

Evaluación del catastrofismo en pacientes con Lumbalgia Crónica en el Servicio de Dolor del Hospital de Clínicas

Castillo Martin
Diz Ignacio
Diaz Luca
Galeano Nicol
Geymonat Isabel
Giusiano Camila

Orientador: Prof. Agdo. Pablo Castroman

Policlínica de terapia del dolor, Dpto de Anestesia, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”

Ciclo de metodología científica II / 2018
Grupo nº 44

Índice

- *Página 3:* Resumen- Palabras claves.
- *Página 4:* Introducción
- *Página 8:* Objetivos generales y específicos
- *Página 9:* Materiales y métodos:
 - Participantes
 - Instrumentos
 - Procedimientos
- *Página 10:* Evaluación estadística
- *Página 11:* Resultados
- *Página 18:* Discusión
- *Página 20:* Conclusión
- *Página 21:* Referencias bibliograficas
- *Página 24:* Agradecimientos
- *Página 25:* Anexos

Resumen

El dolor crónico es una experiencia dolorosa de larga duración, generalmente asociada a una enfermedad prolongada, no cede totalmente con el tratamiento y carece de valor adaptativo.

El catastrofismo es la percepción mental, negativa y exagerada, respecto a la experiencia del dolor, tanto real como anticipada. Comprende tres dimensiones: rumiación (preocupación constante e incapacidad de inhibir pensamientos relacionados con el dolor), magnificación (exageración de lo desagradable de las situaciones de dolor y las expectativas de consecuencias negativas) y desesperanza (considerarse ineficaz para afrontar con éxito el dolor). Sus consecuencias son: dolor más intenso, mayor consumo de analgésicos, disminución de las actividades diarias, incapacidad laboral, mayor sensibilidad al dolor, inferencias en el uso de estrategias de afrontamiento y peor pronóstico general.

El objetivo de este estudio fue evaluar el nivel de Catastrofización del Dolor en pacientes con Lumbalgia Crónica del Hospital de Clínicas, utilizando la Escala de Catastrofización del Dolor. La muestra fue de 69 pacientes. Se realizaron estadísticas observacionales descriptivas analizando la escala y las dimensiones que la componen con el sexo, la edad, el tiempo de evolución, el tipo de dolor y el inventario abreviado del dolor. Se encontró una correlación lineal positiva entre nivel total de Catastrofización y sus tres dimensiones con la intensidad del dolor y la interferencia que este produce sobre las actividades diarias. La intensidad del dolor y su interferencia fueron altas en la muestra estudiada (mayor de 6) y también lo fue la Catastrofización total (mayor de 30). No hubo asociación entre catastrofización, edad, tiempo de evolución del dolor, lumbalgia o lumbociatalgia.

Este es el primer estudio de evaluación del catastrofismo en pacientes con dolor crónico en nuestro país. Los niveles elevados encontrados obligan a ofrecer en nuestro servicio, medidas de intervención que logren reducir estos niveles, de modo de lograr mejores resultados de nuestros tratamientos farmacológicos o intervencionistas.

Palabras clave: Escala de Catastrofización del Dolor, Inventario abreviado del dolor, lumbalgia, lumbociatalgia, dolor crónico.

Introducción

El dolor es un síntoma común que está presente en una amplia variedad de procesos y tiene un impacto sustancial en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes.¹ El dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a un daño tisular real o potencial.¹ Se ve afectado por factores biológicos, psicológicos y socio culturales que interactúan entre si. Suelen asociar factores cognitivos que actúan en el proceso de cronificación del dolor; estos son: el significado que se le atribuye 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 previo y las estrategias para enfrentar el dolor.²

El dolor crónico es una experiencia dolorosa de larga duración, generalmente asociada a una enfermedad prolongada, no cede totalmente con el tratamiento, y carece de valor adaptativo.³ Las expectativas de autoeficacia juegan un papel crucial en la experiencia de dolor crónico. 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 tratan de poner en practica 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 efectivas y así cambia su percepción del control sobre el dolor. Una mayor duración de dolor significa que se utilizan menos estrategias de afrontamiento para minimizarlo.³

Se define la lumbalgia como el dolor o malestar localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas, sin que esta irradiación por debajo de la rodilla deba ser considerada de origen radicular.⁴

Las dolencias de la región lumbar constituyen un problema significativo y de importancia creciente. Estudios de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo muestran que entre el 60 % y el 90 % de las personas padecerán de problemas de salud a nivel lumbar en algún momento de sus vidas, por lo tanto se considera como una de las causas más comunes de la consulta externa de medicina general y especializada.⁵

La lumbalgia crónica inespecífica (LCI) es aquella que dura más de 12 semanas, cuya intensidad varía en función de las posturas y la actividad física, que suele acompañarse de limitación dolorosa del movimiento y puede asociarse a dolor referido o irradiado. El modelo biopsicosocial del dolor lumbar amplía el paradigma tradicional que relacionaba directamente el dolor con la presencia de fisiopatología de daño tisular, reconociendo la compleja

multidimensionalidad del dolor en la interacción de factores biológicos, psicológicos, emocionales y sociales.⁶

El Síndrome Radicular Lumbosacro (SRL) es una consulta frecuente de dolor neuropático, se caracteriza por dolor lumbar irradiado a uno o más dermatomas lumbares o sacros, comúnmente denominado lumbociatalgia. Puede o no acompañarse de síntomas radiculares irritativos, como son las parestesias y eventualmente síntomas y signos deficitarios. Interfiere con la actividad de los individuos generando discapacidad en rangos que varían desde la limitación para realizar actividades cotidianas (vestirse, caminar) hasta en su desempeño laboral.⁷

La base fisiopatológica de este tipo de dolor es la irritación por inflamación o compresión de las raíces nerviosas comprometidas. Las causas del SRL son variadas, siendo las hernias de disco y las protrusiones discales más frecuentes en los pacientes menores de 50 años y los cambios degenerativos en la columna lumbar, como por ejemplo la estenosis foraminal, en los pacientes mayores de esa edad.⁸

El inventario abreviado del dolor (IAD) es un cuestionario autoadministrado y de fácil comprensión, que consta de 2 dimensiones, una de ellas para valorar la severidad del dolor (intensidad máxima, mínima, media e intensidad actual del dolor); y la otra para valorar la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria del paciente. (9). El Pain Research Group del Centro Colaborador de la OMS para la Evaluación de Síntomas en la Atención del Cáncer ha desarrollado el Inventario Abreviado de Dolor (IAD) o Brief Pain (BPI Pain Inventory), como herramienta de evaluación del dolor para pacientes con cáncer. (10). Como se mencionó anteriormente, inicialmente el IAD fue desarrollada para valorar el dolor relacionado al cáncer, luego se demostró también ser apropiado para medir el dolor causado por una amplia gama de condiciones clínicas, existiendo versiones validadas en varios idiomas.⁹

El IAD es una de las herramientas más utilizadas para evaluar dolor clínico. La forma corta del instrumento consiste de artículos para medir las percepciones del paciente sobre la gravedad del dolor, elementos para evaluar el grado de interferencia del dolor en el funcionamiento diario, diagramas corporales en los que los pacientes indican la ubicación del dolor, un elemento para registrar el medicamento que se utiliza para calmar el dolor, y una escala verbal numérica (EVN) para evaluar el grado de alivio del dolor en las últimas 24 horas. Los ítems en la escala de severidad del dolor evalúan el dolor del paciente "en su peor", "al menos" y "en promedio" durante las últimas 24 horas, así como también "dolor ahora" (dolor en el momento de completar el cuestionario). Los pacientes responden en cuatro escalas de calificación numérica de 0 a 10. Cada escala presentada como una fila de números equidistantes, donde 0 = "sin dolor" y 10 = "dolor tan malo como puedas imaginar". La escala de interferencia del dolor pide a los

pacientes evaluar cómo su dolor interfiere con el "disfrute de la vida" "Actividad general", "capacidad para caminar", "estado de ánimo", "sueño", "Trabajo normal" y "relaciones con otras personas". Las respuestas están en escalas de calificación numérica ancladas por 0 = "no interfiere" y 10 = "interfiere completamente".¹

La Catastrofización del dolor es la percepción mental, negativa y exagerada, respecto a la experiencia del dolor, tanto real como anticipada. Sus consecuencias son: dolor más intenso, mayor consumo de analgésicos, disminución de las actividades diarias, incapacidad laboral, mayor sensibilidad al dolor, interferencias en el uso de estrategias de afrontamiento y peor pronóstico de los tratamientos analgésicos realizados.¹¹

Comprende tres dimensiones: Rumiación (preocupación constante e incapacidad de inhibir pensamientos relacionados con el dolor), magnificación (exageración de lo desagradable de las situaciones de dolor y las expectativas de consecuencias negativas) y desesperanza (considerarse ineficaz para afrontar con éxito el dolor).²

Por lo general, no se concibe como una estrategia de afrontamiento en sí misma. El papel del catastrofismo es notable en la valoración de la situación y la experiencia del dolor: a niveles altos está relacionado con un aumento la sensibilidad, la intensidad y la incapacidad que este produce, con un empobrecimiento del estado emocional asociado a la ansiedad y la depresión, de forma que todo ello dificulta la respuesta al tratamiento.^{12,13}

En el nivel de catastrofismo, un grupo de menos tiempo mostraba un nivel superior de catastrofismo mientras que el grupo de más tiempo lo mostraba menor.¹²

Por otra parte y en relación al sexo, se ha observado que las mujeres muestran niveles más altos de catastrofización que los hombres, constatándose que la catastrofización daría cuenta de las diferencias de género en parámetros de dolor tanto en pacientes con dolor crónico como en personas sanas.¹⁴

La Escala de Catastrofización del Dolor, versión en español, es un inventario de autoinforme, estable, compuesto por 13 ítems (pensamientos catastrofistas) que se agrupan en tres factores: Rumia cognitiva, Magnificación y Desesperanza. El informante valora mediante una escala Likert de cinco puntos (0, nada en absoluto; 1, un poco; 2, moderadamente; 3, mucho y 4, todo el tiempo) la intensidad con que ha experimentado cada pensamiento mientras ha sufrido dolor. A mayor puntuación, mayor catastrofización del dolor.²

En este estudio se evaluará la catastrofización del dolor en pacientes con dolor crónico lumbosacro utilizando la Escala de Catastrofización validada en idioma español. La evaluación del dolor se realizará además, en una modalidad multidimensional, utilizando el Inventario

Abreviado del Dolor (IAD). La misma se desarrollará en Policlínica del Tratamiento del Dolor del Departamento y Cátedra de Anestesiología del Hospital de Clínicas en el período comprendido entre mayo-julio 2018.

Objetivo general

- Evaluar el nivel de Catastrofización del Dolor, en su valor total y en sus tres dimensiones en una muestra de pacientes con Lumbalgia Crónica del Hospital de Clínicas, utilizando la Escala de Catastrofización del Dolor validada en idioma español.

Objetivos específicos

- Determinar la relación entre Catastrofización del Dolor en su valor total y en sus tres dimensiones entre: la Intensidad del Dolor medido por la Escala Verbal Numérica y el Score de Intensidad y la Interferencia que el dolor provoca sobre las actividades diarias medido mediante el Score de Interferencia, todo esto evaluado con el Inventario Abreviado para el Dolor (IAD).
- Comparar la Catastrofización del Dolor en su valor total y en sus tres dimensiones en paciente con dolor lumbar y lumbociatalgia.
- Comparar Catastrofización del Dolor en su valor total y en sus tres dimensiones entre el sexo femenino y en el sexo masculino.
- Comparar Catastrofización del Dolor en su valor total tomando en cuenta el tiempo de evolución de su dolor crónico.
- Valorar si la edad de los pacientes influye en la catastrofización del dolor.

Materiales y métodos

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, de intervención, para evaluar el catastrofismo del Dolor a través de la Escala de Catastrofización del Dolor, validada en idioma español, en una muestra de pacientes con dolor lumbar crónico ya sea radicular o no en el Servicio de terapia del Dolor del Hospital de Clínicas.

Participantes

La muestra no probabilística, constó de 68 pacientes. Estos pacientes contaban con diagnóstico clínico de Lumbalgia o Lumbociatalgia Crónica, debido a Síndrome Radicular Lumbosacro, Síndrome Facetario o ambos, confirmado o no por imagen (Resonancia Magnética y/o Tomografía Computada), excluyendo todos los demás Síndromes Dolorosos.

Participaron en forma voluntaria mediante la firma del formulario del Consentimiento Informado, posterior a su lectura, explicación y comprensión.

Se llenó un formulario con los datos personales del paciente que incluye: Nombre y Apellido, Cédula de Identidad o Número de Registro, Sexo, Edad, Tiempo de Evolución del dolor en meses, si tiene Lumbalgia o Lumbociatalgia, territorio radicular y diagnóstico (clínico e imagenológico), tratamiento realizado hasta el momento, tratamiento propuesto (intervencionista o no).

Criterios de exclusión: menores de 18 años y otros cuadros dolorosos que no sean los ya mencionados.

Instrumentos

Se completó el Inventario Abreviado para el Dolor (IAD) como es rutina en los pacientes que acuden al Servicio de Terapia del Dolor que consta de un diagrama para registrar la localización del área dolorosa e una figura humana, por escala para la evaluación de la intensidad e impacto de dolor, en las que la intensidad de dolor es registrada mediante escalas numéricas que varían entre 0 (ningún dolor) 10 (el peor dolor posible) y por un conjunto de afirmaciones sobre la actividad de vida de la persona, actividad general, estado de ánimo, capacidad de caminar, el trabajo, las relaciones sociales, el sueño y la capacidad de diversión, medidas en una escala con diez valores (desde ninguna interferencia hasta interferencia total).

Durante la entrevista clínica se realizó la Escala de catastrofización del dolor. Esta escala consta de 13 ítems que evalúan, en una escala Likert de 0 (nada en absoluto) a 4 (todo el tiempo), aspectos específicos de la catastrofización ante el dolor: rumiación, magnificación y desesperanza.

Procedimiento

Durante las consultas habituales realizadas en el período contemplado entre 5 de Junio y el 14 de Septiembre de 2018, un investigador ofreció al paciente a participar mediante previa explicación, comprensión y aceptación del consentimiento informado a formar parte del estudio mediante la realización de escalas, las cuales fueron Inventario Breve del dolor y la escala de Catastrofización del Dolor. El tiempo promedio de realización fue de 15- 20 minutos.

Con los datos recolectados se realizó una tabla en Excel (ver anexo), a partir de este punto se comenzaron a analizar los datos.

Evaluación Estadística

Los datos se presentan como la media, su desvío estándar, varianza, mediana y/o porcentajes.

La relación entre Catastrofización del Dolor en su valor total y en sus tres dimensiones entre: la Intensidad del Dolor medido por la Escala Verbal Numérica (EVN) y el Índice de Interferencia se evaluó a través del Coeficiente de Correlación de Pearson y concordancia o discrepancia. Se realizaron los gráficos con el programa Graphpad Prism version 7.

La comparación entre Catastrofización del Dolor en su valor total entre sexo y tipo de dolor (lumbalgia y lumbociatalgia) se analizaron utilizando el Test de Chi Cuadrado.

Para valorar si la edad de los pacientes influye en la Catastrofización del Dolor en su valor total, se dividieron en dos grupos etarios (en menores o igual y mayores de 50 años) y estos se analizaron con un test de Chi cuadrado

Para valorar si el tiempo de padecimiento del dolor crónico influye en la Catastrofización del Dolor en su valor total, se dividió la población según el tiempo de evolución (menor o igual y mayor a 24 meses), y se analizaron con un test de Chi Cuadrado.

Todos los cálculos estadísticos fueron realizados utilizando el programa Graphpad Prism version 7.

Un valor p menor o igual a 0.05 se considerará estadísticamente significativo.

Resultados

¹ *Tabla 1: Recolección de datos (tabla completa en anexos)*

	EDAD	TIEMPO	EVN	INTENSIDA D	INTERFER	CATASTRO FE	RUMIACION	MAGNIFICA CION	DESESPER ANZA
Media	50,51	66,13	7,23	7,02	6,36	33,44	10,91	7,31	15,37
DS	12,22	77,86	2,69	2,15	2,31	14,55	4,89	3,74	7,22
Variabilidad	0,24	1,18	0,37	0,31	0,36	0,44	0,45	0,51	0,065
Mediana	51	36	8	7,25	6,8	36	12	8	17

Un total de 68 pacientes fueron evaluados, 46 mujeres y 22 hombres, con una edad promedio de $50,51 \pm 12$. De éstos, 18 pacientes tenían lumbalgia exclusivamente y 59 padecían lumbociatalgia.

En esta tabla se presentan los datos con su media y desvío estándar: edad de los pacientes ($50,51 \pm 12,22$), el sexo, tiempo de evolución de dolor ($66,13 \pm 77,86$), escala verbal numérica ($7,23 \pm 2,68$), intensidad ($7,01 \pm 2,15$) e interferencia ($6,36 \pm 2,31$); estas últimas tres columnas forman parte del IBD; Catastrofización en su valor total ($33,44 \pm 14,54$), y sus tres dimensiones (rumiación [$10,91 \pm 4,89$], magnificación [$7,31 \pm 3,74$] y desesperanza [$15,37 \pm 7,22$]), y la característica del dolor (Lumbar o Radicular).

El tiempo promedio de evolución del dolor fue de 66 ± 77 meses.

La intensidad media del dolor medida con la Escala Verbal Numérica (EVN) obtenido de la pregunta 6 del IAD fue de $7,23 \pm 2,68$, lo que puede clasificarse como Dolor Intenso. El Índice de Intensidad, que surge de promediar las preguntas 3 a 6 del inventario fue de una media de $7,01 \pm 2,15$ y el Índice de Interferencia muestra un promedio de $6,36 \pm 2,31$. Estos niveles de Interferencia sobre las actividades diarias son elevados, indicando una importante limitación a la vida cotidiana de los pacientes por la lumbalgia crónica. Los niveles de Catastrofización en su valor total fue de un promedio de $33,44 \pm 14,5$ y la media de los niveles en sus tres dimensiones fueron: Rumiación $10,91 \pm 4,89$, Magnificación $7,31 \pm 3,74$ y la Desesperanza fue de $15,37 \pm 7,22$.

² *Tabla 2: Media de catastrofización para sexos (ver tabla completa en anexos)*

	SF	SM
Media de catastrofización	36,19	27,91

³ *Tabla 3: Media de catastrofización para dolor lumbar y radicular (ver tabla completa en anexos)*

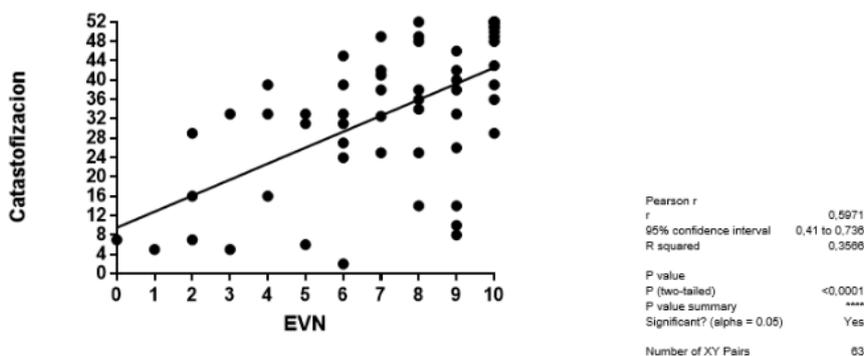
	Lumbalgia	Lumbociatalgia
Media de catastrofización	32,55	33,7

Los niveles promedios totales de Catastrofización fueron mayores en mujeres que en hombres 36 ± 13 versus 29 ± 15 , sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,2$ test de Chi2).

Los niveles medios totales de Catastrofización fueron similares en pacientes con Lumbalgia exclusiva comparado los promedios con aquellos pacientes que presentaron Lumbociatalgia (32 y 33 respectivamente).

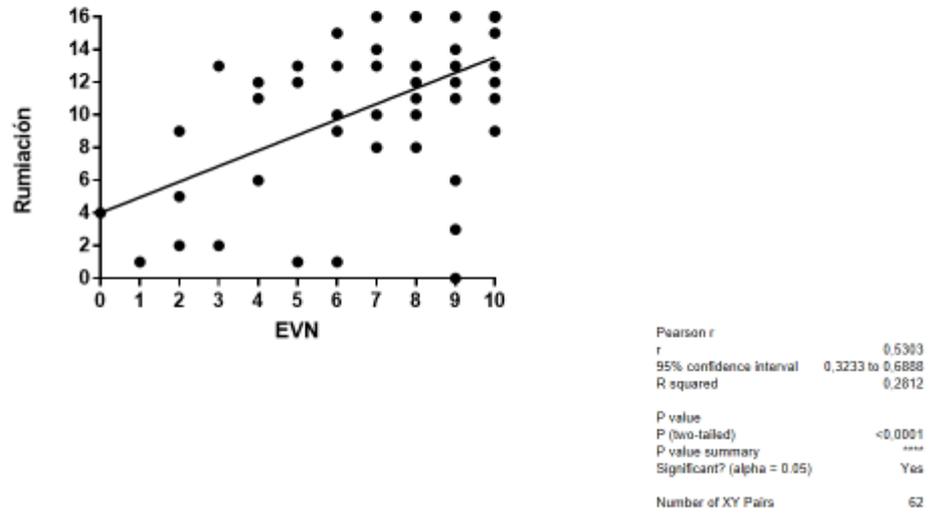
Se estudió la posible correlación entre Catastrofización total y sus tres dimensiones (Rumiación, Magnificación y Desesperanza) con las distintas variables obtenidas del IAD, como EVN e Índice de Interferencia calculando en cada caso el coeficiente de Correlación de Pearson y graficando los correspondientes diagramas de dispersión, con su línea de ajuste, utilizando el programa Graphpad Prism Version 7.

Figura 1: Catastrofización Total /EVN



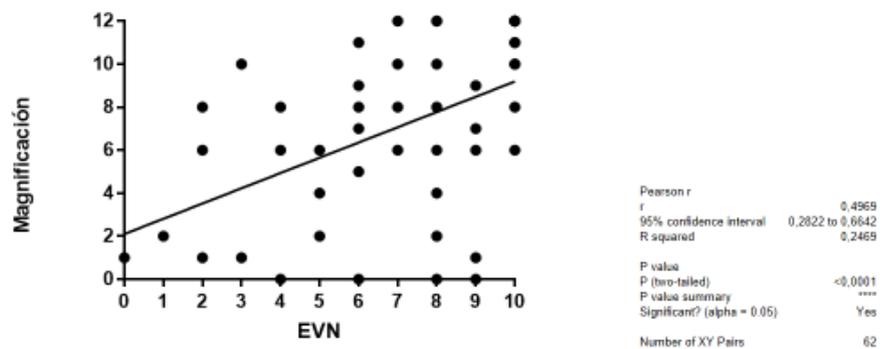
Los resultados obtenidos entre Catastrofización y la EVN calculando el coeficiente de correlación de Pearson : valor de $r = 0,4261$, Intervalo de Confianza (IC) 95%= $0,1952-0,6122$. $R^2 0,1816$. Valor $p=0,0006$.

Figura 2: Rumiación/ EVN



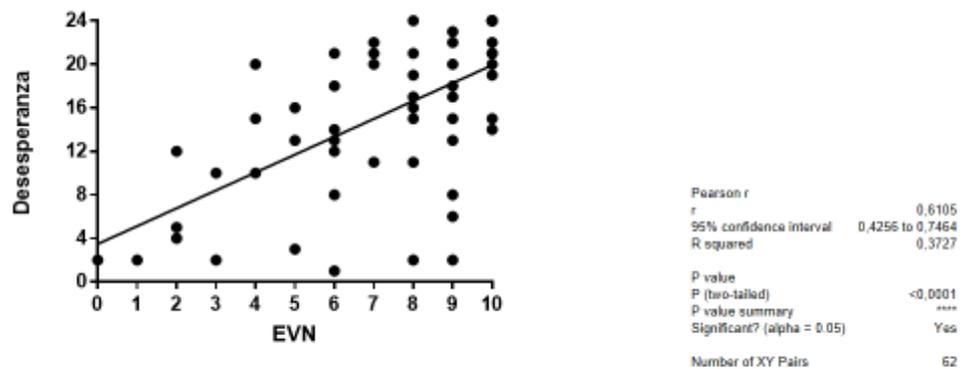
Los resultados obtenidos entre Rumiación e EVN para Correlación de Pearson r, da: valor de r 0,53, R² 0,28. Valor p=0,0001.

Figura 3: Magnificación/EVN



Los resultados obtenidos entre Magnificación e EVN para Correlación de Pearson r, da: valor de r 0,49, R² 0,24. Valor p=0,0001

Figura 4: Desesperanza/EVN

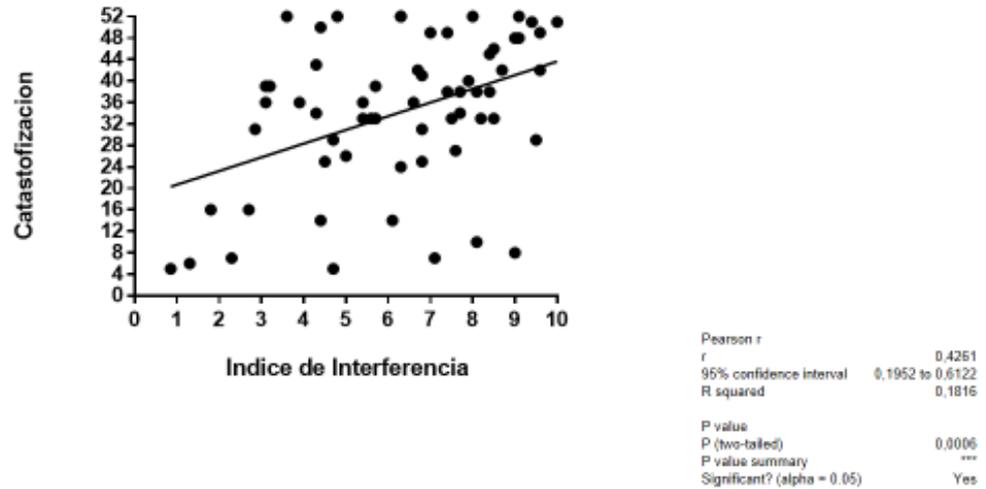


Los resultados obtenidos entre Desesperanza e EVN para Correlación de Pearson r, da: valor de r 0,59, R² 0,35. Valor p=0,0001

En resumen, se observó una correlación lineal positiva entre Catastrofización Total y sus tres dimensiones con la intensidad del dolor medido por el EVN.

Resultados similares se encontraron entre Catastrofización Total y sus tres dimensiones con el Índice de Interferencia, lo que se muestra en las figuras 5, 6,7 y 8.

Figura 5. Catastrofización Total/Interferencia



Los resultados obtenidos entre Catastrofización Total e Índice de Interferencia para Correlación de Pearson r, da: valor de r 0,42, R² 0,18. Valor p=0,0006

Los resultados obtenidos entre Rumiación e Índice de Interferencia para Correlación de Pearson r, da: valor de r 0,44, R² 0,20. Valor p=0,0003. Ver gráfico en anexos (⁴Figura 6)

Los resultados obtenidos entre Magnificación e Índice de Interferencia para Correlación de Pearson r, da: valor de r 0,34, R² 0,11. Valor p=0,0068. Ver gráfico en anexo (⁵Figura 7)

Los resultados obtenidos entre Desesperanza e Índice de Interferencia para Correlación de Pearson r, da: valor de r 0,39, R² 0,15. Valor p=0,0019. Ver gráfico en anexo (⁶Figura 8)

No se encontró correlación lineal entre Catastrofización y edad o tiempo de evolución del dolor. Las figuras 9 y 10 muestran los diagramas de dispersión y el cálculo del coeficiente de Pearson para éstos casos.

Figura 9: Catastrofización/ Edad

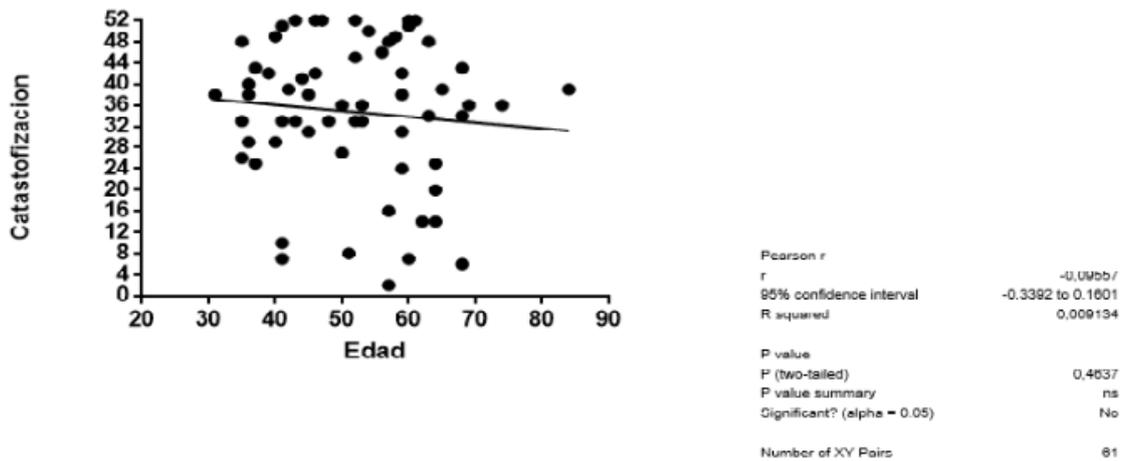
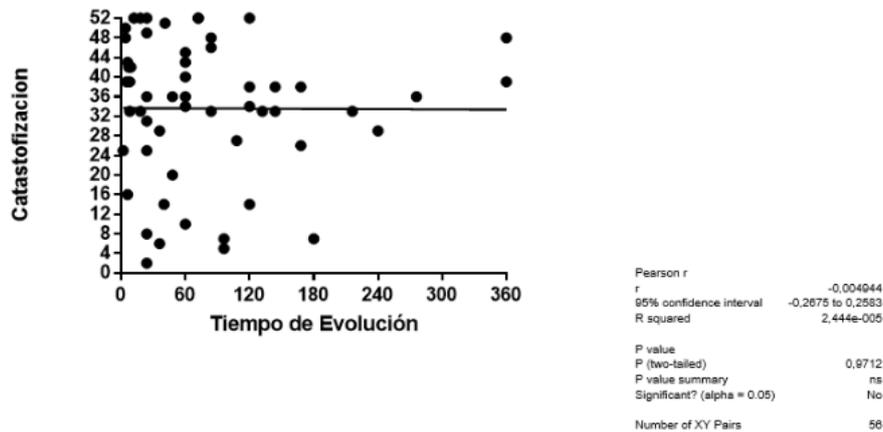


Figura 10: Catastrofización/ Tiempo evolución del dolor



No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre niveles altos de Catastrofización (mayores de 30 puntos) y la presencia de lumbalgia o lumbociatalgia, sexo femenino o masculino, tiempo de evolución menor o mayor de 24 meses o edad mayor o menor de 50 años

utilizando tablas de contingencia de 2 por 2 y cálculo de Chi cuadrado (Ver tablas adjuntas en anexo)

Para evaluar el porcentaje de concordancia y discordancia entre los distintos test utilizados (IAD y Escala de catastrofización) se contabilizó cuántos de estos pacientes coincidían en ser leves o severos. De esto resultó que: de 66 pacientes con los que contábamos con todos los datos, 51 fueron concordantes (77,27%) y 15 fueron discordantes (22,73%)

Discusión

Hasta donde sabemos, este estudio constituye la primera investigación en nuestro país sobre la evaluación multidimensional de pacientes con dolor crónico, incluyendo la evaluación del catastrofismo. Asimismo, existen pocos reportes de evaluación de este constructo en pacientes con dolor en el resto de Latinoamérica.

Debido a la gran variabilidad que presentan los datos, se representan los mismos con la mediana.

En nuestra muestra, podemos concluir que el nivel de Catastrofización en los pacientes con dolor lumbosacro en nuestro Hospital Universitario, tiene valores muy elevados, donde la mayoría, 70 % de los pacientes evaluados, se encuentra por encima del valor de punto de corte de severidad (>30 puntos en la escala de catastrofización del dolor en su valor total).

La Catastrofización en su valor total y en sus tres dimensiones, Rumiación, Magnificación y Desesperanza, presentaron una correlación lineal positiva con la intensidad del dolor y con la interferencia que este produce sobre las actividades diarias de los pacientes. Si bien las correlaciones han sido significativas, podemos observar que el R^2 que es el porcentaje de variación de la variable de respuesta, en nuestro caso el catastrofismo en su valor total y en sus tres dimensiones, que explica su relación con la variable predictora (el EVN y el índice de interferencia), son bajas. A pesar de esto, esta correlación coloca a la Catastrofización como un factor que participa en la cronificación del dolor en los pacientes portadores de lumbalgia, que merece ser atendido como tal con intervenciones específicas. Es así que la Catastrofización probablemente interfiera con el resultado de los tratamientos farmacológicos o intervencionistas ofrecidos en los servicios de Terapia del Dolor. Un abordaje interdisciplinario del tratamiento del dolor que incluya el tratamiento psicológico cognitivo conductual podría mejorar los niveles de catastrofismo e incidir con el resultado de otros tratamientos.

En base a los objetivos planteados se concluye que a mayor calificación en el IAD en intensidad e interferencia, mayor nivel de catastrofización. Estos resultados eran los esperados por parte del equipo de investigadores ya que en los artículos científicos estudiados se observó que la catastrofización genera aumento en el consumo de analgésicos para calmar el dolor (por lo que deducimos que aumenta la intensidad del dolor y hay dificultades en las técnicas de afrontamiento), así como también interfiere en la realización de actividades de la vida diaria

Se ha planteado que la Catastrofización puede ser más alta en pacientes de sexo femenino. Si bien en nuestro estudio encontramos este hallazgo, las diferencias no fueron estadísticamente

significativas. Destacamos de todos modos que hubo en la muestra un mayor número de mujeres que de hombres con dolor crónico lumbosacro, dato que es también conocido en la literatura.

Tampoco se encontraron diferencias en los niveles de catastrofización entre aquellos pacientes con dolor radicular y aquellos que no lo presentan.

Del mismo modo, no se encontró asociación entre los niveles de Catastrofización y la edad de los pacientes, y el tiempo de evolución del dolor. Con respecto a este último dato, era de esperar niveles más altos de Catastrofización cuanto más prolongado el cuadro doloroso. Sin embargo debemos destacar que en todos los casos se trató de Lumbalgia crónica, esto podría explicar el elevado nivel de Catastrofización en todos los casos.

Así mismo, se realizó el cálculo de concordancia y discordancia para cada paciente en relación a los datos obtenidos a través de los test utilizados (IAD y Escala de catastrofización). De esto concluimos que 77% de los pacientes eran concordantes, presentando una intensidad de dolor severo (mayor a 6) y un catastrofismo severo (mayor a 30).

En el 23% restante, los datos obtenidos no fueron concordantes. Por lo tanto se observa que a mayor intensidad de dolor, mayor interferencia con las actividades de la vida diaria y mayor catastrofismo.

Este estudio presenta algunas limitaciones debido a que nuestra muestra fue pequeña, y la mayoría de los participantes eran de sexo femenino, por lo que concluimos que se debería realizar un estudio de mayor magnitud, en el que la muestra sea más grande y haya mayor equidad en relación al sexo.

Conclusión:

Los pacientes portadores de Lumbalgia asociada o no a dolor radicular lumbosacro evaluados en el Servicio de Terapia del Dolor del Hospital de Clínicas, presentan en su mayoría (67%) dolor Intenso que afecta las actividades diarias y por lo tanto la calidad de vida de los pacientes, cuando se evalúan de modo multidimensional utilizando el Inventario Abreviado del Dolor.

Del mismo modo presentan un elevado nivel de Catastrofización (70%), factor que participaría de la cronificación del dolor y puede atentar contra las medidas para el control del dolor, ya sean farmacológicas o intervencionistas, como las que se ofrecen en este Servicio.

Este es el primer reporte de evaluación de pacientes con Lumbalgia Crónica en nuestro país, utilizando la Escala de Catastrofización validada en español. Los resultados alarmantes en cuanto a la severidad de catastrofismo encontrados en este estudio, nos obligan a diseñar estrategias de tratamiento para reducir éstos niveles, de modo de poder lograr un mayor porcentaje de éxito en el control del dolor.

Consideramos que esta investigación podría aportar los datos necesarios para validar e implementar un cambio en la atención integral del paciente, con un enfoque interdisciplinario que incluya intervenciones psicológicas de corte cognitivo-conductual.

Referencias bibliográficas:

1. Andrés Ares J, Cruces Prado LM, Canos Verdecho MA, Penide Villanueva L, Del Valle Hoyos M, Herdman M, Traseira Lugilde S, Velázquez River. Validation of the Short Form of the Brief Pain Inventory (BPI-SF) in Spanish Patients with Non-Cancer-Related Pain. *Pain Practice* 2015 September 15 (7):643-53.
2. Seyler A, Hernández Guzmán L, Freyre MA, González-Montesinos M, Sullivan M. Validez de la Escala de Catastrofización del Dolor. *Revista El Dolor* 61, 2014, p. 18-24.
3. Bello A, Benitez N, Oviedo O. Características del dolor, aspectos psicológicos, calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con dolor de espalda crónico en una ciudad de Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 2017;45: p. 310-316.
4. Carbayo García JJ, Rodríguez Losáñez J, Félix Sastrec J. Lumbalgia. *Revista Clínica Médica Familiar*, 2012:5.
5. Quesada Brenes F. Lumbalgía laboral. Un análisis de las valoraciones periciales realizadas en la sección de medicina del trabajo del departamento de medicina legal del Organismo de Investigación del Poder Judicial, en el año 2016. *Medina legal Costa Rica* 2017:34
6. Díaz-Cerrillo JL, Rondón-Ramos A. Diseño de un instrumento educativo para pacientes con lumbalgia crónica inespecífica atendidos en Atención Primaria. *Revista Atención Primaria* 2015:47, p. 117-123
7. Castromán P, Surbano M, Cristiani F, Ayala S, Shwartzmann Ana. Guía Práctica para el Tratamiento Intervencionista del Síndrome Radicular Lumbosacro (SRL). *Revista El Dolor* 65. 2016, p: 30-36.
8. Castroman P, Surbano M, Alberti M, Shwartzmann A, Ayala S, Cristiani F. Inyección epidural de corticoides en el tratamiento del Síndrome Radicular Lumbosacro (SRL).
9. *Anestesia Analgesia Reanimación*, 2015: 28.
10. Surbano M, Antúnez M, Coutinho I, Machado V, Castromán P. Uso del Brief Pain Inventory (BPI) para la Evaluación de las Técnicas Intervencionistas en el Tratamiento de la Lumbalgia. *Revista El Dolor* 62. 2014, p. 10-14.
11. Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. 1994, p. 129-38.

12. Olmedilla Zafra A, Ortega Toro E, Abenza Cano L. Validación de la escala de catastrofismo ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en deportistas españoles. Cuadernos de Psicología del Deporte, 2013;13, p. 83-94.
13. Peñarroya Baulés A, Ballús-Creus C, Pérez Martínez J. Diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento, el catastrofismo y el estado de ánimo en función del tiempo de evolución del dolor crónico. Revista Sociedad Española del Dolor 2011;18, p. 77-83.
14. Mota De Sousa LM, Alves Marques-Vieira CM, Severino S, Pozo Rosado JL,Guerreriro H. Validación del Brief Pain Inventory en personas con enfermedad renal crónica. Aquichan 2017; 17(1): 42-52. Doi:10.5294/aqui.2017.17.1.5
15. Edwards, R. R., Haythornthwaite, J. A., Sullivan, M. J. y Fillingim, R. B. (2004). Catastrophizing as a mediator of sex differences in pain: differential effects for daily pain versus laboratory-induced pain. Pain, 111, 335-341.
16. Kim H-J, et al., Contribution of catastrophizing to disability and pain intensity after osteoporotic vertebral compression fracture, Journal of Orthopaedic Science (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jos.2016.02.009>
17. del Rio. E, Herrero. R, Enrique. A, Peñalver. L, García- Palacios. Botella. C, Ballester. F, Doménech. J. Tratamiento cognitivo conductual en pacientes con dolor lumbar en salud pública: Estudio piloto. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2015, 20, p. 231-238.
18. Kim. H. J., Park. J. W, Chang. B. S., Lee. C. K. The influence of catastrophising on treatment outcomes after surgery for lumbar spinal stenosis. The Bone & Joint Journal. 2015;97-B: p. 1546-54.

19. Banozic A, Miljkovic A, Bras M, Puljak L, Kolcic I, Hayward C, Polasek O. Neuroticism and pain catastrophizing aggravate response to pain in healthy adults: an experimental study. *Korean J Pain* 2018 January; Vol. 31, No. 1: 16-26.

20. Resende De Jesus-Moraleida F, Ferreira P, Loureiro M, Pereira Da Silva J, Guimaraes Assis M, Souza L. The Brazilian Back Complaints in the Elders (Brazilian BACE) study: characteristics of Brazilian older adults with a new episode of low back pain. *Brazilian Journal of Physical Therapy* 2018; 22(1):55-6

Agradecimientos

Agradecemos a todo el personal de la Policlínica de Terapia del Dolor de la Cátedra de Anestesia del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” en especial a nuestro tutor Prof. Agdo Pablo Castroman y a la Aux. de enfermería Sonia Onill.

Anexos:

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. MANUEL QUINTELA"
SECRETARÍA GENERAL
DEPARTAMENTO DE COMISIONES
COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Montevideo, 6 de junio de 2018

Se transcribe resolución del Comité de Ética del Hospital de Clínicas de fecha 6 de junio de 2018

En relación al proyecto presentado por el Departamento de Anestesia

"Evaluación del catatrosfismo en pacientes con Lumbalgia Crónica en el Servicio del Dolor en el Hospital de Clínicas: Estudio piloto."

Investigadores Responsables: Nicol Galeano, Camila Guisano, Luca Díaz, Martín Castillo, Ignacio Diz, Isabel Geymonat.

Tutores: Dres. Giannina Varaldi, Santiago Ayala y Pablo Castroman

El Comité de Ética de la Investigación del Hospital de Clínicas resuelve aprobar la realización de este proyecto en esta Institución.

La aprobación otorgada por este Comité de Ética es desde el 6 de Junio de 2018 hasta la fecha de finalización del mismo.



Prof. Dr. Raúl Ruggia
Coordinador del Comité de Ética de la Investigación

Integrantes del Comité de Ética del Hospital de Clínicas

Prof. Dr. Raúl Ruggia	Coordinador – Ex Director de Neuropediatría
Dra. Gabriela Ballerio	Abogada- Asistente Académica de Dirección
Prof. Adj. Dra. Aurana Erman	Ex- Profesora Adjunta de Neurocirugía Especialista en Medicina Legal
Sra. Eloisa Barreda	Integrante Representante Aduss
Prof. Agda. Lic. Enf. Inés Umpiérrez	Integrante Licenciada en Enfermería
Prof. Adj. Dra. Leticia Cuñetti	Ex- Profesora Adjunta de Farmacología y Terapéutica Especialista en Nefrología y Farmacología
Lic. Psic. Sandra Torres	Secretaria Administrativa

INFORMACION PARA EL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Solicitamos su participación en el proyecto de investigación: **“Evaluación del catastrofismo en pacientes con Lumbalgia Crónica en el Servicio de Dolor del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela": Estudio Piloto”**. La catastrofización es la percepción mental negativa y exagerada, respecto a la experiencia del dolor.

La investigación a realizar será tutorizada por el Dr. Pablo Catromán (Profesor Agregado del Departamento y Cátedra de Anestesiología), la Dra Giannina Varaldi (Asistente del Departamento y Cátedra de Anestesiología) y el Dr Santiago Ayala (Asistente del Departamento y Cátedra de Anestesiología) siendo los mismos los responsable de dicha investigación.

Contará con la participación de los estudiantes de medicina Br. Nicol Galeano, Br. Camila Giusiano, Br. Luca Diaz, Br. Martín Castillo, Br. Ignacio Diz y Br. Isabel Geymonat.

Se realizará en pacientes que, como en su caso, presente dolor crónico lumbosacro. Antes de participar en el estudio, usted debe haber aceptado, por medio del presente, para poder llevar a cabo la realización del Test de Escala de Catastrofización ante el dolor. El mismo es un inventario de autoinforme estable compuesto por trece preguntas, el cual llevará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. Se responderá mediante una escala de cinco puntos (0, nada en absoluto; 1, un poco; 2, moderadamente; 3, mucho; 4, todo el tiempo) la intensidad con que ha experimentado cada pensamiento mientras ha sufrido dolor.

El estudio no implica experimentación de ningún tipo. Los riesgos de dicha investigación son mínimos, implicando las molestias debidas al tiempo que conlleva realizar el test. El beneficio obtenido será la mejora en la calidad asistencial.

El objetivo del mismo es evaluar la percepción del dolor. Los datos obtenidos serán utilizados con fines académicos. Se asegurará la confidencialidad de la información obtenida y en el uso ulterior de la misma. Se autorizará la utilización de datos obtenidos durante la consulta médica para la investigación.

En caso de negarse, su atención no se verá afectada de ninguna manera.

La investigación se realiza en el marco del curso de Metodología Científica II sin presentar conflicto de interés, ya que no se recibe remuneración alguna. Ante cualquier duda contactarse al 098306584.

Me han informado sobre la existencia y han solicitado mi aceptación de participar del proyecto de investigación. Dicha participación es absolutamente voluntaria y no determina la obtención de beneficios económicos ni de ninguna índole. Dejo constancia de que he sido a mí entender, suficientemente informado acerca del procedimiento que se realizará y consiento voluntariamente en pleno uso de mis facultades mentales al momento de la firma del presente documento.

Firma: ----- Investigador: -----

Aclaración ----- Aclaración: -----

C.I.:

C.I.:

Fecha: _____

Nombre: _____

C.I.: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Tiempo de evolución en meses del dolor:

Dolor lumbar	SÍ	NO
Dolor radicular	SÍ	NO

Territorio: _____

Diagnóstico: _____

Imágenes	
RMN	TAC

Tratamiento realizado

Tratamiento propuesto

No intervencionista	
Intervencionista	¿Cuál?

Bloqueo _____

Escala de catastrofización ante el dolor

Nombre:

Todas las personas experimentamos situaciones de dolor en algún momento de nuestra vida. Tales experiencias pueden incluir dolor de cabeza, dolor de muelas, dolor muscular o de articulaciones. Las personas estamos a menudo expuestas a situaciones que pueden causar dolor como las enfermedades, las heridas, los tratamientos dentales o las intervenciones quirúrgicas. Este cuestionario nos puede servir para conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que usted tiene cuando siente dolor.

A continuación se presenta una lista de 13 frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. Utilizando la siguiente escala, por favor, indique el grado en que usted tiene esos pensamientos y sentimientos cuando siente dolor.

0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo

Preguntas	Valor
1. Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá	
2. Siento que ya no puedo más	
3. Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar	
4. Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo	
5. Siento que no puedo soportarlo más	
6. Temo que el dolor empeore	
7. No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor	
8. Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor	
9. No puedo apartar el dolor de mi mente	
10. No dejo de pensar en lo mucho que me duele	
11. No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor	
12. No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor	
13. Me pregunto si me puede pasar algo grave	
TOTAL	

ESTUDIO N° _____

HOSPITAL N° _____

NO ESCRIBA SOBRE ESTA LINEA

Cuestionario Breve Para La Evaluación Del Dolor (Edición Corta)

Fecha: ____/____/____
Apellido: _____

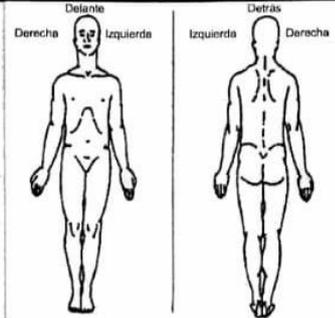
Hora: _____
Nombre: _____

1. Todos hemos tenido dolor alguna vez en nuestra vida (por ejemplo, dolor de cabeza, contusiones, dolores de dientes). ¿En la actualidad, ha sentido un dolor distinto a estos dolores comunes?

1. Sí

2. No

2. Indique en el dibujo, con un lápiz, dónde siente el dolor. Indique con una "X" la parte del cuerpo en la cual el dolor es más grave.



3. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad máxima de dolor sentido en las últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún Dolor El Peor Dolor Imaginable

4. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad mínima de dolor sentido en las últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún Dolor El Peor Dolor Imaginable

5. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad media de dolor sentido.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún Dolor El Peor Dolor Imaginable

6. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad de su dolor actual.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún Dolor El Peor Dolor Imaginable

ESTUDIO N° RECIBIDA N°

NO ESCRIBA SOBRE ESTA LÍNEA

Fecha / / Hora
Apellido Nombre

7. ¿Qué tratamiento o medicamento recibe para su dolor?

8. ¿En las últimas 24 horas, cuánto alivio ha sentido con el tratamiento o con el medicamento? Indique con un círculo el porcentaje que mejor se adapta a su alivio.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Ningún Alivio
Alivio Total

9. Haga un círculo alrededor del número que mejor describe la manera en que el dolor ha interferido, durante las últimas 24 horas, con su:

A. Actividad en general
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Interfiere por Completo
Interfiere

B. Estado de ánimo
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Interfiere por Completo
Interfiere

C. Capacidad de caminar
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Interfiere por Completo
Interfiere

D. Trabajo normal (ya sea en casa o afuera)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Interfiere por Completo
Interfiere

E. Relaciones con otras personas
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Interfiere por Completo
Interfiere

F. Sueño
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Interfiere por Completo
Interfiere

G. Capacidad de diversión
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Interfiere por Completo
Interfiere

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD
Pain Research Group
All rights reserved.

¹ Tabla 1: Recolección de datos

	EDAD	TIEMPO	EVN	INTENSIDAD	INTERFER	CATASTRO	RUMIACION	MAGNIFICACION	DESESPERANZA	SEXO	LUMBAR	RADICULAR
1	50	108	6	5,5	7,6	27	10	5	12	F	X	
2	43	144	6	5,7	8,2	33	9	11	13	F	X	X
3	45	144	8	8,75	7,4	38	13	6	19	F		X
4	36	22	9	8,25	8,4	38	14	7	17	F		X
5	54	4	10	10	4,4	50	16	12	22	F		X
6	68	6				43	16	12	21	F		X
7	63	84				48	16	11	21	M	X	
8	56	84	9	7,7	8,5	46	16	7	23	F		X
9	51	18	7	5,25	7	49	16	12	21	F		X
10	30	12	1	3,75	7,6	4	0	0	0	M		X
11	57	24	6	5,25		2	1	0	1	F		X
12	50	24	8	7,7	5,4	36	13	10	15	M		X
13	32	20	3	4	4,7	5	2	1	2	F	X	
14	63	120	8	6,5	7,7	34	13	4	17	F		X
15	36	36	10	8,75	9,5	29	9	6	14	F		X
16	61	12	10	7	6,3	52	16	12	24	F		X
17	40	240	2	4,75	4,7	29	9	8	12	F		X
18	40	18	10	10	7,4	49	16	12	21	F		X
19	53	276	8	7,7	3,1	36	13	2	21	F	X	
20	53	132	4	4	5,7	33	12	6	15	F		X
21	42	8	4	4,25	3,1	39	11	8	20	M		X
22	68	36	5	5	1,3	6	1	2	3	M	X	
23	48	8	9	6,75	7,5	33	12	6	15	F		X
24	46	9	9	9	6,7	42	13	9	20	F		X
25	51	24	9	7,5	9	8	6	0	2	M		X
26	45	24	6	5,2	6,8	31	10	7	14	F		X
27	37	24	7	7,25	6,8	25	8	6	11	F		X
28	44	24	7	7,25	6,8	41	13	10	20	F		X
29	35	168	9	8,5	5	26	3	6	17	F		X
30	64	48				20	3	6	9	F	X	
31	64	120	9	8,75	4,4	14	0	6	8	M		X
32	84	5	10	10	3,2	39	12	8	19	M		X
33	45	36	4	4,25	1,8	16	6	0	10	F		X
34	41	41	10	10	9,4	51	16	11	24	F		X
35	62	96	1	1	0,85	5	1	2	2	F		X
36	46	24	8	6,5	4,8	52	16	12	24	M		X
37	59	24	5	5	2,85	31	12	6	13	F	X	
38	64	2	8	9,25	4,5	25	8	6	11	F		X
39	60	12	10	9	6,3	52	16	12	24	F		X
40	60	12	10	8,75	10	51	15	12	24	F		X
41	41	18	9	7	8,5	33	11	9	13	M	X	
42	35	84	5	6	5,57	33	13	4	16	M	X	X
43	52	60	6	6,5	8,43	45	15	9	21	F	X	X
44	37	60	10	9,5	5	43	13	10	20	F	X	X
45	41	60	9	9	8,14	10	3	1	6	F	X	
46	62	40	8	9	6,43	14	12	0	2	M	X	X
47	35	4	8	7,5	9,14	48	16	10	22	F	X	
48	52	72	10	10	3,57	52	16	12	24	F	X	X
49	41	180	2	2,5	7,14	7	2	1	4	M	X	X
50	60	96	0	3,75	2,29	7	4	1	2	M	X	
51	65	360	6	8,25	6,86	39	13	8	18	F	X	
52	58	24	8	8	9,57	49	16	12	21	M	X	X
53	74	48	8	6,5	3,86	36	10	8	17	M	X	
54	59	7	7	7,5	7,43	42	14	8	20	F	X	X
55	57	360	10	9,5	9	48	16	11	21	F	X	X
56	39	24	9	8,25	9,57	42	13	7	22	F	X	X
57	52	18	3	2,75	5,43	33	16	10	10	M	X	X
58	68	60	8	7	4,29	34	10	8	16	F	X	
59	69	60	10	8,75	6,57	36	11	10	15	F	X	
60	59	36	6	5,75	5,29	24	9	7	8	M	X	
61	57	6	2	4	2,43	16	5	6	5	M	X	X
62	36	60	9	7,25	7,86	40	13	9	18	F	X	X
63	59	120	7	7,75	7,71	38	10	8	22	M	X	X
64	43	120	10	10	9,14	52	16	12	24	F	X	X
65	47	72	10	9	8	52	16	12	24	M	X	
66	31	168	8	6	8,14	38	11	8	19	F	X	X
67	26	2	7	5,5	8,29	31	14	8	9	M	X	X
68	34	5	10	9,75	8,86	44	12	9	25	F	X	
Media	50,5147059	66,1323529	7,23076923	7,01538462	6,36265625	33,4411765	10,91176471	7,30882353	15,3676471			
DS	12,2212106	77,8597868	2,68543078	2,15107028	2,30714435	14,5483059	4,892074901	3,74268382	7,21917929			
Variabilidad	0,24	1,18	0,37	0,31	0,36	0,44	0,45	0,51	0,065			
Mediana	51	36	8	7,25	6,8	36	12	8	17			

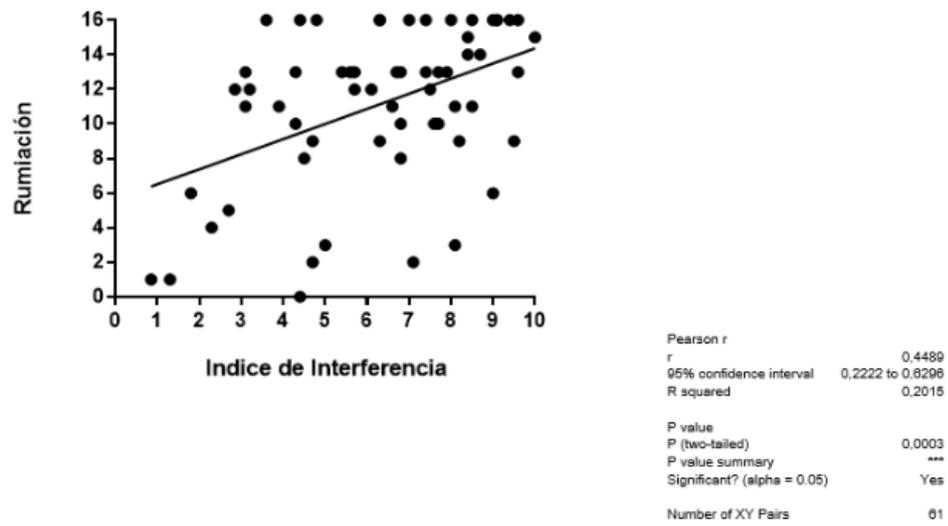
² *Tabla 2: Media de catastrofización para sexos*

SF	SM
27	48
36	4
38	36
38	39
54	6
47	8
46	14
49	39
12	52
5	33
32	33
29	14
52	7
29	7
49	44
36	36
33	33
33	24
42	16
31	38
25	52
41	31
26	
20	
16	
51	
5	
31	
25	
52	
51	
45	
43	
10	
48	
52	
39	
42	
48	
42	
34	
36	
40	
52	
38	
44	
27	
36,1914894	27,9090909

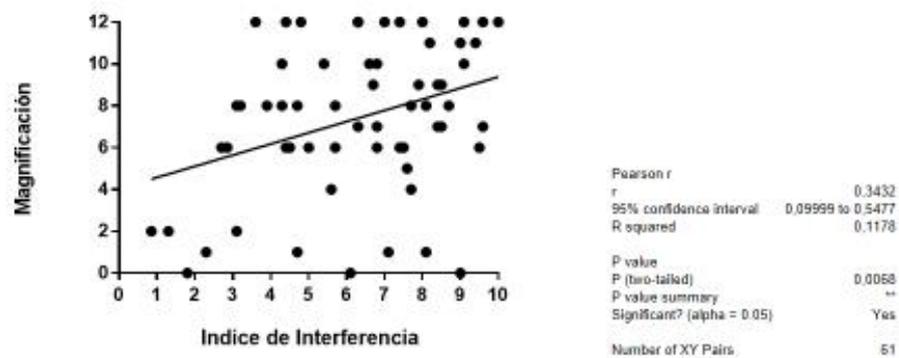
³ *Tabla 3: Media de catastrofización para dolor lumbar y radicular*

LUMBALGIA	LUMOCIATALGIA
27	36
47	38
5	38
32	54
36	46
6	49
20	4
51	2
31	36
33	29
43	52
48	29
7	49
39	33
36	39
34	33
36	42
24	8
52	31
44	25
	41
	26
	14
	39
	16
	5
	52
	25
	52
	51
	33
	45
	10
	14
	52
	7
	49
	42
	48
	42
	33
	16
	40
	38
	52
	38
	31
32,55	33,70212766

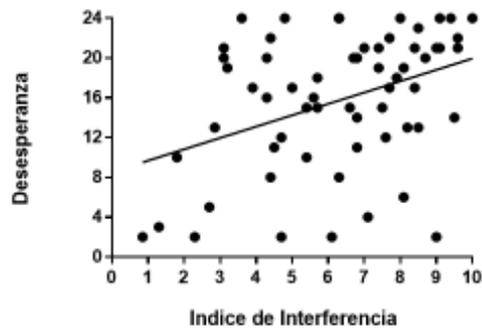
⁴ Figura 6: *Correlación de Pearson Rumiación/Índice de interferencia*



⁵ Figura 7: *Correlación de Pearson Magnificación/Índice de interferencia*



⁶ *Figura 8: Correlación de Pearson Desesperanza/Índice de interferencia*



Pearson r	
r	0,39
95% confidence interval	0,1533 to 0,5844
R squared	0,1521
P value	
P (two-tailed)	0,0019
P value summary	**
Significant? (alpha = 0.05)	Yes
Number of XY Pairs	61

Tablas de contingencia de 2x2 y cálculo de Chi Cuadrado

	C <30	C >30	Total	
Lumbalgia	7	11	18	
Lumbociatalgia	14	36	50	p=0,4
Total	21	47	68	

	C <30	C >30	Total	
SF	12	34	46	
SM	9	13	22	p=0,2
Total	21	47	68	

	C <30	C >30	Total	
<24 meses	7	25	32	
>24 meses	14	22	36	p=0,1
Total	21	47	68	

	C <30	C >30	Total	
<50 años	11	22	33	
>50 años	10	25	35	
Total	21	47	68	p= 0,9