

Open Acces



ASSOCIACIÓ DEL CATASTROFISME I LES ACTITUDS DEL PACIENT AMB LA SEVERITAT I LES REPERCUSSIONS FUNCIONALS DEL DOLOR EN PACIENTS AMB DOLOR CRÒNIC I DEPRESSIÓ

¹ Metge de família. CAP de Constantí,

² Institut Català de la Salut. IDIAP Jordi Gol.

³ Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol.

⁴ Metgessa de família. CAP Dr. Sarró, Valls, Institut Català de la Salut.

⁵ Resident de medicina familiar i comunitària. CAP de Salou, Institut Català de la Salut.

⁶ Infermer d'atenció primària. CAP de Salou, Institut Català de la Salut.

⁷ Psicòloga. Departament de Psicologia i Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona

Adreça per a correspondència:

Enric Aragonès

Adreça electrònica:
earagones.tgn.ics@gencat.cat

Enric Aragonès^{1,2}, Concepció Rambla Vidal^{4,3}, Silvia Lázaro Muñoz^{5,2}, Germán López-Cortacans^{6,3}, Catarina Tomé Pires^{7,3}, Elisabet Sánchez Rodríguez⁷

RESUM

Objectiu. Examinar com el pensament catastròfic i altres creences davant el dolor determinen la presència de dolor sever i de repercussió funcional severa en pacients amb dolor crònic musculoesquelètic i depressió.

Material i mètodes. Anàlisi de dades basals d'una mostra reclutada per a un assaig clínic que avaluarà un programa per al maneig integrat de dolor i depressió, basat en el model d'atenció a la cronicitat (estudi DROP). Subjectes: Pacients d'atenció primària amb dolor musculoesquelètic crònic moderat o sever i criteris diagnòstics de depressió major reclutats en vuit centres d'atenció primària urbans del Camp de Tarragona. Mesures principals: A més de dades sociodemogràfiques i clíniques bàsiques, s'utilitzà el Brief Pain Inventory (BPI), la Pain Catastrophizing Scale (PCS) i el qüestionari Survey of Pain Attitudes (SOPA). Anàlisi: Per determinar els factors vinculats independentment a la presència de dolor sever (BPI, subescala d'intensitat ≥ 7) i de repercussió funcional severa (BPI, subescala de discapacitat ≥ 7) es van realitzar sengles anàlisis multivariants mitjançant regressió logística.

Resultats. La mostra va incloure 317 pacients [83% dones; mitjana d'edat: 60,2 anys (DE: 10,1); intensitat mitjana del dolor (BPI): 6,5 (DE: 1,8) — dolor moderat—; gravetat de la depressió (Hopkins Symptoms Checklist): 1,7 punts (DE: 0,7) —depressió moderada—. Es van associar de forma independent a la presència de dolor sever el catastrofisme (PCS) (OR: 1,5; IC95%: 1,1-2,1) i la subescala "dany" (SOPA) (OR: 1,7; IC95%: 1,2-2,4). El catastrofisme (OR: 1,6; IC95%: 1,3-1,9) també s'associà de forma independent a l'impacte funcional sever.

Conclusió. Hem identificat variables psicològiques del pacient que s'associen de forma independent amb la presentació de dolor sever i amb la presència de repercussió funcional severa del dolor. Es reflexiona sobre l'eventual utilitat de la

modificació d'aquests elements cognitius i emocionals mitjançant una intervenció psicològica o psicoeducativa.

ASOCIACIÓN DEL CATASTROFISMO Y DE LAS ACTITUDES DEL PACIENTE CON LA SEVERIDAD Y LAS REPERCUSIONES FUNCIONALES DEL DOLOR EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO Y DEPRESIÓN

Objetivo. Examinar cómo el pensamiento catastrófico y otras creencias frente al dolor determinan la presencia de dolor severo y de repercusión funcional severa, en pacientes con dolor musculoesquelético crónico y depresión.

Material y métodos. Análisis de los datos basales de una muestra reclutada para un ensayo clínico que evaluará un programa para el manejo integrado de dolor y depresión, basado en el modelo de atención a la cronicidad (estudio DROP). Sujetos: Pacientes adultos de atención primaria con dolor musculoesquelético crónico moderado o severo y criterios diagnósticos de depresión mayor reclutados en ocho centros de atención primaria urbanos del Camp de Tarragona. Mediciones principales: Además de datos sociodemográficos y clínicos básicos se utilizó el Brief Pain Inventory (BPI), la Pain Catastrophizing Scale (PCS) y el cuestionario Survey of Pain Attitudes (SOPA). Análisis: Para determinar los factores vinculados independientemente a la presencia de dolor severo (BPI, subescala de intensidad ≥ 7) y de repercusión funcional severa (BPI, subescala de discapacidad ≥ 7) se realizaron sendos análisis multivariados mediante regresión logística.

Resultados. La muestra incluyó 317 pacientes [83% mujeres; media de edad: 60,2 años (DE:10,1); intensidad media del dolor (BPI): 6,5 (DE: 1,8) -dolor moderado-; gravedad de la depresión (Hopkins Symptoms Checklist): 1,7 puntos (DE: 0,7) -depressió moderada-.

Se asociaron de forma independiente a la presencia de dolor severo la medida del catastrofismo (PCS) (OR: 1,5; IC95%: 1,1-2,1) y la subescala "daño" (SOPA) (OR: 1,7; IC95%:1,2-2,4). El catastrofismo (OR: 1,6; IC95%: 1,3-1,9) también se asoció de forma independiente al impacto funcional severo.

Conclusión. Hemos identificado variables psicológicas del paciente que se asocian de forma independiente con la presencia dolor severo y con la presencia de repercusión funcional severa del dolor. Se reflexiona sobre la eventual utilidad de la modificación de estos elementos cognitivos y emocionales mediante un intervención psicológica o psicoeducativa.

ASSOCIATION OF THE CATASTROPHY AND THE PATIENT ATTITUDES WITH THE SEVERITY AND THE FUNCTIONAL IMPACT OF THE PAIN IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN AND DEPRESSION

Objective. To examine how catastrophic thinking and other beliefs about pain determine the presence of severe pain and severe functional repercussion in patients with chronic musculoskeletal pain and depression.

Material and methods. Baseline data analysis of a sample recruited for a clinical trial that will assess a program for the integrated management of pain and depression, based on the Chronic Care Model (DROP study). Subjects: Adult primary care patients with moderate or severe chronic musculoskeletal pain and diagnostic criteria for major depression recruited in eight primary care centres in the province of Tarragona. Main measurements: In addition to sociodemographic data and clinical variables, the Brief Pain Inventory (BPI), the Pain Catastrophizing Scale (PCS) and the Survey of Pain Attitudes questionnaire (SOPA) were used. Analysis: To determine the factors independently linked to the presence of severe pain (BPI, intensity subscale ≥ 7) and severe functional repercussion (BPI, subscale of disability ≥ 7), multivariate analyses using logistic regression were performed.

Results. The sample included 317 patients [83% women; average age: 60.2 years (SD: 10.1); average pain intensity (BPI): 6.5 (SD: 1.8) –moderate pain–; depression severity (Hopkins Symptoms Checklist): 1.7 points (SD: 0.7) –moderate depression–. Catastrophism (PCS) (OR: 1.5; 95% CI: 1,1-2,1) and the "damage" subscale (SOPA) (OR: 1.7; 95% CI: 1.2-2.4) were independently associated to severe pain. Catastrophism (OR=1.6; 95% CI: 1,3-1,9) was also independently associated to severe impairment.

Conclusion. We have identified psychological variables of the patient that are associated independently with the presence of severe pain and with the presence of severe impairment. We discuss on the utility of modifying these cognitive and emotional elements through psychological or psychoeducational intervention.

Paraules clau: Pain Catastrophizing; Health Attitude; Musculoskeletal Pain; Chronic Pain; Major Depressive Disorder; Primary Health Care.

INTRODUCCIÓ

Dolor i depressió són dues condicions freqüents i rellevants en l'atenció primària. En aquest nivell assistencial la prevalença de depressió major s'ha establert en un 13% mentre que fins al 66% dels pacients poden tenir dolor crònic¹, essent l'origen musculoesquelètic el més freqüent² Justament el dolor crònic i la depressió són les patologies responsables d'una major càrrega de morbiditat manifestada amb la pèrdua d'AVAQ (anys de vida ajustats per qualitat) en pacients d'atenció primària. El dolor causa la pèrdua anual de 5.064 AVAQ per 100.000 pacients i els trastorns depressius 2.064 AVAQ, enfront els 353 AVAQ perduts a causa de les malalties cardiovasculars o els 250 AVAQ de la diabetis¹.

Sovint depressió i dolor coexisteixen en un mateix pacient. En un estudi en pacients d'atenció primària amb dolor musculoesquelètic crònic, un 49% presentaven també depressió major³. Per altra banda, també s'ha constatat que una gran proporció dels pacients deprimits d'atenció primària –fins a un 85%– presenten símptomes dolorosos concomitants, sent el més freqüent el mal d'esquena⁴.

La comorbiditat dolor-depressió té un efecte additiu en els resultats adversos de salut: la presència de dolor i la seva intensitat augmenta la complexitat del tractament de la depressió i augmenta la probabilitat d'un mal pronòstic⁵, mentre que la depressió té un efecte similar en el tractament i resultats clínics del dolor, sent aquestes influències bidireccionals⁶. L'estreta interrelació entre dolor i depressió, que es produeix en el nivell etiopatogènic, en aspectes conductuals i psicològics i en aspectes terapèutics, fa que sigui raonable i eficaç un abordatge clínic que tingui en compte aquesta comorbiditat⁷.

Els models biopsicosocials consideren que l'experiència del dolor resulta d'una complexa interacció de factors físics, cognitius, emocionals, conductuals i socials^{8,9}. Òbviament, els aspectes psicològics lligats al dolor seran especialment rellevants en els pacients amb depressió. A partir d'aquesta base teòrica es poden dissenyar intervencions terapèutiques multidisciplinàries per al dolor, però cal identificar els factors que afecten la capacitat de l'individu d'afrontar o de manejar-se amb el dolor i que són potencialment modificables amb intervencions psicològiques o psicoeducatives.

L'objectiu d'aquest estudi és examinar com el pensament catastrofista i altres creences i actituds envers el dolor s'associen de forma independent amb la presència de dolor sever i de repercussió funcional severa en els pacients d'atenció primària amb dolor crònic i depressió major comòrbita. La nostra hipòtesi és que la presència de

creences desadaptatives enfront el dolor, incloent la ideació catastrofista, s'associaran amb resultats clínics desfavorables del dolor.

MATERIAL I MÈTODES

És un estudi transversal a partir de l'avaluació d'una mostra de pacients reclutada per a l'estudi DROP, un assaig clínic que avaluarà l'eficàcia d'un programa multicomponent basat el model d'atenció a la cronicitat per al maneig integrat de dolor crònic i depressió en atenció primària¹⁰.

Àmbit i subjectes

Els pacients es van reclutar entre els assignats a 41 metges de família de vuit centres d'atenció primària urbans de la Gerència Territorial Camp de Tarragona (Institut Català de la Salut). Els criteris d'inclusió foren: edat entre 18 i 80 anys, amb dolor musculoesquelètic moderat o sever (escala d'intensitat del dolor del Brief Pain Inventory BPI ≥ 5 punts), de més de 3 mesos d'evolució malgrat haver rebut tractament analgèsic, i amb criteris diagnòstics de depressió major en el moment de la inclusió (codis F32 o F33; DSM-V).

Es van excloure els pacients amb qualsevol limitació física, psicològica, lingüística o malaltia concurrent que impedis la participació en les avaluacions, pacients amb trastorn psicòtic, trastorn bipolar, trastorn de somatització, dependència a alcohol o drogues, i pacients embarassades o lactants. Els pacients amb un diagnòstic establert de fibromiàlgia es varen excloure, tot i ser un trastorn que es manifesta per dolor musculoesquelètic crònic i que sovint es relaciona amb la depressió, perquè el programa DROP que pretenem avaluar no s'adreça a aquest trastorn, pel que ja existeixen intervencions multidisciplinàries amb components específics avalades per l'evidència científica¹¹. Rebre tractament antidepressiu no fou criteri d'exclusió si el pacient complia criteris de depressió major en el moment de l'avaluació.

Procediment per identificar i reclutar pacients

El procediment per seleccionar i reclutar els pacients fou el següent:

(1) Es realitzà una cerca informàtica de casos en les històries clíniques electròniques dels metges col·laboradors, usant la llista de diagnòstics actius. Els codis de cerca (CIM-10; Classificació Internacional de Malalties, 10a edició) foren: M15-M19 (artrosi), M47 (espondilosi), M50-M51 (trastorns del disc), M54 (dolor en la columna vertebral), M25.5 (dolor d'articulacions), M79.6 (dolor d'extremitats), R52 (dolor crònic).

(2) Es van revisar manualment les històries clíniques dels pacients identificats descartant-se els que no complien criteris d'inclusió segons la informació disponible.

(3) Als casos restants se'ls envià una carta informant sobre l'estudi, convidant a participar i notificant un proper contacte telefònic per verificar la seva elegibilitat.

(4) Dues setmanes després rebien una trucada telefònica i, amb el consentiment del pacient, s'administraven proves de cribatge per identificar els individus amb dolor moderat/sever (BPI) i probable depressió major (Patient Health Questionnaire; PHQ-9).

(5) Els pacients amb cribatge positiu eren entrevistats presencialment per confirmar els criteris d'inclusió i exclusió, obtenir el consentiment informat per escrit i procedir a una avaluació amb una bateria de qüestionaris.

Mesuraments

En l'avaluació basal un entrevistador independent administrava una bateria de qüestionaris i escales. Posteriorment els pacients eren monitoritzats durant un any amb punts de control als 3, 6 i 12 mesos. Aquí utilitzem la informació recollida en l'avaluació inicial.

Variables i instruments

A nivell basal es recollien dades sociodemogràfiques i un conjunt de variables clíniques que figuren en el protocol de l'estudi matriu¹⁰. Per aquest article són d'interès els següents mesuraments:

La **intensitat** i la **interferència del dolor** es van mesurar amb la versió de 15 ítems del Brief Pain Inventory (BPI)^{12,13}. El BPI avalua dues dimensions: (1) la intensitat del dolor i (2) la seva interferència amb activitats quotidianes. La intensitat del dolor es mesura en diversos dominis (pitjor dolor experimentat, dolor mínim, dolor mitjà i dolor actual), mitjançant escales numèriques de 0 ("sense dolor") a 10 ("pitjor dolor"). La interferència es mesura mitjançant escales de 0 ("sense interferències") a 10 ("interferència total") en diferents àmbits de la vida: activitat general, ànim, caminar, tasques habituals, relacions, son i gaudir de la vida. Addicionalment el BPI investiga la localització del dolor, el tractament i la seva eficàcia.

Per mesurar el **pensament catastrofista** envers el dolor es va usar la Pain Catastrophizing Scale^{14,15}. El catastrofisme es caracteritza per la percepció de l'estímul dolorós com a amenaça, per la sensació d'indefensió davant el dolor, i per la incapacitat per inhibir els pensaments relacionats amb el dolor. Consta de 13 ítems que es puntuen en una escala Likert amb 5 opcions de resposta, des de 0 ("això no em passa mai") fins a 4 ("em passa sempre"). El resultat global resulta de la mitjana dels diferents ítems i te un rang de 0 a 4 punts.

Per investigar altres **actituds dels pacients envers el dolor** es va usar el qüestionari Survey of Pain Attitudes (SOPA)^{16,17}. Consta de 35 ítems amb 5 opcions de resposta, des de 0 ("en

el meu cas és totalment fals”) fins a 4 (“en el meu cas és totalment cert”). Els resultats donen lloc a puntuacions en 7 dominis diferents: (1) control: valora com el pacient creu que pot controlar el dolor; (2) emoció: el pacient considera que les seves emocions repercuteixen en l'experiència del dolor; (3) discapacitat: el pacient pensa que el dolor li causa discapacitat; (4) dany: creença que el dolor provocarà dany físic i això porta a evitar l'exercici; (5) fàrmacs: creença del pacient que la medicació és un tractament adequat per al seu dolor; (6) sol·licitud: el pacient creu que els altres, especialment els familiars, han de ser sol·licitos en resposta a la seva experiència de dolor; i (7) atenció mèdica: és responsabilitat del metge millorar o curar el problema del dolor. Els resultats tenen un rang de 0 a 4 punts.

La **gravetat de la depressió**, que en aquestes anàlisis usem com a covariable, es va mesurar mitjançant la HSCL-20 (Hopkins Symptoms Checklist, 20 ítems)¹⁸. Els ítems investiguen la presència del símptoma i es puntuen en una escala Likert amb cinc opcions. La puntuació global, en un rang de 0 a 4 punts, és la mitjana dels 20 ítems.

Aspectes ètics

El protocol va ser aprovat pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol (P14/142; Barcelona, desembre 2014). El procediment de l'estudi implica el consentiment informat dels metges col·laboradors i dels pacients participants. Totes les dades recollides són d'accés restringit i la informació clínica no s'utilitza més enllà dels objectius de l'estudi.

Estratègia d'anàlisi

Per determinar els factors vinculats independentment a la presència de dolor sever, definit per una puntuació ≥ 7 en la subescala d'intensitat del dolor del BPI, i a repercussió funcional severa del dolor, definida per una puntuació ≥ 7 en la subescala de repercussió funcional del BPI, es van dur a terme sengles anàlisis multivariades mitjançant regressió logística. En ambdós models es van introduir les variables edat, sexe, localització del dolor, temps d'evolució, severitat de la depressió, i els resultats del PCS i de les subescals del SOPA. El segon model, que tenia com a variable dependent la repercussió funcional, es va ajustar a més per la intensitat del dolor ja que és esperable que aquest paràmetre estigui estretament lligada al seu impacte funcional.

RESULTATS

La mostra estava formada per 317 pacients, dels quals 264 (83%) eren dones. La mitjana d'edat era de 60,2 anys (DE: 10,1), la intensitat mitjana del dolor (BPI) de 6,5 (DE: 1,8) i l'impacte funcional (BPI) mitjà era de 6,3 (DE: 2,3). La major part dels pacients (86%) referia dolor de més d'un any d'evolució. La depressió era crònica (> 2 anys d'evolució) en

gairebé la meitat dels pacients (47%) i la mitjana de severitat se situava en 1,7 punts (DE: 0,7) (en la HSCL-20 el punt de tall que entre depressió moderada i severa se situa en >1,7) (Taula 1).

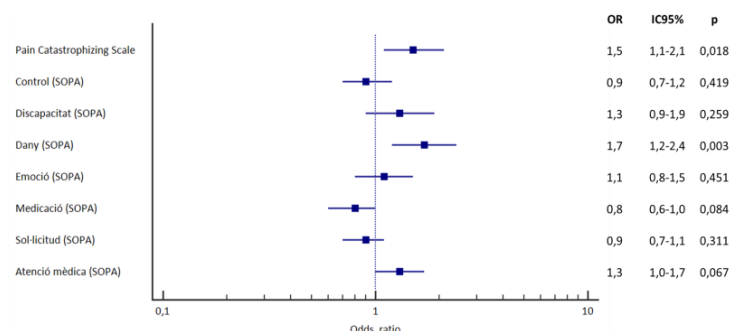
Taula 1. Característiques sociodemogràfiques i clíniques de la mostra

	n (%) ^a
Sexe: dona	264 (83,3)
Edat (mitjana i DE)	60,2 (10,1)
Estat civil	
Soltera/solter	14 (4,5)
Casada/casat o viu en parella	199 (63,4)
Divorciada/divorciat/ separada/separat	52 (16,6)
Vidua/vidu	49 (15,6)
Nivell d'estudis: Secundaris superiors o universitaris	61 (19,4)
Situació laboral: Treballador/a actiu/va	68 (22,1)
Severitat de la depressió (HSCL-20; mitjana i DE)	1,7 (0,7)
Depressió recurrent	195 (61,5)
Durada de l'episodi depressiu	
Fins a 6 mesos	59 (18,7)
Entre sis mesos i 2 anys	108 (34,2)
Més de 2 anys	149 (47,2)
Localització del dolor	
Columna	13 (4,1)
Extremitats	18 (5,7)
Ambdues localitzacions	285 (90,2)
Temps d'evolució del dolor: més de 12 mesos	271 (86,0)
Intensitat del dolor (BPI; mitjana i DE)	6,5 (1,8)
Impacte funcional del dolor (BPI; mitjana i DE))	6,3 (2,3)

^a Si no s'especifica una altra cosa; HSCL-20: Hopkins Symptom Checklist de 20 ítems; BPI: Brief Pain Inventory

Les variables psicològiques que s'associen de forma independent a la presència de dolor d'intensitat severa són el pensament catastrofista (OR: 1,5; IC 95%: 1,1-2,1) i la creença que el dolor indica dany físic (OR: 1,7; IC 95%: 1,2-2,4) (Figura 1).

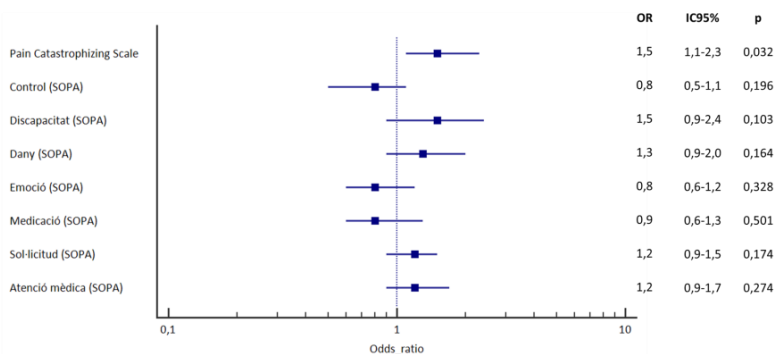
Figura 1. Anàlisi multivariant de regressió logística per identificar les variables psicològiques associades de forma independent a la presència de dolor d'intensitat severa.



Notes: Anàlisi de regressió logística ajustat per edat, sexe, severitat de la depressió, temps d'evolució i localització del dolor; SOPA: Survey of Pain Attitudes; OR: Odds Ratio.

En la segona anàlisi hem comprovat el previsible paper de la intensitat del dolor com a predictor de la repercussió del dolor en la funcionalitat (OR: 1,6; IC 95%: 1,3-1,9) i, incloent aquest paràmetre com a covariable, hem observat que el pensament catastrofista (OR: 1,5; IC 95%: 1,1-2,3) és un predictor de la presència d'impacte funcional sever independentment de la intensitat del dolor i de la resta de covariables (Figura 2).

Figura 2. Anàlisi multivariant de regressió logística per identificar les variables psicològiques associades de forma independent a la presència de repercussió funcional severa del dolor



Notes: Anàlisi de regressió logística ajustat per edat, sexe, severitat de la depressió, temps d'evolució i localització del dolor, i intensitat del dolor; SOPA: Survey of Pain Attitudes; OR: Odds Ratio.

DISCUSSIÓ

El pensament catastrofista comporta una visió extremadament negativa de l'experiència de dolor, magnificant el significat i les eventuais conseqüències del dolor, amb pensaments ruminatius i sentiments d'indefensió o d'incapacitat per controlar-lo. En la literatura científica està descrit com un factor relacionat amb les conductes associades a la malaltia^{19,20} (p. ex., augment en les queixes i expressions de dolor o més freqüentació) i també amb l'impacte clínic i el pronòstic del dolor en diverses poblacions^{18,21,22}.

Els nostres resultats confirmem que aquesta associació es reproduïx en una mostra de pacients amb una comorbiditat tan rellevant en atenció primària com és la concurrència de dolor musculoesquelètic crònic i depressió major.

Hem constatat de forma consistent que el pensament catastrofista és un factor determinant tant de la intensitat del dolor com de l'efecte del dolor en la funcionalitat del pacient. Els resultats mostren que aquest paràmetre, per be que conceptualment vinculat a la clínica depressiva²³, s'associa als resultats clínics analitzats de forma independent de la severitat clínica de la depressió.

Hem investigat altres variables psicològiques i hem observat que la creença que el dolor és una senyal de dany físic, fet que contribueix al sedentarisme i immobilitat del pacient, es vincula de forma independent al dolor sever. Aquesta troballa concorda amb altres estudis que constaten el paper

de la kinesiofòbia (por i evitació del moviment per no provocar/reproduir una lesió) en el manteniment, la severitat i la discapacitat associada a la lumbàlgia crònica^{24,25}.

Aquest és un estudi transversal i no es poden establir relacions causa-efecte entre les variables cognitives i afectives analitzades i l'expressió clínica del dolor, ni podem afirmar que eventuais canvis en els factors predictius identificats s'associaran amb canvis en els resultats. Tanmateix les associacions trobades son consistents amb la literatura científica en altres tipus de poblacions clíniques^{20,21,26} i també en estudis longitudinals^{18,27}.

Cap estudi anterior, que coneguem, havia analitzat aquestes relacions en una població d'atenció primària amb dolor crònic i depressió. La depressió influeix en la clínica i pronòstic del dolor i, en alguns aspectes, es pot solapar amb el pensament catastrofista o amb altres creences desadaptatives i visions pessimistes envers el dolor²². Tot i que tots els pacients pateixen depressió major, la relació entre catastrofisme i dolor no es dilueix ni es desdibuixa.

Aquestes troballes se sumen al cos de coneixements científics que recolzen el marc biospico-social per explicar el dolor i el funcionalisme en persones amb dolor crònic i depressió^{18,28,29}. La seva utilitat rau en la potencial contribució per al disseny intervencions psicològiques o psicoeducatives orientades als aspectes cognitius i emocionals del dolor, que haurien de formar part de les aproximacions terapèutiques multidisciplinars contribuint a millorar la clínica, la funcionalitat i el pronòstic del pacient^{30,31}.

Agraïments

Aquest projecte ha estat possible gràcies a la generosa col·laboració dels metges i infermeres de l'Àrea d'Atenció Primària Camp de Tarragona (Institut Català de la Salut), que constitueix el grup de recerca DROP, així com als seus pacients que han accedit a participar en aquest estudi. Agraïm a la Dra. Gemma Flores (Xarxa Sanitària Santa Tecla, Tarragona) la seva participació i el seu consell en l'anàlisi estadística.

Finançament

El projecte gaudeix d'un Ajut a la Recerca CAMFiC 2015. També està finançat per l'Institut de Salut Carlos III en la convocatòria de subvencions 2014 de l'Acció Estratègica en Salut 2013-2016, (PI14/00573), cofinançat per la Unió Europea a través del FEDER.

Conflictes d'interès

E. Aragonès ha gaudit d'ajuts per la intensificació de l'activitat investigadora del Instituto Carlos III (INT15/00232) i de l'IDIAP J Gol. C. Rambla gaudeix d'una beca predoctoral de l'IDIAP Jordi Gol (convocatòria 2015, 7Z16/008).

Nom, data i lloc de la jornada o congrés que s'hagi presentat part dels resultats enviats: 37º Congreso de la SEMFYC, 4-6 maig de 2017, Madrid

BIBLIOGRAFIA

1. Fernández A, Bellón JA, Pinto-Meza A, Luciano JV, Autonell J, Palao D, et al. Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care. *Br J Psychiatry*. 2010;196:302-9.
2. Miró J, Paredes S, Rull M, Queral R, Miralles R, Nieto R, et al. Pain in older adults: a prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. *Eur J Pain*. 2007;11:83-92.
3. Salazar A, Dueñas M, Mico JA, Ojeda B, Agüera-Ortiz L, Cervilla JA, et al. Undiagnosed mood disorders and sleep disturbances in primary care patients with chronic musculoskeletal pain. *Pain Med*. 2013;14:1416-25.
4. Caballero L, Aragonès E, García-Campayo J, Rodríguez-Artalejo F, Ayuso-Mateos JL, Polavieja P, et al. Prevalence, characteristics, and attribution of somatic symptoms in Spanish patients with major depressive disorder seeking primary health care. *Psychosomatics*. 2008; 49:520-9.
5. Bair MJ, Robinson RL, Eckert GJ, Stang PE, Croghan TW, Kroenke K. Impact of pain on depression treatment response in primary care. *Psychosom Med*. 2004;66:17-22.
6. Kroenke K, Wu J, Bair MJ, Krebs EE, Damush TM, Tu W. Reciprocal relationship between pain and depression: a 12-month longitudinal analysis in primary care. *J Pain* 2011;12:964-73.
7. Kroenke K, Bair MJ, Damush TM, Wu J, Hoke S, Sutherland J, Tu W. Optimized antidepressant therapy and pain self-management in primary care patients with depression and musculoskeletal pain: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2009;301:2099-110.
8. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull*. 2007;133:581-624.
9. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2015;350:h444.
10. Aragonès E, López-Cortacans G, Caballero A, Piñol JL, Sánchez-Rodríguez E, Rambla C, et al. Evaluation of a multicomponent programme for the management of musculoskeletal pain and depression in primary care: a cluster-randomised clinical trial (the DROP study). *BMC Psychiatry*. 2016;16:69.
11. Häuser W, Thieme K, Turk DC. Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome—a systematic review. *Eur J Pain*. 2010;14.1:5-10.
12. Cleeland C. The Brief Pain Inventory: user guide. MD Anderson Cancer Center: Houston; 2009.
13. Badia X, Muriel C, Gracia A, Núñez-Olarte JM, Perulero N, Gálvez R, et al. Validation of the Spanish version of the Brief Pain Inventory in patients with oncological pain. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:52-9.
14. Sullivan MJ, Bishop SR, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychol Asses*. 1995;7:524-32.
15. García-Campayo J, Rodero B, Alda M, Sobradie N, Montero J, Moreno S. Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) para la evaluación de la catastrofización en la fibromialgia. *Med Clin (Barc)*. 2008, 131: 487-92.
16. Jensen MP, Karoly P, Huger R. The development and preliminary validation of an instrument to assess patients' attitudes toward pain. *J Psychosom Res*. 1987;31:393-400
17. Miró J. Catalan and Spanish versions of the Survey Pain Attitudes: Psychometric properties and characteristics. Unitat per a l'Estudi i Tractament del Dolor – ALGOS. Tarragona, Spain: Universitat Rovira i Virgili, 2005.
18. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci*. 1974;19:1-15.
19. Quartana PJ, Campbell CM, Edwards RR. Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Rev Neurother*. 2009;9:745-58.
20. Sullivan MJL, Martel MO, Tripp D, et al. The relation between catastrophizing and the communication of pain experience. *Pain* 2006;122(3):282-288.
21. Edwards RR, Bingham CO 3rd, Bathon J, Haythornthwaite JA. Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis Rheum*. 2006;55:325-32.
22. Edwards RR, Cahalan C, Mensing G, Smith M, Haythornthwaite JA. Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol*. 2011;7:216-24.
23. Sullivan MJ, D'Eon JL. Relation between catastrophizing and depression in chronic pain patients. *J Abnorm Psychol*. 1990;99:260-3.
24. Picavet HSJ, Vlaeyen JW, Schouten JS. Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. *Am J Epidemiol*. 2002;156:1028-34.

25. Swinkels-Meewisse IE, Roelofs J, Schouten EG, Verbeek AL, Oostendorp RA, Vlaeyen JW. Fear of movement/(re)injury predicting chronic disabling low back pain: a prospective inception cohort study. *Spine*. 2006;3:658-64.
26. Miró J, Raichle KA, Carter GT, O'Brien SA, Abresch RT, McDonald CM, et al. Impact of biopsychosocial factors on chronic pain in persons with myotonic and facioscapulohumeral muscular dystrophy. *Am J Hosp Palliat Care*. 2009;26:308-19.
27. Nieto R, Raichle KA, Jensen MP, Miró J. Changes in pain-related beliefs, coping, and catastrophizing predict changes in pain intensity, pain interference, and psychological functioning in individuals with myotonic muscular dystrophy and facioscapulohumeral dystrophy. *Clin J Pain*. 2012;28:47-54.
28. Lumley MA, Cohen JL, Borszcz GS, Cano A, Radcliffe AM, Porter LS, et al. Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *J Clin Psychol*. 2011;67:942-68.
29. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychol Bull*. 2007;133:581-624
30. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. *Pain*. 2007;131:38-47.
31. Smeets RJ, Vlaeyen JW, Kester AD, Knottnerus JA. Reduction of pain catastrophizing mediates the outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment in chronic low back pain. *J Pain*. 2006;7:261-71.

Com citar l'article: Aragonès E, Rambla Vidal C, Lázaro Muñoz S, López-Cortacans G, Tomé Pires C, Sánchez Rodríguez E. Associació del catastrofisme i les actituds del pacient amb la severitat i les repercussions funcionals del dolor en pacients amb dolor crònic i depressió. *But At Prim Cat* 2018;36:56.