

Open Acces



# Validación de la escala de catastrofización del dolor para el dolor persistente no oncológico en Atención Primaria

<sup>1</sup> Tècnica Superior de Salut Pública. Unitat d'Avaluació, Sistemes d'Informació i Qualitat Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat; Institut Català de la Salut

<sup>2</sup> MFiC. CAP La Mina

<sup>3</sup> MFiC. CAP Larrard, Parc Sanitari Pere Virgili

<sup>4</sup> MFiC. CAP Sagrada Família, Consorci Sanitari Integral

<sup>5</sup> Infermera. CAP Montnegre

<sup>6</sup> Infermera. CAP Sagrada Família, Consorci Sanitari Integral

<sup>7</sup> Infermera especialista en AP. EAP Clot 10G SAP Litoral Gerència Territorial de Barcelona

<sup>8</sup> MFiC. ABS Valls Urbà, consultoris Vallmoll i La Masó

**Dirección para correspondencia:**  
Carlos De Juan Asensio

**Correo electrónico:**  
cdejuan.bcn.ics@gencat.cat

Isabel Plaza Espuña<sup>1</sup>, Carlos De Juan Asensio<sup>2</sup>, Aina Perelló Bratescu<sup>3</sup>, Natalia Riera Nadal<sup>4</sup>, Lidia Troya Martínez<sup>5</sup>, Eva González Platas<sup>6</sup>, Jaume Martín Royo<sup>7</sup> y Maria Badenes Mezquita<sup>8</sup>

## RESUMEN

### Antecedentes

La catastrofización del dolor incluye un conjunto de procesos cognitivos y emocionales que engloban una magnificación del estímulo doloroso, sentimientos de desesperanza y una orientación pesimista, o, también, una actitud mental exageradamente negativa ante una experiencia dolorosa real o anticipada.

Para medir esta actitud ante el dolor, fue creada por Sullivan *et al* en 1995 la Pain Catastrophizing Scale (PCS). Se dispone de una versión de la PCS adaptada culturalmente y validada al español para fibromialgia, pero no para el resto de las causas de dolor persistente no oncológico (DPNO).

### Objetivo

Validación de la versión española de la escala de catastrofización del dolor en personas con dolor persistente no oncológico en consultas de Atención Primaria.

### Diseño

Estudio multicéntrico para la validación del cuestionario de catastrofización del dolor, la PCS, en personas con DPNO. Se incluyeron 130 personas adultas, residentes en las provincias de Barcelona y Tarragona, con dolor persistente no oncológico, y se excluyeron las que estaban diagnosticadas de fibromialgia. Edad media 66 años (D.E. 14,2); 75,8% mujeres. Procedimiento: cumplimentación de los cuestionarios sobre características del dolor y prescripción relacionada, cuestionario PCS, escala de intensidad del dolor (EVA), test HAD de ansiedad-depresión y test EuroQol de calidad de vida. Una semana después se repetía el test a todos los participantes.

### Resultados

Consistencia interna (alfa de Cronbach) 0,87; Test-retest: 82,7%. Coeficiente de correlación

intraclase (IC 95%): 0,829- 0,903. El 49,2% presentaron catastrofización del dolor.

### Conclusiones

El cuestionario, adaptado culturalmente y validado en castellano para fibromialgia, muestra su validez para el resto de las causas de DPNO.

### Palabras clave

Dolor crónico; Catastrofización; Atención Primaria de Salud.

### TITLE

Validation of the pain catastrophizing scale for Persistent Non-Oncological Pain in Primary Care

### SUMMARY

#### Background

Pain catastrophizing is the set of cognitive and emotional processes that encompass a magnification of the painful stimulus, feelings of hopelessness and a pessimistic orientation, or, also, an exaggeratedly negative mental attitude towards a real or anticipated painful experience. To measure this attitude towards pain, the Pain Catastrophizing Scale (PCS) was created by Sullivan *et al* in 1995. We have a version of the PCS culturally adapted and validated in Spanish for fibromyalgia, but not for the rest of persistent non-cancer pain causes (PNCP).

#### Objective

Validation of the Spanish version of the pain catastrophizing scale in people with persistent non-cancer pain in Primary Care.

#### Design

Multicenter study validating the pain catastrophizing questionnaire, the PCS, in people with PNCP.

130 adults, residents of the provinces of Barcelona and Tarragona, with persistent non-oncological pain were included, and those diagnosed with fibromyalgia were excluded. Mean age 66 years (SD 14.2); 75.8% women. Procedures: questionnaires about pain characteristics and related prescription, pain catastrophizing questionnaire, pain intensity scale (VAS), HAD anxiety-depression test and EuroQol quality of life test. A week later the test was repeated for all participants.

### Results

Internal consistency (Cronbach's alpha) 0.87; Test-retest: 82.7%. Intraclass correlation coefficient (95% CI): 0.829-0.903. 49.2%, with pain catastrophizing.

### Conclusions

The questionnaire, culturally adapted and validated in Spanish for fibromyalgia, shows its validity for the rest of the causes of PNCP.

### Keywords

Chronic pain; Catastrophizing; Primary health care.

## INTRODUCCIÓN

El dolor persistente (crónico) no oncológico (DPNO) se define como aquel que permanece en un período de tiempo superior a los tres meses de forma continua o intermitente, más de cinco días por semana<sup>1</sup>. Este tipo de dolor afecta altamente la calidad de vida de las personas que lo padecen y puede ser de tipo neuropático, mixto, nociceptivo<sup>2</sup> o nociplástico. El dolor persistente no se considera un síntoma, sino una enfermedad en sí (Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE 11-)<sup>3</sup>.

Según la encuesta de salud de Cataluña del 2022, el 26,3% de las personas mayores de 15 años tienen dolor o malestar. Una de cada tres mujeres (31,8%) y uno de cada cinco hombres (20,5%) lo padecen. Aumenta con la edad y afecta más a las clases sociales desfavorecidas.<sup>4</sup> En estos datos están incluidos todo tipo de dolor crónico, incluida la fibromialgia.

Es en las consultas de atención primaria donde primero se diagnostican y tratan las patologías relacionadas con el dolor persistente. Esto sitúa a los especialistas en medicina familiar y comunitaria en una posición clave para abordarlo, con opciones (farmacológicas y no farmacológicas) más seguras y eficaces.

El tratamiento del DPNO requiere un abordaje holístico incluyendo terapias cognitivo conductuales, mantenimiento de la actividad física, apoyo farmacológico y la participación activa de las personas que lo padecen.

Dentro de los aspectos psicológicos del dolor, destaca la catastrofización del dolor, que se define como la tendencia de las personas que lo padecen a describir la experiencia del dolor en términos más exagerados de lo habitual, a rumiar sobre el dolor más intensamente y durante más tiempo, y a sentir más impotencia e indefensión ante esta experiencia. Las personas que explican ideas de este tipo viven el dolor de forma más intensa que aquellos que no lo expresan<sup>5</sup>.

Existe una fuerte relación entre la catastrofización del dolor y aspectos como el miedo al dolor, la ansiedad y la depresión. En 1967, Aaron Beck, describió la catastrofización como una distorsión cognitiva que podría contribuir a desarrollar o aumentar los síntomas depresivos<sup>6</sup>. Dentro del modelo de errores cognitivos de Beck, la catastrofización consistiría en un pensamiento disfuncional que incluye una percepción exagerada de la amenaza (magnificación), un afrontamiento irracional hacia eventos futuros (miedo) y un pesimismo consistente en sentir una situación incómoda como intolerable.

En 1979, Nicholas Spanos, estudió los aspectos psicológicos del dolor sumergiendo el brazo de personas afectadas en agua helada (medio para generar dolor agudo sin generar daño tisular). Spanos describió cómo las personas con sentimientos previos de preocupación, miedo e incapacidad de alejar la atención del dolor presentaban aspectos de catastrofización<sup>7</sup>.

En 1983, Rosenstiel y Keefe, en Carolina del Norte, diseñaron un cuestionario que ayudaba a conocer las estrategias de las personas para hacer frente al dolor persistente producido por lumbalgia: *The Coping Strategies Questionnaire (CSQ)*<sup>8</sup>. Entre los hallazgos positivos destacan el rezar, contar números, focalizar la atención en imágenes agradables, pasear, hablar con amigos... En cambio, entre los negativos, se localizó la catastrofización.

En 1987, John Chaves y Judith Brown, realizaron un estudio cualitativo para conocer las vivencias de las personas sometidas a intervenciones dentales muy dolorosas. De las 75 personas participantes, el 37% presentaron catastrofización del dolor, consistiendo en elevados niveles de estrés y exageración de los pensamientos sobre el dolor<sup>9</sup>.

Finalmente, en 1995, Michael Sullivan en Montreal, creó la escala específica para medir la catastrofización del dolor en lengua inglesa para todo tipo de dolor (agudo-persistente/real-anticipado)<sup>10</sup>. La escala de catastrofización del dolor (Pain Catastrophizing Scale, PCS) consta de 13 preguntas (figura 1), que mide tres aspectos diferenciados de la vivencia del dolor: desesperanza, rumiación y magnificación.

La catastrofización del dolor interfiere con los mecanismos endógenos de inhibición del dolor (menor efectividad analgésica)<sup>11</sup>. A más nivel de catastrofización, mayor percepción del dolor (magnificación) y menor efectividad analgésica; esto genera una mayor demanda de fármacos por parte del

Figura 1. Ítems y dimensiones de la escala de catastrofización del dolor

1. Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá	Desesperanza
2. Siento que ya no puedo más	
3. Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar	
4. Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo	
5. Siento que no puedo soportarlo más	
6. Temo que el dolor empeore	Magnificación
7. No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor	
8. Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor	
9. No puedo apartar el dolor de mi mente	
10. No dejo de pensar en lo mucho que me duele	Rumiación
11. No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor	Magnificación
12. No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor	
13. Me pregunto si me puede pasar algo grave	

Intervalo escala: 0 a 52. Puntuación 0 (ausente) a 4 (máximo).

≥ 30 se considera situación de catastrofización del dolor

paciente con los riesgos de sobredosificación de analgésicos y/o prescripción de aquellos de mayor potencia (opioides mayores)<sup>12</sup>. En el abordaje de estas personas necesitamos, pues, tener en cuenta este aspecto de catastrofización si queremos ayudarles más eficazmente<sup>13,14</sup>.

En este sentido, Granan et al en 2017 incorporaron de manera transdisciplinar en su práctica clínica habitual (junto con enfermero/as y psicólogo/as) escalas de catastrofización del dolor persistente validadas en su entorno para medir la catastrofización del dolor y su orientación negativa exagerada hacia los estímulos dolorosos<sup>15,16</sup>. Múltiples versiones en diferentes idiomas (griego<sup>17</sup>, chino<sup>18</sup>) y para diversos tipos de dolor, agudo o crónico, refuerzan la validez de la escala; aunque realizados en el ámbito de consultorios especializados en el tratamiento del dolor y no en atención primaria.

En castellano, disponemos de versiones de esta escala adaptadas culturalmente y validadas para personas diagnosticadas de fibromialgia<sup>19</sup>, mujeres sanas<sup>20</sup> y deportistas con ansiedad<sup>21</sup>. En catalán, también para el latigazo cervical<sup>22</sup> y

para niños<sup>23</sup>. Sin embargo, no existe ninguna versión de la escala en español para el DPNO.

Una adaptación de la PCS, validada al castellano para el DPNO mediante nuestro estudio piloto, aportaría una nueva herramienta útil para ayudar a personas con esta enfermedad.

El objetivo principal del presente estudio es validar la versión en idioma español de la escala de catastrofización del dolor (Pain Catastrophizing Scale) en personas con DPNO.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio multicéntrico para validación de un cuestionario en nueve Centros de Atención Primaria (CAP) de Cataluña: CAPs Montnegre, Raval Sud, Barceloneta y Sagrada Família de Barcelona; CAP La Mina de Sant Adrià de Besós; CAP Fondo de Santa Coloma de Gramanet; CAP Penedés Rural de Santa Margarida i els Monjos; CAP Torreforta de Tarragona. Estos centros fueron reclutados para el estudio de manera oportunista por trabajar en ellos profesionales sanitarios interesados en el estudio del dolor crónico.

El cuestionario base utilizado es la Pain Catastrophizing Scale (PCS)<sup>10</sup> que ya ha demostrado su validez para medir la correlación de actitud de catastrofización ante el dolor y la percepción del mismo.

Hemos elegido la traducción al español de la Pain Catastrophizing Scale (PCS) que validaron García Campayo et al.<sup>19</sup> para la fibromialgia, en nuestro idioma y características culturales.

Se incluyeron personas adultas con DPNO (se considera dolor persistente aquel de duración superior a 3 meses, de forma continua o intermitente, más de cinco días por semana), incluyendo los 4 tipos de fisiopatología: neuropático, mixto, nociceptivo<sup>1</sup> y nociplástico. Se excluyeron personas diagnosticadas de fibromialgia, dado que el cuestionario de catastrofización ya se encuentra validado para dicha entidad.

Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo oportunista en las consultas de atención primaria. Se invitaba de manera correlativa a los que tenían un diagnóstico activo de DPNO en la historia clínica informatizada (exceptuando la fibromialgia), a participar en el estudio. A los que aceptaban, en la primera visita del estudio se confirmaba la existencia de DPNO activo mediante anamnesis y escala visual analógica de intensidad del dolor (EVA).

Se excluyeron aquellas personas con desconocimiento del idioma español, limitaciones sensoriales, déficits cognitivos, enfermedad mental grave, consumo de alcohol y toxicomanías. También aquellos que no presentaban DPNO en el momento actual.

Se realizó un muestreo consecutivo de 130 personas (10 personas por cada pregunta del cuestionario). Dentro de

Tabla 1. Características de los participantes en el estudio

	Personas con catastrofización		Personas sin catastrofización		Total participantes	
	Mediana (DE)	%	Mediana (DE)	%	Mediana(DE)	%
Edad	54,5 (13,9)		66,3 (14,1)		66'0 (14,2)	
Género						
Hombre		18'0%		29'3%		24,2%
Mujer		82'0%		70'7%		75'8%
Experiencia dolorosa previa		42,6%		41,7%		41,0%
Puntuación test catastrofización	39,5 (5,2)		18,2 (11,3)		26,6 (14,1)	
Test HAD ansiedad	12,8 (3,7)	77'1%		22'5%		39'3%
Test HAD depresión	10,4 (4,1)	54'2%		22'6%		31'1%
Termómetro Euroqol	27,22 (21,9)		62,32 (21,7)		56,9 (23,1)	
Total muestra					130	100'0%
	n	%	n	%	n	%
Pacientes con DPNO	64	54,7%	53	45,3%	117	90,0%
Personas sin DPNO	0	-	13	100'0%	13	10,0%
Total muestra					130	100'0%
<b>Subgrupo de pacientes con DPNO</b>						
	Personas con catastrofización		Personas sin catastrofización		Personas con DPNO	
	Media (DE)	%	Media (DE)	%	Media (DE)	%
Intensidad del dolor (EVA)	7,3 (2,1)		5,3 (3,1)		6'0 (3'0)	
Tipo de dolor						
Nociceptivo somático		69'9%		46'8%		63'6%
Tratamiento analgésico		90'0%		88'0%		89'0%
Opioides mayores		17'0%		7'0%		10'0%
Pacientes con DPNO					117	

la muestra, se reservó un 10% a personas sin DPNO para medir la capacidad del cuestionario en detectar personas con catastrofización entre los que no presentaban dolor (umbral mínimo del cuestionario).

Las encuestas se hicieron en 2 visitas separadas por un intervalo de 1 semana. La realización de la segunda visita se diseñó para confirmar la estabilidad del cuadro doloroso.

En la primera visita se registraron datos demográficos de las personas afectadas (edad y sexo); características del dolor (tipo, duración y experiencias previas dolorosas) y tratamiento analgésico que habían recibido (principio activo, posología y duración). Se midió la intensidad del dolor con la escala visual analógica (EVA). Se preguntó sobre la vivencia del dolor con el cuestionario de catastrofización del dolor (PCS-español)<sup>19</sup>. Se valoró la ansiedad y depresión con el HAD (Hospital Anxiety and Depression)<sup>24</sup> y la calidad de vida con el cuestionario de salud EuroQol 5-D y el termómetro EuroQol.<sup>25</sup>

En la segunda visita, con objeto de evaluar la estabilidad en el tiempo del dolor y la catastrofización, se repitió la escala de intensidad del dolor (EVA) y el cuestionario PCS-castellano (prueba test-retest). Se consideró situación de estabilidad a aquellas personas que después de 1 semana presentaban

una intensidad del dolor  $\pm 2$  unidades respecto al primer valor obtenido. El resto de las personas se clasificaron como inestables y se excluyeron de la prueba del re-test.

La validación del cuestionario se analizó mediante la fiabilidad (consistencia interna y repetibilidad) y la validez de criterio mediante el análisis factorial (test de Spearman). Así mismo, se evaluó la correlación de la catastrofización con la ansiedad-depresión y calidad de vida.

En el estudio se han seguido las indicaciones éticas de la publicación, se ha obtenido el consentimiento informado de las personas participantes por escrito y los datos son confidenciales. El estudio dispone de la autorización del Comité de ética e Investigación clínica Jordi Gol i Gurina (número P17/054).

## RESULTADOS

130 participantes, cuyas características se muestran en la tabla 1.

El cuestionario se validó mediante la **validez de criterio** (Tabla 2), comparando la puntuación del test de catastrofización con la escala de intensidad del dolor (EVA), el test HAD de ansiedad-depresión y el termómetro EuroQol de calidad de

Tabla 2. Validez de criterio

Modelo	Coeficientes				
	B	Error estándar	Beta	t	p
1 Constante	6,00	5,20		1,15	0,251
Escala EVA (Primera visita)	1,30	0,36	0,28	3,52	0,001
Test HAD-ansiedad	0,93	0,23	0,35	3,98	< 0,001
Test HAD-depresión	0,61	0,26	0,22	2,31	0,022
Termómetro de calidad de vida EuroQol	-0,02	0,54	-0,31	-0,35	0,723

Tabla 3. Fiabilidad del cuestionario (consistencia interna)

	Coeficiente de correlación	Coeficiente de correlación intraclase					
		Intervalo confianza 95%					
		Límite inferior	Límite superior	Valor	diferencia 1	diferencia 2	p
Medidas individuales	0,63	0,54	0,69	7,68	128	384	< 0,001
Medidas ponderadas	0,87	0,82	0,90	7,68	128	384	< 0,001

Tabla 4. Matriz de correlación entre las puntuaciones de los ítems del cuestionario según dimensión

	Rumiación	Magnificación	Desesperanza	Total PCS
Rumiación	1,00	0,71	0,78	0,90
Magnificación	0,71	1,00	0,63	0,79
Desesperanza	0,75	0,63	1,00	0,94
Total PCS	0,90	0,79	0,94	1,00

vida, encontrando resultados significativos con la escala EVA y el test HAD de ansiedad ( $p < 0,001$ ).

La **validez de constructo** del cuestionario se midió a través del coeficiente de correlación de Pearson obteniendo una R de 0,728

En cuanto a la **fiabilidad del cuestionario** (Tabla 3) se midió a través de la consistencia interna entre preguntas similares dentro de la misma dimensión a través de la prueba alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente de correlación alfa de 0,87.

Se midió la **estabilidad en el tiempo del cuestionario** a través del test de repetibilidad (test-retest) considerando las personas con dolor estable a aquellas que después de una semana presentaban estabilidad en la situación de DPNO (la diferencia en la intensidad del dolor entre la segunda y primera visita sólo varía  $\pm 2$  unidades). El resultado fue de 0,73.

Así mismo, la **matriz de correlación intra-inter pregunta** (Tabla 4) del cuestionario mostró unos resultados concordantes en todas las dimensiones.

## DISCUSIÓN

La escala PCS tiene un gran interés para diferenciar un subtipo específico de personas con DPNO que precisan un abordaje específico de los aspectos psicológicos relacionados con la catastrofización del dolor.

En este sentido, hay numerosos países, entre los que destacan Suecia y el Instituto Karolinska de Neurociencias al frente (Kemani et al., 2019)<sup>26</sup>, que han optado por incorporar en su práctica clínica escalas de PCS validadas en su medio, con el objetivo de identificar este fenómeno en las personas afectadas de DPNO. En la misma línea también se suman Saurab Sharma et al (2018)<sup>27</sup> en Nepal y más recientemente Kosuke Saita et al (2021)<sup>28</sup> en Japón.

Los valores de validez de constructo, consistencia interna y fiabilidad test-retest del presente estudio son adecuados para la validación del cuestionario, ya que son superiores al 0,70 recomendado en cualquier validación y presentan todos ellos significación estadística. Así mismo, se encuentra una validez convergente adecuada, positiva y significativa del cuestionario en relación con la puntuación del test HAD-ansiedad e intensidad del dolor con la escala EVA. Comparando con estudios previos, vemos que Sullivan et al. al validar el PCS obtuvieron un valor de consistencia interna de 0,87, similar a la de nuestra validación.<sup>10</sup>

Teniendo en cuenta los datos anteriores, podemos afirmar que los resultados del presente estudio muestran que el cuestionario presenta una consistencia interna y estabilidad en el tiempo adecuada en las personas seleccionados, así como niveles de catastrofización que se correlacionan significativamente con la intensidad del dolor, el resultado del test HAD de ansiedad y con una inferior calidad de vida. En conclusión, el

cuestionario se ha validado y puede utilizarse para la detección de la catastrofización del dolor en personas con DPNO.

Hemos elegido la traducción al español de la Pain Catastrophizing Scale (PCS) que hicieron García Campayo et al.<sup>19</sup> en la validación para la fibromialgia por estar ya adaptada a nuestro idioma y visión cultural del dolor.

La validación de la Pain Catastrophizing Scale para DPNO ya se ha hecho para lenguas diversas tal como hemos comentado, pero el universo muestral estaba constituido por personas que acudían a consultorios especializados en dolor<sup>29,30</sup>. Nuestro estudio se hace en población general que acude a las consultas de atención primaria y, por ello, la escala que hemos validado es más representativa y, por tanto, tiene más validez externa que estos estudios previos.

### LIMITACIONES

Analizando las posibles limitaciones del estudio, hay que tener en cuenta que la selección de los centros participantes en el estudio fue de conveniencia. La mayoría son centros urbanos, de Barcelona capital o de la periferia, que representan a diferentes niveles socioeconómicos. Por ese motivo, esa circunstancia no influye en la representatividad de los resultados.

Por otro lado, la selección de las personas participantes se hizo de manera oportunista entre los que acudían a la consulta de atención primaria por cualquier motivo, eligiendo a las personas que tenían registrado un diagnóstico compatible con dolor persistente no oncológico. Si bien el registro podría estar sobrevalorado por no estar actualizados los diagnósticos, la tarea de confirmarlos mediante anamnesis y escala EVA de dolor aseguraba que las personas cumplían los criterios de inclusión.

Al ser las personas afectadas de dolor persistente y, entre ellas, los catastrofizadores los que más acuden a la consulta pudo haber una sobrerrepresentación. No obstante, esto no influye en la validación del cuestionario que atiende a características del test y no de las personas afectadas.

También observamos una mayor representación de mujeres en la muestra, que puede ser debido a que en ellas la prevalencia es mayor<sup>4</sup>.

Otra posible limitación sería la posibilidad que las personas se cansaran durante la realización de la entrevista y ello influyese en la calidad de las respuestas; pero al pasar el test de catastrofización al principio de la entrevista se soslaya este peligro.

### CONCLUSIONES

Los resultados indican que la PCS en castellano es un instrumento válido para evaluar la catastrofización ante el dolor en personas con DPNO.

El cuestionario que hemos validado detecta adecuadamente, en personas de lengua castellana y con DPNO, la catastrofización del dolor.

Sin duda, el disponer de esta escala en español supondrá una herramienta importante en el reconocimiento precoz y en un abordaje más temprano y eficaz de las personas con dolor persistente. Y no es esta una cuestión baladí, ya que está ampliamente demostrado que el dolor generalizado conlleva sufrimiento y un impacto en la calidad de vida y salud mental, así como aumento de consumo de servicios sanitarios<sup>31,32</sup>.

### Directrices para futuras investigaciones sobre el tema.

Otras opciones planteadas para completar el desarrollo y la efectividad de este estudio son:

1. Integración de la detección de la catastrofización en la práctica diaria en las consultas de atención primaria.
2. Estimación de la prevalencia de catastrofización en los pacientes con DPNO y los costes asistenciales que supone.
3. Estudiar la relación entre ansiedad y catastrofización.
4. Profundizar en la perspectiva de género de la catastrofización.
5. Investigar la efectividad de terapias no farmacológicas en el abordaje de la catastrofización, DPNO y ansiedad: mindfulness, yoga,...

### AGRADECIMIENTOS

A J. García Campayo et al. por cedernos el test de catastrofización validado al castellano.

A la Gerencia territorial de Barcelona ciutat del Institut Català de la Salut por la ayuda XB a proyectos de investigación.

Resto del equipo investigador:

Cristina del Pino Astorga (Infermera CAP Barceloneta), Anna Lorente Bernaldo (Infermera CAP Raval Sud), Jordi Grau i Bartomeu (Metge de Família CAP Drassanes), Maite Coll Perona (Metgessa de Família CAP Montnegre), Cristina Molinos Carrasco (Metgessa de Família CAP Fondo), Elisabet Fructuoso Gonzalez (Infermera CAP Fondo), M<sup>a</sup> Núria Moral Ajadó (Infermera CAP Sta Margarita i els Monjos), Eduard Borreguero Guerrero (Metge de família CAP Torreforta-La Granja), Amaia Morón Ugalde (Infermera CAP Torreforta-La Granja)

### CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Batet C, Bonet S, de Prado S, Limón E,. Abordatge del dolor crònic no oncològic. Servei Català de la Salut

- (Barcelona); 2016. Disponible en: [https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/catsalut\\_territori/barcelona/produccio\\_cientifica/2016/document-abordat-ge-DCNO-marc-2016.pdf](https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/catsalut_territori/barcelona/produccio_cientifica/2016/document-abordat-ge-DCNO-marc-2016.pdf).
2. M. C. López-Silva, M. Sánchez de Enciso, M. C. Rodríguez-Fernández, E. Vázquez-Seija "Cavidol: Calidad de vida y dolor en atención primaria" *Rev. Soc. Esp. Dolor* 1: 9-19; 2007.
  3. Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021, <https://icd.who.int/browse11>. Licencia de Creative Commons Attribution - No Derivatives 3.0 IGO (CC BY-ND 3.0 IGO).
  4. Enquesta de salut de Catalunya, 2022. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2023.
  5. Sánchez J, Tejedor A, Carrascal R,. Documento de consenso sobre la atención al paciente con dolor crónico no oncológico en atención primaria. SEMG, SEMERGEN, SEMFYC. 2016. Disponible en: <https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2015/06/Documento-de-Consenso-La-atencio%CC%81n-al-pacien-tecon-DCNO-en-AP.pdf>.
  6. Beck, AT.; Rush, AJ.; Shaw, BF.; Emery, G. *The Beck Depression Inventory (BDI-11)*. Cognitive Therapy of Depression. Guilford Press; NY, USA: 1979.
  7. Spanos N P, Radtke-Bodorik H L, Ferguson J D, Jones B. The effects of hypnotic susceptibility, suggestions for analgesia, and utilization of cognitive strategies on the reduction of pain. *J Abnorm Psychol* 1979, 88: 282- 292.
  8. Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*. 1983 Sep;17(1):33-44.
  9. Chaves JF, Brown JM. Spontaneous cognitive strategies for the control of clinical pain and stress. *J Behav Med* 1987; 10: 263-276.
  10. Sullivan M. J., Bishop S. R., Pivik J. (1995). "The Pain Catastrophizing Scale: Development and Validation". *Psychological Assessment* 7 (4): 524-532. doi:10.1037/1040-3590.7.4.524.
  11. Goodin, B. R., McGuire, L., Allshouse, M., et al. Associations Between Catastrophizing and Endogenous Pain-Inhibitory Processes: Sex Differences. *J Pain* 2008. Jacobsen, P. B., Butler, R. W.
  12. Toth C, Brady S, Hatfield M. The importance of catastrophizing for successful pharmacological treatment of peripheral neuropathic pain. *J Pain Res*. 2014 Jun 24;7:327-38. doi: 10.2147/JPR.S56883. PMID: 25028563; PMCID: PMC4077695.
  13. Weissman-Fogel, I., Sprecher, E., and Pud, D. Effects of catastrophizing on pain perception and pain modulation. *Exp Brain Res* 2008, 186: 79 - 87.
  14. García-Campayo J, Serrano-Blanco A, Rodero B, Magalón R, Alda M, Andrés E, Luciano JV, del Hoyo YL. Effectiveness of the psychological and pharmacological treatment of catastrophization in patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Trials*. 2009 Apr 23;10:24. doi: 10.1186/1745-6215-10-24.
  15. Catastrophizing delays the analgesic effect of distraction. Claudia M. Campbell, Kenny Witmer, Mpepera Simango, Alene Carteret, Marco L. Loggia, James N. Campbell, Jennifer A. Haythornthwaite, Robert R. Edwards. *Pain*. Published online 2010 Feb 25.
  16. Granan LP, Reme SE, Jacobsen HB, Stubhaug A, Ljoså TM. The Oslo University Hospital Pain Registry: development of a digital chronic pain registry and baseline data from 1,712 patients. *Scand J Pain*. 2019. Apr 24;19(2):365-373. doi: 10.1515/sjpain-2017-0160.
  17. Christakou; Anna. Cross-cultural adaptation of the Pain Catastrophizing Scale in Greek clinical population. *Hong Kong Physiother J*. 2021 Dec;41(2):89-98. doi: 10.1142/S1013702521500086. Epub 2021 Mar.
  18. Shen B, Wu B, Abdullah TB, Zhan G, Lian Q, Vania Apkarian A, Huang L. Translation and validation of Simplified Chinese version of the Pain Catastrophizing Scale in chronic pain patients: Education may matter. *Mol Pain*. 2018 Jan Dec; 14:1744806918755283. doi: 10.1177/1744806918755283. Epub 2018 Jan 21. PMID: 29353539; PMCID: PMC5788090.
  19. García 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) en la fibromialgia. *Medicina clínica*. Vol. 131. Núm. 13. 18 Octubre 2008.
  20. López-Pérez A, Calero-García MD. Sensibilidad al dolor, autorregulación, afrontamiento y personalidad en mujeres adultas sanas. *Psicothema* 2008. Vol. 20, nº 3, pp. 420-426.
  21. Olmedilla A, Ortega E, Boladeras A, Abenza L, Esparza S. Relaciones entre catastrofismo ante el dolor y ansiedad en deportistas. *Anuario de psicología clínica y la Salud* 4 (2008) 45-51.
  22. Miró J, Nieto R, Huguet A. The Catalan version of the Pain Catastrophizing Scale: a useful instrument to assess catastrophic thinking. *J Pain*. 2008 May;9(5):397-406. doi: 10.1016/j.jpain.2007.12.004.
  23. Solé E, Castarlenas E, Miró J. A Catalan adaptation and validation of the Pain Catastrophizing Scale for Children. *Psychol Assess*. 2016 Jun;28(6):e119-26. doi: 10.1037/pas0000243.
  24. A.S. Zigmond, R.P. Snaith. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67 (1983), pp. 361-370
  25. X Badia, M Roset, S Montserrat, M Herdman, A Segura. The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. *European Quality of Life scale*. *Med Clin (Barc)*1999;112 Suppl 1:79-85.

26. Kemani MK, Grimby-Ekman A, Lundgren J, Sullivan M, Lundberg M. Factor structure and internal consistency of a Swedish version of the Pain Catastrophizing Scale. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2019 Feb;63(2):259-266. doi: 10.1111/aas.13246.
27. Sharma S, Thibault P, Abbott JH, Jensen MP. Clinimetric properties of the Nepali version of the Pain Catastrophizing Scale in individuals with chronic pain. *J Pain Res.* 2018 Jan 31;11:265-276. doi: 10.2147/JPR.S153061.
28. Saita K, Sumitani M, Nikaido T, Sekiguchi M, Inoue R, Abe H, Konno S, Uchida K. Exponential correlations among neuropathic components, pain intensity, and catastrophic thoughts in patients with musculoskeletal pain disorder. *Curr Med Res Opin.* 2021 Aug;37(8):1341-1348. doi: 10.1080/03007995.2021.1929137.
29. Ximing Xu, MD, Xianzhao Wei, MD, Fei Wang, MD, Jie Liu, MD, Hui Chen, MD, Yuanchang Xiong, MD, and Ming Li, MD. Validation of a Simplified Chinese Version of the Pain Catastrophizing Scale and an Exploration of the Factors Predicting Catastrophizing in Pain Clinic Patients. *Pain Physician* 2015; 18:E1059-E1072 • ISSN 2150-1149.
30. Huda Abu-Saad Huijjer, Souha Fares, and Douglas J. French. The Development and Psychometric Validation of an Arabic-Language Version of the Pain Catastrophizing Scale. *Hindawi Publishing Corporation Pain Research and Management Volume 2017, Article ID 1472792, 7 pages* <http://dx.doi.org/10.1155/2017/1472792>.
31. Morales-Espinoza EM, Kostov B, Salami DC, Perez ZH, Rosalen AP, Molina JO, et al. Complexity, comorbidity, and health care costs associated with chronic widespread pain in primary care. *Pain.* 2016 Apr;157(4):818–26.
32. Cabrera-Leon A, Cantero-Braojos MÁ. Impacto del dolor crónico discapacitante: resultados de un estudio poblacional transversal con entrevista cara a cara [Impact of disabling chronic pain: results of a cross-sectional population study with face-to-face interview]. *Aten Primaria.* 2018 Nov;50(9):527-538. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2017.03.020.