

# Variables psicosociales y de personalidad asociadas a la cervicalgia recurrente

## *Psychosocial and personality variables related to recurrent cervicalgia*

Llor Esteban B.<sup>1</sup>  
 García Izquierdo M.<sup>2</sup>  
 Luna Maldonado A.<sup>3</sup>  
 Ruiz Hernández J. A.<sup>2</sup>  
 Sánchez Ortuño M.<sup>a</sup> M.<sup>2</sup>  
 Sáez Navarro M.<sup>a</sup> C.

Blasco Espinosa J. R.  
 Campillo Cascales M.<sup>a</sup> J.

<sup>1</sup> *Departamento de Enfermería.*

<sup>2</sup> *Departamento de Psiquiatría y Psicología Social.*

<sup>3</sup> *Departamento de Ciencias Sociosanitarias.  
 Universidad de Murcia.*

### RESUMEN

El objetivo del presente estudio es evaluar la relación existente entre variables de personalidad y bienestar en pacientes diagnosticados de cervicalgia. Para ello, se seleccionó una muestra de sujetos con diagnóstico y baja laboral por cervicalgia procedentes de dos mutuas de accidentes de trabajo de la ciudad de Murcia. Los resultados indican que la mitad de los sujetos de la muestra tiene una estructura de personalidad desadaptativa, con un claro perfil "neurótico". Este perfil se caracteriza por inestabilidad emocional, escasos recursos para afrontar las situaciones de estrés y dificultades para adaptarse e implicarse activamente en el trabajo. El 61,9% de los participantes muestra una estructura de personalidad inapropiada para tener éxito laboral. Así mismo, el 49,1% perciben claramente un malestar psicológico que se focaliza en la presencia de síntomas somáticos. La presencia de sintomatología ansioso-depresiva es un indicador de mal pronóstico con relación a la duración de la baja. El perfil de personalidad "neurótica" y la presencia de cuadros depresivos se relacionan con la recurrencia de los cuadros cervicálgicos. Con respecto a la prevención, los resultados sugieren que la evaluación y el tratamiento de aspectos psicopatológicos serían importantes para reducir las bajas laborales, minimizar su duración y evitar las recurrencias.

#### Palabras clave:

*Cervicalgia, Personalidad, Variables psicosociales, Absentismo.*

### ABSTRACT

The objective of the present work is to evaluate the relationship between personality variables and wellness among patients diagnosed with cervicalgia. A sample of subjects with cervicalgia and on sick-leave was recruited from two sickness and accident insurance companies at the city of Murcia. About half of the sample showed not to have a well-adapted personality, with a clear "neurotic" profile. This profile was characterised by emotional instability, poor resources to cope with stress and difficulties to be adapted and involved into the work life. 61.9% of participants showed a personality structure non-efficient to achieve work success. In this way, 49.1% reported some psychological discomfort, which was often expressed in somatoform symptoms. Regarding the sick-leave length, the presence of anxious- depressive symptoms was an indicator of worse prognosis. The "neurotic" personality profile and the depressive symptoms were related to the neck pain recurrence. With relation to prevention, our results suggest that taking into account the evaluation and treatment of psychopathological aspects may be of help to minimize the number of sick-leaves, reduce their length and prevent their recurrence.

#### Key words:

*Neck Pain, Personality, Psychology, Absenteeism.*

MAPFRE MEDICINA, 2006; 17: 90-103

#### Correspondencia:

B. Llor Esteban  
 Universidad de Murcia  
 Dpto. Enfermería.  
 Campus Universitario de Espinardo  
 30100 Murcia  
 bllor@um.es

*Este trabajo ha sido subvencionado por la  
 FUNDACIÓN MAPFRE, a través de una beca de  
 investigación, convocatoria 2004.*



## INTRODUCCIÓN

El dolor cervical localizado, conocido como cervicalgia, es un problema de salud común que provoca situaciones de incapacidad funcional en un porcentaje significativo de la población general (1-3). Algunos de los datos más recientes acerca de su prevalencia muestran que tras un año de seguimiento, lo padece el 15% de los hombres y el 17% de las mujeres (4). Además, algunos estudios transversales han confirmado consistentemente que la prevalencia del dolor de cuello se incrementa con la edad y que es más alta en mujeres que en hombres (1,2,5,6). Estos resultados son apoyados por Croft et al. (7) quienes encontraron que la incidencia del dolor de cuello aumenta ligeramente con la edad y de forma más marcada en el intervalo entre los 30 y los 45 años. Además, encontraron que la incidencia del dolor de espalda era ligeramente superior en mujeres que en hombres.

Los datos acerca de la gravedad del problema en los distintos sectores laborales son dispares, mostrando resultados que podrían calificarse de alarmantes en algunos casos. Por ejemplo, Skov et al. (8) informaron que tras un año de seguimiento la prevalencia de cervicalgia en trabajadores del sector de ventas fue de un 54% en hombres y un 76% en mujeres.

Mientras que numerosos estudios transversales han analizado la prevalencia del dolor de cuello asociada a distintas variables, en muy pocos casos se ha medido su incidencia y curso, pues desde la óptica médica, generalmente se acepta que el curso de la cervicalgia es favorable (9), es decir, una gran parte de los afectados se recuperaría y tan sólo unos pocos desarrollarían dolores crónicos de cuello que les llevarían a la incapacidad funcional.

Sin embargo, en un reciente estudio transversal, Picavet y Schouten (2) encontraron que únicamente el 6,3% de los individuos que sufren dolores de cuello en años previos informan que su dolor fue ocasional. Este hecho sugiere que el dolor de cuello sigue un patrón similar al del dolor de espalda, siguiendo un curso episódico marcado por periodos de remisión y exacerbación. En estos casos, la recuperación no sólo depende de factores físicos, sino también de factores psicológicos (10). Se ha comprobado que, a menudo, estas personas poseen características que pueden estar influyendo en su rehabilitación o también pueden estar recibiendo

compensaciones económicas que se asocian a un retraso en la incorporación al trabajo (11-14).

En la aparición y desarrollo de la cervicalgia se encuentran implicados gran número de factores de riesgo, que pueden estar o no relacionados con el trabajo. Se suelen dividir en tres grupos principales: físicos, psicosociales y relacionados con el individuo, de los cuales la mayor atención se ha prestado a los de tipo físico. Los factores psicosociales han recibido una menor consideración aún cuando parecen desempeñar un papel más importante en su desarrollo y cronicidad.

Geertje et al. (15) identificaron nueve categorías de factores psicosociales asociados a la cervicalgia que agruparon en dos grupos. En el primero incluyó a aquellos que se asociaban de forma consistente a la cervicalgia: gran cantidad de trabajo, bajo control sobre el mismo, insatisfacción laboral, e inexistencia de las habilidades puestas en juego en el desempeño del trabajo. El segundo grupo estaba formado por otros factores que no se asociaban de modo consistente como son: el apoyo social, los conflictos en el trabajo, un alto nivel de estrés, la inseguridad laboral y las oportunidades de descanso.

Dado que la cervicalgia puede llegar a ser un dolor crónico, se ha considerado que es importante analizar de qué forma los factores de personalidad pueden contribuir a este dolor crónico. Uno de los modelos que expone dicha relación es el de Gatchel (16). En este modelo se asume que las personas que padecen dolor crónico cuentan con ciertas características psicológicas que pueden ser predisponentes, varían de un individuo a otro, e incluso pueden ser exacerbadas por el estrés experimentado en el afrontamiento del dolor crónico. En este sentido, bastantes problemas de personalidad pueden estar latentes y ser elicitados por el estrés causado por la experiencia de dolor o por la incapacidad que provoca en la vida de los pacientes. Estos problemas psicológicos pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo o exacerbación del dolor crónico, pero no se consideran como los causantes de este dolor.

La mayoría de las evidencias que relacionan la personalidad con las enfermedades crónicas o con la presencia de síntomas proceden de estudios acerca del neuroticismo (17,18). En estos estudios se muestra generalmente que aunque el neuroticismo se asocia a los síntomas severos y frecuentes que manifiestan los individuos, no se relaciona con aspectos objeti-



vos de la enfermedad. Se han propuesto diversos mecanismos que pueden explicar la relación entre el neuroticismo y la declaración de síntomas y cómo opera esta relación tanto en individuos sanos como en aquellos que están enfermos.

Una de las explicaciones sugiere que los procesos atencionales contribuyen a esta relación, ya que los individuos con alto neuroticismo tienden a ser más autoconscientes e introspectivos y esta autofocalización puede llevar a un menor umbral para la percepción de los síntomas físicos (19). Otro tipo de explicación sugiere que esta particular forma de interpretar y recordar las sensaciones físicas contribuye a la relación entre neuroticismo y los síntomas informados.

El neuroticismo también ha sido asociado a una tendencia general a interpretar las sensaciones relacionadas con el malestar de forma negativa (19,20). Los individuos con alto neuroticismo también tienden a recordar sus síntomas como peores que en el momento en que fueron percibidos. Como resultado declaran un número mayor y más severo de síntomas en las medidas retrospectivas (21,22). Aunque el neuroticismo no ha sido asociado con un mayor número de síntomas declarados en participantes sanos, se asocia con un mayor número de síntomas en participantes enfermos (23).

Otras características de personalidad también han sido asociadas a la percepción y declaración de síntomas (24). Por ejemplo, la introversión ha sido relacionada con una gran responsividad a los estímulos sensoriales como el dolor (25). No obstante, aunque las evidencias han mostrado que los individuos extravertidos tienen umbrales más altos para el dolor, en muestras de pacientes con dolor crónico es más frecuente que declaren síntomas de dolor que los individuos introvertidos (26-28).

El bienestar de los trabajadores que están recibiendo una compensación económica por un problema de este tipo ha recibido muy poca atención (29); sin embargo, la evaluación de estos trabajadores puede permitirnos la identificación de pacientes con alto riesgo de cronicidad y de sufrir bajas laborales.

El hecho de que la persona que presenta la cervicalgia esté de baja puede hacer que exagere o simule su dolor, con el fin de prolongar la baja laboral. Por otra parte, existe acuerdo acerca de que ante un mismo problema, algunas personas se curan rápidamente y otras necesitan mucho más tiempo. Por

este motivo, sería muy útil conocer los factores que nos permitan predecir qué pacientes presentan un mayor riesgo de sufrir estos trastornos persistentes.

Los médicos generalmente conocen que la simulación, definida como la producción o exageración de síntomas con el propósito de obtener una recompensa (30), está presente en una proporción significativa de personas en situación de baja laboral por algún tipo de dolor. Sin embargo, la detección de la simulación del dolor es difícil, ya que es una experiencia subjetiva que puede ser simulada fácilmente mediante la exageración y expresión de emociones (31).

Una reciente investigación sugiere que la simulación puede estar presente en hasta un 10,4% de los casos de bajas por dolor, pero estas evidencias no son concluyentes (32). Además, se han identificado distintos tipos de simulador (33), como son el “simulador puro” (que declara la presencia de síntomas sin tener ninguno) y el “simulador parcial” (aquel que exagera los síntomas presentes). Existen algunas evidencias que sugieren que el “simulador parcial” es más común que el “puro”, pero no existe una base empírica consistente, dada la ausencia de un método fiable para la detección de simuladores en pacientes con dolores crónicos (32).

Algunos estudios han analizado la utilidad de los test de personalidad en la evaluación de la simulación en el dolor. Por ejemplo, el MMPI-2 (34), ampliamente utilizado en la evaluación medicolegal y forense, ha sido recientemente aplicado al estudio de la simulación en el dolor. Los resultados generales encontrados sugieren que el dolor crónico se caracteriza por un perfil elevado en las escalas de somatización, obsesivo-compulsivo y depresión (35). Un meta-análisis sobre el MMPI-2 sugiere que las escalas F, F-Q, y O-S son las más útiles y efectivas para detectar la simulación (36).

Otros estudios han mostrado una relación entre la percepción de compensaciones económicas y un bajo nivel de salud general (37) y en otros casos variables como la edad también se han mostrado asociadas con el incremento de tiempo de baja (38).

La utilización del SCL-90-R (39) ha generado perfiles típicos para población que sufre dolor. Se han realizado varios estudios que demuestran que las escalas de depresión, obsesión-compulsión y somatización son elevadas (35,40). Un estudio de Wallis y Bogduk (41) mostró que el SCL-90-R podía ser

usado para detectar simuladores de latigazo cervical-lesión del cuello provocada por una fuerte flexión forzada del mismo, primero hacia delante y después hacia atrás o viceversa, que afecta a los músculos, los discos, los nervios y los tendones del cuello (42).

Partiendo de esta situación, el objetivo del presente trabajo es analizar la relación entre las características personales y el bienestar psicológico de los trabajadores estudiados, con la presencia dolor cervical y su posible recurrencia en dicha población. Los objetivos específicos son: 1) Determinar si existen diferencias sociolaborales en cuanto a la duración de la baja laboral y el carácter recurrente de la baja por cervicalgia, 2) Analizar las características de personalidad y el grado de bienestar de la muestra de pacientes con cervicalgia, 3) Identificar las variables psicosociales, de personalidad y bienestar asociadas a la duración de la baja laboral y a la recurrencia de las bajas por cervicalgia, y 4) Diseñar una propuesta de prevención psicosocial de la cervicalgia.

## MÉTODO

### Sujetos

La muestra estuvo compuesta por 64 sujetos (30 mujeres y 34 varones, 46,9% y 53,1% respectivamente). No se observaron problemas de sinceridad en la muestra, por lo que no fue necesario eliminar ningún caso. La media de edad fue de 34,6 años (dt.  $\pm$  9,14) con diagnóstico y baja laboral por cervicalgia, procedentes de dos mutuas de accidentes de trabajo de la ciudad de Murcia. Para el total del tamaño muestral se asumió un nivel de significación del 5%. Como se puede apreciar en la tabla I, en la muestra predominan los sujetos casados o con pareja estable (59,4%), con contrato indefinido (60,9%), sin trabajo a turnos (56,5%), con 8 horas diarias de trabajo (53,1%), dos días de descanso (79,7%), con un categoría profesional dentro del grupo de artesanos y otros trabajos cualificados (45,3%), y con baja a causa de cervicalgia por primera vez (62,5%).

### Instrumentos

La recogida de datos de los sujetos se realizó por medio de un protocolo en el que se incluyó una entrevista estructurada diseñada para este propósito

TABLA I. Características sociodemográficas

	N	%
<b>Sexo</b>		
Hombres	34	53,1
Mujeres	30	46,9
<b>Estado civil</b>		
Soltero	23	35,9
Casado o viven juntos	38	59,4
Separado o divorciado	3	4,7
<b>Tipo de contrato</b>		
Contrato fijo	39	60,9
Contrato eventual	21	32,8
Autónomo	3	4,7
Otros	1	1,6
<b>Trabajo a turnos</b>		
Sí	27	43,5
No	35	56,5
<b>Jornada laboral</b>		
Menos 8 horas/día	4	6,3
8 horas/día	34	53,1
Más de 8 horas/día	26	40,6
<b>Días de descanso/semana</b>		
Uno	13	20,3
Dos	51	79,7
<b>Categoría profesional (CON-94)</b>		
Dirección de empresas y administraciones públicas	1	1,6
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	5	7,8
Técnicos y profesionales de apoyo	7	10,9
Empleados de tipo administrativo	4	6,3
Servicios de restauración, personales, de protección y dependientes	4	6,3
Artesanos y trabajos cualific., industr., manufac., construc., y minería.	29	45,3
Operadores de instalaciones, maquinaria y montadores	9	14,1
Trabajadores no cualificados	5	7,8
<b>Bajas anteriores similares</b>		
Sí	24	37,5
No	40	62,5
	<b>Media</b>	<b>Desv. típica</b>
Edad	34,6	9,14





y que cubría, además de los datos clínicos, datos sociodemográficos (género, edad y estado civil) y datos laborales (ocupación, tipo de contrato, horas de trabajo, tipo de turno y días de descanso).

En dicho protocolo también se incluyeron el Cuestionario de Salud General (GHQ-28) (43,44) según la adaptación de Lobo, Pérez-Echeverría y Artal (45) y el Test de Personalidad TPT (46).

El GHQ-28 consta de 28 ítems y es una medida general de la salud para evaluar el bienestar psicológico, y está compuesto por cuatro subescalas (A, B, C, D), cada una con 7 ítems, que valoran los siguientes contenidos: síntomas somáticos de origen psicológico, angustia/ansiedad, disfunción social y depresión. La puntuación total, teniendo en cuenta que una mayor puntuación indica menos bienestar, también nos señala, tomando como referencia el punto de corte de 7 puntos, los casos probables de trastorno psíquico significativo. Las puntuaciones parciales de cada dimensión nos informan del tipo de trastorno.

El TPT consta de 160 ítems y se aplica en el ámbito laboral. Su finalidad es la evaluación de 15 rasgos de personalidad: desajuste, ansiedad, depresión, tolerancia al estrés, autoconcepto, tolerancia y flexibilidad, adaptación a los cambios, interés por otras culturas, disponibilidad, inteligencia social, integración social, trabajo en equipo, autoexigencia profesional, dinamismo y actividad, tesón y constancia. También evalúa 3 factores generales: estabilidad emocional, apertura mental y responsabilidad, y presenta un índice de éxito en la vida profesional y una escala de sinceridad.

### Procedimiento

Para el estudio sobre las variables psicosociales y de personalidad asociadas a la cervicalgia recurrente y el análisis de las consecuencias físicas y psicológicas se utilizó un diseño transversal mediante muestreo incidental en pacientes con cervicalgia al finalizar su baja laboral. La recogida de información fue realizada durante 7 meses (de junio de 2004 a enero de 2005) por encuestadores entrenados que evaluaron a los sujetos de manera individual en un despacho, dedicando aproximadamente una hora por persona para la aplicación del protocolo de evaluación. Se garantizó la confidencialidad de los datos y su uso exclusivo para fines de investigación.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables, junto a pruebas *t* de Student, comparaciones mediante la prueba  $\chi^2$ , correlaciones y diversas técnicas multivariadas. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 11.5 para Windows.

### RESULTADOS

Diferencias relacionadas con la duración de la baja y la recurrencia de la misma según variables sociolaborales

Los resultados obtenidos indican que en cuanto a las variables de edad, género, estado civil, situación laboral, y trabajo a turnos no hay diferencias significativas respecto a la duración de la baja y la recurrencia de la misma. En la tabla II, mostramos los estadísticos resultantes de los diferentes análisis.

### Características de personalidad y grado de bienestar

Con el fin de determinar el perfil de personalidad de los pacientes estudiados, se procedió a comparar las medias de las diferentes dimensiones de personalidad obtenidas en el presente estudio con las medias normativas propuestas en la baremación del TPT. En la tabla III, se recogen las medias y desviaciones típicas de la muestra normativa y de la muestra de pacientes con cervicalgia en las principales variables del TPT. Así mismo, se comparan las medias con el fin de identificar la presencia de diferencias estadísticamente significativas.

Como se puede comprobar en la mencionada tabla III, aparecen diferencias significativas en las

**TABLA II. Variables sociolaborales: Duración de la baja y recurrencia de la misma**

Variables	Duración	Recurrencia
Edad	$r=0,11$	$t=0,59$
Género	$t=0,47$	$\chi^2=2,83$
Estado civil	$F=0,66$	$\chi^2=2,22$
Situación laboral	$F=2,33$	$\chi^2=0,31$
Trabajo a turnos	$t=1,55$	$\chi^2=0,58$
Número horas trabajo	$r=0,18$	$t=1,45$
Días descanso consecutivos	$r=0,11$	$t=-0,79$

\* Ninguno de estos contrastes resultó significativo con un nivel de confianza del 95%.

dimensiones de “desajuste” ( $z=3,49$ ;  $p<0,001$ ), “ansiedad” ( $z=2,42$ ;  $p<0,01$ ), “trabajo en equipo” ( $z=-2,82$ ;  $p<0,01$ ) y “capacidad de tesón” y “constancia” ( $z=-2,70$ ;  $p<0,01$ ). Igualmente se constata la presencia de diferencias significativas respecto a la muestra normativa ( $p<0,05$ ) en un varias dimensiones que nos indican que los pacientes con cervicalgia muestran mayores niveles de sintomatología depresiva, menor disponibilidad, peor inteligencia social e integración social, menor autoexigencia profesional y bajo dinamismo y actividad.

Con el fin de estudiar más detenidamente estos resultados, agrupamos a los pacientes en tres subgrupos en función de las puntuaciones estandarizadas ( $50\pm 20$ ), según lo cual “normalidad” se sitúa entre 30 y 70 puntos. Esta agrupación se realizó únicamente en las variables en las que la muestra estudiada difiere de la muestra normativa (ver tabla III). En la tabla IV mostramos el número de sujetos y el porcentaje correspondiente dentro de cada subgrupo.

En la figura 1 se recogen los porcentajes de sujetos dentro de los niveles bajos y altos en cada variable estadísticamente relevante.

Si tenemos en cuenta que, según la baremación, el porcentaje esperable en cada uno de los grupos extremos (bajas y altas puntuaciones) es del 16%,

según nuestros resultados, destaca el que en la muestra estudiada el 60,3% de los pacientes presenten un alto desajuste, lo que indicaría que se trata de personas emocionalmente inestables, poco sosegadas, fácilmente turbables y que interpretan mal la realidad de las situaciones y de sus afectos.

También comprobamos que un 52,4% obtiene puntuaciones altas en depresión, mostrándose preocupado y descontento consigo mismo (con mala imagen y pobre autoconcepto).

Así mismo, destaca que un 50,8% tienen una baja autoexigencia profesional, por lo que son sujetos con escasa ambición profesional y poca motivación para ofrecer buenos resultados laborales; y un 52,4% tienen bajo dinamismo por lo que son personas pasivas y con dificultades para mantenerse activos durante mucho tiempo.

Si atendemos a las puntuaciones estandarizadas de segundo orden del TPT, siguiendo el mismo procedimiento de clasificación anteriormente mencionado, comprobamos que el 57,1% de los pacientes son identificados como personas con baja estabilidad emocional y el 54,0% tienen bajas puntuaciones en la dimensión de responsabilidad. Así, el indicador general de éxito profesional del TPT sugiere que un 61,9% de los pacientes con cervicalgia tiene una

**TABLA III. Comparación de las dimensiones de personalidad de la muestra con los datos normativos**

Variable	Datos normativos	Datos muestra (n=63)	Significación (z)
	Media (desviación típica)	Media (desv. típica)	
Desajuste	3,85 (3,03)	7,89 (4,16)	3,49 ***
Ansiedad	7,81 (3,42)	11,38 (3,74)	2,42 **
Depresión	7,62 (3,52)	10,79 (4,32)	2,03 *
Tolerancia al estrés	19,98 (3,81)	17,52 (4,00)	-1,35 t
Autoconcepto	21,45 (3,48)	19,11 (4,24)	-1,53 t
Tolerancia y flexibilidad	18,79 (3,91)	15,65 (4,17)	-1,63 t
Adaptación a los cambios	17,49 (3,98)	15,54 (3,78)	-0,97
Interés por otras culturas	22,05 (4,90)	17,98 (6,05)	-1,34 t
Disponibilidad	21,97 (3,33)	19,24 (3,65)	-1,95 *
Inteligencia social	20,80 (3,77)	17,44 (4,19)	-1,88 *
Integración social	22,36 (3,62)	19,19 (4,72)	-1,92 *
Trabajo en equipo	24,36 (3,19)	20,75 (4,31)	-2,82 **
Autoexigencia profesional	22,94 (3,82)	19,43 (4,76)	-1,91 *
Dinamismo y actividad	20,14 (3,47)	16,89 (3,66)	-2,14 *
Tesón y constancia	23,84 (3,21)	20,33 (4,58)	-2,70 **
Sinceridad	14,39 (3,57)	15,60 (3,85)	0,75

\*\*\* =  $p<0,001$ ; \*\* =  $p<0,01$ ; \* =  $p<0,05$ ; t =  $p<0,1$

TABLA IV. Dimensiones de personalidad en las que difieren la muestra y el baremo: Distribución agrupada

Variable	Bajo (PS < 30)	Medio (30 < PS < 70)	Alto (PS > 70)
Desajuste	0 (0%)	25 (39,7%)	38 (60,3%)
Ansiedad	0 (0%)	32 (50,8%)	31 (49,2%)
Depresión	3 (4,8%)	27 (42,9%)	33 (52,4%)
Disponibilidad	28 (44,4%)	34 (54%)	1 (1,6%)
Inteligencia social	29 (46%)	32 (50,8%)	2 (3,2%)
Integración social	22 (34,9%)	36 (57,1%)	5 (7,9%)
Trabajo en equipo	31 (49,2%)	31 (49,2%)	1 (1,6%)
Autoexigencia profesional	32 (50,8%)	29 (46%)	2 (3,2%)
Dinamismo y actividad	33 (52,4%)	27 (42,9%)	3 (4,8%)
Tesón y constancia	27 (42,9%)	33 (52,4%)	3 (4,8%)

estructura de personalidad que no es apropiada para tener éxito en la actividad laboral.

Respecto a los datos obtenidos en bienestar mediante el GHQ-28, en la tabla V recogemos las puntuaciones directas en las cuatro dimensiones del mismo.

Si utilizamos el punto de corte propuesto habitualmente para las dimensiones de este cuestionario (2/3), observamos que el 63,9% de los sujetos de la muestra presenta síntomas somáticos, el 45,9% tiene problemas de ansiedad, el 43,9% entra en la categoría de disfunción social, y un 9,8% de los sujetos son personas con un probable cuadro depresivo. En conjunto, si aplicamos el punto de corte sugerido para la puntuación total de este cuestionario (7/8), obtenemos que el 49,1% de los sujetos son per-

sonas con alta probabilidad de presentar una alteración de su bienestar psicológico.

Los análisis estadísticos realizados hasta el momento, nos llevaron a considerar la posibilidad de que existieran varios subtipos de personalidad que pudieran explicar los resultados obtenidos. Por este motivo, realizamos un análisis de conglomerados utilizando como variables de clasificación las puntuaciones estandarizadas del TPT. Tras varios análisis en los que se excluyeron las variables que no eran capaces de distinguir a subtipos de personalidad (es decir, que no arrojaban diferencias significativas), el modelo resultante identificó dos subgrupos de sujetos con perfiles claramente distintos. Los centros de cada conglomerado y las razones F que los compa-

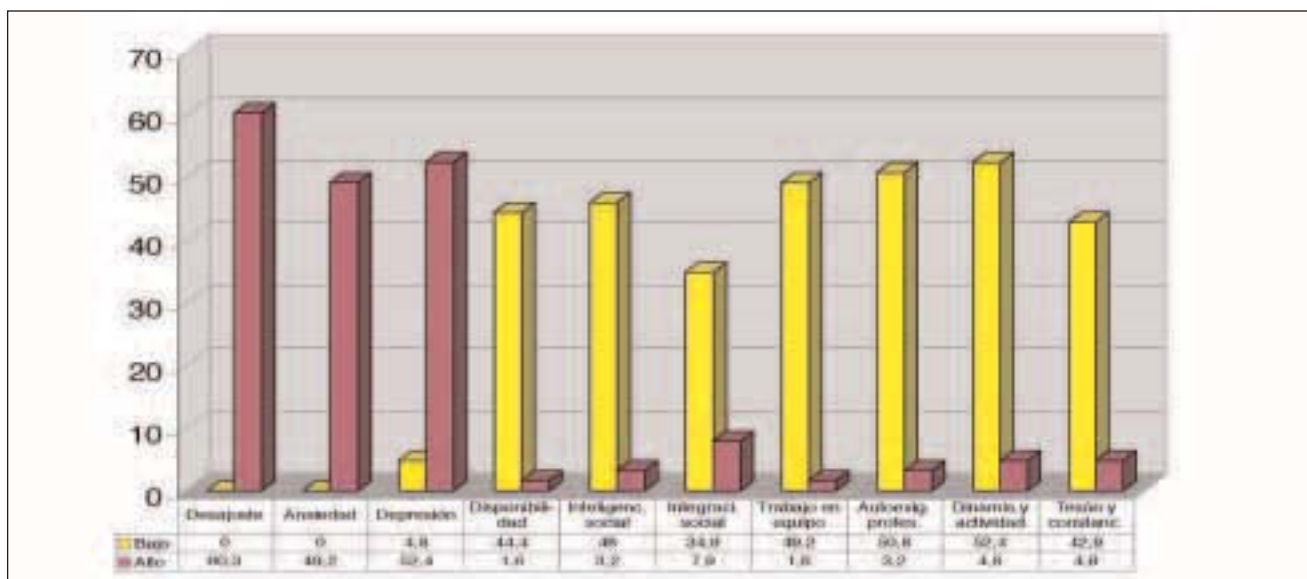


Figura 1. Distribución agrupada de variables que diferencian a la muestra del baremo.

**TABLA V. Puntuaciones directas en las dimensiones de bienestar del GHQ-28.**

PD	GHO-A		GHO-B		GHO-C		GHO-D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	12	19,7	13	21,3	17	29,8	42	68,9
1	5	8,2	7	11,5	7	12,3	7	11,5
2	5	8,2	13	21,3	8	14,0	6	9,8
3	11	18,0	6	9,8	5	8,8	3	4,9
4	6	9,8	7	11,5	8	14,0	2	3,3
5	9	14,8	9	14,8	6	10,5	0	0,0
6	8	13,1	3	4,9	1	1,8	0	0,0
7	5	8,2	3	4,9	5	8,8	1	1,6
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>

ran se recogen en la tabla VI, en la que se han subrayado los centros bajos (con puntuaciones estandarizadas inferiores a 30) y los centros altos (con puntuaciones estandarizadas superiores a 70).

Como se puede observar, el primer conglomerado está formado por 32 sujetos. Los centros de todas las variables del TPT se encuentran en un nivel medio, por lo que puede considerarse un grupo de puntuaciones dentro de la media y, por tanto, vamos a denominarlo grupo “normal”.

Sin embargo, el segundo conglomerado está formado por 31 personas que destacan por tener puntuaciones claramente disfuncionales. Así, a excepción de la variable “adaptación a los cambios”, el resto se encuentra fuera de los umbrales medios, destacando especialmente el alto nivel de desajuste ( $C_{DAJ}=83$ ), la baja capacidad para el trabajo en equipo ( $C_{EQU}=18$ ) y el escaso tesón y constancia ( $C_{TES}=14$ ). Así mismo, este segundo conglomerado muestra puntuaciones inferiores en los indicadores de segun-

**TABLA VI. Subtipos de personalidad en pacientes con cervicalgia: Centros de los conglomerados.**

Variable	Centros de cada conglomerado		F
	C 1 (n=32)	C 2 (n=31)	
Desajuste	63	83	37,49 ***
Ansiedad	61	78	20,18 ***
Depresión	57	78	22,93 ***
Tolerancia al estrés	49	26	26,72 ***
Autoconcepto	50	25	41,36 ***
Tolerancia y flexibilidad	43	26	13,84 ***
Adaptación a los cambios	47	33	10,60 **
Interés por otras culturas	46	21	31,02 ***
Disponibilidad	41	30	6,29 *
Inteligencia social	46	22	30,85 ***
Integración social	50	21	54,70 ***
Trabajo en equipo	43	18	55,83 ***
Autoexigencia profesional	46	21	40,08 ***
Dinamismo y actividad	42	25	19,53 ***
Tesón y constancia	45	19	43,86 ***
Estabilidad emocional	43	14	84,73 ***
Responsabilidad	44	16	80,52 ***
Éxito en la vida profesional	41	9	155,87 ***

\*\*\* =  $p < 0,001$ ; \*\* =  $p < 0,01$ ; \* =  $p < 0,05$



do orden: baja estabilidad emocional ( $C_{EST}= 14$ ) y bajo nivel de capacidad para la responsabilidad ( $C_{RES}= 16$ ). Todo ello se sintetiza en el indicador general de éxito en la vida profesional que en el segundo grupo es muy bajo ( $C_{EXP}= 9$ ). Estos resultados sugieren claramente que este segundo conglomerado está formado por personas con un perfil de personalidad desadaptativo.

Ahondando en la descripción de estos dos subtipos, los comparamos en las variables sociolaborales obteniendo los resultados que se resumen en la tabla VII.

Como podemos comprobar, las únicas diferencias halladas entre los dos grupos en las variables sociolaborales son que los del segundo grupo trabajan más horas ( $t= -2,05$ ;  $p<0,05$ ) y presentan un mayor porcentaje de bajas anteriores por similares circunstancias (recurrencias) ( $\chi^2= 4,73$ ;  $p<0,05$ ).

Respecto a los resultados obtenidos en bienestar, únicamente se observan puntuaciones más altas en depresión en el grupo “desadaptativo” que en el grupo “normal” ( $t=-2,56$ ;  $p<0,05$ ). Las medias,

desviaciones típicas y los resultados de las comparaciones se muestran en la tabla VIII.

La interpretación sustantiva de este dato, según la puntuación de corte del GHQ-28 para la escala de depresión, indica que el 16,7% de los miembros del grupo “desadaptativo” son “probables positivos” frente a un 3,2% del grupo “normal”.

### Duración de la baja por cervialgia

Otro objetivo del presente estudio era identificar las variables asociadas a la duración de la baja. En este sentido, estudiamos las correlaciones entre la duración de la baja (medida en semanas) y las variables de personalidad y bienestar. Los resultados obtenidos se recogen en la tabla IX.

Como podemos comprobar, la duración de la baja por cervialgia se relaciona significativamente sólo con la variable de depresión ( $r=0,31$ ;  $p<0,05$ ), aunque se observan tendencias relevantes ( $p<0,10$ ) en la escala de ansiedad ( $r=0,25$ ) y en el autoconcepto más nega-

**TABLA VII. Variables sociolaborales y subtipos de personalidad en pacientes con cervialgia.**

Variables	Grupo “Normal”	Grupo “Desadaptativo”	Significación
<b>Sexo</b>			
Hombre	14 (43,8%)	20 (64,5%)	$\chi^2= 2,73$
Mujer	18 (56,2%)	11 (35,5%)	
<b>Edad</b>	33,16 ( $\pm 8,93$ )	35,52 ( $\pm 9,00$ )	$t= -1,05$
<b>Estado civil</b>			
Soltera/o	13 (40,6%)	10 (32,3%)	$\chi^2= 2,38$
Casada/o	19 (59,4%)	19 (61,3%)	
Sep, – Divor,	0 (0%)	2 (6,5%)	
<b>Situación laboral</b>			
Contrato fijo	18 (58,1%)	20 (71,4%)	$\chi^2= 2,61$
Contrato eventual	13 (41,9%)	8 (28,6%)	
<b>Trabajo a turnos</b>			
Sí	15 (50%)	11 (35,5%)	$\chi^2= 1,31$
No	15 (50%)	20 (64,5%)	
<b>Número horas de trabajo</b>	<b>8,38 (<math>\pm 1,26</math>)</b>	<b>9 (<math>\pm 1,16</math>)</b>	<b><math>t= -2,05 *</math></b>
<b>Número de días de descanso</b>	1,75 ( $\pm 0,44$ )	1,84 ( $\pm 0,37$ )	$t= -0,86$
Duración de la baja por cervialgia (semanas),	3,71 ( $\pm 2,69$ )	7,59 ( $\pm 12,66$ )	$t= -1,61$
<b>Bajas anteriores</b>			
Sí	8 (25%)	16 (51,6%)	$\chi^2= 4,73 *$
No	24 (75%)	15 (48,4%)	
<b>Número de bajas anteriores</b>	<b>1,5 (<math>\pm 0,76</math>)</b>	<b>1,67 (<math>\pm 0,98</math>)</b>	<b><math>t= -0,42</math></b>

\* =  $p<0,05$

TABLA VIII. Puntuaciones del GHQ-28 y subtipos de personalidad en pacientes con cervicalgia.

Variable	Grupo	Media	D.T.	Significación
GHQ-A	Grupo "normal"	2,94	2,52	t= -1,18
	Grupo "desadaptativo"	3,63	2,08	
GHQ-B	Grupo "normal"	2,23	2,20	t= -1,70
	Grupo "desadaptativo"	3,13	1,96	
GHQ-C	Grupo "normal"	2,14	2,31	t= -1,13
	Grupo "desadaptativo"	2,82	2,26	
GHQ-D	Grupo "normal"	0,29	0,69	t= -2,56*
	Grupo "desadaptativo"	1,13	1,70	
GHQ-28	Grupo "normal"	7,21	6,52	t= -1,67
	Grupo "desadaptativo"	10,28	6,83	

\* =  $p < 0,05$

TABLA IX. Variables asociadas a la duración de la baja por cervicalgia.

Variable	Duración de la baja (semanas)
Desajuste	0,03
Ansiedad	0,25 (t)
Depresión	0,31 (*)
Tolerancia al estrés	-0,07
Autoconcepto	-0,26 (t)
Tolerancia y flexibilidad	0,10
Adaptación a los cambios	-0,21
Interés por otras culturas	-0,12
Disponibilidad	-0,02
Inteligencia social	-0,19
Integración social	-0,17
Trabajo en equipo	-0,17
Autoexigencia profesional	-0,19
Dinamismo y actividad	-0,03
Tesón y constancia	-0,06
Sinceridad	0,08
Estabilidad emocional	-0,24 (t)
Apertura mental	0,13
Responsabilidad	-0,11
Éxito en la vida profesional	-0,21
GHQ-A	-0,00
GHQ-B	0,09
GHQ-C	-0,05
GHQ-D	-0,06
GHQ-28	-0,01

\* =  $p < 0,05$ ; (t) =  $p < 0,10$

tivo ( $r = -0,26$ ). Cuando atendemos a la dimensión de segundo orden relativa a la estabilidad emocional, también se observa una tendencia negativa ( $r = -0,24$ ;  $p < 0,10$ ). Estos resultados sugieren que la duración de la baja está asociada a un probable cuadro depresivo acompañado de síntomas de ansiedad y un bajo auto-concepto sobre una personalidad de base caracterizada por inestabilidad emocional.

#### Variables asociadas a la recurrencia de la cervicalgia

Finalmente, estudiamos la recurrencia de las cervicalgias, observando que el 61,90% presentaba un episodio de cervicalgia por primera vez, mientras que un 38,10% (24 casos) había tenido este problema con anterioridad. A continuación describimos los resultados obtenidos al indagar en las variables asociadas a la recurrencia.

Un dato señalado anteriormente al referirnos a los perfiles de personalidad, es que el grupo identificado como "desadaptativo" presentaba el doble de recurrencias que el grupo denominado "normal" ( $\chi^2 = 4,73$ ;  $p < 0,05$ ).

Además, tal y como se desprende de los resultados mostrados en la tabla 10, la recurrencia también se asocia a mayores puntuaciones en las variables de depresión (GHQ-D:  $t = -2,61$ ;  $p < 0,05$ ; TPT-Dep:  $t = -1,80$ ;  $p < 0,1$ ) y a menor dinamismo y actividad ( $t = 2,54$ ;  $p < 0,05$ ).

Asimismo, se observan tendencias ( $p < 0,10$ ) en otras variables de personalidad, como son: integración social (29.83 vs. 39.21) y responsabilidad (24.75 vs. 33.38).

**TABLA X. Variables asociadas a la recurrencia de la cervicalgia.**

<b>Variables</b>	<b>Recurrencia</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación típ.</b>	<b>Significación (t de Student)</b>
Desajuste	No	71,49	16,66	-0,78
	Sí	74,92	17,65	
Ansiedad	No	68,21	17,63	-0,60
	Sí	70,96	17,61	
Depresión	No	64,31	22,49	-1,80 t
	Sí	72,75	14,75	
Tolerancia al estrés	No	38,97	21,63	0,64
	Sí	35,54	18,97	
Autoconcepto	No	38,72	19,35	0,37
	Sí	36,79	20,76	
Tolerancia y flexibilidad	No	35,54	20,77	0,59
	Sí	32,58	17,00	
Adaptación a los cambios	No	38,64	16,80	-0,94
	Sí	43,04	19,94	
Interés por otras culturas	No	36,82	22,51	1,40
	Sí	29,17	18,42	
Disponibilidad	No	38,31	19,41	1,35
	Sí	31,83	16,96	
Inteligencia social	No	36,85	18,58	1,30
	Sí	29,92	23,33	
Integración social	No	39,21	20,34	1,69 t
	Sí	29,83	22,92	
Trabajo en equipo	No	32,38	18,91	0,88
	Sí	28,13	18,52	
Autoexigencia profesional	No	36,64	20,69	1,41
	Sí	29,46	17,85	
Dinamismo y actividad	No	37,49	15,61	2,54 *
	Sí	26,38	18,78	
Tesón y constancia	No	34,18	20,30	1,17
	Sí	28,00	20,44	
Sinceridad	No	57,21	22,95	0,14
	Sí	56,42	18,84	
Estabilidad emocional	No	30,69	19,94	1,28
	Sí	24,38	17,55	
Apertura mental	No	44,00	22,18	-1,15
	Sí	50,63	22,20	
Responsabilidad	No	33,38	18,60	1,82 t
	Sí	24,75	17,87	
Éxito en la vida profesional	No	27,49	19,34	1,31
	Sí	21,04	18,19	
GHQ-A	No	3,11	2,49	-0,75
	Sí	3,57	2,01	
GHQ-B	No	2,39	2,27	-1,32
	Sí	3,13	1,79	
GHQ-C	No	2,31	2,44	-0,72
	Sí	2,76	2,02	
GHQ-D	No	0,32	0,77	-2,61 *
	Sí	1,35	1,79	
GHQ-28	No	8,00	7,16	-0,99
	Sí	9,94	5,95	

\* =  $p < 0,05$ ; t =  $p < 0,10$



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En respuesta a los objetivos establecidos para el presente estudio, discutimos a continuación sobre los principales aspectos de los resultados obtenidos.

De forma previa, conviene destacar que los procedimientos de detección de la veracidad de la información aportada han permitido descartar la existencia de distorsión en los datos obtenidos. A nuestro entender, la valoración psicológica es un medio útil para la detección de problemas de ocultación, falsificación y mentira, comportamiento ficticio o de disimulación y debe formar parte de los protocolos de evaluación en pacientes con sospechas de manipulación de la información (47).

Si bien algunos estudios han mostrado una mayor prevalencia de las cervicalgias en relación con la edad y con el género femenino (2,7), en nuestro caso, no apreciamos relación alguna entre la duración de la baja laboral y recurrencias de la cervicalgia en función de la edad, género, estado civil, situación laboral y trabajo a turnos.

En cuanto a las características de personalidad de la muestra en su conjunto, nos encontramos ante un grupo de sujetos que presentan rasgos de personalidad que pueden ser calificados de desadaptativos, con diferencias claramente significativas en la mayoría de las dimensiones de personalidad estudiadas. De forma ilustrativa, podemos destacar el elevado porcentaje de sujetos cuya estructura de personalidad no es apropiada para tener éxito en la actividad laboral.

Además, hemos identificado mediante análisis de conglomerados un subgrupo de sujetos (casi la mitad de la muestra) con una estructura de personalidad desadaptativa caracterizada por inestabilidad emocional y escasos recursos para afrontar las situaciones de estrés en el trabajo, presentando una tendencia a interpretar la realidad de forma sesgada. Esto estaría relacionado con problemas de baja autoestima, preocupaciones, nerviosismo y sintomatología depresiva. Dichos sujetos tienen dificultades para adaptarse e implicarse activamente en el trabajo, son individualistas, no suelen aceptar las opiniones de los demás y “arrojan la toalla” con facilidad cuando las cosas no siguen el curso que ellos esperan. Este dato es compatible con los estudios que han destacado el papel de las estructuras de personalidad relacionadas con cuadros somáticos y dolorosos (16-18).

Respecto al bienestar subjetivo, encontramos que la mitad de los sujetos de la muestra total son personas que perciben claramente un malestar psicológico. Dicho malestar lo focalizan en la presencia de síntomas somáticos, lo cual es compatible con su cuadro médico, aunque también destacan los elevados porcentajes de ansiedad, depresión y disfunción social.

En cuanto a la duración de la baja, los resultados obtenidos sugieren que la presencia de sintomatología ansioso-depresiva de forma comórbida a la cervicalgia sería un indicador de mal pronóstico y que se relaciona de forma positiva con la duración de dicho cuadro somático.

Los datos obtenidos relativos a la recurrencia de la baja por cervicalgia indican que dicha recurrencia se relaciona con un perfil de personalidad que hemos denominado “desadaptativo”, con mayor probabilidad de presentar cuadros depresivos y poca energía, y falta de dinamismo. Estos resultados son compatibles con los hallazgos de otros trabajos que han puesto de manifiesto que las personas con elevado “neuroticismo” suelen presentar problemas médicos relacionados con la tensión como las cervicalgias, las migrañas y la hipertensión (48). En algunos estudios se ha destacado que en torno al 75% de las personas con depresión presenta dolores físicos como cervicalgias, lumbalgias, dolores de cabeza y estómago (49). Así, la bibliografía existente viene a sugerir que los individuos afectados de estas alteraciones crónicas presentan de forma comórbida dolores de cuello, por lo que la recurrencia de los mismos sería una consecuencia inherente a la vulnerabilidad manifestada por este tipo de pacientes.

Podemos señalar las siguientes conclusiones que se derivan de los diferentes resultados obtenidos:

1. La duración de la baja por cervicalgia y la recurrencia de la misma no tiene una relación directa con las variables sociolaborales estudiadas.
2. La mitad de los sujetos de la muestra tiene una estructura de personalidad desadaptativa con un claro perfil “neurótico”.
3. Dicho perfil neurótico se caracteriza por inestabilidad emocional, escasos recursos para afrontar las situaciones de estrés y dificultades para adaptarse e implicarse activamente en el trabajo.
4. El 61,9% de la muestra de sujetos con cervicalgia tienen una estructura de personalidad inapropiada para tener éxito en la vida laboral.






5. El 49,1% de los sujetos de la muestra son personas que perciben claramente un malestar psicológico el cual se focaliza preferentemente en la presencia de síntomas somáticos.
6. La presencia de sintomatología ansioso-depresiva en los sujetos de la muestra es un indicador de mal pronóstico en relación a la duración de la baja.
7. Así mismo, la existencia de un perfil de personalidad "neurótica" y la presencia de cuadros depresivos se relacionan con la recurrencia de los cuadros cervicálgicos.
8. Desde el punto de vista de la prevención, los resultados obtenidos sugieren que la evaluación y el tratamiento de los aspectos psicopatológicos serían importantes para reducir las bajas laborales, minimizar los tiempos de las mismas y evitar las recurrencias.

Considerando globalmente los resultados obtenidos podemos deducir claramente la necesidad de la puesta en marcha de medidas de carácter preventivo las cuales pasarían por una adecuada valoración, no sólo de los aspectos estrictamente somáticos, sino

también de los sociolaborales y psicológicos al abordar este problema. En cuanto a la prevención secundaria, la detección precoz de problemas de cervicalgia debería llevar asociado un abordaje terapéutico de posibles cuadros psicopatológicos comórbidos en consonancia con los resultados obtenidos y de acuerdo con la bibliografía especializada. Por último, las intervenciones en prevención terciaria requerirán en un alto porcentaje de los casos tratamiento psicoterapéutico e incluso psicofarmacológico, aparte de las medidas estrictamente médicas y de rehabilitación física. La existencia de protocolos de actuación en este sentido favorecería la pronta reinserción laboral y evitaría, en gran medida, la recurrencia de este problema de salud.

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido realizado gracias a una beca de investigación concedida por la FUNDACIÓN MAPFRE en la convocatoria del año 2004. 

## Referencias bibliográficas

1. Côté P, Cassidy D, Carroll L. The Saskatchewan Health and Back Pain Survey the prevalence of neck pain and related disability in Saskatchewan adults. *Spine* 1998; 1689-1698.
2. Picavet H, Schouten J. (2003). Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC3 study. *Pain* 2003; 102: 167-178.
3. Van der Windt D, Croft P, Penninx B. Neck and upper limb pain: more pain is associated with psychological distress and consultation rate in primary care. *J Rheumatol* 2002; 29: 564-569.
4. Lau EMC, Sham A, Wong KC. The prevalence of and risk factors for Neck Pain in Hong Kong. *J Public Health Med* 1996; 18: 396-399.
5. Bovim G, Schrader H, Sand T. Neck pain in the general population. *Spine* 1994; 19: 1207.
6. Makela M, Heliövaara M, Sievers K, et al. Prevalence, determinants, and consequences of chronic neck pain in Finland. *Am J Epidemiol* 1991; 134: 1356-1367.
7. Croft PR, Lewis M, Papageorgiou AC, et al. Risk factors for neck pain: a longitudinal study in the general population. *Pain* 2001; 93: 317-325.
8. Skov T, Borg V, Orhede E. Psychological and physical risk factors for musculoskeletal disorders of the neck, shoulders, and lowerback in sales people. *Occup Environ Med* 1996; 53: 351-356.
9. Binder A. Neck pain. *Clin Evid* 2003; 10: 1377-1392.
10. Wadell G. A new clinical model for the treatment of low back pain. *Spine* 1987; 12: 2030-2034.
11. Guck T, Teilman T, Skultety F, Dowd E. Prediction of long-term outcome of multidisciplinary pain treatment. *Arch Phys Med Rehabil* 1986; 67: 293-296.
12. Mayer T, McMahon MJ, Gatchel RJ, Sparks B, Wright A, Pegues A. Socioeconomic outcomes of combined spine surgery and functional restoration in worker's compensation spinal disorders with matched controls. *Spine* 1998; 23: 598-606.
13. Repko GR, Cooper R. A study of the average worker's compensation case. *J Clin Psychiatry* 1983; 39: 287-295.
14. Sanders R, Meyers J. The relationship of disability to compensation status in railroad workers. *Spine* 1986; 11: 141-143.
15. Geertje AM, Willem M, Paulien MB, Lex MB, Guerrit VD. Psychosocial risk factors for neck pain: a Systematic Review. *Am J Ind Med* 2001; 39: 180-193.
16. Gatchel RJ. Psychological disorders and Chronic pain. En: Gatchel RJ, Turk DC. *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook*. London: Guilford Press; 1996. p. 33-52.

17. Costa PT, McCrae RR. Hypochondriasis, neuroticism and aging: When are somatic complaints unfounded? *Am Psychol* 1985; 40: 19-28.
18. Watson D, Pennebaker JW. Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychol Rev* 1989; 96: 234-254.
19. Watson D, Clark LA. Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychol Bull* 1984; 96: 465-490.
20. Barsky AJ, Klerman GL. Overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 273-283.
21. Brown KW, Moskowitz DS. Does unhappiness make you a sick? The role of affect and neuroticism in the experience of common physical symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1997; 72: 907-917.
22. Larsen RJ. Neuroticism and selective encoding and recall of symptoms. Evidence from combined concurrent-retrospective study. *J Pers Soc Psychol* 1992; 62: 284-288.
23. Cohen S, Doyle WJ, Skoner DP, Fireman P, Gwaltney JM, Newson JT. State and trait negative affect as predictors of objective and subjective symptoms of respiratory viral infections. *J Pers Soc Psychol* 1995; 68: 159-169.
24. Kirmayer LJ, Robbins JM, Paris J. Somatoform disorders: Personality and the social matrix of somatic distress. *J Abnorm Psychol* 1994; 103: 125-136.
25. Stelmack RM. Biological bases of extraversion: Psychophysiological evidence. *J Pers* 1990; 58: 293-311.
26. Harkins SW, Price DD, Braith J. Effects of extraversion and neuroticism on experimental pain, clinical pain and illness behavior. *Pain* 1989; 36: 209-218.
27. Philips HC, Jahanshahi M. The effects of persistent pain: The chronic headache sufferer. *Pain* 1985; 21: 163-176.
28. Wade JB, Dougherty LM, Hart RP, Raffii A, Price D.D. A canonical correlation analysis of the influence of neuroticism and extraversion on chronic pain, suffering, and pain behavior. *Pain* 1992; 51: 67-73.
29. Beaton DE, Bombardier C, Hogg-Johnsson SA. Measuring health in injured workers: a cross-sectional comparison of five generic health status instruments in workers with musculoskeletal injuries. *Am J Ind Med* 1996; 29: 618-631.
30. The American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 2002.
31. Cunnien A. Psychiatric and medical syndromes associated with deception. En Rogers R, Ed. *Clinical assesment of malingering and deception*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 1997. p. 23-46.
32. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain disability, exaggeration/malingering, and submaximal effort research. *Clin J Pain* 1999; 14: 244-274.
33. Resnik PJ. Guidelines for the evaluation of malingering in posttraumatic stress disorders. En R. I. Simon RI, Ed. *Posttraumatic stress disorders in litigation: Guidelines for forensic assessment*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1995. p. 117-134.
34. Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, Tellegen AM, Kaemmer B. *MMPI-2: Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minesota Press; 1989.
35. Wallis BJ, Lord SM, Barnsley L, Bogduk N. Pain and psychological symptoms of Australian patients with whiplash. *Spine* 1996; 7:804-810.
36. Rogers R, Sewell KW, Salekin RT. A meta-analysis of malingering on the MMPI-2. *Assessment* 1994; 1:227-237.
37. Hee HT, Whitecloud TS, Myers L, Roesch W, Ricciardi JE. Do worker's compensation patients with neck pain have lower SF-36 scores? *Eur Spine J* 2002; 11: 375-381.
38. McIntosh G, Frank J, Hogg-Johnsson S, Bombardier C, Hall. Prognostic factors for time receiving worker's compensation benefits in a cohort of patients with low back pain. *Spine* 2000; 25: 147-157.
39. Derogatis LR. SCL-90 R version, *Manual I*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine, 1977.
40. Parker JC, Buckelew SP, Smarr K, Buescher K, Beck NC, Frank RG, et al. Psychological screening in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1990; 17: 1016-1021.
41. Wallis BJ, Bogduk N. Faking a profile: can naive subjects simulate whiplash responses? *Pain* 1996; 66, 2, 223-227.
42. Garamendi PM, Landa MI. Epidemiología y problemática médico forense del síndrome de latigazo cervical en España. *Cuad Med Forense* 2003; 32: 5-18.
43. Goldberg DP, Cooper B, Eastwood M, Kedward HB, Shepherd MA. A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Br J Prevent Soc Med* 1970; 24: 18-23.
44. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9: 139-145.
45. Lobo A, Pérez Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish Population. *Psychol Med* 1986; 16:135-140.
46. Corral S, Pamos A, Pereña J, Seisdedos N. TPT: Test de Personalidad. Madrid: TEA Ediciones, 2001.
47. Othmer E, Othmer SC. DSM-IV. La entrevista clínica: El paciente difícil. Barcelona: Masson, 2000.
48. Johnson M. The vulnerability status of neuroticism: over-reporting or genuine complaints? *Pers Individ Dif* 2003; 35(4): 877-887.
49. Lépine JP, Briley M. The epidemiology of pain in depression. *Hum Psychopharmacol* 2004; 19(1): S3-S7.