

Segunda Parte

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

6 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

Justificación del estudio

La importancia del estudio del dolor crónico se concreta en los datos alarmantes de tipo epidemiológico y económico (Vallejo, 1984, Penzo, 1989; APA, 1994; Ferrer, 1992; Basols, et. al, 1999). Los cuadros de dolor crónico son el principal motivo de demanda de la asistencia médica (por lo menos el principal motivo de consulta inicial) (Elorza, Casas y Casais, 1997). Por esta razón es frecuente que la mayoría de las consultas de profesionales como reumatólogos, traumatólogos, oncólogos y anestesiólogos sean muy solicitadas. Así también, los datos sobre los días de trabajo perdido, bajas laborales, los costes en asistencia y gastos farmacéuticos son relevantes.

Las investigaciones revisadas demuestran que el dolor es un fenómeno complejo y que éste puede explicarse mejor desde una perspectiva biopsicosocial. Factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan con la patología física y modulan la respuesta dolorosa.

Dentro del marco psicológico se considera el dolor como una percepción que puede variar de una persona a otra, es decir, lo que es amenazante para unos puede ser tolerante para otros. Lo anterior se debe a que el dolor es una experiencia subjetiva, difícil de valorar, relacionada con diferentes estímulos y vivencias anteriores que condicionan la respuesta. Por todo esto, la personalidad no es sólo un factor importante en la percepción del dolor sino que ciertas características de la misma pueden ser cruciales para la evaluación que realiza una persona de la percepción del dolor.

También los estados emocionales juegan un papel importante en la experiencia y respuesta dolorosa, sobre todo en los casos en que el dolor persiste por largos períodos de tiempo (dolor crónico). Las personas con dolor crónico desarrollan frecuentemente conductas de evitación de determinadas actividades físicas, laborales e incluso conductas íntimas que conducen al aislamiento. Todo esto provoca estados emocionales como ansiedad y depresión que por sí mismos, son capaces de exacerbar el dolor.

6.1 Objetivos e hipótesis del estudio

En vista del peso que tienen los factores emocionales y los rasgos de la personalidad en la expresión del dolor, hemos intentado analizar estas variables en una amplia muestra de sujetos (n = 103) con dolor crónico de diversa etiología.

El **objetivo** del presente trabajo es evaluar la relación existente entre las variables de personalidad y emocionales (depresión y ansiedad) en pacientes con dolor crónico.

A partir del anterior objetivo general se plantean los siguientes *objetivos específicos* y sus correspondientes *hipótesis*:

6.1.1 Evaluar la sintomatología depresiva y ansiosa en una muestra de sujetos con dolor crónico.

Hipótesis 6.1.1.1 Los pacientes con dolor crónico, en comparación con la población general, presentarán altos porcentajes de sintomatología depresiva, y obtendrán puntuaciones más elevadas en la escala de depresión.

Hipótesis 6.1.1.2 En la muestra de sujetos con dolor crónico se observarán diferencias significativas en las puntuaciones de depresión entre los sexos, siendo las mujeres las que presentarán mayores puntuaciones en depresión que los hombres.

Hipótesis 6.1.1.3 Los pacientes con dolor crónico, en comparación con la población general, presentarán puntuaciones elevadas en las escalas de ansiedad, sobre todo de ansiedad rasgo.

6.1.2 Evaluar las características de personalidad en una muestra de sujetos con dolor crónico.

Hipótesis 6.1.2.1 Los pacientes con dolor crónico, en comparación con la población general, presentarán puntuaciones elevadas en la escala de *Neuroticismo* y puntuaciones bajas en *Extraversión*.

6.1.3 Evaluar las relaciones existentes entre las características de personalidad y la sintomatología depresiva y ansiosa en sujetos con dolor crónico.

Hipótesis 6.1.3.1 Los pacientes con dolor crónico con puntuaciones elevadas en la escala de *Neuroticismo* presentaran mayores puntuaciones en las escalas que evalúan sintomatología depresiva y ansiosa, en comparación con los pacientes con dolor crónico con puntuaciones bajas en la escala de *Neuroticismo*.

Hipótesis 6.1.3.2 Los pacientes con dolor crónico con puntuaciones elevadas en la escala de *Extraversión* presentaran menores puntuaciones en las escalas que evalúan sintomatología depresiva y ansiosa, en comparación con los pacientes con dolor crónico con puntuaciones bajas en la escala de *Extraversión*.

6.1.4 Evaluar cuáles de las características del dolor crónico (tiempo de evolución del dolor, número de zonas de dolor y persistencia del dolor -*continuo/intermitente*-) tienen mayor relación con los síntomas depresivos y ansiosos en los pacientes con dolor crónico.

Hipótesis 6.1.4.1 En los pacientes con dolor crónico, la característica del dolor que más estará relacionada con la sintomatología depresiva será el número de zonas del dolor.

Hipótesis 6.1.4.2 En los pacientes con dolor crónico, la característica del dolor que más estará relacionada con la sintomatología ansiosa será la persistencia del dolor.

6.1.5 Evaluar en una muestra de sujetos con dolor crónico la relación entre la morbilidad psiquiátrica y la sintomatología depresiva y ansiosa.

Hipótesis 6.1.5.1 Los sujetos con dolor crónico clasificados como caso psiquiátrico con el GHQ presentarán mayores puntuaciones en las escalas que evalúan sintomatología depresiva y ansiosa que los sujetos con dolor crónico clasificados como no caso.

6.1.6 Evaluar en una muestra de sujetos con dolor crónico la relación entre la morbilidad psiquiátrica y las características de personalidad.

Hipótesis 6.1.6.1 Los sujetos con dolor crónico clasificados como caso psiquiátrico con el GHQ presentarán mayores puntuaciones en la escala de *Neuroticismo* en comparación con los sujetos con dolor crónico clasificados como no caso.

Hipótesis 6.1.6.2 Los sujetos con dolor crónico clasificados como caso psiquiátrico con el GHQ presentarán menores puntuaciones en la escala de *Extraversión* en comparación con los sujetos con dolor crónico clasificados como no caso.

6.1.7 Describir las características de personalidad obtenidas con el TCI en una muestra de sujetos con dolor crónico y analizar las relaciones que se establecen con el EPQ.

Hipótesis 6.1.7.1 Los pacientes con dolor crónico, en comparación con la población general, presentarán en el TCI, altas puntuaciones de Evitación del Daño y bajas puntuaciones en Búsqueda de Novedad.

Hipótesis 6.1.7.2 En la muestra de pacientes con dolor crónico se espera que las relaciones entre el TCI y el EPQ sean complementarias.

6.1.8 Describir en una muestra de pacientes con dolor crónico las relaciones que se establecen entre la intensidad del dolor, el estado de ánimo y los síntomas de ansiedad registrados durante el transcurso de 15 días.

Hipótesis 6.1.8.1 Los pacientes con dolor crónico presentarán una evolución cambiante de la intensidad de su dolor, estado de ánimo y síntomas de ansiedad en el transcurso de 15 días.

Hipótesis 6.1.8.2 La intensidad del dolor estará relacionada con el estado de ánimo y los síntomas ansiosos registrados en el transcurso de 15 días.

6.1.9 Evaluar en sujetos con dolor crónico la relación entre características de personalidad e intensidad del dolor registrada durante el transcurso de 15 días.

Hipótesis 6.1.9.1 En los pacientes con dolor crónico la intensidad del dolor correlacionará positivamente con el Neuroticismo.

Hipótesis 6.1.9.2 En los pacientes con dolor crónico la intensidad del dolor correlacionará negativamente con la Extraversión.

6.2 Método

6.2.1 Sujetos

Se evaluaron 103 pacientes con dolor crónico de etiología diversa que acudieron a la consulta externa de la *Clínica del Dolor del Hospital Parc Taulí de Sabadell* para asistencia médica relacionada con su enfermedad de dolor. La muestra estaba formada por 33 hombres y 70 mujeres, de edades comprendidas entre los 21 y 79 años.

6.2.2 Procedimiento

En primer lugar, los pacientes eran evaluados por los médicos del Servicio de Anestesiología del Hospital y a continuación se remitían a evaluación psicológica. Se remitieron tanto los pacientes que acudían regularmente al servicio como los que asistían por primera vez, durante el periodo de tiempo comprendido entre el mes de Mayo del 2000 al mes de Abril del 2001.

Para la evaluación psicológica se seleccionaron los pacientes en cuyos casos el dolor había persistido desde hacía al menos 6 meses, y en los que los tratamientos aplicados hasta la fecha no habían logrado la remisión de la enfermedad.

La evaluación psicológica fue realizada en dos tiempos. En un primer tiempo un psicólogo con experiencia en psicopatología evaluó a los pacientes de manera individual en un despacho y se dedicó aproximadamente una hora por paciente para la aplicación de los cuestionarios especificados en el apartado 6.2.3 de instrumentos de evaluación. Se garantizó la confidencialidad de los datos y su uso exclusivo para fines de investigación y tratamiento.

En un segundo tiempo se solicitaba al sujeto que durante 15 días consecutivos evaluara la intensidad de su dolor, su estado de ánimo y su nivel de ansiedad utilizando las escalas analógico visuales de seguimiento que se describen en el apartado 6.2.3 de instrumentos de evaluación. Los pacientes fueron nuevamente citados por el mismo psicólogo para

entregar las escalas analógico visuales completamente contestadas. En esta sesión se revisó que no existieran respuestas sin contestar.

6.2.3 Instrumentos de evaluación

La recogida de **datos demográficos** y **clínicos** del paciente se hizo a través de un protocolo de entrevista semiestructurado diseñado por los investigadores. El protocolo cubría las siguientes áreas (anexo 1):

- **Datos demográficos**, tales como: sexo, edad, estado civil, lugar de residencia, educación, ocupación y clase social.

- **Datos clínicos:**
 - a) *Antecedentes* tanto familiares como personales de enfermedad y dolor, así como los antecedentes psicopatológicos personales del paciente. Información sobre la edad en la cual comenzó el dolor, la existencia de acontecimientos vitales previos a la enfermedad ó durante los 6 meses precedentes al dolor y la existencia de tratamientos previos y su efectividad.
 - b) *Características del dolor*, que incluye información sobre el tipo de dolor, localización, zonas o irradiaciones, duración, medicación actual, tratamiento y existencia actual de otras enfermedades.
 - c) *Interferencia del dolor sobre* la vida laboral, hábitos de sueño, estado de ánimo, relación sexual, trabajo doméstico, ocio, ingresos familiares y otros.

La recogida de los **datos psicológicos** durante la entrevista se hizo a través de los siguientes instrumentos (anexo 2):

1) Cuestionario STAI (Spielberger y cols., 1973)

Este instrumento permite medir la ansiedad rasgo y la ansiedad estado. Se divide en dos partes: Ansiedad-Rasgo (A/R) y Ansiedad-Estado (A/E). Cada parte contienen 20 ítems y tiene tres opciones de respuesta. La escala de A/E, mide síntomas de ansiedad actual y la escala A/R mide el componente ansioso de la personalidad.

2) Cuestionario Autoaplicado para la Depresión de Beck (Beck y cols., 1961)

Este cuestionario consta de 21 ítems que hacen referencia al estado de ánimo actual del paciente. Contiene 4 opciones de respuesta graduales sobre los síntomas depresivos.

3) Inventario de Temperamento y Carácter (TCI), (Cloninger y cols. 1994)

Este instrumento consta de 240 ítems con respuesta dicotómica (F ó V). Mide las dimensiones de personalidad en base a la teoría psicobiológica. Incluye las siguientes *dimensiones temperamentales*: Evitación del Daño (HA), Búsqueda de Novedad (NS), Dependencia de la Recompensa (RD) y Persistencia (PER). La escala de Evitación del Daño (HA) se compone de cuatro subescalas: HA1 = Preocupación, HA2 = Evitación de riesgo, HA3 = Timidez y HA4 = Fatigabilidad. La escala Búsqueda de Novedad (NS) se compone de cuatro subescalas: NS1 = Exploración, NS2 = Falta de reflexión, NS3 = Derroche y NS4 = Antinormatividad, y la escala Dependencia de la Recompensa (RD) se compone de 3 subescalas: RD1 = Sentimentalismo, RD3 = Apego/apertura y RD4 = Conformidad. La escala de Persistencia (PER) no contiene subescalas. Las *dimensiones caracteriales* son: Auto-dirección (SD), Cooperación (C) y Auto-trascendencia (ST). La escala de Auto-dirección se compone de cinco subescalas: SD1 = Locus control interno, SD2 = Propósitos/metapas, SD3 = Recursos, SD4 = Auto-aceptación y SD5 = Buenos hábitos. La escala de Cooperación se compone de cinco subescalas: C1 = Tolerancia social, C2 = Empatía, C3 = Altruismo, C4 = Capacidad de perdón y C5 = Integridad, y la escala de Auto-trascendencia se compone de tres subescalas: ST1 = Ensimismamiento, ST2 = Identificación transpersonal y ST3 = Espiritualidad. Se utilizó la traducción española realizada por la Dra. Bayón Pérez (1987, 1992).

4) Cuestionario de Personalidad para Adultos (EPQ-A), (Eysenck y Eysenck, 1986)

Este cuestionario consta de 94 ítems con respuesta dicotómica (sí ó no). Mide las siguientes dimensiones de personalidad: Neuroticismo, Extraversión y Psicoticismo. Tiene una escala de Sinceridad.

5) Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ), (Lobo, 1986).

Este instrumento consta de 28 ítems y contienen una valoración global de cuatro escalas: escala A (síntomas somáticos de origen psicológico), escala B (angustia/ansiedad), escala C (disfunción social en sus actividades diarias) y escala D (depresión). Se utilizó la versión en español validada por Lobo y cols. (1981, 1986).

6) Medida de la intensidad del dolor

Se utilizó para estimar la intensidad del dolor en el momento de la evaluación. Su diseño es el tradicionalmente aconsejado por los autores (Penzo, 1984; Ferrer y cols., 1993, 1997; Morin y cols., 1998; McCracken, 1999; Arnsteiny y cols., 1999 y Turner y Romano, 1984). En un segmento de 10 centímetros el paciente señala la intensidad de su sensación dolorosa. En este segmento los extremos representan los límites de la sensación a medir: *Nada de dolor* y *Mucho dolor*.

7) Escalas Analógico Visuales de Seguimiento

Se elaboró un cuadernillo que contenía tres escalas numéricas que valoraban tres aspectos distintos: intensidad del dolor, estado de ánimo y nivel de ansiedad. Cada escala analógico visual se representó en un segmento de 10 centímetros, los extremos sobre la sensación a medir fueron: para la escala sobre intensidad del dolor: *Nada de dolor* y *Mucho dolor*. Para la escala sobre el estado de ánimo: *Animado* y *Deprimido*. Y para la escala sobre el nivel de ansiedad: *Tranquilo* y *Nervioso*. El cuadernillo final que se entregaba al paciente estaba formado por 45 escalas analógico visuales (tres variables por 15 días de seguimiento).

6.2.4 Diseño

Dado que se obtuvo información en dos momentos diferentes, es decir, durante la entrevista del paciente (momento de evaluación presente) y durante un seguimiento de 15 días, este estudio tiene dos tipos de diseño:

- 1) Tipo *transversal* ó de observación sistemática, que permite obtener información sobre aspectos clínicos y describir las relaciones existentes entre un conjunto de variables en un momento determinado, y
- 2) Tipo *longitudinal* o de *seguimiento* que permite observar y seguir en el tiempo la presencia o ausencia de ciertas características naturales que influyen en la expresión de una enfermedad. En este caso se observó si el estado emocional (depresión y ansiedad) influían en la intensidad del dolor.

Las *variables* involucradas en el estudio fueron:

6.2.4.1 Variables Emocionales

- a) *Sintomatología Depresiva*: Se valoró la ausencia o la presencia de síntomas de depresión en los pacientes. El nivel de síntomas depresivos se obtuvo a través del Beck considerando las siguientes puntuaciones: < 11 ausencia de depresión, 12 - 18 depresión leve, 19 - 25 depresión moderada y > 26 depresión grave (Beck, 1961).

b) Sintomatología Ansiosa: El nivel de ansiedad se obtuvo a través del STAI, valorando tanto la ansiedad Estado (A/E) como la ansiedad Rasgo (A/R). La ansiedad *Estado (A/E)* es un estado emocional transitorio caracterizada por tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autonómico. Ésta puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. La ansiedad *Rasgo (A/R)* es una característica estable de la persona, percibiendo las situaciones de manera amenazadoras.

c) Autoevaluación subjetiva de la sintomatología depresiva y ansiosa: El paciente valoró su estado de ánimo y nivel de ansiedad durante el transcurso de 15 días, a través de unas escalas numéricas.

6.2.4.2 Variables de Dolor

a) Intensidad del dolor: Se evaluó a través de una escala numérica en dos momentos diferentes: **1) intensidad del dolor presente**, valorada en el momento de realizar la evaluación del paciente y **2) intensidad del dolor cotidiano**, valorada en el transcurso de 15 días por el paciente.

b) Tiempo de evolución del dolor: Se consideró el tiempo que el paciente presentaba dolor, al menos desde que lo consideraba más molesto y que había tenido que acudir al médico.

c) Zonas ó extensión del dolor: En esta variable el paciente tenía que marcar en una figura del cuerpo humano las zonas en que presentaba dolor. Para obtener mayor información de esta variable se sumo el número de zonas afectadas y se dejo como variable cuantitativa.

d) Persistencia del Dolor: Se considero si el dolor se caracterizaba por ser *continuo*, es decir que siempre estuviera presente (incluso a la hora de dormir) ó *intermitente*, que desapareciera en algún momento del día o incluso durante algún día.

6.2.4.3 Variables de Personalidad

a) Personalidad con el EPQ:

Neuroticismo (N): La persona con puntuación alta en *N* se caracteriza por una constante preocupación acerca de cosas o acciones que pueden resultar mal, junto con una fuerte reacción emocional de ansiedad a causa de estos pensamientos. En cambio, la persona con bajas puntuaciones en *N* responde emocionalmente con tono bajo y débil, y vuelve a su estado habitual rápidamente, es equilibrado, calmado y despreocupado.

Introversi3n-Extraversi3n (E - I): La persona con altas puntuaciones de *E* se considera sociable, impulsiva, despreocupada y con tendencia al cambio. Tiende a ser agresiva y se enfada r3pidamente. La persona con altas puntuaciones de *I* se considera tranquila, retra3da, introspectiva, se muestra distante y es previsora. Tiene un modo de vida ordenado y raras veces se comporta de manera agresiva.

Psicoticismo (P): Una persona con puntuaci3n alta en esta escala se considera solitaria y con falta de empatia hacia las personas. Puede crear problemas a los dem3s y considerarse hostil, agresiva incluso con las personas amadas.

Sinceridad (S): Esta escala se utiliza para discriminar el grado con que la persona falsea sus respuestas o no en el cuestionario. Puntuaciones altas en *S* indican que la persona ha contestado con honestidad al cuestionario.

b) Personalidad con el TCI

El TCI mide dimensiones de la personalidad de *temperamento* y de *car3cter*. El temperamento se considera en gran medida heredable y se basa en predisposiciones emocionales que se mantienen estables a lo largo del desarrollo. El car3cter representa el conjunto de caracter3sticas de personalidad que se estructuran a lo largo del desarrollo por medio del aprendizaje en el medio sociocultural. Las puntuaciones del TCI se dividen en 5 grupos de acuerdo con los siguientes percentiles y puntos de corte: 1) 0 - 16.7% (puntuaciones muy bajas), 2) 17 - 33% (puntuaciones bajas), 3) 34 - 66.7% (puntuaciones altas) y 4) 84 - 100% (puntuaciones muy altas) (Cloninger y cols., 1994).

TABLA 9.**Descripción escalas de Temperamento**

Baja Evitación del Daño: despreocupado, relajado, sosegado, optimista, confiado, desenvuelto, osado, desinhibido, enérgico y dinámico.	Alta Evitación del Daño: cauteloso, preocupadizo, miedoso, tenso, aprensivo, nervioso, tímido, inseguro, pasivo, pesimista, fatigable.
Baja Búsqueda de Novedad: difícil de enfadar, indiferente, estoico, reflexivo, poco entusiasta, frugal, reservado, rutinario, sistemático, ordenado.	Alta Búsqueda de Novedad: excitable, temperamental, exploratorio, curioso, entusiasta, impulsivo, desordenado, inconstante, se aburre fácil, no tolera la frustración, derrochador.
Baja dependencia de la recompensa: duro, frío, insensible, práctico, desapegado, solitario, guarda distancias, no afiliativo, independiente.	Alta dependencia de la recompensa: blando, sentimental, empático, sociable, afectuoso, comunicativo, afiliativo, dependiente.
Baja Persistencia: desganado, desmotivado, molesto, indolente, abandona fácilmente.	Alta Persistencia: motivado, ambicioso, centrado en los resultados, no se rinde.

TABLA 10.**Descripción escalas de Carácter**

Baja Auto-dirección: inmaduro, débil, frágil, culpabilizador, ineficaz, irresponsable, poco fiable, carente de un principio rector interno, trastorno de la personalidad.	Alta Auto-dirección: maduro, fuerte, autosuficiente, responsable, fiable, orientado a metas, alta autoestima, efectivo. Hábil para controlar, regular y adaptar la conducta ajustándola a la situación de acuerdo con las metas y valores.
Baja Cooperación: intolerante, crítico, egoísta, rencoroso, vengativo, hostil, oportunista, desconsiderado, mira por sí mismo, falta de principios morales.	Alta Cooperación: empático, tolerante, compasivo, considerado, con principios, servicial, tiene en cuenta a los otros.
Baja Auto-trascendencia: orgulloso, impaciente, poco imaginativo, autoconsciente, materialista, tolera mal la ambigüedad, objetivo, racional.	Alta Auto-trascendencia: realizado, no pretencioso, paciente, creativo, desinteresado, espiritual, tolera la ambigüedad, subjetivo, ingenuo.

6.2.4.4 Variables psicopatológicas

Esta variable se valoró a través del cuestionario *GHQ* diseñado para la detección de casos psiquiátricos en la población médica. Se incluyen básicamente síntomas somáticos de origen psicológico, angustia/ansiedad, disfunción social (en sus actividades diarias) y depresión. Se definieron dos categorías: a) = "caso psiquiátrico" y b) = "caso no psiquiátrico". A partir de 7 puntos se consideró como "caso psiquiátrico" (Lobo y cols., 1986).

6.2.5 Análisis de los datos

El análisis estadístico de los datos se efectuó con el Sistema SPSS versión 10.0 para Windows y se realizaron los siguientes análisis:

- a) Estadística descriptiva: La descripción de las variables demográficas, clínicas y de personalidad se realizaron mediante el recuento expresado en porcentajes y a través de las medias y desviaciones estándar (DE). El análisis de las escalas BDI, STAI-E/R, EPQ-A, GHQ y TCI se hizo utilizando las puntuaciones directas. Sus comparaciones se hicieron utilizando las baremaciones propuestas por los autores, con excepción del TCI que se comparó con los resultados de un estudio realizado en población general extranjera (Cloninger y cols., 1993).
- b) Correlación de Pearson: Este tipo de análisis describe la asociación lineal entre dos variables cuantitativas. Ambas variables son aleatorias normales y su distribución sigue una ley normal bivalente. En el caso de variables ordinales o que presentaban asimetrías se utilizó el coeficiente de Correlación de Spearman, indicado en el texto como r_s . Con este análisis se estudiaron las relaciones entre las escalas BDI, STAI-E/R, EPQ-A, TCI y escalas numéricas de seguimiento.
- c) Prueba T Student: Este análisis describe la relación entre una variable independiente binaria y una variable dependiente continua. Con esta prueba se evaluó la diferencia entre dos medias, específicamente se estudió la diferencia entre síntomas de depresión y ansiedad entre hombres y mujeres con dolor crónico y características de

personalidad. En el caso de muestras pequeñas y en donde se observó la presencia de una marcada asimetría o vulneración del supuesto de normalidad, se utilizó la Prueba U de Mann-Wiitney. Con esta última prueba, se estudió la relación entre caso psiquiátrico (caso/no caso) con los síntomas depresivos, ansiosos y características de personalidad (Neuroticismo y Extraversión alta y bajo).

- d) Regresión Múltiple: Este modelo nos permitió delimitar la intensidad de la relación entre un grupo de variables predictoras y una variable criterio. Esta técnica permite introducir todas las variables de control $X_1, X_2 \dots X_p$ (cuantitativas y/o categóricas) que pueden enmascarar el efecto de la respuesta cuantitativa (Y). Concretamente con este análisis se comprobó cuáles de las variables del dolor predecían mejor la sintomatología depresiva y ansiosa. Se ajustó al modelo la variable sexo y se utilizó el método *ENTER*.
- e) Índice descriptivo basado en ordenaciones (Boxplot): Este índice se utiliza para describir una medida basada en ordenaciones, en la cual, los valores extremos pierden peso y no modifican el valor del índice. Su representación gráfica es el diagrama de caja (Boxplot). Este diagrama es un gráfico muy útil para comparar diferentes distribuciones (simétricas/ asimétricas), por ejemplo este tipo de representación nos permitió estudiar la evolución de una variable cuantitativa (intensidad del dolor, estado de ánimo y nivel de ansiedad) en diferentes momentos (durante el transcurso de 15 días).
- f) Para todos los análisis se considero que una relación era estadísticamente significativa cuando $p \leq 0.05$ y no significativa si $p > 0.05$.

7 RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados sobre la descripción de la muestra de estudio y los análisis estadísticos para la comprobación de los objetivos. Primero, se presentan los resultados sobre datos demográficos y datos clínicos de la muestra. Posteriormente, se describen los resultados de los objetivos e hipótesis del trabajo.

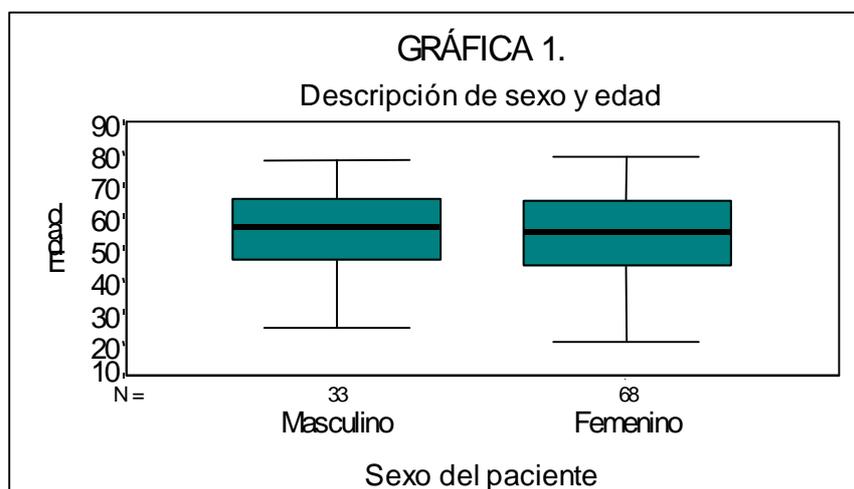
7.1 Descripción de la muestra

7.1.1 Datos demográficos

Se evaluó a un total de 103 pacientes con dolor crónico, sin embargo, dos pacientes fueron eliminados de los análisis. Uno de ellos se eliminó porque no contestó en su totalidad a los cuestionarios y el otro paciente por presentar problemas de concentración en el momento de la evaluación. Por tanto, la muestra final quedó representada por 101 pacientes con dolor crónico

La descripción de los datos demográficos de la muestra se describen en la tabla 11. En ella se observa que el 32.7% fueron hombres y el 67.3% mujeres. La edad media de los hombres fue de 56.54 años (DE = 13.58) con un rango de edad de 25 a 78 años. Las mujeres presentaron una edad media de 54.86 años (DE = 13.98), con un rango de edad de 21 a 79 años.

En la gráfica 1. se observa la distribución de la muestra de acuerdo a la edad y al sexo. Se aprecia que el 50% central de los hombres tenía entre 47 y 66.5 años de edad, con una mediana de 57 años y que el 50% central de las mujeres tenía entre 45 y 65 años de edad, con una mediana de 55.5 años.



El *estado civil* de la muestra estaba constituido por 76.2% personas casadas, 9.9% viudos, 6.9% solteros, 5.0% separados y 2.0% divorciados. De las personas que habían estado ó estaban casadas, el 91.1% era su primer matrimonio y sólo el 3.0% tenía un segundo matrimonio.

Con respecto al *nivel de educación* de la muestra la mayoría tenía estudios primarios (52.5%). Le siguen los que no tenían estudios (22.8%) y los de estudios medios (20.8%). Pocos tenían estudios universitarios (4.0%).

En cuanto al tipo de *convivencia*, es decir, si vivía sólo o compartía vivienda con otras personas familiares o amigos, se observó que la mayoría de los pacientes vivía en su propia casa con esposa y/o hijos (84.2%), le siguen las personas que vivían en casa de los padres o hijos (7.9%) y los que vivían solos (5.0%). Muy pocos eran los que vivían en pareja (mínimo 1 año) no casados legalmente y los que vivían en casa compartida con otros parientes o amigos (1.0%).

El *lugar de residencia* de la muestra en su mayoría eran de zona urbana (97%) y muy pocos de zona rural (3%). Las zonas urbanas correspondían a Sabadell (51.5%) y la otra mitad a otros sitios cercanos.

El rango de *número de hijos* era de 0 a 7. Sin embargo, la mayoría de las personas tenía 2 hijos (41.6 %), 3 (18.8%) y 1 (12.9%). Pocas personas tenían 4 hijos (8.9%), 5 (3.0%), 6 (3.0%) y 7 (1.0%). El 10.9% de la muestra no tenía hijos.

En la distribución de la *profesión* y el *oficio* de la muestra destacó la ocupación de trabajos obreros (35.6%), empleos de servicios (24.8%) y el de amas de casa (13.9%).

Finalmente, la *ocupación actual* de gran parte de la muestra era la de las labores del hogar (35.6%), cabe mencionar que el porcentaje de amas de casa aumento debido a que muchas de éstas personas con anterioridad tenían algún oficio o empleo, sin embargo, en la actualidad lo había dejado dedicándose exclusivamente a las labores del hogar. El 20.8% se encontraba de baja temporal y el 16.8% eran personas jubiladas. Pocas personas se encontraban en activo (11.9%) y en baja permanente (10.9%). Menos pacientes estaban en paro (2.0%), desempleados y eran estudiantes (1.0%).

TABLA 11.
Descripción de la muestra de estudio (n = 101)
Datos demográficos.

Variable	Descripción estadística
Sexo	n (%)
Masculino	33 (32.7%)
Femenino	68 (67.3%)
Edad	Media (D.E); rango
Masculino	56.54 (13.58); 25 a 78
Femenino	54.86 (13.98); 21 a 79
Estado civil	n (%)
Casado (a)	77 (76.2%)
Viudo (a)	10 (9.9%)
Soltero (a)	7 (6.9%)
Separado (a)	5 (5.0%)
Divorciado (a)	2 (2.0%)

Continúa

TABLA 11.**Descripción de la muestra de estudio ($n = 101$)****Datos demográficos (*Continuación*).**

Variable	Descripción estadística
Nivel de educación	<i>n</i> (%)
Sin estudios	23 (22.8%)
Primarios	53 (52.5%)
Medios	21 (20.8%)
Universitarios	4 (4.0%)
Convivencia	<i>n</i> (%)
En casa propia con esposa e hijos	85 (84.2%)
En casa de los padres ó hijos	8 (7.9%)
Solo	5 (5.0%)
En pareja (mínimo 1 año no casados legalmente)	1 (1.0%)
En casa de hermanos o parientes cercanos	1 (1.0%)
En casa compartida	1(1.0%)
Lugar de residencia	<i>n</i> (%)
Zona urbana	98 (97.0%)
Zona Rural	3 (3.0%)
Número de hijos	<i>n</i> (%)
0	11 (10.9%)
1	13 (12.9%)
2	42 (41.6%)
3	19 (18.8%)
4	9 (8.9%)
5	3 (3.0%)
6	3 (3.0%)
7	1 (1.0%)

Continúa

TABLA 11.

Descripción de la muestra de estudio ($n = 101$).

Datos demográficos (*Continuación*).

Variable	Descripción estadística
Profesión/oficio	<i>n</i> (%)
Profesiones liberales, ejecutivos y directivos.	5 (5.0%)
Técnicos administrativos y comerciales, incluyendo personal de oficina.	9 (8.9%)
Empleos de servicios: de hogar privados, públicos de vigilancia y seguridad.	25 (24.8%)
Empleos agrícolas, forestales y pesqueros	2 (2.0%)
Trabajos cualificados: mecánicos y reparadores, oficios de la construcción, mineros.	6 (5.9%)
Trabajos de transporte y mudanzas	3 (3.0%)
Obreros, equipo de limpieza, operadores de maquinaria, montadores, capataces, ayudantes y jornaleros	36 (35.6%)
Amas de casa	14 (13.9%)
Estudiante a tiempo completo	1 (1.0%)
Ocupación actual	<i>n</i> (%)
En activo	12 (11.9%)
Ama de casa	36 (35.6%)
Estudiante	1 (1.0%)
Jubilado (a)	17 (16.8%)
En paro	2 (2.0%)
Baja temporal	21 (20.8%)
Baja permanente	12 (11.9%)

7.1.2 Datos clínicos

7.1.2.1 Antecedentes psicológicos

En la tabla 12 se describen los datos clínicos de la muestra referentes a los aspectos psicopatológicos y a los antecedentes del dolor crónico.

Se observó que la mayoría de los pacientes no tenía *antecedentes psicopatológicos personales* (60.4%) y que el 39.6% de la muestra sí tenía. De las historias clínicas y de las referencias del propio paciente se pudo aproximar que un 25.7% podrían corresponder a síntomas depresivos, un 4.0% a síntomas de ansiedad y otros problemas (familiares y de pareja) y un 3.0% a síntomas mixtos de ansiedad-depresión y abuso de sustancias.

Se preguntó por la *psicopatología familiar* de primera línea y además por la *psicopatología* de la *pareja* (esposo/a). Se observó que el 29.7% de la muestra tenía algún pariente con problemas psicopatológicos y el 70.3% no tenía familia con problemas de este tipo. Los parientes con psicopatología de primera línea fueron en su mayoría el padre y/o la madre (14.9%), el 5.9% tenía un hijo con problemas psicopatológicos y el 2.0% un hermano. Sólo se presentó psicopatología en la pareja en un 2.0% de casos. Por otra parte, el 5.0% tenía más de un familiar con problemas psicopatológicos. El tipo de trastorno psicopatológico que padecían los familiares de los pacientes, fueron los siguientes: el padre y la madre tenían síntomas depresivos en un 14.9% y abuso de sustancias en un 4.0%. Los hijos presentaban psicosis en un 4.0% y síntomas de depresión, dependencia de sustancias y otros problemas en un 2.0%. Los hermanos presentaban sintomatología depresiva en un 3.0%. Y el cónyuge padecía síntomas de depresión y/o abuso de sustancias en un 2.0%.

Los pacientes que tenían *familiares* con algún tipo de dolor persistente o que se había repetido en varias ocasiones eran el 52.5%. Los parientes que presentaban problemas de dolor, fueron básicamente la madre y el padre (45.5%), los hermanos (5.0%) y los hijos (2.0%). Se observó que el tipo de dolor que presentaban la *madre* y el *padre* eran en su mayoría dorsalgias/lumbalgias (14.9%). Los siguientes dolores más frecuentes fueron reumatismo (8.9%), artrosis y cáncer (7.9%). En menor medida se presentó la osteoporosis (3.0%), la cefalea, el herpes y la embolia (1.0%). En los *hermanos* también el dolor más frecuente fueron las dorsalgias/lumbalgias (2.0%) y le siguieron en menor medida el

¹ Existieron 5 casos con más de un familiar con problemas psicopatológicos: c 40 = esposo, hijo y madre, c 44 = madre y hermano, c 74 = hijo y madre, c 89 = esposo e hijo y c = 83 = madre e hijo.

cáncer, la artrosis y la osteoporosis (1.0%). Los hijos presentaron dolor reumático en un 2.0%.

El 51.5% tiene antecedentes patológicos como úlcera gastroduodenal, hipercolesterolemia, diabetes, hipertensión arterial, migraña, bronquitis crónica y asma.

En relación a la existencia de algún *acontecimiento físico anterior a la enfermedad del dolor* y relacionado con el inicio de éste, el 41.6% no mencionó ningún hecho significativo, el 32.7% mencionó haber sido sometido a una intervención quirúrgica, el 19.8% haber tenido un accidente y el 5.9% una enfermedad médica.

En cuanto a la existencia de algún *acontecimiento vital* ocurrido poco antes de iniciada la enfermedad de dolor, en la tabla 12 se puede ver que el 42.6% no mencionó ningún acontecimiento, el 38.6% mencionó la pérdida de algún familiar cercano, el 5.9% pérdida del trabajo, el 4.0% cambio de estatus marital, el 3.0% nacimiento de un familiar y otros acontecimientos, el 2.0% cambio de vivienda y el 1.0% cambio de trabajo.

Finalmente, en la tabla 12 se observa la distribución de la *edad* en que comenzó la *enfermedad de dolor crónico* de la muestra. Se observó que para los hombres la edad media fue de 53.12 años (DE = 13.75), con un rango de edad de 24 a 77 años. Con respecto a las mujeres de la muestra se observó que la edad media fue de 45.26 años (DE = 13.97), con un rango de edad de 19 a 77 años.

TABLA 12.				
Descripción de la muestra de estudio (n = 101)				
Datos clínicos: Antecedentes psicopatológicos.				
Variables	Descripción estadística			
Antecedentes psicopatológicos personales	n (%)			
No	61 (60.4%)			
Sí	40 (39.6%)			
Tipo de psicopatología personal	n (%)			
Sintomatología depresiva	26 (25.7%)			
Sintomatología ansiosa	4 (4.0%)			
Abuso de sustancias	3 (3.0%)			
Sintomatología mixta	3 (3.0%)			
Otras	4 (4.0%)			
Psicopatología Familiar	n (%)			
No	71 (70.3%)			
Sí	30 (29.7%)			
Familiares con psicopatología	n (%)			
Madre/padre	15 (14.9%)			
Hijo	6 (5.9%)			
Hermano	2 (2.0%)			
Cónyuge	2 (2.0%)			
Más de un familiar	5 (5.0%)			
Tipo de psicopatología familiar	Madre/padre	Hermano	Hijo	Esposo
Síntomatología depresiva	15 (14.9%)	3 (3.0%)	2 (2.0%)	2 (2.0%)
Abuso de sustancias	4 (4.0%)	0	0	2 (2.0%)
Drogadicción	0	0	2 (2.0%)	0
Psicosis	0	0	4 (4.0%)	0
Otros	0	0	2 (2.0%)	0

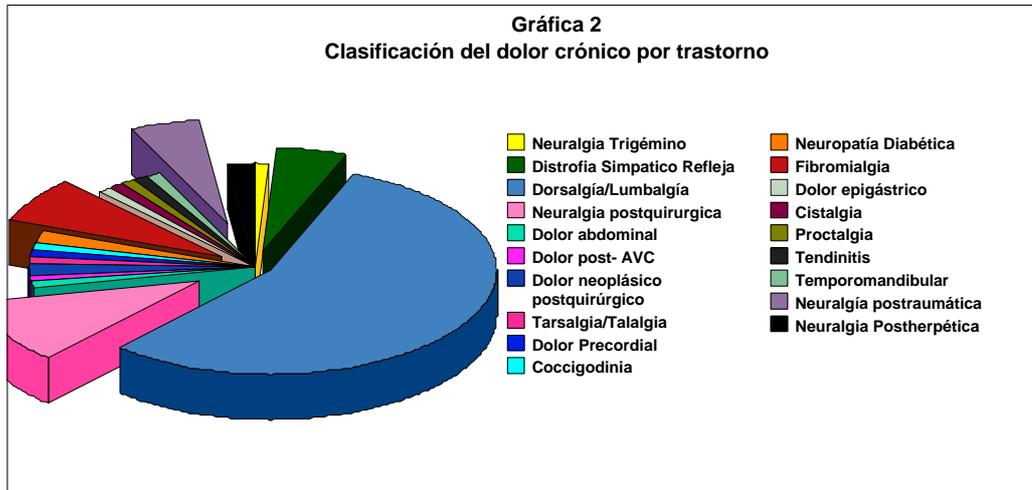
Continúa

TABLA 12.			
Descripción de la muestra de estudio (n = 101)			
Datos clínicos: Antecedentes psicopatológicos (continuación).			
Variables	Descripción estadística		
Familia con enfermedad de dolor	n (%)		
No	53 (52.5%)		
Sí	48 (47.5%)		
Tipo de dolor familiar	n (%)		
Ninguno	48 (47.5%)		
Madre/padre	46 (45.5%)		
Hermano	5 (5.0%)		
Hijos	2 (2.0%)		
Tipo de dolor en los familiares	Madre/padre	Hermano	Hijo
Cefalea	1 (1.0%)	0	0
Herpes	1 (1.0%)	0	0
Cáncer	8 (7.9%)	1 (1.0%)	0
Dorsalgia/Lumbalgia	15 (14.9%)	2 (2.0%)	0
Reumatismo	9 (8.9%)	0	2 (1.9%)
Artrosis	8 (7.9%)	1 (1.0%)	0
Osteoporosis	3 (3.0%)	1 (1.0%)	0
Embolia	1 (1.0%)	0	0
Existencia de otras enfermedades	n (%)		
Sí	52 (51.5%)		
No	49 (48.5%)		
Acontecimiento físico anteriores al dolor crónico	n (%)		
No conocido	42 (41.6%)		
Cirugía	33 (32.7%)		
Accidente	20 (19.8%)		
Enfermedad	6 (5.9%)		
<i>continúa</i>			

<u>TABLA 12.</u>	
Descripción de la muestra de estudio (n = 101)	
Datos clínicos: Antecedentes psicopatológicos (<i>continuación</i>).	
Variables	Descripción estadística
Acontecimiento vital anterior al dolor crónico	n (%)
No conocido	43 (42.6%)
Perdida de un familiar cercano	39 (38.6%)
Pérdida del trabajo	6 (5.9%)
Cambio de estatus marital	4 (4.0%)
Nacimiento de un familiar	3 (3.0%)
Cambio de vivienda	2 (2.0%)
Cambio de Trabajo	1 (1.0%)
Otros	3 (3.0%)
Edad de inicio del dolor crónico	Media (D.E); rango
Hombres	53.12 (13.75); 24 a 77 años
Mujeres	45.26 (13.97); 19 a 77 años

7.1.2.2 Diagnóstico y características del dolor crónico

En la tabla 13 se describe el diagnóstico del dolor crónico de la muestra. En cuanto a la *clasificación del dolor crónico* de acuerdo al *tipo de trastorno de dolor* que presentaba la muestra se observó que la mayoría de los pacientes presentaba Dorsalgia/Lumbalgia (53.5%), le seguían los casos de Neuropatías postquirurgicas (9.9%), las Fibromialgias (6.9%), las Neuralgias postraumáticas (5.0%) y las Distrofias Simpático Reflejas (5.0%) (ver gráfica 2).



La siguiente gráfica 3 muestra la clasificación del dolor crónico de la *IASP* (*Asociación Internacional para el Estudio del Dolor*). Se observa que la mayoría localizaba el dolor en los miembros inferiores (41.6%) y en la zona de la espalda (22.8%).

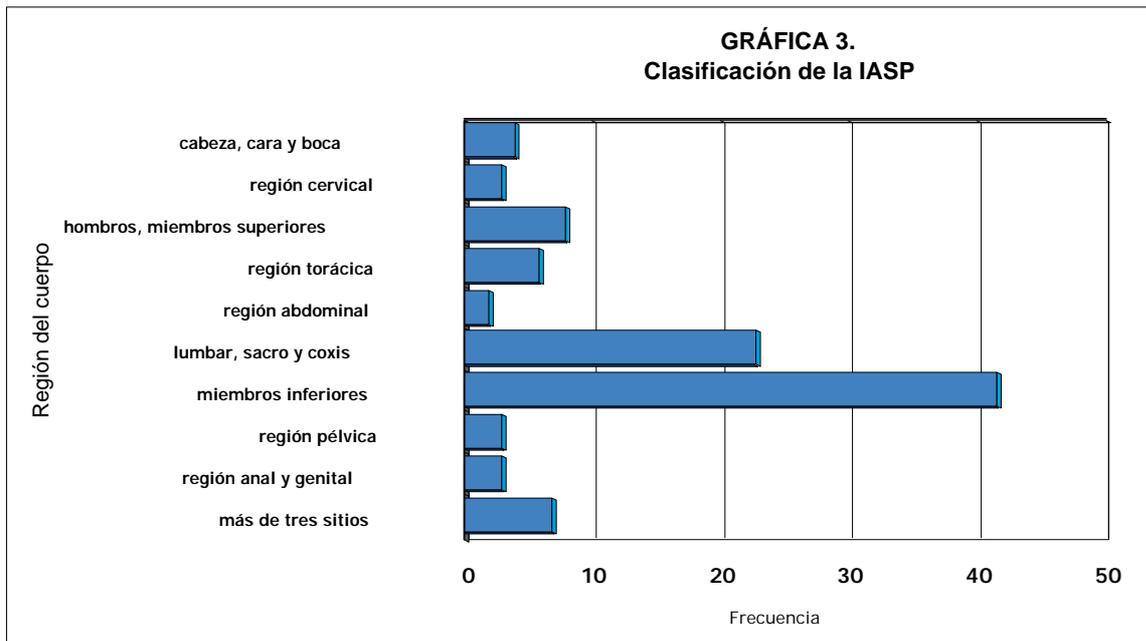


TABLA 13.

Descripción del origen y localización del dolor en la muestra de dolor crónico (n =101)

Variable	Descripción estadística
Clasificación del dolor crónico por trastorno	n (%)
Neuralgia postraumática	5 (4.9%)
Neuralgia postquirúrgica	10 (9.9%)
Dolor neoplásico postquirúrgico	2 (2.0%)
Neuralgia Trigémino	1 (1.0%)
Neuropatía Diabética	2 (2.0%)
Neuropatía Post-herpética	2 (2.0%)
Dorsalgia/Lumbalgia	55 (54.4%)
Distrofia Simpático Refleja	5 (4.9%)
Fibromialgia	7 (6.9%)
Coccigodinia	1 (1.0%)
Dolor Precordial	2 (2.0%)
Tendinitis	2 (2.0%)
Dolor Abdominal	1(1.0%)
Dolor post-AVC	1(1.0%)
Tarsalgia/ Talalgia	1(1.0%)
Dolor Epigástrico	1(1.0%)
Cistalgia (post-cistitis aguda)	1(1.0%)
Proctalgia	1(1.0%)
Dolor Temporomandibular	1(1.0%)
Clasificación de la IASP	n (%)
Cabeza, cara y boca	4 (4.0%)
Región cervical	3 (3.0%)
Hombros y miembros superiores	8 (7.9%)
Región torácica	6 (5.9%)
Región abdominal	2 (2.0%)
Espalda, espina lumbar, sacro y coxis.	23 (22.8%)
Miembros inferiores	42 (41.6%)

Continúa

TABLA 13.

Descripción del origen y localización del dolor en la muestra de dolor crónico (n =101)
(continuación)

Variable	Descripción estadística
Clasificación de la IASP	n (%)
Región pélvica	3 (3.0%)
Región anal, perineal y genitales	3 (3.0%)
Más de tres sitios	7 (6.9%)
Zonas o irradiaciones del dolor crónico	n (%)
1	15 (14.9%)
2	23 (22.8%)
3	15 (14.9%)
4	14 (13.9%)
5	6 (5.9%)
6	8 (7.9%)
7	6 (5.9%)
8	3 (3.0%)
10	2 (2.0%)
11	1 (1.0%)
12	3 (3.0%)
13	2 (2.0%)
15	3 (3.0%)
Persistencia del dolor	n (%)
Continuo	80 (79.2%)
Intermitente	21 (20.8%)
Duración del dolor en meses	Media (D.E); rango
Hombres	31.96 (29.07); 6 a 144 meses
Mujeres	51.25 (43.33); 6 a 180 meses
Intensidad del dolor presente	Media (D.E); rango
Hombres	5.63 (3.29); 0 a 10 puntos
Mujeres	6.13 (3.03); 0 a 10 puntos

Con respecto al número de *zonas o irradiaciones del dolor* destaca el dolor en dos zonas (22.8%), después el dolor en una y tres zonas (14.9%), y al final el dolor, en cuatro (13.9%) y en seis zonas (7.9%).

La mayoría de la muestra presentaba *dolor de tipo continuo* (79.6%) y el dolor de tipo intermitente sólo se presentó en un 20.4%.

La media de *duración del dolor* para los hombres fue de 31.96 meses (DE = 29.07), con un rango de duración de 6 a 144 meses. En las mujeres la media de duración del dolor fue de 51.25 meses (DE = 43.33), con un rango de duración de 6 a 180 meses.

Finalmente, la *intensidad del dolor* en el momento de la entrevista se evaluó utilizando una escala analógico visual con un rango de 0 (nada de dolor) a 10 (máximo dolor). Para los hombres el promedio fue de 5.63 (DE = 3.29) y para las mujeres de 6.13 (DE = 3.03).

7.1.2.3 Repercusión del dolor crónico

Los datos sobre la repercusión que tenía el dolor crónico en los pacientes de la muestra se describen en la tabla 14. Con respecto a la repercusión que tenía el dolor crónico en el *sueño* de los pacientes se observó que el 76.2% tenían problemas de sueño y el 23.8% no. El 33.7% tenía problemas para conciliar el sueño, el 29.7% presentaba insomnio de mantenimiento, el 9.9% reducción en las horas del sueño y el 3.0% sueño no reparador. En cuanto, a la *repercusión del dolor en otras áreas de la vida* del paciente se observó que el 82.2% de la muestra mencionó que el dolor repercutía en su estado de ánimo, el 64.4% en el trabajo doméstico, el 60.4% en las actividades de distracción y aficiones, el 43.6% en el trabajo remunerado y el 41.6% en las relaciones sexuales.

TABLA 14.
Repercusión del dolor crónico en la muestra (n = 101)

Variable	Descripción estadística
Repercusión del dolor sobre el sueño	
	n (%)
Sí	77 (76.2%)
Insomnio de conciliación	34 (33.7%)
Insomnio de mantenimiento	30 (29.7%)
Reducción en las horas de sueño	10 (9.9%)
Sueño no reparador	3 (3.0%)
No repercute	24 (23.8%)
Repercusión del dolor en otras áreas	
	n (%)
Estado de ánimo	
Sí	83 (82.2%)
No	18 (17.8%)
Relaciones sexuales	
Sí	42 (41.6%)
No	59 (58.4%)
Trabajo remunerado	
Sí	44 (43.6%)
No	57 (56.4%)
Trabajo doméstico	
Sí	65 (64.4%)
No	36 (35.6%)
Aficiones, distracciones	
Sí	61 (60.4%)
No	40 (39.6%)

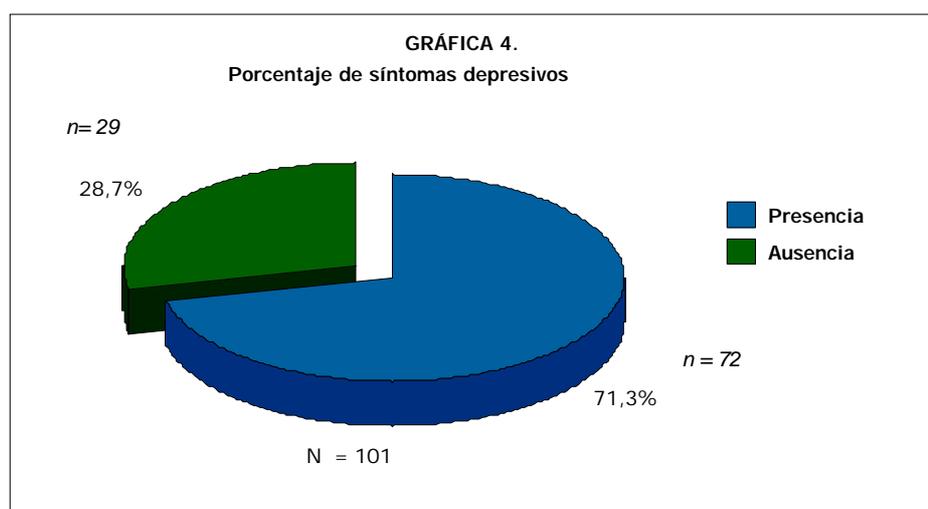
7.2 Resultados de Objetivos e hipótesis

En los siguientes apartados se presentan los resultados de los análisis estadísticos realizados para comprobar los objetivos e hipótesis del estudio. Gran parte de los resultados se presentan dividiendo la muestra por sexos, debido a la gran proporción de mujeres que representaban la muestra y a que se observó que la variable sexo influía de manera importante en los datos.

7.2.1 Evaluar la sintomatología depresiva y ansiosa en una muestra de sujetos con dolor crónico.

Hipótesis 7.2.1.1 *Los pacientes con dolor crónico, en comparación con la población general, presentarán altos porcentajes de sintomatología depresiva, y obtendrán puntuaciones más elevadas en la escala de depresión.*

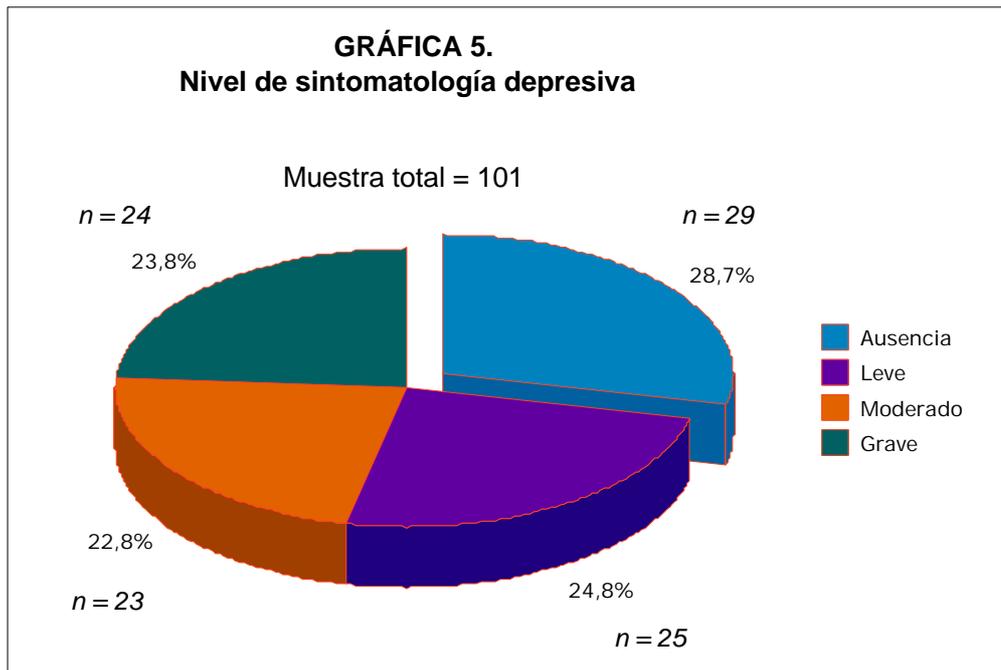
En la gráfica 4 se describe la ausencia o presencia de sintomatología depresiva de la muestra. El nivel de síntomas depresivos se obtuvo considerando las puntuaciones obtenidas en el Beck Depression Inventory. Las puntuaciones < 11 son sugerentes de ausencia de depresión, de 12 a 18 depresión leve, de 19 a 25 depresión moderada y > 26 depresión grave (Beck, 1961). Se observó que el 71.3% de la muestra presentaba síntomas depresivos y el 28.7% no.



La mitad de los pacientes de la muestra presentaban síntomas graves (23.8%) y/o síntomas moderados de depresión (22.8%). Una cuarta parte de la muestra presentaba síntomas leves (24.8%) y otra cuarta parte estaba libre de síntomas depresivos (28.7%) (ver tabla 15 y gráfica 5).

TABLA 15.
Nivel de sintomatología depresiva.

Sintomatología depresiva	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	29	28.7%
Leve	25	24.8%
Moderada	23	22.8%
Grave	24	23.8%
Total	101	100%



Hipótesis 7.2.1.2 *En la muestra de sujetos con dolor crónico se observarán diferencias significativas en las puntuaciones de depresión entre los sexos, siendo las mujeres las que presentarán mayores puntuaciones en depresión que los hombres.*

La siguiente tabla 16 describe la distribución por sexos de la puntuación media obtenida en el BDI. Se utilizó la prueba T de Student para comparar las medias de ambos grupos y se observó que las mujeres puntuaban de manera significativa y mayor en depresión que los hombres ($p = 0.006$).

TABLA 16.
Distribución de síntomas
depresivos en la muestra de estudio.

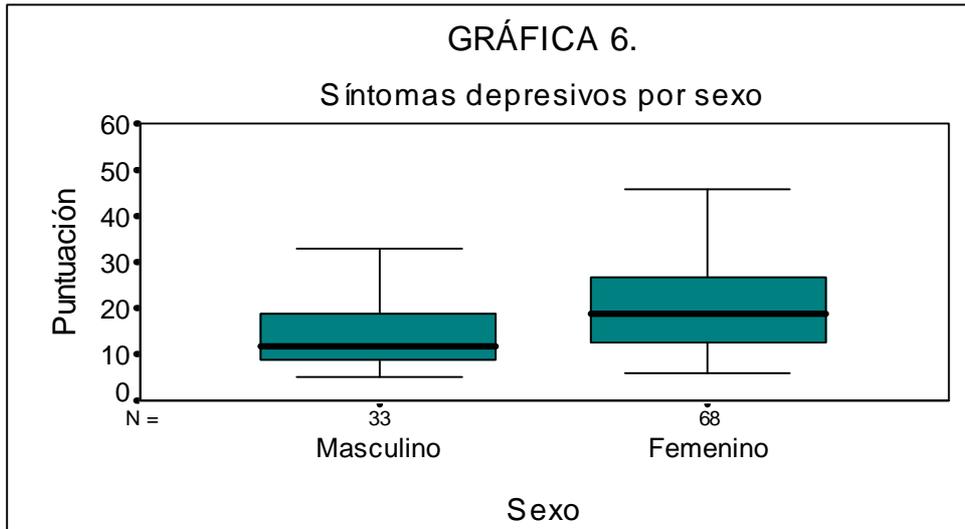
MUESTRA DOLOR CRÓNICO			
Hombres		Mujeres	
Media	DE	Media	DE
14.66	8.83	20.51 ^a	10.31
<i>n</i> = 33		<i>n</i> = 68	

^a $p \leq 0,01$

diferencias entre medias: -5.84, IC95%: -9.99 a -1.69.

Se emplearon puntuaciones directas

En la gráfica 6. se observa que el 50% central de las mujeres obtuvieron puntuaciones mayores en el BDI que los hombres, las mujeres obtuvieron puntuaciones entre 12.5 y 27, con una mediana de 19, y los hombres puntuaciones entre 8.5 y 19, con una mediana de 12.



Hipótesis 7.2.1.3 Los pacientes con dolor crónico, en comparación con la población general, presentarán puntuaciones elevadas en las escalas de ansiedad, sobre todo de ansiedad rasgo.

La sintomatología ansiosa se describe en la tabla 17. Se observa la distribución por sexos de la puntuación media obtenida con el STAI Estado y Rasgo en nuestra muestra con dolor crónico y los resultados de la puntuación media del STAI Estado y Rasgo obtenida en la población general.

TABLA 17.
Distribución síntomas ansiosos en la población general y la muestra con dolor crónico.

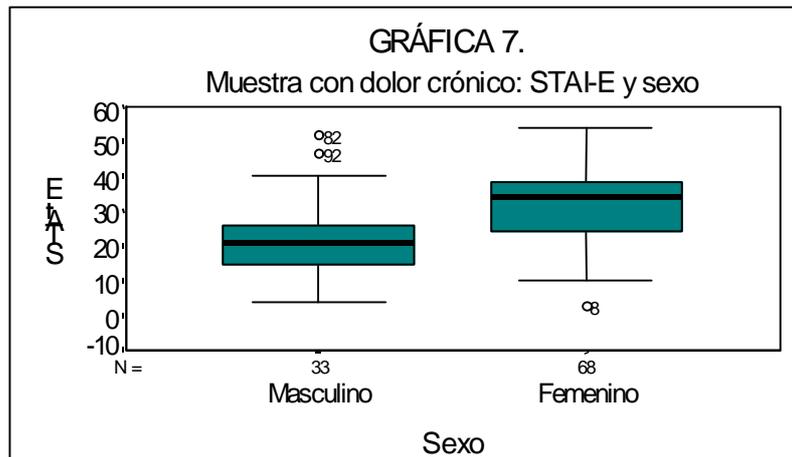
	POBLACIÓN GENERAL				MUESTRA DOLOR CRÓNICO			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo
Media	20.54	20.19	23.30	24.99	22.42	20.84	31.92 ^a	33.61 ^a
DE	10.56	8.89	11.93	10.05	11.06	12.37	11.42	11.66
N	295	318	365	387	33		68	

^a p ≤ 0.001

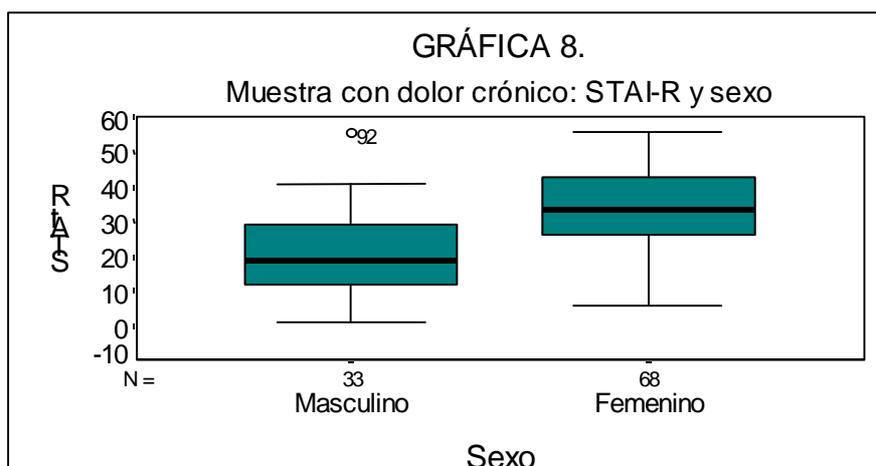
Se emplearon las puntuaciones directas

No se observaron diferencias significativas en el grupo de hombres con dolor crónico con respecto a la población general en las puntuaciones medias de la escala *ansiedad estado* y *ansiedad rasgo*. En el grupo de mujeres sí se obtuvieron diferencias significativas, ya que las mujeres con dolor crónico presentaron mayores puntuaciones en las escalas de *ansiedad rasgo* y *estado* en comparación con las mujeres de la población general.

En la gráfica 7. se describen para la muestra con dolor crónico, las puntuaciones por sexo de la escala STAI-Estado. Se muestra que, para el sexo femenino, el 50% central de las mujeres obtuvieron puntuaciones mayores en la escala STAI-Estado (puntuaciones entre 24.2 y 38.7, con una mediana de 34) que los hombres (puntuaciones entre 14.5 y 27, con una mediana de 21).



En la escala STAI-Rasgo nuevamente se observó que las mujeres obtenían puntuaciones mayores que los hombres (mujeres puntuaciones entre 26 a 42.7, con una mediana de 33.5 y hombres puntuaciones entre 11 a 29.5, con una mediana de 19) (ver gráfica 8).



7.2.2 Evaluar las características de personalidad en una muestra de sujetos con dolor crónico.

Hipótesis 7.2.2.1 *Los pacientes con dolor crónico, en comparación con la población general, presentarán puntuaciones elevadas en la escala de Neuroticismo y puntuaciones bajas en Extraversión.*

En la tabla 18. se describen las puntuaciones medias por sexo en la escala de personalidad de Eysenk, obtenidas en la población general y en la muestra con dolor crónico.

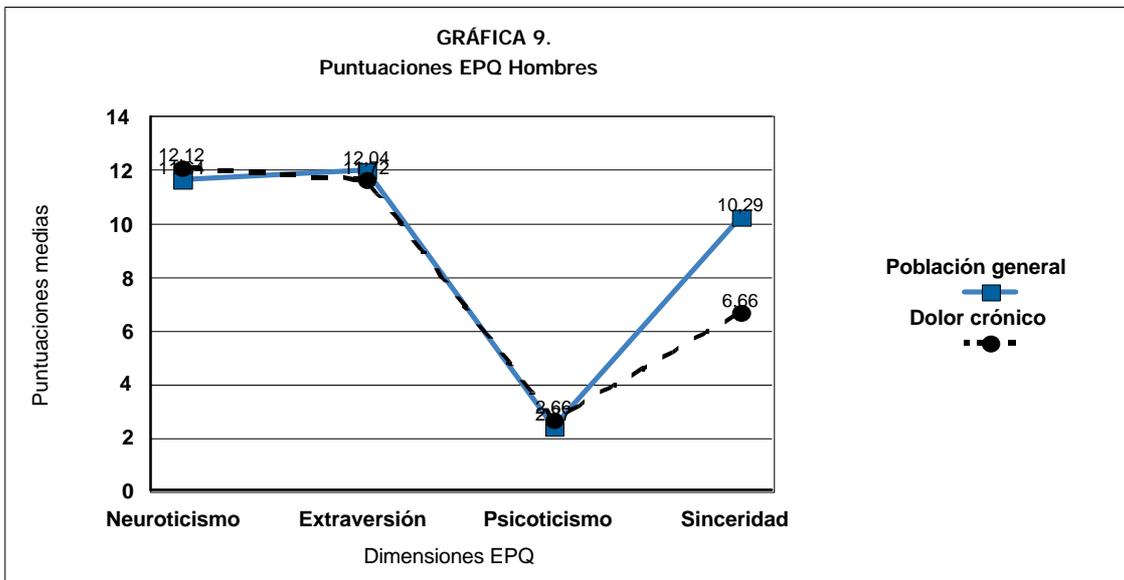
TABLA 18.
Distribución de rasgos de personalidad en la población general y en la muestra con dolor crónico.

	POBLACIÓN GENERAL				MUESTRA DOLOR CRÓNICO			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
N	11.64	5.25	14.53	5.21	12.12	6.20	16.58 ^a	5.38
E	12.04	4.04	11.37	4.41	11.72	4.26	9.86 ^a	4.28
P	2.37	3.05	2.21	2.36	2.66	2.53	3.16 ^b	1.83
S	10.29	4.93	11.85	4.26	6.66 ^b	4.22	4.91 ^b	2.87
n	n = 1.146		n = 837		n = 33		n = 68	

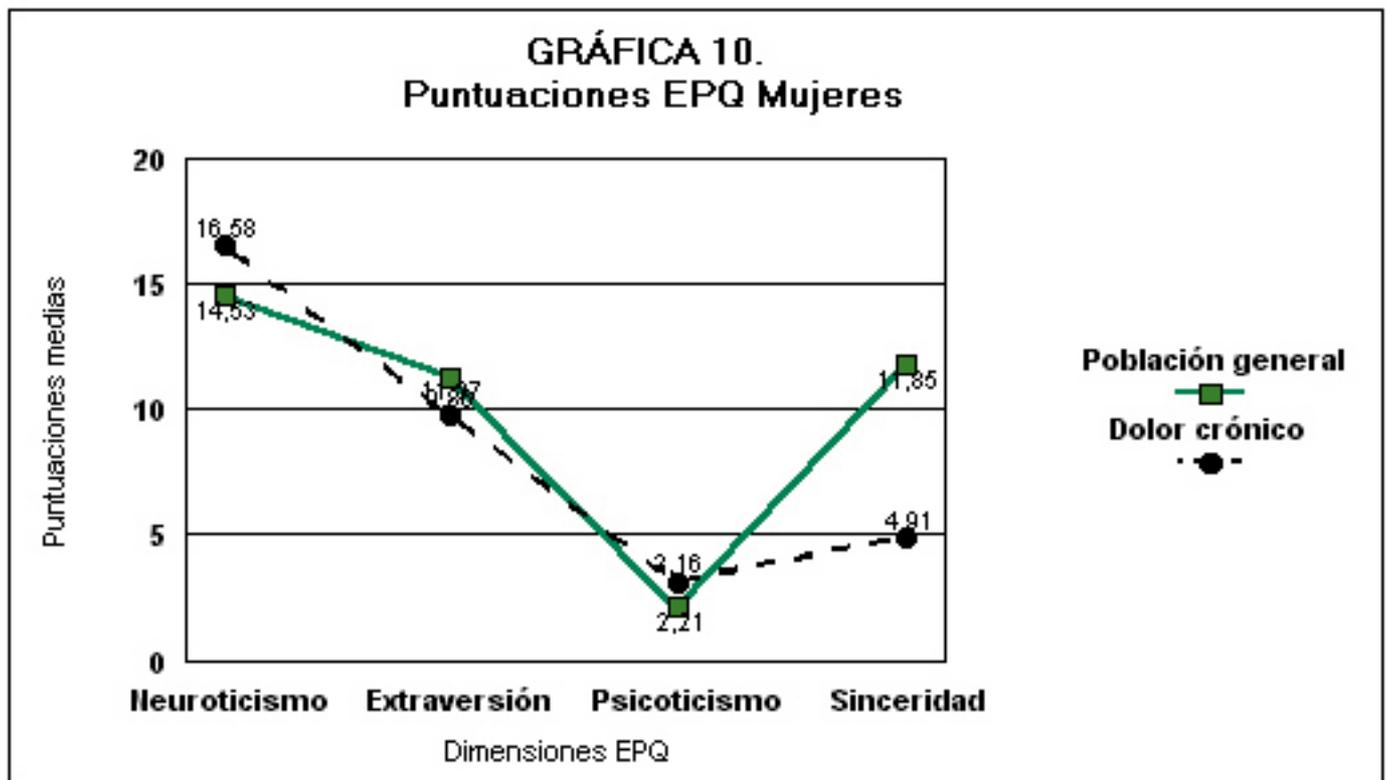
^a p ≤ 0.005 ^b p = 0.0005

Se emplearon puntuaciones directas

Para la muestra de **hombres** con dolor crónico no se observaron diferencias significativas con respecto a la población general en las puntuaciones medias de *Neuroticismo*, *Extraversión* y *Psicoticismo*. Sin embargo, se observaron diferencias en la puntuaciones medias de *Sinceridad*, siendo ésta menor en la muestra con dolor crónico con respecto a la población general, esta escala denota la tendencia al disimulo para ofrecer una buena imagen de sí mismos (ver gráfica 9).



En el sexo femenino se observó que las mujeres con dolor crónico mostraron mayores puntuaciones en las escalas de *Neuroticismo* y *Psicoticismo*, con respecto a la población general. También, las mujeres con dolor crónico obtuvieron diferencias significativas y puntuaciones más bajas en las escalas de *Extraversión* y *Sinceridad* con respecto a la población general (ver gráfica 10).



7.2.3 Evaluar las relaciones existentes entre las características de personalidad y la sintomatología depresiva y ansiosa en sujetos con dolor crónico.

Hipótesis 7.2.3.1 Los pacientes con dolor crónico con puntuaciones elevadas en la escala de Neuroticismo presentaran mayores puntuaciones en las escalas que evalúan sintomatología depresiva y ansiosa, en comparación con los pacientes con dolor crónico con puntuaciones bajas en la escala de Neuroticismo.

Para estudiar la posible relación entre las características de *Neuroticismo* con la sintomatología depresiva y ansiosa se dividió la muestra en dos partes, según si los pacientes presentaban altas puntuaciones en la escala *N* (\geq centil 75) o bajas puntuaciones en la escala *N* (\leq centil 25). Dado que las baremaciones del EPQ son diferentes para cada sexo, las puntuaciones centiles de alto y bajo *Neuroticismo* fueron diferentes entre los sexos (ver tabla 19). Utilizando la prueba U de Mann-Whitney se observó que, en ambos sexos, los pacientes con puntuaciones altas en *N* presentaron puntuaciones mayores y significativas en las escalas de depresión y ansiedad (tanto estado como rasgo) en comparación con los pacientes con puntuaciones bajas en *N*.

TABLA 19.
Relación entre Neuroticismo y síntomas
de depresión y ansiedad.

Sexo	Masculino			Femenino		
	Alto (≥ 16)	Bajo (≤ 8)	<i>p</i>	Alto (≥ 18)	Bajo (≤ 10)	<i>p</i>
BECK	15.75	6.68	0.0008	25.54	12.15	0.0037
STAI-E	14.70	7.64	0.0091	25.74	11.50	0.0020
STAI-R	15.90	6.55	0.0005	27.07	6.95	0.0005
n	10	11		34	10	

Hipótesis 7.2.3.2 *Los pacientes con dolor crónico con puntuaciones elevadas en la escala de Extraversión presentaran menores puntuaciones en las escalas que evalúan sintomatología depresiva y ansiosa, en comparación con los pacientes con dolor crónico con puntuaciones bajas en la escala de Neuroticismo.*

Para evaluar esta hipótesis se dividió la muestra en dos grupos: a) si los pacientes presentaban altas puntuaciones en la escala *E* (\geq centil 75) y b) si los pacientes presentaban bajas puntuaciones en la escala *E* (\leq centil 25). Las puntuaciones centiles para cada sexo se observan en la tabla 20. A través de la prueba de U de Mann-Whitney se pudo comprobar que sólo en las mujeres se establecieron relaciones estadísticamente significativas. En el sexo femenino se observó que los pacientes con puntuaciones altas en *E* presentaron puntuaciones menores en las escalas de depresión y ansiedad (tanto estado como rasgo) en comparación con las mujeres con puntuaciones bajas en *E*.

TABLA 20.
Relación entre Extraversión y síntomas de depresión y ansiedad.

Sexo	Masculino			Femenino		
	Alto (≥ 15)	Bajo (≤ 9)	<i>p</i>	Alto (≥ 15)	Bajo (≤ 8)	<i>p</i>
BECK	10.60	11.36	0.7776	7.94	19.85	0.0012
STAI-E	9.35	12.50	0.2440	9.0	19.43	0.0046
STAI-R	8.85	12.95	0.1293	6.56	20.39	0.0002
n	10	11		9	23	

7.2.4 Evaluar cuáles de las características del dolor crónico (tiempo de evolución del dolor, número de zonas de dolor y persistencia del dolor -continuo/intermitente-) tienen mayor relación con los síntomas depresivos y ansiosos.

Hipótesis 7.2.4.1 En los pacientes con dolor crónico, la característica del dolor que más estará relacionada con la sintomatología depresiva será el número de zonas del dolor.

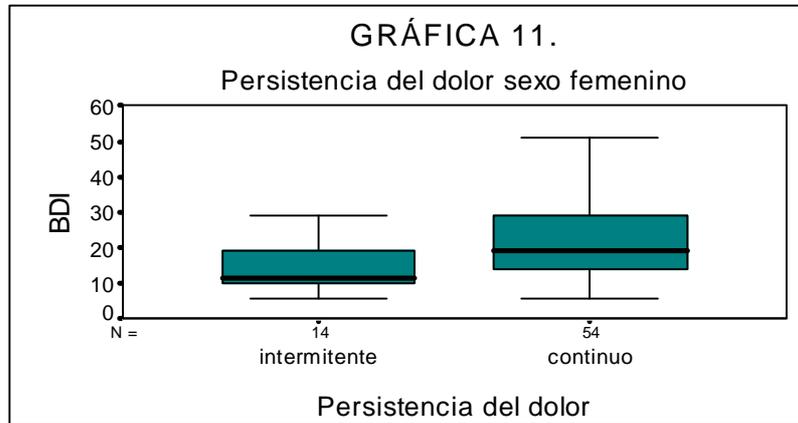
Mediante la prueba de Regresión Múltiple se analizó cuál de las variables del dolor (como tiempo de evolución del dolor, número de zonas de dolor y persistencia del dolor) predecían mejor la presencia de síntomas depresivos y ansiosos en los pacientes con dolor crónico.

En el análisis de Regresión Múltiple se incluyó la variable sexo, debido a que se observó que dicho factor se relacionaba con los síntomas depresivos ($r_s = 0.78$, $p = 0.0005$). En este caso se comprobó que las mujeres presentaban puntuaciones de depresión (20.51) superiores a las de los hombres (14.66) (ver hipótesis 1.2). Los resultados al introducir las variables del dolor crónico (con el método ENTER) constataron que sólo la variable persistencia del dolor guardaba relación estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva ($p = 0.02$). En esta relación se observó que los pacientes con dolor de tipo continuo presentaban medias de sintomatología depresiva 5.6 más altas que los pacientes con dolor de tipo intermitente (IC 95% : 0.9 a 10.1), sin que esta distribución fuera explicable por la variable sexo (ver tabla 21).

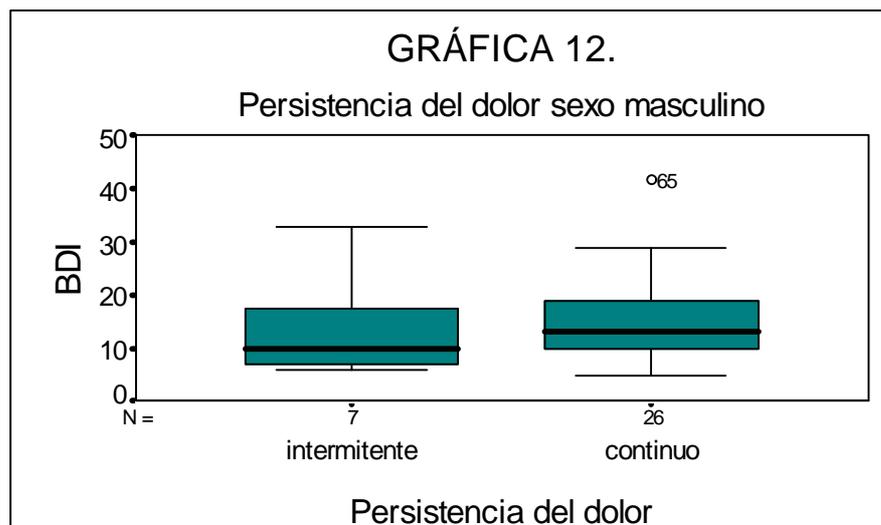
TABLA 21.
Ecuación de regresión final de las variables de dolor crónico con síntomas de depresión.

	<i>B</i>	<i>SE(B)</i>	<i>P</i>	<i>IC 95%</i>
Persistencia del dolor	5.61	2.38	0.02	0.88 a 10.35
Evolución del dolor	0.03	0.02	0.20	-0.01 a 0.08
Zonas de dolor	0.12	0.28	0.67	-0.45 a 0.69
Sexo	5.03	2.11		
Constante	8.79	2.67		

En la gráfica 11 se observa cómo las mujeres con dolor crónico de tipo continuo (media = 22.2, D.E = 10.4) presentan puntuaciones mayores en sintomatología depresiva que las mujeres con dolor crónico de tipo intermitente (media = 14, D.E. = 6.9).



En la gráfica 12 se muestra que para los hombres con dolor crónico de tipo continuo (media = 15, D.E. = 8.5) la puntuación en sintomatología depresiva es ligeramente mayor que en los hombres con dolor crónico de tipo intermitente (media = 14, D. E. = 10.6). Además, en esta gráfica se observa la presencia de un valor alejado en el grupo con dolor de tipo continuo con puntuaciones elevadas en síntomas depresivos, pero sólo se trata de un caso.



Dado que la variable número de zonas de dolor no obtuvo relación estadísticamente significativa con los síntomas de depresión, nuestra hipótesis no se confirma.

Hipótesis 7.2.4.2 *En los pacientes con dolor crónico, la característica del dolor que más estará relacionada con la sintomatología ansiosa será la persistencia del dolor.*

Se utilizó un análisis de Regresión Múltiple y se realizaron los mismos pasos que en el apartado anterior. Se incluyó la variable sexo en el análisis al evaluar su efecto en el modelo (ver hipótesis 1.3).

Los resultados del análisis (con el método ENTER) pusieron de manifiesto que la variable tiempo de evolución del dolor era la que mejor se relacionaba con los síntomas de ansiedad estado ($p = 0.0005$) y rasgo ($p = 0.003$). En esta relación se observó que por cada mes más que dura el dolor la puntuación en la escala de ansiedad estado se incrementa en 0.08 (IC 95% : 0.02 a 0.14) y la puntuación en la escala de ansiedad rasgo se incrementa en 0.07 (IC 95%: 0.01 a 0.13).

Ninguna de las otras variables analizadas (persistencia del dolor y zonas del dolor) obtuvieron relación estadísticamente significativa con los síntomas de ansiedad (estado y rasgo), así que nuestra hipótesis no se confirmó.

TABLA 22.

Ecuación de regresión final de las variables de dolor crónico con síntomas de ansiedad estado y rasgo.

Ecuación Ansiedad Estado				
	B	SE(B)	P	IC 95%
Tiempo de evolución del dolor	0.08	0.02	0.003	0.02 a 0.14
Persistencia del dolor	2.37	2.65	0.37	-2.90 a 7.64
Zonas de dolor	0.42	0.32	0.18	-0.21 a 1.06
Sexo	7.28	2.35		
Constante	16.33	2.98		
Ecuación Ansiedad Rasgo				
	B	SE(B)	P	IC 95%
Tiempo de evolución del dolor	0.07	0.02	0.019	0.13 a 0.21
Persistencia del dolor	3.97	2.85	0.16	9.64 a 0.12
Zonas de dolor	0.30	0.34	0.38	-0.38 a 0.99
Sexo	12.76	2.52		
Constante	19.89	3.19		