

También se han buscado diferencias de medias. En todas las variables de estudio se encuentran diferencias estadísticamente significativas pero las mayores diferencias se encuentran en la satisfacción total, satisfacción objetiva, satisfacción subjetiva y expectativa 1; todas ellas tienen un tamaño del efecto muy grande y por lo tanto se puede confiar en que las puntuaciones pre- y post- son significativas e indicativas del cambio.

Discusión: Hay que tener en cuenta la deseabilidad social de los pacientes al estar el entrevistador presente, el tiempo que se lleva esperando para la realización del tratamiento y la falta de intimidad a la hora de realizar los cuestionarios; estas variables influyen negativamente en la satisfacción, por lo que habría que tenerlas en cuenta.

Conclusiones: Si evaluamos solo en el momento en el que se realiza la técnica no nos estamos acercando a la realidad ya que a los dos meses y medio la satisfacción (objetiva, subjetiva y total) y la creencia sobre la eficacia del tratamiento ha cambiado bastante, por lo tanto se debe de evaluar en los dos momentos.

Bibliografía:

1. Borkovec y Nau. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1972;3(4):257-60.
2. Mira, et al. *Med Preventiva*. 1998;4(4):12-8.

P-201 CONCEPCIONES DE LOS/AS PROFESIONALES DE UNA UNIDAD DE DOLOR SOBRE LO MENTAL EN EL DOLOR CRÓNICO

F. Rivas Aravena

Hospital Clínico Mutual de Seguridad, Unidad de dolor

Palabras clave: *dolor crónico, mental, sentido subjetivo.*

Introducción: La presente investigación pretende conocer y analizar el lugar que ocupa lo mental en el dolor crónico desde la perspectiva de profesionales especialistas en dolor, y observar el impacto que esto tiene en el manejo clínico con los pacientes.

Objetivos generales: Reconocer cuáles son las representaciones sobre el dolor crónico de profesionales pertenecientes a la Unidad de Dolor de un Hospital de Trauma Laboral, y la relación que establecen con lo mental.

Específicos:

- Conocer las representaciones sobre el dolor crónico, de los/as profesionales.
- Determinar la relación que establecen entre el dolor crónico y lo mental.
- Establecer las razones por las cuales se integra o no lo mental al tratamiento y comprensión del dolor crónico.

- Analizar y reflexionar sobre las representaciones del dolor crónico.

Material y método: Se desarrolló una investigación cualitativa, de tipo descriptivo, con un diseño de tipo no experimental, de carácter transeccional. Los/as participantes del estudio fueron seleccionados/as a partir de un muestreo de tipo intencionado de expertos, tipo de muestreo no probabilístico, escogidos por criterios de conocimiento y especialidad en la temática central y los objetivos de la investigación.

Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a 6 profesionales especializados en dolor crónico, 5 médicos (1 neurólogo, 2 fisiatras, 1 médico general y 1 anestesta), y un odontólogo, quienes trabajan en la Unidad de Dolor de un Hospital de Trauma Laboral, centro dedicado a la atención, cubierta por un seguro específico de cargo de los empleadores, de patologías relacionadas con el trabajo o con accidentes ocurridos en el contexto del mismo. El contenido de las entrevistas fue analizado mediante la técnica de la teoría fundamentada.

Resultados: Los resultados dieron cuenta que los tratables separan en dos campos distintos mente y cuerpo, los que se influyen mutuamente, y que al tratar de integrar lo mental en el dolor, se observa lo mental con características materiales, reduciéndoselo a vías neuronales o a zonas cerebrales implicadas.

Se evidencia en la comprensión de lo mental en el dolor crónico dos visiones en tensión: por un lado, de forma primaria se reduce la comprensión de lo mental a mecanismos materiales cerebrales, se comprende lo mental como un elemento a diagnosticar psicopatológicamente, y se sobremedicaliza; por otro lado, se expresan intentos subsidiarios en reconocer, validar y comprender los sentidos subjetivos mentales implicados en el dolor crónico.

Se manifestó que el contexto institucional y las conflictivas que representa influyen fuertemente en la reducción, materialización, psicopatologización y sobremedicalización de lo mental.

Discusión: Considerando los resultados se manifiesta que la formación académica y la experiencia laboral de los/las profesionales incide en la comprensión y abordaje del dolor, donde mente y cuerpo se comprenden separados y entendidos desde aspectos materiales, tendiendo a excluirse los sentidos subjetivos implicados.

Se observan esfuerzos por comprender e incluir la relación mente/cuerpo, en la que la mente alberga accesoriamente la dimensión del sentido subjetivo. El sentido es otorgado como un complemento a lo propiamente relevante que es el cuerpo, entendido como elemento material verdadero y objetivo, a diferencia de lo fortuito, arbitrario o irreal con que es comprendido el sentido subjetivo, por ser resistente a ser cuantificado, medido, predicho y controlado. Por lo anterior, se deduce el mayor uso de intervencionismo físico y de la medicalización. Asimismo,

mo la psicopatologización se aprecia como un modo de explicar las dificultades a las respuestas de las intervenciones médicas, y a las resistencias de los pacientes a los tratamientos.

Por otro lado, el contexto institucional en la medida que representa distintas conflictivas (población cautiva, cobertura de 100 % de prestaciones médicas y cobertura económica, riesgo de judicialización) agudiza la reducción, materialización, psicopatologización y sobremedicalización de lo mental.

Conclusiones: Se concluye que desde la perspectiva médica de los tratantes, y a pesar de esfuerzos de considerar los sentidos subjetivos implicados en el dolor crónico, hay dificultad en integrar lo mental en el dolor crónico, lo que es potenciado por el contexto institucional descrito.

Al reducir lo mental a elementos materiales en el dolor crónico, se promueve el distanciamiento del paciente de su propio cuerpo y de la comprensión del mismo, la ausencia de responsabilidad del paciente sobre el control de su afección, y una dependencia mayor al tratante y a sus intervenciones, aumentando la pasividad, victimización y cronificación del dolor del paciente.

Por otro lado, al validar y comprender los sentidos subjetivos mentales implicados en el dolor crónico, se posibilita restaurar la integración del paciente entre lo mental y lo corporal del dolor, devolviéndole un sentido de responsabilidad en su manejo, facilitando su asimilación, aceptación, y enfrentamiento activo.

Agradecimientos: La investigación es parte de una tesis de especialización en Psicología, por lo que no contó con financiamiento de instituciones públicas y/o privadas. La institución en que se realizó el estudio, como los profesionales entrevistados, presentó su consentimiento ético para la realización.

DOLOR EN ONCOLOGÍA

P-203 VALORACIÓN DE SÍNTOMAS, CALIDAD DE VIDA Y COSTES ASOCIADOS EN UN MES DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS CON DOLOR IRRUPTIVO

C. Pérez-Hernández¹, A. J. Jiménez-López², A. Sanz-Yagüe², D. Ochoa-Mazarro¹

¹Hospital Universitario de la Princesa, Madrid; ²Kyowa Kirin Farmacéutica S.L.U., Madrid

Palabras clave: calidad de vida, dolor irruptivo oncológico, cáncer, farmacoeconomía, costes asociados a la enfermedad.

Introducción: El dolor irruptivo oncológico (DIO) es una exacerbación transitoria del dolor, que puede ocurrir de forma espontánea o debida a un desencadenante específico predecible o impredecible, a pesar de la existencia de un dolor basal estable y adecuadamente controlado. El DIO tiene una prevalencia del 66 % en pacientes oncológicos. Tiene un impacto muy significativo en la calidad de vida de los pacientes, además de estar asociado al uso de una gran cantidad de recursos sanitarios (1).

Objetivo: El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida y el control de síntomas en pacientes oncológicos con dolor irruptivo (DIO) tras 30 días de seguimiento, y medir el coste de la enfermedad.

Métodos: Se ha diseñado un estudio observacional prospectivo de un mes. Se evaluaron los síntomas de los pacientes usando la Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS), el Cuestionario Breve del Dolor (BPI) y el Cuestionario de Calidad de Vida (EORTC QLQ-C30) al inicio (día 1) y al mes (día 30). Se evaluaron los costes médicos directos, los costes directos no médicos, y los costes indirectos, de los pacientes y los cuidadores. Los factores relacionados con el coste y la calidad de vida fueron identificados usando Modelos Lineales Generalizados (LGM) tipo gamma y enlace logístico. Los participantes fueron pacientes oncológicos con DIO, mayores de 18 años y con dolor basal controlado.

Resultados: Ocho unidades de dolor, ocho unidades de cuidados paliativos y un servicio de oncología médica en España incluyeron 152 pacientes. La media de edad fue 66,8 años (IC 95 %: 64,8-68,8) y el 65,8 % de los pacientes fueron hombres. Los pacientes eran ambulatorios al momento de ser seleccionados, el 73 % tenía un índice de Karnofsky de 60 o superior, y aproximadamente el 60 % recibía un tratamiento oncológico. En promedio hubo 3,1 episodios de DIO por día, con una duración media de 30,6 min. Sesenta y nueve pacientes tuvieron su primer episodio de DIO durante el estudio (naïve). La escala ESAS mostró que todos los síntomas mejoraron significativamente ($p < 0,05$) al mes de seguimiento (día 30) sin diferencias por género. Las dimensiones de actividades diarias del BPI mostraron un valor basal promedio de 6,1 puntos, que mejoró al mes de seguimiento en un promedio de 1,7 puntos. Todas las dimensiones sintomáticas y funcionales del EORTC QLQ-C30 también mejoraron al cabo de un mes en un promedio del 17 %, siendo mayor en pacientes naïve, con un 24,5 %, que en pacientes no naïve, con un 10,2 % ($p < 0,01$). Una mejoría en el estatus global de salud y calidad de vida del EORTC QLQ-C30 se asoció con una reducción en los gastos totales de DIO, con un 88 % en costes médicos directos, 5 % en costes médicos no directos y 7 % en costes indirectos por baja en la productividad. Por cada 10 puntos de mejora en la calidad de vida durante el mes de seguimiento, la reducción en costes por DIO fue del 9 %.