

INCAPACIDAD LABORAL Y DOLOR.

Introducción

Dolor e incapacidad son situaciones que pueden presentarse asociadas pero que valoradas por separado no mantienen una relación directa, que pueda ser evaluada, es decir objetivada y cuantificada en su significación incapacitante laboral.

¿Podemos decir que el dolor es valorable para una Incapacidad Laboral o Discapacidad?

Si, no por sí solo, pero si asociado a la disfunción que supone, o asumido como parte integrante y esperable de los síntomas del proceso.

Para valorar el dolor lo primero que debemos hacer es escuchar al paciente, valorar como expresa su intensidad, su localización, su disconfort, su repercusión en la autonomía funcional en las tareas personales, de relación y laborales, su repercusión psicológica la respuesta a los analgésicos y tipo de analgesia que precisa, su permanencia en el tiempo, pero también debemos cotejar la tolerancia al dolor, el umbral del mismo, la adaptación conductual, y la servidumbre terapéutica.

Si la dificultad en responsabilidad civil de poner precio al dolor, (el quantum doloris) no queda resuelta en su tasación, la cuantificación efectuada es puramente convencional pues el precio del dolor no es calculable en términos económicos reales, mayor dificultad para valorar la pérdida en porcentaje o de forma genérica para la actividad laboral.

Dolor y discapacidad

La valoración del dolor en la evaluación de la Discapacidad es igualmente complicada y las referencias al dolor en la evaluación de las minusvalías son bastante difusas.

Por procesos el dolor musculoesquelético se valora en la medida que puede acompañar a las deficiencias del sistema musculoesquelético.

Para evaluar una deficiencia debida a los efectos de lesiones de los nervios periféricos es necesario determinar la gravedad de la pérdida de función debida a déficit sensorial o dolor y la debida a déficit motor.

Sólo el dolor o las molestias persistentes que causan una pérdida de función permanente, a pesar de un esfuerzo máximo en la rehabilitación médica y de haber transcurrido un periodo óptimo de tiempo para la adaptación psicológica, deben considerarse como una deficiencia establecida.

El dolor que no cumple uno o más de los criterios anteriores no se considera valorable.

Las lesiones de los nervios periféricos que producen déficit sensorial pueden asociarse a una amplia gama de sensaciones anormales, como: anestesia, disestesia, parestesia, hiperestesia, intolerancia al frío y dolor urente intenso. La evaluación neurológica del dolor se basa en primer lugar en la descripción por parte del paciente del carácter, localización, intensidad, duración y persistencia de la molestia, y en la comprobación de la distribución anatómica del defecto neurológico. Puede ser necesario realizar diversas pruebas analíticas, radiológicas, electrofisiológicas o vegetativas.

Deben describirse la forma y el grado en que el dolor interfiere con la realización de las actividades de la vida diaria del paciente y los factores que aumentan las molestias.

El dolor anginoso o el dolor vascular periférico se valora con otras variables asociadas. El dolor abdominal por procesos digestivos sólo se menciona sin mayor precisión

La Clasificación del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud Referencia al dolor sólo nominalmente cuando hace referencia a las funciones sensoriales como sensación de dolor y la define como:

Sensación desagradable que indica daño potencial o real en alguna estructura corporal.

Incluye: sensaciones de dolor generalizado o localizado, en una o más partes del cuerpo, dolor en un dermatoma, dolor punzante, quemazón, dolor sordo; deficiencias tales como mialgia, analgesia y hiperalgesia.

Métodos objetivos		
Grado	Descripción del déficit sensorial o dolor	% déficit sensorial
1	No existe pérdida de la sensibilidad, sensación anormal o dolor.	0
2	Disminución de la sensibilidad con o sin sensación anormal o dolor, que se olvida durante la actividad.	1-25
3	Disminución de la sensibilidad con o sin sensación anormal o dolor, que interfiere con la actividad.	26-60
4	Disminución de la sensibilidad con o sin sensación anormal o dolor, que puede impedir la actividad, o causalgia menor.	61-80
5	Disminución de la sensibilidad con sensaciones anormales y dolor intenso que impide la actividad, o causalgia mayor.	81-100

El dolor en Medicina Evaluadora.

Para el Médico evaluador, la problemática que se le presenta es saber si el dolor es real, o simulado, pero más aún saber cuánto dolor tiene y hay o existe y cómo y cuánto incapacita.

El dolor es un síntoma complejo, multidimensional y subjetivo. En su génesis y mantenimiento influyen factores diversos que proceden del mundo de los estímulos físicos pero también del intelecto y las emociones.

En el dolor se puede evaluar desde la dimensión:

- Fisiológica (localización, duración, etiología y tipo).
- Sensorial (intensidad, cualidad y patrón).
- Afectiva (estado de ánimo, discomfort).
- Cognitiva (significado del dolor para el paciente).
- Conductual (comportamiento y conducta ante el dolor).
- Socio-cultural (familia, relaciones, trabajo).

Evidentemente la primera cuestión a plantearse en la anamnesis ante un paciente con un dolor potencial referido es la confirmación del mismo pero esa es una información, a todas luces, incierta e insuficiente.

Una correcta evaluación del síntoma pasa, necesariamente, por el mayor y mejor conocimiento de todos los aspectos que lo perfilan y definen

El médico evaluador tiene que encontrar causas objetivables que puedan ocasionar dolor.

En estos momentos sabemos que no se puede hablar de dolor en singular, sino que existen múltiples tipos de dolores y además cada uno de ellos se manifiesta de forma diferente, dependiendo de las características y condiciones del sujeto.

El dolor es una experiencia común a todo ser humano. Desde el nacimiento hasta la muerte el individuo está sometido a una interacción constante entre su entorno y su propia realidad psicofísica, y de ambas vertientes puede provenir la agresión que se traduzca en dolor.

El dolor puede definirse como la sensación desagradable, displacentera, que aflora a la conciencia del individuo como consecuencia de diferentes estímulos nociceptivos procedentes de una o varias áreas u órganos corporales. Puede añadirse que es una experiencia sensorial y emocional displacentera asociada a un daño tisular real o potencial.

Definición del término Incapacidad Laboral.

En materia de valoración de la capacidad laboral en Seguridad Social la incapacidad puede ser temporal o permanente.

La Incapacidad Temporal es la situación de enfermedad o accidente que imposibilite temporalmente para trabajar y precise tratamiento.

- Contiene un carácter temporal que hace referencia la duración máxima de esta situación y un carácter transitorio que es la necesidad de recibir tratamiento, la situación espera a la respuesta al mismo, entendiéndose que con él se producirá una curación o mejoría suficiente.
- Los daños de carácter permanente o estables o definitivos obligan a considerar el fin de la prestación y estimar si procede o no la declaración de Incapacidad Permanente y en su caso el grado de la misma.

La Incapacidad Permanente es la situación del trabajador que, tras padecer una enfermedad o un proceso traumático y después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan y/o anulen definitivamente su capacidad laboral.

Principio Resarcitorio de la Incapacidad en Seguridad Social

- el carácter profesional o laboral del daño
- La relevancia y la incidencia del Daño en la profesión o actividad laboral.
- La compensación por la pérdida de haberes.(Pérdida de la capacidad productiva y de ganancia)

Es decir para estimar la capacidad / incapacidad de un trabajador debemos de valorar por una parte el estado de salud de un trabajador, sus capacidades perdidas, las capacidades que mantiene y por otra las capacidades que requiere el trabajo, y en virtud del equilibrio o desequilibrio de esta medida precisar si hay o no situación incapacitante.

Conocida, evaluada, graduada y medida esta pérdida de la Salud y puesta en relación con las requisitorias de su trabajo o del trabajo en general, estimaremos la capacidad o Imposibilidad para realizarlo.

El dolor y su clasificación

El dolor es una referencia del paciente a la experiencia emocional (subjetiva) y sensorial (objetiva) desagradable asociada a una lesión o expresada como si ésta existiera. (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor)

Esta definición se amplía entendiéndose puede constituir una enfermedad por sí misma, si no hay remedio terapéutico para su causa o sus manifestaciones.

La participación múltiple de fenómenos psicológicos (subjetivos), físicos o biológicos (objetivos) en el dolor es variable según el tipo de dolor y la persona que manifiesta el dolor. Lo que convierte al dolor en la experiencia de un sentimiento de curso inesperado, con evolución particular y personalizada.

El dolor es la causa más frecuente de consulta médica, y la primera pregunta en la anamnesis al paciente.

Las características del dolor en cuanto a su presentación, localización, curso, duración, frecuencia, intensidad, irradiación, síntomas y signos acompañantes, factores agravantes, factores atenuantes y respuesta a los analgésicos nos definen el tipo de dolor.

Según estas características del dolor, se puede conocer su origen o etiología y por lo tanto su diagnóstico, su gravedad o pronóstico y el tratamiento.

Clasificación del Dolor

Según presentación:

1. Dolor rápido
2. Dolor lento

Según intensidad:

- Leve. Puede realizar actividades habituales.
- Moderado. Interfiere con las actividades habituales. Precisa tratamiento con opioides menores.
- Severo. Interfiere con el descanso. Precisa opioides mayores. 3º escalón.

Según tiempo de evolución:

- Dolor agudo. Limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico.
- Dolor crónico (no responde al tratamiento analgésico habitual y dura más de 3 meses. Se acompaña de componente psicológico)

Según fisiopatología:

a) Dolor Nociceptivo

- Somático: Bien localizado, intenso, constante.
- Visceral: Mal localizado (dolor referido), difuso profundo.

b) Dolor Neuropático: Dolor por lesión de nervios periféricos, SNC o ambos.

- De desaferentización: Quemante en forma de descargas que puede seguir el territorio de un nervio periférico.
- Simpático: Superficial, urente, con trastornos tróficos en la piel que no sigue dermatomas. Se debe a lesión de fibras simpáticas.

Puede ir acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia.

c) Psicógeno: Intervienen aspectos educacionales, rasgos de personalidad y factores psico-sociales que rodean al individuo. Es típica la necesidad de un aumento constante de las dosis de analgésicos con escasa eficacia.

Según curso:

- Continuo: Persistente a lo largo del día y no desaparece.
- Irruptivo: Exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable. El dolor incidental es un subtipo del dolor irruptivo inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria del paciente.

Según factores pronósticos de control.

El dolor difícil (o complejo) es el que no responde a la estrategia analgésica habitual (escala analgésica de la OMS).

El Edmonton Staging System pronostica el dolor de difícil control.

Según respuesta al tratamiento:

- Buena respuesta a opiáceos: dolores viscerales y somáticos.
- Parcial respuesta a opiáceos: dolor óseo (además son útiles los AINE) y el dolor por compresión de nervios periféricos (es conveniente asociar un esteroide).
- Escasa respuesta a opiáceos: dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración-destrucción de nervios periféricos (responde a antidepresivos o anticonvulsiantes).

Dolor iatrogénico

El dolor oncológico causado por los tratamientos puede estar originado por la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. Enmarca la servidumbre terapéutica.

Valoración del dolor

Ya que el dolor depende en su sentimiento y en su expresión de diversos factores individuales biológicos, físicos, psicológicos, educacionales, culturales, sociales, gananciales, la evaluación clínica de este debiera hacerse con una valoración subjetiva, objetiva y psicológica.

Valoración del dolor en las Unidades Médicas de Valoración del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

El dolor en incapacidad temporal puede presentarse por sí sólo aunque no hallemos lesión, de hecho es motivo de las principales causas de baja (lumbalgia, hombro dolorosos y cervicalgia)

El dolor en incapacidad permanente, si proviene de baja larga, suele acompañar a lesión objetivada y en ocasiones se presenta con comorbilidad o pluriafectación lesional.

Evaluar es identificar, medir y concluir, lo que significa que para evaluar el dolor y su repercusión incapacitante debemos objetivar el daño, establecer la intensidad y realizar un juicio clínico laboral.

Pero el dolor es un intangible, y en ello radica su dificultad evaluadora.

¿Cómo pretender medir lo que no es medible?

El dolor tiene un marcado componente subjetivo, los signos externos no son proporcionales a la magnitud del dolor, el dolor no siempre guarda relación con la severidad de la lesión,

Los métodos subjetivos mediante cuestionarios o escalas tienen el sesgo de cómo se siente el paciente o como siente el dolor, no es una cuantificación de cuánto dolor existe. Tanto con las escalas unidimensionales como multidimensionales.

Los métodos objetivos, suponen un acercamiento más significativo ya que valoran el comportamiento psicológico, los diferentes cambios fisiológicos que el dolor comporta, que son medibles, así como, las determinaciones bioquímicas que se producen, si bien estas son de escasa consistencia, tanto en cuanto a su sensibilidad como su especificidad.

Métodos Subjetivos

ESCALAS

Escalas unidimensionales

Son las que evalúan un solo aspecto del dolor, por lo general su intensidad

Escalas verbales categóricas. Son las que evalúan un solo aspecto del dolor, por lo general su intensidad; son de fácil aplicación y tienen aceptables niveles de fiabilidad pero no contemplan la multidimensionalidad del dolor y, por ello, deben ser complementadas con otras técnicas. Las más conocidas son la de Keele, Morrison y Dundee, Anderson y Melzack.

Escalas Multidimensionales

Aunque más complejas, proporcionan una información más extensa y también de mayor calidad sobre el síntoma, pues miden aspectos distintos y complementarios del mismo. Miden tres componentes: sensorial, afectivo y evaluativo y proporcionan un índice para cada uno de las tres dimensiones. Nos proveen de una puntuación global y, también, de un índice de intensidad. Son varias las que se han traducido y validado en el idioma español:

Brief Pain Inventory (BPI) Hace referencia a los aspectos más relevantes del dolor como su intensidad, localización y cualidades así como las limitaciones que pudiera causar en las actividades diarias del paciente y su posible causalidad.

McGill Pain Questionnaire (MPQ) se valoran cuatro aspectos del dolor: su dimensión sensorial, la afectiva, la valorativa de sus distintos componentes y una miscelánea. Está compuesto este cuestionario por 65 descriptores agrupados en 19 subclases, de las que 15 recogen aspectos sensoriales, 3 aspectos emocionales y una, aspectos valorativos. Dentro de cada categoría, un adjetivo califica desde una intensidad leve a una intensa

Memorial Pain Assessment Card (MPAC). Es una escala desarrollada por la doctora Foley en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center de Nueva York para evaluar el papel de los fármacos analgésicos en el control del dolor y ha demostrado ser un instrumento útil por ser rápido y sencillo y, a la vez, capaz de valorar cuatro aspectos del síntoma percepción, intensidad, alivio y estado de ánimo.

Test de Latinen. Valora la intensidad del dolor, su frecuencia, el consumo asociado de analgésicos, el grado de incapacidad que produce y las horas de sueño de que disfruta el paciente.

Test de Nottingham. Consta de 38 cuestiones que abordan el dolor, el grado de energía, la movilidad física, el sueño, la reacción emocional al síntoma y el posible aislamiento social.

Memorial Symptom Assesment Scale y el QLQ-C30, desarrolladas por la EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) de uso casi exclusivo en los ensayos clínicos).

Los autorregistros. Se solicitan al paciente para que comunique todos los eventos relacionados con el dolor durante las 24 horas del día. Funcionan como un diario del dolor y combinan la autoobservación con el registro

Métodos objetivos

Los métodos objetivos valoran el comportamiento psicológico, cambios fisiológicos, determinaciones bioquímicas.

Evaluación conductual.

La observación de la conducta del paciente es un excelente método de evaluación del dolor. Existen muchas conductas indicativas de la experiencia dolorosa, como los quejidos, las muecas, los suspiros, ciertas posturas corporales, expresiones faciales y también el bajo nivel de actividad y el absentismo laboral. El patrón de conducta puede ser recogido en casa por los familiares y, en el hospital, por la enfermería.

Evaluación fisiológica.

Consiste en la medición de respuestas fisiológicas ante el dolor, como son el estudio del patrón electromiográfico, los potenciales evocados, la neurografía percutánea, la determinación de péptidos opiodes endógenos y la obtención de los reflejos nociceptivos de flexión.

Todos ellos forman parte del campo experimental y de investigación más que de la práctica clínica diaria.

No obstante, siempre podremos observar en el enfermo la respuesta al dolor del sistema nervioso autónomo en forma de taquicardia, aumento de la temperatura corporal o sudoración.

Peculiaridades del paciente en medicina evaluadora.

Es un ser sufriente, con impedimento para el trabajo por dolencias en espera de mejora con tratamiento, con limitaciones que impiden trabajar y trabajo con tareas que están contraindicadas con su enfermedad

El paciente cuando acude a la medicina asistencial busca expone sus síntomas en busca de una curación lo más pronta posible.

El médico establece un diagnóstico y un Tto específico

La relación médico-paciente tiene un marcado componente empático para favorecer el acercamiento terapéutico

El paciente cuando acude a la medicina evaluadora expone sus síntomas en busca o pretendiendo el mantenimiento o la consecución de una compensación económica por el daño corporal

La valoración de la incapacidad laboral exige del médico evaluador el que establezca las deficiencias sus consecuencias las limitaciones funcionales y emite un Juicio Clínico Laboral consistente en si hay o no incapacidad.

La relación médico-paciente tiene un marcado componente asertivo y de distancia decisoria para poder obrar con justicia, objetividad e independencia.

Pautas para valorar el dolor

- Recoger información. Escuchar.
- Valorar respuesta al tratamiento y tipo de analgesia.
- Observar.
- Valorar las pruebas complementarias. Los hallazgos en pruebas funcionales complementarias.
- Exploración neurológica y musculoesquelética. Maniobras diferidas, combinadas y de distracción. Signos Waddellinanos.

Valoraciones objetivas:

La Termografía es una técnica muy sensible y específica en alteraciones circulatorias, desórdenes neuropáticos, síndromes miofasciales y síndromes dolorosos articulares y periarticulares, muy útil para diferenciar dolores simulados de los orgánicos, cuando el resto de pruebas no aportan datos objetivos y el paciente sigue refiriendo el dolor.

Pruebas bioquímicas Determinación de péptidos opioides endógenos en LCR, catecolaminas, cortisol y hormona antidiurética

La Electromiografía (EMG): el patrón neurogénico o denervativo y el patrón miopático. Este último se debe a diferentes miopatías, y no tiene tanta importancia como el neurogénico que siempre implica una afectación del SNP y su correlación con el dolor neurogénico.

La Electroneurografía (ENG): es una prueba útil en el estudio del dolor neurogénico.

Pruebas neuropsicológicas. **EI SIMS.**

Dolores de difícil valoración

Dolor psicogénico

Sin causa o lesión somática aparente, o si la ha padecido no podría justificar tal dolor, con semiología dolorosa atípica, examen clínico normal y exploraciones secundarias negativas, pero presente. Sin respuesta a los analgésicos Constituye un síndrome o síntoma, pero no una enfermedad.

Dolor. Simulación o Sobredimensionamiento clínico.

Dolor de presentación y exhibición bizarra.

En la práctica diaria, es más frecuente la exhibición del dolor o la exageración sintomática, más que la simulación.

¿Cómo medir lo subjetivo? La perspectiva distorsionante del refiere

Nuestro paciente es un ser sufriente,
Con impedimento para el trabajo por dolencias en espera de mejora con tratamiento.
Con limitaciones que impiden trabajar y trabajo con tareas que están contraindicadas con su enfermedad

Nuestro paciente trabajador, en el momento de valoración No busca un diagnóstico, ni un tratamiento, Sino la justificación de una situación con una compensación económica

La consecuencia de la valoración será un subsidio

Busca, pretende o disfruta de una prestación económica, por pérdida de salud que impide trabajar
Tal vez pueda o no trabajar, tal vez deba o no trabajar, tal vez quiera o no trabajar, pero también sabemos que gana la guerra del quiere al puede o al debe trabajar.

Nuestro paciente

- Experimenta
- Expresa
- Expone
- Explica

sus síntomas

Pero se complica su valoración cuando

- Exhibe
- Exacerba
- Exagera
- Expande
- Extiende
- Explota
- Exprime
- Escenifica

sus síntomas

Y entonces, se acrecienta la dificultad para objetivar, y se da el fenómeno no infrecuente del sobredimensionamiento de la clínica

Nuestra labor como médicos evaluadores en el INSS se trata mediante el informe médico de valoración establecer un juicio clínico laboral sobre la justa correspondencia de la situación presente o alegada

Evaluar es identificar, que es objetivar, medir que es establecer la intensidad y concluir que no es sino establecer un juicio clínico laboral

Dolor. Simulación o Sobredimensionamiento clínico, Signos de Vicente:

- Actitud teatralizante en la consulta desde su presentación
- Exhibición aparatosa de síntomas
- Ganancia de enfermedad
- Quejas poco consistentes, inoperancia de cuantos tratamientos ha seguido, con nula mejoría.
- Persistencia de síntomas más allá de la evolución esperada.
- Nula o escasa organicidad del proceso y abundante componente funcional exploratorio.
- Respuesta dolorosa a cualquier requerimiento mínimo exploratorio, “totalgia”, incluyendo expresiones de respuesta a pruebas que nada tienen que ver con el cuadro clínico simulado.
- Diferencia de hallazgos exploratorios en las maniobras directas, con conciencia del enfermo, y en las maniobras diferidas. Exploración paradójica.
- Inconsistencia de síntomas o diferencias notables con respecto a consultas efectuadas por otros compañeros del ámbito asistencial y las efectuadas para valoración del daño.
- En su exageración da peores resultados que el azar en los test, toda prueba le estimula sus síntomas e incluso tiene más síntomas que los que corresponden al proceso que simula
- “Síndrome de Lección Aprendida”, el paciente conoce los síntomas y signos de su proceso y los adelanta antes de proceder a la maniobras de exploración.
- Los síntomas desaparecen fuera del ámbito de la valoración, cesan al no sentirse observados por el médico evaluador.
- Cesan al obtener su objetivo en litigio, aunque se reproducirán caso de revisión
- No acepta su curación, si así fuera perdería sus beneficios obtenidos.
- No colabora, miente, distorsiona o exagera. Manipula informes, oculta aquellos que no le benefician y pondrá pegadas ante examen de terceros o realización de pruebas funcionales.

GRADOS FUNCIONALES

Grado Funcional 0	Grado Funcional 1	Grado Funcional 2	Grado Funcional 3	Grado Funcional 4
Dolor leve, soportable que no precisa de tratamiento	Dolor agudo, que responde a tratamiento aunque este sea intenso. (ascensor analgésico, puede precisar opiáceos, luego cede con paso a escalón 1º) Dolor crónico insidioso, que precisa ocasionalmente analgésicos de 1º escalón, con buena respuesta o dolor leve continuado	Dolor moderado, penoso, persistente con respuesta sólo parcial al tratamiento, precisa analgésicos de 2º escalón. Dolor que se intensifica a la movilización.	Dolor moderado fuerte, exasperante, persistente, a la actividad, sin respuesta eficaz al tratamiento, precisará analgésicos de 3º escalón	Dolor insoportable que no responde a opioides mayores de 3º escalón. Analgésia de 4º escalón. Requiere analgesia con métodos invasivos. Dolor muy intenso en reposo. Signos vegetativos.
Plena capacidad laboral y funcional cotidiana	Impedimento temporal según la intensidad de las limitaciones que condicionen una merma de las capacidades requeridas en su trabajo	Puede suponer incapacidad permanente si condiciona limitaciones funcionales de capacidades que son requeridas en su trabajo, en actividades de corte físico moderado o exigente	Incapacidad para vida laboral, aunque esta fuera de carácter sedentario. Afectación psicológica acusada, puede interrumpir el sueño, y causar deterioro de la vida personal	Limitado para llevar una vida con autonomía funcional, deterioro psíquico, depresión manifiesta, pensamiento dificultoso, impedimento para reposo nocturno, dificultades para desplazamiento, encamado.

BIBLIOGRAFÍA

González Ordi H, Santamaría Fernández P. Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS. Madrid: TEA Ediciones, 2009.

American Pain Society Quality of care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. JAMA 1995.

Torrubia R, Baños JE. Evaluación del dolor. Tratamiento del dolor. Teoría y Práctica, 2002. 2ª ed. Editorial Permanyer.

Besson JM. The neurobiology of pain. Lancet 1999.

González Ordi H, Capilla Ramírez P, Matalobos Veiga B. Simulación del dolor en el contexto médico legal. Monográfico Dolor Crónico. Clínica y Salud 2008

Jacobsen P, Kriegstein O, Portenoy R. Breakthrough pain: prevalence and characteristics. Proc Am Soc Oncol 1994.

Aliaga A, Baños JE, Barutell C, Molet J, Rodríguez de la Serna A, coordinadores. Tratamiento del dolor: teoría y práctica. Barcelona: Editorial MRC; 1995.

Capilla Ramírez P, González Ordi H. Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos. Revista Trauma vol. 20 suplemento 4 2009 Fundación Mapfre.

Fricker J. Pain in Europe. A Report. Cambridge, England: Mundipharma International Ltd.; 2003. Disponible en: http://www.painineurope.com/user_site/index.cfm?item_id=4405413.

Tunks E, Bellissimo A. Coping with the coping concept: a brief comment. Pain. 1988.

Muriel Villoria C; Madrid Arias J.L.; Valoración del Dolor, estudio y tratamiento del dolor crónico. ELA 1994.

Torrubia R. Baños J.E.; Evaluación del Dolor. Teoría y práctica. MCR. SA. 1995.

Miró J. Dolor crónico. Procedimiento de Evaluación e intervención psicológica. Desclée de Brower SA 2003.

Desari M.D. Taxonomía de los síndromes dolorosos, clasificación del dolor. EDIDE SL 2002.

Serrano-Atero , M S, Caballero , J ; Cañas , A ; García-Saura , P L ; Serrano-Álvarez , C ; Prieto , J. Valoración del dolor. R e v. Soc. Esp. Dolor 9: 2002

Alonso, J., Prieto, L., y Antó, J.M. (1995) La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados. Medicina Clínica.

Esteve, R., López, A.E. y Ramírez, C. (1999). Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. Revista de Psicología de la Salud

Clínica y Salud v.19 n.3 Madrid dic.-ene. 2008. Evaluación psicológica del dolor

Valoración de la Incapacidad J. A. OJEDA GIL

Wilkie D, Savedra MC, Holzemer WL et al. Use of the McGill Pain Questionnaire to measure pain: a metaanalysis. Nursing Res 1990.

Y. Escobar, M. Dómine, F.Valcárcel and J. Contreras. Evaluation of sensitivity to change of the MPAC scale, validated in Spanish, in pain measurement in cancer patients.

Journal of Clinical Oncology, 2007 ASCO Annual Meeting Proceedings Part I. Vol. 25, N°18S (June 20 Supplement), 2007.