides de prescripción.

O'Brien *et al.* (2017) señalaban que la prescripción de fármacos opioides tiene como objeto mantener un nivel óptimo de alivio del dolor con una dosis que provoque el menor número de efectos secundarios posible. Dado que la prescripción de fármacos debe ir ligada a la intensidad de dolor descrita por los pacientes (Calvo y Torres, 2017), se postulaba que ésta influiría en el uso indebido y el potencial abuso de opioides. En este sentido, los resultados de este estudio han mostrado solo una correlación positiva baja entre la intensidad de dolor y el potencial abuso de opioides, aunque después en el análisis de regresión, se ha eliminado la hipotética asociación entre la intensidad de dolor y el abuso y potencial abuso de opioides.

Este estudio cuenta con ciertas limitaciones. Debido al carácter transversal de su diseño, no permite establecer inferencias causales. Del mismo modo, se han utilizado exclusivamente medidas de autoinforme para recoger los datos, lo cual podría haber influido en los resultados debido a la varianza asociada al método de evaluación utilizado. Por otro lado, para aumentar la generalización de los datos se precisan estudios con una muestra de un mayor tamaño, y con mayor diversidad de dolencias.

A pesar de estas limitaciones, de estos resultados se derivaría la importancia de tener en cuenta los aspectos psicológicos a la hora de prescribir un tratamiento con fármacos opioides a los pacientes con dolor crónico, pues son aspectos que influyen en el riesgo de abuso y el mal uso de estas sustancias. Aunque se trata de un estudio preliminar, los hallazgos apoyan la importancia de evaluar la sintomatología ansioso-depresiva en estos pacientes antes de decidir el inicio de una terapia farmacológica con opioides o de cara al seguimiento y control de la misma por parte de los

facultativos correspondientes. La información obtenida puede ser útil en las unidades del dolor y en los centros de atención primaria para evitar el mal uso o abuso de esta medicación. Del mismo modo, estos resultados apuntan a que el tratamiento adecuado de los pacientes con dolor crónico no solo ha de tener como objetivo el mitigar su dolor físico, sino llevar a cabo un tratamiento multidisciplinar que abarque todas las consecuencias de sufrir dolor crónico, antes de la prescripción de esta medicación (Breivik *et al.*, 2006; Carballo *et al.*, 2016; Collado *et al.*, 2004; O'Brien *et al.*, 2017; Passik y Lowery, 2011). Del mismo modo, la figura del psicólogo es de suma importancia, ya que cuando hablamos de dolor crónico los elementos emocionales y psicológicos juegan un papel crucial, también en la adherencia al tratamiento. Por ello, el psicólogo debiera desarrollar un trabajo de evaluación y tratamiento en el contexto clínico del dolor crónico, en condiciones de continuidad.

En conclusión, los individuos con dolor crónico no oncológico que presentan síntomas de ansiedad y/o depresión muestran un mayor abuso de los opioides de prescripción. Por tanto, sería necesaria una evaluación psicológica de estos pacientes previa a la toma de decisión respecto a la prescripción o no de dichos fármacos. La intervención psicológica en estos casos debiera llevarse a cabo antes de comenzar con la intervención farmacológica con opioides.

Referencias

- Arteta, J., Cobos, B., Hu, Y., Jordan, K. y Howard, K. (2015). Evaluation of how depression and anxiety mediate the relationship between pain catastrophizing and prescription opioid misuse in a chronic pain population. *Pain Medicine*, *17*, 295-303. doi: 10.1111/pme.12886
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. y Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, *10*(4), 287-333. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Butler, S. F., Budman, S. H., Fanciullo, G. J. y Jamison, R. N. (2010). Cross validation of the current opioid misuse measure (COMM) to monitor chronic pain patients on opioid therapy. *Clinical Journal of Pain*, *26*(9), 770-776. doi: 10.1097/AJP.0b013e3181f195ba
- Butler, S. F., Fernandez, K., Benoit, C., Budman, S. H. y Jamison, R. N. (2008). Validation of the revised screener and opioid assessment for patients with pain (SOAPP-R). *Journal of Pain*, *9*(4), 360-372. doi: 10.1016/j.jpain.2007.11.014
- Butler, S. F., Zacharoff, K. L., Buedman, S. H., Jamison, R. N., Black, R., Dawsey, R. y Ondarza, A. (2013). Spanish translation and linguistic validation of the Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain-Revised (SOAPP-R). *Pain Medicine*, *14*(7), 1032-1038. doi: 10.1111/pme.12442
- Calvo, R. y Torres, L. M. (2017). Tratamiento con opioides en dolor crónico no oncológico: recomendaciones para una prescripción segura. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, *24*(6), 313-323. doi: 10.20986/resed.2017.3550/2016
- Camacho, L., Anarte, M. T. y Ramírez-Maestre, C. (2002). Variables cognitivas y estados de ánimo relacionados con el dolor crónico en pacientes de diferentes servicios médicos. *Revista de Psicología de la Salud*, *14*, 3-17. doi: 10.21134/pssa.v14i2.763
- Carballo, J. L., Coloma-Carmona, A., Mrozowicz-Gaudyn, D., Vidal-Arenas, V., van-der Hofstadt, C. y Rodríguez-Marín, J. (2016). Evaluación psicológica del abuso de fármacos opioides. *Papeles del Psicólogo*, *37*(1), 45-51.
- Chou, R., Fanciullo, G. J., Fine, P. G., Miaskowski, C., Passik, S. D., y Portenoy, R. K. (2009). Opioids for chronic noncancer pain: prediction and identification of aberrant drug-

- related behaviors: a review of the evidence for an American Pain Society and American Academy of Pain Medicine Clinical Practice Guideline. *Journal of Pain*, 10(2), 131-146. doi: 10.1016/j.jpain.2008.10.009
- Cicero, T. J., Wong, G., Tian, Y., Lynskey, M., Todorov, A. y Isenberg, K. (2009). Co-morbidity and utilization of medical services by pain patients receiving opioid medications: data from an insurance claims database. *Pain*, 144(1-2), 20-27. doi: 10.1016/j.pain.2009.01.026
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Collado, A., Torres, X. y Arias, A. (2004). Tratamiento multidisciplinar en pacientes con dolor crónico en situación de baja laboral. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11, 203-209.
- Coloma-Carmona, A., Carballo, J. L., Rodríguez-Marín, J. y Pérez-Carbonell, A. (2017). Uso y dependencia de fármacos opioides en población española con dolor crónico: prevalencia y diferencias de género. *Revista Clínica Española*, 217(6), 315-319. doi: 10.1016/j.rce.2017.03.007
- Dubey, C., Arora, M., Gupta, S. y Kumar, B. (2010). Five factor correlates: a comparison of substance abusers and non-substance abusers. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 36(1), 107-114.
- Dueñas, M., Salazar, A., Ojeda, B., Fernández-Palacín, F., Micó, J. A., Torres, L. M. y Failde, I. (2015). A nationwide study of chronic pain prevalence in the general Spanish population: identifying clinical subgroups through cluster analysis. *Pain Medicine*, 16(4), 811-822. doi: 10.1111/pme.12640
- Fernández, M. J., Hernández, M. A., Garrido, A. y González, M. J. (2018). Making balances between the risks and benefits of pharmacological treatment in dementia, chronic pain and anticoagulation in elderly persons. *Atención Primaria*, 50, 39-50. doi: 10.1016/j.aprim.2018.09.003
- Fernández-Castillo, A. y Vilchez-Lara, M. J. (2007). Percepción de estrés y afectación vital en dolor crónico. *Psicología Conductual*, 15(2), 281-296.
- Ferrari, R., Duse, G., Capraro, M. y Visentin, M. (2014). Risk assessment of opioid misuse in Italian patients with chronic noncancer pain. *Pain Research and Treatment*, 2014, 1-8. doi: 10.1155/2014/584986
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N. y Turk, D. C. (2010). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624. doi: 10.1037/a0019338
- Guardia-Serecigni, J. (2018). Epidemia de sobredosis relacionada con la prescripción de analgésicos opioides en Estados Unidos. *Adicciones*, 30, 87-92. doi: 10.20882/adicciones.936
- Ibáñez, M. I., Ortet, G., Moro, M., Ávila, C. y Parcet, M. A. (1999). Versión reducida del Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQ-RA). *Análisis y Modificación de Conducta*, 25(104), 849-863.
- Jaiswal, A., Scherrer, J. F., Salas, J., Van den Berk-clark, C., Fernando, S. y Herndon, C. M. (2016). Differences in the association between depression and opioid misuse in chronic low back pain versus chronic pain at other locations. *Healthcare*, 4, 1-8. doi: 10.3390/healthcare4020034
- Jarana, L., y Leon, J. M. (1990). Tratamiento psicológico del dolor crónico: un estudio de revisión de la literatura (1975-1985). *Apuntes de Psicología*, 30, 17-27.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. y Fisher, L. D. (1999). Comparative reliability and validity of chronic pain intensity measures. *Pain*, 83, 157-162. doi: 10.1016/s0304-3959(99)00101-3
- Kaiser, U., Treede, R. y Sabatowski, R. (2017). Multimodal pain therapy in chronic noncancer

- pain — gold standard or need for further clarification? *Pain*, 158(10), 1853-1859. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000902
- Kaye, A. D., Jones, M. R., Kaye, A. M., Ripoll, J. G., Jones, D. E., Galan, V., Beakley, B. D., Calixto, F., Bolden, J. L., Urman, R. D. y Manchikanti, L. (2017). Prescription opioid abuse in chronic pain: an updated review of opioid abuse predictors and strategies to curb opioid abuse (part 2). *Pain Physician*, 20, 111-134.
- Kornør, H., y Nordvik, H. (2007). Five-factor model personality traits in opioid dependence. *BMC Psychiatry*, 7, 1-6. doi: 10.1186/1471-244X-7-37
- Kumar, A. (2015). Personality of drug user college students. *International Journal of Education and Psychological Research*, 4(3), 87-88.
- Langley, P. C., Ruiz-Iban, M. A., Molina, J. T., De Andres, J. y Castellón, J. R. (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *Journal of medical economics*, 14(3), 367-380. doi: 10.3111/13696998.2011.583303
- Martin, R.A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J. y Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality* 37, 48-75. doi: 10.1016/S0092-6566(02)00534-2
- Martin, R. A. (2004). Sense of humor and physical health: theoretical issues, recent findings, and future directions. *Humor*, 17(1-2), 1-19. doi: 10.1515/humr.2004.005
- Mendiburo, A. y Páez, D. (2011). Humor y cultura. Correlaciones entre estilos de humor y dimensiones culturales en 14 países. *Boletín de Psicología*, 102, 89-105.
- Mesas, A. E., del Llano, J., Sánchez, I., Macoski, M. y Sarria, M. (2010). Tendencia y factores asociados al uso de analgésicos en España entre 1993 y 2006. *Medicina Clínica*, 137(2), 55-61. doi: 10.1016/j.medcli.2010.09.006
- Muriel, J., Margarit, C. y Flor, A. (2018). Effectiveness and pharmacogenetics in a deprescription protocol in chronic pain patients and iatrogenic opioid dependence. *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 84, 204-213.
- Nordmann, S., Pradel, V., Lapeyre-mestre, M., Frauger, E., Pauly, V., Thirion, X., ... Micallef, J. (2013). Doctor shopping reveals geographical variations in opioid abuse. *Pain Physician*, 16, 89-100. doi: 10.36076/ppj.2013/16/89
- O'Brien, T., Christrup, L. L., Drewes, A. M., Fallon, M. T., Kress, H. G., McQuay, H. J., ... Wells, J. C. D. (2017). European Pain Federation position paper on appropriate opioid use in chronic pain management. *European Journal of Pain*, 21(1), 3-19. doi: 10.1002/ejp.970
- Puebla, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la Organización Mundial de la Salud: dolor iatrogénico. *Oncología*, 28(3), 139-143.
- Quintana, J.M., Padierna, A., Esteban., Arostegui I., Bilbao, A. y Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 10, 216-221. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.00062.x
- Pardo, A. y Ruiz, M. A. (2005). *Análisis de datos con SPSS 13 base*. Madrid: Mc Graw- Hill.
- Passik, S. D. y Lowery, A. (2011). Psychological variables potentially implicated in opioid-related mortality as observed in clinical practice. *Pain Medicine*, 12(02), S36-S42. doi: 10.1111/j.1526-4637.2011.01130.x
- Pérez-Aranda, A., Hofmann, J., Feliu-Soler, A., Ramírez-Maestre, C., Andrés-Rodríguez, L., Ruch, W. y Luciano, J. V. (2018). Laughing away the pain: a narrative review of humor, sense of humor, and pain. *European Journal of Pain*, 23(2), 220-233. doi: 10.1002/ejp.1309
- Pérez, M. y Pérez, Y. (2018). Los factores psicosociales en el dolor crónico. Intervención fisioterapéutica desde un enfoque biopsicosocial. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud*, 3, 2530-2787. doi: 10.37536/RIECS.2018.3.1.71
- Ramírez-Maestre, C., Esteve-Zarazaga, R. y López-Martínez, A. E. (2001). Neuroticismo,

- afrentamiento y dolor crónico. *Anales de psicología*, 17(1), 129-137. doi: doi.org/10.6018/analesps
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., López-Martínez, A. E., Miró, J., Jensen, M. P. y de la Vega, R. (2020). Beyond pain intensity and catastrophizing: the association between self-enhancing humor style and the adaptation of individuals with chronic pain. *European Journal of Pain*, 24(7), 1357-1367. doi: 10.1002/ejp.1583
- Ray, W. A., Chung, C. P., Murray, K. T., Hall, K. y Stein, C. M. (2016). Prescription of long-acting opioids and mortality in patients with chronic noncancer pain. *JAMA*, 315(22), 2415. doi:10.1001/jama.2016.7789
- Rodríguez, M. J. (2006). Valoración de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor crónico en las Unidades de Dolor en España. Estudio STEP. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13, 525-532. doi: 10.1109/CDC.1973.269222
- Sánchez, S., Ramírez-Maestre, C., Correa-Guerra, M., Ruiz-Párraga, G., Serrano Ibáñez, E., López-Martínez, A. E. y Esteve, R. (2016). El humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud (New Age)*, 4, 93-129. doi: 10.21134/pssa.v4i1.703
- Secades, R., Rodríguez, E., Valderrey, J., Fernández, J. R., Vallejo, G. y Jiménez, J. M. (2003). El uso de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España). *Psicothema*, 15, 650-655.
- Simó, J. (2012). Utilización de medicamentos en España y en Europa. *Atención Primaria*, 44(6), 335-347. doi: 10.1016/j.aprim.2011.06.009
- Soriano, J. y Monsalve, V. (2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 91-108.
- Sullivan, M. D., Edlund, M. J., Zhang, L., Unützer, J. y Wells, K. B. (2006). Association between mental health disorders, problem drug use, and regular prescription opioid use. *Archives of Internal Medicine*, 166(19), 2087-2093. doi: 10.1001/archinte.166.19.2087
- Vicente-Herrero, M. T., López-González, A. A., Ramírez, M. V., Capdevila, L. M., Terradillos, M. J., Aguilar, E., ... García, T. M. (2016). Dolor en población laboral y su interferencia en actividades de la vida diaria. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 23(2), 64-74.
- Vlaeyen, J. W. S. y Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-332. doi: 10.1016/S0304-3959(99)00242-0
- Wilsey, B. L., Fishman, S. M., Tsodikov, A., Ogden, C., Symreng, I. y Ernst, A. (2008). Psychological comorbidities predicting opioid abuse among patients in chronic pain presenting to the Emergency Department. *Pain Medicine*, 9(8), 1107-1117. doi: 10.1111/j.1526-4637.2007.00401.x

RECIBIDO: 12 de diciembre de 2020

ACEPTADO: 4 de octubre de 2021