



ELSEVIER

Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co


Investigación científica y tecnológica

Características del dolor, aspectos psicológicos, calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con dolor de espalda crónico en una ciudad de Colombia

Ana Mercedes Bello-Villanueva^a, Maira Benítez-Lara^a y Oscar Oviedo-Trespalcacios^{b,c,*}

^a Grupo de Investigación en Desarrollo Humano, Departamento de Psicología, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia

^b Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia

^c Centre for Accident Research and Road Safety — Queensland (CARRS-Q), Institute of Health and Biomedical Innovation (IHBI), Queensland University of Technology, Brisbane, Australia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de noviembre de 2016

Aceptado el 13 de julio de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Dolor de espalda

Dolor crónico

Manejo del dolor

Calidad de vida

Adaptación psicológica

R E S U M E N

Introducción: El dolor de espalda crónico es una de las principales causas de discapacidad a largo plazo en la edad madura. Sus consecuencias incluyen disminución de la productividad laboral y aumento en los costos para los individuos afectados, sus empleadores y la sociedad en general.

Objetivo: Determinar las estrategias para afrontar el dolor, características de este, incluyendo aspectos psicológicos y calidad de vida en pacientes con dolor de espalda crónico.

Materiales y métodos: Se encuestaron 50 pacientes de tres instituciones que prestan servicios de fisioterapia en la ciudad de Sincelejo. Se utilizó un diseño no experimental, descriptivo transversal. A cada participante se le hizo una entrevista de evaluación de las características del dolor junto con la Escala Analógica Visual (VAS), el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor (QSC) y el Cuestionario de Calidad de Vida Euroqol (EQ5D2).

Resultados: La mayoría de los pacientes presentaron un diagnóstico de lumbalgia y cervicalgia. En general su percepción era de dolor moderado. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas eran rezar y tener esperanza, mientras que la menos usada era la catastrofización. Los pacientes reportaron un buen nivel de calidad de vida en las escalas de cuidado personal y movilidad. Además, se establecieron relaciones estadísticamente significativas entre la intensidad del dolor actual y la estrategia de afrontamiento de ignorar el dolor (positiva) y entre la duración del dolor y la capacidad para afrontarlo basada en minimizar el dolor (negativa).

Conclusiones: Los hallazgos sugieren que el uso de estrategias para ignorar el dolor se incrementa con la intensidad del mismo y disminuye a medida que se prolonga en el tiempo. Adicionalmente, la percepción del dolor es sensible a la edad y a las experiencias.

© 2017 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Centre for Accident Research and Road Safety — Queensland (CARRS-Q), Institute of Health and Biomedical Innovation (IHBI), Queensland University of Technology (QUT), K Block, 130 Victoria Park Road, Kelvin Grove, QLD 4059, Australia.

Correo electrónico: oscar.oviedotrespalcacios@qut.edu.au (O. Oviedo-Trespalcacios).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2017.07.002>

0120-3347/© 2017 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Characteristics of pain, psychological aspects, quality of life and coping strategies in patients with chronic back pain in a city of Colombia

A B S T R A C T

Keywords:

Back pain
Chronic pain
Pain management
Quality of life
Adaptation, psychological

Introduction: Chronic back pain is one of the principal causes of long term disability in middle age. Its consequences include decreased worker productivity and increased costs for affected individuals, their employers and society in general.

Objective: Determine coping strategies, characteristics of pain including psychological aspects, and quality of life in patients with chronic back pain.

Materials and methods: Fifty patients from three institutions providing physiotherapy services in the city of Sincelejo, were surveyed. A non-experimental descriptive cross type design was used; each participant underwent treatment with a pain characteristic assessment interview, along with the Visual Analogue Scale (VAS), the Coping Strategies Questionnaire (QSC) and the Quality of Life Questionnaire Euroqol (EQ5D2).

Results: Most patients had a diagnosis of cervicgia and low back pain. The perceived intensity of pain was generally moderate. The most frequently used coping strategies was praying and hoping and the least used was catastrophizing. Patients reported a high level of quality of life in terms of self-care and mobility scales. In addition, statistically significant relationships between current pain intensity and coping strategy to ignore it (positive) and between duration of pain and the coping strategy consistent of minimizing pain (negative) were established.

Conclusions: The findings suggest that the use of strategies to ignore the pain increases with the intensity of the pain and reduces with longer duration. Additionally, pain perception is sensitive to age and experiences.

© 2017 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La lumbalgia constituye el mayor riesgo ocupacional musculoesquelético. Se trata de la principal causa de discapacidad en hombres en edad laboral, generando problemas laborales tales como retiro del trabajo, pérdida del empleo e incertidumbre económica. El costo total en pérdida de productividad es enorme, siendo el segundo problema asociado a la salud que ocasiona ausentismo laboral (15%), luego del resfriado común¹⁻³. A pesar de que no encontramos publicaciones sobre datos recientes en Colombia, en Estados Unidos la lumbalgia afecta a 31 millones de personas al año y los costos anuales de atención para la salud oscilan entre 20.000 y 50.000 millones de dólares. El 80% de esta población ha padecido de lumbalgia en algún momento durante su vida⁴.

El estudio del dolor requiere un análisis exhaustivo de los factores etiológicos. Se trata de una experiencia perceptual y afectiva, afectada por factores biológicos, psicológicos y socioculturales que interactúan entre sí⁵. La lumbalgia crónica se asocia a sufrimiento psicológico, reacciones emocionales tales como síntomas depresivos, ansiedad o rabia, y procesos cognitivos inadecuados que incluyen las interpretaciones y las creencias sobre el dolor, una pobre percepción sobre el control de las situaciones y estilos inadecuados para afrontar el dolor⁶. Los factores cognitivos que suelen asociarse al dolor

actúan en el proceso de cronificación, y son el significado que se le atribuya al dolor, las creencias irracionales, los pensamientos negativos, el grado de control que se perciba, las expectativas de autoeficacia, el patrón de atención al dolor, la percepción del apoyo social, la importancia que se otorga al temor del dolor, los episodios de dolor previos y las estrategias para afrontar el dolor⁷.

Las estrategias de afrontamiento son un conjunto de esfuerzos cognitivos que utilizan las personas para afrontar demandas excesivas, de acuerdo con una autoevaluación de los recursos personales disponibles (los cuales pueden o no ser adaptativos), dependiendo del contexto y de la adecuada evaluación para cambiar la situación^{8,9}. Lazarus y Folkman⁸ clasificaron las estrategias para afrontar el dolor en dos grupos: las centradas en el problema y las centradas en las emociones. Esto implica las estrategias dirigidas a resolver, a re-conceptualizar o a minimizar los efectos de una situación estresante. Implican acciones tales como definir el problema, encontrar otras soluciones, evaluar el costo y el beneficio de cada una de dichas alternativas, escogerlas e implementarlas^{3,10,11}. Las estrategias de afrontamiento enfocadas en las emociones regulan la respuesta emocional del sujeto ante el evento y minimizan el grado de perturbación emocional. Algunos ejemplos son: pensamiento positivo, negación, evasión, atención selectiva, distanciamiento, minimización y extraer un valor positivo de eventos negativos¹⁰⁻¹².

Las estrategias cognitivas incluyen: desviar la atención, re-interpretar las sensaciones de dolor, autoafirmación, ignorar el dolor, rezar o tener esperanza y catastrofizar¹³. En este último caso los pacientes tienden a considerar que el dolor es incontrolable, exageran el nivel de amenaza y no pueden desviar su atención del dolor^{2,4}. Las estrategias conductuales aumentan la actividad y las conductas de dolor, a la vez que involucran aspectos relevantes del dolor crónico, como serían el control del mismo y la capacidad para minimizarlo^{14,15}.

El propósito del estudio fue investigar ciertos aspectos del dolor, incluyendo aspectos psicológicos y conductuales, además de la evaluación subjetiva de la intensidad del dolor. Por otra parte, el presente estudio pretende identificar los efectos del dolor de espalda crónico en la vida cotidiana de los pacientes, en su trabajo y en sus actividades sociales, así como el impacto sobre su salud y la administración de un tratamiento específico. Estos elementos se asocian al concepto de calidad de vida relacionada con la salud¹¹. La calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL) se refiere al valor que las personas otorgan a su vida en términos de ciertos aspectos físicos, psicológicos y sociales. Estos componentes se ven influenciados por sus experiencias, creencias, expectativas y percepciones. La HRQOL incorpora aspectos tales como recursos económicos, autonomía y características ambientales que pueden afectar adversamente la salud y, sin embargo, suelen ser ignorados por médicos e investigadores¹⁶.

Materiales y métodos

Participantes

La población total objeto del estudio está conformada por 225 pacientes tratados durante julio y agosto de 2011, reclutados en tres centros de fisioterapia adscritos a una institución de atención para la salud en la ciudad de Sincelejo (Colombia). De la población total se tomó una muestra de 50 pacientes, en su mayoría mujeres (72%); la edad de los participantes oscilaba entre 18-75 años (casi el 60% de los participantes se encontraban entre los 35-64 años de edad), quienes se seleccionaron a través de un muestreo intencional o no-probabilístico de casos diagnosticados con lumbago crónico, con una duración mínima de 6 meses y firmaron voluntariamente el consentimiento informado para participar en la investigación. Un total del 66% de la muestra eran empleados, el 20% eran desempleados, el 12%, trabajadores independientes, y el 2%, jubilados. Se excluyeron del estudio los pacientes con déficit cognitivo y bajo nivel de lectura y comprensión. Esta investigación fue aprobada por el comité de ética e investigación de la Corporación Universitaria Antonio José de Sucre (RAD núm. 4472). La recomendación más importante sugerida se cumplió, y se basaba en referir de inmediato a los pacientes en riesgo de suicidio, ansiosos o con salud mental deprimida, e informar al médico tratante. Se obtuvo el conocimiento informado por escrito de cada uno de los participantes, luego de darles una explicación completa sobre el estudio.

Instrumentos

Para medir lumbalgia crónica, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida, variables necesarias para cumplir con el objetivo de la investigación, se utilizaron cuatro instrumentos: una entrevista semiestructurada de evaluación del dolor crónico, la Escala Analógica Visual (VAS), el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ) y la Escala de Calidad de Vida EuroQol (EQ5D2).

La entrevista de evaluación del dolor crónico fue diseñada por Benítez y Pájaro¹⁷ en 2006 y pretende aclarar ciertos aspectos del dolor, tales como causas, radiación, intensidad, frecuencia, duración e información adicional sobre tratamientos utilizados para manejar el dolor (resultados obtenidos de cada uno dichos tratamiento), su impacto emocional sobre el individuo, el nivel de interferencia en la vida cotidiana del paciente, ideas asociadas al dolor y las reacciones fisiológicas del paciente ante el dolor.

La Escala Analógica Visual (VAS) consiste en una línea de 10 cm (3,9 pulgadas) sobre la cual el paciente debe marcar la intensidad máxima, mínima y actual del dolor experimentado; es de utilidad para evaluar la intensidad del dolor de manera subjetiva¹⁸.

El Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ) fue desarrollado por Rosenstiel y Keefe¹³. Con un valor alfa de Cronbach entre 0,71 y 0,85, evalúa las estrategias de afrontamiento mediante 48 puntos catalogados en 8 escalas: desviar la atención del dolor, autoafirmaciones, rezar y tener esperanza, aumentar la actividad conductual, re-interpretar las sensaciones de dolor, ignorar el dolor, catastrofizar y conductas de dolor. También se incluyeron dos puntos relacionados con el control que se ejerce sobre el dolor y la capacidad para minimizarlo.

EuroQol (EQ5D2) es un instrumento diseñado por Brooks et al.¹⁹ para caracterizar un grupo o la calidad de vida de una población. Su confiabilidad de prueba-reprueba oscila entre 0,86 y 0,90 y tiene validez verificada¹⁹. Más aun, el EuroQol tiene una buena correlación con el SF-36, excluyendo el área de «estado fisiológico funcional». Consiste en una sección autoadministrada de cinco escalas (movilidad, cuidado personal, actividades de la vida cotidiana, dolor/molestia y ansiedad/depresión), así como una escala analógica visual sobre salud²⁰.

Procedimiento

El presente estudio se llevó a cabo en tres fases. La primera fue en respuesta a la necesidad de hacer una revisión a fondo de la literatura sobre el tema, a fin de seleccionar los instrumentos. La segunda fue la aplicación de estos instrumentos a la muestra y luego la subsiguiente recolección de datos. Todo el proceso de recolección de información lo llevó a cabo el primer autor, quien tiene experiencia en psicología clínica y está familiarizado con la cultura local. Finalmente, en la tercera fase se procedió al procesamiento estadístico de los resultados y al análisis de la información obtenida de la base teórica. Nuestros análisis incluyeron la tabulación de las frecuencias de respuesta y las correlaciones entre preguntas seleccionadas y variables demográficas y clínicas. Específicamente, se

llevó a cabo el análisis de correlación de Spearman en SPSS Statistics 23 (IBM Corp., Chicago, IL, EE. UU.).

Resultados

Análisis descriptivo

Los principales tipos de dolor de espalda crónico en los pacientes fueron cervicalgia —dolor de cuello— (32%), seguido de lumbalgia (26%) (fig. 1).

La tabla 1 muestra la relación entre la intensidad del dolor actualmente y el tiempo transcurrido desde el primer episodio del paciente. El 82% de los pacientes tuvieron una intensidad de dolor moderada a severa y el 66% reportaron una duración del dolor entre 1 y 5 años, independientemente de la severidad del dolor.

De acuerdo con los tipos de tratamiento recibidos anteriormente por los pacientes, la fisioterapia es la estrategia de afrontamiento más frecuentemente utilizada (48,2%), seguida de medicamentos (38,8%), no tratamiento (7,1%) y otras, como tratamiento psicológico, rayos X, acupuntura, infiltraciones y tratamiento quiropráctico (11,3%).

Con relación a las características conductuales respecto al dolor, el comportamiento más frecuente es quejarse (37,5%), seguido de suspiros (25%) y también cambios fisiológicos a consecuencia del dolor. Por otra parte, se reportaron en mayor grado cambios de aumento o disminución de la presión arterial (27,3%) y sudoración (22,7%). En última instancia, las actividades más comúnmente afectadas por el dolor son el sueño (27%) y el trabajo (22,1%).

La tabla 2 esquematiza el rezo y la esperanza como la estrategia de afrontamiento más comúnmente utilizada por los pacientes (40%) y la catastrofización como la menos utilizada (70%).

Con respecto a la percepción del paciente sobre el control del dolor, el 78% reportan tener algo de control, el 16% reportan tener pleno control y el 6% reportan no tener ningún control. Con relación a la percepción que tienen sobre minimizar el dolor, el 64% pueden hacerlo ligeramente, el 20% reportan poderlo minimizar totalmente y el 16% no poder hacerlo.

La prevalencia en términos de dimensiones de calidad de vida se presenta en la tabla 3.

De acuerdo con la evaluación de la percepción del estado general de salud, los pacientes afirman que su estado de salud actual, en comparación con su estado de salud de los últimos 12 meses, es mejor (68%), igual (28%) o peor (4%). Además, la percepción sobre el estado de salud es que es regular (42%), bueno (34%) o malo (24%).

Análisis de correlación

En el análisis de correlación de las variables se encontró una relación significativa entre la duración del dolor y la estrategia de afrontamiento para minimizarlo ($r = -0,373$; $p = 0,008$). Esta relación es negativa, lo cual sugiere que una mayor duración de dolor significa que se utilizan menos estrategias de afrontamiento para minimizarlo; además, se mostró una asociación significativa entre la actual intensidad del dolor e ignorarlo ($r = 0,360$; $p = 0,010$). Esta relación es positiva, lo cual es una evidencia adicional de que entre mayor sea la intensidad del dolor actual, más estrategias de afrontamiento se usan para ignorarlo.

Discusión y conclusiones

Esta investigación estuvo dirigida a determinar las estrategias de afrontamiento y las características de calidad de vida en pacientes que padecen de dolor de espalda crónico. Para ello, se utilizó un análisis descriptivo correlacional no paramétrico, tomando en consideración que estas variables son pertinentes para la calidad de vida en términos de la salud ocupacional. En este sentido, diversos estudios han enfatizado la importancia de las variables conductuales y psicológicas como factores que influyen sobre el dolor crónico^{13,15}.

La lumbalgia es una de las mayores dolencias en pacientes ambulatorios, y produce discapacidad y deterioro de la calidad de vida²¹. La lumbalgia fue el segundo tipo de dolor más común en este estudio (26%); para estos pacientes, se recomiendan tratamientos multidisciplinarios y multimodales²². Sin embargo, algunas veces los estudios

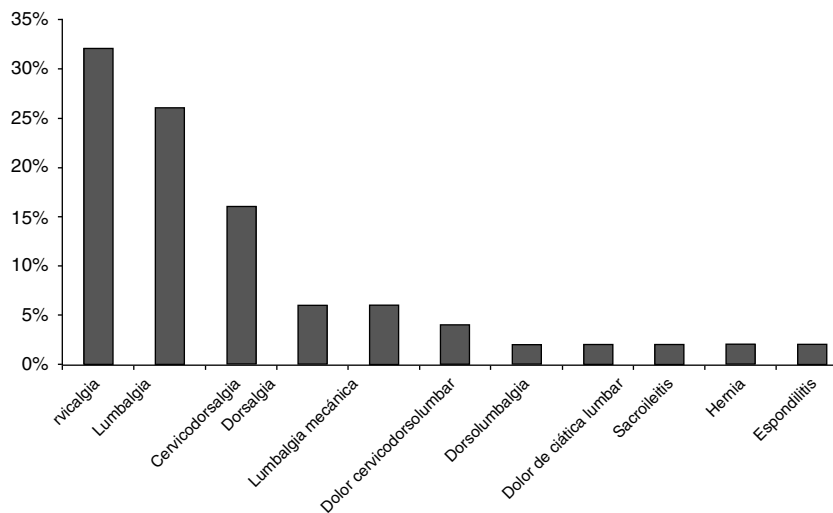


Figura 1 – Prevalencia absoluta de los tipos de dolor en la muestra.

Fuente: autores.

Tabla 1 – Relación entre intensidad del dolor actual, tiempo transcurrido desde el primer episodio de dolor del paciente y edad

		Duración del dolor					Edad		Total (%)
		6-9 meses	1-5 años	6-10 años	11-15 años	16-20 años	35-75 años	15-34 años	
Intensidad del dolor actual (porcentaje entre pacientes)	Dolor leve (%)	22	44	12	0	22	89	11	18
	Dolor moderado (%)	22	59	14	0	5	77	23	44
	Dolor severo (%)	5	84	6	5	0	68	32	38
	Total (%)	16	66	10	2	6	76	24	100

Fuente: autores.

Tabla 2 – Frecuencia de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes

	Baja	Media	Alta
Desviar la atención (%)	50	38	12
Reinterpretar las sensaciones de dolor (%)	38	28	34
Ignorar el dolor (%)	24	54	22
Autoafirmación (%)	12	78	10
Rezar y tener esperanza (%)	14	46	40
Catastrofización (%)	70	20	10
Aumento de la actividad conductual (%)	20	42	38

Fuente: autores.

Tabla 3 – Dimensiones de calidad de vida en pacientes con dolor crónico

	Ninguno	Moderado	Alto
Movilidad (%)	4	42	54
Cuidado personal (%)	0	34	66
Actividades normales (%)	4	70	26
«Dolor/molestia» (%)	18	66	16
Ansiedad/depresión	70	24	6

Fuente: autores.

indican que los pacientes reportan tener mayor alivio del dolor mediante fisioterapia, en contraposición con otras terapias intervencionistas²¹.

Las expectativas de autoeficacia juegan un papel crucial en la experiencia del dolor crónico²³⁻²⁶. Con relación a la percepción de control del dolor, el 6% de la muestra percibió una falta de control, en comparación con el 78%, que experimentó algo de control. Respecto a la percepción de la capacidad para minimizar el dolor, solamente un 16% de la muestra tuvo la percepción de no poder hacerlo, lo cual sugiere que la mayoría de los participantes muestran una alta autoeficacia con respecto a su experiencia de dolor, tienen recursos y una alta percepción de control y capacidad para afrontarlo, utilizando estas destrezas para garantizar un buen nivel de adaptación general al afrontamiento.

Siguiendo el mismo esquema descriptivo con respecto a la edad, encontramos que el mayor porcentaje de participantes se encontraban en un rango de edad entre los 35 y 75 años, con una sobrerrepresentación en todas las categorías de severidad del dolor. La literatura anterior ha confirmado que el sufrimiento y el dolor son prevalentes entre las poblaciones adultas^{18,27,28}. Algunos autores indican que los sujetos experimentan cambios en la percepción de dolor o sensibilidad a medida que envejecen, con una menor sensibilidad al dolor con el tiempo²⁰. Sus hallazgos son consistentes con los datos del presente estudio, puesto que una menor proporción de

los participantes en edades entre los 35-75 años reportaron dolor moderado (77%) en comparación con dolor severo (68%). Contrario a este planteamiento, Fordyce²⁹ argumenta que los pacientes adultos se quejan más de dolor que los jóvenes, en tanto que otros estudios sugieren que las quejas de dolor se basan en la tendencia a reportar dolor en lugar de sensibilidad a la percepción del mismo³⁰⁻³².

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, catastrofizar fue la menos utilizada por los pacientes, lo cual indica que no tienen una visión catastrófica de su dolor y no lo perciben como un evento incontrolable o amenazante, usualmente asociado a un buen pronóstico de su condición³³. Por el contrario, los participantes reportaron comúnmente las autoafirmaciones, rezar o tener esperanza, seguidas de una mayor actividad conductual, con una frecuencia media o alta.

La autoafirmación positiva es una estrategia cognitiva de afrontamiento dirigida a reducir el grado de reacción emocional a través del pensamiento positivo y extrayendo un valor positivo de eventos negativos^{11,14}. Se trata de una estrategia cognitiva, puesto que el sujeto acepta la responsabilidad personal y experimenta el dolor como un medio de crecimiento personal¹⁴.

En el análisis de la relación entre las variables de investigación se encontró una correlación significativa entre la intensidad del dolor actual y la estrategia de afrontamiento de ignorar el dolor; sin embargo, no hubo relación con las

otras estrategias de afrontamiento. Esto concuerda con hallazgos similares en donde la evasión del dolor y la cognición se asocian marcadamente a mayor intensidad del dolor en los pacientes con lumbalgia. Quienes experimentan una mayor intensidad de dolor aumentan el uso de la estrategia de ignorar el dolor³⁴.

En la estrategia de ignorar el dolor enfocándose en el movimiento, el individuo hace un esfuerzo por controlar la respuesta emocional negativa relacionada con el dolor¹⁰⁻¹². Por esta razón se considera una estrategia de evasión, puesto que apunta a evadir el problema o las emociones negativas que este implica.

También se observó una correlación negativa entre la duración del dolor y minimizar la estrategia de afrontamiento del dolor; sin embargo, no se encontró ninguna relación entre su duración y las otras estrategias de afrontamiento. La mayoría de los participantes habían soportado el dolor por un tiempo moderado (máximo 5 años); al mismo tiempo, reportan poder minimizar el dolor. En otras palabras, entre más corta la duración del dolor, mayor la percepción de su capacidad para minimizarlo³⁵.

Posiblemente esto se explique por el hecho de que si los pacientes han soportado dolor por corto tiempo, tendrán mayores expectativas de autoeficacia con respecto a sus propias habilidades y recursos para afrontarlo y tratarán de poner en práctica dichas habilidades y recursos a fin de eliminar el dolor. Sin embargo, a medida que transcurre el tiempo y el dolor sigue presente, perciben que estas habilidades no son tan efectivas, y así cambia su percepción del control sobre el dolor. En este caso, Rotter³⁵ explica que los pacientes con una mayor percepción de control reportarán menores niveles de intensidad del dolor. La percepción de incapacidad para controlarlo genera pensamientos de inutilidad e impotencia contra el dolor, desencadenando emociones negativas³⁶⁻³⁷. Soucase et al.²⁸ también sugieren que los pacientes tienden a expresar sus emociones durante la fase inicial de la enfermedad, pero posteriormente las reprimen y la evaluación de la amenaza, junto con una expectativa pesimista de alivio del dolor en el corto plazo, predice dificultades para su salud emocional por causa de un alto nivel de ansiedad.

Contrario a otros estudios^{2,28,32}, la intensidad y la duración del dolor no tienen una correlación significativa con la calidad de vida; ello sugiere que padecer dolor crónico de espalda no es un factor determinante que afecte la calidad de vida. En general, es indispensable reconocer el dolor como una experiencia compleja en la cual interactúan factores moleculares, celulares, fisiológicos, biológicos, psicológicos y sociales. En consecuencia, es imposible establecer criterios definitivos para evaluar el dolor y cómo este puede afectar la calidad de vida de las personas¹⁸.

Finalmente, Zarazaga et al.³⁰ explican que, a pesar de sentir dolor, las estrategias de afrontamiento determinan el estado mental del paciente y su capacidad para realizar las tareas cotidianas. Sin embargo, pareciera haber cierta independencia entre estas tres variables, de manera que, por ejemplo, un paciente puede tener una alta intensidad de dolor, buen desempeño y un estado mental positivo dependiendo de la forma en que haya evaluado el dolor y el uso que haga de las estrategias de afrontamiento.

A pesar de que este estudio ofrece nueva información de comunidades remotas, es necesario comentar algunas limitaciones importantes. En primer lugar, las mediciones de autorreporte pueden verse afectadas por problemas de memoria o por respuestas socialmente deseables. Es necesario implementar mediciones objetivas. En segundo lugar, la participación en el presente estudio fue voluntaria, lo cual podría significar un sesgo de selección. Las investigaciones a futuro podrían beneficiarse de una muestra más grande y más diversa. En tercer lugar, las circunstancias del dolor incluidas en este estudio no son exhaustivas; por lo tanto, los estudios que se hagan en el futuro deberán incluir más variables psicológicas, cognitivas y ambientales asociadas al dolor y al funcionamiento de las personas desde una perspectiva multidisciplinaria, a fin de lograr una mejor comprensión y una mejor explicación de los determinantes del dolor de espalda crónico. Para lograr el objetivo es necesario un abordaje biopsicosocial que integre diversas disciplinas en el sistema de atención para la salud. Además, deberán explorarse técnicas emergentes para el manejo del dolor crónico (p.ej., neuroestimulación³⁸ y opiáceos³⁹).

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiamiento

Los autores no recibieron financiamiento.

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores del presente manuscrito tenemos conflictos de intereses financieros con relación al trabajo realizado.

REFERENCIAS

1. Aminian O, Mehrdad R, Berenji M. Prevalence of low back pain and disability in bank office workers in western Tehran. *The Global Occupational Health Network*. 2003;6:43.
2. Quartana PJ, Burns JW, Lofland KR. Attentional strategy moderates effects of pain catastrophizing on symptom-specific physiological responses in chronic low back pain patients. *J Behav Med*. 2007;30:221-31.

3. Quintanilla R, Valadez I, Valencia S, González JM. Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida. *Inves en Salud*. 2005;2:112-6.
4. Colin H. Fisiopatología del dolor de espalda baja. *Journal Club*. 2015 [consultado 12 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.dolorypaliativos.org/jc56.asp>.
5. Moix J. Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anu Psicol*. 2005;36:37-60.
6. Guic SE, Rebolledo MP, Galilea ME, Robles GI. Contribución de factores psicosociales a la cronicidad del dolor lumbar. *Rev Med Chil*. 2002;130:1411-8.
7. Rodríguez L, Cano F. El papel del psicólogo en el abordaje del dolor. *Actualiz Dolor*. 2001;2:179-88.
8. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. Chicago: Springer Publishing Company; 1984.
9. Soriano J, Monsalve V. Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2002;9:13-22.
10. Riso W. *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Norma; 2006.
11. Taylor SE, Erazo LR. *Psicología de la Salud*. Mexico DF: McGraw-Hill Interamericana México; 2007.
12. Bravo UP. Descripción de una muestra de pacientes chilenos que reciben atención en el hospital clínico de la Universidad de Chile; de factores que inciden en afrontamiento & adaptación al estrés de la enfermedad oncológica [tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Madrid-Chile. 2001.
13. Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*. 1983;17:33-4.
14. Bakal DA. *Psicología y salud*. Mexico DF: Desclée de Brouwer; 1996.
15. Rodríguez Franco L, Cano García FJ, Blanco Picabia A. Evaluación de las estrategias de afrontamiento en dolor crónico. *Actas Esp Psiquiatr*. 2004;32:82-91.
16. López-Silva M, Sánchez M, Rodríguez-Fernández M, Vázquez-Seijas E. *Cavidol. Calidad de vida y dolor en atención primaria*. *Rev Soc Esp Dolor*. 2007;14:9-19.
17. Benítez M, Pájaro M. *Diseño de un protocolo de evaluación psicológica para pacientes con dolor crónico de espalda [tesis Maestría]*. Bogotá, Colombia: Universidad del Bosque; 2006.
18. Rangel MV, Peñarroya A, Ballús-Creus C, Pérez J. Características psicológicas en pacientes con dolor crónico e intensidad del dolor. Presentado al 11.º Congreso Virtual de Psiquiatría, 30 Julio 2009. Disponible en: <https://goo.gl/ySFrMV>.
19. Brooks RG, Jendteg S, Lindgren B, Persson U, Björk S. EuroQol@: Health-related quality of life measurement. Results of the Swedish questionnaire exercise. *Health Policy*. 1991;18:37-8.
20. Badía X, Fernandez E, Segura A. Influence of socio-demographic and health status variables on evaluation of health states in a Spanish population. *Eur J Public Health*. 1995;5:87-93.
21. Lesmes MLM, Ortega JER. Calidad de vida en pacientes con dolor lumbar mecánico tratados con medicina manual osteopática. *Rev Colomb Med Fis Rehab*. 2009;19:48-54.
22. Camargo D, Orozco L, Hernández J, Niño G. Dolor de espalda crónico y actividad física en estudiantes universitarios de áreas de la salud. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16:429-36.
23. Arnstein P. The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disabil Rehabil*. 2000;22:794-801.
24. Buckelew SP, Murray SE, Hewett JE, Johnson J, Huyser B. Self efficacy, pain, and physical activity among fibromyalgia subjects. *Arthritis Care Res*. 1995;8:43-50.
25. Buckelew SP, Parker JC, Keefe FJ, Deuser WE, Crews TM, Conway R, et al. Self-efficacy and pain behavior among subjects with fibromyalgia. *Pain*. 1994;59:377-84.
26. Vallejo MA. Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Bol Psicol*. 2005;84:41-8.
27. Ramírez C. Las características personales en la experiencia de dolor y en el proceso de afrontamiento. *Escritos Psicol*. 2002;6:40-2.
28. Soucase B, Monsalve V, Soriano J. Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2005;2:8-16.
29. Fordyce WE. Behavioral methods for chronic pain and illness. *Pain*. 1976;3:291-2.
30. Zarazaga RE, Martínez AEL, Maestre CR. Factores Psicológicos Relacionados con la Experiencia de Dolor Crónico [Internet]. 2013 [consultado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://www.cop.es/infocop/vernumero.asp?id=1361>.
31. Clark WC, Mehl L. Signal detection theory procedures are not equivalent when thermal stimuli are judged. *J Exp Psychol*. 1973;97:148.
32. Torre F, Martín-Corral J, Callejo A, Gómez-Vega C, la Torre S, Vallejo RM, et al. Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Rev Soc Esp Dolor*. 2008;15:83-93.
33. Jauregui AL, Zarazaga RE, Ortiz MTA, Martel LC, Ramírez C. El rol de las cogniciones en la modulación del dolor: evaluación de las creencias en pacientes con dolor crónico. *Rev Esp Neuropsi*. 2001;3:46-52.
34. Guic E, Puga I, Robles I. Estrategias de afrontamiento en pacientes con lumbago crónico. *Psykhé*. 2002;1:159-66.
35. Rotter JB. Internal versus external control of reinforcement. *Am Psychol*. 1990;45:489-93.
36. Anarte M, Ramírez C, López A, Esteve R. Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor oncológico y benigno. *Rev Soc Esp Dolor*. 2002;8:102-10.
37. Oblitas LA, Guadalupe LAO. *Psicología de la salud y calidad de vida*. Mexico DF: Cengage Learning Latin America; 2006.
38. Griego JM, Gómez MP, Gomezese OF, Cadavid AM, Yepes CJ, Mayungo T, et al. Adaptación colombiana de las guías de neuroestimulación espinal en el manejo del dolor crónico e isquémico. *Rev Colomb Anestesiología*. 2016;44:334-40.
39. Vera-Montoya M, Marín-Gaviria L, Calvache JA. Lectura crítica del estudio «Prescripción de opioides de acción prolongada y mortalidad en pacientes con dolor crónico no oncológico». *Rev Colomb Anestesiología*. 2016;44:330-3.