

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 ( $r = 0,45$ ;

$p = 0,02$ ). Y, relaciones negativas con el dolor físico ( $r = -0,52$ ;  $p = 0,00$ ) y el rol emocional ( $r = -0,52$ ;  $p = 0,00$ ).

En el **nivel de discapacidad** se observan relaciones negativas con función física ( $r = -0,40$ ;  $p = 0,04$ ), dolor corporal ( $r = -0,50$ ;  $p = 0,00$ ), salud general ( $r = -0,46$ ;  $p = 0,02$ ), vitalidad ( $r = -0,47$ ;  $p = 0,01$ ) y salud mental ( $r = -0,39$ ;  $p = 0,04$ ).

En cuanto a los efectos de las **dificultades en las tareas habituales** o el trabajo del paciente del WHO-DAS 2.0, se muestran las correlaciones en la Tabla I.

TABLA I

	<i>Días ha tenido dificultades</i>	<i>Días no pudo realizar nada</i>	<i>Días redujo el tiempo</i>
<i>Rol físico</i>		-0,467*	
<i>Función física</i>	-0,401*	-0,476*	-0,542*
<i>Dolor corporal</i>	-0,673**	-0,492*	-0,435*
<i>Salud general</i>	-0,461*	-0,396*	-0,741**
<i>Vitalidad</i>		-0,608**	-0,530**
<i>Rol emocional</i>		-0,584**	
<i>Salud mental</i>		-0,636**	-0,527**
<i>Religión</i>		-0,395*	
<i>Catarsis</i>		0,443*	0,535**
<i>Autocontrol mental</i>			0,434*
<i>CDRISC 10 (Resiliencia)</i>		-0,464*	-0,455*

\*  $p > 0,00$ ; \*\*  $p > 0,000$ .

En cuanto al afrontamiento, la religión se relaciona de forma negativa con la función física ( $r = -0,496$ ;  $p = 0,01$ ). La catarsis presenta una relación positiva con la importancia del dolor en la vida del paciente ( $r = 0,43$ ;  $p = 0,03$ ) y correlación negativa con la vitalidad ( $r = -0,50$ ;  $p = 0,00$ ). Y el autocontrol mental presenta una relación negativa con la función física ( $r = -0,48$ ;  $p = 0,01$ ).

Por último, el CDRISC 10 muestra relaciones positivas con vitalidad ( $r = 0,47$ ;  $p = 0,01$ ); salud mental ( $r = 0,40$ ;  $p = 0,04$ ); distracción ( $r = 0,48$ ;  $p = 0,01$ ). Y, una correlación negativa con catarsis ( $r = -0,41$ ;  $p = 0,03$ ).

**2. Diferencias de medias:** se ha empleado el cuestionario CDRISC 10 para establecer dos grupos diferenciales en la muestra. En este cuestionario, las puntuaciones altas implican mayor nivel de resiliencia (0 a 40). Basándonos en la bibliografía referenciada, se ha establecido el punto de corte en 25 (2). Se han observado las diferencias estadísticamente significativas que figuran en la Tabla II.

**Discusión:** El análisis de correlaciones indica que las variables analizadas están relacionadas entre sí en pacientes con dolor crónico.

La resiliencia es una variable que se podría utilizar para discriminar entre los pacientes con mayor calidad de vida y aquellos que tienen mayor discapacidad.

Este nuevo método de clasificar a los pacientes podría utilizarse para predecir su evolución en la enfermedad.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos cumplen el objetivo del estudio. Aunque, se debería repetir el análisis aumentando la población del estudio.

#### Bibliografía:

1. Soriano J, Monsalve V, Ibáñez E, Gómez P. *Psicothema*. 2010;22(4):637-42.
2. Soriano J, Monsalve V. *Rev Soc Esp Dolor*. 2019; 26(2):62-70.

TABLA II

	<i>No resilientes (CDRISC &lt; 25)</i>		<i>Resilientes (CDRISC &gt; 25)</i>		<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>			
<i>Días no pudo realizar nada</i>	14,70	11,85	3,44	4,84	-2,57	*	-0,50
<i>Discapacidad (WHODAS 2.0)</i>	50,62	16,55	35,15	14,96	-2,33	*	-0,46
<i>Dolor corporal</i>	20,25	12,44	35,31	18,68	-1,93	*	-0,38
<i>Vitalidad</i>	27,50	15,13	48,12	17,59	-2,73	**	-0,53
<i>Salud mental</i>	39,20	20,02	57,5	20,80	-2,27	*	-0,44
<i>Distracción</i>	8,5	3,77	13,43	3,24	-2,90	*	-0,57

\*  $p > 0,00$ ; \*\*  $p > 0,000$ .