



UNIVERSIDAD DE ALMERIA

Facultad Ciencias de la Salud

Máster Oficial en Sexología

Curso Académico 2012/2013

Trabajo de Fin de Máster

**Cómo afecta el Dolor Crónico en la
Sexualidad. Evaluación de la Afectividad.**

Autora: Rosa Ana Jiménez Álamo.

Tutora: Dra. Raquel Alarcón Rodríguez.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera agradecer a los pacientes de la Unidad del Dolor del Hospital de Poniente su participación, ya que sin ellos esta investigación no podría haber salido a la luz. A la par, agradecer a Francisco Álamo, anesthesiólogo de la Unidad del Dolor, su dedicación y ayuda, apoyo y confianza.

Agradecer enormemente a mi tutora, Raquel Alarcón, su labor, su paciencia, su empeño y por supuesto agradecerle los ánimos que me ha ido dando a lo largo de la realización del trabajo. Igualmente sin su ayuda, tampoco podría haber realizado el trabajo.

También agradezco la colaboración y orientación que me han dado antiguos profesores de la carrera, Cinta Palomar.

Gracias también a mi familia, pilar fundamental que ha estado conmigo en todo momento, apoyándome y levantándome el ánimo cada vez que ha hecho falta, y sacrificándose para que pueda realizar mis estudios. Nombramiento especial a mis abuelos, que se que si la edad les ayudasen me podrían haber acompañado en este reto, para ellos sobran las palabras.

Y por último, dar las gracias a todos mis amigos; Isa, Gloria, María José, Ruth, Jesús, Pepe, Oscar, a mis compañeros del Máster; Evelyn, Andrea, Alicia, Piedad, Patricia, Ana, etc., a todos ellos gracias por darme ánimos y fuerzas. Y, por supuesto a mi pareja, Álvaro, por hacerme creer que todo esfuerzo tiene su recompensa y sacarme una sonrisa todos los días.

Gracias.

INDICE

– Introducción.	
1. El dolor en la Historia.....	1-10
2. Conceptos de Dolor.....	11-12
3. Mecanismos y vías de transmisión del dolor.	
➤ Neuroanatomía del dolor.....	13
➤ Neuroquímica del dolor.....	14-15
4. Las Clínicas/Unidades del Dolor.....	16-17
5. Epidemiología del Dolor Crónico.....	18
6. Tipos de Dolor.....	19-21
7. Aspectos Psicológicos en pacientes con Dolor Crónico.....	22-25
8. Terapias Psicológicas en el tratamiento del Dolor Crónico.....	26-28
9. Terapias Farmacológicas para el tratamiento del Dolor Crónico.....	29-35
10. Sexualidad relacionada con Dolor Crónico.....	36-38
– Objetivos.....	39
– Justificación.....	40-41
– Hipótesis.....	42
– Metodología.....	43-46
– Resultados.	
➤ Análisis Descriptivos.....	47-95
➤ Análisis Bivariante.....	96-117
– Discusión.....	118-120
– Conclusiones.....	121
– Bibliografía.....	122-127
– Anexos.....	128-130

I. INTRODUCCIÓN

El dolor es una experiencia sensorial y emocional, displacentera, que se asocia a daños reales o potenciales del organismo. El dolor agudo representa un sistema de alerta, sobre la existencia de un agente que produce un malestar, que es necesario diagnosticar y tratar. Cuando el dolor se cronifica pierde el sentido protector y deja de ser un síntoma para convertirse en una entidad nosológica compleja (Eblen-Zajjur A, 2005).

El dolor crónico puede afectar muchos aspectos de la vida diaria, uno de los cuales es el mantenimiento de una vida sexual saludable. Hay numerosas razones por las cuales el dolor puede reducir la función sexual. Muchos pacientes con dolor crónico consideran que sus síntomas de dolor son el principal obstáculo para disfrutar de relaciones sexuales con su pareja. Cuando el dolor entra en juego en la relación, pueden producirse dificultades sexuales; provocadas por problemas externos, porque quien sufre dolor tiene problemas, porque su pareja tiene problemas, o por una combinación de todos estos factores (Gevirtz C, 2007).

1. El Dolor en la Historia

El dolor, considerado como enfermedad o como síntoma, es perenne. Es inevitable, existe desde siempre ya que ha estado irreparablemente unido al hombre en todas las épocas y no podemos predecir ni luchar contra su aparición.

Se podría decir que el dolor se une al ser humano en el mismo momento de su nacimiento, y es desde entonces cuando se establece una convivencia entre el dolor y el ser humano que está cimentada en la lucha terapéutica para combatirlo.

De todas las culturas y civilizaciones, vivas o muertas, quedan referencias de la existencia del dolor. Ejemplo de ellos son: las tablas de arcilla de Babilonia, papiros egipcios, documentos persas, inscripciones de Micenas y rollos de pergamino de Troya. (Bonica JJ, 1990)

Los significados que se le han ido dando al término dolor a lo largo del tiempo han sido contruidos sobre el conocimiento del espíritu humano, dado que no podemos olvidar que hasta finales del siglo XIX no se empezaron a poner las bases del conocimiento científico del dolor, y los significados que se tenían de él venían ligados a factores culturales, religiosos y filosóficos.

Prueba de ello es que, en sociedades primitivas, el dolor por una lesión o una fisura era evidente, pero el dolor procedente de una enfermedad interna estaba relacionado a lo místico y religioso, achacable a la brujería, la infracción de un tabú, la pérdida del alma, etc. (Caton D, 1994). Utilizaban para salvaguardarse amuletos, talismanes, tatuajes, pero para afrontar el dolor producido por una enfermedad tenían que recurrir al chamán.

Los mesopotámicos imaginaron que la enfermedad era engendrada por espíritus malignos que emanaban cuando la acción protectora de los dioses particulares de cada individuo finalizaba. Como secuela, entendieron el dolor como un castigo de los dioses y consideraron que cuando estaba localizado era consecuencia de un demonio que estaba devorando esa porción del cuerpo. (Gomis A, 1992)

Una de las grandes preocupaciones de los egipcios fueron los problemas relacionados con la salud. En el Antiguo Egipto, el destino y la salud de los hombres estuvieron gobernados por la influencia de los dioses y de los muertos, puesto que la religión desempeñó un gran papel en la medicina. Para los egipcios el corazón constituía el órgano central del sistema vascular y sería la sede del pensamiento, la voluntad y los afectos. (Lain Entralgo P, 1987)

El Veda, antigua historia sagrada hindú de transmisión oral, se agregó a la India a mediados del segundo milenio a.C. y compone la base de la medicina tradicional hindú; en ella, dolor y enfermedad están provocados por flechas disparadas por los dioses o por un agotamiento espiritual y material inducido por el pecado y, al igual que los egipcios, atribuyeron al corazón el asiento de las sensaciones, tanto placenteras como dolorosas. (Robinow S, Prithvi P. 1995)

Para Buda (alrededor del año 500 d.C.) la vida es dolor, debido a que lo entiende como una frustración de los deseos y lo considera un correctivo injusto recibido por pecados cometidos en vidas anteriores. (Bonica JJ, 1990)

La medicina basada en la obra de los emperadores Shen Nung (2.800 a.C.) y, sobre todo, Huang Ti (2.600 a.C.) es la medicina tradicional china. En la concepción china, en cada persona existen dos fuerzas opuestas y en equilibrio, el Yin y el Yang, que hacen circular la energía vital, el Chi, por todo el cuerpo, a través de los meridianos. La enfermedad y el dolor se producen como consecuencia de un desequilibrio entre estas fuerzas. (Bonica JJ, 1990)

Tras este breve repaso, nos centramos en que la actitud del hombre frente al dolor, originado por la enfermedad aguda o crónica, el experimental o el provocado por él mismo en su lucha contra el dolor, así como su definición, ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Es por ello por lo que es necesario realizar un recorrido histórico sobre el dolor desde la Antigüedad Clásica hasta la Actualidad.

- Antigüedad Clásica:

En el siglo VII a.C. surge la filosofía en la Antigua Grecia, donde por primera vez se buscaba información fuera del ambiente del mito, la religión o la tradición. Las conceptualizaciones del dolor según los filósofos son:

- Para Pitágoras (580-497 a.C.), el dolor y su sufrimiento eran necesarios para el desarrollo de la disciplina y el autocontrol, necesarios para una buena conducta. (Jaron JA, 1991)
- Para Hipócrates (460 a. C.), según su Teoría de los cuatro humores, la enfermedad y el dolor surgen cuando existe un exceso o defecto de cualquiera de estos elementos humorales. Para Hipócrates, la localización, intensidad e irradiación del dolor sirve de ayuda para realizar un diagnóstico, pero además tiene, como otros síntomas, valor pronóstico. (Muriel C, 1991)

- Sócrates, en el diálogo Phaedo: *"Parece que los dioses intentaron primero hermanar al dolor y al placer sin conseguirlo, por lo que entonces optaron por unirlos y ponerlos cerca al uno del otro de suerte que toda persona que consiga y arrastre a uno de ellos necesariamente se llevará y arrastrará al otro"*
- Para Platón (427-347 a.C.), corazón e hígado son los centros de toda sensación. Entendía que el dolor no se producía únicamente por estimulación periférica, sino también como una experiencia emocional en el alma, que residía en el corazón. Además, señaló que un dolor puede suprimir a otro y que dolor y placer son sensaciones opuestas pero vinculadas, pudiéndose originar el placer por la desaparición del dolor. (Bonica JJ, 1990)
- Aristóteles (384-322 a.C.), discípulo de Platón, consideró al corazón el centro de todas las funciones vitales fundamentales. El dolor es un aumento de la sensibilidad de cualquier sensación, pero especialmente del tacto. el dolor afecta no sólo al cuerpo, sino también al espíritu, *"altera y destruye la naturaleza de la persona que lo padece"* y puede llevar a realizar actos irracionales fruto de la desesperación. (Muriel C, 1991)

En Roma, existieron médicos desde la República, y algunos de ellos fueron:

- Celso (c. 25 a.C.-c. 40), En su cuarto libro, que trata de las enfermedades particulares, asoció dolor a inflamación, enunciando los cuatro signos clásicos de esta: rubor, dolor, calor y tumor. (Rey R, 1998)
- Galeno (129-200) nació en Pérgamo. Realizó disecciones anatómicas y estudió las heridas de los nervios sufridas por los gladiadores, identificando el centro de la sensibilidad en el cerebro. Ratificó la diferenciación entre nervios sensitivos y motores (que hizo el anatomista griego Erasistrato) y añadió una tercera tipología de nervios específicos. Realizó su importancia diagnóstica, y pronóstico, además de especificar la pérdida de fuerza física y moral que conlleva. Definió el dolor como *"una sensación molesta que es captada por todos los sentidos, pero fundamentalmente por el tacto, cuya intensidad es inversamente proporcional a la intensidad de la respiración"*. (Rey R, 1998)

- Concepto de Dolor en el Islam:

Los árabes equipararon la cultura clásica a través del Imperio bizantino principalmente. A partir del año 765 se tradujeron las obras de los autores clásicos, dominantes del pensamiento occidental.

- Para Avicena (980-1036), el cuerpo estaba compuesto de cuatro temperamentos, con una proporción especial para cada órgano o miembro. El dolor aparece cuando existe una perturbación en el temperamento ideal de una parte del cuerpo; cada tipo de dolor es el resultado de cambios específicos en los temperamentos. Localizó todos los sentidos internos en los ventrículos cerebrales. (Jaron JA, 1991)

- Concepto de Dolor en el Cristianismo Medieval:

El hecho fundamental que va a marcar la evolución cultural y médica del mundo occidental durante toda la Edad Media, desde la caída del Imperio Romano hasta el Renacimiento, es la institucionalización de la Iglesia cristiana.

Se considera que el dolor, ya sea por enfermedad o autoinfringido, es grato a Dios, puesto que es entendido como una imitación del sufrimiento de Cristo en la cruz y una prueba que hay que superar para obtener la gracia y alcanzar la verdad eterna. (Escohotado A, 1992)

La agonía del alma que se aleja de Dios, era el mayor dolor imaginable para los doctores de la Iglesia medievales. La Iglesia rechaza rigurosamente todo lo referente con narcosis, confusión o sugestión, igualandolo a hechicería, herejía y satanismo. El opio es considerado una planta diabólica que aún cuando no daña el cuerpo, produce una víctima: el alma es, por tanto, un desafío a la majestad divina. (Caton D, 1985)

- Nicolás de Salerno el primero que se atrevió a publicar la receta de la "esponja": partes iguales de opio, beleño y mandrágora molidos y macerados en agua, indicando "*cuando quieras serrar o cortar a un hombre empapa un trapo en esto y aplícalo a las narices durante algún tiempo*" (Crombie A.C, 1993)

- Concepto de Dolor en el Renacimiento:

En el siglo XV, anarquía y confusión de una Edad Media agónica, alcanzan su punto álgido: guerras, la pérdida del poder feudal y la emergencia de la burguesía, etc. Sin embargo, esta época dorada, dominada por el amor al lujo, al arte, la cultura y la vida, se ve oscurecida en la segunda mitad del siglo XVI por las guerras de religión, el hambre, la pobreza y las epidemias de peste, que asolan Europa. (Rey R, 1998)

- Leonardo da Vinci (1452-1519), relaciona la sensación dolorosa exclusivamente con la sensibilidad táctil y considera que es transmitida por los nervios (estructuras tubulares) y la médula espinal hasta el centro de la sensación, localizado en el tercer ventrículo. (Bonica JJ, 1990)
- Jean Fernel (1497-1588) considera el dolor como una sensación dependiente del tacto y lo entiende, no como la percepción de una cualidad nociva, sino como la enfermedad que se origina como consecuencia de esta.
- Paré, en su "*Discours de la Mumie et de la licorne*" (1582), afirmó que: "*el dolor es como un sentimiento triste y adverso, como resultado de un cambio súbito o por una interrupción de la continuidad*" (Rey R, 1998)
- Para Montaigne (1533-1592) el dolor es la suprema enfermedad de la condición humana considerando que "el placer extremo no nos afecta como lo hace un ligero dolor". También indica que "no tener ninguna enfermedad es la mayor posesión que un hombre puede desear" (Rey R, 1998)

Tanto en el Renacimiento, como en la Edad Media, apenas hay avance en el tratamiento del dolor. En todo este periodo destaca Paracelso, que exalta el uso del opio y utiliza además otras hierbas naturales, así como métodos terapéuticos físicos como: electroterapia, masaje, ejercicio y aguas minerales. También refirió la acción del éter, como "*una sustancia que elimina todos los sufrimientos y alivia todo el dolor*".

- Concepto de Dolor en el Barroco:

En el siglo XVII empiezan a desarrollarse las sociedades científicas y a aparecer las primeras publicaciones periódicas.

- Descartes (1596-1650) plantea por primera vez de forma racional, la cuestión de saber cómo se produce el dolor. Consideró el dolor como un mecanismo de defensa que advertía del mal. Las funciones sensitivas y motoras radicaban en el cerebro y su punto de convergencia era la glándula pineal. El dolor, vinculado al tacto, podría ser cualquier sensación al superar una cierta intensidad. La sustancia cerebral se conectaba con las terminaciones nerviosas de la piel y otros tejidos a través de estructuras tubulares, los nervios, transmitiendo los estímulos

sensoriales mediante espíritus naturales, que eran una especie de viento o llama sutil proveniente de la sangre. (Mazars G, 1988)

- Concepto de Dolor en la Ilustración:

Producto de los hallazgos científicos y de la energía de explicar los fenómenos por causas naturales durante el siglo XVIII, el hombre aprende a reconocerse y a conocer su entorno. Además, se iniciaron reformas que proporcionaron el progreso del conocimiento por medio de la difusión del saber. (Clément J.P, 1993)

Surge la idea de que cada tejido tiene una sensibilidad específica, tanto en el estado natural como en el patológico y se intenta diferenciar el dolor producido por los distintos tejidos.

- La noción de que el cuerpo humano funcionaba como una máquina, como describían los mecanicistas, se mantuvo hasta mediados del siglo y explicaban el dolor en términos de distensión o separación de fibras o como alteración por exceso o defecto de los humores. Sus principales representantes fueron Hermann Boerhaave (1668-1738) y Friedrich Hoffmann (1660-1742).

- Concepto de Dolor en el Siglo XIX:

Se produce un gran desarrollo y reestructuración de la medicina clínica que precede y posibilita la aparición de la fisiología como una ciencia experimental que permite el estudio científico de la sensación en general y del dolor en particular.

Existieron numerosas contribuciones y notas acerca del dolor, del progreso de los tratamientos, así como importantes estudios de la función de uno u otro centro nervioso, pero no hubo ningún intento de tratar en conjunto todos esos factores. (Rey R, 1998)

- Concepto de Dolor a principios del Siglo XX:

La existencia de receptores periféricos específicos para las distintas sensaciones, había sido aceptada a principios del siglo XX, aunque la existencia de receptores para el dolor no había sido adoptada definitivamente.

Varios aspectos caracterizaron la investigación del dolor durante la primera mitad del siglo XX: el estudio de la velocidad de conducción del impulso nervioso y de la sumación temporal, la posible relación entre el desarrollo embrionario del sistema nervioso y los procesos emocional e intelectual del individuo y la introducción de la teoría de la evolución de Darwin.

- En 1903, Joseph Jules Déjerine (1849-1917), basándose en autopsias realizadas a dos pacientes con síndrome talámico y en

rigurosas observaciones clínicas que mostraban la disociación sensorial y motora, demostró que en esta enfermedad la lesión se encontraba a nivel del núcleo lateral y resaltó el papel del tálamo en las funciones sensoriales.

El conocimiento adquirido en los primeros años del siglo XX sobre zonas sensoriales del cerebro, y particularmente de la corteza, fue escaso y, a menudo, contradictorio. La imposibilidad de provocar dolor mediante la estimulación eléctrica directa de la corteza cerebral y la ineficacia de las resecciones corticales en el tratamiento de determinados síndromes dolorosos descartó la existencia de un “centro del dolor” en la corteza cerebral, por lo que las investigaciones se dirigieron entonces a las conexiones entre las distintas estructuras nerviosas.

- En 1911, Henry Head (1801-1940) y Gordon Holmes (1876-1966) publicaron “*Sensory Disturbances from Cerebral Lesions*”, donde un aspecto primordial fue que la sensación de dolor no se explica como una simple transmisión a través de varias conexiones, sino que existe una reorganización y modificación de la sensación durante estas “estaciones intermedias”; aunque no se puede considerar al tálamo como el “centro del dolor”, sí se le reconoce un papel decisivo en su producción. (Rey R, 1998)
- La originalidad del método de Sherrington (1857-1952), Premio Nobel de 1932, comprobó que el dolor no es, como el tacto, una verdadera sensibilidad, ya que no necesariamente un mismo estímulo produce una respuesta reproducible, no es proporcional a la intensidad del estímulo, no es mensurable y además un estímulo mantenido no producía necesariamente un dolor constante. (Rey R, 1998)
- El trabajo de Walter B. Cannon, consintió explicar el enorme impacto físico producido por el dolor y otras emociones violentas, con síntomas iniciados automáticamente y difíciles de controlar. Fue el primero en demostrar que el dolor, y otras emociones fuertes, estaban acompañadas de un aumento de secreción adrenal y consideró las respuestas orgánicas a la adrenalina un medio muy útil de asegurar la supervivencia, resumido en el principio de “*lucha o huida*”. Estas reacciones, unidas a la actividad del sistema simpático, siempre son acompañantes del dolor, pero la sensación de dolor no es únicamente este conjunto de reacciones, en el que considera que están involucrados factores sensoriales, emocionales y psicológicos. (Rey R, 1998)

- Concepto de Dolor en la Actualidad:

La investigación sobre el dolor estaba muy dispersa hasta 1950, donde clínicos, filósofos, moralistas, fisiólogos y terapeutas ejecutaban su trabajo sin apenas declaración entre ellos debido a la falta de un objetivo y lenguaje comunes, pero en los últimos 30 años se ha modificado nuestra relación con el dolor más que en todos los siglos anteriores.

El establecimiento de un vocabulario común, la subordinación del estímulo doloroso a la interrelación entre mecanismos pro y antinociceptivos, la atención prestada a las manifestaciones del dolor y en particular al lenguaje como la vía específica del hombre para expresarlo y el desarrollo de una estrategia terapéutica basada en los remedios farmacológicos, la fisiopatología del dolor y la personalidad individual de cada paciente fueron los factores que desencadenaron este acercamiento. (Cambier J, 1998)

La transformación del dolor de síntoma a enfermedad, debe ser entendida como una especie de revolución en la medicina, la enfermedad comienza a circular alrededor del dolor y se reemplaza la vieja concepción unidimensional del modelo orgánico por un nuevo modelo multidimensional que aúna los aspectos fisiológicos, emocionales, cognitivos y sociales del dolor. El dolor no es ya un simple, estático y universal código de impulsos nerviosos, sino una experiencia que cambia continuamente y que depende de la cultura, la historia y la conciencia individual. (Morris D.B, 1991)

Durante la Segunda Guerra Mundial, Bonica y Alexander fueron los primeros en apreciar los problemas de los pacientes con dolor crónico y comprendieron que estos pacientes deberían ser tratados por un equipo organizado de especialistas de diferentes disciplinas, la integración de sus esfuerzos podía llevar a un diagnóstico preciso y a la instauración rápida del tratamiento.

- Es por ello que John Joseph Bonica (1917-1994), merece ser mencionado con mayor extensión. Bonica nació en 1917 en Filicudi, cerca de Sicilia. Cuando tenía once años su familia emigró a Nueva York, donde su padre murió cuatro años después, convirtiéndose Bonica en el sustentador familiar. Además de ser practicar la lucha libre, John se graduó de la Marquette University School of Medicine en 1942. John hizo su residencia de Anestesiología en el Hospital St. Vincent de Nueva York y luego entró en el ejército de Estados Unidos en 1944. Fue enviado a Madigan Army Hospital en Fort Lewis, Washington, y rápidamente se convirtió en Jefe de Anestesiología. En 1947, John dejó el

ejército y se convirtió en jefe de Anestesia en el cercano Hospital General de Tacoma. Allí desarrolló excelentes servicios de anestesiología quirúrgica y obstétrica.

En 1960, John se convirtió en el Presidente del Departamento de Anestesiología de la Universidad de Washington en Seattle. Una de las primeras cosas que hizo Juan en la Universidad de Washington, en colaboración con una enfermera, Dorothy Crowley, y un neurocirujano, Lowell E. White, Jr., era fundar una clínica multidisciplinaria para el dolor. La Universidad estableció el Centro Multidisciplinar del Dolor en el año 1978, reconociendo los logros de Bonica.

Llegó el momento en 1973 en que él, personalmente, desarrolló el programa, invitó a los delegados y empujó a la financiación para el Simposio Internacional sobre el Dolor, en Seattle. La buena ciencia, fascinantes conocimientos clínicos y la certeza de que había gente que compartía su sueño, hizo que de esta reunión, surgiera la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, la revista Pain y los capítulos nacionales en todo el mundo.

John Bonica escribió y editó 41 libros, al tiempo que contribuyó a la realización de otros 60. 241 artículos que llevan su autoría. “*El manejo del dolor*” fue publicado en 1953, pero su obra maestra fue “*El manejo del dolor, segunda edición*” (1990) (<http://www.iasp-pain.org>)

En las últimas décadas de este siglo los estudios sobre los distintos aspectos del dolor se amplían progresivamente y se diversifican, lográndose significativos avances en la comprensión de los mecanismos del dolor y su tratamiento, entre los que destacan por su importancia la teoría de *con rol gate*, formulada en 1965 por Melzack y Wall, el descubrimiento de los opiáceos endógenos y sus receptores que abre el camino a la utilización de mórficos por vía espinal, y los sistemas de analgesia controlada por el paciente (Sepúlveda R, 1998). Sin embargo, existen todavía facetas clínicas no resueltas satisfactoriamente para el conjunto de la comunidad científica, entre las que se encuentra la valoración objetiva del dolor, como queda reflejado en el gran número de cuestionarios reseñados para este propósito. (Crawford W, Kashani A, Bennett S, 1997)

2. Conceptos de Dolor:

El concepto de dolor ha ido evolucionando a la par que evolucionaba la historia de la humanidad. Podríamos decir que el término dolor, se ha transformado desde estar relacionado con castigos divinos hasta la actual definición que propone la International Association for the Study of Pain. (Muriel Villoria C, 2007)

En 1937, Rene Leriche, denominó *“dolor viviente, al dolor experimentado fuera del laboratorio y no reducido a un código universal de impulsos nerviosos”*. Para este profesor de la Universidad de Estrasburgo, *“el dolor era como una tormenta en el paciente que sufre; difícilmente se presta a una evaluación una vez que ha pasado”*. (Muriel Villoria C, 2007)

En 1979, la IASP, modificó la definición de Merskey y determinó que el dolor no tenía una fácil definición, debido a su subjetividad, pero pese a esto, la definición dice: *“El dolor, es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o que se describe en términos de dicha lesión”*. (Merskey, 1979, IASP)

En 1983, Turk, Meichenbaum y Genest, destacaron *el papel de las creencias individuales y de los significados que cada uno atribuye a la experiencia de dolor*, debido a que consiguieron integrar las contingencias de refuerzo del condicionamiento operante, con la respuesta del miedo y la evitación anticipatoria. (Muriel Villoria C, 2007)

Anand y Craig, en 1996, pensaron que la definición de la IASP presentaba limitaciones, puesto que no tenía en cuenta a los individuos que no puede comunicar, tales como los neonatos, discapacitados mentales, enfermos en coma, los afectados de enfermedad mental grave, el dolor que sufren.

En 2002, Wilson, resalta el hecho de que *“el dolor es un fenómeno sensorial-perceptual, multidimensional y complejo, que constituye una experiencia subjetiva, única para cada individuo”*. De este concepto, se plantea que la experiencia del dolor, implica asociaciones entre los elementos de la experiencia sensorial y el estado afectivo-aversivo. (Muriel Villoria C, 2007)

Para la RAE, en sus diferentes acepciones, dolor significa:

1. Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior.
2. Sentimiento de pena y congoja.
3. Dolor de Corazón: Sentimiento, pena, aflicción de haber ofendido a Dios.

En 1732, dolor tenía las siguientes acepciones: (RAE, 1732: <http://ntlle.rae.es/ntlle/SrvltGUIMenuNtllle?cmd=Lema&sec=1.1.0.0.0>)

1. Es una sensación viciada y triste sensación, causada en las partes sensibles por objetos que dañan y molestan el asiento u órgano de los sentidos externos: y por ello los humores, el cerebro y los huesos se libran de los dolores.
2. Angustia, congoja, sentimiento y pena.
3. Se toma también por arrepentimiento.
4. Vale también por: despecho, rabia, pesadumbre y envidia.

También la Sociedad Española de Dolor, tiene su aportación es esta temática y considera que la definición de “*dolor*” más ampliamente aceptada es sin lugar alguno la provista por la IASP, la cual, aunque se reconoce correcta y apropiada, contempla solamente sus aspectos sintomatológicos: (Eduardo Ibarra MD, 2006)

“Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma” (IASP, 1973)

Pero ellos proponen, que ésta, la definición actualmente reconocida de “*dolor*”, sea modificada para que se lea de la siguiente forma: (Eduardo Ibarra MD, 2006)

“Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma, y si persiste, sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, una enfermedad por sí misma”

Puesto que, la definición de cualquier concepto, que tenga relevancia con el bienestar humano y que pueda tener profundas consecuencias legales y sociales, deberá de ser analizada no solo exclusivamente en su sentido etimológico, sino también desde el punto de vista de aquellos otros elementos que tengan trascendencia social, filosófica y humanística. (Eduardo Ibarra MD, 2006)

3. Mecanismos y vías de transmisión del dolor.

Una de las conceptualizaciones más aceptadas de "Dolor" que tenemos hoy en día es: "*Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma*". (Català E, 2008)

➤ Neuroanatomía del dolor:

Los Nociceptores son un grupo especial de receptores sensoriales capaces de diferenciar entre estímulos inocuos y nocivos. Constituyen las terminaciones axonales de los nervios periféricos sensitivos. Reciben y transforman los estímulos locales (mecánicos, físicos o térmicos) en potenciales de acción que serán transmitidos a través de fibras aferentes sensoriales primarias hacia el asta dorsal medular. (Català E, 2008)

El umbral de dolor de estos receptores no es constante y depende del tejido donde se encuentre. Se distinguen tres grupos de nociceptores: (Català E, 2008)

- Nociceptores cutáneos: presentan un alto umbral de estimulación y solo se activan ante estímulos intensos. No tienen actividad en ausencia de estímulo nocivo.
- Nociceptores musculoesqueléticos.
- Nociceptores viscerales: existen dos tipos: los de alto umbral, que sólo responden a estímulos nocivos intensos, y los inespecíficos, que pueden responder a estímulos inocuos o nocivos y que intervienen en la respuesta a noxas (agentes externos que producen algún malestar) prolongadas.

Estos nociceptores, reconocen, recogen y transmiten el estímulo doloroso mediante distintas vías de transmisión del dolor: (Català E, 2008)

- Las vías de aferencia nociceptivas al SNC.
- Las neuronas nociceptivas de la medula espinal.
- Las vías ascendentes: donde los fascículos ascendentes mejor definidos anatómicamente son:
 - Espinotalámico.
 - Espinoreticular.
 - Espinomesencefálico.

➤ Neuroquímica del dolor:

Al llegar al asta dorsal medular, las terminaciones centrales de las fibras liberan transmisores excitatorios que actúan sobre receptores específicos e inducen la despolarización de las neuronas, transmitiéndose la información hacia los centros superiores. (Català E, 2008)

Se desconoce si estos neurotransmisores se liberan simultáneamente o secuencialmente en relación al tipo, duración o intensidad del estímulo doloroso. (Català E, 2008)

Estos sistemas están constituidos por transmisores excitatorios y la excitabilidad neuronal. (Català E, 2008)

Podemos decir que el estímulo doloroso activa los nociceptores a través de la liberación de sustancias que estimulan las fibras sensoriales periféricas. Entre ellas están: (Català E, 2008)

- *Hidrogeniones y Potasio*: inducen a la despolarización rápida.
- *Serotonina*: interviene en la transmisión a distintos niveles.
- *Noradrenalina*: en presencia de inflamación periférica esta sustancia induce una excitación y sensibilización de la fibra periférica.
- *Histamina*: interviene en procesos inflamatorios produciendo vasodilatación y edema.
- *Óxido nítrico*: actúa como mensajero en la mayoría de los sistemas biológicos. Parece estar implicado en la nocicepción tanto a nivel periférico como central.
- *Prostaglandinas*: intervienen en la sensibilización de los receptores.
- *Citocinas*: estimulan los nociceptores de forma indirecta al activar la síntesis y liberación de prostaglandinas.
- *Sustancia P*: una vez en las terminaciones periféricas de los nociceptores produce vasodilatación, aumento de la permeabilidad capilar y aumento de la producción y liberación de mediadores inflamatorios, lo que contribuye a mantener la respuesta inflamatoria y la sensibilización de los nociceptores.

Además de estos mediadores, a nivel periférico, se han identificado sistemas inhibitorios que participan en la modulación del proceso nociceptivo. Tiene especial relevancia el sistema opioide endógeno, que se halla ampliamente distribuido por el organismo y es uno de los sistemas modulares más importantes de la nocicepción a nivel periférico.

La información nociceptiva que alcanza la medula espinal sufre, antes de ser transmitida a centros superiores, una modulación inhibitoria mediante sistemas de control segmentarios y vías descendentes bulboespinales. Posteriormente, esta información ya procesada alcanza centros superiores donde induce respuestas vegetativas, motoras y emocionales, y donde además el dolor se hace consciente. (Català E, 2008)

4. Las clínicas/unidades del dolor

Las unidades o clínicas del dolor nacieron hace poco más o menos de 25 años con la finalidad de poder tratar el síntoma dolor de una forma más específica, como una entidad propia y no como algo acompañante a una enfermedad.

Podríamos definir a las Unidades de Dolor como entidades especializadas en el diagnóstico y tratamiento del dolor, donde un equipo multidisciplinar con conocimientos específicos y experiencia, estudian y evalúan en una amplia dimensión los problemas del dolor, ya sea agudo o crónico, y plantean la estrategia a seguir en cada caso.

En España contamos con 127 unidades de dolor, repartidas entre las diferentes comunidades autónomas. Centrándonos en la Comunidad Autónoma de Andalucía, ésta cuenta con 14 Unidades del dolor, repartidas en 7 provincias: Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Jaén, Málaga y Sevilla.

La investigación llevada a cabo por J. L. Ortega y F. Neir, tiene como objetivo principal conocer el grado de implantación y funcionamiento de las Unidades de Dolor Agudo (UDA) en los hospitales dependientes de Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Los resultados de este estudio fueron que en Andalucía hay 32 hospitales dependientes del SSPA, de ellos 5 son Hospitales Regionales, 9 Hospitales de Especialidades y 18 Hospitales Comarcales. Los 5 Hospitales Regionales están formados por un total de 10 centros hospitalarios, de ellos 4 disponen de UDA. Todas las UDA están a cargo de un anestesiólogo. Las 4 UDA de los Hospitales Regionales atienden a los pacientes las 24 horas del día, todos los días del año. El tiempo de seguimiento de los pacientes oscila entre las 24 y 72 horas. De los 9 Hospitales de Especialidades 6 disponen de UDA; Todas las UDA tienen un anestesiólogo responsable por la mañana. El seguimiento de los pacientes oscila entre 48 y 96 horas. De los 18 Hospitales Comarcales, 3 disponen de UDA. Todas las UDA cuentan con un anestesiólogo responsable durante la mañana. El seguimiento de los pacientes oscila de 48 a 72 horas. En todas las UDA la analgesia más utilizada es la intravenosa y la epidural. (J. L. Ortega y F. Neir, 2007)

El Comité de Terapéutica del Dolor de la Sociedad Americana de Anestesiología, clasifica las clínicas del dolor como:

- Modalidad Terapéutica: ofrecen algún tratamiento en concreto, como acupuntura, psicoterapia, técnicas neuroquirúrgicas.
- Sindrómicas: dedicadas al estudio y tratamiento de algún dolor en concreto: lumbalgias, cefaleas, neuralgias.

- Unidades Unidisciplinarias o Multidisciplinarias: dependiendo de si la unidad posee uno o varios especialistas. Ofrecen todo tipo de evaluación y/o tratamiento de cualquier tipo de dolor.

Otra clasificación de las Unidades del Dolor es la dada por la IASP (International Association for the Study of Pain) que ha definido una tipología de centros para la atención al dolor crónico que, en orden de mayor a menor grado de complejidad y especialización, es la siguiente: (Ministerio de sanidad, política social e igualdad, 2011)

- Centro o unidad multidisciplinar para el tratamiento del dolor (IV)
- Unidad multidisciplinar del dolor (III)
- Unidad del dolor (II)
- Unidad monográfica (I)

Desde la perspectiva de esta última clasificación, es necesaria, por parte de las autoridades sanitarias, nacionales y autonómicas, la realización de un censo de lo que hay para, a partir de ahí, dotar a todos los hospitales del país de UD de categoría y nivel de acuerdo al del hospital. Es imprescindible la creación de UD de nivel IV en los hospitales de mayor nivel asistencial y regional, así como la formación en dolor de algunos médicos de asistencia primaria, para que todos coordinados presten la mejor atención a los pacientes. (C. de Barutell, 2007)

5. Epidemiología del dolor crónico

Según el estudio realizado por Karla Soares WeiSer et al, en Mayo de 2010, puntualiza que: “En España, un estudio realizado en el año 2000 demostró que cada médico español atiende una media de 181 pacientes con dolor por mes, la mayoría de ellos con dolor crónico moderado (51,3 personas por mes).El dolor crónico tiene un impacto significativo sobre los que la padecen, en el ámbito individual, psicológico, familiar y social: ansiedad, depresión, trastornos del sueño, la frustración, la reducción de la libido, disminución de la autoestima, la inactividad y menos interés por las actividades sociales, alteración en la dinámica familiar, las implicaciones notables en el ámbito laboral con una posible disminución en el nivel de ingresos económicos”.

Otro estudio, el realizado por M. Casals y D. Samper, en 2004, objetiva que un estudio epidemiológico reciente (Català E, Reig E, Artes M, et al., 2002) ha detectado que un 29,6% de la población general española no hospitalizada padece algún tipo de dolor, siendo el 17,6% dolor crónico.

La prevalencia del dolor crónico de causa no oncológica está entre el 2 y el 40% de la población adulta (Casals M, Samper D, 2004)

Otro trabajo indica que: “Más del 17% de la población española adulta, esto es, 6.100.000 de personas sufren dolor, de ellos hasta 714.000 personas sufren algún dolor severo, según un estudio realizado por Kantar Health, que destaca una mayor prevalencia en las mujeres (51,3%) que en los hombres (48,4%) y en la población de entre 40 años y 60 años.La investigación, publicado en el Journal of Medical Economics, señala son los dolores de espalda (60,5%) los más prevalentes, seguido del dolor articular (40,2%), dolor de cabeza (34,7%) y de hombro (23,2%). Mientras, entre otras consecuencias, estos dolores provocan en los afectados dificultades en el sueño (42,2%), ansiedad y dolor cabeza (40,6%, en ambos casos), insomnio (29,8%) y depresión (24,4%)”. (Paul C. Langley et al, 2011)

6. Tipos de Dolor.

El dolor, es un síntoma que refiere la persona o el paciente como algo desagradable, a veces tanto que se convierte en un monumental sufrimiento difícil de coexistir con él. En la mayoría de las ocasiones, el síntoma dolor está relacionado con una lesión o enfermedad. Sin embargo, el dolor como síntoma que expresa el paciente es el resultado de un proceso “sofisticado y complejo” único de cada persona, variable en el tiempo, y que puede aumentar o disminuir por diferentes motivos como: el estado de ánimo, la actividad física o inclusive por otras experiencias vividas con anterioridad. Todo esto nos puede hacer entender la dificultad que conlleva en muchas ocasiones el tratamiento del dolor. (Català E, 2008)

Por ello, es necesario tener claro la clasificación más aceptada e internacional que hay hoy en día sobre el dolor, y que es la siguiente: (Català E, 2008)

- Dependiendo de la cronología:
 - Dolor agudo.
 - Dolor crónico.
- Dependiendo de la enfermedad:
 - Dolor oncológico.
 - Dolor no oncológico.
- Dependiendo de la fisiopatología del dolor:
 - Dolor neuropático.
 - Dolor nociceptivo.

Conceptualizamos que:

- Dolor Agudo: es aquel dolor causado por estímulos nocivos desencadenados por heridas o enfermedades de la piel, estructuras somáticas profundas o vísceras. También puede deberse a una función anormal de músculos o vísceras que no necesariamente produce daño tisular efectivo, aun cuando su prolongación podría hacerlo. Tiene una *duración inferior a 1 mes.* (Català E, 2008)
- Dolor Crónico: La persistencia del estímulo, de la enfermedad, o de ciertas condiciones fisiopatológicas, puede conducir al establecimiento de un dolor crónico. Bonica lo define como “aquel dolor que persiste por más de un mes después del curso habitual de una enfermedad aguda o del tiempo razonable para que sane una herida, o aquel asociado a un proceso patológico crónico que causa dolor continuo o recurrente”. Se considera dolor crónico aquel que persiste más de tres meses. (Pedrajas J.M, Molino A.M, 2008)

La diferencia más importante entre dolor agudo y dolor crónico está en la relación lesión y dolor, una relación casi presente en los dolores y que desaparece en el dolor crónico, el dolor crónico es un tipo de dolor persistente que no responde a los tratamientos médicos habituales, y que posee unas características concretas. (Muriel Villoria C, 2007)

DOLOR AGUDO	DOLOR CRONICO
Inicio como consecuencia de un daño tisular.	Su inicio es como en el dolor agudo.
Se le equipara a un signo de alerta, pues sirve para promover la recuperación.	Carece de valor biológico y es destructivo física, psicológica y socialmente.
Desaparece con la remisión del daño o la herida que lo provocó.	Mayor duración de lo que cabría esperar.
El dolor experimentado es, en buena medida, proporcional a la lesión que lo provoca.	No existe relación aparente entre la magnitud de la lesión y el dolor experimentado.
Responde a los tratamientos dirigidos a la restauración del daño tisular.	No responde a los tratamientos encaminados a restaurar el daño físico.
Respuesta negativa o escasa al tratamiento mediante morfina u otros opiáceos.	Responde a morfina y otros opiáceos.
Alteración de los índices autonómicos, verbales y conductuales.	Frecuentemente no presenta trastornos en los índices autonómicos. Escasa o nula relación entre índices autonómicos, verbales y conductuales.
Generalmente no hay afecciones a nivel vegetativo.	Provoca la aparición de signos vegetativos.
Asociado generalmente a la ansiedad.	Fundamentalmente asociado a la depresión, también hay problemas de ansiedad.
Descrito en términos de sus cualidades sensoriales.	El paciente lo describe en términos afectivos.
Es un síntoma.	Es una enfermedad.

- Dolor Oncológico: en general es provocado por el crecimiento tumoral que lesiona los tejidos circundantes o por patologías relacionadas como es la cirugía, diagnósticos invasivos, procedimientos terapéuticos, toxicidad de la quimioterapia o de la radioterapia, infecciones oportunistas, inactividad física, etc. (Català E, 2008)

- Dolor no Oncológico: dolor no relacionado con el cáncer. (Català E, 2008)
- Dolor Neuropático: El dolor causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial. (Català E, 2008)
- Dolor Nociceptivo: dolor que surge del daño real o potencial a los tejidos neurales, consecuencia de la activación de los nociceptores. (Català E, 2008)

Nota: Este término está diseñado para que contraste con el dolor neuropático. El término se utiliza para describir dolor que se produce con un funcionamiento normal del sistema nervioso somatosensorial a contraste con la función anormal visto en el dolor neuropático.

El dolor, como síntoma que expresa el paciente, es el resultado de un proceso “sofisticado y complejo” único de cada persona, variable en el tiempo, y que puede aumentar o disminuir por diferentes motivos, por lo se centrará en la clínica del Dolor Crónico. (Català E, 2008)

El dolor crónico funda la forma de dolor con mayores consecuencias sobre la persona debido al peligroso deterioro de su calidad de vida, y también tiene grandes consecuencias sobre la sociedad, puesto que los costes que supone son muy elevados. Constamos, por tanto, ante un síntoma que inquieta y perturba a las personas, ya sea por su causa, como por el sufrimiento que conlleva. En los últimos años se ha convertido en el síntoma adjunto que con mayor frecuencia lleva a la población a la consulta médica, estableciéndose como uno de los principales problemas de salud pública. (Català E, 2008)

7. Aspectos Psicológicos en pacientes con Dolor Crónico.

El dolor constante en el tiempo, el que se conserva a pesar de conocer y tratar las causas que lo producen, es el que entorpece en la vida normal, familiar y laboral del paciente, es decir, en su calidad de vida.

Esta es la razón por la que la valoración de un paciente con dolor crónico tiene que realizarse desde una perspectiva “biopsicosocial” del dolor, que nos conduzca a un tratamiento individual, hecho para cada paciente.

Debemos tener en cuenta que el dolor, como experiencia subjetiva que es, sólo es comprensible por la propia persona que lo padece, siendo esta vivencia el efecto de un conjunto de agentes que interaccionan de una forma enredada.

Los datos más relevantes sobre el estudio de los aspectos psicológicos que afectan a los pacientes de dolor crónico es el estudio realizado por Truyols Taberner, M.M et al, en 2008 se reafirma que desde 1968, las emociones se han determinado como una de las dimensiones que conforma la experiencia de dolor (Melzack y Casey, 1968), es por ello indispensable el estudio y conocimiento de las variables psicológicas más importantes y el dolor crónico, ya que el componente afectivo del dolor incorpora toda una gama de emociones negativas en cuanto a su cualidad. Las más estudiadas y relevantes en la literatura sobre dolor crónico han sido, la depresión, la ansiedad y, en menor medida, la ira. (Truyols Taberner, M.M et al, 2008)

➤ Ansiedad y Dolor Crónico.

La relación existente entre la ansiedad y el dolor crónico se ha ido manifestando por diversos autores, como McCraven e Iverson, Pérez-Pareja o Turk formando una de las respuestas psicológicas mediadoras de la experiencia de dolor más temprana y rígidamente identificada.

Por un lado, según Ackerman y Stevens en 1989 ; Ahles, Cassens y Stalling en 1983 y Eppley, Shear y Abrams en 1989 la ansiedad actúa como potenciadora y mantenedora del dolor, considerándose que cuanto mayores sean los niveles de ansiedad el dolor será percibido como más intenso y desagradable.

Por otro lado, los estudios realizados por Asmundson, Norton y Norton en 1999 y Craig en 1994 revelan que las personas con dolor crónico presentan niveles más elevados de ansiedad y una mayor incidencia de trastornos de ansiedad que la población general.

La ansiedad continua produce un incremento de la tensión muscular, alteraciones del Sistema Nervioso Autónomo y una mayor receptividad y

aumento de la percepción de los estímulos dolorosos. Estas reacciones tienen como consecuencia final un más largo mantenimiento de la sensación dolorosa, aunque el estímulo nociceptivo cese. (Pallarés y Pallarés, 1989)

En el otro extremo, Vallejo en el año 2000 propone que la ansiedad, en tanto activación fisiológica, no es necesariamente negativa en la modulación del dolor, ya que el miedo/ansiedad pueden reducir el dolor siempre que estén producidos por una situación distinta del mismo, actuando como elemento distractor y disminuyendo la focalización atencional.

Abundando en esta idea algunos estudios han señalado la posibilidad de que el aumento en la liberación de opiáceos endógenos ligados a la exposición a una situación ansiógena facilite el sistema de modulación antinociceptivo (Arnsten et al., 1983; Chapman y Turner, 1986).

En el siguiente esquema vemos reflejada la relación entre la Ansiedad y el Dolor Crónico:

<p>RELACION PARTICULAR ENTRE ANSIEDAD Y DOLOR CRÓNICO</p> <p>La influencia de la ansiedad sobre el grado de percepción del dolor puede establecerse en base a diferentes explicaciones:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Doble efecto de la ansiedad sobre el grado de tensión muscular y la percepción de la intensidad del dolor.2. La ansiedad favorece la focalización atencional sobre el dolor y predispone a crear un esquema mental facilitador.3. El nivel de ansiedad afecta a la percepción de la situación y a la capacidad de discriminación.4. Efecto positivo de la ansiedad como moduladora del dolor y distinta del mismo en tanto que activación psicofisiológica, actuando como elemento distractor, y facilitadora del sistema antinociceptivo.

➤ Depresión y Dolor Crónico.

La depresión supone una de las respuestas emocionales más frecuentemente asociada al dolor (Meilman, 1984)

Pese a haber constatado, McWilliams et al. en 2003 , una elevada presencia de desórdenes afectivos en pacientes con dolor crónico frente a población general, los datos de prevalencia son muy variables según describen Banks y Kerns, en 1996, al igual que las características psicosociales diferenciales entre pacientes con dolor crónico con o sin depresión identificadas por la literatura científica,

tanto en lo que a la historia demográfica y médica se refiere, como a la edad o el sexo (Magni et al., 1992)

La presencia de depresión en pacientes con dolor crónico produce un incremento de las conductas manifiestas de dolor (Kerns y Haythornwaite, 1988), de las cogniciones negativas respecto al dolor y la enfermedad (Haythornwaite, Sieber y Kerns, 1991), mayor dificultad para expresar sentimientos negativos (Doan y Wadden, 1989) y una reducción del nivel de actividad de los pacientes, contribuyendo todo ello a un mayor grado de interferencia del dolor en sus vidas.

Hay una imponente polémica teórica en la literatura en relación a la especificación de su naturaleza y de los mecanismos que mantienen la relación entre la depresión y el dolor.

- Desde el punto de vista Psicodinámico: se considera el dolor crónico -en ausencia de base orgánica- como una variante de la enfermedad depresiva, o depresión enmascarada, donde la depresión sería el trastorno primario. (Merskey y Spear, 1967)
- Desde el modelo Conductual: se considera que el dolor crónico produciría un estado depresivo como consecuencia de la reducción en las capacidades personales para llevar a cabo actividades reforzantes (Fordyce, 1976).
- Desde los modelos Cognitivo-Conductuales: enfatizan, además de las conductas instrumentales, las variables cognitivas mediadoras en el desarrollo y mantenimiento de los problemas de salud relacionándolas con la percepción del impacto del dolor en la vida, el descenso en las actividades instrumentales con el consiguiente resultado de pérdida de refuerzo social, así como con los sentimientos de indefensión, pérdida de control y de autoeficacia. (Rudy, Kerns y Turk, 1988)
- Desde los modelos Biológicos: sugieren que el dolor crónico y la depresión ocurren de forma simultánea, al estar relacionados por fundamentos biológicos y psicológicos similares, basándose en la consideración de un substrato biológico bioquímico y genético común. (Truyols Taberner, M.M et al, 2008)

➤ Ira y Dolor Crónico.

La ira ha sido la emoción negativa más ampliamente observada en el dolor crónico, destacándose su influencia negativa en la adaptación de los pacientes (Amir et al., 2000)

La propia frustración frente a la enfermedad crónica, las quejas somáticas persistentes, la escasa información sobre la etiología del dolor, acompañado todo ello de repetidos fracasos terapéuticos, aumentan la probabilidad de que los pacientes experimenten estados emocionales de ira asociados, como una respuesta natural al dolor (Berkowitz, 1990).

Algunas de las atribuciones causales más frecuentemente observadas en pacientes con dolor crónico aparecen reflejadas en la siguiente tabla: (Fernandez y Turk, 1995)

Atribuciones causales y valoraciones sobre el efecto de la ira en pacientes con dolor crónico (Fernandez y Turk, 1995)

AGENTE (objeto de la ira)	ACCION (razón de la ira)
Agente causal de la lesión o enfermedad	Dolor crónico
Servicios médicos y de salud	Ambigüedad diagnóstica
Profesionales de la salud mental	Fracasos terapéuticos
Sistema legal	Implicaciones psicógenas o psicopatológicas
Compañías aseguradoras y seguridad social	Inadecuada cobertura económica o sistema de compensación
Trabajo	Cese o despido laboral, traslados
Apoyo social	Carencia de apoyo social
Dios	Predeterminismo
Uno mismo	Incapacidad
Resto del mundo	Alineación

8. Terapias Psicológicas para el tratamiento del Dolor Crónico.

La valoración de un paciente con dolor crónico ha de realizarse desde una visión “biopsicosocial”, y es por ello, que una vez llegados al tratamiento psicológico, este debe ser adaptado a la persona, teniendo en cuenta sus particularidades culturales de expresión del dolor, así como factores físicos y psicosociales que han intervenido en determinar la sintomatología del dolor.

Las principales técnicas de tratamiento Psicológico de los pacientes diagnosticados de Dolor Crónico, son las siguientes:

➤ Relajación:

La relajación como técnica para tratar a pacientes con dolor crónico puede utilizarse de forma aislada o dentro de una terapia multicomponente. Los dos tipos más empleados son la relajación progresiva de Jacobson y el entrenamiento autógeno de Schultz. (Moix, J y Casado, M.I., 2011)

La aplicación de esta técnica en sujetos con dolor se fundamenta en la idea de que el dolor provoca tensión y frecuentemente ansiedad, lo cual puede a su vez aumentar el dolor. Se hipotetiza que la relajación puede romper este círculo vicioso. A través de la relajación se consigue una disminución de la actividad adrenérgica y un aumento de la actividad parasimpática que se supone ayudan a disminuir la ansiedad, la tensión e indirectamente el dolor. (Moix, J y Casado, M.I., 2011)

➤ Biofeedback:

La utilización del biofeedback en el campo del dolor se basa en la premisa de que éste puede estar causado por disfunciones de los sistemas naturales de regulación fisiológica. Por tanto, esta técnica tendría como objetivo restablecer la auto-regulación. Los dos tipos más empleados son el electromiográfico y el dirigido a regular la temperatura periférica. (Moix, J y Casado, M.I., 2011)

➤ Hipnosis:

Las principales asociaciones de hipnosis aceptan la definición propuesta por la división 30 (Society of Psychological Hypnosis) de la APA (American Psychological Association). La definición es muy amplia, pero podríamos resumirla como: “un conjunto de procedimientos que a través de sugerencias consiguen cambios en la experiencia subjetiva (alteraciones en la percepción, sensación, emoción, pensamiento o conducta)”. (Moix, J y Casado, M.I., 2011)

El empleo de la hipnosis con pacientes aquejados de dolor se sustenta en la idea de que éste constituye un fenómeno biopsicosocial en donde emociones, pensamientos, y conductas juegan un papel clave. Por tanto, la hipnosis como

técnica promotora de cambio sobre estos factores puede resultar útil. (Moix, J y Casado, M.I., 2011)

➤ Técnicas operantes:

Las técnicas operantes se fundamentan en los principios del condicionamiento instrumental u operante.

El dolor posee componentes fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales. Las técnicas operantes se dirigen exclusivamente a tratar la parte comportamental del dolor, aunque indirectamente puedan modular los otros factores. (Moix, J y Casado, M.I., 2011)

El factor conductual del dolor se refiere principalmente a las quejas de dolor, cambios posturales, expresiones faciales y conductas de evitación. En general, las técnicas operantes se dirigen a la reducción o eliminación de las conductas de dolor, a la restauración de las actividades diarias evitadas y a la instauración del ejercicio físico. Con tales fines, se emplean programas graduales, en los que cada avance es reforzado. (Moix, J y Casado, M.I., 2011)

➤ Terapia de aceptación y compromiso:

La terapia de aceptación y compromiso se basa, como su nombre indica, en aceptar el sufrimiento, y por tanto en dejar a un lado la evitación como estrategia de afrontamiento, y en comprometerse con los valores u objetivos vitales (Wilson y Luciano, 2002).

Este tipo de terapia se ha empleado en diversas patologías y, entre ellas, el dolor crónico. Dado que, como ya hemos comentado anteriormente, la evitación es una estrategia común entre los pacientes que sufren dolor, la aplicación de esta terapia parece muy indicada. (Moix, J y Casado, M.I., 2011)

➤ Mindfulness:

El término Mindfulness suele traducirse como atención y conciencia plena. La filosofía de esta terapia se basa principalmente en vivir el presente, en estar atento a lo que sucede sin juzgar, ni interpretar. En otras palabras, se fundamenta en aceptar la realidad tal como es. De hecho, en algunas ocasiones se considera como una técnica de otras terapias como la terapia de aceptación y compromiso. (Moix, J y Casado, M.I., 2011)

Dentro de esta filosofía, una de las técnicas más empleadas es la meditación o la atención a estímulos internos o externos. Puede considerarse como una técnica de focalización de la atención. (Moix, J y Casado, M.I., 2011)

La aplicación de la misma en pacientes con dolor crónico se basa en la idea de que puede ayudarles a aceptar el dolor y por tanto reducir la evitación, y a tener más control sobre sus procesos atencionales tan ligados a la percepción del dolor. (Moix, J y Casado, M.I., 2011)

➤ Escritura emocional:

Su máximo representante es Pennebaker. En 1986 realizó su primer estudio donde demostró que los sujetos que describían su trauma (tanto el acontecimiento como las emociones experimentadas) necesitaban acudir en menor medida a las consultas médicas que un grupo control. (Moix, J y Casado, M.I., 2011)

Las vías por las cuáles la escritura emocional puede convertirse en efectos saludables pueden ser varias. Se hipotetiza que la escritura puede servir para: organizar y dar sentido a la experiencia; facilitar la comunicación con el entorno social, constituir una especie de “exposición” a los hechos y a las emociones,... Probablemente el mecanismo mediador no sea único sino que los efectos vengan modulados por una interacción de los mismos. (Moix, J y Casado, M.I., 2011)

➤ Terapia cognitivo-conductual:

En general, los estudios sobre técnicas cognitivo-conductuales comparan la evolución de un grupo de pacientes tratados con esas técnicas y tratamientos médicos habituales, con la de otro grupo de pacientes tratado exclusivamente con dichas terapias médicas. Por tanto, los resultados de esos estudios reflejan el efecto adicional que esas técnicas obtienen como coadyuvante de los procedimientos médicos. Los pacientes tratados conjuntamente con ambas técnicas (médica y psicológica) muestran una mayor reducción del dolor, de la incapacidad y de los estados de ánimo negativos. (Moix, J y Casado, M.I., 2011)

- Protocolo de intervención cognitivo conductual: (Moix, J y Casado, M.I., 2011)
 1. Introducción a la terapia cognitivo-conductual.
 2. Respiración y relajación.
 3. Manejo de la atención.
 4. Reestructuración cognitiva.
 5. Solución de problemas.
 6. Manejo de emociones y asertividad.
 7. Valores y establecimientos de objetivos.
 8. Organización del tiempo y actividades reforzantes.
 9. Ejercicio físico, higiene postural y del sueño, y prevención de recaídas.

9. Terapias Farmacológicas para el tratamiento del Dolor Crónico.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, propone para el tratamiento del dolor oncológico una “escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud” pero esta escalera, se puede aplicar a todos los tipos de dolor.

Esta escalera esta subdividida en tres peldaños:

- Primer peldaño: constituido por los *analgésicos menores, periféricos o no opioides*. Es en este primer peldaño donde se situarían fármacos como: AAS, salicilatos, paracetamol, metamizol y los restantes AINE.
- Segundo peldaño: constituido por los *analgésicos opioides débiles*. En este peldaño se encuentran: codeína, dihidrocodeína, tramadol. Se trata de fármacos indicados para pacientes con dolor leve-moderado no contrarrestado con los fármacos del primer escalón. Los analgésicos opioides débiles no presentan “techo analgésico” (límite máximo permitido o tolerado por el cuerpo en respuesta a un estímulo).
- Tercer escalón: constituido por los *analgésicos opioides potentes*. En este escalón encontramos los siguientes fármacos: morfina, metadona, fentanilo, oxycodona, hidromorfona y bupremorfina.

Los fármacos coadyuvantes, como: antidepresivos o antiepilépticos o las infiltraciones se pueden añadir a cada escalón si fuesen necesarias.

Paralela a la Escalera Analgésica de la OMS, Luis Miguel Torres Morera propone en 2002 un cuarto peldaño, no contemplado en la Escalera Analgésica de la OMS, donde se incluirían o estaría constituido por las técnicas invasivas para controlar el dolor, tales como bloqueos neurolíticos o nueromodulación.

Los principios básicos a los que está sujeta la Escalera Analgésica de la OMS son:

- Administración por vía oral.
- Administración “reloj en mano”
- Según escalera analgésica.

Y otros principios en los que se fundamenta son: que la administración dependerá de cada sujeto con atención al detalle.

➤ Los analgésicos no opioides. (Primer escalón) (Català E, 2008)

Se trata de un grupo muy heterogéneo de fármacos, que ejercen su acción analgésica mediante mecanismos centrales y periféricos.

- Sus principales características son:
 - No poseer actividad sobre los receptores opioides.
 - No inducir tolerancia o dependencia.
 - Tener un efecto techo para la analgesia.

- Sus principales acciones son:
 - Acción analgésica.
 - Acción antipirética.
 - Acción antiinflamatoria.
 - Acción antiagregante plaquetaria.
 - Acción uricosúrica. (Por inhibición del transporte del ácido úrico desde el túbulo renal al espacio intersticial).

- Mecanismo de acción:

Inhiben la ciclooxigenasa (COX), responsable de la conversión del ácido araquidónico en prostaglandinas y tromboxanos. La inhibición de la COX es la responsable de la mayoría de las acciones farmacológicas de los AINE. (Català E, 2008)

Además, se han hallado dos isoenzimas de la COX (COX-1 y COX-2). La COX-1 es la fisiológica o constitucional, la podemos encontrar a nivel de la mucosa gastrointestinal, hígado, plaquetas y túbulos colectores de la medula renal. Por otro lado, la COX-2, es inducible y se encuentra casi exclusivamente en procesos inflamatorios. (Català E, 2008)

- Indicaciones:

Estos fármacos están indicados en el dolor de tipo nociceptivo de intensidad leve-moderada y con componente inflamatorio. (Català E, 2008)

- Efectos secundarios:

Se cree que están relacionados con la inhibición de la COX-1. Son los siguientes: (Català E, 2008)

- ✓ Irritación gástrica.
- ✓ Ulceración gástrica.
- ✓ Disfunción plaquetaria.
- ✓ Disfunción renal.
- ✓ Reacciones alérgicas.

- Clasificación: (Català E, 2008)

Salicilatos	AAS, acetilsalicilato de lisina, diflunisal	No se han registrado efectos secundarios r/c trastorno sexual. (CIMA, 2013)
Paraaminofenoles	Paracetamol	No se han registrado efectos secundarios r/c trastorno sexual. (CIMA, 2013)
Derivados del ácido arilacético	Diclofenaco, aceclofenaco	No se han registrado efectos secundarios r/c trastorno sexual. (CIMA, 2013)
Derivados del ácido indolacético	Indometacina, acemetacina (No comercializado), glucametacina.	No se han registrado efectos secundarios r/c trastorno sexual. (CIMA, 2013)
Derivados del ácido pirrolacético	Tolmetina(No comercializado), ketorolaco	No se han registrado efectos secundarios r/c trastorno sexual. (CIMA, 2013)
Derivados del ácido arilpropiónico	Ibuprofeno, naproxeno, ketoprofeno, iboproxam, fenbufeno.	No se han registrado efectos secundarios r/c trastorno sexual. (CIMA, 2013)
Derivados de pirazonas	Metamizol, propifenazona, oxipizona	No se han registrado efectos secundarios r/c trastorno sexual. (CIMA, 2013)
Oxicam	Piroxicam, tenoxicam	No se han registrado efectos secundarios r/c trastorno sexual. (CIMA, 2013)
Inhibidores de la COX-2	Preferenciales: Meloxicam Selectivos: Celecoxib(No comercializado), parecoxib, etoricoxib.	No se han registrado efectos secundarios r/c trastorno sexual. (CIMA, 2013)

➤ Los analgésicos opioides débiles. (Segundo escalón) (Català E, 2008)

Se encuentran en el segundo y tercer escalón de la escalera analgésica de la OMS para tratar los dolores moderados-intensos.

Los analgésicos opioides débiles más importantes son:

- Codeína:
Opioide derivado de la morfina, agonista débil de los receptores u, indicado en los casos de dolor moderado-intenso. Frecuentemente se suele asociar con algún analgésico periférico (no opioide).
Reacciones adversas: No se han registrado efectos secundarios r/c trastorno sexual. (CIMA, 2013)
- Dihidrocodeína.
Derivado semisintético de la codeína. No comercializado, Revocado 23/05/2012.
Reacciones adversas: No se han registrado efectos secundarios r/c trastorno sexual. (CIMA, 2013)
- Tramadol.
Se estructura química corresponde a una piperidina, relacionada con el grupo de fenantrenos de los alcaloides del opio, entre los que se encuentra la morfina y la codeína.
Presenta un efecto analgésico mixto: por una parte, tiene una acción opioide débil y por otra parte, presenta la capacidad de aumentar la liberación o disminuir la recaptación de serotonina y noradrenalina.
Reacciones adversas: No se han registrado efectos secundarios r/c trastorno sexual. (CIMA, 2013)
- Dextropropoxifeno
Es el enantiómero óptico de la metadona, aunque con menor actividad analgésica y que presenta, además, una potencia inferior a la codeína. Es un fármaco de segunda elección tras la codeína.
Reacciones adversas: No se ha encontrado este medicamento registrado en la CIMA. (CIMA, 2013)

Generalmente, suelen asociarse a los fármacos vistos en el primer escalón, para producir un efecto coadyuvante. Además, es importante recordar que los analgésicos opioides débiles no presentan “techo analgésico” (límite máximo permitido o tolerado por el cuerpo en respuesta a un estímulo), por lo que su uso está limitado a la aparición de efectos secundarios. (Català E, 2008)

➤ Los analgésicos opioides potentes. (Tercer escalón) (Català E, 2008)

Se trata de fármacos de mayor acción analgésica que los anteriormente mencionados. Se utilizan en dolores intensos no controlables con los tratamientos anteriores.

Los fármacos que constituyen este tercer escalón son:

- Morfina.
Es el principal alcaloide del opio. Se utiliza para el tratamiento del dolor intenso. La morfina tiene diversas presentaciones.
El tratamiento con morfina debe individualizarse para obtener unos efectos analgésicos adecuados con unos efectos indeseables mínimos.
Reacciones adversas: No se han registrado efectos secundarios r/c trastorno sexual. (CIMA, 2013)

- Metadona.
Es un opioide sintético con elevada lipofilia y con una potencia similar a la morfina.
Reacciones adversa:
 - ❖ Trastornos del aparato reproductor y de la mama: Frecuentes: Reducción de la libido o impotencia sexual. (CIMA, 2013)

- Fentanilo.
Reacciones adversa:
 - ❖ Trastornos del aparato reproductor y de la mama: Poco frecuentes (1/1000 a < 1/100): Disfunción eréctil. (CIMA, 2013)

- Buprenorfina.
Es un agonista parcial de los receptores opioides.
Reacciones adversas: No se han registrado efectos secundarios r/c trastorno sexual. (CIMA, 2013)

- Oxicodona.
Es un analgésico opioide, con acción agonista pura sobre los receptores opioides del cerebro y de la médula espinal. El efecto terapéutico es principalmente analgésico, ansiolítico y sedante.
Reacción adversa:
 - ❖ Trastornos del aparato reproductor y de la mama: Poco frecuentes: reducción de la libido, impotencia. Raras: amenorrea. (CIMA, 2013)

Se ha de tener en cuenta que la utilización de opioides mayores puede asociarse a la aparición de efectos secundarios que se han de prevenir e informar al paciente y a su familia. El estreñimiento es muy frecuente y debe ser sistemáticamente prevenido. El resto de efectos secundarios suelen desaparecer a los pocos días o semanas del inicio del tratamiento. (Català E, 2008)

Los efectos secundarios más frecuentes son:

- ✓ Estreñimiento.
- ✓ Náuseas y vómitos: es dosis-dependiente.
- ✓ Somnolencia y sedación.

Otros efectos secundarios más infrecuentes son: alucinación, disforia, sensación vertiginosa, confusión mental, retención urinaria, sudoración, sequedad bucal y prurito. (Català E, 2008)

Junto a los fármacos anteriormente mencionados, fármacos del primer, segundo y tercer escalón, existen una serie de fármacos englobados en la denominación de fármacos adyuvantes o coadyuvantes que son empleados en todos los escalones de la escala analgésica cuando hay un componente de dolor neuropático, sintomatología depresiva, ansiedad o perturbación del sueño. (Català E, 2008)

En este esquema se intenta resumir los posibles fármacos coadyuvantes que se implementan en el régimen terapéutico: (Català E, 2008)

- Psicotropos:
 - Antidepresivos.
 - Antidepresivos tricíclicos.
 - ISRS.
 - Duloxetina.
 - Ansiolíticos.
 - Benzodiacepinas
 - Sales de litio.
 - Psicoestimulantes.
 - Cafeína.
 - Anfetaminas.
- Anticonvulsiantes: Carbamacepina, Clonacepam, Gabapentina, Topiramato, Pregabalina, Lamotrigina, Oxcarbacepina.
- Corticoides: Dexametasona, Prednisolona, Betametasona.
- Otros:
 - Bisfosfato
 - Blaclofeno.
 - Anestésicos locales.

Como se puede apreciar, la mayoría de los medicamentos utilizados en la escala analgésica de la OMS, no producen reacciones adversas relacionadas con trastornos del aparato reproductor y mamas, es por ello que es importante conocer si los medicamentos coadyuvantes que se pueden utilizar en el tratamiento de dolor crónico, pueden llegar a producir trastornos del aparato reproductor y de las mamas. (Català E, 2008)

Por ello se ha de tener en cuenta que el uso de fármacos puede determinar una disfunción sexual, es por ello que Ministerio de Sanidad y Consumo junto con Organización Médica Colegial, proponen una *Guía de Buena Práctica Clínica en Disfunciones Sexuales*, y señalan como posibles fármacos causantes de disfunciones sexuales a los siguientes:

Fármacos que pueden alterar la función sexual	
<p>Fármacos con acción hormonal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminuyen la acción de la testosterona: <ul style="list-style-type: none"> — Antiandrógenos. — Esteroides. — Digoxina. — Espironolactona. — Ketoconazol. — Clofibrato. • Aumentan los niveles de prolactina: <ul style="list-style-type: none"> — Cimetidina. — Metoclopramida. — Fenotiazinas. — Antidepresivos tricíclicos. — Metildopa. <p>Fármacos psicotrópicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antipsicóticos y neurolepticos: <ul style="list-style-type: none"> — Fenotiazinas. — Tioxantinas. — Butirofenonas. — Tioridazinas. — Haloperidol. • Antidepresivos y «eutimizantes»: <ul style="list-style-type: none"> — Tricíclicos y tetracíclicos. — IRS, IRSA Y NASSA. — Inhibidores de la MAO. — Carbonato de litio. • Benzodiacepinas. 	<p>Fármacos para la hipertensión arterial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Simpaticolíticos: <ul style="list-style-type: none"> — Clonidina. — Alfametildopa. — Reserpina. — Guanetidina. • Betabloqueantes: <ul style="list-style-type: none"> — Propanolol. — Betapindol. — Atenolol. — Metoprolol. • Diuréticos: <ul style="list-style-type: none"> — Tiazídicos. — Espironolactona. — Antialdosterónicos. <p>Drogas de abuso</p> <ul style="list-style-type: none"> — Alcohol. — Nicotina. — Anfetaminas. — Barbitúricos. — Narcóticos. — Cannabis. — Cocaína. — Opiáceos. <p>Otros fármacos implicados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antihistamínicos y anorexígenos. • Estatinas.

10. Sexualidad relacionada con el Dolor Crónico

La sexualidad es un fenómeno pluridimensional que varía de una cultura a otra y en el contexto socio-histórico en que se desarrolle. Aun cuando los apuntes históricos sobre sexualidad datan de más de cinco mil años, los datos disponibles son escasos. (Ligia Vera-Gamboa, 1998)

Desde el principio de los tiempos hasta el día de hoy, tenemos referencias de que la humanidad ha tenido una Historia sobre la Sexualidad, esto quiere decir que en todas las épocas, en todas las civilizaciones y etapas de la historia, todas las personas humanas han tenido sexualidad. (Ligia Vera-Gamboa, 1998)

Algunos de los datos históricos más relevantes son: (Ligia Vera-Gamboa, 1998)

- En el Antiguo Testamento, fuente original de la ley judía, se señalan las normas que regulaban la conducta sexual de la época.
- En la edad Media, la Iglesia consolidaba su poder, de modo tal que la teología se equiparaba a la ley civil. En esta época aparecieron los famosos cinturones de castidad, y se hicieron evidentes muchos problemas sexuales, por lo que la Iglesia para reafirmarse refrenda el matrimonio monógamo y declara al instinto sexual como demoníaco dando origen así a la Santa Inquisición.
- Sigmund Freud (1856-1939), médico vienés, demostró la trascendencia que la sexualidad tiene para los individuos. Desarrolló su teoría de la personalidad, la cual tiene como pivote el desarrollo sexual. Introdujo el término de “líbido” como la energía de la que emanan todas las actividades de los hombres.
- Alfred Kinsey y sus estudios de la sexualidad: “Sexual Behavior the Human Male” y “Sexual Behavior the Human Female”
- William Masters y Virginia Johnson y sus estudios de “ Respuesta Sexual Humana”

Todo ser humano desde el momento que nace hasta el momento que muere tiene la capacidad de ser un ser sexuado, tiene sexualidad.

Antes de centrarnos en la Sexualidad desde el punto de vista de la Organización Mundial de la Salud, es interesante conocer el punto de vista del Dr. Eusebio Rubio-Aurioles, que en 1994 propone que:

“La sexualidad es un sistema de la vida humana que se compone de cuatro <holones> (sistemas dentro de sistemas). Estos holones interactúan entre sí y con otros sistemas en todos los niveles del conocimiento en particular en los niveles biológico, psicológico y social”. Los cuatro holones son: el erotismo, la vinculación afectiva, la reproductividad y el género. (Rubio, 1994)

La Organización Mundial de la Salud entiende por Sexualidad:

“La sexualidad es un aspecto fundamental del hecho de ser humano a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, el vínculo afectivo y la reproducción. Se experimenta y se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede abarcar todas estas dimensiones, no siempre se experimenta o se expresan todas. La sexualidad es influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales” (Organización Mundial de la Salud, 2004)

Es importante conocer que nos constituimos de tres factores de salud que integrados dan como suma la Salud de una persona en concreto. Estos tres factores serían: la salud física, la salud mental y la salud sexual. (II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, 2008-2012)

La OMS en 2002 define la salud sexual como: *“Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos”* (Organización Mundial de la Salud, 2004)

Podríamos decir que cuanto mayor sea el grado positivo de los tres subtipos de salud, mayor será la salud integral de una persona. Pero si una persona sufre cualquier tipo de dolor, y en este caso dolor crónico, se sobreentiende que los subtipos de salud están desequilibrados, por lo que su salud integral va a depender de cómo de desequilibrados se encuentran sus subtipos. En otras palabras, si una persona tiene poco grado positivo de salud física, debido a su diagnóstico como paciente de dolor crónico, tanto su salud mental como su salud sexual se van a ver afectadas. (II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, 2008-2011)

Quizás, en un tiempo pasado no existieran informes sobre esta conclusión, debido a que las técnicas diagnósticas no estaban tan avanzadas como en la actualidad, las mujeres sufrían una gran represión sexual, también puede ser que la importancia que se le daba al placer antes no es la misma que se le otorga en la actualidad, etc. Es por esta serie de factores por la que la deficiencia ocasionada por un dolor crónico, del tipo que sea, va a afectar negativamente en la salud sexual de una persona.

Muchos pacientes con dolor crónico consideran que sus síntomas de dolor son el principal obstáculo para disfrutar de relaciones sexuales con su pareja. Hay que valorar el dolor en referencia a la actividad sexual ya que el vínculo entre los medicamentos para el dolor y la disfunción sexual puede permanecer oculto. Muchos medicamentos comúnmente prescritos para el dolor producen reacciones adversas que interfieren con el funcionamiento sexual. (Clifford Gevirtz, 2008)

Varios medicamentos para el dolor, cuando se toman de forma crónica, pueden afectar a varios sistemas endocrinos. El uso crónico de opiáceos, por ejemplo, puede dar lugar a hipogonadismo, llevando a la disminución de la función sexual, cambios en la función tiroidea (que puede dar lugar a cambios de peso) y cambios hormonales en la respuesta al estrés. (Clifford Gevirtz, 2008)

El dolor es una experiencia sensorial y emocional, displacentera, que se asocia a daños reales o potenciales del organismo (Eblen-Zajjur A, 2005), y como tal experiencia repercute en la calidad de vida de las personas. Además de la repercusión emocional y física que supone el padecer un dolor, si a esto se le añade que interfiere en una esfera de la vida, como es la esfera sexual, la repercusión es mayor.

II. OBJETIVOS

Objetivo General:

El objetivo general es estudiar los posibles cambios en la vida sexual de pacientes que han sido diagnosticados de dolor crónico.

Objetivos Específicos:

1. Decretar si las relaciones sexuales de los pacientes con dolor crónico han disminuido.
2. Conocer si el deseo sexual de los pacientes tras el diagnóstico ha disminuido.
3. Saber si tras el diagnóstico, los pacientes han experimentado dolor mientras la mantención de relaciones sexuales.
4. Evaluar el grado de afectividad, comparándolo antes de ser diagnosticado como paciente con dolor crónico y tras el diagnóstico.

III. JUSTIFICACIÓN

Han existido a lo largo de estos años muchísimas publicaciones entorno al dolor crónico, como por ejemplo las terapias psicológicas y farmacológicas que pueden ayudar a mejorar, se han publicado artículos sobre la historia del dolor, los tipos, etc. También se han creado las Unidades del Dolor, que han estudiado sobre los métodos evaluativos entre otras cosas, pero lo que no se ha publicado o su publicación ha sido muy escasa es sobre como el dolor crónico influye en la vida sexual de las personas, ni tampoco sobre el grado de afectividad que tienen los pacientes antes y después de su diagnóstico.

Uno de los motivos que nos han llevado a realizar esta investigación es que existen datos suficientes y estudios científicos que avalan la prevalencia de dolor crónico en España como por ejemplo:

- El estudio realizado por Karla Soares WeiSer et al, en Mayo de 2010, puntualiza que: “En España, un estudio realizado en el año 2000, demostró que cada médico español atiende una media de 181 pacientes con dolor por mes, la mayoría de ellos con dolor crónico moderado (51,3 personas por mes).El dolor crónico tiene un impacto significativo sobre los que la padecen, en el ámbito individual, psicológico, familiar y social”
- Otro trabajo indica que: “Más del 17% de la población española adulta, esto es, 6.100.000 de personas sufren dolor, de ellos hasta 714.000 personas sufren algún dolor severo, según el estudio realizado por Kantar Health, que destaca una mayor prevalencia en las mujeres (51,3%) que en los hombres (48,4%) y en la población de entre 40 años y 60 años. La investigación, publicada en el Journal of Medical Economics, señala los dolores de espalda (60,5%) los más prevalentes, seguido del dolor articular (40,2%), dolor de cabeza (34,7%) y de hombro (23,2%). Mientras, entre otras consecuencias, estos dolores provocan en los afectados dificultades en el sueño (42,2%), ansiedad y dolor cabeza (40,6%, en ambos casos), insomnio (29,8%) y depresión (24,4%)”. (Paul C. Langley et all, 2011)

Además, tras realizar una búsqueda bibliográfica rigurosa, son muy pocos los artículos científicos o publicaciones que hablan del dolor crónico como tal, la mayoría de ellos tienen especificaciones como: Dolor pélvico crónico, dolor en cáncer ginecológico, etc. Los cuales se relacionan directamente con la mujer y dejan a un lado al hombre.

Relacionar el dolor crónico con la sexualidad está basado en que muchas personas tienen el sexo en mente gran parte del tiempo. Es el móvil principal de nuestra existencia y el mismo centro de nuestro ser. Es nuestra guía invisible a lo largo de los caminos de nuestras vidas. Es el triunfo de la vida sobre la muerte y ofrece a nuestros genes la promesa de la inmortalidad. El sexo controla nuestras relaciones dentro y fuera de la familia. (Malcolm Potts y Roger Short, 2001)

Se ha de tener en cuenta que, si ya un dolor agudo es una sensación poco agradable, el dolor crónico, el que se mantiene durante un gran periodo de tiempo, y teniendo en cuenta la definición de la IASP “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma, y si persiste, sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, una enfermedad por sí misma” puede llegar a producir cambios significativos en la persona que lo sufre.

Teniendo en cuenta lo siguiente: que el dolor crónico puede afectar muchos aspectos de la vida diaria, uno de los cuales es el mantenimiento de una vida sexual saludable. Hay numerosas razones por las cuales el dolor puede reducir la función sexual. Muchos pacientes con dolor crónico consideran que sus síntomas de dolor son el principal obstáculo para disfrutar de relaciones sexuales con su pareja. Cuando el dolor entra en juego en la relación, pueden producirse dificultades sexuales; provocadas por problemas externos, porque quien sufre dolor tiene problemas, porque su pareja tiene problemas, o por una combinación de todos estos factores (Gevirtz C, 2007), es otra razón más por la que me centro en esta investigación.

Pero el mayor interés que tenemos en realizar esta investigación es a raíz de la experiencia personal donde la vivencia progresiva de un familiar cercano y el sufrimiento, graduación y evolución de esta enfermedad ha ido transformándolo, desde una persona alegre, activa, risueña a otra persona bien distinta que se caracteriza por la apatía, el aislamiento, un comportamiento defensivo y un estado depresivo.

IV. HIPOTESIS

“Los pacientes diagnosticados de dolor crónico tienen cambios significativos en su vida sexual, existiendo diferencia en el grado de afectividad antes y después del diagnóstico”

V. METODOLOGIA

Tipo de estudio:

Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo transversal.

Sujetos:

La población de estudio de nuestra investigación fueron todos los pacientes que pasaron por la Unidad del Dolor del Hospital de Poniente, El Ejido, en un intervalo de tiempo.

El periodo de estudio está comprendido entre el 27/02/2013 hasta el 08/05/2013. Un periodo total de 70 días, en el que cabe destacar la ausencia de consulta en fines de semana y los periodos vacacionales de: día de Andalucía, Semana Santa, y el 1 de Mayo por Fiesta del Trabajador.

En consulta, durante este periodo pasaron un total de 96 pacientes, de los cuales cabe destacar que: 29 de ellos se negaron directamente a realizar las encuestas y 5 de ellos no las rellenaron por completo, apenas rellenaron una decima parte de las dos encuestas, por lo que se desecharon.

Como encuestas válidas se recogieron un total de 62, que completaron íntegramente los dos cuestionarios que se pasaron durante ese tiempo.

Criterios de inclusión-exclusión:

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Pacientes que pasen por la consulta de la Unidad del Dolor del Hospital de Poniente.
- Pacientes que comprendan edades de entre 18 a 65 años.
- Pacientes que lleven acudiendo a consulta al menos 6 meses.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Personas que aunque tengan un dolor crónico, duración superior a 3 meses, tengan entre 18 y 65 años, no pasen por la consulta de la Unidad del Dolor del Hospital de Poniente.

Periodo de estudio:

El periodo de estudio está comprendido entre el 27/02/2013 hasta el 08/05/2013. Un periodo total de 70 días, en el que cabe destacar la ausencia de consulta en fines de semana y los periodos vacacionales de: día de Andalucía, Semana Santa, y el 1 de Mayo por Fiesta del Trabajador.

Materiales-Instrumentalización:

Los materiales utilizados para nuestra investigación fueron dos encuestas. Ambas se pasaban en horario de consulta, siendo el médico junto con la enfermera los que ofertaban realizar una encuesta totalmente voluntaria y anónima y que rellenándola estarían contribuyendo con una investigación que realizaba una alumna de la Universidad de Almería. Al sujeto que aceptaba rellenar la encuesta, se le pasaba a una sala y se le daba bolígrafo y las dos encuestas, que al terminar, colocaría en un sobre cerrado y entregaría a la enfermera sin que este sobre quedase identificado de ninguna manera.

La primera de las encuestas fue confeccionada y no está validada, recoge preguntas sobre la sexualidad de las personas que pasan por la Unidad del Dolor, preguntas sobre cambios en la vida sexual, preguntas sobre deseo sexual, sobre dolor, etc. (ANEXO I)

La segunda encuesta se trata de la Escala de Afecto Positivo y Negativo, PANAS (Positive Affect– Negative Affect Scale). Esta escala fue desarrollada por Watson, Clark y Tellegen.

La versión original de PANAS consta de 20 reactivos, diez de los cuales evalúan afecto positivo, y diez afecto negativo. Los reactivos consisten en palabras que describen diferentes sentimientos y emociones, y las que califica la persona, según el grado en que las experimenta, en una escala de cinco puntos, en donde 1 significa “muy poco o nada”, y 5 “extremadamente”. Todos los reactivos se pueden contestar en respuesta a una o más de siete instrucciones diferentes:

- Al momento (*moment*)
- Hoy (*today*)
- Los últimos días (*past few days*)
- En la última semana (*week*)
- En las últimas semanas (*past few weeks*)
- En el año (*year*)
- Generalmente (*general*).

Para nuestra investigación, los reactivos se contestaron según las siguientes dos instrucciones: la primera fue: "Indique cómo se ha sentido usted durante EL ÚLTIMO MES", y la segunda: "Indique cómo se ha sentido usted, si lo recuerda, ANTES DE SER DIAGNOSTICADO COMO PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO".

El PANAS se caracteriza por una alta congruencia interna, con alphas de 0.86 a 0.90 para el afecto positivo, y de 0.84 a 0.87 para el afecto negativo. La correlación entre los dos afectos (positivo y negativo) es invariablemente baja, en rangos de -0.12 a -0.23. Además, los coeficientes confiabilidad test-retest de las puntuaciones de afecto negativo y positivo "generalmente" (.71 y .68 respectivamente) son lo suficientemente altos como para sugerir que pueden emplearse para evaluar al afecto como un rasgo de personalidad estable en el tiempo (afecto como estado).

Las escalas PANAS han demostrado ser una medida válida y confiable para evaluar la presencia y el grado del afecto positivo y negativo, en población clínica y normal, de adolescentes, adultos y adultos mayores. Existe además una versión en alemán y otra (en inglés) para niños: la PANAS-C, que ha demostrado tener validez y confiabilidad aceptables y es útil para diferenciar la ansiedad y la depresión infantil.

Para la validación, en primer lugar se llevó a cabo el proceso de traducción al español de las escalas PANAS, con base en la traducción al español y retraducción al inglés realizada por dos traductores independientes. Finalmente, un tercer traductor hizo la versión final en español después de resolver desacuerdos mínimos presentes en las dos primeras versiones. Posteriormente, la versión en español del PANAS se aplicó a hombres y mujeres entre 18 y 80 años de edad que eran estudiantes, familiares o amigos de los estudiantes, maestros o miembros del personal administrativo de las dos universidades privadas de la ciudad de México que fueron ya mencionadas en este trabajo. La aplicación del instrumento corrió a cargo de diez estudiantes de psicología previamente entrenados para dicha tarea.

La interpretación del cuestionario se realiza de la siguiente forma: el afecto positivo se mide realizando el sumatorio de la puntuación correspondiente a los siguientes ítems 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17 y 19, mientras que el afecto negativo, se obtiene tras la realización del sumatorio del resto de ítems que componen la escala: 2,4,6,8,10,12,14,16,18,20.

A través de esta escala podemos obtener también una medida de la balanza afectiva. Para ello, bastaría con realizar la resta entre el afecto positivo y el afecto negativo.

Análisis Estadístico:

La batería de instrumentos, es decir, el cuestionario de preguntas de sexualidad y la Escala PANAS, fueron aplicados a los pacientes en horario de consulta.

Los datos recogidos fueron procesados por el programa estadístico SPSS 19, donde se efectuaron diversos análisis estadísticos:

Para el análisis descriptivo de las variables, univariante, se utilizará para las variables cuantitativas, la edad, las medidas de: media, mínimo, máximo y desviación típica. Para las variables cualitativas se utilizará frecuencias, y los datos obtenidos se plasmarán en un gráfico circular o gráfico de barras.

Para realizar el análisis bivariante se utilizará:

- Comparación de variables cualitativas: Test de Chi-Cuadrado.
- Para variables cuantitativas, previa prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov, para variables con distribución normal se aplicarán pruebas paramétricas (T de Student para variables independientes y variables apareadas) y para variables con distribución no normal se utilizarán pruebas no paramétricas (U de Mann Withney para variables independientes y Wilcoxon para variables dependientes).
- Dentro del análisis bivariante, también se realizará correlaciones bivariadas: Pearson para variables cuantitativas de distribución normal, Spearman para variables cualitativas ó cuantitativas de distribución no normal.

VI. RESULTADOS

.ANALISIS DESCRIPTIVOS.

➤ Edad

Tabla 1: Media de edad

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	62	21	64	43,18	12,371
N válido (según lista)	62				

Respecto a la edad de la población de estudio, destacamos que la edad media es de 43.18 años, con un mínimo de 21 años y un máximo de 64, con una desviación típica de 12,37.

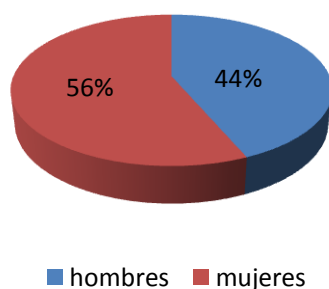
➤ Sexo

Tabla 2: Distribución de la población por sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
mujeres	35	56,5
hombres	27	43,5
Total	62	100,0

En cuanto a la distribución de la población de estudio por sexo, el 56.5% eran mujeres frente a un 43.5% que eran hombres.

Gráfico 1: Distribución por sexo



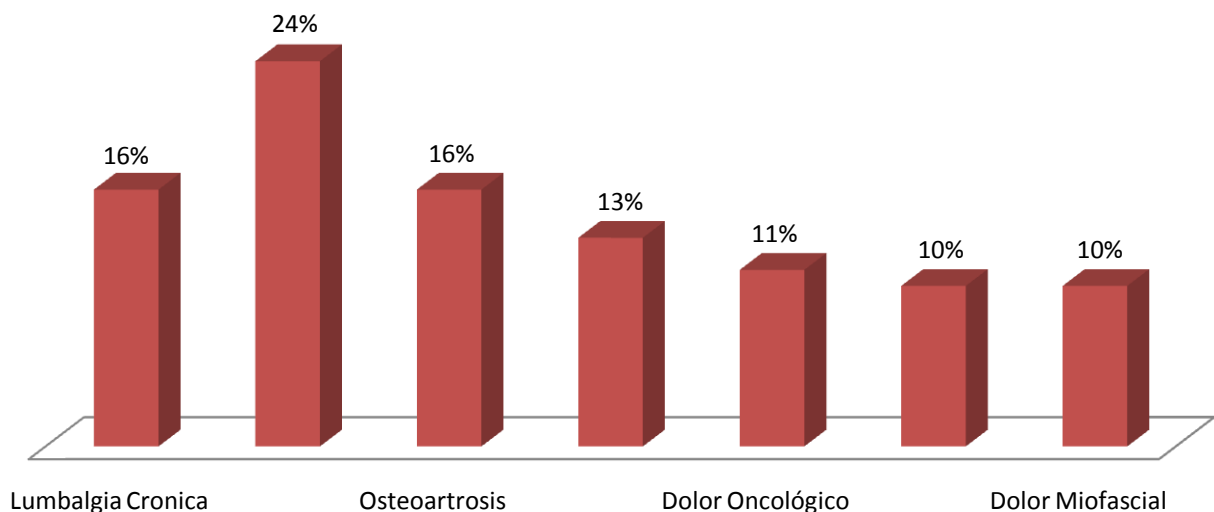
➤ Diagnósticos de la población de estudio.

Tabla 3: Diagnósticos de la población de estudio.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Lumbalgia Crónica	10	16,1
Fibromialgia	15	24,2
Osteoartrosis	10	16,1
Dolor Neuropático	8	12,9
Dolor Oncológico	7	11,3
Cervicalgia	6	9,7
Dolor Miofascial	6	9,7
Total	62	100,0

La distribución de diagnósticos de la población de estudio que acude a la consulta de la Unidad del Dolor es la siguiente: con un 16.1% de la población encontramos personas que padecen “Lumbalgia Crónica”, un 24.2% padecen “Fibromialgia”, otro 16.1% sufre “Osteoartrosis”, otra porción, el 12.9% están diagnosticados de “Dolor Neuropático”, seguido de un 11.3% que sufren “Dolor Oncológico”, y por último “Cervicalgia” con un 9.7% de la población de estudio, al igual que el “Dolor Miofascial” con otro 9.7%.

Grafico 2: Diagnósticos



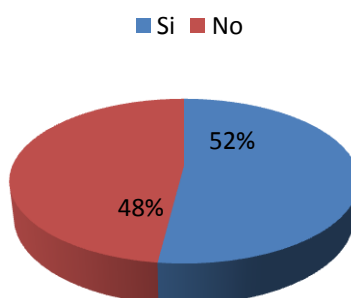
➤ Cambios en la vida sexual del paciente

Tabla 4: ¿Ha cambiado su vida sexual tras su diagnóstico como paciente con D.C.?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
no	30	48,4
si	32	51,6
Total	62	100,0

Las respuestas de la población de estudio fueron que en un 48.4% de la población su vida sexual si había cambiado tras el diagnostico como paciente con dolor crónico, mientras que por el contrario, un 51.6% refería que no.

Grafico 3: Cambio vida sexual



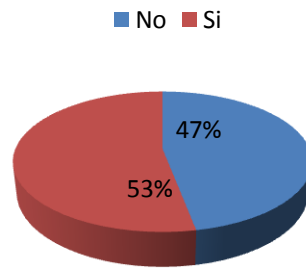
➤ Disminución de las relaciones sexuales

Tabla 5: ¿Han disminuido sus relaciones sexuales tras el diagnóstico?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
No	29	46,8
Si	33	53,2
Total	62	100,0

El 46.8% de la población de estudio respondió que tras el diagnóstico, sus relaciones sexuales no habían disminuido, mientras que por otro lado, un 53.2% sí que refieren que han disminuido.

Gráfico 4: ¿Disminución relaciones sexuales?



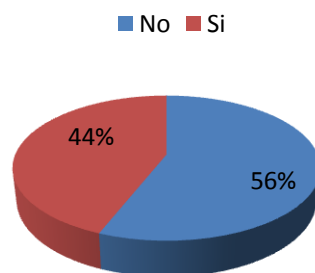
➤ Disminución del deseo sexual

Tabla 6: ¿Ha disminuido su deseo sexual tras el diagnóstico?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
No	35	56,5
Si	27	43,5
Total	62	100,0

Un 56.5% de la población de estudio, refiere que su deseo sexual no ha disminuido tras el diagnóstico como paciente con dolor crónico. Por otro lado, un 43.5% de esta población de estudio, refiere si tener disminuido su deseo sexual.

Gráfico 5: ¿Disminucion deseo sexual?



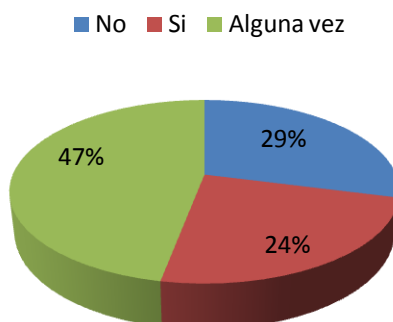
➤ Dolor durante la relación sexual

Tabla 7: ¿Ha sentido dolor durante las relaciones sexuales?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
No	18	29,0
Si	15	24,2
alguna vez	29	46,8
Total	62	100,0

El 29% de la población de estudio no había sentido dolor durante las relaciones sexuales frente a un 24.2% que refería que sí. El 46.8% respondió que alguna vez había sentido dolor mientras mantenía relaciones sexuales.

Grafico 6: ¿Dolor relaciones sexuales?



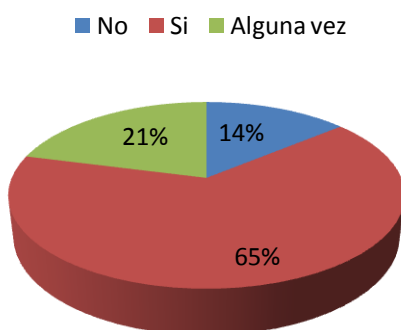
➤ Comunicación con la pareja

Tabla 8: ¿Habla con su pareja acerca de cómo se siente emocionalmente?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
no	9	14,5
si	40	64,5
alguna vez	13	21,0
Total	62	100,0

Un 64.5% de la población de estudio refirió que sí hablaba con su pareja acerca de cómo se sentían emocionalmente, sin embargo el 14.5% que respondió que no existía comunicación con su pareja en ese ámbito, mientras que un 21% afirmó que lo hacía alguna vez.

Grafico 7: ¿Hablar con la pareja?



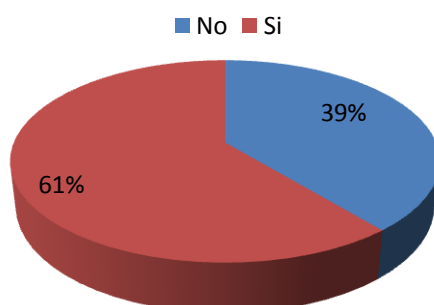
➤ Posturas para mejorar su vida sexual

Tabla 9: ¿Conoce las posturas más adecuadas?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
No	24	38,7
Si	38	61,3
Total	62	100,0

Respecto al conocimiento de las posturas más adecuadas para mejorar la calidad de vida sexual de las personas, el 38.7% de la población de estudio negó tal conocimiento, mientras que el 61.3% refería saberlas.

Grafico 8: ¿Mejores posturas para mejorar calidad de vida sexual?



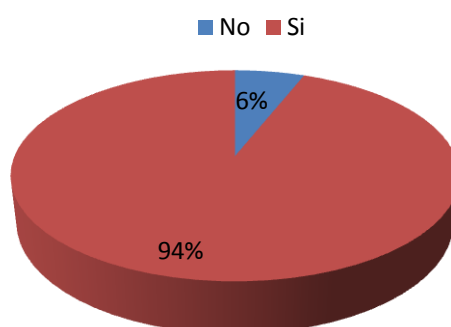
➤ Importancia de la actuación de un Sexólogo

Tabla 10: Importancia de la implantación de un Sexólogo en el S. Público de Salud.

Pregunta	Frecuencia	Porcentaje
no	4	6,5
si	58	93,5
Total	62	100,0

Ante esta pregunta cabe destacar que un 6.5% de la población de estudio respondió que no era importante la implantación, mientras que un 93.5% de los encuestados consideró que podía ser importante la atención recibida por un sexólogo perteneciente al Servicio Público de Salud.

Gráfico 9: ¿Implantación Sexólogo S. Público de Salud?



ESCALA PANAS. ANTES DEL DIAGNOSTICO COMO PACIENTE DE D.C.

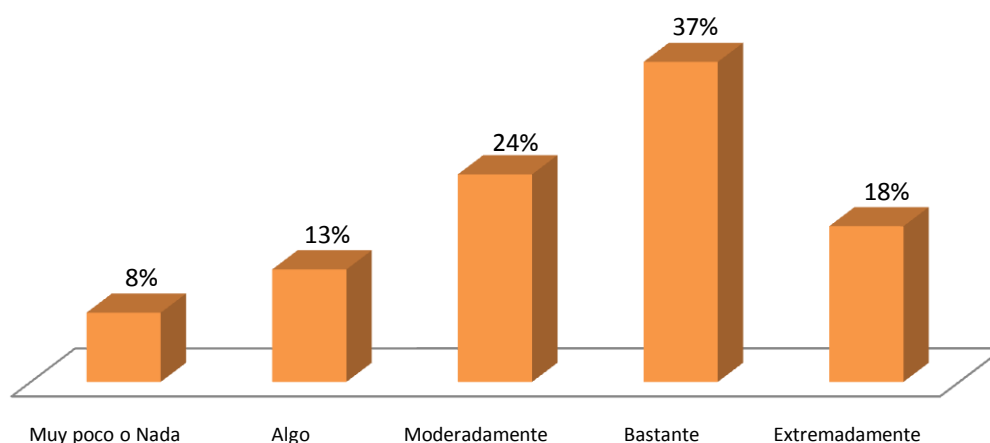
➤ Motivación antes del diagnóstico

Tabla 11: Escala PANAS. Motivado antes del diagnóstico.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	5	8,1
Algo	8	12,9
moderadamente	15	24,2
bastante	23	37,1
extremadamente	11	17,7
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “motivado antes del diagnóstico” es que el 8.1% de la población de estudio lo estaba muy poco o nada, el 30.6% lo estuvo algo, el 24.2% refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, el 37.1% concluye haberse sentido bastante motivado, y por último, un 14.5% afirma haber estado extremadamente motivado antes del diagnóstico como paciente de dolor crónico.

Grafico 10: Motivado antes diagnóstico



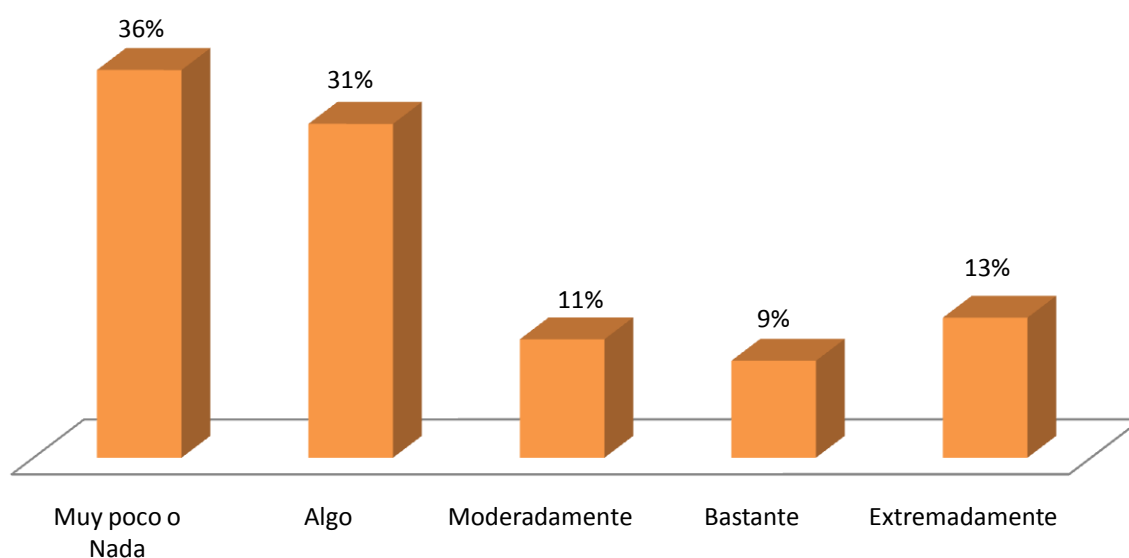
➤ Molesto antes del diagnóstico

Tabla 12: Escala PANAS. Molesto antes del diagnóstico.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	22	35,5
algo	19	30,6
moderadamente	7	11,3
bastante	6	9,7
extremadamente	8	12,9
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “molesto antes del diagnóstico” es que el 35.5% de la población de estudio lo estaba muy poco o nada, el 30.6% lo estuvo algo, el 11.3% refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, el 9.7% concluye haberse sentido bastante molesto, y por último, un 12.9% afirma haber estado extremadamente molesto antes del diagnóstico como paciente de dolor crónico.

Grafico 11: Molesto antes diagnóstico



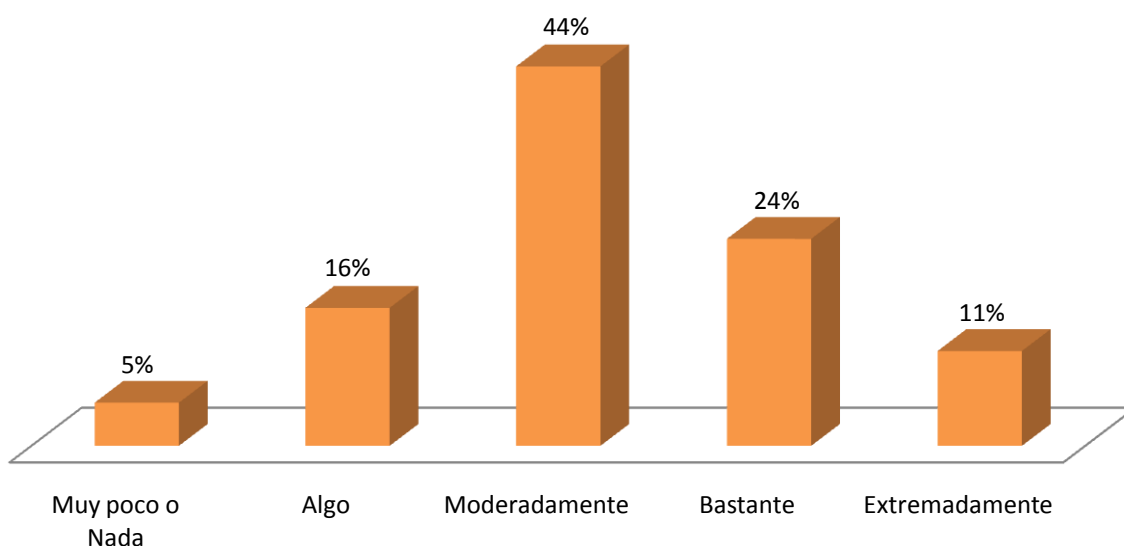
➤ Emoción antes del diagnóstico

Tabla 13: Escala PANAS. Emocionado antes del diagnóstico.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	3	4,8
Algo	10	16,1
moderadamente	27	43,5
bastante	15	24,2
extremadamente	7	11,3
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “emocionado antes del diagnóstico” es que el 4.8% de la población de estudio lo estaba muy poco o nada, el 16.1% lo estuvo algo, el 43.5% refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, el 24.2% concluye haberse sentido bastante emocionado, y por último, un 11.3% afirma haber estado extremadamente emocionado antes del diagnóstico como paciente de dolor crónico.

Grafico 12: Emocionado antes diagnóstico



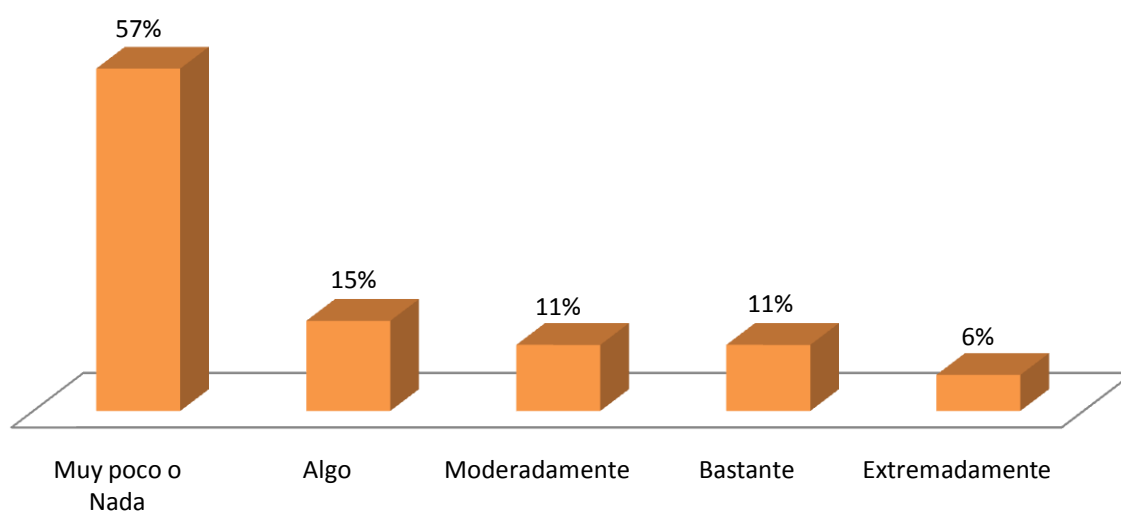
➤ De Malas antes del diagnóstico

Tabla 14: Escala PANAS. De Malas antes del diagnóstico.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	35	56,5
Algo	9	14,5
Moderadamente	7	11,3
Bastante	7	11,3
Extremadamente	4	6,5
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “de malas antes del diagnóstico” es que el 56.5% de la población de estudio lo estaba muy poco o nada, el 14.5% lo estuvo algo, el 11.3% refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, el 11.3% concluye haberse sentido bastante de malas, y por último, un 6.5% afirma haberse sentido extremadamente de malas antes del diagnóstico como paciente de dolor crónico.

Grafico 13: De Malas antes diagnóstico.



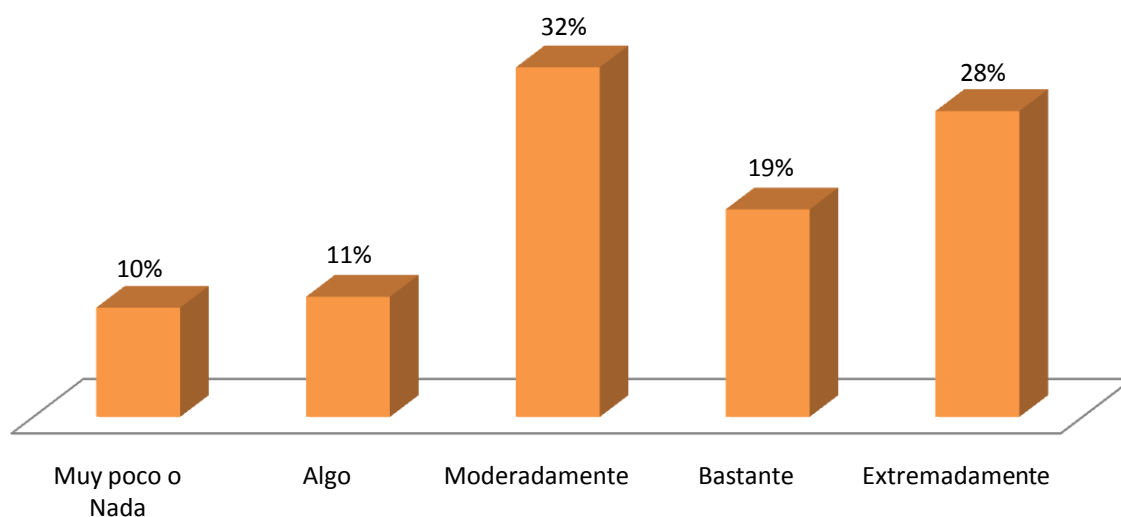
➤ Firmeza antes del diagnóstico.

Tabla 15: Escala PANAS. Firme antes del diagnóstico.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	6	9,7
algo	7	11,3
moderadamente	20	32,3
bastante	12	19,4
extremadamente	17	27,4
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “firme antes del diagnóstico” es que el 9.7% de la población de estudio lo estaba muy poco o nada, el 11.3% lo estuvo algo, el 32.3% refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, el 19.4% concluye haberse sentido bastante firme, y por último, un 27.4% afirma haber estado extremadamente firme antes del diagnóstico como paciente de dolor crónico.

Grafico 14: Firme antes diagnóstico



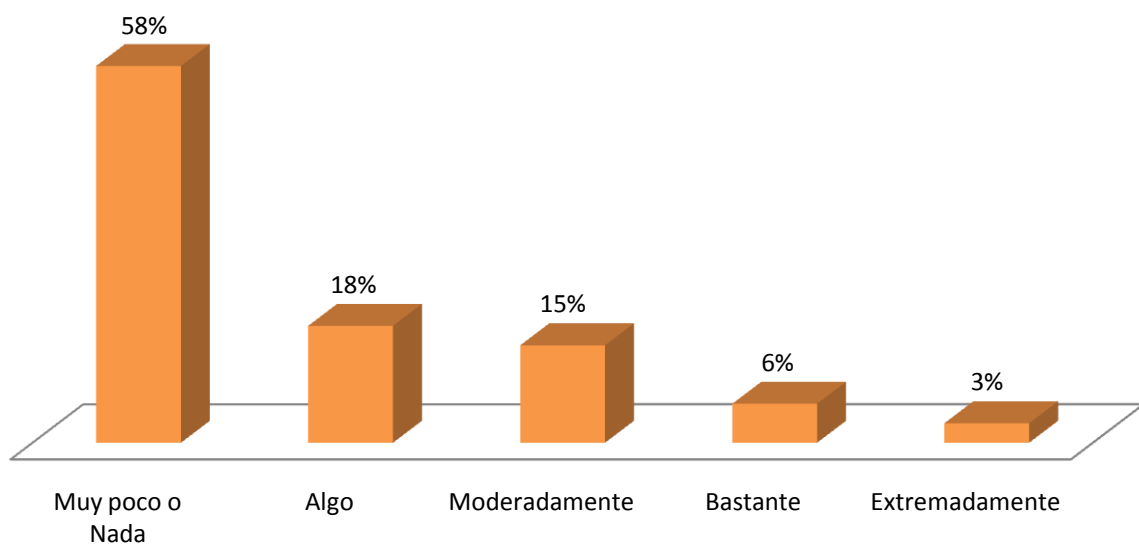
➤ Culpabilidad antes del diagnóstico

Tabla 16: Escala PANAS. Culpable antes del diagnóstico.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	36	58,1
algo	11	17,7
moderadamente	9	14,5
bastante	4	6,5
extremadamente	2	3,2
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “culpable antes del diagnóstico” es que el 58.1% de la población de estudio lo estaba muy poco o nada, el 17.7% lo estuvo algo, el 14.5% refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, el 6.5% concluye haberse sentido bastante culpable, y por último, un 3.2% afirma haberse sentido extremadamente culpable antes del diagnóstico como paciente de dolor crónico.

Grafico 15: Culpable antes diagnóstico



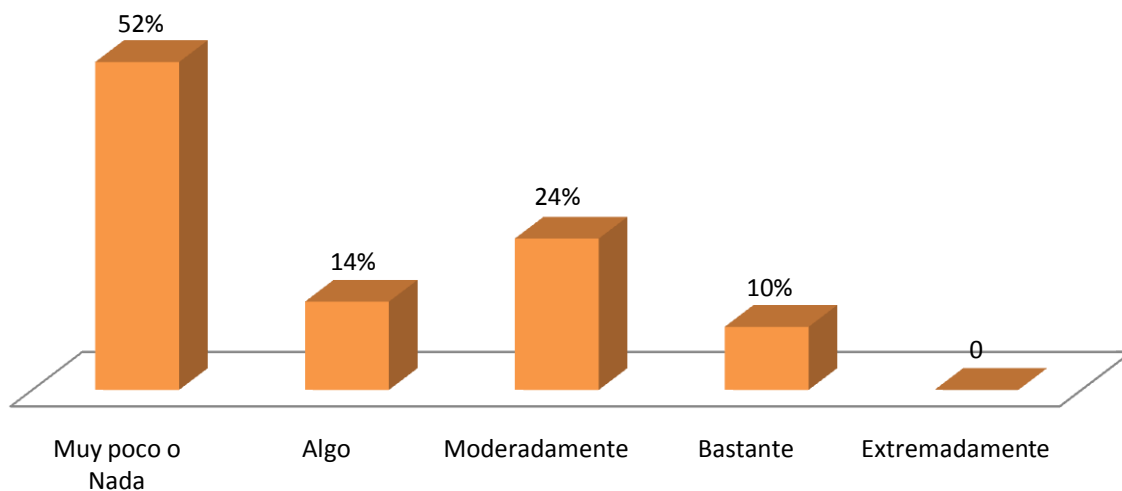
➤ Temeroso antes del diagnóstico.

Tabla 17: Escala PANAS. Temeroso antes del diagnóstico.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	32	51,6
algo	9	14,5
moderadamente	15	24,2
bastante	6	9,7
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “temeroso antes del diagnóstico” es que el 51.6% de la población de estudio lo estaba muy poco o nada, el 14.5% lo estuvo algo, el 24.2% refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, el 9.7% concluye haberse sentido bastante culpable, y por último, nadie afirma haberse sentido extremadamente temeroso antes del diagnóstico como paciente de dolor crónico.

Grafico 16: Temeroso antes diagnóstico



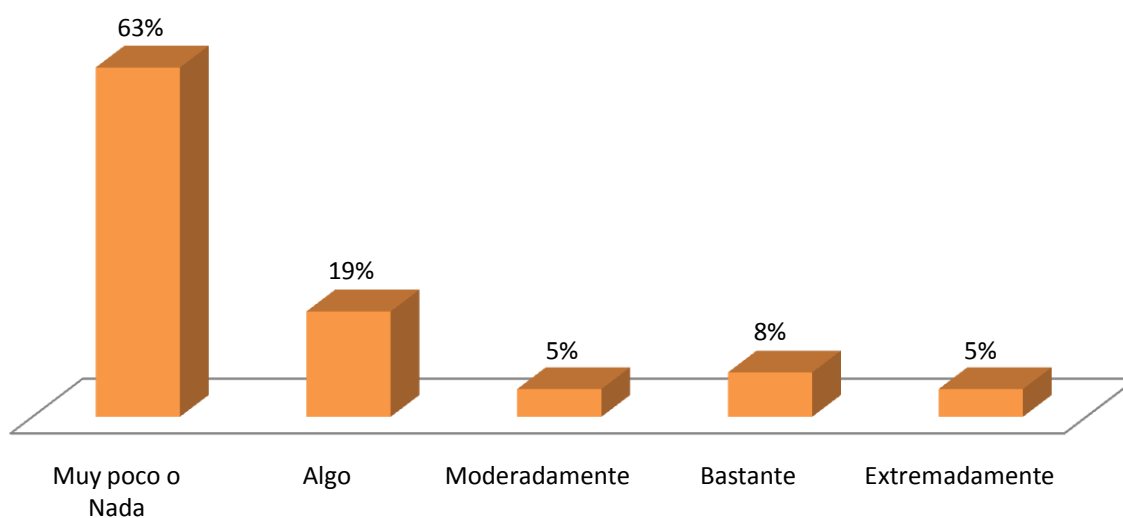
➤ Agresividad antes del diagnóstico

Tabla 18: Escala PANAS. Agresivo antes del diagnóstico.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	39	62,9
algo	12	19,4
moderadamente	3	4,8
bastante	5	8,1
extremadamente	3	4,8
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “agresivo antes del diagnóstico” es que el 62.9% de la población de estudio lo estaba muy poco o nada, el 19.4% lo estuvo algo, el 4.8% refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, el 8.1% concluye haberse sentido bastante agresivo, y por último, un 4.8% afirma haberse sentido extremadamente agresivo antes del diagnóstico como paciente de dolor crónico.

Grafico 17: Agresivo antes diagnóstico



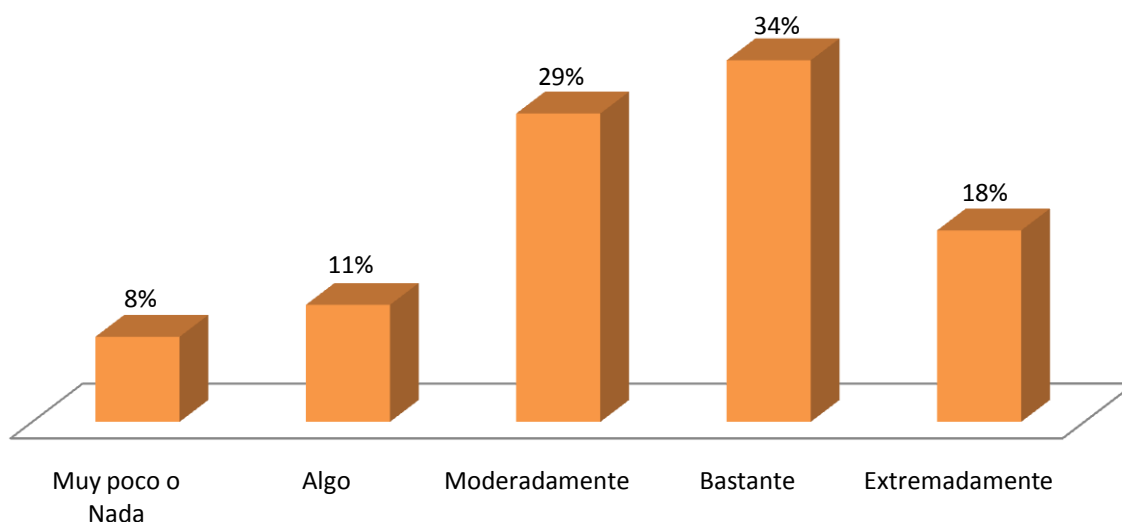
➤ Entusiasmo antes del diagnóstico.

Tabla 19: Escala PANAS. Entusiasmado antes del diagnóstico.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	5	8,1
algo	7	11,3
moderadamente	18	29,0
bastante	21	33,9
extremadamente	11	17,7
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “entusiasmado antes del diagnóstico” es que el 8.1% de la población de estudio lo estaba muy poco o nada, el 11.3% lo estuvo algo, el 29% refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, el 33.9% concluye haberse sentido bastante entusiasmado, y por último, un 17.7% afirma haberse sentido extremadamente entusiasmado antes del diagnóstico como paciente de dolor crónico.

Gráfico 18: Entusiasmado antes diagnóstico



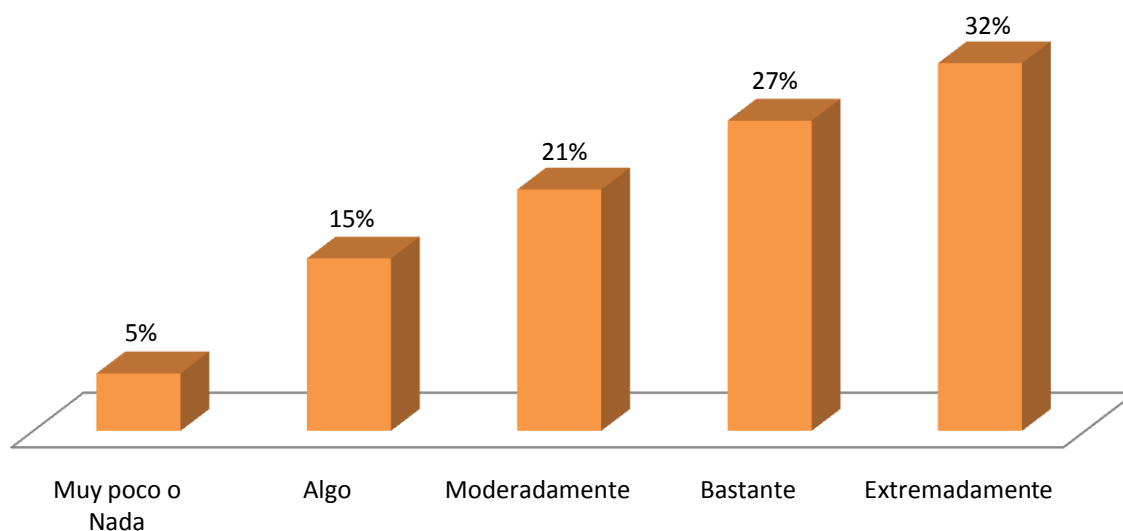
➤ Estar orgulloso antes del diagnóstico.

Tabla 20: Escala PANAS. Estar orgulloso antes del diagnóstico.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	3	4,8
algo	9	14,5
moderadamente	13	21,0
bastante	17	27,4
extremadamente	20	32,3
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “estar orgulloso antes del diagnóstico” es que el 4.8% de la población de estudio lo estaba muy poco o nada, el 14.5% lo estuvo algo, el 21% refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, el 27.4% concluye haberse sentido bastante orgulloso, y por último, un 32.3% afirma haberse sentido extremadamente orgulloso antes del diagnóstico como paciente de dolor crónico.

Grafico 19: Estar orgulloso antes diagnóstico



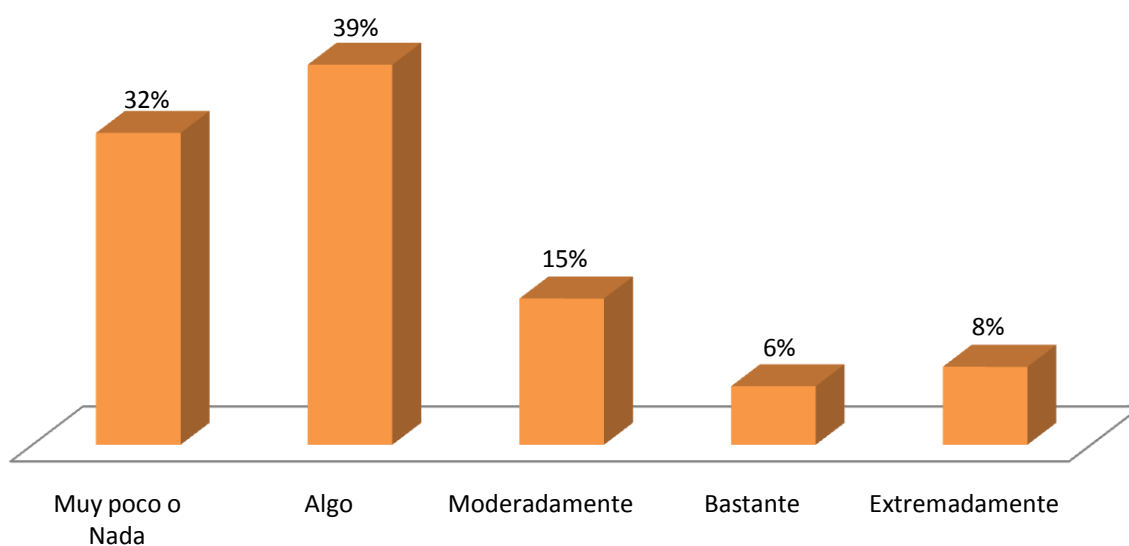
➤ Irritabilidad antes del diagnóstico.

Tabla 21: Escala PANAS. Irritable antes del diagnóstico.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	20	32,3
algo	24	38,7
moderadamente	9	14,5
bastante	4	6,5
extremadamente	5	8,1
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “irritable antes del diagnóstico” es que el 32.3% de la población de estudio lo estaba muy poco o nada, el 38.7% lo estuvo algo, el 14.5% refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, el 6.5% concluye haberse sentido bastante irritable, y por último, un 8.1% afirma haberse sentido extremadamente irritable antes del diagnóstico como paciente de dolor crónico.

Grafico 20: Irritable antes diagnóstico



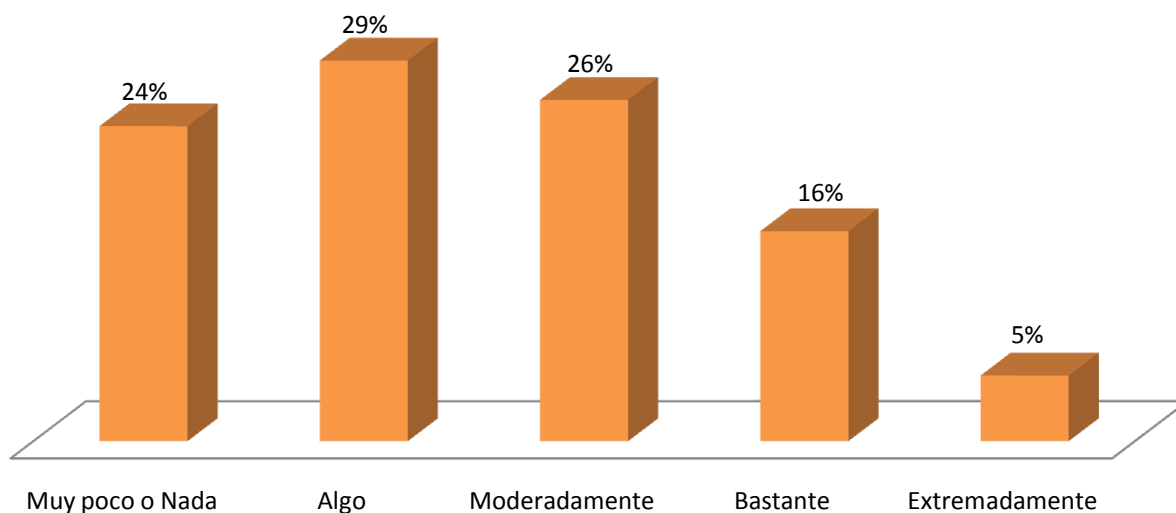
➤ Alerta antes del diagnóstico.

Tabla 22: Escala PANAS. Alerta antes del diagnóstico

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	15	24,2
algo	18	29,0
moderadamente	16	25,8
bastante	10	16,1
extremadamente	3	4,8
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “alerta antes del diagnóstico” es que el 24.2% de la población de estudio lo estaba muy poco o nada, el 29% lo estuvo algo, el 24.2% refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, el 16.1% concluye haberse sentido bastante en alerta, y por último, un 4.8% afirma haberse sentido extremadamente en alerta antes del diagnóstico como paciente de dolor crónico.

Grafico 21: Alerta antes diagnóstico



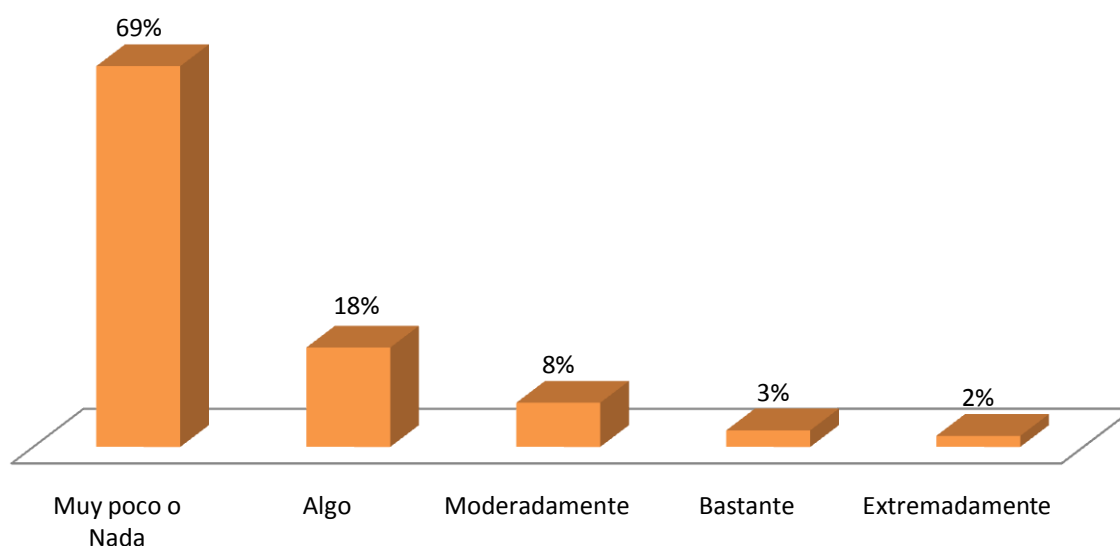
➤ Vergüenza antes del diagnóstico.

Tabla 23: Escala PANAS. Avergonzado antes del diagnóstico.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	43	69,4
algo	11	17,7
moderadamente	5	8,1
bastante	2	3,2
extremadamente	1	1,6
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “avergonzado antes del diagnóstico” es que el 69.4% de la población de estudio lo estaba muy poco o nada, el 17.7% lo estuvo algo, el 8.1% refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, el 3.2% concluye haberse sentido bastante avergonzado, y por último, un 1.6% afirma haberse sentido extremadamente avergonzado antes del diagnóstico como paciente de dolor crónico.

Grafico 22: Avergonzado antes diagnóstico



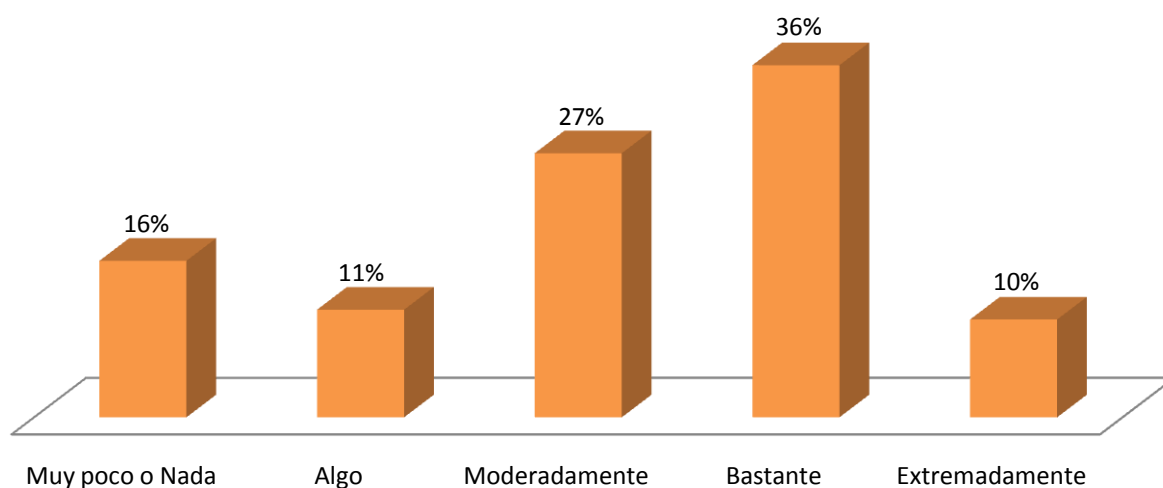
➤ Inspiración antes del diagnóstico.

Tabla 24: Escala PANAS. Inspirado antes del diagnóstico.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	10	16,1
algo	7	11,3
moderadamente	17	27,4
bastante	22	35,5
extremadamente	6	9,7
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “inspirado antes del diagnóstico” es que el 16.1% de la población de estudio lo estaba muy poco o nada, el 11.3% lo estuvo algo, el 27.4% refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, el 35.5% concluye haberse sentido bastante inspirado, y por último, un 9.7% afirma haberse sentido extremadamente inspirado antes del diagnóstico como paciente de dolor crónico.

Gráfico 23: Inspirado antes diagnóstico



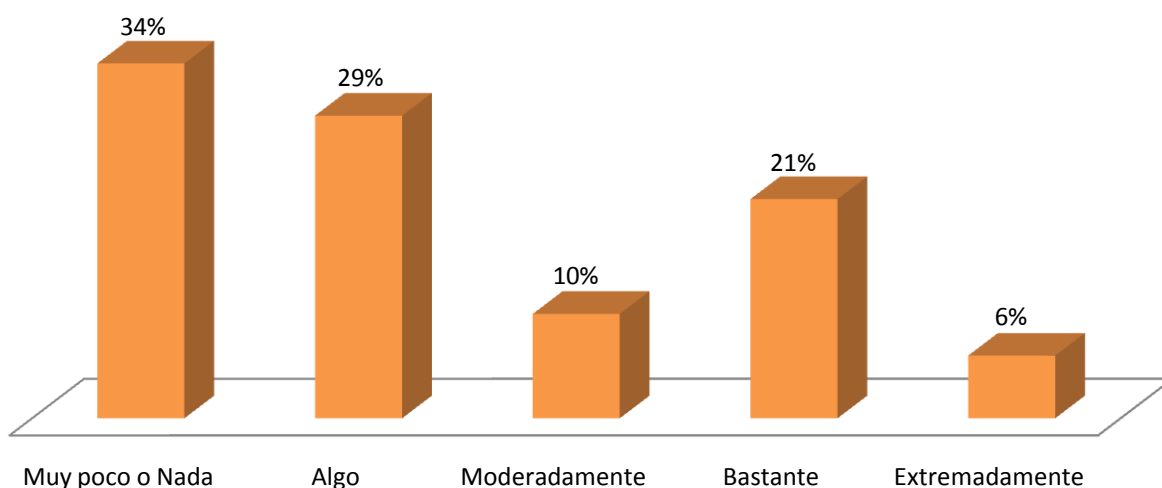
➤ Nerviosismo antes del diagnóstico.

Tabla 25: Escala PANAS. Nervioso antes del diagnóstico.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	21	33,9
algo	18	29,0
moderadamente	6	9,7
bastante	13	21,0
extremadamente	4	6,5
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “nervioso antes del diagnóstico” es que el 33.9% de la población de estudio lo estaba muy poco o nada, el 29% lo estuvo algo, el 9.7% refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, el 21% concluye haberse sentido bastante nervioso, y por último, un 6.5% afirma haberse sentido extremadamente nervioso antes del diagnóstico como paciente de dolor crónico.

Grafico 24: Nervioso antes diagnóstico



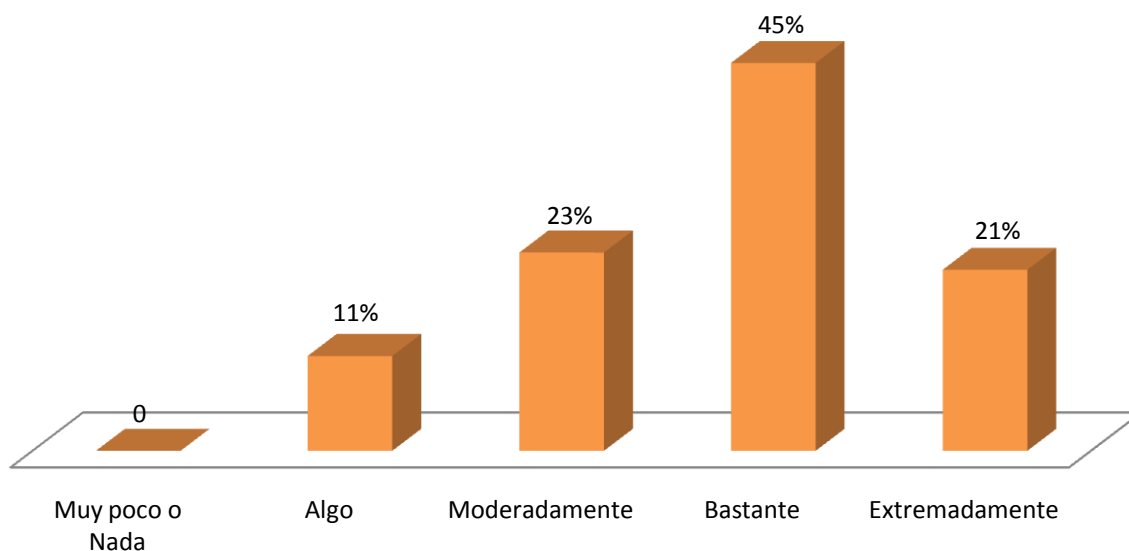
➤ Decidido antes del diagnóstico.

Tabla 26: Escala PANAS. Decidido antes del diagnóstico.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
algo	7	11,3
moderadamente	14	22,6
bastante	28	45,2
extremadamente	13	21,0
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “decidido antes del diagnóstico” es que nadie de la población de estudio se sintió muy poco o nada decidido, el 11.3% lo estuvo algo, el 22.6% refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, el 45.2% concluye haberse sentido bastante decidido, y por último, un 21% afirma haberse sentido extremadamente decidido antes del diagnóstico como paciente de dolor crónico.

Gráfico 25: Decidido antes diagnóstico



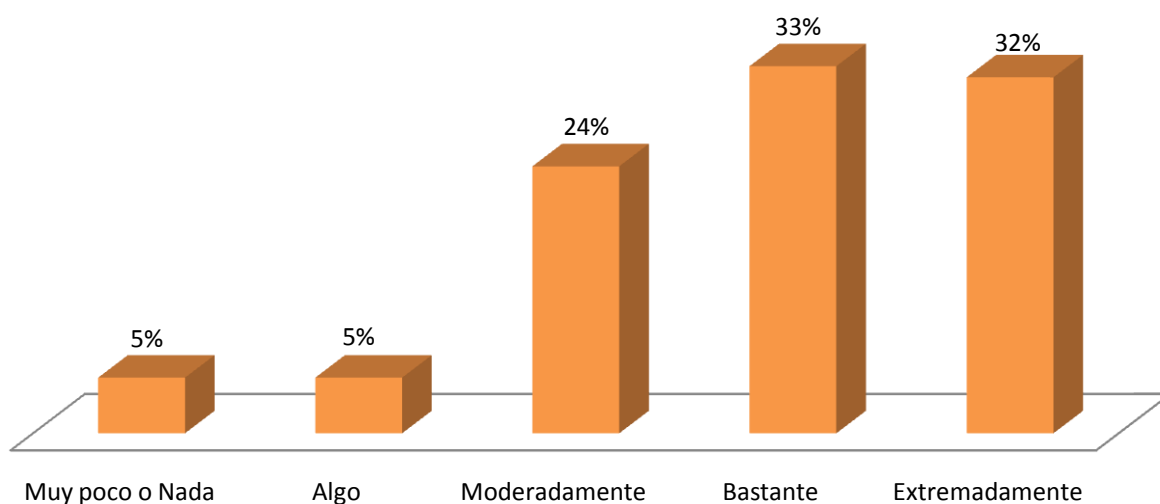
➤ Estar atento antes del diagnóstico.

Tabla 27: Escala PANAS. Estar atento antes del diagnóstico.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	3	4,8
algo	3	4,8
moderadamente	15	24,2
bastante	21	33,9
extremadamente	20	32,3
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “estar atento antes del diagnóstico” es que el 4.8% de la población de estudio lo estaba muy poco o nada, el 4.8% lo estuvo algo, el 24.2% refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, el 33.9% concluye haberse sentido bastante atento, y por último, un 32.3% afirma haberse sentido extremadamente atento antes del diagnóstico como paciente de dolor crónico.

Grafico 26: Estar atento antes diagnóstico



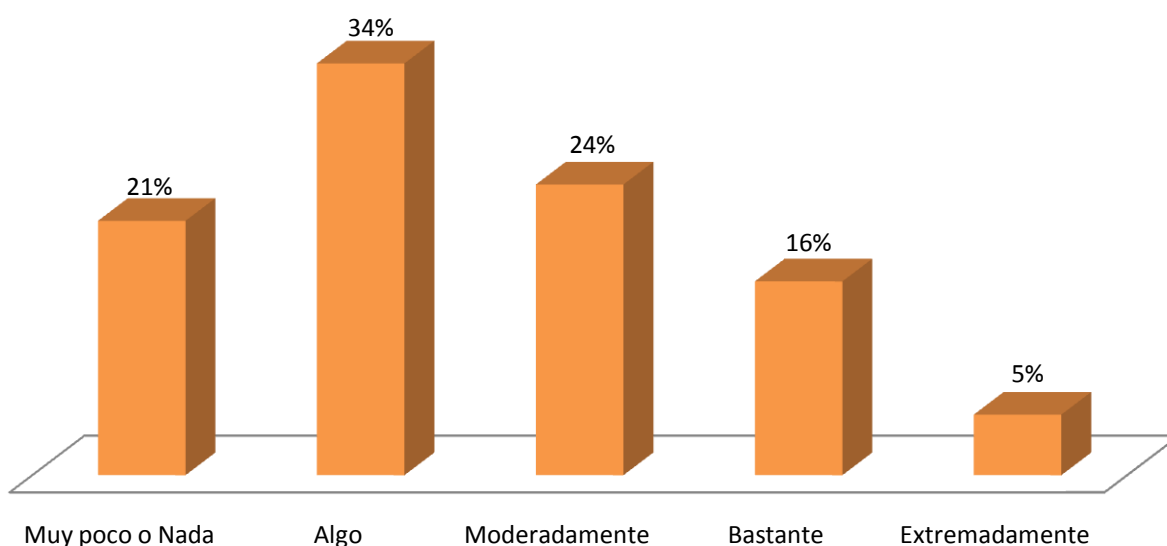
➤ Inquietud antes del diagnóstico.

Tabla 28: Escala PANAS. Inquieto antes del diagnóstico.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	13	21,0
algo	21	33,9
moderadamente	15	24,2
bastante	10	16,1
extremadamente	3	4,8
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “inquieto antes del diagnóstico” es que el 21% de la población de estudio lo estaba muy poco o nada, el 33.9% lo estuvo algo, el 24.2% refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, el 16.1% concluye haberse sentido bastante inquieto, y por último, un 4.8% afirma haberse sentido extremadamente inquieto antes del diagnóstico como paciente de dolor crónico.

Grafico 27: Inquieto antes diagnóstico



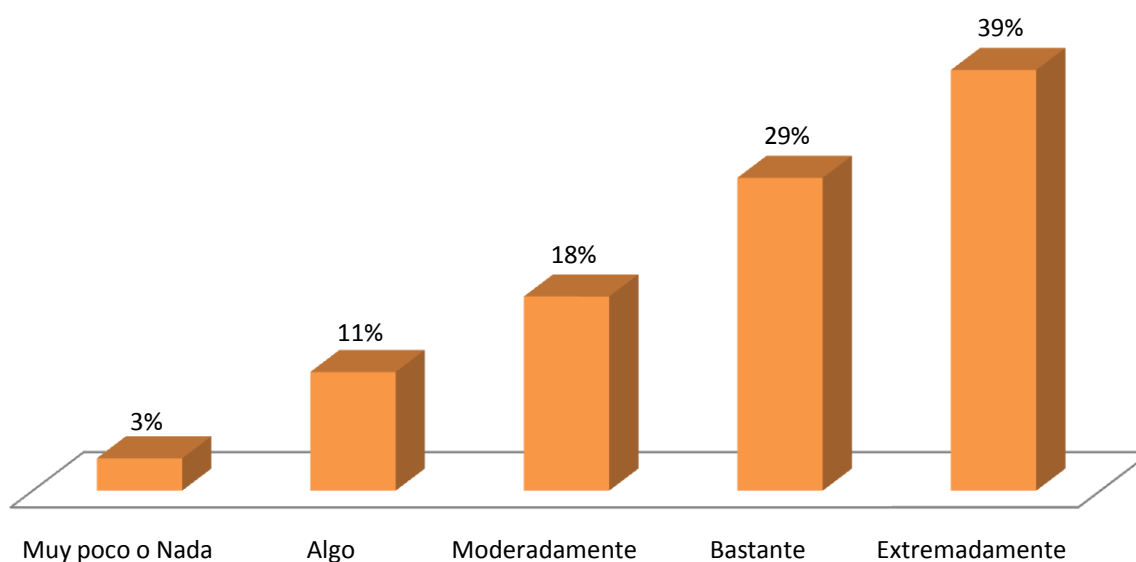
➤ Activo antes del diagnóstico.

Tabla 29: Escala PANAS. Activo antes del diagnóstico.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	2	3,2
algo	7	11,3
moderadamente	11	17,7
bastante	18	29,0
extremadamente	24	38,7
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “activo antes del diagnóstico” es que el 3.2% de la población de estudio lo estaba muy poco o nada, el 11.3% lo estuvo algo, el 17.7% refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, el 29% concluye haberse sentido bastante activo, y por último, un 38.7% afirma haberse sentido extremadamente activo antes del diagnóstico como paciente de dolor crónico.

Grafico 28: Activo antes diagnóstico



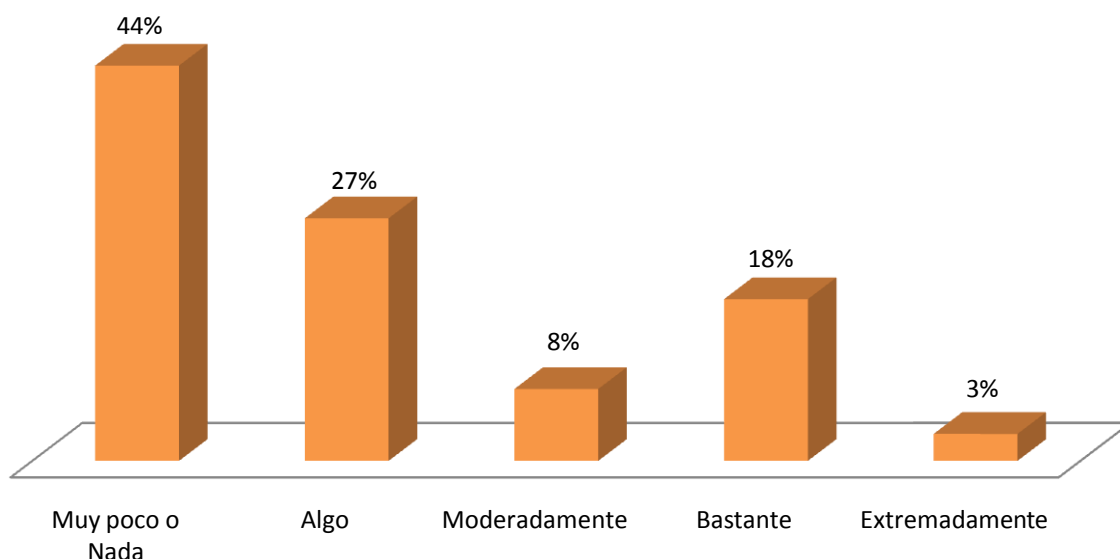
➤ Inseguridad antes del diagnóstico.

Tabla 30: Escala PANAS. Inseguro antes del diagnóstico.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	27	43,5
algo	17	27,4
moderadamente	5	8,1
bastante	11	17,7
extremadamente	2	3,2
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “inseguro antes del diagnóstico” es que el 43.5% de la población de estudio lo estaba muy poco o nada, el 27.4% lo estuvo algo, el 8.1% refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, el 17.7% concluye haberse sentido bastante inseguro, y por último, un 3.2% afirma haberse sentido extremadamente inseguro antes del diagnóstico como paciente de dolor crónico.

Grafico 29: Inseguro antes diagnóstico



➤ Afecto Positivo, Negativo y Balance afectivo antes del diagnóstico.

Tabla 31: Escala Panas. Afecto Positivo, Negativo y Balance afectivo antes del diagnóstico

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Afecto positivo antes	62	11	31	19,21	3,867
Afecto negativo antes	62	6	40	15,45	6,156
Balance afectivo antes	62	-26	13	3,76	6,352

- La puntuación media obtenida para el afecto positivo antes de ser diagnosticado de dolor crónico es de 19.21, siendo la puntuación mínima de 11 y la máxima de 31, con una desviación típica de 3.9. La puntuación media obtenida para el afecto positivo que presentan los pacientes antes del diagnóstico de dolor crónico, indica que estas personas tenían tendencia hacia un estado de bienestar.
- La puntuación media obtenida para el afecto negativo antes de ser diagnosticados de dolor crónico es de 15.45, siendo la puntuación mínima de 6 y la máxima de 40, con una desviación típica de 6.2. La puntuación media obtenida para el afecto negativo que presentan los pacientes antes del diagnóstico de dolor crónico, indica que estas personas tenían tendencia a un estado de bienestar. Datos que se corresponden con el afecto positivo anteriormente descrito.
- La puntuación media obtenida para el balance afectivo antes de ser diagnosticados de dolor crónico es de 3.76, siendo la puntuación mínima de -26 y la máxima de 13, con una desviación típica de 6.4.

ESCALA PANAS. ULTIMO MES

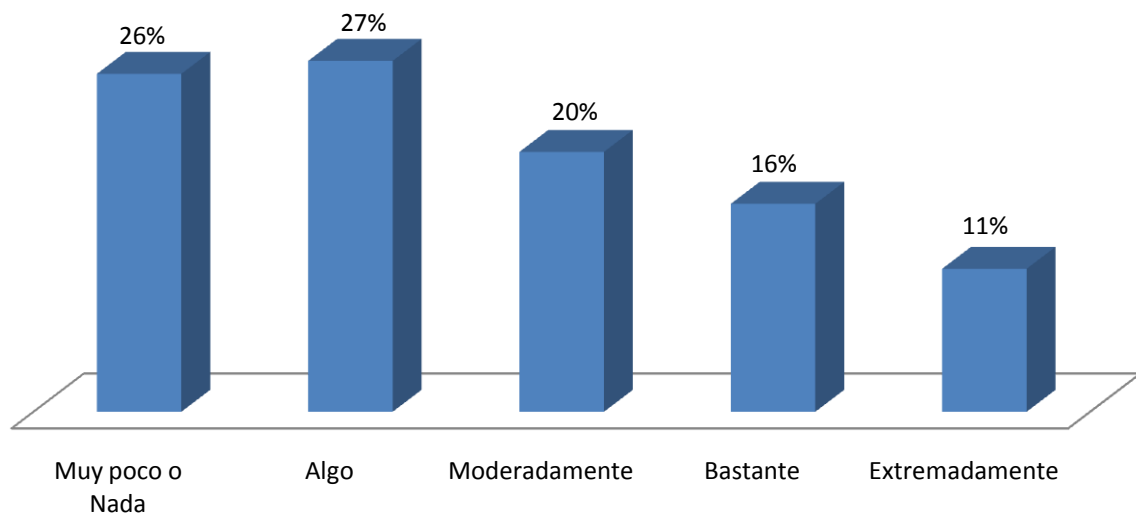
➤ Motivación en el último mes.

Tabla 32: Escala PANAS. Motivado en el último mes.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	16	25,8
Algo	17	27,4
moderadamente	12	19,4
Bastante	10	16,1
extremadamente	7	11,3
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “motivado en el último mes” ha sido que un 25.8% lo ha estado muy poco o nada, un 27.4% lo ha estado algo, un 19.4% de la población de estudio refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, un 16.1% concluye haberse sentido bastante motivado, y por último, un 11.3% afirma haberlo estado extremadamente en el último mes.

Grafico 30: Motivado último mes



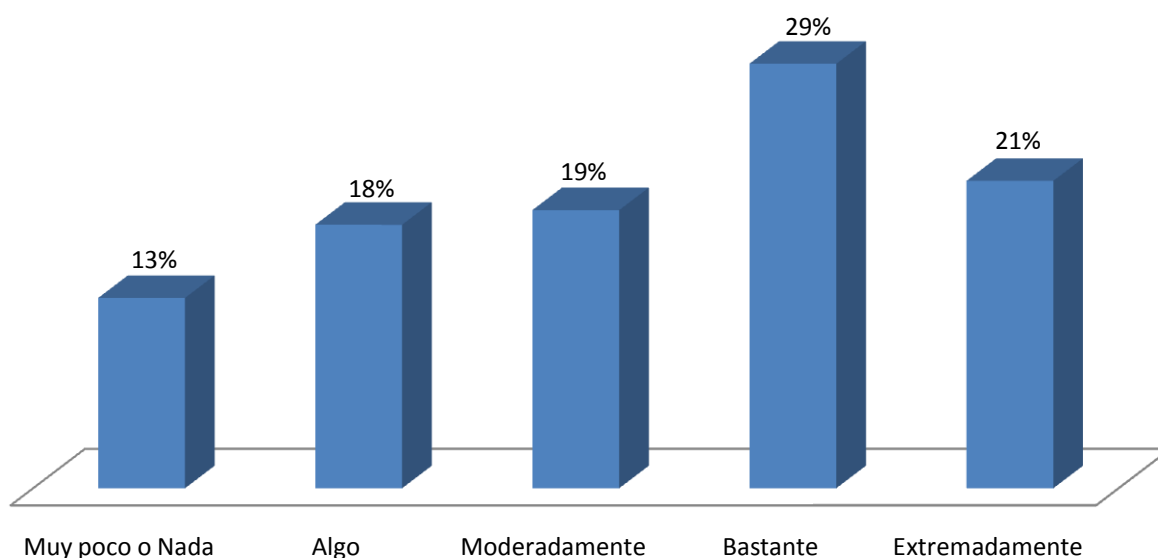
➤ Molesto en el último mes.

Tabla 33: Escalas PANAS. Molesto en el último mes

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	8	12,9
Algo	11	17,7
moderadamente	12	19,4
Bastante	18	29,0
extremadamente	13	21,0
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “molesto en el último mes” ha sido que un 12.9% lo ha estado muy poco o nada, un 17.7% lo ha estado algo, un 19.4% de la población de estudio refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, un 29% concluye haberse sentido bastante molesto, y por último, un 21% afirma haberlo estado extremadamente en el último mes.

Grafico 31: Molesto último mes



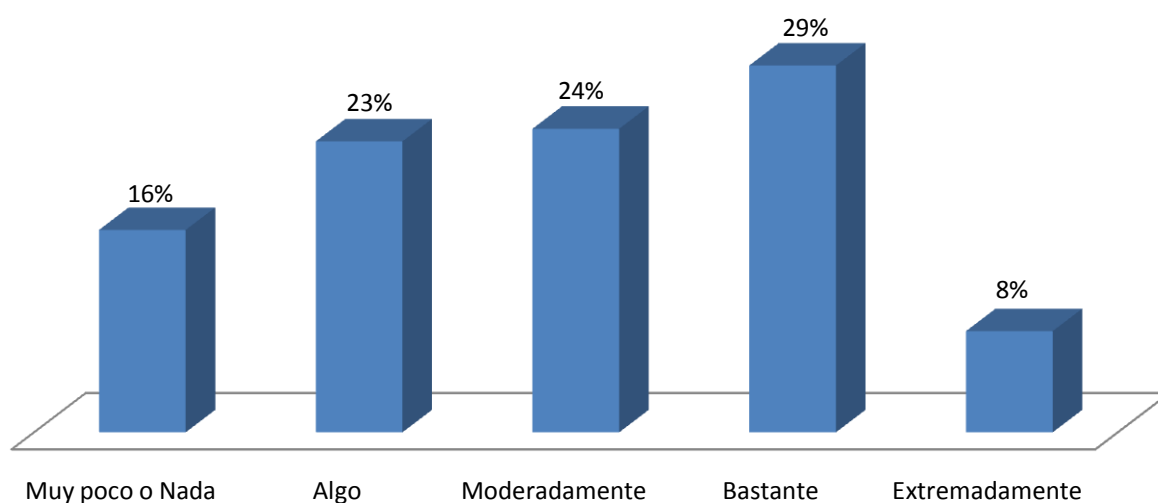
➤ Emocionado en el último mes.

Tabla 34: Escala PANAS. Emocionado en el último mes.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	10	16,1
Algo	14	22,6
moderadamente	15	24,2
bastante	18	29,0
extremadamente	5	8,1
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “emocionado en el último mes” ha sido que un 16.1% lo ha estado muy poco o nada, un 22.6% lo ha estado algo, un 24.2% de la población de estudio refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, un 29% concluye haberse sentido bastante emocionado, y por último, un 8.1% afirma haberlo estado extremadamente en el último mes.

Grafico 32: Emocionado último mes



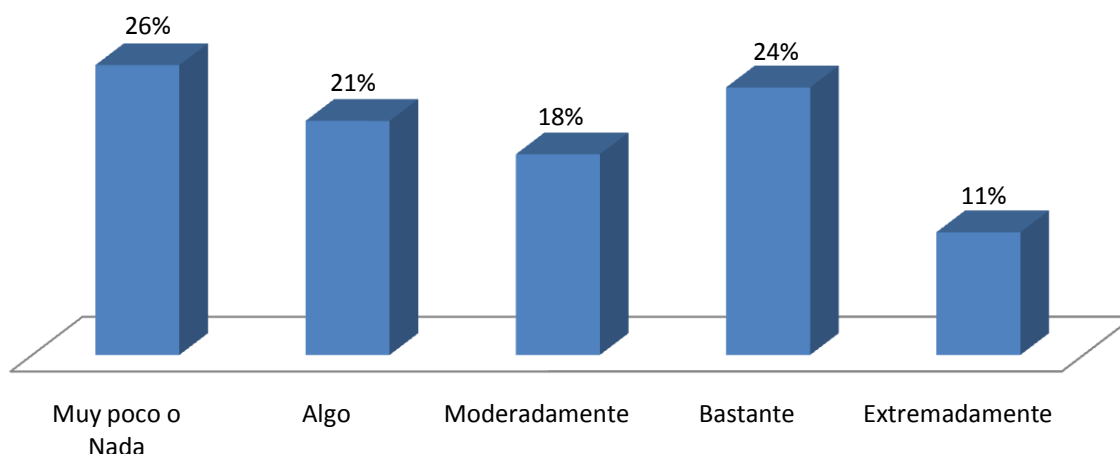
➤ De Malas en el último mes.

Tabla 35: Escala PANAS. De Malas en el último mes.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	16	25,8
Algo	13	21,0
moderadamente	11	17,7
Bastante	15	24,2
extremadamente	7	11,3
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “de malas en el último mes” ha sido siguiente: un 25.8% lo ha estado muy poco o nada, un 21% lo ha estado algo, un 17.7% de la población de estudio refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, un 24.2% concluye haberse sentido bastante emocionado, y por último, un 11.3% afirma haberlo estado extremadamente en el último mes.

Grafico 33: De Malas último mes



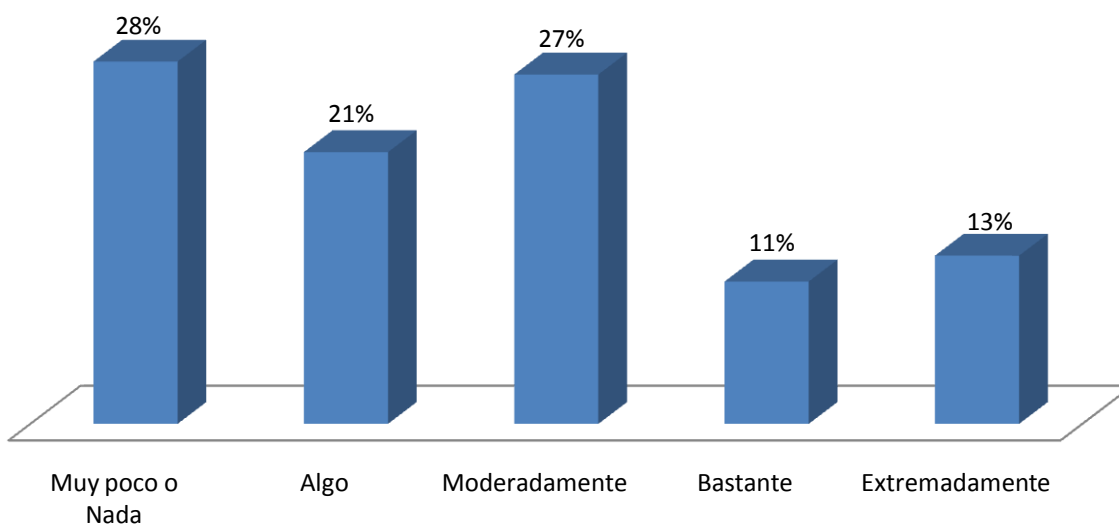
➤ Firmeza en el último mes.

Tabla 36: Escala PANAS. Firme en el último mes

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	17	27,4
Algo	13	21,0
moderadamente	17	27,4
Bastante	7	11,3
extremadamente	8	12,9
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “firme en el último mes” ha sido siguiente: un 25.8% lo ha estado muy poco o nada, un 21% lo ha estado algo, un 17.7% de la población de estudio refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, un 24.2% concluye haberse sentido bastante emocionado, y por último, un 11.3% afirma haberlo estado extremadamente en el último mes.

Grafico 34: Firme último mes



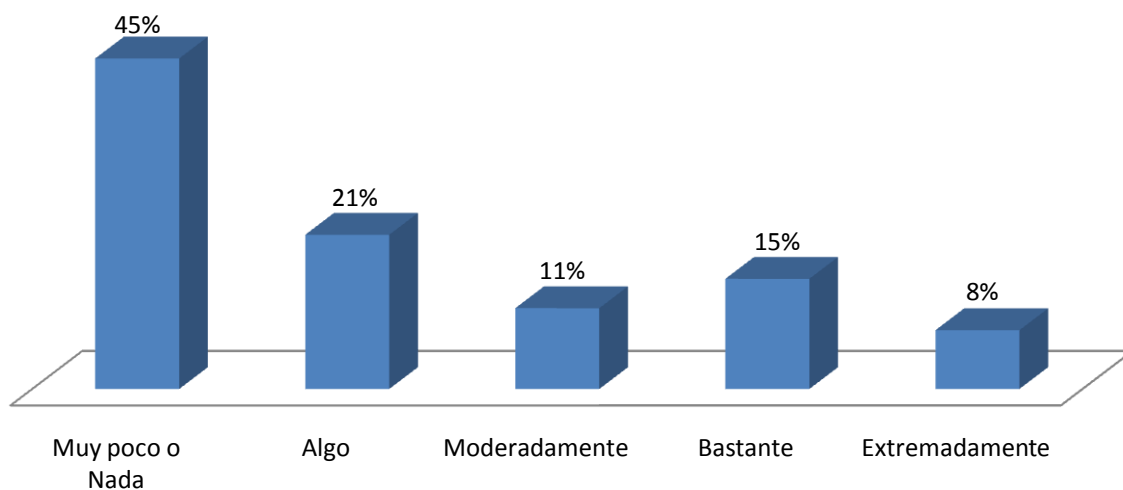
➤ Culpabilidad en el último mes.

Tabla 37: Escala PANAS. Culpable en el último mes.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	28	45,2
Algo	13	21,0
moderadamente	7	11,3
Bastante	9	14,5
extremadamente	5	8,1
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “culpable en el último mes” ha sido que un 45.2% lo ha estado muy poco o nada, un 21% lo ha estado algo, un 11.3% de la población de estudio refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, un 14.5% concluye haberse sentido bastante emocionado, y por último, un 8.1% afirma haberlo estado extremadamente en el último mes.

Grafico 35: Culpable último mes



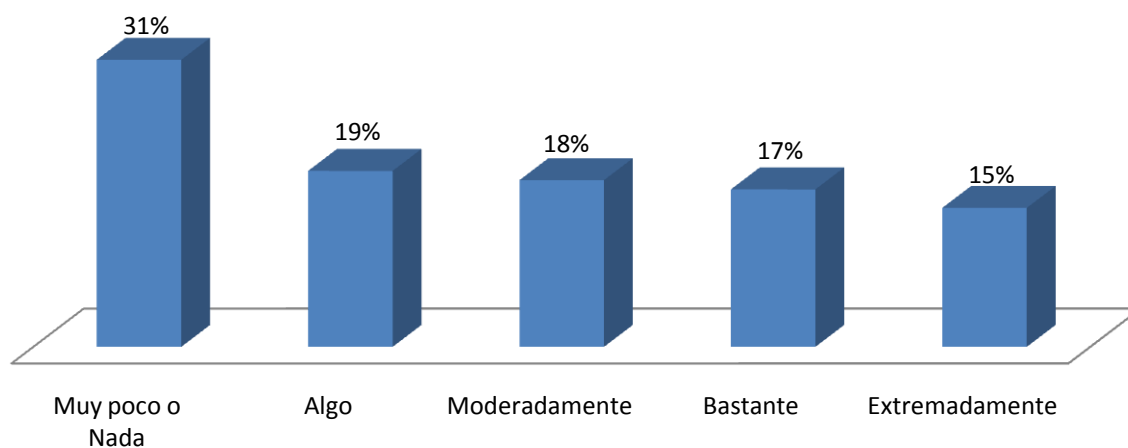
➤ Temeroso en el último mes.

Tabla 38: Escala PANAS. Temeroso en el último mes.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	19	30,6
Algo	12	19,4
moderadamente	11	17,7
Bastante	11	17,7
extremadamente	9	14,5
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “culpable en el último mes” ha sido que un 30.6% lo ha estado muy poco o nada, un 19.4% lo ha estado algo, un 17.7% de la población de estudio refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, un 17.7% concluye haberse sentido bastante emocionado, y por último, un 14.5% afirma haberlo estado extremadamente en el último mes.

Grafico 36: Temeroso último mes



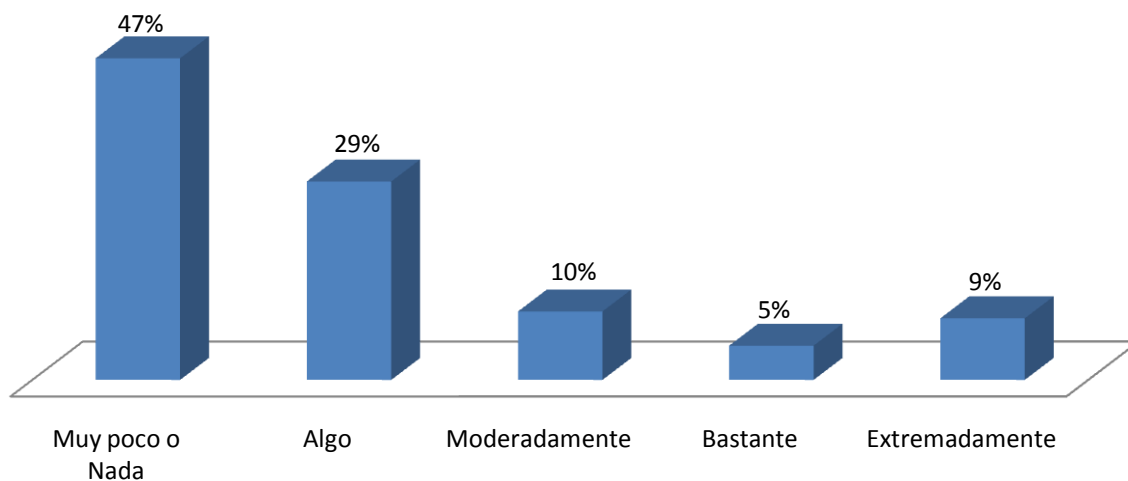
➤ Agresividad en el último mes.

Tabla 39: Escala PANAS. Agresivo en el último mes.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	29	46,8
Algo	18	29,0
moderadamente	6	9,7
Bastante	3	4,8
extremadamente	6	9,7
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “agresivo en el último mes” ha sido que un 46.8% lo ha estado muy poco o nada, un 29% lo ha estado algo, un 9.7% de la población de estudio refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, un 4.8% concluye haberse sentido bastante motivado, y por último, un 9.7% afirma haberlo estado extremadamente en el último mes.

Grafico 37: Agresivo último mes



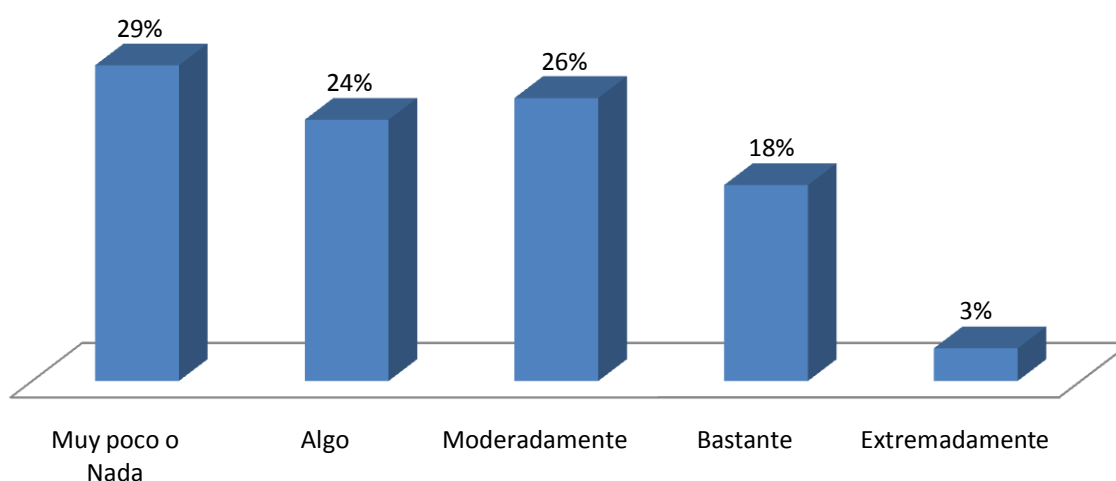
➤ Entusiasmo en el último mes.

Tabla 40: Escalas PANAS. Entusiasmado en el último mes

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	18	29,0
Algo	15	24,2
moderadamente	16	25,8
bastante	11	17,7
extremadamente	2	3,2
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “entusiasmado en el último mes” ha sido que un 29% lo ha estado muy poco o nada, un 24.2% lo ha estado algo, un 25.8% de la población de estudio refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, un 17.7% concluye haberse sentido bastante motivado, y por último, un 3.2% afirma haberlo estado extremadamente en el último mes.

Grafico 38: Entusiasmado último mes



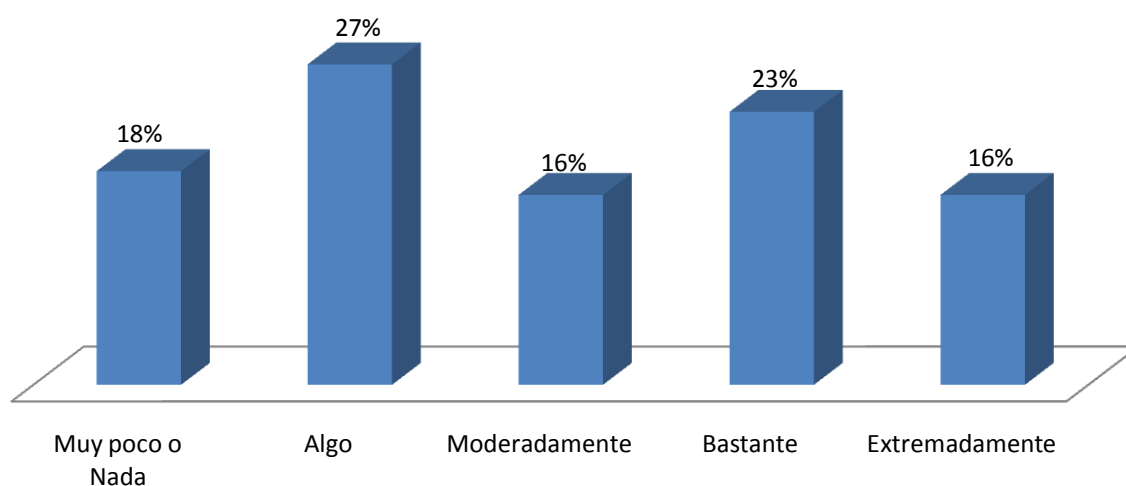
➤ Estar orgulloso en el último mes.

Tabla 41: Escala PANAS. Estar orgulloso en el último mes

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	11	17,7
Algo	17	27,4
moderadamente	10	16,1
bastante	14	22,6
extremadamente	10	16,1
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “estar orgulloso en el último mes” ha sido que un 17.7% lo ha estado muy poco o nada, un 27.4% lo ha estado algo, un 16.1% de la población de estudio refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, un 22.6% concluye haberse sentido bastante motivado, y por último, un 16.1% afirma haberlo estado extremadamente en el último mes.

Grafico 39: Estar orgulloso último mes



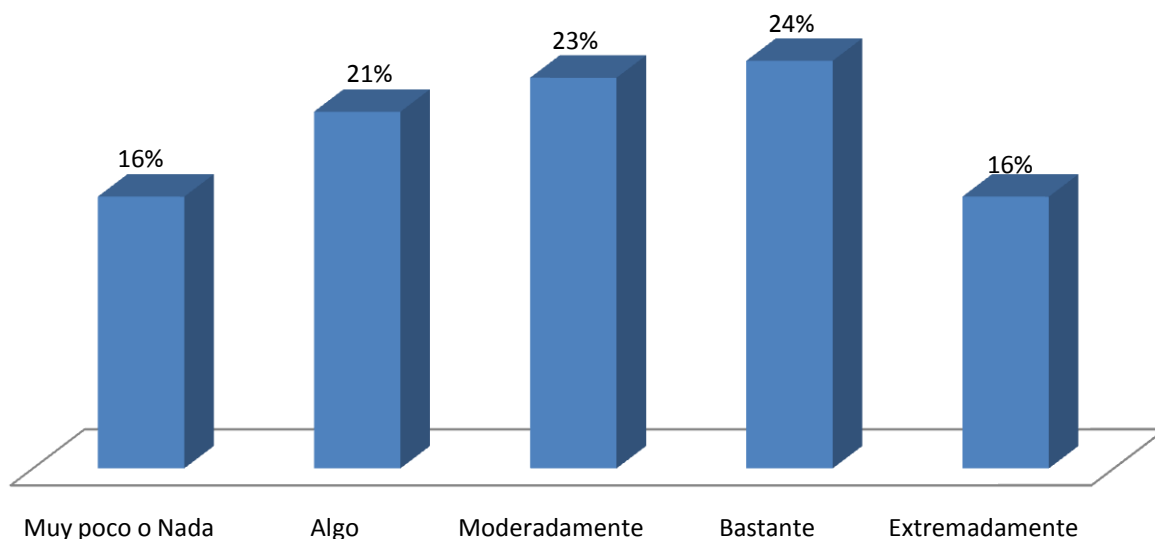
➤ Irritabilidad en el último mes.

Tabla 42: Escalas PANAS. Irritable en el último mes.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	10	16,1
Algo	13	21,0
moderadamente	14	22,6
Bastante	15	24,2
extremadamente	10	16,1
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “irritable en el último mes” ha sido que un 16.1% lo ha estado muy poco o nada, un 21% lo ha estado algo, un 22.6% de la población de estudio refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, un 24.2% concluye haberse sentido bastante motivado, y por último, un 16.1% afirma haberlo estado extremadamente en el último mes.

Grafico 40: Irritable último mes



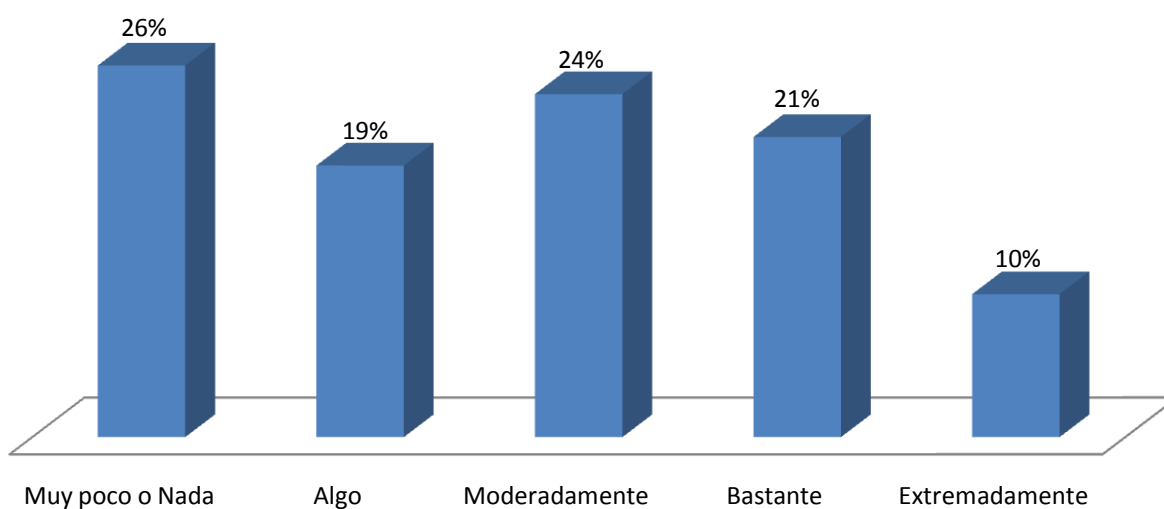
➤ Alerta en el último mes.

Tabla 43: Escala PANAS. Alerta en el último mes.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	16	25,8
Algo	12	19,4
moderadamente	15	24,2
Bastante	13	21,0
extremadamente	6	9,7
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “alerta en el último mes” ha sido que un 25.8% lo ha estado muy poco o nada, un 19.4% lo ha estado algo, un 24.2% de la población de estudio refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, un 21% concluye haberse sentido bastante motivado, y por último, un 9.7% afirma haberlo estado extremadamente en el último mes.

Grafico 41: Alerta último mes



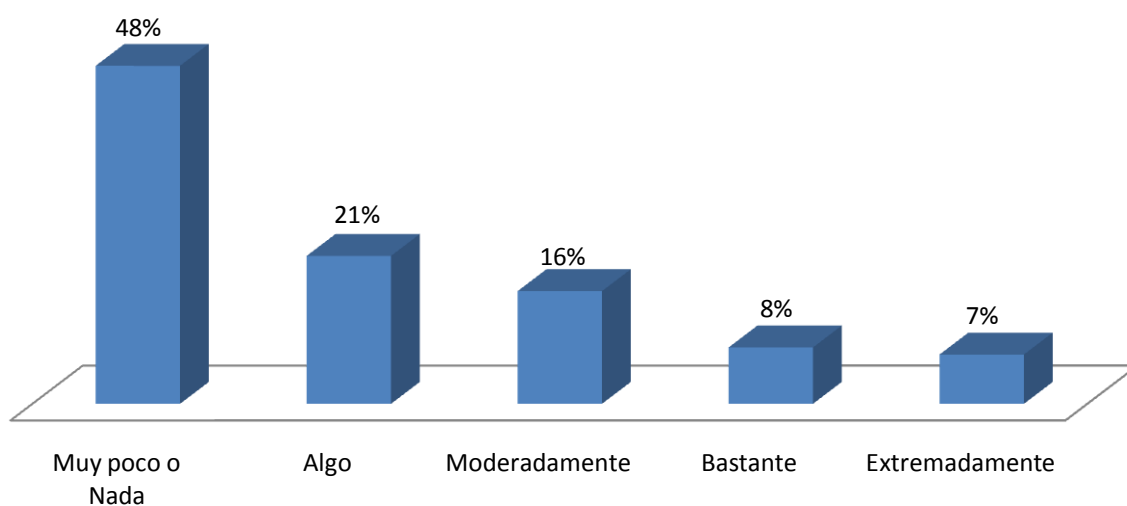
➤ Avergonzado en el último mes.

Tabla 44: Escala PANAS. Avergonzado en el último mes.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	30	48,4
Algo	13	21,0
moderadamente	10	16,1
bastante	5	8,1
extremadamente	4	6,5
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “avergonzado en el último mes” ha sido que un 25.8% lo ha estado muy poco o nada, un 19.4% lo ha estado algo, un 24.2% de la población de estudio refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, un 21% concluye haberse sentido bastante motivado, y por último, un 9.7% afirma haberlo estado extremadamente en el último mes.

Grafico 42: Avergonzado último mes



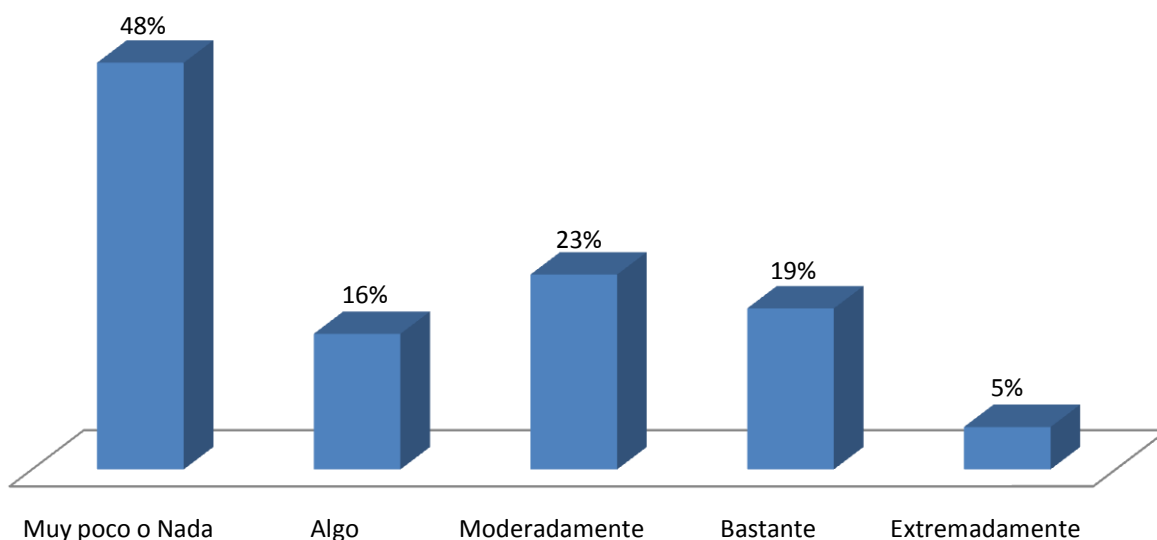
➤ Inspiración en el último mes.

Tabla 45: Escala PANAS. Inspirado en el último mes.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	23	37,1
Algo	10	16,1
moderadamente	14	22,6
Bastante	12	19,4
extremadamente	3	4,8
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “inspirado en el último mes” ha sido que un 37.1% lo ha estado muy poco o nada, un 16.1% lo ha estado algo, un 22.6% de la población de estudio refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, un 19.4% concluye haberse sentido bastante motivado, y por último, un 4.8% afirma haberlo estado extremadamente en el último mes.

Grafico 43: Inspirado último mes



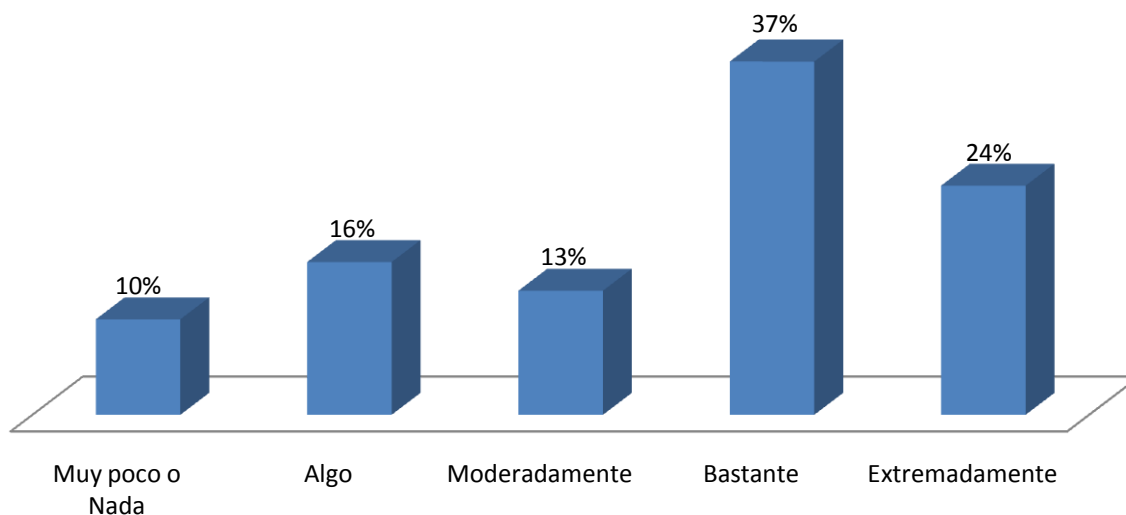
➤ Nervioso en el último mes.

Tabla 46: Escala PANAS. Nervioso en el último mes.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	6	9,7
Algo	10	16,1
moderadamente	8	12,9
Bastante	23	37,1
extremadamente	15	24,2
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “nervioso en el último mes” ha sido que un 9.7% lo ha estado muy poco o nada, un 16.1% lo ha estado algo, un 12.9% de la población de estudio refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, un 37.1% concluye haberse sentido bastante motivado, y por último, un 24.2% afirma haberlo estado extremadamente en el último mes.

Grafico 44: Nervioso último mes



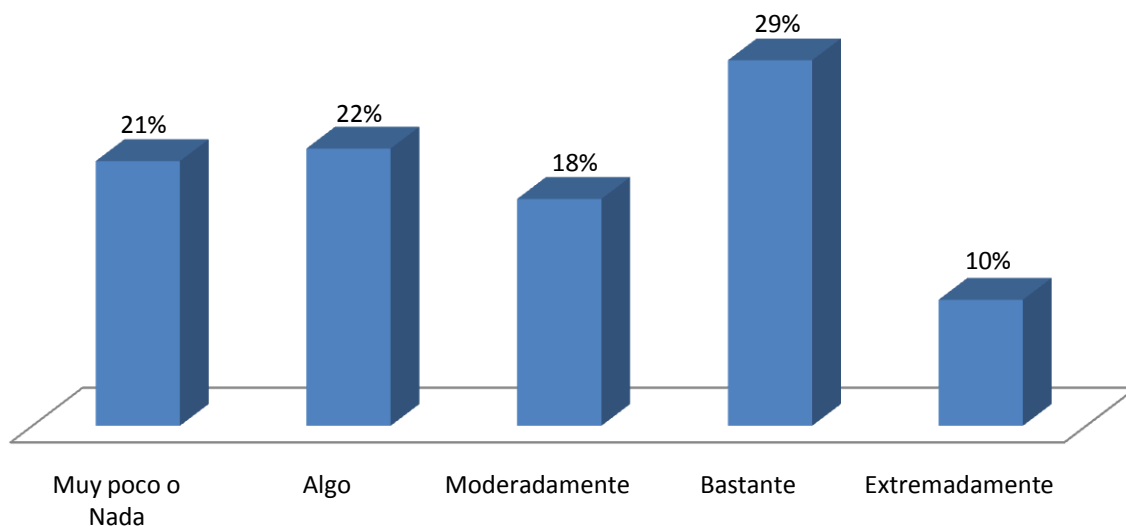
➤ Decidido en el último mes.

Tabla 47: Escala PANAS. Decidido en el último mes.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	13	21,0
Algo	14	22,6
moderadamente	11	17,7
Bastante	18	29,0
extremadamente	6	9,7
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “decidido en el último mes” ha sido que un 21% lo ha estado muy poco o nada, un 22.6% lo ha estado algo, un 17.7% de la población de estudio refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, un 29% concluye haberse sentido bastante motivado, y por último, un 9.7% afirma haberlo estado extremadamente en el último mes.

Grafico 45: Decidido último mes



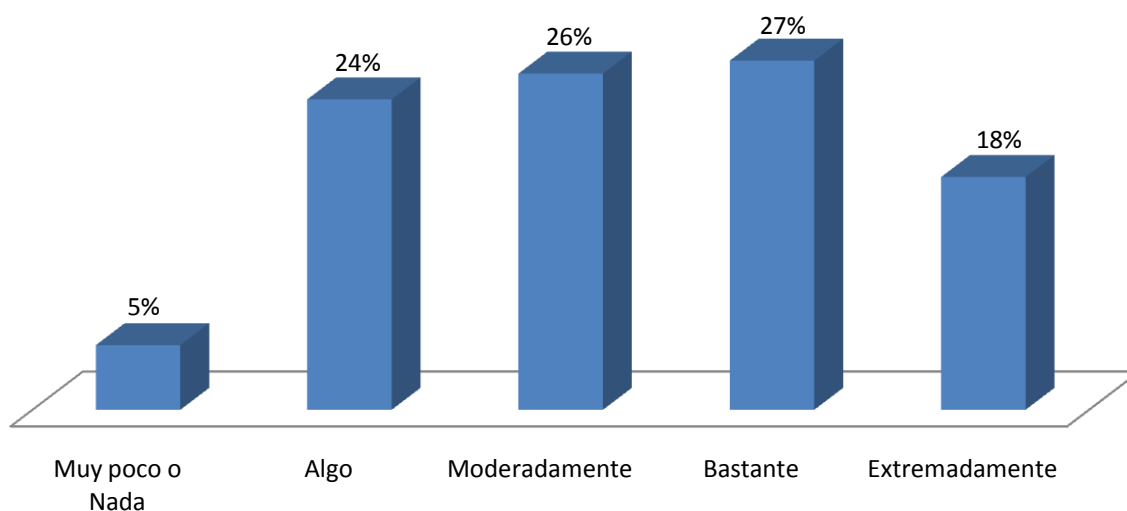
➤ Estar atento en el último mes.

Tabla 48: Escala PANAS. Estar atento en el último mes.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	3	4,8
Algo	15	24,2
moderadamente	16	25,8
bastante	17	27,4
extremadamente	11	17,7
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “estar atento en el último mes” ha sido que un 4.8% lo ha estado muy poco o nada, un 24.2% lo ha estado algo, un 25.8% de la población de estudio refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, un 27.4% concluye haberse sentido bastante motivado, y por último, un 17.7% afirma haberlo estado extremadamente en el último mes.

Grafica 46: Estar atento último mes



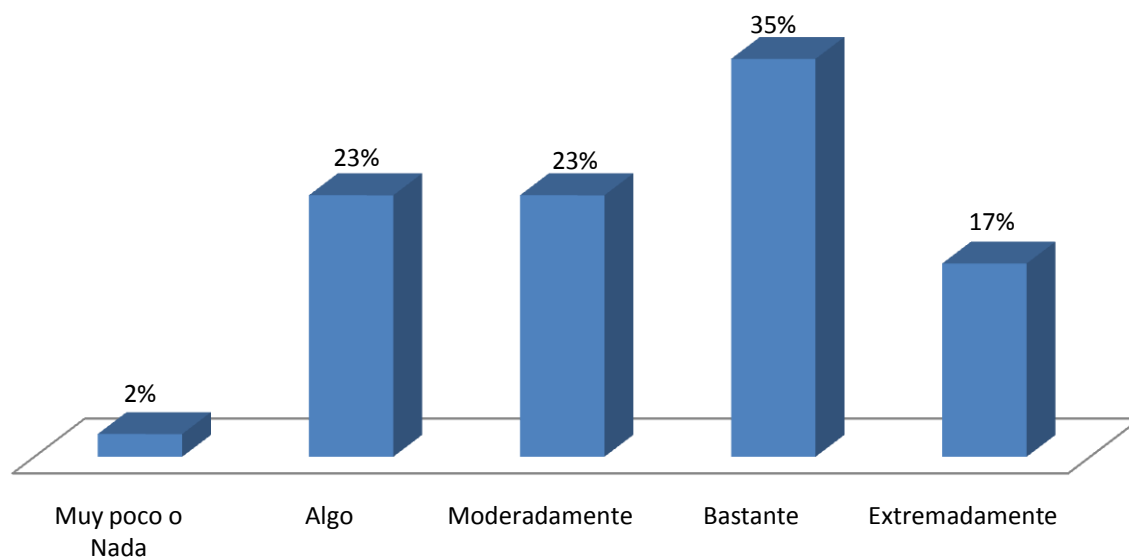
➤ Inquietud en el último mes.

Tabla 49: Escala PANAS. Inquieto en el último mes.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	1	1,6
Algo	14	22,6
moderadamente	14	22,6
Bastante	22	35,5
extremadamente	11	17,7
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “inquieto en el último mes” ha sido que un 1.6% lo ha estado muy poco o nada, un 22.6% lo ha estado algo, un 22.6% de la población de estudio refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, un 35.5% concluye haberse sentido bastante motivado, y por último, un 17.7% afirma haberlo estado extremadamente en el último mes.

Grafico 47: Inquieto último mes



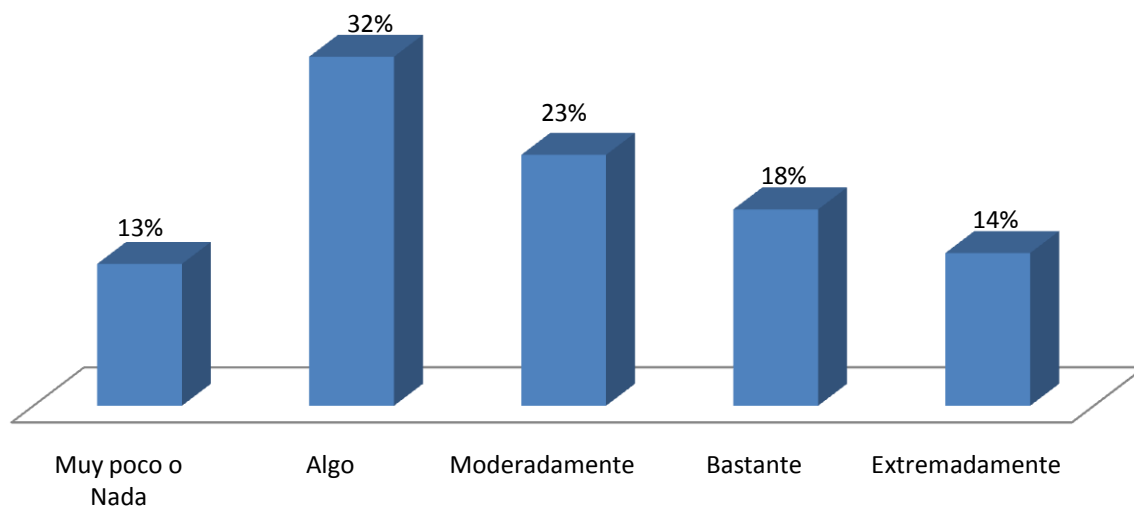
➤ Activo en el último mes.

Tabla 50: Escala PANAS. Activo en el último mes.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	8	12,9
Algo	20	32,3
moderadamente	14	22,6
Bastante	11	17,7
extremadamente	9	14,5
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “activo en el último mes” ha sido que un 12.9% lo ha estado muy poco o nada, un 32.3% lo ha estado algo, un 22.6% de la población de estudio refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, un 17.7% concluye haberse sentido bastante motivado, y por último, un 14.5% afirma haberlo estado extremadamente en el último mes.

Grafico 48: Activo último mes



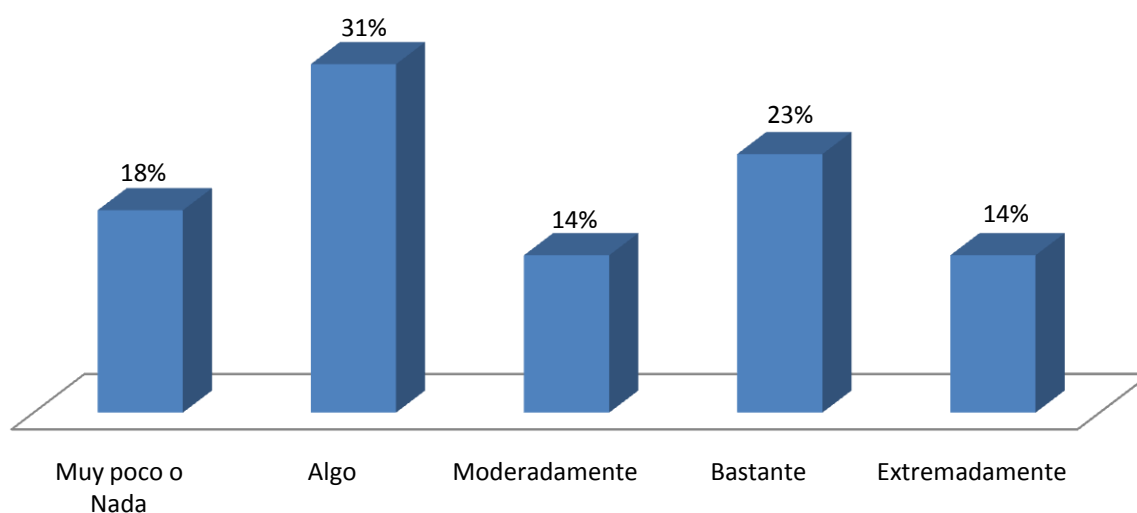
➤ Inseguridad en el último mes.

Tabla 51: Escala PANAS. Inseguro en el último mes.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
muy poco o nada	11	17,7
Algo	19	30,6
moderadamente	9	14,5
Bastante	14	22,6
extremadamente	9	14,5
Total	62	100,0

La valoración del estado conceptualizado como “inseguro en el último mes” ha sido que un 17.7% lo ha estado muy poco o nada, un 30.6% lo ha estado algo, un 14.5% de la población de estudio refiere haberlo estado moderadamente, por otro lado, un 22.6% concluye haberse sentido bastante motivado, y por último, un 14.5% afirma haberlo estado extremadamente en el último mes.

Grafico 49: Inseguro último mes



➤ Afecto Positivo, Negativo y Balance afectivo en el último mes.

Tabla 52: Escala PANAS. Afecto Positivo, Negativo y Balance afectivo en el último mes.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Afecto positivo dolor	62	5	28	17,94	5,527
Afecto negativo dolor	62	7	31	17,37	5,775
Balance afectivo dolor	62	-13	15	,56	5,638

- La puntuación media obtenida para el afecto positivo tras ser diagnosticados de dolor crónico es de 17.94, siendo la puntuación mínima de 5 y la máxima de 28, con una desviación típica de 5.5. La puntuación media obtenida para el afecto positivo que presentan los pacientes después del diagnóstico de dolor crónico, indica que estas personas tienen tendencia a un estado de malestar.
- La puntuación media obtenida para el afecto negativo tras ser diagnosticados de dolor crónico es de 17.37, siendo la puntuación mínima de 7 y la máxima de 31, con una desviación típica de 5.8. La puntuación media obtenida para el afecto negativo que presentan los pacientes después del diagnóstico de dolor crónico, indica que estas personas tienen tendencia a un estado de malestar. Datos que se corresponden con los del afecto positivo descritos anteriormente.
- La puntuación media obtenida para el balance afectivo tras ser diagnosticados de dolor crónico es de 0.56, siendo la puntuación mínima de -13 y la máxima de 15, con una desviación típica de 5.6.

.ANÁLISIS BIVARIANTE.

➤ Cambios en la vida sexual del paciente por sexo

Tabla 53: ¿Ha cambiado su vida sexual tras el dg como paciente de D.C?

			¿Ha cambiado su vida sexual tras el dg como paciente de D.C?		Total
			no	si	
sexo	mujeres	Recuento	14	21	35
		% de sexo	40,0%	60,0%	100,0%
		% del total	22,6%	33,9%	56,5%
	hombres	Recuento	16	11	27
		% de sexo	59,3%	40,7%	100,0%
		% del total	25,8%	17,7%	43,5%
Total		Recuento	30	32	62
		% de sexo	48,4%	51,6%	100,0%
		% del total	48,4%	51,6%	100,0%

***p obtenida por Chi-cuadrado

Por sexo, un 60% de las mujeres afirman que si ha cambiado su vida sexual tras el diagnóstico como paciente de dolor crónico, frente a un 59.3% de hombres que niegan el cambio tras el diagnóstico, no existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p=0.132$) entre ambos sexos.

➤ Disminución de las relaciones sexuales por sexo

Tabla 54: ¿Han disminuido sus relaciones sexuales tras el diagnóstico?

			¿Han disminuido sus relaciones sexuales tras el diagnóstico?		Total
			no	si	
sexo	mujeres	Recuento	13	22	35
		% de sexo	37,1%	62,9%	100,0%
		% del total	21,0%	35,5%	56,5%
	hombres	Recuento	16	11	27
		% de sexo	59,3%	40,7%	100,0%
		% del total	25,8%	17,7%	43,5%
Total		Recuento	29	33	62
		% de sexo	46,8%	53,2%	100,0%
		% del total	46,8%	53,2%	100,0%

***p obtenida por Chi-cuadrado

Un 62.9% de las mujeres afirman que si han disminuido sus relaciones sexuales tras el diagnostico, frente a un 59.3% de hombres que niegan haber disminuido el número de relaciones sexuales, a pesar de la disparidad en la respuesta, no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.084$).

➤ Disminución del deseo sexual por sexo

Tabla 55: ¿Ha disminuido su deseo sexual tras el diagnóstico?

			¿Ha disminuido su deseo sexual tras el dg?		Total
			no	si	
sexo	mujeres	Recuento	18	17	35
		% de sexo	51,4%	48,6%	100,0%
		% del total	29,0%	27,4%	56,5%
	hombres	Recuento	17	10	27
		% de sexo	63,0%	37,0%	100,0%
		% del total	27,4%	16,1%	43,5%
Total		Recuento	35	27	62
		% de sexo	56,5%	43,5%	100,0%
		% del total	56,5%	43,5%	100,0%

***p obtenida por Chi-cuadrado

Por sexo, un 51.4% de las mujeres afirman que no ha disminuido su deseo sexual tras el diagnostico, frente a un 63% de hombres que también niegan haber disminuido el deseo sexual tras el diagnóstico. Además, no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.364$).

➤ Dolor en la relación sexual por sexo

Tabla 56: ¿Ha disminuido su deseo sexual tras el diagnóstico?

			¿Ha sentido dolor en las relaciones sexual tras el diagnóstico?			
			no	si	alguna vez	Total
sexo	mujeres	Recuento	9	13	13	35
		% de sexo	25,7%	37,1%	37,1%	100,0%
		% del total	14,5%	21,0%	21,0%	56,5%
	hombres	Recuento	9	2	16	27
		% de sexo	33,3%	7,4%	59,3%	100,0%
		% del total	14,5%	3,2%	25,8%	43,5%
Total		Recuento	18	15	29	62
		% de sexo	29,0%	24,2%	46,8%	100,0%
		% del total	29,0%	24,2%	46,8%	100,0%

***p obtenida por Chi-cuadrado

El 37.1% de las mujeres afirman que alguna vez han sentido dolor en las relaciones tras el diagnóstico, frente a un 59.3% de hombres que también dicen haberlo sentido alguna vez. Pero a pesar de que ambos sexos afirman haber sentido alguna vez dolor en las relaciones sexuales, si existen diferencias estadísticamente significativas respecto a sentir dolor en las relaciones según el sexo.($p=0.016$).

➤ Comunicación con la pareja por sexo.

Tabla 57: ¿Habla con su pareja de cómo se siente emocionalmente?

			¿Habla con su pareja de cómo se siente emocionalmente?			
			no	si	alguna vez	Total
sexo	mujeres	Recuento	4	21	10	35
		% de sexo	11,4%	60,0%	28,6%	100,0%
		% del total	6,5%	33,9%	16,1%	56,5%
	hombres	Recuento	5	19	3	27
		% de sexo	18,5%	70,4%	11,1%	100,0%
		% del total	8,1%	30,6%	4,8%	43,5%
Total		Recuento	9	40	13	62
		% de sexo	14,5%	64,5%	21,0%	100,0%
		% del total	14,5%	64,5%	21,0%	100,0%

***p obtenida por Chi-cuadrado

Por sexo, un 60% de las mujeres afirman que si hablaban con su pareja para expresarles como se sentían emocionalmente, frente a un 70.4% de hombres que también lo afirman. Ambos sexos afirman hablar con su pareja de cómo se sienten emocionalmente, pero no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.207$)

➤ Posturas adecuadas para mejorar calidad de vida por sexo.

Tabla 58: ¿Conoce las posturas más adecuadas para mejorar su calidad de vida sexual?

			¿Conoce las posturas más adecuadas para mejorar su calidad de vida sexual?		Total
			No	si	
sexo	mujeres	Recuento	14	21	35
		% de sexo	40,0%	60,0%	100,0%
		% del total	22,6%	33,9%	56,5%
	hombres	Recuento	10	17	27
		% de sexo	37,0%	63,0%	100,0%
		% del total	16,1%	27,4%	43,5%
Total		Recuento	24	38	62
		% de sexo	38,7%	61,3%	100,0%
		% del total	38,7%	61,3%	100,0%

***p obtenida por Chi-cuadrado

Un 60% de las mujeres afirman que si conocían las mejores posturas, frente a un 63% de hombres que también afirma conocer las mejores posturas. Ambos sexos afirman conocer las mejores posturas para mejorar su calidad de vida sexual, pero no existen diferencias estadísticamente significativas por sexo ($p=0.812$).

➤ Sistema Público de Salud y Sexólogo por sexo

Tabla 59: ¿Considera importante la implantación en el Sistema Público un sexólogo?

			¿Considera importante la implantación en el Sistema Público un sexólogo?		Total
			no	si	
sexo	mujeres	Recuento	3	32	35
		% de sexo	8,6%	91,4%	100,0%
		% del total	4,8%	51,6%	56,5%
	hombres	Recuento	1	26	27
		% de sexo	3,7%	96,3%	100,0%
		% del total	1,6%	41,9%	43,5%
Total		Recuento	4	58	62
		% de sexo	6,5%	93,5%	100,0%
		% del total	6,5%	93,5%	100,0%

p obtenida por Chi-cuadrado

Un 91.4% de las mujeres afirman que si es importante su implantación, junto a un 96.3% de hombres que también consideran importante la implantación de un sexólogo en el sistema público de salud. Ambos sexos hacen hincapié en su importancia, pero existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.426$).

➤ Cambios en la vida sexual del paciente por diagnóstico

Tabla 60: ¿Ha cambiado su vida sexual tras el diagnóstico como paciente de D.C?

			¿Ha cambiado su vida sexual tras el dg como paciente de D.C?		Total
			no	si	
Posibles Dg	Lumbalgia Crónica	Recuento	8	2	10
		% de Posibles Dg	80,0%	20,0%	100,0%
		% del total	12,9%	3,2%	16,1%
	Fibromialgia	Recuento	8	7	15
		% de Posibles Dg	53,3%	46,7%	100,0%
		% del total	12,9%	11,3%	24,2%
	Osteoartrosis	Recuento	2	8	10
		% de Posibles Dg	20,0%	80,0%	100,0%
		% del total	3,2%	12,9%	16,1%
	Dolor Neuropático	Recuento	4	4	8
		% de Posibles Dg	50,0%	50,0%	100,0%
		% del total	6,5%	6,5%	12,9%
	Dolor Oncológico	Recuento	3	4	7
		% de Posibles Dg	42,9%	57,1%	100,0%
		% del total	4,8%	6,5%	11,3%
	Cervicalgia	Recuento	1	5	6
		% de Posibles Dg	16,7%	83,3%	100,0%
		% del total	1,6%	8,1%	9,7%
	Dolor Miofascial	Recuento	4	2	6
		% de Posibles Dg	66,7%	33,3%	100,0%
		% del total	6,5%	3,2%	9,7%
Total		Recuento	30	32	62
		% de Posibles Dg	48,4%	51,6%	100,0%
		% del total	48,4%	51,6%	100,0%

****p obtenida por Chi-cuadrado

El 53.3% de las personas diagnosticadas con “Fibromialgia” contestan que no, el 80% de personas con “Lumbalgia Crónica” también dicen que no frente a un 80% de diagnosticados con “Osteoartrosis” que dicen que si, por otro lado, en el “Dolor Neuropático” hay un reparto de opiniones, 50% si y 50% no, mientras que los pacientes de “Dolor Oncológico”, un 57.1% y los diagnosticados con “Cervicalgia”, un 83.3% dicen que si ha cambiado su vida sexual tras el diagnóstico, y por último, los diagnosticados de “Dolor Miofascial”, con un 66.7% dicen no haber experimentado cambios, no observándose diferencias estadísticamente significativas en cuanto a cambios en la vida sexual de estos pacientes en base a los diferentes tipos de diagnóstico (p=0.132)

➤ Disminución de las relaciones sexuales por diagnóstico

Tabla 61: ¿Han disminuido sus relaciones sexuales tras el diagnóstico?

			¿Han disminuido sus relaciones sexuales tras el dg?		Total
			no	si	
Posibles Dg	Lumbalgia Crónica	Recuento	7	3	10
		% de Posibles Dg	70,0%	30,0%	100,0%
		% del total	11,3%	4,8%	16,1%
	Fibromialgia	Recuento	6	9	15
		% de Posibles Dg	40,0%	60,0%	100,0%
		% del total	9,7%	14,5%	24,2%
	Osteoartrosis	Recuento	2	8	10
		% de Posibles Dg	20,0%	80,0%	100,0%
		% del total	3,2%	12,9%	16,1%
	Dolor Neuropatico	Recuento	3	5	8
		% de Posibles Dg	37,5%	62,5%	100,0%
		% del total	4,8%	8,1%	12,9%
	Dolor Oncológico	Recuento	5	2	7
		% de Posibles Dg	71,4%	28,6%	100,0%
		% del total	8,1%	3,2%	11,3%
Cervicalgia	Recuento	2	4	6	
	% de Posibles Dg	33,3%	66,7%	100,0%	
	% del total	3,2%	6,5%	9,7%	
Dolor Miofascial	Recuento	4	2	6	
	% de Posibles Dg	66,7%	33,3%	100,0%	
	% del total	6,5%	3,2%	9,7%	
Total	Recuento	29	33	62	
	% de Posibles Dg	46,8%	53,2%	100,0%	
	% del total	46,8%	53,2%	100,0%	

****p obtenida por Chi-cuadrado

Un 80% de diagnosticados con “Osteoartrosis”, el 62.5% de los diagnosticados con “Dolor Neuropático”, un 66.7% “Cervicalgia” y un 60% de las personas diagnosticadas con “Fibromialgia” responden que si, un 71.4% de los pacientes de “Dolor Oncológico”, un 70% de personas con “Lumbalgia Crónica” y los diagnosticados de “Dolor Miofascial”, con un 66.7% por el contrario dicen que no han disminuido sus relaciones sexuales dicen no haber disminuido sus relaciones sexuales, no observándose diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la disminución de relaciones sexuales por tipo de diagnóstico (p=0.084)

➤ Disminución del deseo sexual por diagnóstico

Tabla 62: ¿Ha disminuido su deseo sexual tras el diagnóstico?

			Ha disminuido su deseo sexual tras el dg?		Total
			no	si	
Posibles Dg	Lumbalgia Crónica	Recuento	8	2	10
		% de Posibles Dg	80,0%	20,0%	100,0%
		% del total	12,9%	3,2%	16,1%
	Fibromialgia	Recuento	7	8	15
		% de Posibles Dg	46,7%	53,3%	100,0%
		% del total	11,3%	12,9%	24,2%
	Osteoartrosis	Recuento	4	6	10
		% de Posibles Dg	40,0%	60,0%	100,0%
		% del total	6,5%	9,7%	16,1%
	Dolor Neuropático	Recuento	5	3	8
		% de Posibles Dg	62,5%	37,5%	100,0%
		% del total	8,1%	4,8%	12,9%
	Dolor Oncológico	Recuento	4	3	7
		% de Posibles Dg	57,1%	42,9%	100,0%
		% del total	6,5%	4,8%	11,3%
	Cervicalgia	Recuento	3	3	6
		% de Posibles Dg	50,0%	50,0%	100,0%
		% del total	4,8%	4,8%	9,7%
	Dolor Miofascial	Recuento	4	2	6
		% de Posibles Dg	66,7%	33,3%	100,0%
		% del total	6,5%	3,2%	9,7%
Total	Recuento		35	27	62
	% de Posibles Dg		56,5%	43,5%	100,0%
	% del total		56,5%	43,5%	100,0%

****p obtenida por Chi-cuadrado

El 53.3% de las personas diagnosticadas con “Fibromialgia” concluyen que si, el 80% de personas con “Lumbalgia Crónica” por el contrario dicen que no, frente a un 60% de diagnosticados con “Osteoartrosis” que dicen que no, por otro lado, el 62.5% de los diagnosticados con “Dolor Neuropático” niegan la disminución de deseo sexual tras el diagnóstico junto con los pacientes de “Dolor Oncológico”, un 57.1% dicen que no también, los diagnosticados con “Cervicalgia” tienen un reparto de respuestas, 50% si y 50% no, por último, los diagnosticados de “Dolor Miofascial”, con un 66.7% dicen no haber experimentado disminución de su deseo sexual tras el diagnóstico. No existiendo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la disminución del deseo sexual por tipo de diagnóstico (p=0.364)

➤ Dolor en las relaciones sexuales por diagnóstico

Tabla 63: ¿Ha sentido dolor en las relaciones sexuales tras el diagnóstico?

			¿Ha sentido dolor en las rel. sexual tras el dg?			
			no	si	alguna vez	Total
Posibles Dg	Lumbalgia Crónica	Recuento	3	0	7	10
		% de Posibles Dg	30,0%	,0%	70,0%	100,0%
		% del total	4,8%	,0%	11,3%	16,1%
	Fibromialgia	Recuento	6	2	7	15
		% de Posibles Dg	40,0%	13,3%	46,7%	100,0%
		% del total	9,7%	3,2%	11,3%	24,2%
	Osteoartrosis	Recuento	4	4	2	10
		% de Posibles Dg	40,0%	40,0%	20,0%	100,0%
		% del total	6,5%	6,5%	3,2%	16,1%
	Dolor Neuropático	Recuento	1	0	7	8
		% de Posibles Dg	12,5%	,0%	87,5%	100,0%
		% del total	1,6%	,0%	11,3%	12,9%
	Dolor Oncológico	Recuento	1	3	3	7
		% de Posibles Dg	14,3%	42,9%	42,9%	100,0%
		% del total	1,6%	4,8%	4,8%	11,3%
Cervicalgia	Recuento	2	4	0	6	
	% de Posibles Dg	33,3%	66,7%	,0%	100,0%	
	% del total	3,2%	6,5%	,0%	9,7%	
Dolor Miofascial	Recuento	1	2	3	6	
	% de Posibles Dg	16,7%	33,3%	50,0%	100,0%	
	% del total	1,6%	3,2%	4,8%	9,7%	
Total	Recuento	18	15	29	62	
	% de Posibles Dg	29,0%	24,2%	46,8%	100,0%	
	% del total	29,0%	24,2%	46,8%	100,0%	

****p obtenida por Chi-cuadrado

El 40% de las personas diagnosticadas con “Fibromialgia” concluyen que no, el 70% de personas con “Lumbalgia Crónica” dicen que alguna vez, los diagnosticados con “Osteoartrosis” tienen un reparto, 40% dice que no y 40% dicen que si, por otro lado, el 87.5% de los diagnosticados con “Dolor Neuropático” afirman haber sentido dolor alguna vez tras el diagnóstico, también en los pacientes de “Dolor Oncológico” hay un reparto, un 42.9% dicen que si junto con otro 42.9% que dicen que alguna vez, los diagnosticados con “Cervicalgia”, en un 66.7% dicen que si han sentido dolor, y por último, los diagnosticados de “Dolor Miofascial”, con un 50% dicen haber experimentado dolor en sus relaciones sexuales tras el diagnóstico, alguna vez. Existiendo diferencias estadísticamente significativas en relación a sentir dolor durante la relación sexual según el tipo de diagnóstico (p=0.016)

➤ Comunicación con la pareja por diagnóstico.

Tabla 64: ¿Habla con su pareja de cómo se siente emocionalmente?

			¿Habla con su pareja de cómo se siente emocionalmente?			Total
			no	si	alguna vez	
Posibles Dg	Lumbalgia Crónica	Recuento	2	6	2	10
		% de Posibles Dg	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
		% del total	3,2%	9,7%	3,2%	16,1%
	Fibromialgia	Recuento	4	9	2	15
		% de Posibles Dg	26,7%	60,0%	13,3%	100,0%
		% del total	6,5%	14,5%	3,2%	24,2%
	Osteoartrosis	Recuento	0	6	4	10
		% de Posibles Dg	,0%	60,0%	40,0%	100,0%
		% del total	,0%	9,7%	6,5%	16,1%
	Dolor Neuropático	Recuento	2	5	1	8
		% de Posibles Dg	25,0%	62,5%	12,5%	100,0%
		% del total	3,2%	8,1%	1,6%	12,9%
	Dolor Oncológico	Recuento	1	4	2	7
		% de Posibles Dg	14,3%	57,1%	28,6%	100,0%
		% del total	1,6%	6,5%	3,2%	11,3%
	Cervicalgia	Recuento	0	5	1	6
		% de Posibles Dg	,0%	83,3%	16,7%	100,0%
		% del total	,0%	8,1%	1,6%	9,7%
	Dolor Miofascial	Recuento	0	5	1	6
		% de Posibles Dg	,0%	83,3%	16,7%	100,0%
		% del total	,0%	8,1%	1,6%	9,7%
Total	Recuento		9	40	13	62
	% de Posibles Dg		14,5%	64,5%	21,0%	100,0%
	% del total		14,5%	64,5%	21,0%	100,0%

***p obtenida por Chi-cuadrado

Un 46.7% de las personas diagnosticadas con “Fibromialgia” concluyen que alguna vez si han hablado con su pareja de cómo se sienten emocionalmente junto con el 70% de personas con “Lumbalgia Crónica” que también lo hablan alguna vez, los diagnosticados con “Osteoartrosis” tienen un reparto, 40% dice que no y 40% dicen que si, por otro lado, el 87.5% de los diagnosticados con “Dolor Neuropático” afirman haber hablado con su pareja alguna vez, en los pacientes de “Dolor Oncológico” hay un reparto, un 42.9% dicen que si junto con otro 42.9% que dicen que alguna vez, los diagnosticados con “Cervicalgia”, en un 66.7% dicen que si hablan con su pareja, y por último, los diagnosticados de “Dolor Miofascial”, con un 50% dicen hablar con su pareja alguna vez de cómo se sienten emocionalmente. El valor de $p=0.485$, por tanto, no hay diferencias estadísticamente significativas ($p=0.207$).

➤ Posturas adecuadas para mejorar calidad de vida por diagnóstico

Tabla 65: ¿Conoce las posturas más adecuadas para mejorar su calidad de vida sexual?

			¿Conoce las posturas más adecuadas para mejorar su calidad de vida sexual?		
			No	si	Total
Posibles Dg	Lumbalgia Crónica	Recuento	2	8	10
		% de Posibles Dg	20,0%	80,0%	100,0%
		% del total	3,2%	12,9%	16,1%
	Fibromialgia	Recuento	7	8	15
		% de Posibles Dg	46,7%	53,3%	100,0%
		% del total	11,3%	12,9%	24,2%
	Osteoartrosis	Recuento	3	7	10
		% de Posibles Dg	30,0%	70,0%	100,0%
		% del total	4,8%	11,3%	16,1%
	Dolor Neuropático	Recuento	1	7	8
		% de Posibles Dg	12,5%	87,5%	100,0%
		% del total	1,6%	11,3%	12,9%
	Dolor Oncológico	Recuento	3	4	7
		% de Posibles Dg	42,9%	57,1%	100,0%
		% del total	4,8%	6,5%	11,3%
	Cervicalgia	Recuento	3	3	6
		% de Posibles Dg	50,0%	50,0%	100,0%
		% del total	4,8%	4,8%	9,7%
	Dolor Miofascial	Recuento	5	1	6
		% de Posibles Dg	83,3%	16,7%	100,0%
		% del total	8,1%	1,6%	9,7%
Total		Recuento	24	38	62
		% de Posibles Dg	38,7%	61,3%	100,0%
		% del total	38,7%	61,3%	100,0%

****p obtenida por Chi-cuadrado

Un 53.3% de las personas diagnosticadas con “Fibromialgia” concluyen que si junto con el 80% de personas con “Lumbalgia Crónica” que también dicen que sí y también junto a un 70% de diagnosticados con “Osteoartrosis” que dicen que si, así también, el 87.5% de los diagnosticados con “Dolor Neuropático” afirman conocer las mejores posturas junto con los pacientes de “Dolor Oncológico”, un 57.1% dicen que si también, los diagnosticados con “Cervicalgia” tienen un reparto de respuestas, 50% si y 50% no, y por último, los diagnosticados de “Dolor Miofascial”, con un 83.3% dicen no conocer las mejores posturas para mejorar su calidad de vida sexual. Pero no hay diferencias estadísticamente significativas (p=0.105).

➤ Sistema Público de Salud y Sexólogo por diagnóstico.

Tabla 64: ¿Considera importante la implantación en el Sistema Público un sexólogo?

			¿Considera importante la implantación en el Sist.Publico un sexólogo?		
			no	si	Total
Posibles Dg	Lumbalgia Crónica	Recuento	0	10	10
		% de Posibles Dg	,0%	100,0%	100,0%
		% del total	,0%	16,1%	16,1%
	Fibromialgia	Recuento	1	14	15
		% de Posibles Dg	6,7%	93,3%	100,0%
		% del total	1,6%	22,6%	24,2%
	Osteoartrosis	Recuento	3	7	10
		% de Posibles Dg	30,0%	70,0%	100,0%
		% del total	4,8%	11,3%	16,1%
	Dolor Neuropatico	Recuento	0	8	8
		% de Posibles Dg	,0%	100,0%	100,0%
		% del total	,0%	12,9%	12,9%
	Dolor Oncológico	Recuento	0	7	7
		% de Posibles Dg	,0%	100,0%	100,0%
		% del total	,0%	11,3%	11,3%
	Cervicalgia	Recuento	0	6	6
		% de Posibles Dg	,0%	100,0%	100,0%
		% del total	,0%	9,7%	9,7%
	Dolor Miofascial	Recuento	0	6	6
		% de Posibles Dg	,0%	100,0%	100,0%
		% del total	,0%	9,7%	9,7%
Total		Recuento	4	58	62
		% de Posibles Dg	6,5%	93,5%	100,0%
		% del total	6,5%	93,5%	100,0%

****p obtenida por Chi-cuadrado

El 100% de las personas diagnosticadas con “Fibromialgia” concluyen que si junto con el 93.3% de personas con “Lumbalgia Crónica” que también dicen que si y junto también a un 70% de diagnosticados con “Osteoartrosis” que dicen que si, así también, el 100% de los diagnosticados con “Dolor Neuropático” dan importancia a la implantación de un sexólogo en el sistema público de salud junto también el 100% de los pacientes de “Dolor Oncológico” y el 100% de los diagnosticados con “Cervicalgia”, y por último, los diagnosticados de “Dolor Miofascial”, con un 93.5% dicen importarles la implantación de un sexólogo en el sistema público de salud. No existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.121$).

COMPARACIONES DE PUNTUACIONES MEDIAS PARA EL PANAS POR SEXO

➤ COMPARACIÓN DE MEDIAS POR SEXO:

Previo test de normalidad de Kolmogorov, se observó que las variables seguían una distribución normal, por lo que la comparación de las puntuaciones medias para el PANAS se aplicará la prueba de T de Student para variables dependientes.

Tabla 65: Comparación de medias para el PANAS por sexo.

	sexo	N	Media	Desviación típ.	P
Afecto positivo antes	mujeres	35	19,14	4,188	0.87
	hombres	27	19,30	3,484	
Afecto negativo antes	mujeres	35	14,54	5,409	0.18
	hombres	27	16,63	6,935	
Balance afectivo antes	mujeres	35	4,60	5,392	0.23
	hombres	27	2,67	7,380	
Afecto positivo dolor	mujeres	35	18,00	5,391	0.91
	hombres	27	17,85	5,803	
Afecto negativo dolor	mujeres	35	18,06	5,703	0.29
	hombres	27	16,48	5,853	
Balance afectivo dolor	mujeres	35	-,06	4,940	0.32
	hombres	27	1,37	6,440	

Al comparar la puntuación media obtenida para el afecto positivo por sexo antes del diagnóstico, observamos que la media de las mujeres es de 19.14, mientras que para los hombres la media es de 19.30, a pesar de existir pequeñas diferencias entre ambos, el valor de $p=0.87$ y por lo tanto no existen diferencias estadísticamente significativas.

Respecto al afecto negativo antes del diagnóstico por sexo, observamos que la media para las mujeres es de 14.54, mientras que para los hombres la media es de 16.63, lo que nos indica que los hombres tienen mayor afecto negativo que las mujeres, sin embargo no existen diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas para el balance afectivo por sexo antes del diagnóstico, observamos que la media de las mujeres es de 4.6, mientras que para los hombres la media es de 2.67, a pesar de que las mujeres

presentan mejor balance afectivo que los hombres, el valor de $p=0.23$ y por lo tanto no existen diferencias estadísticamente significativas.

Para el afecto positivo por sexo después del diagnóstico, observamos que la media de las mujeres es de 18, mientras que para los hombres la media es de 17.85, por lo que el afecto positivo de las mujeres es algo mayor que el de los hombres, sin embargo no existen diferencias estadísticamente significativas.

Al comparar el afecto negativo después del diagnóstico por sexo, observamos que la media de las mujeres es de 18.06, mientras que para los hombres la media es de 16.48, a pesar de que se observan diferencias en relación al afecto negativo entre ambos, no existen diferencias estadísticamente significativas.

Al comparar las puntuaciones medias obtenidas para el balance afectivo antes del diagnóstico por sexo, observamos que la media de las mujeres es de -0.06, mientras que para los hombres la media es de 1.37, a pesar de que el balance afectivo es mejor en los hombres que en las mujeres antes de ser diagnosticados de dolor crónico, no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos.

COMPARACIÓN DE MEDIAS PARA VARIABLES RELACIONADAS POR DIAGNÓSTICO:

- *Lumbalgia Crónica:*

Tabla 66: Lumbalgia crónica

		Media	N	Desviación típ.	p
Par 1	Afecto positivo dolor	18,80	10	5,574	0.80
	Afecto positivo antes	19,20	10	5,224	
Par 2	Afecto negativo dolor	17,40	10	7,214	0.03
	Afecto negativo antes	20,30	10	9,684	
Par 3	Balance afectivo dolor	1,40	10	6,222	0.19
	Balance afectivo antes	-1,10	10	9,643	

Al comparar el afecto positivo después y antes del diagnóstico de “Lumbalgia crónica” se obtiene una media de 18.8 y 19.2 respectivamente, siendo el afecto positivo mayor antes del diagnóstico aunque no existen diferencias estadísticamente significativas entre el afecto positivo antes y después del diagnóstico.

Al comparar las puntuaciones medias obtenidas para el afecto negativo después y antes del diagnóstico de “Lumbalgia crónica” se obtiene una media de 17.4 y 20.3 respectivamente, presentando mayor afecto negativo antes del diagnóstico, observándose diferencias estadísticamente significativas.

La puntuación media para el balance afectivo positivo después y antes del diagnóstico de “Lumbalgia crónica” es de 1.4 y -1.1, siendo este balance negativo para los pacientes antes de ser diagnosticados de dolor crónico, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas.

- *Fibromialgia:*

Tabla 67: Fibromialgia.

		Media	N	Desviación típ.	p
Par 1	Afecto positivo dolor	17,80	15	6,816	0,17
	Afecto positivo antes	20,53	15	3,523	
Par 2	Afecto negativo dolor	17,07	15	6,123	0.13
	Afecto negativo antes	14,53	15	3,067	
Par 3	Balance afectivo dolor	,73	15	7,066	0.05
	Balance afectivo antes	6,00	15	4,899	

Al comparar el afecto positivo después y antes del diagnóstico de “Fibromialgia” se obtiene una media de 17.8 y 20.53 respectivamente, siendo el afecto positivo mayor antes del diagnóstico aunque no existen diferencias estadísticamente significativas entre el afecto positivo antes y después del diagnóstico.

Al comparar las puntuaciones medias obtenidas para el afecto negativo después y antes del diagnóstico de “Fibromialgia” se obtiene una media de 17.07 y 14.53 respectivamente, presentando mayor afecto negativo después

del diagnóstico, pero sin observándose diferencias estadísticamente significativas.

La puntuación media para el balance afectivo positivo después y antes del diagnóstico de “Fibromialgia” es de 0.73 y 6, siendo este balance mayor en los pacientes antes de ser diagnosticados de dolor crónico, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas.

- *Osteoartrosis:*

Tabla 68: Osteoartrosis

		Media	N	Desviación típ.	P
Par 1	afectopositivodolor	17,00	10	5,457	0.046
	afectopositivoantes	20,00	10	3,091	
Par 2	afectonegativodolor	19,50	10	4,249	0.009
	afectonegativoantes	12,90	10	5,607	
Par 3	balanceafectivodolor	-2,50	10	4,035	0.000
	balanceafectivoantes	7,10	10	4,533	

Al comparar el afecto positivo después y antes del diagnóstico de “Osteoartrosis” se obtiene una media de 17 y 20 respectivamente, siendo el afecto positivo mayor antes del diagnóstico y presentándose diferencias estadísticamente significativas.

Al comparar las puntuaciones medias obtenidas para el afecto negativo después y antes del diagnóstico de “Osteoartrosis” se obtiene una media de 19.5 y 12.90 respectivamente, presentando mayor afecto negativo después del diagnóstico, observándose diferencias estadísticamente significativas.

La puntuación media para el balance afectivo positivo después y antes del diagnóstico de “Osteoartrosis” es de -2.5 y 7.1, siendo este balance negativo antes del diagnóstico y existiendo diferencias estadísticamente significativas.

- *Dolor Neuropático:*

Tabla 69: Dolor Neuropático

		Media	N	Desviación típ.	P
Par 1	afectopositivodolor	19,00	8	2,563	0,436
	afectopositivoantes	18,13	8	2,232	
Par 2	afectonegativodolor	18,13	8	6,664	0,367
	afectonegativoantes	15,88	8	5,793	
Par 3	balanceafectivodolor	,88	8	6,334	0,629
	balanceafectivoantes	2,25	8	4,773	

Al comparar el afecto positivo después y antes del diagnóstico de “Dolor Neuropático” se obtiene una media de 19 y 18.13 respectivamente, siendo el afecto positivo mayor antes del diagnóstico aunque no existen diferencias estadísticamente significativas entre el afecto positivo antes y después del diagnóstico.

Al comparar las puntuaciones medias obtenidas para el afecto negativo después y antes del diagnóstico de “Dolor Neuropático” se obtiene una media de 18.13 y 15.88 respectivamente, presentando mayor afecto negativo después del diagnóstico, pero sin observándose diferencias estadísticamente significativas.

La puntuación media para el balance afectivo positivo después y antes del diagnóstico de “Dolor Neuropático” es de 0.88 y 2.25, siendo este balance mayor en los pacientes antes de ser diagnosticados de dolor crónico, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas.

- *Dolor Oncológico:*

Tabla 70: Dolor Oncológico

		Media	N	Desviación típ.	p
Par 1	afectopositivodolor	17,43	7	6,188	0.663
	afectopositivoantes	19,00	7	4,359	
Par 2	afectonegativodolor	16,29	7	6,576	0.412
	afectonegativoantes	14,29	7	5,589	
Par 3	balanceafectivodolor	1,14	7	6,719	0.230
	balanceafectivoantes	4,71	7	3,946	

Al comparar el afecto positivo después y antes del diagnóstico de “Dolor Oncológico” se obtiene una media de 17.43 y 19 respectivamente, siendo el afecto positivo mayor antes del diagnóstico aunque no existen diferencias estadísticamente significativas entre el afecto positivo antes y después del diagnóstico.

Al comparar las puntuaciones medias obtenidas para el afecto negativo después y antes del diagnóstico de “Dolor Oncológico” se obtiene una media de 16.29 y 14.29 respectivamente, presentando mayor afecto negativo después del diagnóstico, pero sin observándose diferencias estadísticamente significativas.

La puntuación media para el balance afectivo positivo después y antes del diagnóstico de “Dolor Oncológico” es de 1.14 y 4.71, siendo este balance mayor en los pacientes antes de ser diagnosticados de dolor crónico, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas.

- *Cervicalgia:*

Tabla 71: Cervicalgia

	Media	N	Desviación típ.	p
Par 1				
afectopositivodolor	17,33	6	4,590	0.705
afectopositivoantes	18,83	6	5,345	
Par 2				
afectonegativodolor	16,17	6	3,971	0.917
afectonegativoantes	15,83	6	5,419	
Par 3				
balanceafectivodolor	1,17	6	1,602	0.508
balanceafectivoantes	3,00	6	6,693	

Al comparar el afecto positivo después y antes del diagnóstico de “Cervicalgia” se obtiene una media de 17.33 y 18.83 respectivamente, siendo el afecto positivo mayor antes del diagnóstico aunque no existen diferencias estadísticamente significativas entre el afecto positivo antes y después del diagnóstico.

Al comparar las puntuaciones medias obtenidas para el afecto negativo después y antes del diagnóstico de “Cervicalgia” se obtiene una media de

16.17 y 15.83 respectivamente, presentando mayor afecto negativo después del diagnóstico, pero sin observándose diferencias estadísticamente significativas.

La puntuación media para el balance afectivo positivo después y antes del diagnóstico de “Cervicalgia” es de 1.17 y 3, siendo este balance mayor en los pacientes antes de ser diagnosticados de dolor crónico, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas.

- *Dolor Miofascial:*

Tabla 72: Dolor Miofascial

	Media	N	Desviación típ.	P
Par 1 afectopositivodolor	18,17	6	7,139	0,666
afectopositivoantes	16,67	6	2,582	
Par 2 afectonegativodolor	16,00	6	5,477	0.224
afectonegativoantes	14,33	6	5,502	
Par 3 balanceafectivodolor	2,17	6	3,430	0.958
balanceafectivoantes	2,33	6	5,715	

Al comparar el afecto positivo después y antes del diagnóstico de “Dolor Miofascial” se obtiene una media de 18.17 y 16.67 respectivamente, siendo el afecto positivo mayor después del diagnóstico aunque no existen diferencias estadísticamente significativas entre el afecto positivo antes y después del diagnóstico.

Al comparar las puntuaciones medias obtenidas para el afecto negativo después y antes del diagnóstico de “Dolor Miofascial” se obtiene una media de 16 y 14.33 respectivamente, presentando mayor afecto negativo después del diagnóstico, pero sin observándose diferencias estadísticamente significativas.

La puntuación media para el balance afectivo positivo después y antes del diagnóstico de “Dolor Miofascial” es de 2.17 y 2.33, siendo este balance mayor en los pacientes antes de ser diagnosticados de dolor crónico, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas.

COMPARACION DE MEDIAS PARA MUESTRA RELACIONADAS POR AFECTIVIDAD

Tabla 73: Comparación de medias por afecto

		Media	N	Desviación típ.	p
Par 1	afectopositivodolor	17,94	62	5,527	0,130
	afectopositivoantes	19,21	62	3,867	
		Media	N	Desviación típ.	p
Par 2	afectonegativodolor	17,37	62	5,775	0,017
	afectonegativoantes	15,45	62	6,156	
		Media	N	Desviación típ.	p
Par 3	balanceafectivodolor	,56	62	5,638	0.002
	balanceafectivoantes	3,76	62	6,352	

Al comparar el afecto positivo después y antes del diagnóstico de Dolor Crónico se obtiene una media de 17.94 y 19.21 respectivamente, siendo el afecto positivo mayor antes del diagnóstico aunque no existen diferencias estadísticamente significativas entre el afecto positivo antes y después del diagnóstico.

Al comparar las puntuaciones medias obtenidas para el afecto negativo después y antes del diagnóstico de Dolor Crónico se obtiene una media de 17.37 y 15.45 respectivamente, presentando mayor afecto negativo después del diagnóstico, observándose diferencias estadísticamente significativas.

La puntuación media para el balance afectivo positivo después y antes del diagnóstico de Dolor Crónico es de 0.56 y 3.76, siendo este balance mayor antes del diagnóstico y existiendo diferencias estadísticamente significativas.

CORRELACIONES BIVARIADAS: PEARSON

➤ Pacientes diagnosticados de dolor crónico

Tabla 74: Pearson después del diagnóstico

		edad	Afecto positivo	Afecto negativo	Balance afectivo
Edad	Correlación de Pearson	1	-0,406	0,037	-0,436
	Sig. (bilateral)		0,001	0,776	0,000
	N	62	62	62	62

Al correlacionar la edad con el afecto positivo en pacientes diagnosticados con dolor crónico se observa que a medida que aumenta la edad va disminuyendo el afecto positivo, existiendo diferencias estadísticamente significativas.

A medida que aumenta la edad de los pacientes diagnosticados de dolor crónico también aumenta el afecto negativo, no existiendo diferencias estadísticamente significativas.

En los pacientes diagnosticados de dolor crónico, a medida que aumenta la edad va disminuyendo el balance afectivo de estos pacientes, observándose diferencias estadísticamente significativas.

➤ Pacientes antes de ser diagnosticados de dolor crónico

Tabla 75: Pearson antes del Diagnóstico

		edad	Afecto positivo	Afecto negativo	Balance afectivo
Edad	Correlación de Pearson	1	0,283	0,012	0,161
	Sig. (bilateral)		0,026	0,929	0,211
	N	62	62	62	62

Al correlacionar la edad con el afecto positivo en pacientes antes de ser diagnosticados de dolor crónico se observa que a medida que aumenta la edad va aumentando el afecto positivo, existiendo diferencias estadísticamente significativas.

A medida que aumenta la edad de los pacientes antes de ser diagnosticados de dolor crónico también aumenta el afecto negativo, no existiendo diferencias estadísticamente significativas.

En los pacientes antes de ser diagnosticados de dolor crónico, a medida que aumenta la edad va aumentando el balance afectivo, no observándose diferencias estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

En primer lugar hablaremos sobre las limitaciones que nos hemos encontrado a la hora de realizar este trabajo de investigación.

A la hora de elegir una población de estudio, teníamos claro que queríamos estudiar los pacientes diagnosticados de dolor crónico, y para ello, nuestra población de estudio se centró en los pacientes que acudían a la Unidad del Dolor del Hospital de Poniente. Tras la elección de la población de estudio, y tras la decisión de que cuestionarios-escalas se iban a utilizar para la investigación, se procedió a pasar dichos cuestionarios-escalas a los pacientes de la Unidad del Dolor, durante un periodo de 70 días, desde el 27/02/2013 hasta el 08/05/2013.

La primera limitación que se nos presenta es la del tiempo, 70 días para pasar cuestionarios-escalas es un tiempo corto, teniendo en cuenta los periodos que por festividad o por fines de semana, no había consulta, cabe destacar que en este periodo de estudio coincidió con el calendario festivo los siguientes acontecimientos: día de Andalucía, Semana Santa, y el 1 de Mayo por Fiesta del Trabajador, por lo que los días reales de estudio se redujeron bastante. (Sesgo de temporalidad) (Piedrola Gil, 2008)

La segunda limitación que nos encontramos fue, que de todos los pacientes que pasaron por la Unidad del Dolor durante ese periodo, un total de 96 pacientes, 29 de ellos se negaron directamente a realizar las encuestas y 5 no las rellenaron por completo, apenas rellenaron una décima parte de las dos encuestas, por lo que se desecharon, reduciendo así la población de estudio. (Sesgo de información) (Piedrola Gil, 2008)

Otro de las limitaciones que presenta el estudio, es que en el segundo apartado de la Escala PANAS, a la población de estudio se le pregunta lo siguiente: "Indique cómo se ha sentido usted, si lo recuerda, ANTES DE SER DIAGNOSTICADO COMO PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO". La limitación consistiría en el grado de memoria que tenga el paciente, las respuestas no pueden ser totalmente objetivas ya que dependerá más de lo que recuerde que de lo que realmente sentía. (Sesgo de memoria) (Piedrola Gil, 2008)

Por último, esta la limitación del nivel cultural de la muestra, recordamos que tras la aceptación de la realización de las encuestas, el paciente las realizaba solo, y dependerán sus respuestas del grado de comprensión de lo preguntado. (Sesgo de información) (Piedrola Gil, 2008)

Algunos de estos sesgos podrían eliminarse al aumentar el tiempo de estudio y por consecuente al aumentar el número de la población de estudio, que posiblemente haría cambiar algunos de los resultados obtenidos.

Ahora se pasará a la comparación de los resultados de nuestra investigación con otras investigaciones parecidas a la que hemos realizado:

- En relación con la Fibromialgia, en la investigación que hemos llevado a cabo, no existen diferencias estadísticamente significativas en el afecto negativo. Por otro lado, comparando nuestra población de estudio diagnosticada con Fibromialgia con los diagnosticados con Osteoartrosis, vemos que en estos últimos sí que existen diferencias estadísticamente significativas en el afecto negativo, siendo totalmente contrario a lo que el equipo de Zautra y colaboradores, que vienen estudiando la relación entre el afecto negativo y la Fibromialgia dicen, ya que compararon a pacientes con Fibromialgia con pacientes diagnosticados de Osteoartrosis, indicando una mayor prevalencia de los niveles de fatiga, dolor y afecto negativo en pacientes con Fibromialgia respecto a los diagnosticados de Osteoartrosis (Zautra, Johnson y Davis, 2005; Zautra et al., 2007).
- En la misma línea y siguiendo con la Fibromialgia, en nuestra investigación los pacientes diagnosticados con Fibromialgia no presentan diferencias estadísticamente significativas respecto al afecto positivo. Por otro lado, comparando a los Fibromialgicos con los pacientes Osteoartrosicos, estos últimos sí que presentaban diferencias estadísticamente significativas en el afecto positivo. Siendo nuevamente contrario a lo que Zautra et al. (2005) evaluaron con autorregistros semanales los eventos diarios y su asociación con el afecto positivo en pacientes con Fibromialgia y Osteoartrosis. grupos. Los resultados mostraron que las personas con Fibromialgia refirieron menores niveles de afecto positivo en comparación con las que tenían los pacientes con Osteoartrosis.
- Respecto a la sensación de dolor después del diagnóstico como pacientes de dolor crónico en nuestra investigación se sacó como resultado que según el diagnóstico por el que acudían a consulta, algunas patologías sí que presentaban diferencias estadísticamente significativas con respecto al dolor durante las relaciones sexuales.

Mientras que por otro lado, la investigación llevada a cabo por Trilok N. Monga et al. en 2002, uno de los resultados que obtiene de su muestra de 60 pacientes con dolor crónico es que no existieron diferencias estadísticamente significativas respecto al dolor. (Trilok N. Monga et al., 2002)

No hemos encontrado estudios para poder comparar resultados respecto a:

- Diferenciación por sexo y la sensación de dolorosa durante las relaciones sexuales.
- Que muestren significación estadística entre el afecto negativo en la Lumbalgia Crónica.
- La diferencia estadísticamente significativa entre el afecto positivo, negativo y balance afectivo después y antes del diagnóstico de Osteoartrosis.
- También entre la edad y el afecto positivo después del diagnóstico como paciente con dolor crónico, y también entre la edad y el balance afectivo después del diagnóstico como paciente con dolor crónico.
- La edad y el balance afectivo después del diagnóstico como paciente con dolor crónico.
- Y por último entre la edad y el afecto positivo antes del diagnóstico como paciente con dolor crónico.

CONCLUSIONES

1. No existen cambios tras el diagnóstico de paciente con dolor crónico en la vida sexual de los pacientes.
2. El número de relaciones sexuales no disminuyen en los pacientes diagnosticados de dolor crónico.
3. El deseo sexual de los pacientes diagnosticados con dolor crónico no disminuye en base al tipo de diagnóstico que presenten ni por sexo.
4. La sensación dolorosa en la mantención de relaciones sexuales dependerá tanto del sexo como del diagnóstico del individuo.
5. El diagnóstico como paciente de dolor crónico marca diferencias en la percepción de la afectividad, dependiendo tanto el afecto negativo, que aumenta tras el diagnóstico, como el balance afectivo.
6. El afecto negativo en los pacientes diagnosticados de Lumbalgia Crónica aumenta tras el diagnóstico.
7. Los pacientes con Osteoartrosis presentan mayor afecto positivo antes del diagnóstico, mayor afecto negativo tras el diagnóstico y diferencias en su balance afectivo.

Por último, sería importante destacar que una línea prometedora de tratamiento podría encaminarse hacia un aumento de las emociones y experiencias positivas.

BIBLIOGRAFIA

Ackerman, M. D., Stevens, M. J., 1989. Acute and chronic pain: pain dimensions and psychological status. *Journal of Clinical Psychology*, 45 (2), 223-228. En Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico.

Ahles, T.A., Cassens, H.L. y Stalling, R.B., 1987. Private body consciousness, anxiety and the perception of pain. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18 (3), 215-222.

Amir et al., 2000. Coping styles, anger, social support and suicide risk in women with fibromyalgia syndrome. Amir, M., Neuman, L., Bor, O., Shir, Y., Rubinow, A. y Buskila, D. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 8, 7-20.

Arnsten et al., 1983. Naloxone augments electrophysiological signs of selective attention in man. Arnsten, A.F.T, Segal, D.S, Neville, H.J., Hillyard, S.A., Janowski, D.S., Judd, L.L. y Bloom, F.E. *Nature*, 304, 725-727.

Asmundson, G.J., Norton, P.J. y Norton, G.R., 1999. Beyond pain: The role of fear and avoidance in chronicity. *Clinical Psychology Review*, 19, 97-119.

Banks, S. M., Kerns, R.D., 1996. Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. *Psychological Bulletin*, 119, 95-110.

Berkowitz, L., 1990. On the formation and regulation of anger and aggression: a cognitive-neoassociationistic analysis. *American Psychologist*, 45, 494-503.

Bonica JJ, 1990. History of pain concepts and therapies. Bonica JJ. *The Management of Pain*. Philadelphia: Lea & Febiger; 1990: 2-17.

C. de Barutell, 2007. Unidades de dolor en España. Encuesta SED Día del Dolor 2007. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009; 16(8):421-428.

Cambier J, 1998. A modern view: Pain today. Rey R. *The History of Pain*. Massachusetts: Harvard University Press 1998; 332-337.

Casals M, Samper D, 2004. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. M. Casal y D. Sampe. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 11: 260-269, 2004.

Català E, 2008. Manual de Tratamiento del Dolor. 2ª Edición. Barcelona: Publicaciones Permanyer. 2008.

Català E, Reig E, Artes M, et al., 2002. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain* 2002; 6: 133-40.

Caton D, 1985. The Secularization of Pain. *Anesthesiology* 1985; 62:493-501.

Caton D, 1994. The Poem in the Pain. The Social Significance of Pain in Western Civilization. *Anesthesiology* 1994; 81:1.044-1.052.

Chapman, C.R., Turner, J.A, 1986. Psychological control of acute pain. *Journal of Pain Symptom Management*, 1, 9-20.

CIMA, 2013. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. CIMA: Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS. <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>
Revisado el día: 18-03-2013.

Clément J.P, 1993. Las instituciones científicas y la difusión de la ciencia durante la Ilustración. Puerto Sarmiento FJ (dir.). *Historia de la Ciencia y de la Técnica*. Madrid: Akal 1993: 7-8.

Clifford Gevirtz, 2008. Cómo afecta el dolor crónico a la sexualidad? Clifford Gevirtz, MD, MPH. *Nursing*. 2008, Volumen 26, Número 10.

Craig, K.D, 1994. Emotional aspects of pain. En P.D. Wall y R. Melzack (Eds.), *Textbook of Pain* (3ª Ed.)(pp. 261-274). Edimburgo: Churchill Livingstone.

Crawford W, Kashani A, Bennett S, 1997. Medición del dolor. Kanner R. *Secretos del tratamiento del dolor*. Mexico DF: McGraw-Hill Interamericana 1997; 28-38.

Crombie A.C, 1993. *Historia de la Ciencia: de San Agustín a Galileo*. 1. La Ciencia en la Edad Media: siglos V a l XIII. Madrid: Alianza Editorial 1993: 205.

Doan y Wadden, 1989. Relationships between depressive symptoms and description of chronic pain. Doan, B. y Wadden, N. *Pain*, 36, 75-84.

Eblen-Zajjur A, 2005. Neurofisiología de la nocicepción. *Gac Méd Caracas*. Caracas. 2005;13(4)

Eduardo Ibarra MD, 2006. Una Nueva Definición de "Dolor". Un Imperativo de Nuestros Días. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2: 65-72; 2006.

Eppley, K., Abrams, A. and Shear, J, 1989. "Differential effects of relaxation techniques on trait anxiety: A meta-analysis", *Journal of clinical psychology*, 45.

Escohotado A, 1992. *Historia general de las drogas*, 1. Madrid: Alianza Editorial; 1992: 277-339.

Fernandez y Turk, 1995. The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. Fernández, E. y Turk, D.C. *Pain*, 61, 165-175.

Fordyce, W.E, 1976. *Behavioral methods for the control of chronic pain and illness*. St.Louis: C.W. Mosby.

Gevirtz C, 2007. The impact of chronic pain on sexuality. Topics in Pain Management. 23(1):1-5, August 2007.

Gomis A, 1992. Las civilizaciones fluviales. Egipto y Mesopotamia. Puerto Sarmiento FJ (dir.). Historia de la Ciencia y de la Técnica. Madrid: Akal 1992: 46-47.

Haythornwaite, Sieber y Kerns, 1991. Depression and the chronic pain experience. Pain, 46, 177-184.

II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, 2008-2011. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2008-2012.

J. L. Ortega, F. Neir, 2007. Estado actual de las unidades de dolor agudo en Andalucía. Rev. Soc. Esp. Dolor 5: 338-345; 2007.

Jaron J.A, 1991. The Concept of Pain. Critical Care Nursing Clinics of North America 1991; 3:1-10.

Karla Soares Weiser, 2010. EPIDEMIOLOGY OF CHRONIC NON-MALIGNANT PAIN IN SPAIN. Karla Soares Weiser, Ivan Sola, Ed Aromataris, Jesús Tornero, Concepción Pérez, César Margarit, Jos Kleijnen. Kleijnen systematic reviews ltd escrick, york, yo19 6fd, united kingdom. 2010.

Kerns, R.D., Haythornwaite, J.A, 1988. Depression among chronic pain patients: cognitive-behavioral analysis and effect on rehabilitation outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56 (6), 870-876.

Laín Entralgo P, 1987. El cuerpo humano. Oriente y Grecia Antigua. Madrid: Espasa-Universidad; 1987: 48-49.

Ligia Vera-Gamboa, 1998. Historia de la sexualidad. Rev Biomed 1998; 9:116-121.

Magni et al., 1992. Chronic abdominal pain and depression. Epidemiologic findings in the United States. Magni, G., Rossi, M.R., Rigatti-Luchini, S. Merskey, H. Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. Pain, 42 (1), 77-85.

Malcolm Potts y Roger Short, 2001. Historia de la sexualidad. Desde adan y eva. Malcolm potts y Roger Short. Cambridge university press. Madrid, 2001.

Mazars G, 1988. Por fin, llegó Descartes. Mazars G. El Hombre Sin Dolor. Barcelona: Sirmio; 1988: 79-80.

McWilliams, L.A., Cox, B.J., y Enn, M.W, 2003. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. Pain, 106, 127-133.

Meilman, P.W, 1984. Chronic pain: the nature of the problem. *Jospt*, 5 (6), 307-308.

Melzack y Casey, 1968. Sensory, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model..

Merskey y Spear, 1967. The concept of pain. *Journal of Psychosomatic Research*, Merskey, H.A. y Spear, F.G., 11, 59-67.

Ministerio de sanidad, política social e igualdad, 2011. Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad.2011.

Moix, J y Casado, M.I., 2011. Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. Moix, J y Casado, M.I. *Clínica y Salud*. Vol. 22, n.º 1, 2011 - Págs. 41-50.

Morris D.B, 1991. The future of pain. Morris DB. *The culture of pain*. Berkeley: University of California Press 1991; 267-290.

Muriel C, 1991. El concepto del dolor en la ciencia y cultura griegas. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 1991; 38: 327 - 333 .

Muriel Villoria C, 2007. Dolor crónico. Diagnóstico, clínica y tratamiento. 1ª Edición. Arán. 2007.

Organización Mundial de la Salud, 2004. Working Definitions (Definiciones básicas)

Pallares, J, Pallares, M.J, 1989. Aspectos psicológicos y sociales del dolor crónico. En C. Barutell (Coord.), *Tratamiento del dolor crónico*. Fascículo 2, 5, 27-40. Madrid: Monografías Europharma.

Paul C. Langley et al, 2011. The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. Paul C. Langley, Miguel Angel Ruiz-Iban, Jesús Tornero Molina, Jose De Andres, José Ramón Gonzá lez-Escalada Castellón. *Journal of Medical Economics* Vol. 14, No. 3, 2011, 367–380.

Pedrajas J.M, Molino A.M, 2008. Bases neuromédicas del dolor. Pedrajas J.M, Molino A.M. *Clínica y Salud*, 19, 277- 294.

Piedrola Gil, 2008. Medicina preventiva y salud pública. 11ª edición. Elsevier Masson. Capitulo 14.Barcelona.2008.

Rey R, 1998. Ambroise Paré: Innovations of War Surgery. Rey R. *The History of Pain*. Massachusetts: Harvard University Press 1998: 60-64.

Rey R, 1998. Cerebral Localisation and the Localisation of Pain Centres: Trial and Error with Numerous Dead Ends. Rey R. *The History of Pain*. Massachusetts: Harvard University Press 1998; 267-275.

Rey R, 1998. Defence Mechanism to Avoid Pain. Rey R. The History of Pain. Massachusetts: Harvard University Press 1998; 286-290.

Rey R, 1998. Pain in the Renaissance. Rey R. The History of Pain. Massachusetts: Harvard University Press 1998: 50-53.

Rey R, 1998. Roman Medicine During the 1st Century A D : Celsus, Popularizer and Encyclopaedist. Rey R. The History of Pain. Massachusetts: Harvard University Press 1998; 25-28.

Rey R, 1998. Sherrington and the Integrative Action of the Nervous System. Rey R. The History of Pain. Massachusetts: Harvard University Press 1998; 279-284.

Rey R, 1998. The "Anodyne" Remedies: From the Ligature to "Sweet Vitriol". Rey R. The History of Pain. Massachusetts: Harvard University Press 1998: 64-69.

Rey R, 1998. The 19th Century. The Great Discoveries. Rey R. The History of Pain. Massachusetts: Harvard University Press 1998; 132-137.

Rey R, 1998. Galen of Pergamum: Pain, a Component or Touch. Rey R. The History of Pain. Massachusetts: Harvard University Press 1998: 30-37.

Robinow S, Prithvi P, 1995. Historia y estado actual del tratamiento del dolor. Prithvi P. Tratamiento práctico del dolor. Madrid: Mosby/Doyma; 1995: 3-15.

Rubio, 1994. Introducción al estudio de la Sexualidad Humana. Rubio E. En Consejo Nacional de Población Antología de la Sexualidad Humana. Tomo I. Consejo Nacional de Población- Miguel Angel Porrua. Mexico. 1994.

Rudy, Kerns y Turk, 1988. Chronic pain depression: Toward a cognitive behavioral mediation model. Rudy, T.E., Kerns, R.D. y Turk, D.C. Pain, 35, 129-140.

Sepúlveda R, 1998. The History of Patient-Controlled Analgesia. Bulletin of Anesthesia History 1998; 16: 1, 4-5.

Trilok N. Monga et al., 2002. Measuring control appraisals in chronic pain. Tan, G., Jensen, M.P., Robinson-Whelen, S., Thornby, J.I., Monga, T. Journal of Pain, 3(5), 385–393.

Truyols Taberner, M.M et al, 2008. Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. M.^a MAGDALENA TRUYOLS TABERNER, JAVIER PÉREZ PAREJA, M.^a MAGDALENA MEDINAS AMORÓS, ALFONSO PALMER POL, ALBERT SESÉ ABAD. Clínica y Salud, 2008, vol. 19 n.º 3 - Págs. 295-320. ISSN: 1135-0806.

Vallejo, M.A., 2000. Emociones y dolor. Revista de la Sociedad Española de Dolor, 7, 3-5.

Watson, D.; Clark, L y Tellegen, A, 1988. “Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The panas Scales”, Journal of Personality and Social Psychology, 54(6). 1063-1070.

Wilson y Luciano, 2002. Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores. Wilson, K. G. y Luciano, M. C. Madrid: Pirámide. En Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. Moix, J y Casado, M.I. Clínica y Salud. Vol. 22, n.º 1, 2011 - Págs. 41-50.

Zautra et al., 2007. Daily fatigue in women with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia. Zautra, A.J., Fasman, R., Parish, B.P., Davis, M.C. Pain, 128, 128–35.

Zautra, A.J, Johnson, L., Davis, M., 2005. Positive Affect as a source of resilience for woman in chronic pain. Journal of Consulting and Clinical psychology, 73, 212-220.



ANEXO I

Hola, estoy realizando una investigación en la Universidad de Almería y le estaría enormemente agradecida si colaborase conmigo. Asimismo, le informo que la información que aporta en este cuestionario es totalmente anónima.

Muchísimas Gracias.

Edad: _____

Sexo: _____

A continuación, se le plantean una serie de preguntas, le pido por favor la conteste con la mayor sinceridad posible.

1. Tras su diagnóstico como paciente con dolor crónico, ¿considera que su vida sexual ha cambiado?
 - Si.
 - No.

2. ¿Considera que sus relaciones sexuales tras su diagnóstico han aumentado?
 - Si.
 - No.

3. ¿Cree que sus relaciones sexuales, por el contrario, han disminuido?
 - Si.
 - No.

4. ¿Siente que el deseo sexual, tras su diagnóstico, ha disminuido?
 - Si.
 - No.

5. Alguna vez, ¿ha sentido dolor mientras mantiene relaciones sexuales tras ser diagnosticado/a de dolor crónico?
 - Si.
 - Alguna vez.
 - No.

6. Si tiene pareja, ¿habla con ella acerca de cómo se encuentra emocionalmente?
 - Si.
 - Alguna vez.
 - No.

7. Si tiene pareja, ¿saben cuáles son las mejores posturas para mantener relaciones sexuales mejorando su calidad de vida sexual?
 - Si.
 - No.

8. ¿Considera importante la implantación en el sistema público de salud de la figura del sexólogo/a para la resolución de dudas y el asesoramiento sexual?
 - Si.
 - No.



ANEXO II

Hola, estoy realizando una investigación en la Universidad de Almería y le estaría enormemente agradecida si colaborase conmigo. Asimismo, le informo que la información que aporta en este cuestionario es totalmente anónima.

Muchísimas Gracias.

Edad: _____

Sexo: _____

A continuación, se le plantea la Escala PANAS, escala de Afectividad Positiva y Negativa, que le pido por favor la conteste con la mayor sinceridad posible.

- Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Indique cómo se ha sentido usted durante **EL ÚLTIMO MES**. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

1 → Muy poco o Nada.

2 → Algo.

3 → Moderadamente.

4 → Bastante.

5 → Extremadamente.

Ejemplo: Si se presenta la palabra *triste*, y en **ÚLTIMO MES** usted se ha sentido extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el número 5: Triste: 5

MOTIVADO	_____	IRRITABLE	_____
MOLESTO	_____	ALERTA	_____
EMOCIONADO	_____	AVERGONZADO	_____
DE MALAS	_____	INSPIRADO	_____
FIRME	_____	NERVIOSO	_____
CULPABLE	_____	DECIDIDO	_____
TEMEROSO	_____	ESTAR ATENTO	_____
AGRESIVO	_____	INQUIETO	_____
ENTUSIASMADO	_____	ACTIVO	_____
ESTAR ORGULLOSO	_____	INSEGURO	_____



- Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Indique cómo se ha sentido usted, si lo recuerda, **ANTES DE SER DIAGNOSTICADO COMO PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO**. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

1 → Muy poco o Nada.

2 → Algo.

3 → Moderadamente.

4 → Bastante.

5 → Extremadamente.

Ejemplo: Si se presenta la palabra *triste*, y en **ANTES DE SER DIAGNOSTICADO COMO PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO** usted se ha sentido extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el número 5: Triste: 5

MOTIVADO	_____	IRRITABLE	_____
MOLESTO	_____	ALERTA	_____
EMOCIONADO	_____	AVERGONZADO	_____
DE MALAS	_____	INSPIRADO	_____
FIRME	_____	NERVIOSO	_____
CULPABLE	_____	DECIDIDO	_____
TEMEROSO	_____	ESTAR ATENTO	_____
AGRESIVO	_____	INQUIETO	_____
ENTUSIASMADO	_____	ACTIVO	_____
ESTAR ORGULLOSO	_____	INSEGURO	_____