

Rev. Soc. Esp. Dolor
2: 83-93; 2008

Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor

F. Torre¹, J. Martín-Corral², A. Callejo¹, C. Gómez-Vega¹, S. La Torre¹, I. Esteban³, R. M^a Vallejo³, A. Arizaga⁴

Torre F., Martín-Corral J., Callejo A.,
La Torre S., Esteban I., Vallejo R. M^a., Arizaga A.

Health -related quality of life and coping strategies with regard to pain, in patients attended in a unit of pain

SUMMARY

Introduction

The World Health Organisation (WHO) defines the quality of life (QOL) as a subjective evaluation of the characteristics of a person life, a composite variable referring to an individual's subjective overall satisfaction with life, a multidimensional construct primarily based on a person's subjective appraisal of their physical, functional, emotional and social well-being. Therefore health-related quality of life (HRQOL) refers to the extent to which one's usual or expected physical, emotional and social well-being are affected by a medical condition or its treatment.

Objectives

Describe the different pathology of chronic no malign pain in patients who go for the first time to Unit of pain during 6

¹ Adjunto al Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor

² Psicólogo clínico

³ D.U.E. de la Unidad de Tratamiento del Dolor

⁴ Jefe de Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor

Hospital de Galdakao - Usansolo,
Barrio Labeaga s/n
48960 Galdakao, Vizcaya
Tel: 944007030

Recibido: 11/12/2007
Aceptado: 01/02/2008

months and the treatment receive. Know the changes in health-related quality of life (HRQL), pain intensity, coping strategies and anxiety/depression after six months. Know the relation between HRQL, coping strategies, anxiety/depression and pain intensity in these patients. Know the changes in values which measures previous parameters in depending of diagnostic groups.

Material and methods

This work is descriptive with measures repeated after 6 months about the population of patients that go to a Unit of pain Galdakao's Hospital during the second part of 2005. Several questionnaires are administrated about quality of life (SF-36), coping strategies (CAD-R), anxiety/depression (HAD) and intensity of pain (EVA). The questionnaire SF-36, CAD-R, HAD, and EVA were administered again and were collected the different treatment given by unit of pain. All proceedings were realized with the statistics packet SAS System v9.1, we assumed statistic signification with $p < 0.05$.

Results and conclusions

The sample is composed of 119 patients, 93 completed the questionnaires, at the beginning and 6 months after, so we have 21.8% lost. In the SF-36 the improvement is significative in domains role physical, corporal pain, vitality, mental health and the standard physical component. In the HAD anxiety values, increase and depression values decrease in a no significative mode. Pain intensity is moderate, decreases in a no significative mode. Coping strategies more used are autoaffirmation and the look for information, 6 months after, coping strategies active are more used. We can see the negative association between quality of life with anxiety and depression and pain intensitivity. The worst group responding to treatment by Unit of Pain is fibromyalgia patients.

Key words: Quality of life, Coping strategies, Pain.

RESUMEN

Introducción

La Organización Mundial de la Salud, define la calidad de

vida como: "la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses". Por lo tanto para una valoración completa de los beneficios producidos por un determinado tratamiento, es esencial medir su impacto en el estado de salud del paciente, lo que se denomina calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Objetivos

Describir las diferentes patologías de dolor crónico no maligno de los pacientes que acuden por primera vez a una unidad del dolor (UTD) a lo largo de 6 meses y el tratamiento recibido. Conocer los cambios en la CVRS, intensidad del dolor, estrategias de afrontamiento y ansiedad/depresión al cabo de 6 meses de seguimiento de estos pacientes. Conocer la relación entre CVRS, afrontamiento, ansiedad/depresión e intensidad del dolor en estos pacientes. Conocer los cambios en las puntuaciones que miden los parámetros anteriores según los grupos diagnósticos.

Material y Métodos

Estudio descriptivo con medidas repetidas a los 6 meses respecto a la población de pacientes que acuden a la UTD del Hospital de Galdakao (Bizkaia) durante el 2º semestre del 2005. Se administran varios cuestionarios, de calidad de vida (SF-36), de afrontamiento (CAD-R), ansiedad y depresión (HAD) y la intensidad del dolor (EVA). Al cabo de 6 meses se vuelven a administrar y se recogen los diferentes tratamientos realizados en la UTD. Todos los procedimientos fueron realizados con el paquete estadístico SAS System v9.1, se asumió significación estadística cuando $p < 0.05$.

Resultados y conclusiones

La muestra la conforman 119 pacientes, de ellos 93 completaron los cuestionarios al inicio del estudio y al cabo de 6 meses, por lo que presentamos un 21.85 % de pérdidas.

Los resultados del estudio muestran que los pacientes refieren una mejoría significativa en los dominios rol físico, dolor corporal y vitalidad del SF-36 al cabo de 6 meses de su paso por la UTD. Se observa una tendencia a que disminuya la intensidad del dolor y la sintomatología depresiva, sin embargo la sintomatología ansiosa tiende a aumentar. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por la muestra son las activas. Existe una asociación negativa entre el estado de salud con la sintomatología de ansiedad, depresión y la intensidad del dolor. Dentro de los grupos diagnósticos el grupo de fibromialgia y dolor osteoarticular es el que peor evoluciona, tanto en parámetros de intensidad de dolor, como en sintomatología ansiosa y depresiva.

Palabras clave: Calidad de vida, Estrategias de afrontamiento, Dolor.

INTRODUCCION

La calidad de vida es un término descriptivo que

hace referencia al bienestar emocional, social y físico de la población y a su capacidad funcional en la actividad diaria (1).

La Organización Mundial de la Salud, define la calidad de vida como: "la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses". Se trata de un concepto amplio, complejo, afectado por una serie de factores de la vida del sujeto como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, la relación con los hechos más sobresalientes de su entorno y la espiritualidad, religión y creencias personales (2).

Por lo tanto para una valoración completa de los beneficios producidos por un determinado tratamiento, es esencial medir su impacto en el estado de salud del paciente, lo que se denomina calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (1).

La calidad de vida relacionada con la salud es una interpretación subjetiva del paciente, de su satisfacción vital, de la repercusión de la enfermedad en su dinámica de vida, y de los efectos secundarios que conlleva el tratamiento.

Se pueden diferenciar dos dimensiones importantes en la CVRS una funcional, que incluye las actividades diarias, como el cuidado de uno mismo (bañarse, vestirse, comer, etc.), los trabajos remunerados o no (la actividad ocupacional, las labores de la casa, etc.) y las relaciones sociales con la familia o los amigos; y otra subjetiva, que es el sentimiento de "cómo se encuentra uno mismo", es decir, si la persona se siente feliz o triste, si se encuentra apagado o con mucha energía, tanto si está con dolor o sin él. La funcionalidad es una variable relativamente objetiva que la podemos medir y comparar con otros datos, mientras que los sentimientos son más subjetivos, en la medida en que responden a las percepciones íntimas del individuo (3).

Otro aspecto importante a tener en cuenta son las estrategias de afrontamiento, que han sido definidas como la forma en que el sujeto intenta manejar las fuentes de stress (4). Ante el dolor los individuos ponen en marcha mecanismos de actuación para paliar dicho dolor. Estos mecanismos, definidos como intentos de afrontamiento, se entienden como un conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales, cambiantes, que son utilizados para afrontar demandas que el individuo valora excesivas para los recursos de los que dispone (5). La utilización de estrategias pasivas (rezo, esperanza, pensamiento desiderativo) se asocia a un incremento del dolor, de-

presión, impotencia y peor ajuste psicológico (6). Por el contrario las estrategias activas (solución de problemas, búsqueda de información) se relacionan de forma positiva con índices de funcionamiento físico y psicológico (7).

Probablemente las estrategias más eficaces en el dolor crónico sean aquellas que eliminen la atención y concentración del individuo sobre su dolor y la desvíen hacia otras actividades como la relajación o las relaciones sociales. Además, suelen reducir el uso del catastrofismo y la evitación (8).

De Andrés et al estudian la valoración de la salud (SF-36) y las estrategias de afrontamiento al dolor (CAD) en función del nivel informado y del tipo de dolor en una muestra de pacientes procedentes de la UTD. Las conclusiones del estudio son que los pacientes con un nivel de dolor alto perciben que su dolor limita en mayor grado sus actividades físicas diarias y valoran que poseen un peor estado de salud general. Respecto a las estrategias de afrontamiento no encontraron diferencias considerando tanto la intensidad de dolor como el tipo de dolor. Por lo que se refiere al tipo de dolor, los pacientes con dolor somático perciben un mayor grado de afectación en su estado de salud que los pacientes con dolor neuropático. En este estudio no hacen un seguimiento en el tiempo para valorar los posibles cambios producidos en las variables estudiadas.

Nos planteamos conocer la calidad de vida relacionada con la salud, la ansiedad/depresión y las estrategias de afrontamiento utilizadas por aquellos pacientes que acuden a nuestra Unidad del Dolor y sus variaciones al cabo de 6 meses. Este conocimiento puede aportarnos datos a la hora de indicar y programar tratamientos multidisciplinarios, realizar un seguimiento del enfermo y mejorar aquellos aspectos más deficientes del abordaje integral del enfermo, que es considerado como una realidad física, psíquica y social.

OBJETIVOS

Describir las diferentes patologías de dolor crónico no maligno de los pacientes que acuden por primera vez a una unidad del dolor (UTD) a lo largo de 6 meses y el tratamiento recibido.

Conocer los cambios en la CVRS, intensidad del dolor, estrategias de afrontamiento y ansiedad/depresión al cabo de 6 meses de seguimiento de estos pacientes.

Conocer la relación entre CVRS, afrontamiento, ansiedad/depresión e intensidad del dolor en estos pacientes.

Conocer los cambios en las puntuaciones que miden los parámetros anteriores según los grupos diagnósticos.

MATERIAL Y METODOS

Se plantea un estudio descriptivo con medidas repetidas a los 6 meses respecto a la población de pacientes que acuden a las consultas externas de la Unidad del Dolor del Hospital de Galdakao (Bizkaia).

La muestra la componen aquellos pacientes que acuden por primera vez a la UTD, procedentes tanto de atención primaria o atención especializada hospitalaria o extrahospitalaria durante el segundo semestre del 2005.

Los criterios de inclusión son la edad superior a los 18 años, duración del dolor mayor de 6 meses y dolor crónico de origen benigno (no oncológico). Los criterios de exclusión son presentar un déficit cognitivo que impida la realización adecuada de los cuestionarios, la dificultad de movilidad para acudir al hospital y no cumplimentar adecuadamente el consentimiento informado.

Para facilitar el posterior manejo de los resultados los diferentes diagnósticos se reúnen en los siguientes grupos:

- 1) dolor del raquis que incluye a la cervicalgia, lumbalgia y lumbociatalgia,
- 2) fibromialgia y dolor miofascial junto con dolor osteoarticular,
- 3) dolor neuropático: neuralgia postherpética, neuropatías diabéticas, síndrome de dolor regional complejo (SDRC) tipo I y tipo II, miembro fantasma, junto con otros: que incluyen a las cefaleas, dolor visceral, dolor pélvico, dolor isquémico.

Se realiza una entrevista estructurada donde se recogen los datos sociodemográficos, y los datos clínicos referentes a la historia del dolor. También se administra una hoja informativa a cerca del estudio de investigación y su naturaleza voluntaria así como un consentimiento informado. La valoración de la calidad de vida relacionada con la salud, las estrategias de afrontamiento ante el dolor, los niveles de ansiedad y depresión y la intensidad del dolor se miden mediante los cuestionarios: SF-36, CAD-R, HAD y EVA respectivamente, los cuales son administrados por una psicóloga.

La 2ª visita se produce al cabo de 6 meses donde se vuelven a administrar los cuestionarios anteriores, se recogen los diferentes tratamientos realizados en la UTD a lo largo de este tiempo y las posibles observaciones de los pacientes.

El Cuestionario de Salud SF-36, versión española 1.4, validada por Alonso y cols (10,11,12): es una escala genérica sobre el estado de salud de amplia utilización clínica. Las escalas específicas están diseñadas para su utilización en pacientes con un tipo de problema de salud concreto (asma, artritis reumatoidea). Las genéricas son independientes del diagnóstico y se han desarrollado para poder ser utilizados en diferentes tipos de pacientes y poblaciones. Consta de 36 ítems divididos en 8 dimensiones del estado de salud que proporcionan un perfil del mismo, son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental. Para cada dimensión, los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

El Cuestionario de Afrontamiento ante el dolor crónico reducido CAD-R (13): consta de 6 factores con 4 ítems en cada uno de ellos, los cuales son religión, catarsis, distracción, autoafirmación, autocontrol mental y la búsqueda de información. Los ítems puntúan de 1 (Nunca) a 5 (Siempre) en función del grado o frecuencia de utilización de la estrategia en cuestión, los factores religión y catarsis se encuadran dentro del afrontamiento pasivo y el resto en el activo.

La Escala Analógica Visual (EVA) (14): mide la intensidad de dolor. Consta de una línea de 10 cm. de longitud. Uno de los extremos es la ausencia completa de dolor y el otro es un dolor insoportable. El paciente hace una marca donde el piensa que se encuentra su dolor.

La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) (15,16): es una versión en castellano de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria de Zimong y Snaith. Está compuesta de 14 ítems, 7 de los cuales miden la ansiedad y los 7 restantes miden depresión. Es una escala de fácil manejo y ha mostrado su poder estadístico tanto en fiabilidad como en validez en distintos estudios, también con muestra española. Evita cualquier ítem cuya presencia fuera fruto de un problema orgánico del enfermo, limitando el peso distorsionador de ítems referentes a los síntomas físicos tanto de la ansiedad como de la depresión que son habitualmente comunes en cualquier tipo de enfermedad orgánica.

Respecto al análisis estadístico, en primer lugar se ha realizado un análisis descriptivo de la muestra recogida, calculando frecuencias absolutas y porcentajes para la distribución del sexo y las distintas variables sociodemográficas, así como medias y desviaciones estándares para determinar los valores medios de las dimensiones de los distintos cuestionarios utilizados.

Para medir la asociación entre las variables categóricas se ha aplicado el Test de la Chi-cuadrado. Por el contrario, para la diferencia de medias se ha hecho uso de la T de Student para datos apareados cuando la variable cuantitativa seguía una distribución normal. En caso contrario, se hizo uso de la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Para finalizar, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson para medir la asociación entre los dominios de los cuestionarios del SF-36, HAD y CAD-R.

Todos los procedimientos fueron realizados con el paquete estadístico SAS System v9.1 y para la realización de las gráficas se utilizó el software S-PLUS 2000. Se asumió significación estadística cuando $p < 0.05$.

RESULTADOS

Durante el 2º semestre del 2005 se reclutaron 155 individuos de los cuales 36 no cumplieron los criterios de inclusión por diferentes motivos (no querer participar en el estudio, imposibilidad de desplazamiento, dificultad para rellenar los cuestionarios, etc.). La muestra la conforman 119 pacientes, de ellos 93 completaron los cuestionarios al inicio del estudio y al cabo de 6 meses, por lo que presentamos un 21.85% de pérdidas.

En un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas se puede apreciar cómo la muestra se compone de 74 mujeres y 45 hombres, la edad media es de 55.12 años (DS=13.28), el rango de edades oscila desde los 26 a los 82 años, con una mayor proporción de pacientes a partir de los 60 años (38.6%). Los pacientes informan que la duración de su dolor es de 95 meses de media (DS=127.21), la intensidad media del dolor es de EVA= 5.13 (DS=1.91).

En la Tabla I se observa que no existen diferencias significativas sociodemográficas entre los pacientes respondedores que completaron las dos fases del proyecto como en aquellos que no realizaron la 2ª fase.

Los pacientes más numerosos son los referentes a la patología de la columna como se puede apreciar en

Tabla I. Variables sociodemográficas.

	No responden	Responden	Total	valor-p
SEXO	n (%)	n (%)	n (%)	
Mujeres(1)	20 (76,92)	54 (58,06)	74 (62,18)	
Hombres(2)	6 (23,08)	39 (41,94)	45 (37,82)	
Total	n=26 (21,85%)	n=93 (78,15%)	n=119	0,11
EDAD				
<50	13 (50,00)	28 (30,11)	41 (34,45)	
50-60	3 (11,54)	29 (31,18)	32 (26,89)	
>60	10 (38,46)	36 (38,71)	46 (38,66)	
Total	n=26 (21,85%)	n=93 (78,15%)	n= 119	0,07
ESTADO CIVIL				
Soltero	2 (7,69)	6 (6,45)	8 (6,72)	
Casado	19 (73,08)	70 (75,27)	89 (74,79)	
Separ/divorc	1 (3,85)	6 (6,45)	7 (5,88)	
Viudo	4 (15,38)	11 (11,83)	15 (12,61)	
Total	n=26 (21,85%)	n=93 (78,15%)	n= 119	0,92
NIVEL ESTUDIOS				
Sin estudios	4 (15,38)	5 (5,38)	9 (7,56)	
Primarios	9 (34,62)	53 (5,99)	62 (52,10)	
Bachiller (elem+sup)	11 (42,31)	32 (34,41)	43 (36,13)	
Universidad (gº medio+sup)	2 (7,69)	3 (3,23)	5 (4,20)	
Total	n=26 (21,85%)	n=93 (78,15%)	n= 119	0,12
SITUACIÓN LABORAL AGRUPADA				
Activo (act+no remun)	16 (61,54)	48 (51,61)	64 (53,78)	
No activo (parad+incapac)	10 (38,46)	45 (48,39)	55 (46,22)	
Total	n=26 (21,85)	n=93 (78,15)	n=119	0,39
SITUACIÓN SOCIAL				
Solo	1 (4,00)	8 (8,99)	9 (7,89)	
Cónyuge	6 (24,00)	24 (26,97)	30 (26,32)	
Otro	18 (72,00)	57 (64,04)	75 (65,79)	
Total	n=25 (21,93)	n=89 (78,07)	n=114	0,65

la fig. 1. El tratamiento recibido antes de ser enviados a la UTD fundamentalmente había consistido en paracetamol, AINES y tramadol. En la fig. 2 se observa que tras 6 meses de tratamiento aumenta la prescripción de tramadol, opioides mayores, coadyuvantes y las infiltraciones epidurales e intraarticulares; se introducen técnicas no utilizadas previamente como la electroestimulación transcutánea domiciliaria (TENS) y la terapia con iontoforesis (fig. 2).

Analizando las variables de los 93 pacientes respondedores, se aprecia que en el SF-36 todos los dominios mejoran al cabo de 6 meses excepto el rol emocional. Esta mejoría en la calidad de vida es sig-

nificativa en los dominios de rol físico, dolor corporal, vitalidad, puntuación mental global y puntuación física global. Respecto al HAD aumentan los valores de ansiedad y disminuyen los valores de depresión aunque no lo hacen de manera significativa. Los enfermos informan su dolor como moderado este disminuye al final del periodo estudiado, aunque lo hace de forma no significativa. En relación a las estrategias de afrontamiento son la autoafirmación y la búsqueda de información las más utilizadas por la muestra, mientras que el autocontrol mental es la menos utilizada. Al cabo de 6 meses de tratamiento mejoran de manera significativa las estrategias de

distracción y autoafirmación y el resto mejoran de forma no significativa, excepto el autocontrol y la

búsqueda de información que empeoran, pero no de forma significativa (Tabla II).

Fig. 1. Número de individuos en cada grupo diagnóstico.

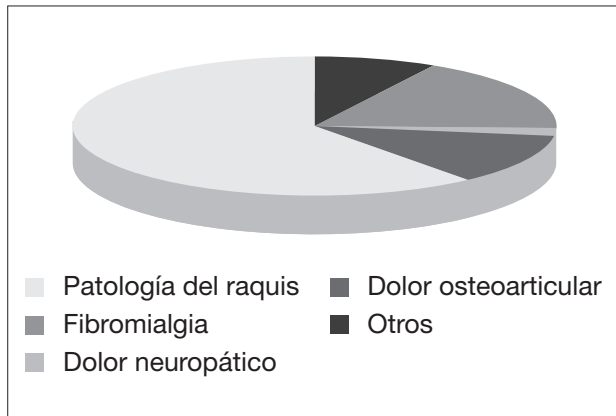


Fig. 2. tratamientos previos y pautados por la UTD.

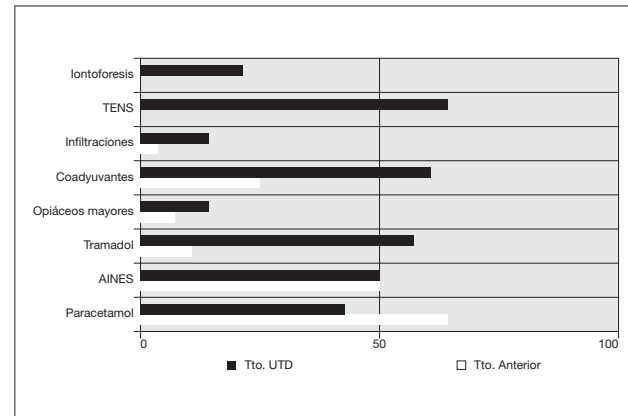


Tabla II. Cuestionarios SF-36, HAD, EVA, CAD-R y su variación al cabo de 6 meses. * p<0.05.

	respon				
SF-36	n=92	dif med (desv típ)	p-valor	pre: x (desv tip)	post: x (desv tip)
func físico		1,36 (17,88)	0,47	56,56 (21,33)	57,94 (21,62)
rol físico		11,42 (41,67)	0,01 *	26,88 (35,20)	37,50 (38,61)
dolor corporal		7,33 (20,15)	0,001 *	32,37 (18,77)	39,38 (21,53)
percepción salud gral		3,42 (18,9)	0,09	36,80 (21,54)	39,85 (24,13)
func social		65,9 (28,36)	0,09	59,40 (31,47)	65,89 (28,36)
rol emocional		(- 2,18) (52,72)	0,69	59,50 (46,59)	56,88 (45,71)
vitalidad		43,05 (25,06)	0,07	38,82 (24,09)	43,05 (25,06)
índice salud mental		56,52 (20,58)	0,04 *	52,78 (21,86)	56,52 (20,58)
Puntuación Física global		2,33 (8,33)	0,01 *	34,44 (7,88)	36,67 (8,34)
Puntuación Mental global		1,21 (12,95)	0,38	40,25 (13,79)	41,33 (13,14)
HAD	n=92	dif med (desv típ)	p-valor	pre: x (desv tip)	post: x (desv tip)
ans		0,66 (4,42)	0,15	5,91 (4,08)	6,57 (4,21)
dep		(-0,31) (4,97)	0,15	6,13 (5,07)	5,83 (4,56)
EVA	n=90	dif med (desv tip)	p-valor	pre: x (desv tip)	post: x (desv tip)
		(-0,18) 2,27	0,46	5,13 (1,91)	4,99 (2,29)
CAD-R		dif med (desv tip)	p-valor	pre: x (desv tip)	post: x (desv tip)
distracción(1)	n=90	1,09 (4,37)	0,02 *	9,00 (3,98)	9,99 (4,22)
búsq información(2)	n=90	(-0,47) (4,46)	0,33	9,29 (3,88)	8,78 (3,98)
religión(3)	n=89	0,12 (4,86)	0,83	9,13 (6,64)	9,46 (6,45)
catarsis(4)	n=90	0,13 (4,47)	0,8	9,23 (4,40)	9,35 (4,42)
autocontrol(5)	n=90	(-0,29) (5,17)	0,61	6,78 (3,72)	6,49 (4,21)
autoafirmación(6)	n=90	1,00 (3,60)	0,01 *	16,16 (4,03)	17,09 (3,29)
afront activo(1+2+5+6)	n=90	1,35 (9,14)	0,17	41,24 (8,50)	42,35 (9,04)
afront pasivo(3+4)	n=89	0,24 (7,06)	0,76	18,36 (8,25)	18,73 (8,28)

Posteriormente se realizó un análisis correlacional entre los cuestionarios SF-36, HAD, EVA y CAD-R, observamos que el cuestionario de calidad de vida SF-36 se correlaciona adecuadamente con el HAD, aunque la intensidad de la asociación es leve, sin embargo no se observan correlaciones importantes con el cuestionario de afrontamiento (CAD-R). Se puede apreciar que existe una asociación negativa entre los dominios de funcionamiento físico, dolor corporal y función social del SF-36 con los valores de ansiedad, depresión del HAD y la EVA; cuando éstos mejoran se correlacionan con una disminución en los valores de ansiedad, depresión y también la intensidad del dolor. La ganancia en los dominios de rol emocional, vitalidad y salud mental se correlaciona negativamente con los valores de depresión y ansiedad. Cuando se aumenta la ganancia en los niveles de ansiedad se correlaciona positivamente con un aumento en los niveles de intensidad del dolor (EVA) y en los de depresión. También el aumento en la EVA se correlaciona positivamente con un mayor uso de

las estrategias de búsqueda de información y del afrontamiento activo (Tabla III).

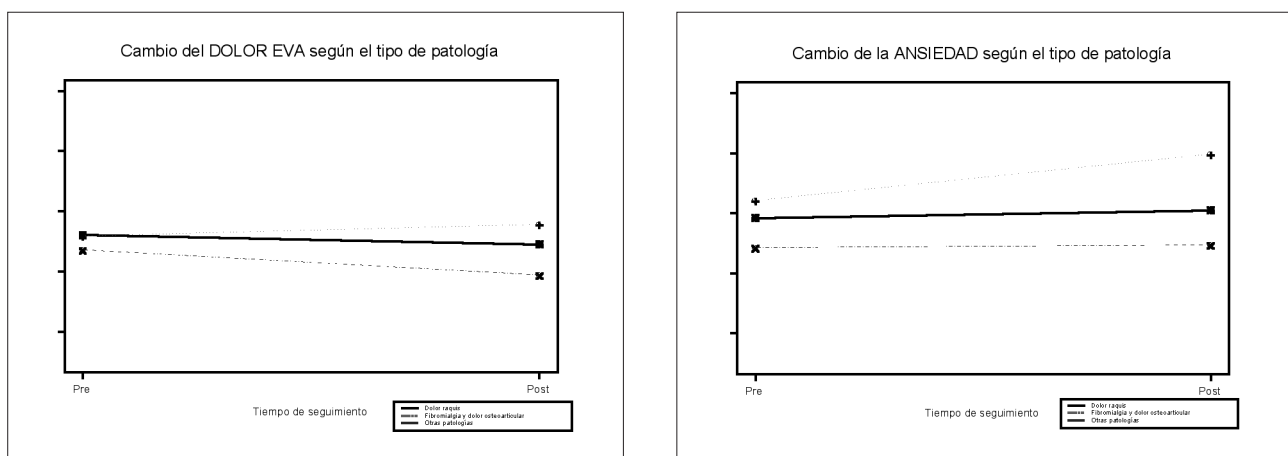
Si categorizamos las variables según los diferentes grupos diagnósticos entonces apreciamos que existe una diferencia estadísticamente significativa en Dolor corporal (SF-36) entre los grupos fibromialgia + dolor osteoarticular y dolor del raquis. También existe diferencia estadísticamente significativa en el afrontamiento pasivo (CAD-R) entre los grupos dolor del raquis y neuropático + otros. La ansiedad presenta una tendencia a empeorar en todos los grupos, aunque no de manera significativa, principalmente en el grupo de fibromialgia y dolor osteoarticular. La variable depresión presenta una tendencia a mejorar en el grupo de patología del raquis y en el dolor neuropático mientras que empeora en el de fibromialgia y dolor osteoarticular, aunque no de forma significativa. Finalmente la intensidad del dolor presenta una tendencia a mejorar en el grupo de raquis y dolor neuropático pero empeora en la fibromialgia y dolor osteoarticular (fig. 3).

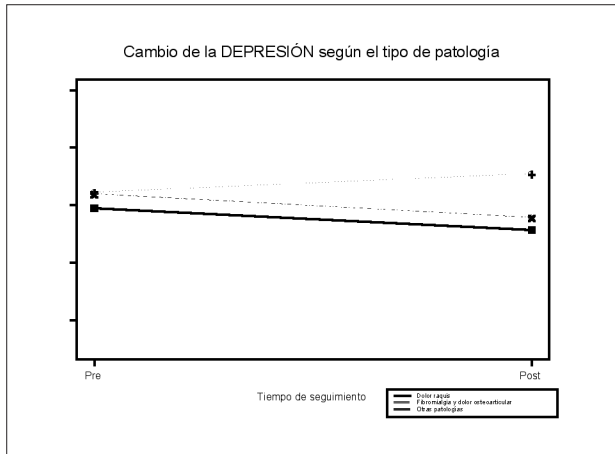
Tabla III. Correlaciones entre los cuestionarios SF-36, HAD, EVA y CAD-R., r= coeficiente de correlación, *p< 0.01.

	HAD-A		HAD-D		EVA	
	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor
SF-36						
Funcionamiento físico	-0.29	0.01*	-0.37	0.01*	-0.36	0.01*
Rol físico	-0.19	0.06	-0.36	0.01*	-0.13	0.23
Dolor corporal	-0.25	0.01*	-0.22	0.03*	-0.35	0.01*
Rol emocional	-0.21	0.03*	-0.39	0.01*	-0.02	0.83
Función social	-0.21	0.04*	-0.43	0.01*	-0.29	0.01*
Vitalidad	-0.27	0.01*	-0.33	0.01*	-0.18	0.07
Salud general	-0.14	0.18	-0.14	0.19	-0.18	0.08
Salud mental	-0.40	0.01*	-0.42	0.01*	-0.13	0.23
Puntuación física global	-0.13	0.21	-0.15	0.13	-0.30	0.01*
Puntuación mental global	-0.32	0.01*	-0.50	0.01*	-0.12	0.27
EVA						
0.39	0.01*	0.35	0.01*			
CAD-R						
Autocontrol	0.31	0.01*	0.21	0.01*	0.13	0.21
Búsqueda de información	0.02	0.88	-0.02	0.88	0.27	0.01*
Afrontamiento activo	0.14	0.18	0.02	0.81	0.31	0.01*
HAD						
Ansiedad			0.49	0.01*	0.39	0.01*
Depresión	0.49	0.01*			0.35	0.01*

Tabla IV. Cambios en las puntuaciones EVA, SF-36, CAD-R y HAD a los 6 meses según grupo diagnóstico.

CAMBIOS A LOS 6 MESES				
	GRUPO DIAGNÓSTICO			p-valor
	DOLOR RAQUIS ^a	FIBROMIALGIA D. OSTEOART. ^b	NEUROPATICO OTROS ^c	
SF-36				
Funcionamiento físico	3.20 (18.87)	-1.94 (16.97)	2.28 (15.72)	0.45
Rol físico	17.00 (39.92)	-4.04 (42.87)	29.55 (35.04)	0.02*
Dolor corporal	13.24 (21.09) ^b	0.04 (13.56) ^a	1.00 (24.08)	<0.01*
Rol emocional	-4.00 (51.13)	-8.61 (47.90)	24.25 (68.47)	0.19
Función social	6.00 (36.62)	1.21 (31.19)	23.87 (38.51)	0.18
Vitalidad	9.20 (23.18)	-3.23 (21.55)	4.55 (19.30)	0.0553
Salud general	1.96 (21.15)	6.20 (15.08)	2.19 (18.40)	0.60
Salud mental	4.14 (20.11)	1.30 (17.36)	11.28 (18.14)	0.33
Puntuación física global	3.89 (8.67)	0.32 (7.49)	0.89 (8.27)	0.14
Puntuación mental global	0.83 (12.81)	-0.83 (12.51)	8.61 (13.41)	0.11
EVA	-0.39 (1.97)	0.38 (2.81)	-0.84 (1.40)	0.20
CAD-R				
Distracción	1.37 (4.35)	-0.07 (3.77)	3.3 (5.5)	0.08
Búsqueda de información	-0.82 (4.59)	-0.13 (4.33)	0.20 (4.55)	0.70
Religión	-0.74 (4.70)	0.62 (5.17)	3.00 (3.47)	0.08
Catarsis	-0.37 (3.64)	0.30 (5.74)	2.00 (3.47)	0.30
Autocontrol	-0.49 (3.81)	-0.07 (6.87)	0.07 (5.34)	0.91
Autoafirmación	1.19 (3.56)	0.46 (3.73)	1.80 (3.59)	0.51
Afrontamiento activo	1.25 (8.1)	0.20 (10.70)	5.37 (8.47)	0.29
Afrontamiento pasivo	-1.11 (5.94) ^c	0.91 (8.40)	5.22 (5.63) ^a	0.03*
HAD				
Ansiedad	0.26 (3.99)	1.55 (5.46)	0.91 (2.71)	0.40
Depresión	-0.77 (5.05)	0.65 (4.00)	-0.82 (4.61)	0.44

Fig. 3. Evolución por grupos diagnósticos de la (EVA), ansiedad y depresión al cabo de 6 meses.



DISCUSION

En líneas generales la muestra valora su dolor como moderado y se observa una tendencia a que este disminuya al cabo de 6 meses aunque no lo hace de manera significativa. Respecto al estado de salud los pacientes perciben una disminución en el grado en que la salud física interfiere en su trabajo y en otras actividades diarias, así como un descenso en la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar. También aumenta el sentimiento de presentar mayor energía y vitalidad, frente al cansancio y al agotamiento. Asimismo perciben una mejoría en la salud mental general, que incluye depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general. Aunque la sintomatología ansiosa tiende a aumentar y a disminuir la depresiva sin embargo esta tendencia no es significativa.

En relación a las estrategias de afrontamiento mejoran de forma significativa las técnicas de distracción (el individuo realiza diferentes acciones para desviar la atención sobre el dolor) y también la autoafirmación (no se rinde ante el dolor constante, dándose ánimos para hacerle frente). En conjunto hay una tendencia a utilizar un afrontamiento activo por parte de la muestra ante su dolor.

Se puede apreciar la asociación negativa entre el estado de salud con la sintomatología de ansiedad, depresión y la intensidad del dolor. De tal manera que cuando conseguimos disminuir el dolor también disminuyen los niveles de ansiedad y depresión y a su vez mejoran aspectos del estado de salud del individuo. En el estudio de de Andrés et al (9) observan que los pacientes con un dolor informado alto perciben una limitación mayor en sus actividades diarias, en su trabajo y valoran que poseen un peor estado de salud

general y mental. Los pacientes con dolor somático, en comparación con los pacientes con dolor neuropático, perciben un mayor grado de afectación. En el presente estudio el estado de salud percibido se correlaciona negativamente con la intensidad del dolor y la sintomatología ansiosa y depresiva. También el grupo diagnóstico de fibromialgia y dolor osteoarticular evoluciona peor en intensidad de dolor y sintomatología ansiosa y depresiva que el grupo de dolor neuropático.

En este estudio el aumento en la intensidad del dolor se correlaciona positivamente con un mayor uso de las estrategias de búsqueda de información y un afrontamiento activo. Así como una mayor ganancia en la sintomatología ansiosa y depresiva se correlaciona con un aumento en el uso de estrategias de autocontrol. Soucase et al (17) en su estudio de calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes diagnosticados de fibromialgia observan que el uso de estrategias activas ante el dolor como el autocontrol y la distracción se relacionan negativamente con la ansiedad y pérdida de control e indirectamente ello implica una mejora en la calidad de vida del paciente. Mientras que el uso de estrategias pasivas como la religión se asocia con un mayor grado de desadaptación.

En nuestro trabajo observamos que los grupos diagnósticos que mejoran a lo largo de 6 meses son la patología de la columna y el dolor neuropático + otros, donde se aprecia una tendencia a mejorar la intensidad del dolor junto con la sintomatología ansiosa y depresiva; mientras que el grupo de fibromialgia + dolor osteoarticular es el que peor evoluciona. Todo ello puede ser debido a diferentes causas como los avances farmacológicos en el tratamiento del dolor neuropático y el interés suscitado en este tipo de patología acaecido en los últimos años (18), junto con la introducción en el tratamiento de técnicas más específicas de las Unidades del Dolor como las infiltraciones epidurales, la electroestimulación transcutánea (TENS) y la iontoforesis. Estos resultados nos hacen plantearnos que quizá deberíamos realizar un cambio de estrategia en el tratamiento de enfermos diagnosticados de fibromialgia, dirigiéndonos hacia tratamientos multidisciplinares que integren terapias farmacológicas, ejercicios aeróbicos y tratamiento psicológico. Con este tipo de terapias se puede enseñar al paciente a identificar la relación entre pensamientos, sentimientos y conducta y asimismo proporcionarle estrategias, de diferente índole, para afrontar adecuadamente su problema de dolor (19).

Debemos señalar que este estudio presenta varias limitaciones como carecer de un grupo control, por lo que no podemos atribuir la mejoría en la calidad de vida y el descenso del dolor al tratamiento administrado por la UTD ya que pueden influir otros factores no medidos en el estudio. Otra limitación es que el seguimiento se hace al cabo de 6 meses, con otro punto de corte al año podríamos haber obtenido mayores diferencias en las variables estudiadas. Para terminar los 3 grupos diagnósticos aúnan una muestra muy heterogénea de patologías por tanto tampoco podemos asegurar que patología evoluciona mejor o peor.

Como reflexiones de este estudio podemos afirmar que debemos continuar trabajando e investigando para mejorar el dolor y la calidad de vida de todos nuestros pacientes. Las conclusiones de este estudio son:

Los pacientes refieren una mejoría en varios aspectos de su calidad de vida al cabo de 6 meses de su paso por la UTD. Perciben una disminución en el grado en que la salud física interfiere en su trabajo y en otras actividades diarias, así como un descenso en la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar. También aumenta el sentimiento de presentar mayor energía y vitalidad, frente al cansancio y al agotamiento. Asimismo perciben una mejoría en la salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general.

Se observa una tendencia a que disminuya la intensidad del dolor y la sintomatología depresiva, sin embargo la sintomatología ansiosa tiende a aumentar. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por la muestra son las estrategias activas y aumenta su uso al cabo de 6 meses.

Existe una asociación negativa entre el estado de salud con la sintomatología de ansiedad, depresión y la intensidad del dolor. De tal manera que cuando disminuye el dolor también disminuyen los niveles de ansiedad y depresión y a su vez mejoran aspectos del estado de salud del individuo.

Dentro de los grupos diagnósticos el grupo de fibromialgia y dolor osteoarticular es el que peor evoluciona al cabo de 6 meses, tanto en parámetros de intensidad de dolor, como en sintomatología ansiosa y depresiva.

AGRADECIMIENTOS

A la Unidad de Investigación del Hospital de Galdakao - Usansolo, especialmente a Urko Aguirre y Jose María Quintana. A J. Soriano por su ayuda y

colaboración inestimable. A Ainhoa Bilbao. A Laboratorios Pfizer por su colaboración y especialmente a Gonzalo Linaza.

CORRESPONDENCIA

Fernando Torre Mollinedo
Secretaría de Anestesiología
Hospital de Galdakao – Usansolo
Barrio Labeaga s/n
48960 Galdakao, Vizcaya
Tel: 944007030
torreariz@euskalnet.net
Financiación: Ninguna
Conflictos de intereses: No declarados

BIBLIOGRAFIA

1. Ferrer. Calidad de vida como herramienta de control en las Unidades de dolor. V Congreso de la Sociedad Española del Dolor. Eds. ARAN S.L Barcelona. 2002, 68-70
2. Llorca Diez G.J. Intervención psicológica para la mejora de la calidad de vida en las Unidades de Dolor. V Congreso de la Sociedad Española del Dolor. Eds. ARAN S.L. Barcelona. 2002; 134-135.
3. Hays R. D., Hahn H., Marahall G. Use of the SF-36 and ther Health-related Quality of life Measures to Assess Persons With Disabilities. Arch Phys Med Rehabil, 2002, 83, (2): S4-9.
4. Lazarus R. Psychological stress and the coping process. New York: Springer, 1966.
5. Anarte M. T., Ramirez C., Lopez A. E., Esteve R. Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor oncológico y benigno. Rev Soc Esp Dolor 2001; 8: 102-110.
6. Soriano J., Monsalve V. CAD: Cuestionario de afrontamiento ante el Dolor Crónico. Rev Soc Esp Dolor, 2002; 9: 13-22.
7. Nicholas MK, Wilson PH, Goyen J. Comparison of cognitive-behavioral group treatment and an alternative non-psychological treatment for chronic low back pain. Pain 1992; 339-47.
8. Rosenstiel A, Keefe F. The use of coping strategies in chronic low back pain: relationship to patient characteristics and current adjustment. Pain 1983; 17: 33-44.
9. De Andrés J, Gómez P, Monsalve V, Soriano J F, et al.

- Valoración de la salud (SF-36) y estrategias de afrontamiento al dolor: diferencias en función del tipo de dolor y nivel de dolor informado (EVA). En editorial de la SED. VII Reunión de la Sociedad Española del Dolor. Valencia: Sociedad Española del Dolor; 2004; 102.
10. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-items short form health survey (SF-36). I. *Med care* 1992; 30: 473-483.
 11. Alonso J., Prieto L., Antó J. M. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 771-776.
 12. Alonso J., Regidor E., Barrio G. et al. Valores poblacionales de regencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 410-416.
 13. Soriano J., Monsalve V. Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Rev Soc. Esp. Dolor* 2004; 11: 407-414.
 14. Price D. D., McGrath P. A., Rafia A. et al. The Validation of Visual Analogue Scales as ratio scales measures for chronic and experimental pain. *Pain* 1983; 17: 45-56.
 15. Caro I., Ibáñez E., La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Su utilidad práctica en psicología de la salud. *Boletín de Psicología* 1992; 36: 43-69.
 16. Monsalve V., G. Cerdá-Olmedo, A. Mínguez, J.A. de Andres. Ansiedad y depresión en pacientes domiciliarios frente pacientes ambulatorios con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2000; 7: 6-11.
 17. Soucase B., V. Monsalve, J. F. Soriano, et al. Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 353-359.
 18. Gálvez R., Marsal C., Vidal J. et al. Cross – sectional evaluation of patients functioning and health – related quality of life in patients with neuropathic pain under standard care – conditions. *Eur J Pain* 2007; 11: 244-255.
 19. Lemstra M, Olszynski, WP, FRCP. The effectiveness of multidisciplinary rehabilitation in the treatment of fibromyalgia. A randomized controlled trial. *Cin J Pain* 2005; 21: 166-174.