

para cada una de las condiciones. En ambos casos, en el análisis se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Por último, para determinar las diferencias en el grado de mejoría entre las diferentes condiciones experimentales, se compararon las diferencias pre-postratamiento mediante la prueba de Mann-Whitney.

**Resultados:** No se encontraron diferencias significativas ni en variables demográficas, ni en valores clínicos previos al tratamiento, siendo los tres grupos homogéneos. Al comparar los resultados pre-postratamiento, en el grupo EAS-1 se obtuvo mejoría significativa en todas las variables estudiadas. En el grupo EAS-2 se obtuvo mejoría significativa en funcionalidad y problemas de sueño. En el grupo EAS-3 no se obtuvieron diferencias de significación (Tabla II).

Al comparar las diferencias de las puntuaciones pre-postratamiento entre los tres grupos, fueron significativas entre EAS1-EAS2 en *Índice de Problemas de Sueño* ( $p < 0,05$ ) y entre EAS1-EAS3 en *distrés psicológico* ( $p < 0,01$ ) y *catastrofismo* ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** 1) Se ha demostrado que la frecuencia en la práctica del EAS es un factor a considerar en la mejoría de síntomas claves del paciente con fibromialgia. 2) Los datos indicarían que una práctica inferior a 2 veces/semana no posibilita una mejoría significativa.

**Discusión:** Estos resultados aportan evidencias sobre la importancia de la adherencia a un tratamiento psicológico en la mejoría clínica del paciente con fibromialgia. Aunque los datos son esclarecedores al comparar los resultados intragrupo, se precisa aumentar el tamaño de la muestra para confirmar las posibles diferencias intergrupos y los datos en general. Esto permitiría refutar o confirmar estos resultados preliminares.

**Agradecimientos:** Agradecemos a todos los participantes su colaboración, sin la que no hubiese sido posible realizar este trabajo.

**TABLA II.**  
VALORES PRE-POSTRATAMIENTO  
PARA CADA UNO DE LOS GRUPOS

Variables	EAS 1 (n = 26)			EAS 2 (n = 13)
	pre	post	p	pre
Funcionalidad	76,7	60,3	0,001	71,7
Distrés psicológico	25,0	19,0	0,001	24,3
Catastrofismo	29,5	22,8	0,002	27,8
Fatiga	25,7	20,7	0,003	26,4
Índice Problemas Sueño*	25,3	35,2	0,001	26,9

\* El resultado del índice de problemas de sueño se interpreta de forma inversa. A mayor valor, menor número de problemas de sueño.

#### Bibliografía:

1. Abuín MR. *Clínica y Salud*. 2016;33:133-45.

### P-195 CAMBIOS EN LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES CON UN SISTEMA DE NEUROESTIMULACIÓN PARA EL DOLOR

A. Mateos González<sup>1</sup>, D. Abejón González<sup>2</sup>, J. F. Paz Solís<sup>3</sup>, E. García Perea<sup>4</sup>, A. Pedraz Marcos<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centro de Psicología PositivaMente Psicólogos, Madrid; <sup>2</sup>Hospital Quirónsalud Madrid. Complejo Hospitalario Ruber Juan Bravo, Hospital Quirón San José. Unidad de Tratamiento del Dolor, Madrid; <sup>3</sup>Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>4</sup>Departamento de Enfermería, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid

**Palabras clave:** neuroestimulación, psicología, afectiva, cognitiva, percepción.

**Introducción:** La definición del dolor incluye tres dimensiones (sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva, cognitiva-evaluativa) que determinan la percepción del dolor. Son muchos los estudios que demuestran la eficacia de la neuroestimulación (EEM) en determinada tipología de pacientes con dolor, fundamentalmente neuropático. La disminución de la intensidad varía de unos estudios a otros, de media entre el 33 y 90 % (1).

Otros tantos estudios han demostrado la importancia de la influencia de factores moduladores, como factores psicológicos, en la eficacia de la terapia (2).

Identificar cómo cambian las dimensiones del dolor tras el implante ayudará a conocer qué aspectos del dolor necesitan un trabajo adicional a la EEM, o qué aspectos hay que añadir en la evaluación previa al implante, de cara a reforzar la disminución del dolor de los pacientes con el implante de EEM.

**Objetivos:** Evaluar los cambios en las dimensiones del dolor tras el implante de un sistema de neuroestimulación, al mes, a los 3, 6 y 12 meses del implante.

**Material y método:** Estudio cuasiexperimental, longitudinal, pretest/postest sin grupo control, de ámbito clínico multicéntrico, en un hospital de gestión pública y otro de gestión privada, de 12 meses de observación, con una muestra de 70 pacientes portadores de un sistema de EEM para el dolor, seleccionados de forma consecutiva entre los años 2013 y 2016. La valoración global del dolor y sus tres dimensiones se realiza mediante el cuestionario de dolor de McGill (MPQ).

**Resultados:** Se halló una mejoría significativa, con un intervalo de confianza del 95 %, ( $p < 0,001$ ) en la valoración del dolor medido con el MPQ. El 51,43 % de los pacientes

obtuvieron una disminución global del dolor  $\geq 50\%$  a los 12 meses del implante, siendo la media de la disminución global del 47,12 %.

En cuanto a la mejoría obtenida en las diferentes áreas, los participantes obtuvieron mayor disminución tras el implante del sistema de EEM en la dimensión afectiva, cerca del 60 % al mes y a los 3 meses del implante, y alcanzaron menos disminución en la dimensión cognitiva, con un 23 % a los 6 meses del implante.

**Discusión:** En concordancia con los datos hallados en la bibliografía revisada, la disminución del dolor tras el implante es significativa, tanto en la valoración global, como en las tres dimensiones del dolor.

En cuanto a la valoración global del dolor, la disminución en el PRI-total del MPQ varió entre el 21 y 72,8 % en los estudios revisados, incluido este mismo, posiblemente por influencia de la metodología utilizada y el número de pacientes estudiados. En todos los casos la diferencia fue estadística y clínicamente significativa.

En cuanto a las tres dimensiones del dolor, son escasos los trabajos que aporten datos cuantitativos sobre las dimensiones de forma independiente. De estos estudios, en la mayoría, la que obtenía una disminución mayor fue la afectiva, aunque el momento de mayor disminución varía de unos a otros y uno de los estudios coincide con este trabajo al señalar que la dimensión cognitiva obtenía menor disminución.

Por lo tanto, en este estudio se confirmó la dimensión afectiva como la que mayor disminución obtuvo con la neuroestimulación, sin tener en cuenta el tipo de programación y con un tamaño de muestra por encima de la media de los estudios revisados, y la dimensión cognitiva, como la que menos disminuyó.

Por lo tanto, sería conveniente reforzar la terapia de EEM con técnicas, como terapia psicológica, que ayuden a disminuir la dimensión cognitiva del dolor para conseguir mejores resultados en el alivio del dolor.

**Conclusiones:** Los pacientes con EEM para el dolor alcanzaron una mejoría significativa en la percepción del dolor a nivel global y en las tres dimensiones del dolor (sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitiva-evaluativa). Con más beneficio en la dimensión motivacional-afectiva y menor en la dimensión cognitiva-evaluativa. Estos datos son más patentes en los primeros meses del estudio, pero se mantuvieron a lo largo de los 12 meses estudiados.

#### Bibliografía:

1. Verrills P, Sinclair C, Barnard A. A review of spinal cord stimulation systems for chronic pain. *J Pain Res.* 2016;9:481-92.
2. Vicente-Herrero MT, López-González AA, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, García LMC, García MJT, Jiménez EA. Dolor en población laboral y su interferencia en actividades de la vida diaria. *Rev Soc Esp Dolor.* 2016;23(2):64-74.

## P-197 RESILIENCIA, CALIDAD DE VIDA Y DISCAPACIDAD EN DOLOR CRÓNICO

A. Harutyunyan Karapetyan<sup>1</sup>, V. Monsalve Dolz<sup>2</sup>, J. Soriano Pastor<sup>3</sup>, C. Soriano Monzó<sup>3</sup>, J. de Andrés Ibáñez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>FUNDOLOR, Valencia; <sup>2</sup>Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia; <sup>3</sup>Universidad de Valencia, Valencia

**Palabras clave:** resiliencia, calidad de vida, discapacidad, dolor crónico.

**Introducción:** La experiencia de dolor crónico tiene un importante componente psicológico. La calidad de vida y la discapacidad percibida pueden estar relacionadas con el estilo de afrontamiento al dolor crónico. Por ello, el estudio de la personalidad en los pacientes es clave a la hora de entender su evolución.

En trabajos anteriores se ha descrito la relación entre dimensiones de personalidad y resiliencia (1). Esta variable, además de ser un factor protector ante la adversidad, suele definirse como la superación y adaptación positiva ante estresores, estrés y sus principales manifestaciones (2).

Recientemente, se han observado diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con puntuaciones altas y bajas en resiliencia en cuanto a EVA, estilos de afrontamiento y calidad de vida, entre otras, reflejando mejor adaptación en los primeros (2).

**Objetivo:** El objetivo principal de este estudio es describir las correlaciones entre la resiliencia, la calidad de vida, el nivel de discapacidad y el afrontamiento. Y buscar las diferencias entre pacientes de dolor crónico lumbar con puntuaciones altas y bajas en resiliencia.

#### Material y método:

- a. Diseño del estudio: se trata de un estudio transversal. Se presentan estadísticos descriptivos, correlaciones de Spearman y análisis de diferencias mediante pruebas no paramétricas para muestras independientes (U Mann Withney).
- b. Muestra: la población del estudio está formada por 26 pacientes diagnosticados de dolor crónico lumbar. El 57,7 % de la muestra son hombres y la media de edad es de 52,17 ( $\pm 9,13$ ).
- c. Instrumentos de evaluación: la batería de test está compuesta por la escala visual analógica (EVA), el cuestionario CDRISC 10 (resiliencia), el SF36 (calidad de vida), el Cuestionario de Afrontamiento al Dolor (CAD-R) y el cuestionario de Discapacidad (WHO-DAS 2.0).

#### Resultados:

1. **Correlaciones:** la edad se relaciona de forma positiva con los días que el paciente dice no haber podido realizar ninguna de sus actividades ( $r = 0,51$ ;  $p = 0,01$ ).

La EVA obtiene correlaciones positivas con la variable anterior ( $r = 0,44$ ;  $p = 0,02$ ) y la religión ( $r = 0,45$ ;