

**DOLOR Y GÉNERO:  
UN ESTUDIO EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO**

**Miró, J.<sup>1</sup>, Castel, A.<sup>2</sup> y Rull, M.<sup>2,3,4</sup>**

<sup>1</sup>*Dpto. de Psicología, Universidad Rovira i Virgili*

<sup>2</sup>*Clínica del Dolor y Medicina Paliativa,  
Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII*

<sup>3</sup>*Servicio de Anestesiología y Reanimación,  
Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII*

<sup>4</sup>*Facultad de Medicina, Universidad Rovira i Virgili*

**RESUMEN**

El dolor lumbar crónico es un problema muy común en el mundo occidental. A pesar de los esfuerzos realizados para mejorar su tratamiento, y de las mejores intenciones para erradicar el dolor de espalda, todavía no se ha conseguido una cura para todos aquellos que lo sufren. Se han postulado distintos factores como agentes moduladores de los efectos de los tratamientos, entre ellos el género de los pacientes. La literatura sugiere que el sexo de los pacientes resulta importante para comprender su experiencia de dolor así como la forma que tienen de adaptarse a ella. En nuestro trabajo analizamos la experiencia de pacientes que sufren de dolor lumbar crónico, en función del género la comparamos en distintos aspectos relacionados con el problema de dolor, factores emocionales y de malestar psicológico. Los autores analizan los resultados considerando la necesidad de diseñar tratamientos que tengan en cuenta las características internas y externas de los pacientes.

**Palabras clave:** dolor lumbar crónico, género, tratamiento, diferencias individuales

## ABSTRACT

Chronic low back pain is a highly prevalent disorder in Western society. Despite worldwide efforts to improve the management of this chronic condition, and best intentions to eradicate low back pain, there is not a cure for all individuals yet. Several factors have been postulated as modulators of treatment effects, among those gender is receiving considerable attention. It has been suggested that the sex of patients is an important factor to understand patients' pain experience, and how they adapt to it. In this study, women and men suffering from chronic back pain were compared on multiple variables related to their chronic pain condition, distress and emotional responses. Results are discussed taking into account the need of tailoring treatments to internal and external personal characteristics of chronic low back pain patients.

**Key words:** chronic low back pain, gender issues, treatment, individual differences

## INTRODUCCION

La cuestión de las diferencias de género en relación con el dolor ha captado el interés y la atención de los investigadores durante años. Actualmente existe abundante literatura que, en general, informa de diferencias significativas en la experiencia de dolor entre hombres y mujeres. Diferencias que son evidentes tanto si el dolor es inducido experimentalmente como si se trata de un dolor de naturaleza clínica, ya sea agudo o crónico. En efecto, actualmente existen evidencias que las mujeres, por ejemplo, tienen un umbral de dolor más bajo y una menor tolerancia a estímulos potencialmente dolorosos (Rollman, Lautenbacher y Jones, 2000). Bien es cierto, sin embargo, que las diferencias no son todo lo consistentes que cabría esperar. Así, parece que variaciones en las fuentes nociceptivas de estimulación (Fillingim y Maixner, 1995) o en los modelos experimentales utilizados (Miró y Raich, 1992a), ciertas características personales de los sujetos experimentales, por ejemplo, características de personalidad (Miró y Raich, 1992b), niveles nutricionales (Rollman *et al.*, 2000) y hormonales (Miró y Raich, 1992c), o incluso, las características del experimentador (Berkley, 1997), entre otras, afectan, modulan, la experiencia de dolor.

Con relación al dolor clínico, los datos disponibles apuntan en la misma dirección. Efectivamente, los estudios epidemiológicos publicados recogen una mayor prevalencia de problemas de dolor entre las mujeres, ya sean agudos o crónicos (Fillingim, 2000a, b; Pigué *et al.*, 1998; Roehr, 1998). Estos trabajos no sólo muestran diferencias en aspectos relacionados con la experiencia de dolor, esto es, intensidad, duración o interferencia con actividades diarias, sino también al consi-

derar factores psicosociales. Por ejemplo, existen múltiples estudios que muestran como hombres y mujeres difieren en cuanto al tipo de estrategias de afrontamiento que utilizan. Parece que los hombres tienden a utilizar estrategias centradas en el problema, mientras que las mujeres muestran mayor inclinación a emplear técnicas centradas en las emociones (Affleck, Urrows, Tennen y Higgins, 1992; Unruh, Ritchie y Merskey, 1999; Weir, Browne, Tunks, Gafni y Roberts, 1996). Con relación a las respuestas emocionales, esto es, depresión y ansiedad, la literatura muestra resultados dispares. Efectivamente, Bolton (1994), por ejemplo, detecta una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en las mujeres (Fifield, Reisine y Sheehan, 1994; Quint, Hasenburg, Patsalis y Franke, 1998; Weir *et al.*, 1996). Otros trabajos, en cambio, no detectan diferencias en cuanto a la prevalencia, pero si observan diferencias con relación a la expresión de los síntomas (Novy, Nelson, Averill y Berry, 1996; Robinson, Riley y Myers, 2000). Por lo que respecta a la ansiedad, Edwards, Anguston y Fillingim (2000) no registran diferencias entre hombres y mujeres. Sin embargo, sus datos muestran que una ansiedad elevada está relacionada con mayor severidad del dolor y con mayor interferencia del dolor en las actividades diarias en los hombres, pero no en las mujeres.

En general, aunque se aprecian diferencias entre hombres y mujeres, también es cierto que los trabajos publicados muestran unos perfiles distintos en función del tipo de dolor estudiado. Así, por ejemplo, la fibromialgia es un problema que afecta, fundamentalmente, a las mujeres. Los datos disponibles indican que entre un 75% y un 95% de la población afectada son mujeres (Wolfe, Ross, Anderson, Russell y Hebert, 1995). Las cifras que manejamos en la Clínica del Dolor del Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona concuerdan con estos números, nuestros datos muestran un 92.8% de mujeres, entre los pacientes tratados por fibromialgia en la unidad.

En el caso del dolor de espalda, uno de los trastornos musculoesqueléticos más comunes, trastornos que son el motivo de consulta médica más habitual, la tercera causa más frecuente de hospitalizaciones y la tercera causa más frecuente de cirugía, los datos son poco claros y la inconsistencia es norma (Miró, 1998). Por ejemplo, mientras algunos autores detectan mayores tasas de prevalencia entre las mujeres (Croft y Rigby, 1994; Prieti *et al.*, 1992; Wright, Barrow, Fisher, Horsley y Jayson, 1995) y que éstas sufren de un dolor más intenso (Andersson, Ejlertsson, Leden y Rosenberg, 1993) y/o frecuente (Hasvold y Johnsen, 1993), otros no detectan diferencias significativas (de Girolamo, 1991), los hay que incluso muestran diferencias significativas en un sentido diametralmente opuesto. Por ejemplo, Walsh, Cruddas y Coggon (1992) encontraron un mayor índice de prevalencia en hombres jóvenes que en mujeres de su misma edad (alrededor de 20 años), datos muy parecidos a los que informan Laslett, Crothers, Beattie, Cregten y Mosen (1991). Además, y hasta la fecha, los expertos han dirigido sus esfuerzos, funda-

mentalmente, a analizar diferencias en los problemas agudos de dolor de espalda, en cambio, la lumbalgia crónica permanece sin estudiar con profundidad y adecuadamente. Y ello, a pesar que la literatura recoge la existencia de diferencias en buena parte de los trabajos publicados, de la importancia que puede revestir esta información para el diseño del tratamiento, y del impacto que estos datos tendrían por la magnitud, extensión y repercusiones que tiene el dolor de espalda crónico. El objetivo de nuestro trabajo es el de estudiar la experiencia de dolor en una muestra de pacientes con problemas de dolor lumbar crónico y comprobar si existen diferencias entre hombres y mujeres.

## MÉTODO

### Sujetos

La muestra está formada por 62 pacientes adultos (25 hombres y 37 mujeres) que padecen dolor lumbar crónico de etiología diversa, y que acudieron a recibir tratamiento a la Clínica del Dolor y Medicina Paliativa del Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII.

### Procedimiento

Los datos que hemos utilizado para la realización de este trabajo fueron tomados de las historias clínicas de pacientes que han recibido tratamiento en la Clínica del dolor del Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona, y que acudieron a consulta entre Junio de 1999 y marzo del año 2001.

Todos los pacientes remitidos a la Clínica del dolor son entrevistados por un psicólogo clínico. El protocolo de valoración psicológica suele cumplimentarse a lo largo de dos entrevistas de aproximadamente una hora de duración cada una de ellas. Consiste, fundamentalmente, en la recogida de información relativa a la historia, curso y características del problema, esto es, a una evaluación funcional del dolor. En estos primeros contactos también deben contestar a distintos cuestionarios que suelen ser cumplimentados por los propios sujetos en su domicilio. Invariablemente, los pacientes realizan un autoregistro durante un periodo de siete días consecutivos. Recogen datos relacionados con niveles de dolor y consumo de analgésicos, entre otra información. A partir de este registro se obtuvieron las puntuaciones máxima y mínima de dolor, consideradas como el valor mayor y menor de los anotados por el paciente (la evaluación de la intensidad del dolor se realiza mediante escalas numéricas con valores entre 0 y 10). La intensidad media del dolor resulta de la media aritmética de todos los valores anotados por un mismo paciente. De la historia clínica recogimos la información relativa a la duración del

problema de dolor. Los otros datos referidos al dolor fueron obtenidos mediante el Cuestionario de Dolor de McGill, MPQ (Melzack, 1975). Esta prueba permite obtener información sobre la dimensión sensorial, afectiva y evaluativa del dolor. También permite obtener una puntuación total de dolor, un índice de intensidad de dolor, y un indicativo del número de descriptores reseñados. Nosotros empleamos la versión española de Lázaro, Bosch, Torrubia y Baños (1994).

Utilizamos el Inventario de Depresión de Beck, BDI, (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) para evaluar el estado de ánimo de nuestros pacientes. Mientras que el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI, de Spielberger y colaboradores (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1967) nos sirvió para recoger información relacionada con la ansiedad tanto en su forma de estado como rasgo.

El distrés fue evaluado mediante la versión española del revisado *Symptom Checklist*, SCL-90-R, de Derogatis (1977). Se trata de una prueba muy utilizada en este ámbito, consta de 9 dimensiones y 3 escalas globales. Por último, hemos utilizado la adaptación española de la escala de acontecimientos vitales de Holmes y Rahe de González de Rivera y Morera (1983).

## **RESULTADOS**

Los resultados obtenidos no muestran diferencias respecto a la proporción de hombres y mujeres en nuestro grupo de pacientes. Tampoco en ninguna de las variables demográficas analizadas, esto es, edad, estudios, ocupación o ingresos económicos familiares, en virtud del género (ver Tablas 1 y 2). En cambio, sí registramos diferencias al comparar la intensidad media del dolor consignada en los autorregistros, no así en los otros índices considerados, esto es, intensidad máxima y mínima del dolor.

La comparación de los resultados obtenidos en el cuestionario de McGill muestra diferencias significativas entre hombres y mujeres en los índices sensorial, evaluativo y total. Sin embargo, no se observan diferencias significativas entre ambos sexos por lo que respecta al índice afectivo, el número de palabras elegidas o la intensidad del dolor en el momento de cumplimentar el cuestionario. En cuanto a los factores emocionales, registramos diferencias significativas en los niveles de depresión. Con relación al distrés, también aparecen diferencias, aunque sólo en el índice general de malestar referido a síntomas positivos, según los datos del SCL-90-R (ver Tabla 2).

**Tabla 1.- Proporciones de las características demográficas de la muestra.**

| Variable                   | <i>Hombres</i> | <i>Mujeres</i> |
|----------------------------|----------------|----------------|
| <b>Sexo</b>                | 40.3           | 59.7           |
| <b>Educación</b>           |                |                |
| Sin estudios               | 12.5           | 18.4           |
| Primarios inacabados       | 37.5           | 42.1           |
| Primarios acabados         | 12.5           | 18.4           |
| Medios                     | 25.0           | 15.8           |
| Superiores                 | 12.5           | 5.3            |
| <b>Situación laboral</b>   |                |                |
| Baja Laboral Transitoria   | 45.8           | 40.5           |
| Invalidez                  | 12.5           | 10.8           |
| Jubilación                 | 12.5           | 8.1            |
| Paro                       | 8.3            | 8.1            |
| Estudiante                 | 0.0            | 2.7            |
| En activo                  | 20.9           | 29.8           |
| <b>Ingresos Familiares</b> |                |                |
| < 1millón x año            | 4.5            | 9.7            |
| 1-1.5 millones x año       | 18.2           | 12.9           |
| 1.5-2 millones x año       | 22.7           | 6.5            |
| 2-3 millones x año         | 27.3           | 32.3           |
| > 3 millones x año         | 27.3           | 38.7           |

**Tabla 2.- Medias (M) y desviaciones típicas (DT) de las variables estudiadas, y niveles de significación (P).**

| Variables       | <i>Hombres</i> |        | <i>Mujeres</i> |       | P    |
|-----------------|----------------|--------|----------------|-------|------|
|                 | M              | DT     | M              | DT    |      |
| <b>EDAD</b>     | 48.08          | 13.62  | 48.44          | 10.99 | .850 |
| <b>DURACIÓN</b> | 83.12          | 108.16 | 68.59          | 80.70 | .547 |
| <b>IMAX</b>     | 8.27           | 1.54   | 8.63           | 1.56  | .410 |
| <b>IMIN</b>     | 2.27           | 1.77   | 2.42           | 2.03  | .784 |
| <b>IMED</b>     | 4.25           | 1.22   | 5.28           | 1.56  | .015 |
| <b>PRI-T</b>    | 30.88          | 12.03  | 39.08          | 9.59  | .004 |
| <b>PRI-S</b>    | 15.88          | 6.24   | 21.11          | 5.46  | .001 |
| <b>PRI-A</b>    | 5.68           | 2.79   | 7.38           | 2.84  | .023 |
| <b>PRI-V</b>    | 2.64           | 1.46   | 3.41           | 1.57  | .056 |
| <b>NPE</b>      | 12.80          | 3.58   | 14.25          | 2.93  | .088 |
| <b>BDI</b>      | 10.78          | 7.84   | 16.78          | 10.88 | .002 |

Tabla 2. (Continuación).

| Variables | <i>Hombres</i> |        | <i>Mujeres</i> |        | P    |
|-----------|----------------|--------|----------------|--------|------|
|           | M              | DT     | M              | DT     |      |
| STAI-E    | 25.23          | 11.74  | 27.56          | 11.80  | .310 |
| STAI-R    | 21.80          | 13.13  | 29.33          | 13.07  | .043 |
| EAV       | 226.66         | 221.02 | 197.00         | 102.71 | .651 |
| SOM       | 1.47           | .95    | 1.58           | .83    | .696 |
| OCO       | 1.20           | 1.00   | 1.51           | 1.01   | .320 |
| INT       | .63            | .81    | 1.02           | .85    | .141 |
| DEP       | 1.03           | 1.06   | 1.54           | .92    | .111 |
| ANX       | .85            | .88    | 1.16           | .81    | .253 |
| HOS       | .61            | .76    | .88            | .83    | .922 |
| PHO       | .45            | .79    | .54            | .55    | .645 |
| PAR       | .76            | .96    | .93            | .86    | .548 |
| PSY       | .56            | .79    | .58            | .57    | .452 |
| GSI       | .91            | .81    | 1.18           | .67    | .245 |
| PSD       | 1.88           | .65    | 2.28           | .47    | .002 |
| PST       | 3.88           | 2.13   | 4.58           | 2.30   | .268 |

**Duración:** Meses transcurridos desde inicio del problema de dolor; **IMAX:** Intensidad máxima de dolor; **IMIN:** Intensidad mínima de dolor; **IMED:** Intensidad media de dolor; **Parámetros del MPQ:** **PRI-T:** Índice total dolor; **PRI-S:** Índice sensorial; **PRI-A:** Índice afectivo; **PRI-V:** Índice evaluativo; **NPE:** Número de palabras elegidas; **BDI:** Puntuación directa del Inventario de depresión de Beck; **STAI-E:** Puntuación directa ansiedad estado; **STAI-R:** Puntuación directa ansiedad rasgo; **EAV:** Puntuación Escala Acontecimientos Vitales; **Parámetros del SCL-90-R:** **SOM:** Somatización; **OCO:** Obsesivo-Compulsivo; **INT:** Susceptibilidad Interpersonal; **DEP:** Depresión; **ANX:** Ansiedad; **HOS:** Hostilidad; **PHO:** Ansiedad Fóbica; **PAR:** Ideación Paranoide; **PSY:** Psicoticismo; **GSI:** Índice Severidad Global; **PSD:** Índice de Malestar; **PST:** Total Síntomas Positivos.

El análisis realizado muestra un buen número de relaciones significativas entre variables y se apuntan perfiles diferentes en función del sexo. En el caso de las mujeres, observamos relaciones significativas entre distintos parámetros de dolor y variables psicosociales, concretamente entre edad y la dimensión evaluativa del MPQ [r(37): .41, p: .01]; entre la depresión y la dimensión afectiva del MPQ [r(37): .47, p: .02] y con el índice del número de palabras escogidas (NPE) del MPQ [r(37): .48, p: .005]; entre la ansiedad estado y la intensidad máxima [r(37): .52, p: .003] y media del dolor [r(37): .44, p: .01] y el índice NPE [r(37): .34, p: .03]; así como una relación negativa entre la escala de acontecimientos vitales y la intensidad media del dolor [r(37): -.61, p: .02]. Por lo que respecta a los hombres, nuestros datos detectan relaciones significativas entre: la duración del dolor y la dimensión evaluativa del MPQ [r(25): -.42, p: .03] y la ansiedad estado con la dimensión evaluativa del MPQ [r(25): .49, p: .02].

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo no revelan diferencias en cuanto a la proporción de hombres y mujeres en nuestra muestra de pacientes con lumbalgia crónica. En este sentido, coinciden con los de otros investigadores que tampoco detectan diferencias significativas en la incidencia de problemas de dolor entre hombres y mujeres (LeResche, 2000). Como apuntábamos en páginas precedentes, puede ser que la variable género muestre relaciones importantes y significativas con algunos cuadros de dolor (p.ej., fibromialgia), aunque no parece éste el caso del dolor lumbar crónico, a juzgar por nuestros datos.

Si bien no hay diferencias en la proporción, sí observamos diferencias importantes y significativas en relación con la naturaleza de la experiencia de dolor y los procesos de adaptación a ésta, entre los hombres y las mujeres que configuran la muestra estudiada. Así, las mujeres de nuestra muestra sufren, como promedio, mayor dolor y mayor sintomatología depresiva que los hombres. Unas diferencias que, en gran medida, reproducen los datos publicados por otros autores (Bolton, 1994; Quint *et al.*, 1998). Algunos han interpretado estas diferencias como si fueran una consecuencia de que el dolor produce un mayor impacto emocional en las mujeres que en los hombres (Turk y Okifuji, 1999). Sin embargo, caben explicaciones alternativas. Por ejemplo, que las mujeres muestran una mayor predisposición a compartir su estado emocional y muestran menos reticencias a asumir necesidades psicológicas o emocionales, y a buscar y recibir tratamiento por ellas. Pero es que, además, también podría ser que estas diferencias no estuvieran relacionadas, en modo alguno, con el problema de dolor crónico, y que, en cambio, fueran el reflejo de lo que sucede en la población general en la que se registran diferencias similares en los índices de prevalencia de la depresión entre hombres y mujeres. Al valorar la información aportada por el SCL-90-R hemos observado que hombres y mujeres difieren significativamente en el índice de malestar referido a síntomas positivos, en el que las mujeres puntúan más alto. Nuestros resultados difieren de los registrados por otros trabajos, en los que, por ejemplo, las mujeres puntúan más alto en somatización y susceptibilidad interpersonal (Quint *et al.*, 1998) o donde los hombres son quienes puntúan más en somatización, ansiedad y depresión (Robinson *et al.*, 2000). Ciertamente, albergamos algunas reservas sobre estos datos, de hecho no hacen sino introducir más dudas sobre la utilidad de este instrumento en el ámbito del dolor crónico (Hardt, Gerbershagen y Franke, 2000).

Aunque se han apuntado distintas hipótesis para explicar las diferencias vinculadas al género, relacionadas, en casos, con factores biológicos (genéticos, hormonales), psicológicos (ansiedad, depresión, expectativas) y socioculturales (socialización, historia familiar), hasta la fecha, los mecanismos subyacentes a estas diferentes relaciones permanecen sin determinar.

Este trabajo tiene algunas limitaciones. En efecto, los datos que manejamos fueron obtenidos de una muestra de pacientes muy específica. Es posible que nuestros pacientes sean diferentes, incluso muy diferentes, de aquellos que no llegan a ser referidos a una Clínica de dolor. Así, pudiera ser que la muestra de nuestro trabajo sea más bien única, o que no sea muy representativa de la población general de pacientes de dolor crónico. Aunque nuestros datos coinciden con los obtenidos por distintos investigadores, y en países muy diversos, no deberíamos olvidar esta limitación (LeResche, 1995; Miró, Turk y Rudy, 1991). Entendemos que nuestros datos, al igual que los que ya existen sobre los efectos del género en la experiencia de dolor, deben ser interpretados con cautela. A estas alturas, sería osado cuestionar que existan diferencias, sin embargo, seguimos sin determinar el efecto real, esto es, la variancia total que explicaría la variable género en la experiencia de dolor. Ya hay quien especula con efectos pequeños, y argumenta que la incidencia relativa de este parámetro es menor de lo que la literatura apunta (Berkley, 2000; LeResche, 2000). Por tanto, es fundamental, imprescindible, elaborar modelos multifactoriales que permitan comprender el alcance y verdadera naturaleza de estas diferencias. Consideramos que tales modelos deberían incluir, más allá de los consabidos factores de naturaleza biológica, física (herencia, aspectos hormonales, etc.), la experiencia de dolor, los procesos de adaptación y afrontamiento, aspectos emocionales y cognitivos, características de personalidad, así como influencias socioculturales, a la vez que se considera el papel de la socialización, el modelado y los patrones educativos. Estos modelos son los que han de servir de soporte y dirigir las investigaciones futuras, facilitar la construcción de hipótesis bien elaboradas que permitan comprender la compleja naturaleza de este *puzzle* que es el dolor.

Más allá de las limitaciones apuntadas, nuestros datos ponen de manifiesto, de nuevo (Miró *et al.*, 1991; Miró y Raich, 1999), la importancia de diseñar los tratamientos considerando las características internas y externas de los pacientes. Efectivamente, hemos comprobado la existencia de perfiles psicosociales diferentes; entonces, los programas de tratamiento deberían reflejar estas diferencias, acomodarlas, y darles respuesta satisfactoria. Los tratamientos que no consideren adecuadamente la complejidad del problema, las importantes e intrincadas interacciones que se establecen entre múltiples niveles y unidades de esta relación, están abocados al fracaso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Affleck, G., Urrows, S., Tennen, H. y Higgins, P. (1992). Daily coping with pain from rheumatoid arthritis: patterns and correlates. *Pain*, 51, 221-229.

- Andersson, H.I., Ejlertsson, G., Leden, I. y Rosenberg, C. (1993). Chronic pain in a geographically defined general population: studies of difference in age, gender, social class, and pain localization. *Clinical Journal of Pain*, 9, 174-182.
- Beck, A.T., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Berkley, K.J. (1997). Sex differences in pain. *The Behavioural and Brain Sciences*, 20, 371-380.
- Berkley, K.J. (2000). Female pain versus male pain? En R.B. Fillingim (Ed.). *Sex, Gender and Pain* (pp. 373-382). Seattle: IASP Press.
- Bolton, J.E. (1994). Psychological distress and disability in back pain patients: evidence of sex differences. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 849-858.
- Croft, P.R. y Rigby, A.S. (1994). Socioeconomic influences on back problems in the community in Britain. *Journal of Epidemiology Community Health*, 48, 166-170.
- De Girolamo, G. (1991). Epidemiology and social costs of low back pain and fibromyalgia. *Clinical Journal of Pain*, 7 (Suppl. 1), 1-7.
- Derogatis, L.R. (1977). *Manual I: Scoring, administrations and procedures for the SCL-90*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Edwards, R.R., Auguston, E. y Fillingim, R.B. (2000). Sex-specific effects of pain-related anxiety on adjustment to chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 16, 43-53.
- Fifield, J., Reisine, S. y Sheehan, T.J. (1994). Gender differences in the expression of depressive symptoms in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatology*, 7, S283.
- Fillingim, R.B. (2000a). Sex, gender and pain: women and men really are different. *Current Review of Pain*, 4, 24-30.
- Fillingim, R.B. (2000b). Sex, Gender and Pain: a Biopsychosocial Framework. En R.B. Fillingim (Comp.), *Sex, Gender and Pain* (pp. 1-6). Seattle: IASP Press.
- Fillingim, R.B. y Maixner, W. (1995). Gender differences in the responses to noxious stimuli. *Pain Forum*, 4, 209-221.
- González de Rivera, J.L. y Morera, A. (1983). La valoración de sucesos vitales. Adaptación española de la Escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4, 7-11.
- Hardt, J., Gerbershagen, H.U. y Franke, P. (2000). The symptom checklist, SCL 90-R: its use and characteristics in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 4, 137-148.

- Hasvold, T. y Johnsen, R. (1993). Headache and neck or shoulder pain-frequent and disabling complaints in the general population. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 11, 219-224.
- Laslett, M., Crothers, C., Beattie, P., Cregten, L. y Moses, A. (1991). The frequency and incidence of low-back pain/sciatica in an urban population. *New Zealand Medical Journal*, 104, 424-426.
- Lázaro, C., Bosch, F., Torrubia, R. y Baños, J.E. (1994). The development of a Spanish questionnaire for assessing pain: preliminary data concerning reliability and validity. *European Journal of Psychological Assessment*, 10, 145-151.
- LeResche, L. (1995). Gender differences in pain. Epidemiologic perspective. *Pain Forum*, 4, 228-230.
- LeResche, L. (2000). Epidemiologic Perspective on Sex Differences in Pain. En R.B. Fillingim (Ed.), *Sex, Gender and Pain* (pp. 233-250). Seattle: IASP Press.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 227-292.
- Miró, J. (1998). Psychological principles in disability prevention: the case of chronic pain. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 207-215.
- Miró, J. y Raich, R.M. (1992a). Pain sensitivity range: a useful parameter to measure experimentally induced pain? *Methods and Findings in Clinical and Experimental Pharmacology*, 14, 389-393.
- Miró, J. y Raich, R.M. (1992b). Personality traits and pain experience. *Personality and Individual Differences*, 13, 309-313.
- Miró, J. y Raich, R.M. (1992c). Estudio experimental del dolor: acerca de las variaciones cíclicas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45, 413-416.
- Miró, J. y Raich, R.M. (1999). Effects of a brief and economical intervention in preparing patients for surgery: does coping style matter? *Pain*, 83, 471-476.
- Miró, J., Turk, D.C. y Rudy, T. (1991). Tratamiento del dolor crónico: contra el mito de la uniformidad. Comunicación presentada en el *Congreso Internacional Latini Dies*, Sitges, España.
- Novy, D.M., Nelson, D.V., Averill, P.M. y Berry L.A. (1996). Gender differences in the expression of depressive symptoms among chronic pain patients. *Clinical Journal of Pain*, 12, 23-29.
- Piguet, V., Desmeules, J., Allaz, A.F., Kondo-Oestreicher, M., Constantin, C., Schaerer, G., Cedraschi, C. y Dayer, P. (1998). Influence du sexe sur la plainte douloureuse. *Journal Suisse de Medecine*, 128, 1949-1952.

- Prieti, F., Leclerc, A., Boitel, L., Chastang, J.F., Morect, J.F. y Blondet, M. (1992). Low-back pain in commercial travelers. *Scandinavian Journal of Work Environmental Health*, 18, 52-58.
- Quint, U., Hasenburg, H., Patsalis, T. y Franke, G.H. (1998). Psychological stress of inpatients with acute and chronic lumbar syndrome. *Zeitschrift für Orthopädie und Ihre Grenzgebiete*, 136, 444-450.
- Robinson, M.E., Riley, J.L. y Myers, C.D. (2000). Psychosocial contributions to sex-related differences in pain responses. En R.B. Fillingim (Ed.), *Sex, gender and pain* (pp. 41-70). Seattle: IASP Press.
- Roehr, B. (1998). The puzzle of gender and pain. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, 4, 23-27.
- Rollman, G.B., Lautenbacher, S. y Jones, K.S. (2000). Sex and gender differences in response to experimentally induced pain in humans. En R.B. Fillingim (Ed.), *Sex, Gender and Pain* (pp. 165-190). Seattle: IASP Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1967). *State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press. (Existe adaptación española editada por TEA).
- Turk, D.C. y Okifuji, A. (1999). Does sex make a difference in the prescription of treatments and the adaptation to chronic pain by cancer and non-cancer patients? *Pain*, 82, 139-148.
- Unruh, A.M., Ritchie, J. y Merskey, H. (1999). Does gender affect appraisal of pain and pain coping strategies? *Clinical Journal of Pain*, 15, 31-40.
- Walsh, K., Cruddas, M. y Coggon, D. (1992). Low back pain in eight areas of Britain. *Journal of Epidemiology Community Health*, 46, 227-230.
- Weir, R., Browne, G., Tunks, E., Gafni, A. y Roberts, J. (1996). Gender differences in psychosocial adjustment to chronic pain and expenditures for health care services used. *Clinical Journal of Pain*, 12, 227-290.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I.J. y Herbert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis & Rheumatology*, 38, 19-28.
- Wright, D., Barrow, S., Fisher, A.D., Horsley, S.D. y Jayson, M.I.V. (1995). Influence of physical, psychological and behavioural factors on consultations for back pain. *British Journal of Rheumatology*, 34, 156-161.

**Agradecimientos**

Los autores agradecen a la Dra. M. Olona su colaboración en el procesamiento de los datos.

**Correspondencia**

Jordi Miró  
Departamento de Psicología  
Universidad Rovira i Virgili  
Carretera de Valls s/n  
43007 Tarragona  
e-mail: jomm@fcep.urv.es