



**Dolor Crónico, Depresión y Afrontamiento:  
Estudio en una Unidad Interdisciplinaria de Montevideo**

**Tesis para la obtención del título de Magister en Psicología Clínica**

**Lic. Psic. Ana Lucía Parma**

**Directores de tesis en pie de igualdad:**

Prof. Em. Dr. Ricardo Bernardi

Prof. Dra. Gabriela Prieto

**Directora académica:**

Prof. Dra. Gabriela Prieto

**Montevideo, diciembre de 2022**

## Resumen

La presente tesis se propone contribuir al conocimiento del dolor crónico no oncológico y su relación con la depresión, así como con las estrategias de afrontamiento, a través de una investigación con enfoque mixto, cuantitativo y cualitativo, con usuarios de la Unidad de Dolor Crónico de la Asociación Española, prestador de salud de Uruguay. La metodología fue no experimental, transversal, de tipo descriptivo y correlacional. En el aspecto cualitativo, se siguieron lineamientos del Análisis Fenomenológico Interpretativo (AFI). Se empleó la triangulación entre los diferentes métodos.

Participaron 100 pacientes en la etapa cuantitativa y una submuestra de 10 en la fase cualitativa. Los instrumentos utilizados fueron: un cuestionario con datos sociodemográficos y clínicos, la Escala Visual Analógica (EVA), el Inventario de Depresión de Beck II (BDI II) y el Cuestionario de Afrontamiento al Dolor reducido (CAD-R). Se realizaron entrevistas en profundidad para conocer las vivencias subjetivas de los participantes.

Un elevado porcentaje de la muestra presentó algún grado de sintomatología depresiva. En los participantes con antecedentes de depresión, el dolor fue mayormente reportado como previo al inicio de la depresión. También se identificó la relación temporal inversa y la aparición simultánea de ambas entidades. La intensidad del dolor y la depresión correlacionaron positiva y significativamente, al igual que la depresión y las estrategias pasivas de afrontamiento.

Los temas principales emergentes del análisis cualitativo fueron: Relacionamiento con el otro, Trayectorias del dolor, Búsqueda de alivio y Vivir con el dolor. Se analizó además el impacto de la pandemia por COVID-19, ya que la recolección de datos se vio atravesada por este contexto.

Se reafirma la importancia de la evaluación temprana del estado de ánimo y del abordaje interdisciplinario en los pacientes con dolor crónico, orientado al trabajo con las estrategias de afrontamiento y a la aceptación activa de la enfermedad.

**Palabras clave:** Dolor crónico – depresión – afrontamiento – estudio mixto

## Abstract

This thesis aims to contribute to the knowledge of non-oncological chronic pain and its relationship with depression, as well as coping strategies, through a mixed quantitative and qualitative research approach with users of the Chronic Pain Unit of the “Asociación Española”, a health care provider in Uruguay. The methodology was non-experimental, cross-sectional, descriptive and correlational. In the qualitative aspect, the guidelines of the Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) were followed. Triangulation between the different methods was used.

A total of 100 patients participated in the quantitative phase and a subsample of 10 in the qualitative phase. The instruments used were: a questionnaire with socio-demographic and clinical data, the Visual Analogue Scale (VAS), the Beck Depression Inventory II (BDI II) and the reduced Pain Coping Questionnaire (CAD-R). In-depth interviews were conducted to know about the subjective experiences of the participants.

A high percentage of the sample presented some degree of depressive symptomatology. In participants with a history of depression, pain was mostly reported as prior to the onset of depression. An inverse temporal relationship and the simultaneous occurrence of both entities was also identified. Pain intensity and depression correlated positively and significantly, as did depression and passive coping strategies.

The main themes emerging from the qualitative analysis were: Relationship with others, Pain trajectories, Seeking relief and Living with pain. The impact of the COVID-19 pandemic was also analysed, as the data collection was affected by this context.

The importance of early assessment of mood and an interdisciplinary approach in patients with chronic pain, aimed at working with coping strategies and active acceptance of the disease, is reaffirmed.

Keywords: Chronic pain - depression - coping - mixed study

## Tabla de Contenido

<b>Índices.....</b>	<b>6</b>
<i>Índice de Tablas.....</i>	<i>6</i>
<i>Índice de Figuras .....</i>	<i>7</i>
<i>Índice de Anexos .....</i>	<i>8</i>
<b>Glosario de Siglas, Abreviaturas y Acrónimos.....</b>	<b>9</b>
<b>Agradecimientos .....</b>	<b>11</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>12</b>
<b>Contexto de la Tesis .....</b>	<b>14</b>
<b>Fundamentación y Antecedentes .....</b>	<b>15</b>
<i>Fundamentación del Estudio.....</i>	<i>15</i>
<i>Antecedentes .....</i>	<i>16</i>
<b>Referentes Teóricos .....</b>	<b>19</b>
<i>Definición de Dolor.....</i>	<i>19</i>
Dolor Crónico.....	21
Dolor Crónico y Género .....	23
<i>Depresión .....</i>	<i>24</i>
Depresión y Dolor .....	27
<i>El Concepto de Dolor Total.....</i>	<i>29</i>
<i>Estrés y Afrontamiento .....</i>	<i>30</i>

Afrontamiento al Dolor.....	32
<i>Las Unidades de Dolor en el Abordaje Integral del Paciente con Dolor Crónico .....</i>	<i>33</i>
La Situación de Uruguay en la Atención Interdisciplinaria al Dolor Crónico .....	34
<b>Problema y Preguntas de Investigación.....</b>	<b>38</b>
<i>Planteamiento del Problema.....</i>	<i>38</i>
<i>Preguntas de Investigación .....</i>	<i>39</i>
<b>Objetivos e Hipótesis .....</b>	<b>39</b>
<i>Objetivo General .....</i>	<i>39</i>
<i>Objetivos Específicos.....</i>	<i>39</i>
<i>Hipótesis.....</i>	<i>40</i>
<b>Estrategia y Diseño Metodológico .....</b>	<b>40</b>
<i>Instrumentos Para la Recolección de Datos.....</i>	<i>43</i>
<i>Criterios de Inclusión y Exclusión.....</i>	<i>44</i>
<b>Consideraciones Éticas .....</b>	<b>44</b>
<b>Procedimiento .....</b>	<b>47</b>
<b>Tratamiento de Datos Cuantitativos .....</b>	<b>48</b>
<b>Análisis de Fiabilidad de Escalas en la Muestra Estudiada .....</b>	<b>54</b>
<b>Procesamiento de los Datos Cualitativos y Triangulación .....</b>	<b>55</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>56</b>
<i>Análisis Descriptivo de los Participantes.....</i>	<i>56</i>

<i>Diagnósticos asociados y tiempo con dolor</i> .....	58
<i>El Consumo de Antidepresivos</i> .....	59
<i>Tratamiento Psicológico</i> .....	62
<i>Comprobación de las Hipótesis Planteadas</i> .....	64
Resultados Relativos a la Hipótesis 1: Un Porcentaje Elevado de la Muestra Presenta Niveles Significativos de Depresión .....	64
Resultados Relativos a la Hipótesis 2: Existe Relación Estadísticamente Significativa Entre la Intensidad del Dolor y la Gravedad de la Depresión.....	67
Resultados Relativos a la Hipótesis 3: Existe una Relación Temporal Entre el Inicio del Dolor Crónico y de la Depresión. ....	70
Resultados relativos a la hipótesis 4: Los Pacientes que Utilizan Estrategias de Afrontamiento Pasivas Tienen Mayores Niveles de Depresión. ....	74
<i>Afrontar el Dolor Crónico, Facilitadores y Obstáculos</i> .....	78
Estrategias de Afrontamiento al Dolor .....	79
Afrontamiento activo .....	80
Afrontamiento pasivo .....	81
Temas Emergentes .....	84
Tema: Soporte Social y Relacionamiento con el Otro .....	84
Recurrir al Otro .....	85
Sentirse Apoyado .....	85
Incomprensión y Cansancio .....	86
Tema: Trayectorias del Dolor .....	87
Historia del Dolor .....	88
Recorridos por el Sistema de Salud .....	89
Abordaje integral .....	90
Tema: Búsqueda de Alivio .....	91

Analgésicos .....	91
Manejo Propio de la Medicación .....	92
Medidas Físicas y Otros Tratamientos .....	93
Tema: Vivir con el Dolor .....	94
Aceptación del Dolor .....	94
El Desafío de Adaptarse .....	96
Características Personales .....	97
Emociones y Dolor .....	97
El Dolor Como un Todo .....	98
<i>Incidencia de la Pandemia por COVID-19 en los Resultados Obtenidos.....</i>	<i>99</i>
<b>Discusión.....</b>	<b>107</b>
<b>Limitaciones y Posibles Sesgos .....</b>	<b>112</b>
<b>Conclusiones y Aportes .....</b>	<b>114</b>
<b>Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>136</b>

## Índices

### Índice de Tablas

Tabla 1 Listado de variables y definición operacional .....	50
Tabla 2 <i>Años con dolor</i> .....	59

Tabla 3 <i>Asociación entre consumo de antidepresivos previo y actual</i> .....	60
Tabla 4 <i>Asociación entre tratamiento psicológico previo y actual</i> .....	62
Tabla 5 <i>Asociación entre Nivel de Depresión Actual y Antecedentes de Depresión.</i> ....	71
Tabla 6 <i>Asociación entre niveles de depresión actuales y temporalidad dolor - depresión</i> .....	72
Tabla 7 <i>Matriz de correlaciones incluyendo BDI II Total</i> .....	75
Tabla 8 <i>Matriz de correlaciones incluyendo BDI II sin ítems somáticos</i> .....	77
Tabla 9 <i>Descriptivos de Factores del CAD-R.</i> .....	82
Tabla 10 <i>Diferencias entre grupos encuestados antes y durante la pandemia mediante prueba estadística U de Mann Whitney.</i> .....	101

## Índice de Figuras

Figura 1 <i>Diagrama de Funcionamiento de la Unidad de Dolor Crónico de la Asociación Española</i> .....	37
Figura 2 <i>Principal actividad actual</i> .....	57
Figura 3 <i>Diagnósticos asociados al dolor</i> .....	59
Figura 4 <i>Niveles de Depresión según puntaje en BDI II</i> .....	64
Figura 5 <i>Comparación de Medias de ítems de BDI II</i> .....	67
Figura 6 <i>Intensidad del dolor medida a través de EVA</i> .....	68
Figura 7 <i>Gráficos de Correlaciones con BDI II total</i> .....	76
Figura 8 <i>Red de códigos más relacionados generados del análisis de las entrevistas</i> .	79

Figura 9 <i>Afrontamiento Activo. Medias de CAD-R según factores</i> .....	83
Figura 10 <i>Afrontamiento Pasivo. Medias de CAD-R según factores</i> .....	84
Figura 11 <i>Niveles de depresión (BDI II) comparando grupos según fecha de aplicación de cuestionarios</i> .....	102
Figura 12 <i>Intensidad del dolor (EVA) comparando grupos según fecha de aplicación de cuestionarios</i> .....	102
Figura 13 <i>Número de casos confirmados de COVID-19 activos por día en Uruguay del 13/03/20 al 28/02/21</i> .....	106

### **Índice de Anexos**

Anexo 1 <i>Cuestionario elaborado para la investigación</i> .....	137
Anexo 2 <i>Escala Visual Analógica</i> .....	141
Anexo 3 <i>Inventario de Depresión de Beck (BDI II) Spanish Translation</i> .....	142
Anexo 4 <i>Cuestionario de Afrontamiento al Dolor (CAD-R)</i> .....	144
Anexo 5 <i>Guía de entrevista</i> .....	145
Anexo 6 <i>Hoja de información para el participante de la etapa cuantitativa</i> .....	146
Anexo 7 <i>Consentimiento informado para el participante de la etapa cuantitativa</i> .....	148
Anexo 8 <i>Hoja de información para el participante de la etapa cualitativa</i> .....	149
Anexo 9 <i>Consentimiento informado para el participante de la etapa cualitativa</i> .....	151

## Glosario de Siglas, Abreviaturas y Acrónimos

AA	Auto Afirmación
ACM	Auto Control Mental
AFI	Análisis Fenomenológico Interpretativo
ANII	Agencia Nacional de Investigación e Innovación
ASESP	Asociación Española Primera en Socorros Mutuos
AUED	Asociación Uruguaya para el Estudio del Dolor
AUIP	Asociación Universitaria iberoamericana de Postgrado
BDI II	Beck Depression Inventory II / Inventario de Depresión de Beck II
BI	Búsqueda de Información
BSE	Banco de Seguros del Estado
CAD-R	Cuestionario de Afrontamiento al Dolor Reducido
Cat	Catarsis
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
COVID-19	Coronavirus Disease 2019 / Enfermedad de Coronavirus 2019
DC	Dolor Crónico
DE	Desvío Estándar
Dist	Distracción
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
EVA	Escala Visual Analógica
GL	Grados de libertad
HCEN	Historia Clínica Electrónica Nacional

IAMC	Institución de Asistencia Médica Colectiva
IAMPP	Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales
IASP	International Association for the Study of Pain / Asociación Internacional para el Estudio del Dolor
ITACA	Impacto del Tratamiento Analgésico sobre la Calidad de Vida en Algias
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
Rel	Religión
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences / Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales
UDA	Unidad Docente Asistencial
UDC	Unidad de Dolor Crónico
UdelaR	Universidad de la República
UTD	Unidad de Tratamiento del Dolor

## Agradecimientos

Son muchas las personas e instituciones que directa o indirectamente han colaborado con la ejecución de esta tesis. A quienes aquí menciono y a aquellos que involuntariamente hayan quedado sin nombrar, van mis más sinceros agradecimientos:

A los usuarios de la Unidad de Dolor Crónico (UDC) que participaron del estudio, brindando su tiempo y compartiendo su singular experiencia frente a la enfermedad.

A la Asociación Española, por permitir y confiar la realización de la investigación. A las autoridades institucionales en su conjunto y a la Comisión de Bioética. Al neurocirujano Dr. Pablo Hernández, Coordinador de la UDC; a la psicóloga Dra. Berta Varela, Coordinadora de Salud Mental y a la Ing. Ana Fernández, Gerente de Organización y Sistemas, por el apoyo brindado. A las integrantes de la UDC y a quienes pasaron por el equipo, médicas, enfermeras y compañeras psicólogas. También a las colegas de sanatorio por su escucha y aportes.

A la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) por los fondos recibidos mediante la Beca para Estudios de Maestrías y Doctorados Nacionales (cód. POS\_NAC\_2019\_1\_157710).

A la Asociación Universitaria Iberoamericana de Postgrado (AUIP) por la Beca de Movilidad entre Universidades Iberoamericanas y Andaluzas (cód. 2022-MA2-126-PFAL), por permitirme acceder a la pasantía en la Universidad de Málaga.

Al grupo de investigación en Psicología y Dolor de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga, dentro del cual menciono especialmente a la Prof. Alicia López Martínez por su generosidad y por motivarme a continuar en la formación e investigación en el ámbito del dolor.

A la Universidad de la República, especialmente a la Facultad de Psicología por la formación de postgrado, a los docentes y funcionarios que lo hicieron posible.

A los orientadores de tesis Gabriela y Ricardo quienes, desde sus diferentes modalidades y saberes, me guiaron generosamente en este recorrido.

A los compañeros de Maestría cohorte 2017 por la compañía, aliento y valiosos intercambios.

A la Dra. Gabriela Fernández Theoduloz por el asesoramiento en el análisis estadístico y a la Mag. Lucía del Castillo, también por la ayuda en esta área.

A la profesora Fiorella Spagna por la revisión del resumen en inglés.

A mi familia, por ceder su valioso tiempo, su presencia, paciencia y sostén permanente.

## Introducción

La presente tesis de maestría es el resultado de una investigación llevada a cabo en la Unidad de Dolor Crónico (UDC) de la Asociación Española (ASESP). Las unidades de dolor atienden en forma interdisciplinaria a personas que padecen dolor físico persistente o refractario que no ha podido ser resuelto en otros niveles asistenciales. Se trata de una investigación mixta, cuantitativa – cualitativa acerca de la depresión en los pacientes con dolor crónico no oncológico y las estrategias de afrontamiento utilizadas. Se aplicaron cuestionarios para la etapa cuantitativa a una muestra de cien pacientes y entrevistas semidirigidas en profundidad a una submuestra de la anterior, compuesta por diez participantes, para el análisis cualitativo. Se utilizó la triangulación metodológica para el análisis de resultados.

La tesis comienza con un marco teórico acerca del dolor crónico, los mecanismos fisiológicos y los aspectos psicológicos involucrados. Se profundiza en la temática de la depresión, específicamente la comorbilidad con el dolor crónico, qué mecanismos se conocen al momento, prevalencia e impacto en la población con esta dolencia. Posteriormente se aborda el modelo de afrontamiento al estrés, haciendo referencia a la evidencia disponible en el caso específico del dolor crónico.

Se desarrolla la temática de las unidades de tratamiento del dolor, su surgimiento a nivel internacional y la situación de Uruguay, su creación e importancia en el abordaje de esta patología.

Se procede a evaluar la fiabilidad de las escalas utilizadas para más adelante en el capítulo de resultados, analizar los hallazgos obtenidos, tanto por los métodos cuantitativos como cualitativos, articulando los mismos. Se describe la muestra participante, datos sociodemográficos, tiempo con dolor, uso de antidepresivos y antecedentes de tratamientos entre otros datos. Se procede a comprobar las hipótesis planteadas y se describen los niveles de depresión encontrados y el tipo de afrontamiento utilizado medidos a través de los

cuestionarios, a la vez que se va articulando con fragmentos de las entrevistas realizadas. En estos pasajes se ponen de manifiesto las vivencias de estos pacientes en relación con su padecimiento. Se analizan los factores percibidos por los entrevistados como facilitadores y obstáculos en el manejo de su enfermedad.

El trabajo de campo que se llevó a cabo entre noviembre de 2019 y febrero de 2021, se vio interrumpido entre marzo y abril de 2020 debido a la pandemia por COVID-19, que limitó el acceso de la población en forma presencial a los centros de salud. La aplicación de los cuestionarios se completó en formato papel como se había iniciado, una vez que se pudo retornar a la presencialidad y las entrevistas se realizaron en forma virtual. El contexto de pandemia y sus posibles incidencias en la investigación se analizan en el presente trabajo.

En el apartado de discusión, se procede a contrastar los resultados analizados con la teoría y evidencia disponible. Posteriormente se describen las posibles limitaciones del presente estudio, que podrán ser tenidas en cuenta de cara a futuras investigaciones en esta área.

Para finalizar se realizan conclusiones, apuntando a generar nuevas contribuciones al conocimiento científico en la temática del dolor crónico en relación a la depresión y el afrontamiento, pudiendo servir de insumo a los profesionales e instituciones que atienden a personas con esta problemática y en definitiva aportar hacia una mejor atención a los propios pacientes.

## Contexto de la Tesis

La investigación desarrollada que da origen a la presente tesis surge como requisito de la Maestría en Psicología Clínica, posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, Uruguay. La elección de la temática por parte de la tesista, se encuentra motivada por el acercamiento al fenómeno del dolor crónico, desde su inserción laboral como psicóloga en el ámbito clínico. La misma forma parte, desde su inauguración, del equipo de la Unidad de Dolor Crónico de la Asociación Española. Esta es una Institución de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) perteneciente, en tanto prestador integral, al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de Uruguay. La Unidad de Dolor Crónico (UDC) funciona en su sede central en Montevideo. Al momento de desarrollar el estudio, la investigadora se encontraba participando del Comité de Recepción, el cual atiende por primera vez al paciente que es derivado, siendo evaluado en conjunto por médica especialista en dolor, fisiatra y psicóloga. La posibilidad de acceso a la población, por tratarse al momento del único servicio a nivel de la salud privada en Uruguay con estas características, contribuyó a la viabilidad de la implementación del proyecto. Este se presentó ante la Dirección de la Maestría y se gestionaron los avales institucionales correspondientes en la institución de salud, así como de los respectivos comités de ética, permitiéndose así la realización de la presente investigación.

Si bien en la UDC se atienden pacientes con dolor de diversa etiología, en el estudio desarrollado se delimitó la población participante a aquellos pacientes que presentaban dolor no oncológico ya que se entiende que padecer cáncer puede incidir en las variables psicológicas estudiadas, más allá del dolor.

Cabe aclarar por otra parte, que se hará referencia al término “depresión” en sentido amplio, pudiendo referirse a síntomas depresivos en el caso de los resultados de la escala de depresión utilizada.

## Fundamentación y Antecedentes

### Fundamentación del Estudio

El dolor físico es la causa más frecuente de consulta médica (Carbone & Graña, 2012) y constituye uno de los síntomas que produce más sufrimiento en el contexto de cualquier enfermedad (Martínez et al., 2015). La lumbalgia, por ejemplo, es uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria, y frecuente motivo de absentismo laboral (Serrano et al., 2021). En tal sentido, el alivio del dolor es para la Organización Mundial de la Salud (OMS) un derecho humano fundamental y se han pautado criterios indispensables para el control del mismo, entre los que se encuentran la adecuada formación de los profesionales de la salud y la disponibilidad farmacológica (Martínez et al., 2015; Lohman et al., 2010).

Dentro los tipos de dolor, el dolor crónico en tanto fenómeno complejo y multideterminado, ha llegado a ser considerado una enfermedad en sí misma (Ibarra, 2006). Mientras que en nuestro país no contamos con datos de prevalencia, a nivel mundial las cifras oscilan entre un 13 y un 50% en adultos, (Mills et al., 2019) teniendo un impacto significativo en la calidad de vida de las personas, asociándose a sufrimiento y pérdida de productividad laboral.

Reafirman lo antedicho datos de la Medical Expenditure Panel Survey según lo cual unas cien millones de personas en Estados Unidos padecen dolor crónico y se ha estimado que los costos económicos asociados al dolor, tanto en tratamientos como en las pérdidas de la productividad laboral, son superiores a los generados por patologías cardíacas, así como los relacionados al cáncer y la diabetes (Gaskin & Richard, 2012).

Diversas investigaciones muestran la relevancia de la evaluación de los factores psicológicos para el manejo del dolor en forma interdisciplinaria (Infante, 2002), (Plata-Muñoz et al., 2004). Por otra parte, la relación de esta problemática con la depresión es estrecha, siendo uno de los

trastornos mentales que se asocian a dolor crónico, incluso en mayores proporciones que en otras enfermedades crónicas. El trastorno depresivo mayor se presenta en los pacientes con dolor crónico en porcentajes que pueden llegar a alcanzar un 56,8% si se tiene en cuenta la prevalencia de vida (Fuentes et al., 2019).

Indudablemente el dolor crónico constituye a nivel mundial un relevante problema de salud pública, así como lo es la depresión asociada (González, 2014). Por este motivo continuar investigando es esta relación se entiende pertinente.

Por otra parte, si bien los estudios de metodología cualitativa en aspectos psicológicos de pacientes con dolor crónico no oncológico han ido en aumento en los últimos años, aún es necesario continuar investigando.

En Uruguay es escaso el desarrollo de investigaciones en psicología y dolor crónico, no encontrándose en la búsqueda al momento, publicaciones de estudios que aborden la depresión y el afrontamiento en esta población a través de un enfoque mixto. Por lo tanto, se justifica la realización del presente estudio. Los resultados podrán ser de utilidad tanto para equipos que ya vienen funcionando, como para la creación de nuevas unidades. Se propone con la presente investigación generar insumos para la comprensión y tratamientos de las personas con esta problemática.

## **Antecedentes**

La relación del dolor crónico y la depresión ha generado interés a nivel científico. Fishbain et al. (1997) realizaron la revisión de 83 trabajos que vinculaban dolor crónico y depresión, encontrando que la depresión se presenta con mayor frecuencia en pacientes con dolor crónico que en personas sanas. En estos estudios se evidencia una fuerte asociación entre la

depresión como reacción al dolor crónico, hallándose también relación, aunque en menor medida de la depresión como causa del dolor crónico.

En la misma línea, de Heer et al. (2018), analizan datos de Netherlands Mental Health Survey Study-2 (N=5.303) donde se reafirma que el dolor es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales. El dolor moderado a severo, así como la interferencia debida al dolor son fuertes factores de riesgo para el desarrollo de un primer episodio o la recurrencia de trastornos del humor y de ansiedad.

Como antecedentes en cuanto a metodología cuantitativa en el estudio del afrontamiento y las emociones frente al dolor se encuentran numerosos trabajos del grupo de investigación en Psicología y Dolor de la Universidad de Málaga (Camacho et al., 2002; Esteve et al., 2007; Esteve Zarazaga et al., 2001, 1999). Por otra parte, las variables psicológicas en pacientes con dolor crónico de diversa etiología se analizan en la tesis doctoral de Infante (2002) de la Universidad Autónoma de Barcelona.

En lo que concierne a Latinoamérica, se desarrolló una tesis acerca de ansiedad, depresión, afrontamiento e impacto de la fibromialgia con población mexicana (de León González, 2019).

En cuanto a antecedentes nacionales de estudios cuantitativos en psicología y dolor crónico, estos son escasos. Abreu et al. (2019) realizan un análisis descriptivo de los primeros 73 consultantes de la Unidad Interdisciplinaria de Dolor del Hospital Maciel - Banco de Seguros del Estado, reportando que un 40% de la población asistida presenta diagnóstico clínico de depresión. En un estudio previo realizado en el Hospital de Clínicas con consultantes en policlínicas de medicina interna, si bien no se focaliza en pacientes únicamente con dolor, sino que integra diversos motivos de consulta médica, se encontró que el 22,2% de los usuarios presentaban depresión, medida a través de cuestionarios. Estas cifras son mayores que las halladas en la población general, lo cual en nuestro país constituye un importante problema

(Almada et al., 2014). Otro estudio nacional con pacientes hospitalarios evalúa la relación entre la depresión y el apoyo social (Moreira R. et al., 2018).

Por otra parte, los estudios de metodología cualitativa en aspectos psicológicos de pacientes con dolor crónico no oncológico han tenido un incremento en los últimos años. Osborn y Smith (1998) llevaron a cabo una investigación a través de entrevistas semiestructuradas a nueve mujeres con lumbalgia crónica, concluyendo que las participantes lo vivenciaban como un estigma, presentando confusión y temor hacia el futuro, entre otras emociones.

Con respecto a la percepción de las barreras y facilitadores para la aplicación de herramientas de autocontrol del dolor, en pacientes con comorbilidad dolor crónico musculoesquelético y depresión, se encuentra el trabajo de Bair et al. (2009) en Estados Unidos de América. Los participantes expresan que los síntomas depresivos son un obstáculo para la aplicación de las técnicas aprendidas, notando cambios si estos mejoraban. Lo mismo ocurre con el apoyo social, incidiendo en el manejo del dolor.

También el estudio cualitativo llevado a cabo por Upshur et al. (2010) donde a través de grupos focales exploran las vivencias con respecto a la atención en pacientes con dolor crónico, relatando percepciones de desconfianza y poco respeto por parte de algunos profesionales tratantes, siendo más satisfactoria la atención cuando el enfoque se centraba en la persona.

En una investigación española desarrollada por Escudero-Carretero et al. (2010) con pacientes con fibromialgia, uno de los tipos de dolor crónico benigno, se señala la difícil vivencia que transitan y la necesidad de apoyo por parte de los equipos, interés y acompañamiento entre otros factores a tener en cuenta en sus tratamientos.

Siguiendo con métodos cualitativos, un estudio con grupos focales y entrevistas telefónicas en Estados Unidos con personas que habían participado de un programa de manejo del dolor, señala la necesidad de trabajar con la insatisfacción que sienten los pacientes por sus

limitaciones y la importancia del entrenamiento en el manejo de su enfermedad y tratamientos (Turner et al., 2018).

Por otro lado, una investigación de enfermería con personas mayores describe las experiencias de pacientes con dolor crónico benigno a partir de entrevistas en profundidad, dando cuenta de vivencias de cuerpos lastimados y limitados por la enfermedad (Alvarado & Salazar, 2018).

Como antecedente nacional de estudios con metodología cualitativa en la temática de la psicología y el dolor crónico, lo constituye un estudio de caso de una paciente con fibromialgia, desde la perspectiva psicoanalítica, como tesis de Maestría en Psicología Clínica (Colmán, 2015).

Utilizando métodos mixtos por otra parte, se desarrolló en Bulgaria la investigación de Telbizova y Aleksandrov (2022) acerca del significado del dolor para pacientes hospitalizados con y sin depresión. Otro ejemplo es un estudio en Inglaterra acerca de la calidad de vida en pacientes con dolor crónico (Hadi et al., 2019).

Al momento, en las búsquedas realizadas, no se han encontrado antecedentes de estudios en población uruguaya con métodos mixtos que aborden la temática de la depresión y el afrontamiento en relación al dolor crónico no oncológico.

## **Referentes Teóricos**

### **Definición de Dolor**

La definición de dolor más utilizada fue elaborada en 1979 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés) y recientemente ha sido actualizada. El dolor se define por lo tanto como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial" (Vidal, 2020). Los

aspectos psicológicos se encuentran incluidos en esta definición, así como la separación entre dolor y nocicepción, ya que la sensación de dolor no necesariamente implica compromiso de los tejidos (Treede, 2018). Son diversas las clasificaciones de dolor, siendo las más utilizadas la división entre agudo y crónico o por etiopatogenicidad, clasificándose en dolor nociceptivo, neuropático y psicógeno (Bautista & Jimenez, 2014).

El dolor físico acompaña a la humanidad desde sus inicios y en tanto experiencia determinada culturalmente, ésta ha tenido diferentes significados a lo largo del tiempo. En los distintos momentos socio-históricos el dolor fue para el hombre fuente de sufrimiento, así como también una forma de acercamiento a lo sagrado (Moscoso, 2011). Se piensa por otra parte que en la actualidad, principalmente en las culturas occidentales la tolerancia al dolor es baja, lo cual ha llegado a plantear el problema como una paradoja, donde cada vez hay más personas con dolor, siendo mayores los adelantos tecnológicos y los fármacos disponibles (Montes & Retamoso, 2016).

El estudio de la temática del dolor cobra un importante giro a partir de los planteos de Melzack y Wall en los años 60, al desarrollarse el Modelo Multidimensional del Dolor, dando paso a la intervención de la psicología en este campo (Acevedo González, 2013). Melzack, (1983, citado por Plata-Muñoz, Castillo-Olivares, et al., 2004) refiere que el dolor se encuentra influenciado por aspectos cognitivos o del sistema nervioso central superior, siendo determinante del control central del dolor.

Lo anteriormente expuesto reafirma el carácter subjetivo del dolor, por lo tanto es la persona que lo sufre quien va a dar cuenta de la intensidad con la que lo vive, independientemente de la existencia o no de lesión o la magnitud del daño orgánico. Las pruebas objetivas para medir el dolor no resultan de utilidad ya que la evaluación del dolor debe contemplar todos los aspectos, incluyendo cómo lo vive la persona, así como el impacto en su calidad de vida. La evaluación

médica se realiza en base a la entrevista y el examen físico, complementándose con escalas (Carbone & Graña, 2012).

### ***Dolor Crónico***

El dolor crónico ha aquejado al ser humano desde tiempos remotos, siendo objeto de la medicina, pero se le atribuye a John Bonica a principios de la década de 1950 el haber propuesto cambios sustanciales para los tratamientos de estos pacientes. Esta condición, por otra parte, no fue considerada una enfermedad en sí misma, tal vez hasta mediados del siglo XX. Moscoso (2013), filósofo contemporáneo, plantea que los inicios de la medicalización del dolor crónico trascendieron a aquellos factores de la práctica hospitalaria y la teoría clínica, estando plenamente ligado a valorizar y restituir a los lesionados en la Guerra Civil americana o en las guerras mundiales. De esta forma se les otorgó a estas personas mayor visibilidad, integrando la categoría de dolor crónico, evitando que sus padecimientos quedaran bajo el manto de los trastornos mentales.

En lo que respecta al diagnóstico de dolor crónico, la última versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), lo define como aquel dolor que persiste o reaparece más allá de los tres meses (OMS, 2019).

No obstante, además del criterio temporal, el dolor crónico es principalmente el resultado de una falla en los sistemas naturales de analgesia que se mantiene por un desajuste en los mecanismos de regulación del dolor. Mientras que el dolor agudo cumple una función protectora para nuestro organismo, ante estímulos externos que amenazan su integridad o es una señal de la lesión de algún órgano o tejido, el dolor crónico no es simplemente la prolongación en el tiempo de dicho dolor, sino que presenta otras características. Es posible que éste perdure con independencia del origen primario del mismo o aún en ausencia de lesión, revistiendo una complejidad diferente desde el punto de vista biológico y psicológico. El

mismo puede definirse como un “estado sensibilizado de percepción de dolor con la impronta genética, afectiva, cultural y adaptativa individual.” (Vázquez, 2012, p. 37)

Debido a la complejidad de los pacientes con dolor crónico y su tratamiento, la IASP conformó un grupo de trabajo, proponiendo los cambios en la clasificación de enfermedades. Se plantea por lo tanto priorizar la etiología del dolor, luego los mecanismos fisiopatológicos y la localización corporal en último término (Treede et al., 2015. p. 1003). Estas categorías se pueden ver reflejadas recientemente en las modificaciones de la CIE-11 (OMS, 2019) dentro del código MG30 Dolor Crónico, siendo las mismas: dolor crónico primario, dolor crónico por cáncer, dolor crónico postraumático y postquirúrgico, dolor musculoesquelético secundario crónico, dolor visceral secundario crónico, dolor neuropático crónico y cefalea o dolor bucofacial secundario crónicos. Para esta clasificación, todo dolor crónico es multifactorial, contribuyendo factores biológicos, psicológicos y sociales. En el caso del dolor crónico primario, en su definición se encuentra contemplada la presencia de ansiedad, ira, frustración o estado de ánimo deprimido.

En términos generales se suele considerar al dolor crónico como enfermedad cuando se trata de dolores crónicos primarios, es decir, los que no presentan relación con una causa clara que los haya originado inicialmente, como puede ser la fibromialgia, la lumbalgia inespecífica o el síndrome de dolor regional complejo. Los dolores crónicos secundarios a otras patologías son considerados inicialmente como síntomas. Sin embargo, para varios referentes en el área del dolor que participaron en la nueva clasificación de la CIE-11 (Treede et al., 2019), debe ser evaluado en algunos casos un cambio de diagnóstico, por ejemplo, desde dolor crónico secundario hacia dolor crónico primario. Estos serían aquellos en los cuales se presente una evidente disociación entre la causa original del dolor, que puede haber sido resuelta o haber transcurrido períodos de tiempo prolongados, agregándose otros factores que hacen que el dolor se torne el objeto principal de la atención sanitaria. De esta forma, plantean, avanzar en

darle al dolor crónico la relevancia de una entidad con derecho propio, lo cual tiene incidencia en los recursos destinados a la salud y en la atención de los pacientes.

### ***Dolor Crónico y Género***

Gallach Solano et al. (2020) señalan que las mujeres presentan más riesgo de desarrollar dolor crónico y tienen umbrales de dolor menores que los varones. Son varios los factores que inciden en ello. Por un lado, estos autores entienden que las mujeres presentan una vulnerabilidad mayor por aspectos psicosociales tales como exposición temprana a estrés ambiental, historia familiar, dificultades en la realización personal fuera de las tareas de crianza, simultaneidad del rol de cuidadora con los roles profesionales y domésticos. Por otra parte, los roles típicamente asignados a los géneros conllevan a que se consideren más adecuadas las expresiones de dolor en las mujeres que en los varones, quienes pueden sentirse presionados a mantenerse fuertes ante el entorno.

En cuanto a diferencias biológicas en la respuesta a estímulos dolorosos, entre sexo femenino y masculino se han evidenciado experimentalmente, siendo mayor la sensibilidad al dolor en las mujeres (Maffiuletti et al., 2008; López-Bravo et al., 2020).

Considerando el ámbito sanitario, en términos generales son las mujeres quienes suelen efectuar mayor número de consultas por su salud (Durán, 2007). En lo relativo a esto, en las Unidades de Dolor, suele ser mayor el porcentaje de mujeres que de varones que se atienden. El estudio de Impacto del Tratamiento Analgésico sobre la Calidad de Vida en Algias (ITACA), que incluyó a 907 pacientes de 100 Unidades de Dolor españolas, mostró que el género femenino representa el 66,03% del total (Casals & Samper, 2004).

## Depresión

La depresión, tal como la entiende actualmente la psiquiatría, es un trastorno mental que afecta aproximadamente 350 millones de personas, variando su prevalencia en diferentes partes del mundo, desde 3% en Japón hasta 16.9% en los Estados Unidos de América. Se estima que un 60% de las personas con trastorno depresivo no reciben adecuado tratamiento (Pérez-Padilla et al., 2017).

En la Región de las Américas, la depresión ocupa el primer lugar entre los problemas de salud mental con mayor prevalencia, afectando en 2015 al 6% de mujeres y al 4% de hombres (Ministerio de Salud Pública, 2020b). En lo que respecta a Uruguay específicamente, no se cuenta con datos actuales de prevalencia.<sup>1</sup>

A la depresión se le atribuyen connotaciones tanto de síntoma único, o acompañado de otros no relacionados, como síndrome donde lo principal es la tristeza o depresión entendida como enfermedad (Soria, 2011, citado por Benavides, 2018)

La etimología de la palabra depresión proviene del latín *de* y *premere*, cuyo significado hace alusión a apretar u oprimir, y *deprime-re* que significa empujar hacia abajo (Jackson, 1986, citado por Korman & Sarudiansky, 2011). Este término ha dado lugar a controversias ya que, desde la ciencia ha sido utilizado para hacer referencia a diferentes cuadros psicopatológicos y, por otra parte, ha llegado a ser utilizado popularmente para describir incluso fluctuaciones normales del estado de ánimo. Esta confusión queda sintetizada en el siguiente párrafo de Bielli (2012):

---

<sup>1</sup> El Ministerio de Salud Pública (MSP) fue consultado al respecto mediante solicitud de acceso a información pública. Se obtuvo como respuesta que Uruguay no cuenta con dichos datos unificados. (Trámite N° 12/001/3/4438/2021, resolución 673/2021 y trámite N° 12/001/3/6755/2022, resolución 920/ 2022).

La noción de depresión ha presentado durante todo el siglo XX una cierta resistencia a su especificación, manifiesta en la propia oscilación que las distintas clasificaciones psiquiátricas presentan en el uso singular o plural del término, y observable también en la heterogeneidad de los malestares que engloba, referidos como estados, síndromes depresivos o trastornos del humor con distintas subcategorizaciones. (p. 99)

Para comprender el estado actual de la depresión como diagnóstico y su relación con el dolor, es interesante conocer parte de su recorrido. Widlöcher (1986) relata que una forma de clasificar a los enfermos de depresión podía estar dada entre depresión endógena y depresión neurótica. Otra manera sería dividir entre aquellas formas graves y formas menores. Este autor también se pregunta si siempre se trató del fenómeno depresivo, por ejemplo, cuando Freud y Abraham describían los estados melancólicos, caracterizados por un estado de pesimismo y desesperación (p. 29).

Asimismo, el término melancolía puede rastrearse hasta la antigüedad, para muchos como forma grave de la hoy denominada depresión, con consecuencias nefastas como el suicidio. Por otra parte, se situaba la neurastenia, algo más crónico, que incluía fatiga, dolores y ansiedad hipocondríaca. La división entre estas dos depresiones es dejada de lado en 1980 en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III por sus siglas en inglés), englobándolas en el cuadro denominado Depresión Mayor (Shorter, 2007). Con respecto a la también desaparecida categoría de Depresión Menor de los DSM, Shorter (2013) se inclina a pensar que esta exclusión responde a la poca disposición de los seguros de salud a indemnizar por dolencias que no tuviesen un estatuto de severidad, como lo da a entender el diagnóstico de depresión “mayor”.

Por lo que se refiere a las clasificaciones actuales, las más utilizadas son las del DSM y la CIE. Estas aportan marcos que permiten la comunicación entre profesionales en el ámbito sanitario.

Según el DSM en su quinta edición, los trastornos del estado de ánimo se dividen en dos grupos: trastornos depresivos y trastornos bipolares. Dentro de los trastornos depresivos se encuentran comprendidos el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y no especificado (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Para este manual, el trastorno depresivo mayor puede tener un episodio único o recurrente. En un período de dos semanas, se debe cumplir con cinco de los síntomas siguientes, debiendo estar presente al menos el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer. Los demás síntomas son: disminución o aumento de peso sin hacer dieta, al menos 5% del peso corporal en un mes, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos de muerte recurrentes o ideas suicidas o intento de autoeliminación. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas de funcionamiento de la persona.

Los especificadores para los trastornos depresivos incluyen: con ansiedad, el nivel de gravedad que varía entre leve a grave, las características mixtas (síntomas maníacos e hipomaníacos), melancólicas, con características atípicas, con catatonía o de inicio en el periparto. También se especifica si existe un patrón estacional y la remisión parcial o total de los síntomas.

En cuanto a la clasificación del CIE 11 (OMS, 2019), dentro del apartado 06 correspondiente a “Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo”, se encuentran los trastornos bipolares con sus variantes y los trastornos depresivos, los cuales se presentan con un estado de ánimo que se caracteriza por tristeza, irritación, sensación de vacío o pérdida de placer, y se

asocia a otros síntomas de la esfera cognitiva, de las conductas o neurovegetativos, afectando la capacidad del individuo para funcionar. También se clasifican las presentaciones sintomáticas y de curso para episodios del estado de ánimo en trastornos del estado de ánimo, las cuales se aplican como categorías para describir las características de los episodios en el contexto de los trastornos.

Por otra parte, en este manual, se encuentran el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, el síndrome secundario del estado de ánimo, el cual se refiere a la presencia de síntomas depresivos como consecuencia fisiopatológica de una enfermedad. También se incluye aquí trastornos del estado de ánimo especificados y sin especificar. Fuera de los trastornos podemos encontrar el diagnóstico de estado de ánimo deprimido, incluido en el apartado MB24: “Síntomas o signos relativos al estado anímico o afectivo”.

### ***Depresión y Dolor***

La relación entre depresión y diversas enfermedades físicas se ha descrito tanto en el sentido de que la enfermedad activa síntomas psicológicos por las limitaciones o consecuencias que genera, como en el sentido de que un cuadro como la depresión puede predisponer al organismo a sufrir enfermedades debido a la inmunosupresión. Además, las personas deprimidas tienden a ver afectado su autocuidado, pudiendo presentar conductas que faciliten o acentúen alguna patología crónica preexistente (Piqueras Rodríguez et al., 2008).

Entre las personas que padecen dolor crónico, la depresión es uno de los trastornos psicológicos que se presentan con mayor frecuencia y suele generar complicaciones tanto en la evolución como en los tratamientos. Entre el 25 y más del 50 % de quienes consultan por dolor están deprimidos, (Karapetyan & Manvelyan, 2018) a la vez que la prevalencia de dolor en pacientes deprimidos varía de entre 15% y 100%.

Los dolores de origen incierto, según Blumer (1982, citado por Plata-Muñoz et al., 2004) podrían corresponder a variantes de desórdenes depresivos. La controversia no se encuentra resuelta, a pesar de que la estrecha relación entre depresión y dolor ha llevado a postular que ambas entidades pudieran formar parte de un mismo cuadro. Se han denominado en ocasiones “equivalentes depresivos” o “depresión enmascarada”, sin embargo, aún se carece de evidencia que respalde tal afirmación (Fuentes et al., 2019).

A nivel biológico, se ha encontrado que existen mecanismos que explicarían la relación entre el dolor y la depresión. Según estudios de neuroimagen, las emociones y el dolor tienen una estrecha conexión a nivel cerebral. Los niveles reducidos de los neurotransmisores norepinefrina y serotonina se han relacionado a obstáculos en los mecanismos de control del dolor y a los trastornos del estado de ánimo (Gerrits et al., 2014).

En el caso por ejemplo de la fibromialgia, se ha encontrado que similares mecanismos humorales y neuronales se encontrarían en la base del desarrollo de ésta, así como también de la depresión. Luego del diagnóstico de fibromialgia, el empeoramiento del dolor crónico con síntomas depresivos podría complicar el pronóstico y las posibilidades de mejores resultados de los tratamientos indicados (Karapetyan & Manvelyan, 2018).

Otros aspectos como el soporte social con que cuenta la persona, así como la relación asistencial tienen incidencia en la adaptación a la enfermedad y pueden ser factores que contribuyan a prevenir o facilitar alteraciones del estado de ánimo en pacientes con dolor crónico.

Es así que el soporte social actúa como un colchón protector ante los sucesos vitales estresantes, de acuerdo a la inserción de la persona en su red de relaciones. Este soporte puede ser de tipo emocional, material e informacional. Lo importante en este sentido es la

calidad de los vínculos que le proporcionen al sujeto lo necesario tanto a nivel afectivo como de cuidado (Bernardi, 1988).

### **El Concepto de Dolor Total**

En la comprensión y tratamiento de los pacientes con dolor, originalmente ligado a los cuidados paliativos, se ha desarrollado el concepto de “dolor total”. La pionera en esta área fue Cicely Saunders, quien acuñó este término a partir de la atención de los enfermos de cáncer en etapas terminales de la enfermedad. El dolor, plantea Saunders, puede perpetuar un círculo de sufrimiento, y plantea que no es exagerado hablar de dolor en términos de totalidad, si bien el dolor puede separarse en sus componentes físicos, emocionales, sociales y espirituales (Saunders & Clark, 2011).

Al tratar de comprender todo lo que rodea al fenómeno del dolor, queda en evidencia que esa división puede ser necesaria para estudiar y tratar estos diferentes aspectos de la persona, siendo este concepto un intento de integrar esos fragmentos. En este sentido, a propósito de la importancia de esta conceptualización, plantea Protesoni, (2014): “esta noción de «dolor total» viene a rescatar el dolor del reduccionismo al que fue sometido a partir de su medicalización” (p. 95).

Si bien el presente estudio se enfoca en pacientes con dolor no oncológico, este concepto se extiende más allá de las fronteras de los cuidados paliativos, pudiendo arrojar luz a la comprensión de todo paciente con dolor crónico, donde todas las áreas se ven también comprometidas.

Sería válido entonces preguntarse si todo dolor crónico puede ser considerado como dolor total, dada la multicausalidad que lo determina. Sobre este punto reflexiona Fajardo-Chica

(2020) planteando que el concepto no debería quedar asociado únicamente a los pacientes en cuidados paliativos. Principalmente, lo que mueve a enfocarse desde esta perspectiva es la posibilidad de intervención en las diferentes áreas afectadas por el dolor y una mirada integral del ser humano.

El cuerpo dolorido lleva al paciente a consultar en el ámbito médico, pero pensarlo por separado de su psiquis y su entorno parece una cuestión más práctica que real, dejando múltiples interrogantes. Dice Bernardi (2002):

Aceptemos, pues, como punto de partida, la distinción entre el cuerpo y la psiquis; pero al mismo tiempo cuestionemos esta distinción postulando un cuerpo viviente y un psiquismo encarnado y reconozcamos en las fronteras entre ambos, zonas de superposición y tierras de nadie. (p. 3)

### **Estrés y Afrontamiento**

Al referirnos a la forma en que las personas hacen frente a las enfermedades, es importante considerar que estas suponen una carga para el individuo con la consiguiente demanda de un esfuerzo para manejarse ante ellas. Por ello es necesario conceptualizar qué se entiende por estrés y por afrontamiento para luego centrarlo en la temática específica del dolor.

En primer lugar, el estrés puede definirse como “una respuesta general del organismo ante demandas internas o externas que en principio resultan amenazantes, respuesta que consiste básicamente en una movilización de recursos fisiológicos y psicológicos para poder afrontar tales demandas” (Nieto Munuera et al., 2015, p 180).

La respuesta de estrés puede ser adaptativa, cuando ante un estímulo amenazante se despliegan a nivel del organismo una cascada de reacciones que preparan al individuo para

defenderse, aunque tal reacción puede volverse nociva cuando se produce permanentemente, es decir en forma crónica (Amigo Vázquez, 2015, p 134).

En este sentido se han desarrollado diferentes modelos para la comprensión del concepto de estrés, siendo uno de los más empleados en el ámbito de la salud, el modelo transaccional de Lazarus y Folkman. Este propone dar explicación a la incidencia de las cogniciones como moduladoras del estrés (Amigo Vázquez, 2015, p 137, 138).

Para Lazarus y Folkman (1984) se contempla la evaluación que realiza la persona de los estímulos que se le presentan, lo cual describen en tres etapas. En una valoración primaria se evalúa si se trata de un estímulo estresante, benigno o irrelevante. Esto dependerá de cuanto el individuo sienta que se encuentra comprometido el propio bienestar. Cuando se evalúa como estresante, a su vez puede ser considerado como de daño o pérdida, desafío o amenaza. Mientras que el daño o la pérdida refieren a algo que ocurre efectivamente, la amenaza se refiere a la potencialidad de ello. Por otra parte, el desafío conlleva sentimientos positivos. Desafío y amenaza no necesariamente se excluyen mutuamente, pudiendo un mismo estímulo ser valorado en ambos sentidos.

Posteriormente para estos autores se sucede una segunda valoración, en la cual se evalúan los propios recursos para hacerle frente. Es allí donde el afrontamiento se pone en marcha, estando relacionado a la expectativa de resultado, es decir, los resultados que espera obtener la persona, y la expectativa de eficacia, o sea, cuan convencida se siente la persona acerca de poder ejecutar con éxito los comportamientos necesarios para lograr el resultado deseado (Bandura 1977a, 1982, citado por Lazarus & Folkman, 1984 p. 35).

Por último, desde este modelo, ocurre una reevaluación en función de nueva información que pueda surgir ante la situación. Mediando las transacciones entre la persona y el entorno se

encuentran los procesos de evaluación cognitiva. De esta forma un estímulo que parecía amenazante puede dejar de serlo, o por el contrario uno benigno, convertirse en amenaza.

En cuanto al afrontamiento, este ha sido definido por Lazarus y Folkman como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (1984, citado por Soriano & Monsalve, 2004).

En una revisión teórica de las estrategias de afrontamiento según el modelo referido, Rodríguez et al. (2016) describen diferentes clasificaciones que se han realizado de las mismas. Entre ellas podemos destacar la diferencia que realizan Lazarus y Folkman (citados en Rodríguez et al., 2016) entre afrontamiento centrado en el problema, cuando el individuo evalúa que hay posibilidades de realizar algún cambio, versus centrado en la emoción, cuando son nulas las posibilidades de modificar la situación. Más adelante en 2010 Folkman y Moskowitz (citados en Rodríguez et al., 2016) agregan el afrontamiento centrado en estados positivos el cual puede ponerse en marcha en situaciones graves de estrés. Según dicha revisión, otros autores como Moos y Billings en 1981 (citados en Rodríguez et al., 2016) han planteado que este puede entenderse como centrado en la evaluación, mientras que Endler y Parker en 1990 (citados en Rodríguez et al., 2016) plantean el afrontamiento centrado en la evitación.

### ***Afrontamiento al Dolor***

En la temática del dolor crónico se han estudiado fundamentalmente las estrategias de afrontamiento según el modelo del estrés mencionado, de Lazarus y Folkman (1986, citado por Almendro Marín et al., 2011) encontrándose relación entre la forma de hacer frente al dolor y la discapacidad asociada.

Desde esta perspectiva, el dolor se presenta como una experiencia estresante para el individuo, siendo las valoraciones acerca de la situación y los recursos de los que dispone la

persona, determinantes en el empleo de unas u otras estrategias de afrontamiento (Camacho et al., 2002).

Estas estrategias en el caso del dolor y como serán tomadas en el presente estudio, se pueden diferenciar principalmente entre pasivas y activas. Las estrategias pasivas tienen que ver con aquello que no implica un esfuerzo personal en la búsqueda de alivio, tales como rezar o hacer catarsis o depender de otras personas. Por otra parte, las estrategias activas involucran hacer algo para aliviarse como la distracción, la búsqueda de información y la autoafirmación.

En el problema del dolor crónico ha sido descrita una relación positiva entre neuroticismo y estrategias de afrontamiento poco eficaces tales como el catastrofismo y la búsqueda de control externo (Ramírez Maestre et al., 2001) y se han encontrado mayores niveles de depresión y peor funcionamiento entre quienes utilizan un estilo de afrontamiento pasivo, en comparación con aquellos que lo afrontan activamente (Soucase et al., 2005).

Investigaciones recientes (Kuzu et al., 2022) han señalado la importancia de contemplar en los tratamientos la educación a los pacientes en cuanto a potenciar el empleo de estrategias activas y disminuir las estrategias pasivas de afrontamiento al dolor. De esta forma se busca mejorar el funcionamiento físico y psicosocial.

### **Las Unidades de Dolor en el Abordaje Integral del Paciente con Dolor Crónico**

Las personas que padecen dolores físicos que se prolongan en el tiempo y que no logran una adecuada calidad de vida con los tratamientos médicos convencionales, se benefician de ser abordadas por equipos interdisciplinarios donde se contemplen todas las áreas que se encuentran afectadas.

La IASP diferencia los servicios de tratamiento del dolor entre Centros Multidisciplinarios y Clínicas Multidisciplinarias, teniendo en común la presencia de profesionales del área médica especializados en dolor, del área de salud mental y rehabilitación física. En el caso de los Centros se agrega la presencia de actividades educativas y de investigación (*Pain Treatment Services - International Association for the Study of Pain (IASP)*, s. f.).

Las también denominadas Unidades de Tratamiento del Dolor (UTD) han demostrado ser el mejor abordaje para este tipo de pacientes. Esta se define como:

Una organización de profesionales de la salud que ofrece asistencia multidisciplinar, que cumple con los requisitos funcionales, estructurales y organizativos que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender al paciente con dolor crónico que requiera asistencia especializada (Palanca Sánchez et al., 2011, p.13).

Es en 1953 cuando el Dr. John Bonica, nacido en Italia, formado en Estados Unidos, crea la primera clínica de tratamiento multidisciplinaria del dolor, siendo Jefe del Servicio de Anestesiología de la Universidad de Washington en Seattle. En aquel entonces contaba con psiquiatra, cirujano ortopédico y neurocirujano. Los aportes de Bonica continúan siendo referencia en el ámbito del tratamiento del dolor a nivel mundial (Pérez-Cajaraville et al., 2005).

### ***La Situación de Uruguay en la Atención Interdisciplinaria al Dolor Crónico***

Uruguay a nivel médico presenta una larga trayectoria en el manejo del dolor crónico. Tal como detalla Hernández (2022) los inicios del tratamiento del dolor en el país se encuentran ligados a la anestesiología y la neurocirugía. Posteriormente se fue avanzando hacia un trabajo interdisciplinario.

El país no cuenta con datos oficiales acerca de las consultas efectuadas por dolor crónico ni de las Unidades de tratamiento especializadas. Consultado el Ministerio de Salud Pública (MSP), este entiende que el dolor crónico no se trata de una patología específica sino un síntoma, por lo cual ese dato no se estaría relevando. No se accedió tampoco a través de ese ministerio, a conocer acerca de las Unidades de Dolor existentes en Uruguay por no tener registro de las mismas, si bien entienden que la cobertura es universal y las personas tienen acceso a tratamientos y fármacos necesarios para el manejo del dolor crónico<sup>2</sup>.

La Asociación Uruguaya para el Estudio del Dolor (AUED) si bien no mantiene un directorio formal de las Unidades de Dolor que funcionan en el país, cuenta con información al respecto, a la cual se accedió a través de su presidenta en 2020, la Dra. Irene Retamoso.

Comenzando por la órbita pública, en el año 2002 se crea en Montevideo la Policlínica Interdisciplinaria de Dolor en Uruguay, siendo las impulsoras las Dras. Irene Retamoso y María José Montes, guiándose en experiencias internacionales al respecto. Esta comienza a funcionar en condiciones básicas, logrando consolidarse en el año 2004 con la incorporación de profesionales de diferentes disciplinas, en gran parte como colaboradores honorarios. En 2010 esta policlínica se convierte en la Unidad Interdisciplinaria de Dolor, siendo muchos de sus integrantes contratados a través del Programa de Unidades Docentes Asistenciales (UDA) de la Universidad de la República, asistiendo a pacientes del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y del Hospital Español (Sosa, 2012). Esta policlínica deja de funcionar en 2016 (I. Retamoso, comunicación personal, 10 de junio de 2020).

Por otra parte, en 2017 se pone en marcha la Unidad Interdisciplinaria de Dolor perteneciente al Hospital Maciel y el Banco de Seguros del Estado (BSE) con algunos integrantes de la

---

<sup>2</sup> Se recibió dicha respuesta al amparo de lo dispuesto en la Ley N° 18.381 relativa al derecho al acceso a información pública. (Trámite N° 12/001/3/8105/2019, Resolución 72 - 2020)

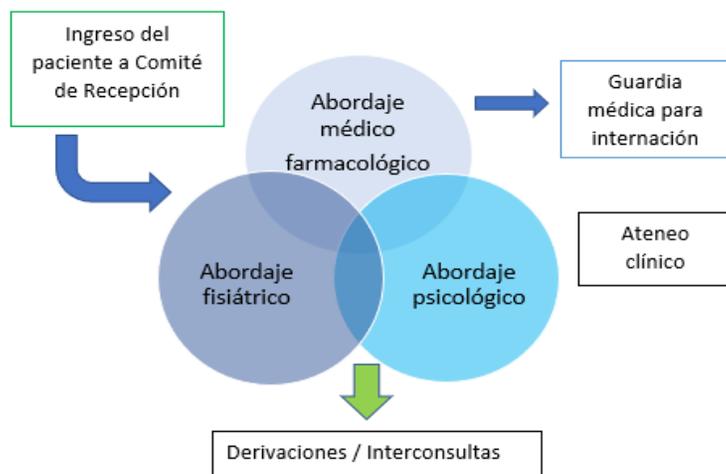
anterior unidad. (I. Retamoso, Comunicación personal, 10 de junio de 2020). En la actualidad se encuentran funcionando como dos unidades por separado (P. Hernández, Comunicación personal, 11 de octubre de 2022).

En el año 2019 el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela de la Universidad de la República, vuelve a inaugurar la Policlínica Interdisciplinaria de Dolor con un amplio equipo multidisciplinario, aspirando a ser una Unidad de Referencia y siendo fundamental el aspecto docente, apuntando a la creación de una Diplomatura en Dolor (*Re inauguración de la Policlínica Interdisciplinaria del Dolor - Hospital de Clinicas «Dr. Manuel Quintela», s. f.*).

Pasando a describir lo que ocurre en el ámbito privado, en enero del año 2015 la Institución de Asistencia Médica Colectiva Asociación Española crea la Unidad de Dolor Crónico (UDC). La misma es coordinada por neurocirujano e integrada por médicas internistas especializadas en dolor, fisiatra, psicólogas y enfermeras. Esta constituye la primera unidad interdisciplinaria para el abordaje del dolor en el ámbito de la salud privada (*Unidad de Dolor Crónico - Asociación Española, s. f.*). El acceso se realiza a través de un pase médico y los pacientes son vistos por el equipo en conjunto en el comité la primera vez que asisten, continuando luego con los diferentes abordajes coordinados. Los casos de mayor complejidad se discuten en un ateneo. También cuenta con un sistema de guardias médicas para atención de los pacientes internados. En la Figura 1 se esquematiza el funcionamiento de la UDC.

## Figura 1

*Diagrama de Funcionamiento de la Unidad de Dolor Crónico de la Asociación Española*



Por otra parte, la Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales COSEM incorpora una Policlínica Interdisciplinaria de Lumbalgia. Otros prestadores de salud cuentan con profesionales especializados que se encuentran trabajando en forma coordinada, aunque no se han constituido formalmente como unidad de tratamiento, sino que funcionan con sistema de derivaciones a diferentes especialidades contemplando los aspectos biológicos y psicológicos del dolor crónico (I. Retamoso, Comunicación personal, 10 de junio de 2020).

Hasta aquí se han descrito aquellos servicios cuyo objetivo principal es la atención del paciente con dolor crónico, sin desconocer que otros equipos interdisciplinarios, cuyos pacientes pueden presentar dolor, tales como Reumatología o Cuidados Paliativos han contribuido al desarrollo del manejo del dolor en forma interdisciplinaria en el país.

En definitiva, en Uruguay existen equipos de profesionales que se encuentran abocados a la atención integral de los pacientes con dolor crónico, tal como lo recomienda la IASP, aunque a

nivel estatal la información es de difícil acceso o con escasa sistematización de los datos, tanto en lo que respecta al dolor crónico, como a las unidades en funcionamiento.

## **Problema y Preguntas de Investigación**

### **Planteamiento del Problema**

Como se mencionó en la fundamentación, tanto el dolor crónico como la depresión constituyen problemas de salud pública a nivel mundial. La fuerte asociación entre dolor crónico y depresión ha sido vastamente investigada.

Se ha documentado una retroalimentación entre ambas entidades, en tanto que padecer dolor crónico puede activar síntomas depresivos, así como la depresión puede manifestarse a través de dolor emocional y físico, siendo la misma un factor de riesgo para la cronificación del dolor, así como el dolor crónico lo es para la depresión. Son varias las hipótesis que intentan explicar esta relación, si bien no se ha logrado llegar a un acuerdo (Fasick et al., 2015).

En nuestro medio, donde la depresión constituye una importante problemática, sin embargo, son escasos los estudios que indaguen la relación de estos fenómenos por lo cual se entiende pertinente la realización de una investigación que pueda sumar a estudios internacionales en la temática del dolor crónico.

Por otra parte, las investigaciones mixtas en psicología y dolor crónico son escasas a nivel mundial. Por tratarse de un fenómeno complejo se hace necesario que se continúe investigando en esta temática desde la complementariedad de métodos. Para nuestra población y el ajuste de los tratamientos que se llevan a cabo es importante contar con estos datos que aporten a la comprensión de las personas que padecen dolor crónico.

### **Preguntas de Investigación**

- 1 – ¿Cómo es la relación entre la intensidad del dolor y la gravedad de la depresión?
- 2–¿Existe relación temporal entre la instalación de la depresión y el inicio del dolor crónico?
- 3 - ¿Existen diferencias entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por quienes presentan depresión y quienes no?
- 4 - ¿Qué factores son percibidos por los pacientes como facilitadores u obstáculos en el curso de su enfermedad?

### **Objetivos e Hipótesis**

#### **Objetivo General**

Analizar la relación entre el dolor crónico y la depresión en usuarios de una Unidad de Dolor Crónico de Uruguay.

#### **Objetivos Específicos**

- 1 – Describir la relación entre la intensidad del dolor y la gravedad de la depresión.
- 2 – Conocer la relación entre el inicio del dolor crónico y la instalación de la depresión.
- 3 –Explorar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la depresión.
- 4- Identificar factores que contribuyen o dificultan afrontar el dolor crónico.

## **Hipótesis**

- 1 – Un porcentaje elevado de la muestra presenta niveles significativos de depresión.
- 2 - Existe relación estadísticamente significativa entre la intensidad del dolor y la gravedad de la depresión.
- 3 – Existe una relación temporal entre el inicio del dolor crónico y de la depresión.
- 4 – Los pacientes que utilizan estrategias de afrontamiento pasivas tienen mayores niveles de depresión.

## **Estrategia y Diseño Metodológico**

El diseño de la presente investigación es de tipo mixto cuantitativo y cualitativo. Los estudios mixtos son empleados en respuesta a la naturaleza compleja de los fenómenos, estudiando aspectos complementarios (Johnson et al. 2006, citado por Hernández-Sampieri et al., 2014, p. 535).

Al emplear un diseño multimétodo, se recurre a la triangulación, entendiéndose por la misma a la búsqueda del mayor grado posible de integración de lo investigado. Al decir de Bericat (1998):

En esta estrategia, por tanto, se pretende un solapamiento o convergencia de los resultados. Los métodos son implementados de forma independiente, pero se enfocan hacia una misma parcela de la realidad, parcela que quiere ser observada o medida con dos instrumentos diferentes. (p. 38)

Si bien la recolección de datos fue secuencial, por lo cual se hará referencia a etapas cuantitativa y cualitativa, cada método realiza su contribución al análisis de resultados y a dar respuesta al cumplimiento de los objetivos de la investigación.

En la etapa cuantitativa se realizó un estudio no experimental, transversal descriptivo y correlacional no causal, acerca de la depresión en pacientes con dolor crónico no oncológico. Tal como explican Hernández-Sampieri et al., (2014 p. 97) un mismo estudio puede tener diferentes alcances, pudiendo contener aspectos descriptivos y relacionales como se plantea en este caso.

El aspecto descriptivo incluye lo referente a las características de la muestra estudiada y la presencia o no de depresión en esta. También se describen los antecedentes personales de depresión y tratamientos realizados y actuales en los individuos participantes.

En el análisis correlacional se busca establecer relaciones entre las siguientes variables: niveles de gravedad de depresión e intensidad del dolor, depresión y afrontamiento, así como analizar otras que surjan como significativas. Estas correlaciones no implican establecer relaciones causales. Los estudios de correlación permiten conocer relaciones o asociaciones entre variables (Hernández-Sampieri et al., 2014) .

La muestra es de tipo no probabilístico, por conveniencia. Este tipo de muestreo presenta la limitación que no permitirá una generalización posterior. Está comprendida por usuarios de la UDC que aceptaron participar en el estudio y firmaron la hoja de consentimiento una vez que se les informó ampliamente acerca de la investigación. Para evitar posibles sesgos, se incluyen pacientes que acuden en diferentes horarios de funcionamiento del servicio invitándose a la participación a quienes acuden a consulta. Se planteó inicialmente llegar a encuestar entre 80 y 100 participantes.

Se empleó la metodología cualitativa para complementar la información relevada a través de métodos cuantitativos y principalmente para el cumplimiento del objetivo cuatro, dado que se busca conocer y profundizar en cuestiones relativas a procesos individuales. En esta etapa se entrevistó a una submuestra de la anterior. Los pacientes que participaron de la etapa cuantitativa fueron informados de una segunda parte. Entre aquellos que se mostraron dispuestos a participar, se buscó contemplar las variaciones posibles en cuanto a niveles de depresión, etiología del dolor, edades y género. En cuanto a este último se mantuvo la proporción de la muestra principal, por lo cual fueron entrevistadas en esta fase 7 mujeres y 3 varones.

Se tomaron en cuenta lineamientos del Análisis Fenomenológico Interpretativo (AFI) el cual se focaliza en la comprensión de experiencias personales en el campo de la psicología (Duque & Aristizábal Díaz-Granados, 2019). Se busca acceder a los significados asociados a la experiencia vivida por los participantes. Dentro de este enfoque se recomienda la selección de pocos casos (entre 3 y 10) lo que permite profundizar en el análisis. El AFI incorpora aportes de la fenomenología, la hermenéutica y la idiografía, siendo una metodología cualitativa que surge ligada principalmente a la psicología de la salud (Tombolato & dos Santos, 2020). En el presente estudio se indagan en las entrevistas, cuestiones referentes a la patología, estrategias para afrontarla, el estado anímico, percepción del soporte social, sucesos vitales estresantes y características de la relación asistencial que perciben como factores que facilitan u obstaculizan el manejo de la enfermedad. Se profundiza en qué tan efectivas les resultan las estrategias de afrontamiento empleadas.

### Instrumentos Para la Recolección de Datos

- Cuestionario elaborado para la investigación conteniendo datos sociodemográficos y clínicos del paciente, tales como: inicio del dolor crónico y presencia de depresión y antecedentes, uso de antidepresivos, diagnósticos asociados al dolor (Anexo 1).

- Escala visual analógica para medición de la intensidad del dolor (EVA). Se trata de una línea recta de 10 centímetros donde los extremos representan ausencia de dolor y el peor dolor imaginable. Es una de las escalas más utilizadas en la evaluación de pacientes con dolor (Carbone & Graña, 2012; Shafshak & Elnemr, 2021) (Anexo 2).

- Inventario de Depresión de Beck versión española (BDI II) (Beck et al., 2006) Consta de 21 ítems en el que se incluyen los componentes cognitivos, conductuales y somáticos de la depresión. Cada uno de los ítems se puntúa del 0 al 3. La puntuación total de la escala es de 63 puntos. Muestra diferentes niveles de gravedad. Es un instrumento de screening. Presenta una adecuada consistencia interna y ha sido validado en población con dolor crónico (Harris & D'Eon, 2008) (Anexo 3).

- Cuestionario de afrontamiento al dolor reducido (CAD-R). (Soriano & Monsalve, 2004; 2017) Evalúa diferentes estrategias que utiliza la persona para hacer frente a su dolor, identificando pasivas y activas, con sus respectivas subescalas. (**Tabla 1**) Cuenta con 24 ítems los cuales pueden tener un puntaje de entre 1 y 5. Es uno de los pocos instrumentos de afrontamiento desarrollados en español. Cuenta con adecuadas propiedades psicométricas. Se mantuvo comunicación con los autores quienes autorizaron su utilización y orientaron en cuanto a su aplicación e interpretación (Anexo 4).

Estos instrumentos son de tipo autoadministrado y en total se estima una duración aproximada para completarlos de 20 minutos.

-Entrevista semidirigida en profundidad. Se trata de un método de recolección de datos utilizado para explorar diferentes dimensiones del fenómeno y significados individuales. Se apunta a conocer la vivencia de la persona entrevistada con relación a su enfermedad y qué factores contribuyen o dificultan el manejo de la misma. La duración estimada es de una hora. Se elaboró una pauta con preguntas a modo de guía (Anexo 5).

### **Criterios de Inclusión y Exclusión**

Se incluyeron pacientes de la UDC que desearon participar voluntariamente, una vez que fueron exhaustivamente informados y firmaron los consentimientos. La participación estuvo limitada a aquellos con dolor no oncológico, cuyo tiempo de inicio era de 6 meses o más, mayores de edad y con capacidad de comprender la información y completar los cuestionarios. Por otra parte, que no se encontraran cursando duelos recientes. Por tanto, los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Usuarios menores de 18 años.
- Presencia de deterioro cognitivo, psicosis o alteraciones que dificulten la comprensión del estudio y puedan afectar su capacidad de dar consentimiento para la participación.
- Pacientes con patología oncológica u otras que representen compromiso vital.
- Cursar duelo por pérdida significativa reciente, menor a 6 meses.

### **Consideraciones Éticas**

Teniendo en cuenta los principios éticos de la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Declaración de Helsinki y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos

plasmados en el decreto nacional N° 379/008 sobre las investigaciones con seres humanos, que establecen la protección de los sujetos que participan en estudios del campo de la salud, se garantizó en la presente investigación el resguardo de la identidad, la confidencialidad, el consentimiento libre e informado de quienes participaron, así como un adecuado balance de riesgos y beneficios.

Se entendió que la implementación del estudio y los resultados esperados, reportan beneficios para los sujetos de la investigación, que superan los riesgos potenciales. Las técnicas aplicadas se encuentran validadas y han sido implementadas en investigaciones anteriores en población con dolor crónico sin que se hayan reportado daños en los participantes.

Como ya fue mencionado, la investigación propuesta puede aportar a la comprensión de los pacientes con dolor crónico en relación con la depresión y el manejo de la enfermedad, siendo esperable que sus resultados sean un insumo para la labor de los profesionales intervinientes, beneficiando de esta forma a los propios pacientes.

Los participantes contaron con información detallada y en lenguaje comprensible acerca de los objetivos, riesgos potenciales y beneficios de la participación, así como de acciones que podía tomar la investigadora en caso de detectar elementos de riesgo para la salud y la vida. Esta información fue entregada por escrito y se amplió en forma verbal en caso de dudas. Se aclaró asimismo la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento si así lo deseaban, sin que ello implicase consecuencia alguna. Se proporcionaron datos de contacto de la investigadora (Anexo 6 y Anexo 8). Los participantes firmaron los consentimientos previamente a la inclusión en el estudio (Anexo 7 y Anexo 9).

Como riesgo potencial se les explicó que por tratarse de cuestionarios y entrevistas que exploran áreas de la esfera emocional, era posible que se presentara cierta movilización

afectiva en algunos participantes. Para tales casos se valoró la posibilidad de interrumpir la evaluación y brindar contención a la persona.

En caso de presentar diagnóstico positivo para depresión, ideas de muerte o autoeliminación, se realizaron orientaciones y derivaciones pertinentes ya sea a profesionales del equipo de la UDC como de fuera de éste, con el fin de garantizar la seguridad y bienestar de la persona entrevistada. En caso de riesgo de suicidio se realizaron derivaciones a puerta de emergencia para atención psiquiátrica.

El proyecto contó con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y de la Comisión de Bioética de la Asociación Española. A solicitud de esta última, se elevaron informes semestrales. También se realizó la inscripción del proyecto en el registro de investigaciones en seres humanos del Ministerio de Salud Pública (Nro. 367691). Durante la realización del estudio no se reportaron eventos adversos derivados del mismo.

La base de datos creada a partir de la información recabada contiene únicamente los números asignados a cada caso, guardándose por separado los datos identificatorios de los participantes. En la transcripción de las entrevistas se sustituyó el nombre del participante por un código para preservar el anonimato y se evitó mencionar datos que pudieran facilitar la identificación.

La investigadora forma parte del equipo de la UDC, participando del Comité de Recepción al momento del estudio. No realizó tratamientos psicológicos a los sujetos de la investigación.

## Procedimiento

Los pacientes de la Unidad de Dolor Crónico de la Asociación Española fueron contactados en la sala de espera en los horarios de atención de la policlínica, donde se los invitó a participar del estudio. Se comenzó en noviembre de 2019, finalizando en febrero de 2021. La investigadora asistió en los diferentes horarios de funcionamiento de la policlínica durante la mañana, mediodía y tarde/noche, en un total de 44 veces a realizar el trabajo de campo de la etapa cuantitativa. De esta forma se buscó captar una variación mayor de población, evitando posibles sesgos por preferencias horarias de los usuarios, como podría ser el caso por ejemplo de mayor concurrencia en horario tardío de población en actividad laboral o jóvenes.

La primera parte consistió en completar los cuestionarios de forma autoadministrada en formato papel. Se estuvo a disposición para responder dudas mientras eran completados.

Posteriormente se realizó una devolución a aquellas personas que mostraron resultados significativos en el cuestionario de depresión, realizándose sugerencias o derivaciones pertinentes.

Aceptaron participar inicialmente 111 personas, de las cuales 4 debieron excluirse ya que no cumplían con todos los criterios de inclusión. Otros 7 no se tomaron en cuenta para el análisis debido a que presentaron más de un 50% de no respuesta, principalmente hacia los últimos cuestionarios. El motivo de la falta de estos datos podría considerarse como fatiga del informante, teniendo en cuenta las características de las personas con las que se trabajó, siendo estos casos personas mayores y con dolor. La muestra para los análisis cuantitativos finalmente quedó constituida por 100 pacientes.

Como se mencionó, la toma de los datos se llevó a cabo en formato papel. Esto se vio afectado debido a la interrupción de las consultas presenciales en los centros de salud durante marzo y abril de 2020 a causa de la pandemia por COVID-19, período en el cual las consultas pasaron a ser telefónicas. Se optó por no realizar cambios en la forma de recolección de datos, de manera de evitar incluir una nueva variable y mantener las mismas condiciones iniciales para toda la muestra, por lo cual se retomó el trabajo de campo una vez que se permitió la asistencia de los pacientes a la UDC.

A quienes participaron de la primera etapa cuantitativa, se les informó de la existencia de una segunda parte cualitativa, para la cual podrían ser contactados nuevamente. En esta segunda instancia participaron 10 pacientes (7 mujeres y 3 hombres) llevándose a cabo entrevistas semidirigidas en profundidad. Las mismas fueron realizadas en forma virtual, debido a la situación sanitaria derivada de la pandemia por COVID-19, limitando los contactos sociales y la concurrencia de los pacientes a los centros de salud a lo estrictamente necesario. Se utilizó tanto la plataforma Zoom como videollamada de Whatsapp, según preferencia o familiaridad en el uso del entrevistado. Se grabó únicamente el audio de las mismas con el consentimiento de los participantes.

### **Tratamiento de Datos Cuantitativos**

Con los datos obtenidos se creó una base en el programa IBM Statistical Package for Social Science (SPSS) versión 23. Se utilizó también para el análisis estadístico el software libre Jamovi versión 1.2.27. Para algunas gráficas se empleó el programa Excel.

Una vez excluidos los casos con un alto porcentaje de no respuesta, se realizó el análisis de los valores perdidos, encontrándose un 0,4% de éstos. Los valores perdidos son frecuentes en

las investigaciones y se consideran pérdidas máximas cuando oscilan entre el 1 y el 20%, dependiendo del estudio y la disciplina (Useche & Mesa, 2006), siendo no recomendable utilizar una base de datos en la cual se cuente con un número mayor de datos faltantes.

Por lo tanto, en este caso, con el fin de contar con un conjunto de datos completo y reducir el sesgo por ausencia de respuesta, se procedió a la imputación de datos. Los métodos empleados fueron por la media, el método deductivo y el de máxima verosimilitud mediante el algoritmo Expectation Maximization, pudiéndose considerar datos perdidos completamente al azar (Missing Completely at Random) ya que las pruebas MCAR para las diferentes variables analizadas con datos faltantes presentaron valores de  $p$  menores a 0,05.

En cuanto a las variables relativas a los diagnósticos asociados al dolor, los participantes podían elegir entre varias opciones de un listado, con la posibilidad de respuesta abierta si deseaban agregar alguna otra patología. Para elaborar el listado se consideraron los motivos de consulta más frecuentes en la UDC<sup>3</sup>. Posteriormente se reagruparon las respuestas.

Para la EVA se consideró la medida en centímetros y se generó otra variable teniendo en cuenta tres niveles de intensidad, de acuerdo a los puntos de corte propuestos por Boonstra et al. (2014). Con respecto al BDI II, se calculó el puntaje total y se generó una nueva variable con los niveles de depresión según el puntaje, en base al manual (Beck et al., 2006). En el caso del CAD-R se calcularon diferentes variables para los subfactores, tal como se explica en la Tabla 1. Según los autores no se plantean puntos de corte para cada uno de estos dominios (Monsalve, V., Comunicación personal, 26 de noviembre de 2020).

---

<sup>3</sup> Los motivos de consulta relacionados al dolor fueron expuestos por el equipo de UDC en la Jornada de capacitación para personal de salud y público en general: "Evaluación y tratamiento del paciente con dolor crónico" llevada a cabo en ASESP en 2019.

Debido al tamaño de la muestra mayor a 30 casos, para evaluar la normalidad de las variables numéricas continuas se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, aceptándose la hipótesis de no normalidad de los datos ( $p$  valor  $<0,05$ ), por lo cual se emplearon pruebas no paramétricas.

Para el análisis de fiabilidad de las escalas se emplearon los criterios de George & Mallery, (2016 p. 240) para valorar la calidad del coeficiente Alfa de Cronbach. Según estos autores un Alfa mayor a 0,9 corresponde a un nivel de fiabilidad excelente, mayor a 0,8 bueno, mayor a 0,7 aceptable, mayor a 0,6 cuestionable, mayor a 0,5 pobre y menor a 0,5 inaceptable.

Para evaluar la relación entre variables numéricas continuas se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, debido a la naturaleza de los datos. Se consideraron los siguientes rangos para su interpretación, ya sea en sentido positivo como negativo: de 0 a 0,25: escasa o nula relación. De 0,26 a 0,50: relación débil. De 0,5 a 0,75: entre moderada y fuerte. De 0,76 a 1: entre fuerte y perfecta. Los valores cercanos a 0 indican que no existe correlación lineal, no excluyendo otro tipo de relación entre las variables (Martínez Ortega et al., 2009). En todos los análisis se consideró un intervalo de confianza del 95%.

**Tabla 1**

*Listado de variables y definición operacional*

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>
Id	Número identificador del caso
Edad	Edad cronológica.
Edad_recod	Edad en franjas.

Género	Femenino, Masculino u Otro.
Vive_con	Se agruparon las respuestas en: Solo/acompañado.
Actividad	En base a la pregunta abierta se generaron 7 categorías.
No_actividad_dolor	En caso de no estar en actividad si es debido al dolor.
Años_dolor	Tiempo en años con dolor.
Años_dolor_recod	Años con dolor en tramos (menos de 5, entre 5 y 14, más de 15)
Lumbalgia, Dorsalgia, Fibromialgia, Poliartrosis o artritis, Dolor post quirúrgico, Dolor neuropático, Cefalea, Cervicalgia, Dolor genital o pélvico, Otros dolores músculo-esqueléticos.	Se generaron 10 variables en base a diagnósticos asociados al dolor. Los participantes podían marcar varias opciones y agregar otras.
Diagnóstico_previo_depresión	Antecedente de depresión.
Momento_depresión_dolor	En qué momento fue la depresión con respecto al inicio del dolor. Categorías: 1- primero comenzó la depresión y luego los dolores. 2 – primero comenzaron los dolores y luego la depresión. 3- ambos al mismo tiempo.
Antidepresivos_previo	Consumo de antidepresivos alguna vez en su vida.
Antidepresivos_actual	Consumo de antidepresivos actual.
Tratamiento_psi_previo	Realización de tratamiento psicológico previo.

Tratamiento_psi_actual	Realización de tratamiento psicológico actual.
EVA	Escala Visual Analógica. Línea de 10 cm. Medida en cm obtenida del extremo izquierdo (0) a la marca del participante. Mide intensidad del dolor.
EVA_recod	Intensidad de dolor en tramos. Dolor leve ( $\leq 3,4$ cm), moderado (3,5 a 7,4 cm), severo ( $\geq 7,5$ cm).
BDI 1 a 21	Ítems de Beck Depression Inventory II. Cada ítem presenta opciones que puntúan de 0 a 3 según la intensidad del síntoma.
BDI_Total	Puntaje total de Beck Depression Inventory II (0 a 63)
BDI_exc_somáticos	Puntaje del Beck Depression Inventory II excluyendo los ítems somáticos (15, 16, 18, 20 y 21)
Nivel_depresión	En base al puntaje total de BDI II se agruparon en depresión mínima (0-13), leve (14-19), moderada (20-28) y grave (29 a 63)
CAD 1 a 24	Ítems de Cuestionario de Afrontamiento al Dolor Reducido CAD-R. Cada ítem presenta una afirmación y 5 opciones de respuesta entre <i>Nunca</i> y <i>Siempre</i> para indicar la frecuencia de uso de cada estrategia. (puntúa de 1 a 5)
CAD_Dist	Sub-escala <i>Distracción</i> : Factor de primer orden del CAD-R. Suma de los ítems 1, 7, 13 y 19.

CAD_BI	Sub-escala <i>Búsqueda de Información</i> : Factor de primer orden del CAD-R. Suma de los ítems 2, 8, 14 y 20.
CAD_Rel	Sub-escala <i>Religión</i> : Factor de primer orden del CAD-R. Suma de los ítems 3, 9, 15 y 21.
CAD_Cat	Sub-escala <i>Catarsis</i> : Factor de primer orden del CAD-R. Suma de los ítems 4, 10, 16 y 22.
CAD_ACM	Sub-escala <i>Autocontrol Mental</i> : Factor de primer orden del CAD-R. Suma de los ítems 5, 11, 17 y 23.
CAD_AA	Sub-escala <i>Autoafirmación</i> : Factor de primer orden del CAD-R. Suma de los ítems 6, 12, 18 y 24.
Afront_Activo	<i>Afrontamiento activo</i> : Factor de segundo orden. Promedio de los factores CAD-Dist, CAD-BI, CAD-AM y CAD-AA.
Afront_Pasivo	<i>Afrontamiento Pasivo</i> : Factor de segundo orden. Promedio de los factores CAD-Rel y CAD-Cat.
Aplicación_Rel_Covid_Uy	<i>Aplicación del cuestionario en fecha anterior o posterior a la llegada de COVID a Uruguay (13-3-2020).</i>  <i>Categorías: anterior – posterior.</i>

## Análisis de Fiabilidad de Escalas en la Muestra Estudiada

Los instrumentos utilizados presentan, según su aplicación en otras poblaciones y en personas con dolor crónico, adecuadas propiedades psicométricas. De todas formas, se realizó el análisis de consistencia interna de los cuestionarios con ítems politómicos para la muestra estudiada, valorándose la calidad del coeficiente Alfa de Cronbach.

En el caso del BDI-II presenta en la presente muestra un Alfa de Cronbach de 0,899, lo cual representa un buen nivel de fiabilidad. Si se analiza el coeficiente excluyendo los diferentes ítems de la escala se observa que éste no varía sustancialmente por lo cual no se considera necesario eliminar ninguno para elevar el nivel de consistencia interna.

Considerando que la escala presenta ítems que se relacionan a aspectos somáticos que pueden verse afectados por el dolor y no necesariamente por la depresión, lo cual se analiza posteriormente, se evaluó la fiabilidad de la escala excluyendo los ítems 15, 16, 18, 20 y 21. En este caso el índice Alfa de Cronbach arroja un valor de 0,869, manteniendo un adecuado nivel de confiabilidad.

Con respecto al CAD-R, estudiando en este caso el Alfa de Cronbach por sub-escalas, se procede a analizarlo para el caso de Afrontamiento Activo. Se obtiene un valor de Alfa de Cronbach de 0,821 mostrando una buena consistencia interna. No se identifican mejoras en caso de eliminación de ítems.

Se observa que dentro de las escalas que forman parte del factor Afrontamiento Activo, Distracción arroja un valor de 0,761, correspondiente a una fiabilidad aceptable. No mejora este valor al analizar el Alfa excluyendo ítems. Por otra parte, la sub-escala Búsqueda de Información presenta también un nivel aceptable de Alfa, siendo éste 0,746. La eliminación de

ítems no lleva tampoco a elevar este valor. En cuanto a Autocontrol Mental, su fiabilidad también es aceptable, con un Alfa de Cronbach de 0,718. Si se eliminara algún ítem de la escala, éste no se modifica significativamente. Autoafirmación es una sub-escala que muestra también similar nivel de confiabilidad siendo el Alfa de 0,778. No se beneficia de eliminar ninguno de sus ítems.

Analizando el Alfa para toda la escala Afrontamiento pasivo en su conjunto, el valor es de 0,816 sin cambios significativos en caso de eliminar alguno de los ítems, dando cuenta de un buen nivel de consistencia interna.

Continuando con las sub-escalas que componen el factor Afrontamiento Pasivo del CAD-R, se encuentra que son las que presentan mayores valores de coeficiente Alfa. Por un lado se analiza Religión, con un valor de 0,952, siendo su nivel excelente. Por otra parte la sub-escala Catarsis presenta una buena consistencia interna, con un Alfa de 0,840. La supresión de algunos ítems tampoco modifica cualitativamente la fiabilidad por lo cual se opta por mantener la escala completa.

### **Procesamiento de los Datos Cualitativos y Triangulación**

Las entrevistas semidirigidas tuvieron una duración promedio de 46 minutos. Se registró únicamente el audio y se realizó posteriormente la transcripción de las mismas. De forma de preservar el anonimato, se sustituyó el nombre de la persona por un código que incluye la letra M o F, según fuera masculino o femenino, la edad del participante y el número de entrevista (ejemplo: F71-01 corresponde a mujer de 71 años, entrevista 1).

Se empleó el software Atlas.ti versión 8 como apoyo en el análisis de las entrevistas.

Las mismas fueron leídas repetidas veces, en primer lugar de forma global y posteriormente buscando fragmentos significativos. Se realizó una codificación manual inductiva, generándose

98 códigos. Luego se fueron identificando conexiones entre éstos dando lugar a temáticas emergentes.

De modo de proporcionar evidencia que respalden los resultados, se transcriben fragmentos de las entrevistas para explicar lo hallado.

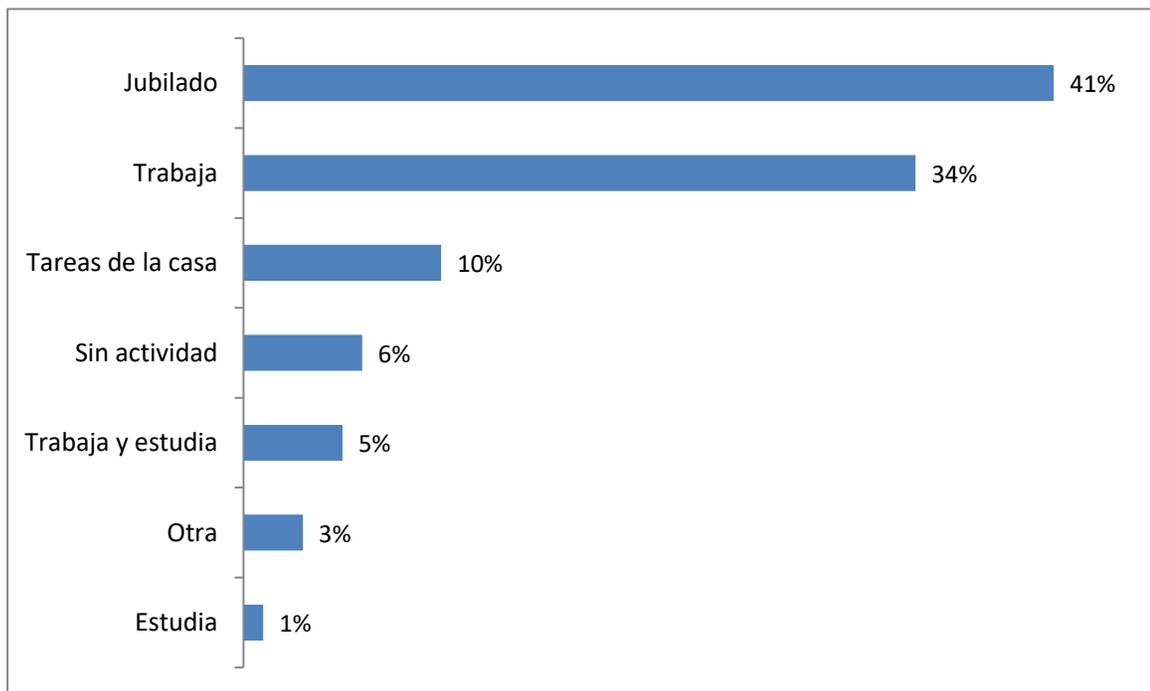
Asimismo, cobra relevancia la triangulación de datos en el acercamiento al fenómeno del dolor crónico. Dentro de las ventajas de la triangulación se encuentra la posibilidad de llegar a un conocimiento más amplio y en profundidad de aquello que se está investigando (Cantor, 2003) En este caso estaría dada por la utilización de diferentes métodos cuantitativos y cualitativos.

## **Resultados**

### **Análisis Descriptivo de los Participantes.**

La muestra se compone de 100 pacientes, 73% corresponde al género femenino y 27% al género masculino. Si bien no es una muestra probabilística, un dato a tener en cuenta es el universo de consultantes en la UDC. Durante el año 2019 se atendieron 420 pacientes diferentes con órdenes emitidas y los porcentajes en cuanto a género son similares, siendo en ese momento 73,8% de mujeres y 26,2% de varones.

El 81% de los participantes vive acompañado mientras que el 19% vive solo. Un 37% del total refiere encontrarse limitado para realizar sus actividades debido al dolor. En la Figura 2 se muestra la principal actividad desarrollada por los participantes.

**Figura 2***Principal actividad actual*

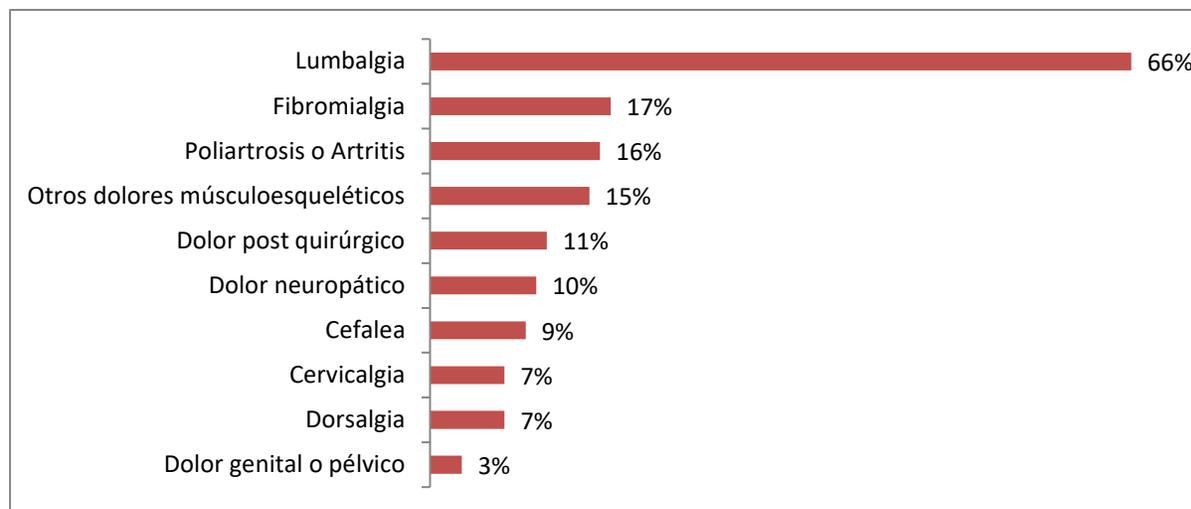
El promedio de edad es de 58,4 años (DE: 15,5), siendo la persona más joven de 23 años y la mayor de 87. La edad más frecuente es 71 años. Analizando por franjas se observa que las personas menores de 49 años representan un porcentaje de 29%, mientras que en el grupo etario de 50 a 64 años se ubica otro 29%. Un grupo importante lo representan las personas mayores de 65 años, siendo el 42% de la muestra (Tabla)

**Tabla 2***Edad en tramos*

<b>Edad</b>	<b>Cantidad</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
Hasta 34 años	8	8.0 %	8.0 %
35 a 49 años	21	21.0 %	29.0 %
50 a 64 años	29	29.0 %	58.0 %
65 años y más	37	42.0 %	100.0 %

**Diagnósticos asociados y tiempo con dolor**

El dolor físico se asocia a diferentes causas, pudiendo identificar cada participante más de una, tal como se muestra en la Figura 3. La lumbalgia es la etiología más prevalente entre los pacientes de la UDC, seguido de la fibromialgia. En cuanto al tiempo con dolor, los participantes llevan en promedio 10,2 años (DE: 12,2) con la problemática. La persona con menos tiempo de dolor lleva 6 meses con éste, mientras que 60 años fue el mayor tiempo reportado. La moda para esta variable es de 4 años. Analizando por tramos como se presenta en la Tabla 2 se observa que la mayoría de los participantes lleva menos de 5 años con dolor, seguidos de aquellos que hace más de 15 años que lo padecen.

**Figura 3***Diagnósticos asociados al dolor***Tabla 2***Años con dolor*

Años	% del Total	% Acumulado
Menos de 5	45.0 %	45.0 %
5 a 9	20.0 %	65.0 %
10 a 14	14.0 %	79.0 %
Más de 15	21.0 %	100.0 %

**El Consumo de Antidepresivos**

Con respecto a los antidepresivos, el 68% de los participantes los había recibido alguna vez en su vida, en tanto que un 52% del total los reciben en la actualidad.

Se aprecia que el total de quienes se encuentran actualmente recibiendo dichos fármacos, ya los habían recibido a largo de su vida. De aquellos participantes que no reciben antidepresivos actualmente, un 33,3% los había recibido previamente, mientras que el 66,7% no los había

recibido antes. El test exacto de Fisher muestra una asociación significativa entre el consumo de antidepresivos previo y actual ya que arroja un p-valor menor a  $<0,001$  (Tabla 3).

**Tabla 3**

*Asociación entre consumo de antidepresivos previo y actual*

Consumo previo de antidepresivos		Consumo actual de antidepresivos		
		No	Si	Total
No	Observado	32	0	32
	% dentro de la columna	66.7 %	0.0 %	32.0 %
Si	Observado	16	52	68
	% dentro de la columna	33.3 %	100.0 %	68.0 %
Total	Observado	48	52	100
	% dentro de la columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Pruebas de  $\chi^2$

	Valor	gl	P
$\chi^2$	51.0	1	< .001
Test exacto de Fisher	Inf		< .001
N	100		

Tomando en cuenta el material cualitativo, la entrevistada F32-06 refiere el beneficio de encontrarse bajo tratamiento: “Desde que estoy tratada es mucho mejor y además como estoy recibiendo tratamiento para la depresión, es como otra cosa. Mi vida cambió un montón, pero antes de eso sí, era algo que... mi humor dependía mucho de eso.” En cuanto al antidepresivo

expresa: “Con este sentí que podía salir un poco de ese estado...no sé, como nublado que tenía y que me hacía bastante difícil salir del dolor.”

F38-03 por su parte expresa: “y como estoy en tratamiento por psiquiatra por la depresión, también me ayudaron un montón los medicamentos que me mandaron.”

En el caso de F56-04 percibe que ha logrado cierta estabilidad anímica luego de un período en el cual además del dolor se encontraba lidiando con problemas familiares. De esta forma se cuestiona la continuidad de la indicación médica: “le iba a preguntar al médico si seguía tomando la fluoxetina ... porque digo ¿si no me está haciendo nada más? no sé, a mí me parece que no me está haciendo nada.”

En el caso de M51-05, con respecto a los antecedentes y una posible depresión no tratada refiere que rechazó la sugerencia de algún profesional en el pasado. Manifiesta: “Me habían incluso ofrecido hasta tomar antidepresivos.” Actualmente este paciente acepta esta indicación cuando es realizada por el equipo para el dolor crónico. Refiere: “Me mandaron algo que yo no lo entendí bien, pero lo estuve leyendo y tiene... es para el dolor crónico, pero al mismo tiempo actúa sobre la depresión.”

Una valoración negativa del tratamiento farmacológico para la depresión, la realiza M56-08 quien expresa: “Es como ponerle papel de pared y tener la humedad de fondo. Es... no me funcionó. No me sirve, digamos. Sí, como te digo, poner papel de pared y tenés un problema más... un caño roto del otro lado. No sirve para nada.”

## Tratamiento Psicológico

Acerca de los tratamientos psicológicos, el 55% de los pacientes declaró haber tenido algún tratamiento previo, mientras que el 27% del total se encontraba realizándolo al momento de la participación en este estudio. También se puede apreciar una asociación entre los tratamientos psicológicos actuales y los antecedentes del mismo. Se observa que dentro de quienes tienen un tratamiento actual, la gran mayoría (96,3%) ya habían transitado previamente por algún tratamiento psicológico. Del total de quienes no se encontraban actualmente tratados, el 60,3% tampoco había tenido tratamientos previos. Es posible aceptar la hipótesis de asociación de estos datos ya que el test exacto de Fisher muestra un p-valor menor a 0,001 (Tabla 4).

**Tabla 4**

*Asociación entre tratamiento psicológico previo y actual*

Tratamiento psicológico previo		Tratamiento psicológico actual		
		No	Si	Total
No	Observado	44	1	45
	% dentro de la columna	60.3 %	3.7 %	45.0 %
Si	Observado	29	26	55
	% dentro de la columna	39.7 %	96.3 %	55.0 %
Total	Observado	73	27	100
	% dentro de la columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Pruebas de $\chi^2$			
	Valor	gl	p
$\chi^2$	25.5	1	< .001
Test exacto de Fisher	38.3		< .001
N	100		

Considerando el material de las entrevistas, a propósito de la psicoterapia y los psicofármacos F32-06 refiere: “Así que toda la parte de la terapia y de la medicación fue importante para esto otro, de cuando me siento mal poder enfrentarlo de otra manera.”

El paciente M56-02 considera la psicoterapia como uno de los tratamientos necesarios, junto a otros como las prescripciones médicas y el ejercicio físico. Lo percibe importante para amortiguar el impacto de los estresores, que entiende afectan su situación. Expresa: “Por eso es que sigo yendo a las sesiones de terapia. Por el momento no pienso dejar, a no ser que me echen.”

Es diferente el caso de M56-08, quien, a pesar de haber transitado por diferentes tipos de tratamientos psicológicos, en cuanto a su problemática de salud actual no encuentra que le sean de ayuda, más que para hacer catarsis, siendo difícil para él, en momentos de dolor recurrir a herramientas aprendidas en sus procesos psicoterapéuticos. Manifiesta lo siguiente acerca de los tratamientos pasados: “Y me ha dado, he tenido en algunos momentos bastante fuerza, vamos a decir. Me ha dado fuerzas.” En la actualidad refiere: “En la psicoterapia lo que yo he hecho ha sido desahogarme.”

F72-09 relata sus experiencias con tratamientos psicológicos previos tanto individual como grupal: “di por terminada la individual y entré a un grupo muy diverso. ... Distintas cosas, distintos temas. Había más jóvenes, menos jóvenes, mayores. ... Y fue muy contenedor.”

En la situación de F49-10 se presenta que ha tenido apoyo psicoterapéutico por otros temas previos al dolor, lo cual valora muy positivamente y actualmente accede a tratamiento por este motivo. Expresa: “Al principio igual no fue fácil [ríe] ... a mí me parecía que iba a ser más fácil y que no iba a necesitar. Cuando fui la primera vez no quería hablar de nada, no sentía que tenía que hablar de nada, estaba como en esa negación de hablar.”

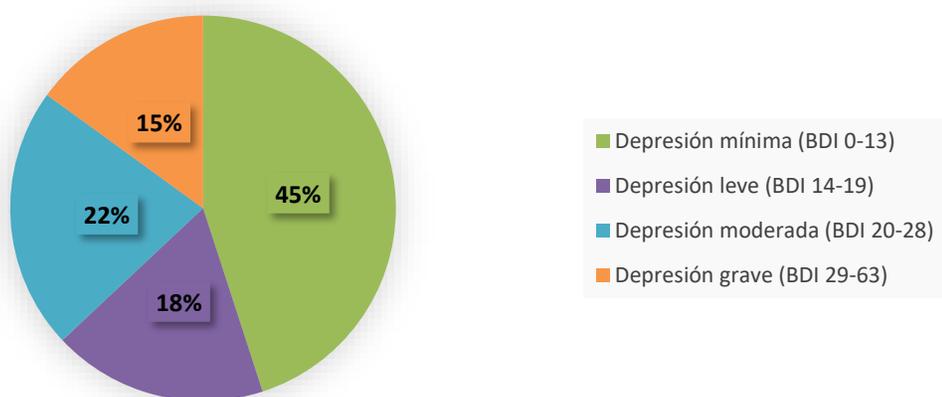
## Comprobación de las Hipótesis Planteadas

### ***Resultados Relativos a la Hipótesis 1: Un Porcentaje Elevado de la Muestra Presenta Niveles Significativos de Depresión***

La media del BDI II en la muestra estudiada es de 17,3 (DE: 10,3) lo cual se encuentra dentro de niveles de depresión leve. Más allá de ello, el 55% de la muestra presentó algún grado de sintomatología depresiva, evaluado mediante el BDI II, considerando quienes obtuvieron puntuaciones mayores a 13. Quienes presentaron puntuaciones por encima de 20, es decir, depresión moderada y severa representan un porcentaje de 37% del total. En la **Figura 4** se observan los porcentajes divididos según los puntos de corte para depresión mínima o sin depresión, leve, moderada y grave.

#### **Figura 4**

*Niveles de Depresión según puntaje en BDI II*



Considerando el material cualitativo, la participante F72-09 hace referencia a la experiencia de la depresión en relación al dolor crónico: “el dolor a permanencia, fácilmente te lleva a la depresión. Y... primero a la tristeza, ¿no? Digamos que... pero que fácilmente te lleva, te quita las ganas, a eso voy.”

Los elementos depresivos pueden verse expresados de diferentes formas, una de ellas la irritabilidad. F72-09 expresa: “Mi tristeza yo la sacaba en bronca, pero, ¿cómo te puedo decir? Reprimida, ¿no? La bronca reprimida esa que vas teniendo ... Entonces cuando ya estaba para explotar... para explotar no, para dar una mala contestación, o para esto, yo decía: mirá, no, no se confundan. Yo no estoy enojada con ustedes, es que estoy muy molesta con mi dolor.”

La participante F49-10 vincula los elementos depresivos a la falta de comprensión familiar en los inicios de su problemática. Relata en relación a alguien de su entorno: “se iba y yo decía ¡cómo no me entiende! Más depresión. Más depresión, porque eso es lo que te generaba.”

M56-08 expresa cómo se siente ante los empujes de dolor: “A veces me enojo, a veces me angustio o me deprimó que no tengo ni ganas de hablar porque...otra vez voy a repetir lo mismo? ... otra vez tengo que explicar todo de nuevo qué es lo que me pasa? Y eso me desborda.” Este mismo participante da cuenta además de su vivencia ante la intensidad elevada de dolor, que lo ha llevado a tener ideación suicida. Así lo manifiesta: “me han llevado a estallidos de desesperación y de bronca. De querer bajarme del auto y no hablar más, de tirarme abajo de un camión. Viste, la desesperación.”

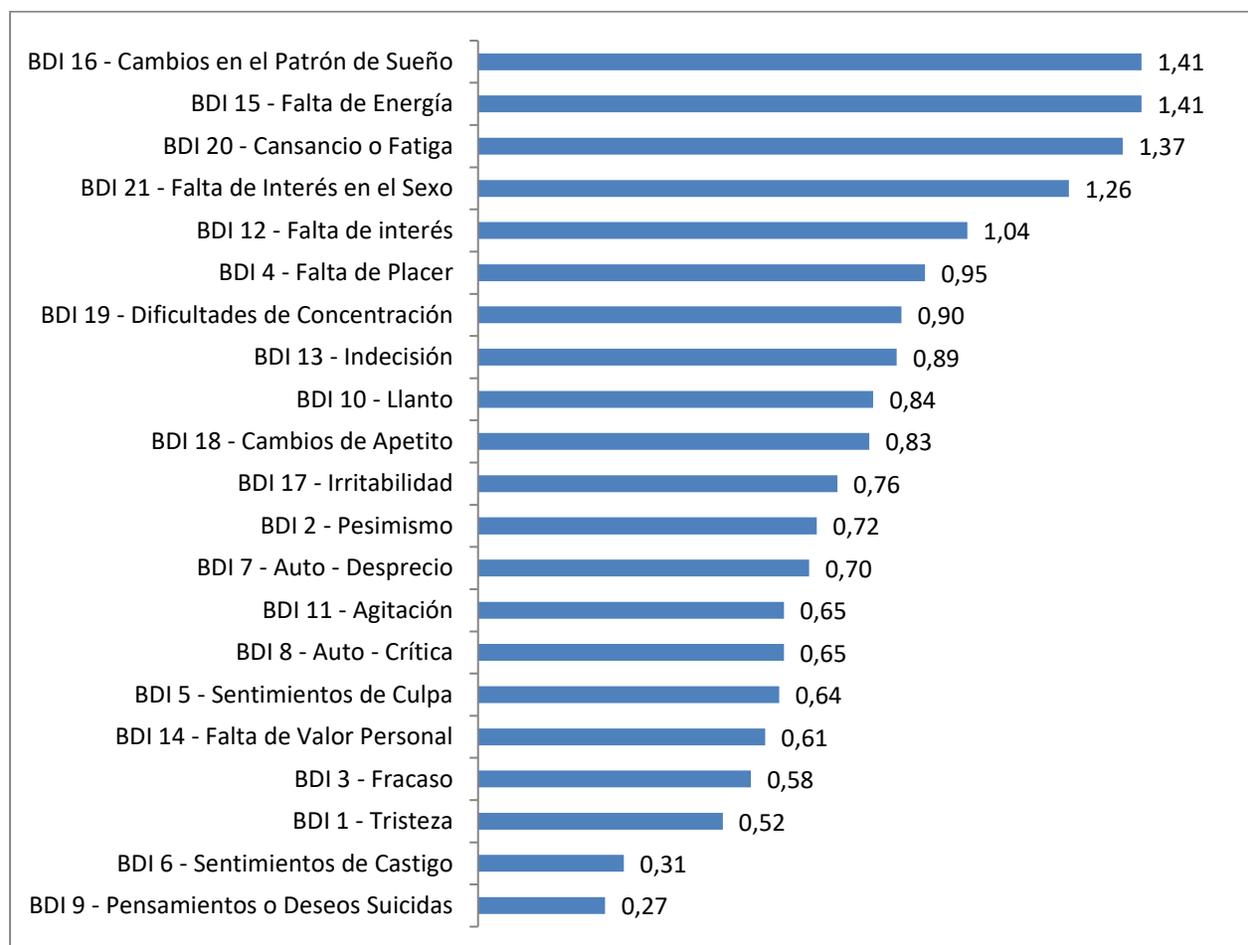
Por otra parte, uno de los entrevistados, (M51-05), se cuestiona acerca de su futuro con este padecimiento crónico: “de plantearme para qué. De plantearme del para qué seguir. Eso sí. De intentos suicidas no. Pero de plantearme muchas veces el para qué seguir, eso sí.”

Las ideas de muerte y autoeliminación se reflejan en el ítem 9 del BDI II, en el cual podemos analizar las diferentes respuestas obtenidas. De los 100 encuestados, 77% no manifiesta ningún deseo suicida, estando concentrado el 43% de éstos, entre quienes no presentaban depresión según este cuestionario. 21% del total de los participantes marcó la opción 1 como respuesta (“He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría”). 2 y 4% de los mismos corresponden a personas sin depresión o leve respectivamente, el 9% con depresión moderada y el 6% con depresión grave. Por otro lado 2% de los 100 participantes dio como respuesta la opción número 3 (“Me mataría si tuviera la oportunidad”) y se encontraban dentro del grupo de mayor gravedad de depresión.

Tal como se aprecia en la Figura 5, los ítems denominados somáticos del BDI II obtienen puntuaciones elevadas, encontrándose en los primeros lugares los ítems 16, 15, 20 y 21 y algo por debajo el ítem 18. Esto se puede explicar por la existencia de estos síntomas tanto en la depresión como en el dolor crónico.

**Figura 5**

*Comparación de Medias de ítems de BDI II*

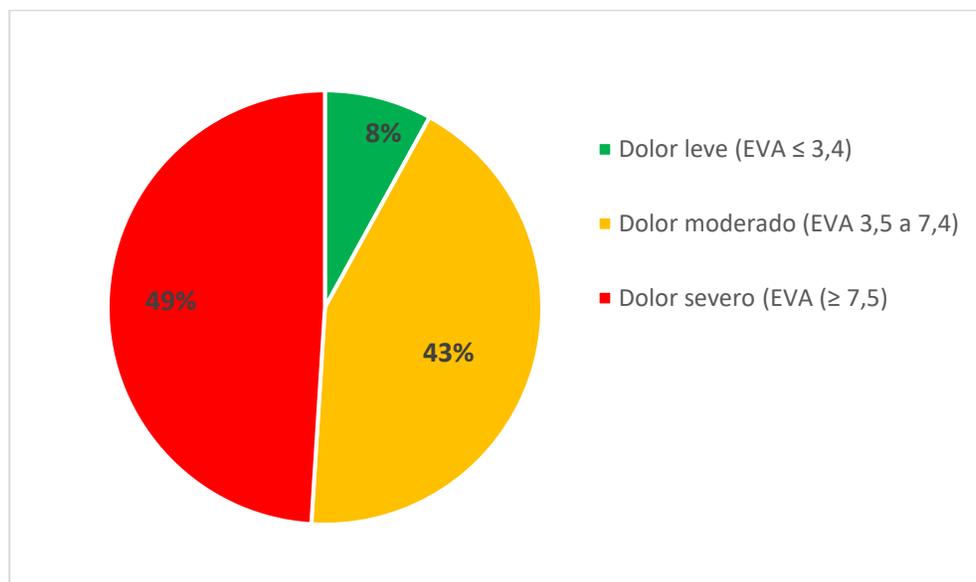


***Resultados Relativos a la Hipótesis 2: Existe Relación Estadísticamente Significativa Entre la Intensidad del Dolor y la Gravedad de la Depresión.***

En lo que respecta a la intensidad del dolor, medida mediante EVA, se reporta un promedio de 7,13 cm. El mínimo fue 0,5 cm y el máximo 10 cm. (DE 2,3). Midiendo en tramos se puede apreciar un importante porcentaje de pacientes con dolor moderado o severo (Figura 6).

## Figura 6

*Intensidad del dolor medida a través de EVA*



En cuanto a lo aportado en las entrevistas, de los participantes que reportan dolor severo, M56-08 refiere: “Cuando el dolor es físico me hace olvidar de todo. Me hace olvidar hasta de la angustia porque es tan poderoso y tan invasivo que no me siento angustiado, me siento tremendamente dolorido.”

Se indaga la asociación de las variables intensidad del dolor (EVA) y depresión (BDI II) mediante el coeficiente de correlación de Spearman, confirmándose la hipótesis de dicha relación para la muestra estudiada.

Se observa una correlación positiva débil y significativa entre la intensidad del dolor y el nivel de depresión (Rho de Spearman 0,394.  $P < 0,001$ ) A medida que aumenta el nivel de depresión aumenta la intensidad del dolor y a mayor intensidad de dolor, mayor depresión (Tabla 7). En la Figura 7 se grafica la correlación entre ambas variables y otras significativas como se detalla más adelante.

En los relatos de los participantes de la etapa cualitativa esta relación no se presenta de forma tan directa ya que se presenta acompañada de diversos aspectos. Se presentan las consecuencias de pasar por períodos con fuertes dolores. F49-10 señala que a esto se suma la falta de comprensión por parte de familiares ante la magnitud de su dolor, el cual no se correspondía en apariencia con lesiones observables: “Trastorno de depresión fue complicado, porque fue generalizado. Desde una tristeza profunda a no tener ganas de comer ni de levantarme y por ejemplo, el tema del sueño.”

M51-05 manifiesta que la tristeza es el sentimiento que mayormente predomina en momentos de dolor: “Sí, es como bajón, querer estar tirado, a lo mejor no tener ganas de mucho de que me hablen, o ...sí, ese tipo de cosas.”

En el caso de M56-08 la intensidad elevada de su dolor es vivida como una invasión, también acompañado de dificultades para poder transmitir al otro como se siente y ser entendido. Esto lo ha llevado a presentar sintomatología depresiva: “hay veces que llego de uno al diez, al nueve. Y no es que tampoco sé definirlo porque si tú te das un golpe o tienes lastimado, o tienes un corte o yo qué sé, o te pegaste en la cabeza, vos sabés definirlo, me duele porque me pegué en la cabeza. Pero esto es invasivo ... me invade todo. Me invade psicológicamente. Y me desborda.”

F38-03: yo ya me doy cuenta que cuando me empieza el dolor o me está por venir, yo ya bajo como diez cambios. Es como que me deprimó yo misma porque ya siento que me va a venir y me paraliza.”

***Resultados Relativos a la Hipótesis 3: Existe una Relación Temporal Entre el Inicio del Dolor Crónico y de la Depresión.***

Podemos apreciar en los participantes que la depresión puede reportarse siendo preexistente al inicio del dolor, así como respuesta a éste o haber aparecido al mismo tiempo. En esta última situación algunos entrevistados manifiestan la vivencia de un continuo depresión-dolor que hace difícil identificar la antecedencia temporal de una u otra entidad.

El 63% de los encuestados en la etapa cuantitativa refiere que alguna vez en su vida tuvo diagnóstico de depresión. En cuanto al momento de aparición de ésta con respecto a los dolores físicos, de este grupo con antecedentes, el 55,6% percibe que la depresión inició con posterioridad al dolor. Otro 31,7%, dice haber comenzado primero con la depresión y luego con los dolores. Por último, el 12,7% manifiesta que surgieron ambos al mismo tiempo.

En la Tabla 5 se muestra la asociación entre los niveles actuales de depresión y los antecedentes, observándose que los mayores porcentajes tanto en depresión leve como moderada o grave se encuentran en quienes refirieron haber tenido depresión previamente. En quienes presentaron niveles mínimos o sin depresión, la mayoría no presentaba antecedentes.

**Tabla 5**

*Asociación entre Nivel de Depresión Actual y Antecedentes de Depresión.*

Nivel de depresión		Diagnóstico previo de depresión		Total
		No	Si	
Depresión mínima (BDI 0-13)	Observado	25	20	45
	% dentro de la fila	55.6 %	44.4 %	100.0 %
Depresión leve (BDI 14-19)	Observado	3	15	18
	% dentro de la fila	16.7 %	83.3 %	100.0 %
Depresión moderada (BDI 20-28)	Observado	5	17	22
	% dentro de la fila	22.7 %	77.3 %	100.0 %
Depresión grave (BDI 29-63)	Observado	4	11	15
	% dentro de la fila	26.7 %	73.3 %	100.0 %
Total	Observado	37	63	100
	% dentro de la fila	37.0 %	63.0 %	100.0 %

$\chi^2$  Tests

	Valor	gl	p
$\chi^2$	12.4	3	0.006
N	100		

Se analiza la temporalidad entre el inicio de la depresión que reportaron haber tenido alguna vez en su vida y el inicio del dolor, en relación a los niveles actuales de depresión según los puntajes del BDI II. Podemos observar, tal como se muestra en la Tabla 6, que dentro de los pacientes que presentan oscilaciones normales del estado de ánimo se encuentran mayormente aquellos sin antecedentes de depresión (55,6%), seguidos de quienes reportaron que los dolores iniciaron antes que la depresión (24,4%).

**Tabla 6***Asociación entre niveles de depresión actuales y temporalidad dolor - depresión*

Nivel de depresión actual según BDI		Relación temporal entre antecedente de depresión e inicio del dolor				Total
		Sin antecedentes de depresión	Depresión anterior al dolor	Dolor anterior a depresión	Ambos al mismo tiempo	
Depresión mínima (BDI 0-13)	Observado	25	5	11	4	45
	% dentro de la fila	55.6 %	11.1 %	24.4 %	8.9 %	100.0 %
Depresión leve (BDI 14-19)	Observado	3	3	11	1	18
	% dentro de la fila	16.7 %	16.7 %	61.1 %	5.6 %	100.0 %
Depresión moderada (BDI 20-28)	Observado	5	5	10	2	22
	% dentro de la fila	22.7 %	22.7 %	45.5 %	9.1 %	100.0 %
Depresión grave (BDI 29-63)	Observado	4	7	3	1	15
	% dentro de la fila	26.7 %	46.7 %	20.0 %	6.7 %	100.0 %
Total	Observado	37	20	35	8	100
	% dentro de la fila	37.0 %	20.0 %	35.0 %	8.0 %	100.0 %

Pruebas  $\chi^2$ 

	Valor	gl	p
$\chi^2$	22.0	9	0.009
N	100		

Dentro de quienes presentaron al momento de la participación niveles de depresión leve, mayormente se encuentran quienes manifestaron que dolor precedió a la depresión (61,1%). También en el caso de niveles actuales de depresión moderada, el mayor porcentaje (45.5 %) lo tienen aquellos con dolor previo a la depresión. Sin embargo, en el caso de la depresión actual grave, el mayor porcentaje lo representan quienes refirieron que la depresión fue previa al dolor, (46,7%) seguidos por aquellos pacientes que nunca habían tenido depresión (26,7%).

Analizando el material cualitativo, en cuanto a la depresión como previa al dolor, el entrevistado M56-02 refiere: “depresión sufrí siempre, nada más que fui encontrando mecanismos para ir las superando y tapando. Pero sí, sí, ... había sí una base. Sí, desde que tengo recuerdo, sí, sí.” En el caso de F49-10, se presenta un antecedente: “Claro, había tenido depresión ... muchos años antes”.

La entrevistada F54-07 expresa que la consulta por su estado de ánimo la efectiviza cuando se hace necesario consultar por su padecimiento físico. En ese sentido manifiesta: “Pero claro, llegar a ese momento y unido con los dolores y todo eso como que ahí yo dije, ta, necesito algo para estar mejor y por ahí fue cuando yo consulté a psiquiatra. Yo había tenido como intenciones de ir antes de los dolores pero lo iba... [gestos con las manos hacia adelante, risas]”.

Identificando una relación entre lo emocional y lo físico, F71-01 refiere: “siempre me decían los médicos que no, lo mío no era depresión sino que era muscular, que las emociones en mí iban por el lado muscular. O sea que no tengo nada óseo, sino que ronda en la parte emocional.”

Por otro lado F32-06 oscila entre pensar que empezó primero el dolor y que puedan haber comenzado ambos al mismo tiempo. Ella menciona: “Tenía como un estado de ánimo en general más bien depresivo, pero yo creo que el dolor empezó antes que la depresión. ... Sí,

me queda la duda ... no se si el dolor empezó como resultado sólo de eso o si en realidad lo empecé a sentir más porque ya estaba deprimida. Y como que me cuesta mucho pensar las dos cosas por separado. Fue como que vinieran medio juntas ... Nunca me detuve a pensar si primero me sentí mal anímicamente y después me vino el dolor, cómo capaz de sentir más fuerte el dolor por estar desanimada o al revés. Pero sí, que hay un vínculo ahí, eso sí estoy segura.”

***Resultados relativos a la hipótesis 4: Los Pacientes que Utilizan Estrategias de Afrontamiento Pasivas Tienen Mayores Niveles de Depresión.***

Mediante el coeficiente de correlación de Spearman se confirma lo planteado en la hipótesis ya que las variables afrontamiento pasivo del CAD-R y depresión medida con el BDI II presentan una correlación significativa, aunque esta es escasa (Rho de Spearman: 0,190. P: 0,048).

En la Tabla 7 se presentan otras correlaciones significativas encontradas. Entre ellas, el afrontamiento pasivo también se correlaciona positivamente y de forma débil con la intensidad del dolor (Rho de Spearman: 0,325. P valor < 0,001). A mayor uso de estrategias pasivas de afrontamiento al dolor, mayor intensidad del dolor y viceversa.

La edad y la depresión presentan una correlación negativa débil y significativa (Rho de Spearman: -0,200. P valor: 0,046), siendo que a medida que aumenta la edad de las personas, disminuyen los niveles de depresión y viceversa (Figura 7).

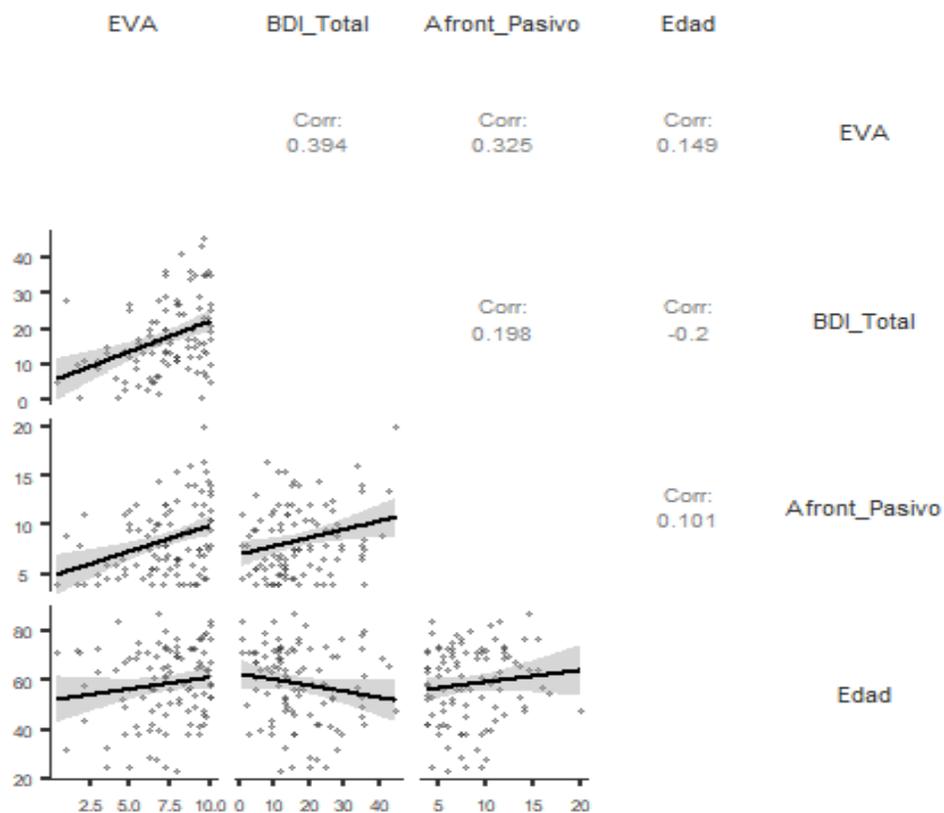
**Tabla 7***Matriz de correlaciones incluyendo BDI II Total*

		EVA	BDI Total	Afrontamiento Pasivo	Edad
EVA	Rho de Spearman	—			
	p-valor	—			
BDI Total	Rho de Spearman	0.394 ***	—		
	p-valor	< .001	—		
Afrontamiento Pasivo	Rho de Spearman	0.325 ***	0.198 *	—	
	p-valor	< .001	0.048	—	
Edad	Rho de Spearman	0.149	-0.200 *	0.101	—
	p-valor	0.138	0.046	0.318	—

*Nota:* \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

**Figura 7**

Gráficos de Correlaciones con BDI II total



*Nota:* El sombreado gris alrededor de las líneas representa el intervalo de confianza al 95%.

Teniendo en cuenta que el valor de la correlación entre Afrontamiento Pasivo del CAD-R y Depresión medida mediante BDI II es bajo y considerando que el puntaje de esta última escala contiene ítems que se ven afectados por el dolor y no solamente por la depresión, se procede a crear una nueva variable a partir de BDI II total. Esta excluye los ítems denominados somáticos (15, 16, 18, 20, 21) y en relación a otras variables arroja los resultados que se muestran en la Tabla 8.

**Tabla 8***Matriz de correlaciones incluyendo BDI II sin ítems somáticos*

		EVA	BDI sin ítem somáticos	Afrontamiento Pasivo	Edad
EVA	Rho de Spearman	—			
	p-valor	—			
BDI sin ítems somáticos	Rho de Spearman	0.387 ***	—		
	p-valor	< .001	—		
Afrontamiento_Pasivo	Rho de Spearman	0.325 ***	0.201 *	—	
	p-valor	< .001	0.045	—	
Edad	Rho de Spearman	0.149	-0.230 *	0.101	—
	p-valor	0.138	0.021	0.318	—

Nota: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Como se puede observar, los coeficientes de las correlaciones con esta nueva variable son levemente superiores con respecto a la variable BDI II con el total de los ítems. De todas formas, no constituye un cambio relevante ya que, aunque significativas, continúan siendo débiles.

En cuanto al material de las entrevistas, se pone de manifiesto una relación entre el dolor y síntomas en el estado de ánimo, tal como lo narra este participante, haciendo referencia también a sus características personales y su dificultad para una forma más activa de manejarse ante el dolor. Relata: “Nunca fui de tener un espíritu de sobreponerme a las cosas. Como todo el mundo debería ser o como a todo el mundo le gusta la gente como es, bueno, yo

no soy así. Si estoy dolorido me cierro y me bajoneo. Lo que tengo que aprender es a abrirme y bueno, a aceptarlo, pero al mismo tiempo saber sobrellevar.” (M51-05)

Otro ejemplo de actitud pasiva ante el dolor, a su vez relacionado a un estado más depresivo puede observarse en el discurso de F32-06, quien además reconoce que no le beneficia: “Me cuesta muchísimo más esto de poder intentar hacer cosas para sentirme mejor. Hasta tomar analgésicos. Como que en esos momentos que me agarra como más triste o más desanimada es como que me lo tomo como que lo tengo que aguantar y me quedo en la cama o no lo hablo tampoco. Entonces eso siento que me hace mucho peor.”

### **Afrontar el Dolor Crónico, Facilitadores y Obstáculos**

Respondiendo al último objetivo específico, acerca de identificar factores que contribuyen o dificultan afrontar el dolor crónico, se analiza el material de las entrevistas semidirigidas, buscando un acercamiento a la comprensión del fenómeno. Si bien el material es vasto, se hará foco en dar respuesta a la pregunta de investigación planteada: ¿Qué factores son percibidos por los pacientes como facilitadores u obstáculos en el curso de su enfermedad?

Se señalaron fragmentos significativos en las entrevistas, realizándose una codificación temática de forma inductiva. Posteriormente se encontraron relaciones entre estos códigos apuntando a la identificación de temas emergentes. En la Figura 8 se observa la red generada a partir de los códigos más vinculados, mostrando su relación con afrontamiento activo y pasivo. Parte de estas dimensiones, como aquello relativo a la depresión fue analizado en articulación con los datos cuantitativos que se orientaban en responder a otros objetivos.



Lo ejemplifica la entrevistada F71-09 en el siguiente pasaje: “Y esa es la lucha. A veces puedo. Yo tengo otro dicho ... ¿Cómo andás? Bien, a veces arrastro y a veces empujo.”

### ***Afrontamiento activo***

Dentro de las estrategias activas surge como importante la distracción, que aparece relacionada a sobrellevar mejor la enfermedad.

M51-05 hace referencia a ésta como algo positivo cuando se le pregunta qué lo beneficia cuando está con dolor. Refiere: “Que me ayude en el momento? distraerme con alguna película, sí, o que me cuelgue algo de una red social o algo por el estilo”.

Similar estrategia utiliza F54-07: “Trato de distraerme en otra cosa. Por ejemplo, miro tele o hago alguna artesanía. A mí me gusta mucho la jardinería, que eso me limita bastante. Pero bueno, trato de igual lo que pueda, sentada”.

M56-08 en esta misma línea, relata: “bueno, la distracción, fundamentalmente, ¿no? Anteponer la distracción al dolor. Yo he viajado dolorido. He caminado mucho estando muy dolorido, en un siete, ocho. Pero cuando logro generar y anteponer una distracción fuerte, logro, no te digo vencer, no, vencer no. Logro pasarlo a un segundo plano al dolor. Pero tiene que ser una distracción muy fuerte.”

M56-02 describe como una actividad que le genera un desafío y a la vez le resulta muy satisfactoria lo aleja de los momentos de dolor. Expresa: “no me doy cuenta de que estoy tensionado. Porque tiene las dos cosas: por un lado, es un placer hacerlo, pero por el otro lado estás tan colgado, que estás en tensión, con las mandíbulas, con los huesos, con las piernas, con todo y pasan las horas y de repente estoy unas cuantas horas colgado en eso sin darme cuenta. No pasa el tiempo. Se detiene el tiempo.”

La búsqueda de información, que también forma parte de las estrategias activas de afrontamiento se refleja en lo que trae M56-08: “se me dio por investigar en internet y vi que había otra gente que estaba pasando por mi misma situación y con la misma problemática.”

Por otra parte la autoafirmación como estrategia adaptativa se refleja en el discurso de F72-09 cuyo diálogo interior muestra su proceso: “Creo que es mi voluntad por un lado ... porque si no, me quedaría extendida haciendo los movimientos en la cama y no pondría los pies en el piso. Pero no me lo permito, es decir, ojo, me lo permito un rato. Pero no... ahí empiezo a decir: escuchame, si no te levantás [se nombra] ¿a quién perjudicás? A nadie. ¿A quién beneficiás si hacés lo que tenés que hacer? A vos.”

Por otro lado la actividad física es posible de realizar, para F32-06, fuera de los grandes momentos de dolor, reconociendo el beneficio de esta indicación: “Después me han dicho mucho, lo he intentado, hacer ejercicio leve, caminar en serio, cuarenta minutos hacer ejercicio me hace sentir mejor. Cuando estoy con mucho dolor, imposible, pero cuando es un dolor leve, me hace sentir mejor y me levanta el ánimo también.”

### ***Afrontamiento pasivo***

Este entrevistado (M51-05) expresa que una forma de actuar ante el dolor ha sido pasivamente: “pero después uno se va dando cuenta de las cosas que va dejando por la pereza del dolor. Uno no se da cuenta que es por el dolor en el momento. Pero uno quiere como la quietud, el quedarte recostado, el quedarse o en la cama o en un sillón.”

F32-06 en ocasiones lo enfrenta pasivamente, sobre todo cuando el dolor es más intenso: “a veces cuando estoy muy dolorida me pasa de que no quiero hacer nada, quiero estar como muy quieta a veces parece como que no tuviera ganas de hacer nada.”

Esta misma participante también recurre a la estrategia pasiva de catarsis y encuentra una respuesta de apoyo en el otro: “Con [familiar] me pasa que me quejo, es con el que me descargo siempre que me siento mal. Su forma de responder es como, bueno, ahora que sabe de que de verdad no estoy exagerando y que me cree, de tratar de hacerme sentir bien.”

En articulación con lo anterior, en lo aportado por los datos cuantitativos relevados en la muestra de 100 pacientes, las estrategias de afrontamiento más utilizadas según el CAD-R fueron las activas, dentro de las cuales predomina la autoafirmación, seguido de autocontrol mental, búsqueda de información y distracción. Dentro de las estrategias pasivas se utilizó con mayor frecuencia la catarsis seguido de la religión. En la Tabla 9 se presentan los valores obtenidos para cada subfactor del cuestionario, así como de Afrontamiento activo y pasivo. En las Figura 9 y Figura 10 se representan las medias para cada factor y sus componentes.<sup>4</sup>

**Tabla 9**  
*Descriptivos de Factores del CAD-R*

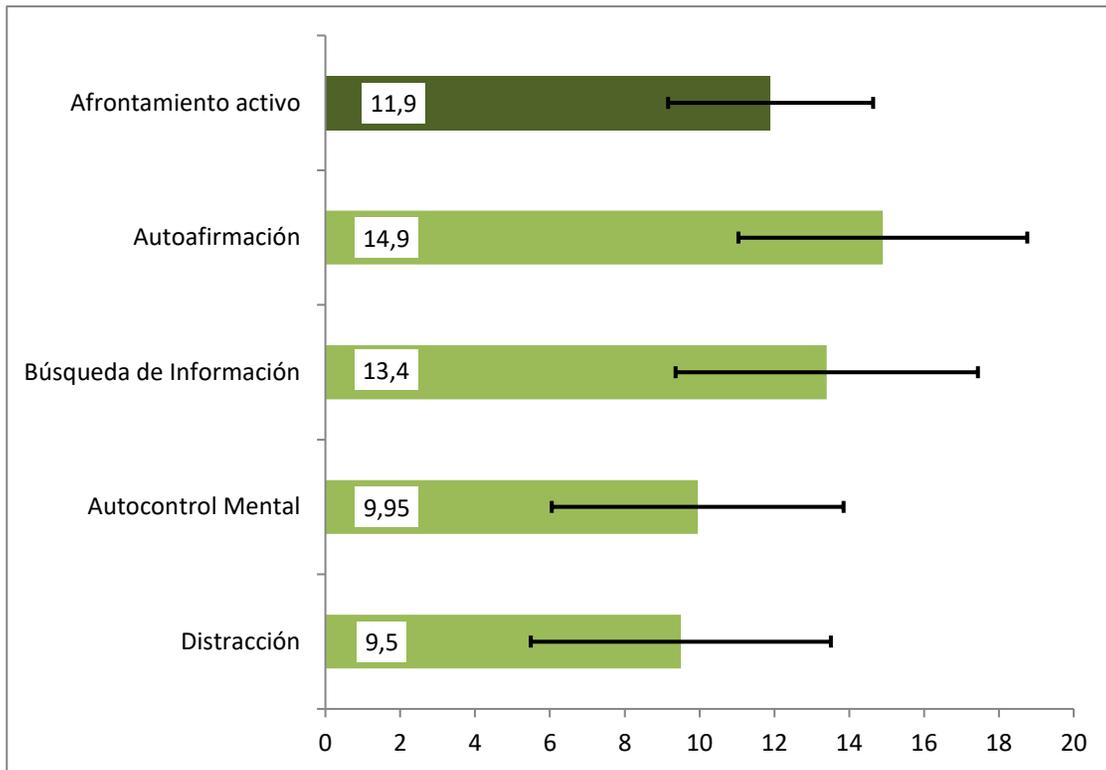
	<b>Afront. Activo</b>	<b>Dist</b>	<b>BI</b>	<b>ACM</b>	<b>AA</b>	<b>Afront. Pasivo</b>	<b>Rel</b>	<b>Cat</b>
N	100	100	100	100	100	100	100	100
Media	11.9	9.50	13.4	9.95	14.9	8.45	8.04	8.86
Mediana	12.3	9.00	14.0	10.0	16.0	7.75	5.00	8.00
Moda	12.3	4.00	16.0	4.00 <sup>a</sup>	16.0 <sup>a</sup>	4.00	4.00	4.00
DE	2.74	4.01	4.04	3.90	3.86	3.54	5.46	3.98
Mínimo	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00
Máximo	19.0	20.0	20.0	18.0	20.0	20.0	20.0	20.0

*Nota:* <sup>a</sup>: Existe más de una moda, sólo es reportada la primera.

<sup>4</sup> Parte de estos resultados se presentaron en las XI Jornadas de la Asociación Iberoamericana para la Investigación de las Diferencias Individuales, (Universidad de Málaga, 22 y 23/9/22) en formato póster: “Estrategias de afrontamiento y vivencias subjetivas frente al dolor crónico no oncológico. Investigación en una Unidad de Dolor Crónico de Uruguay”.

**Figura 9**

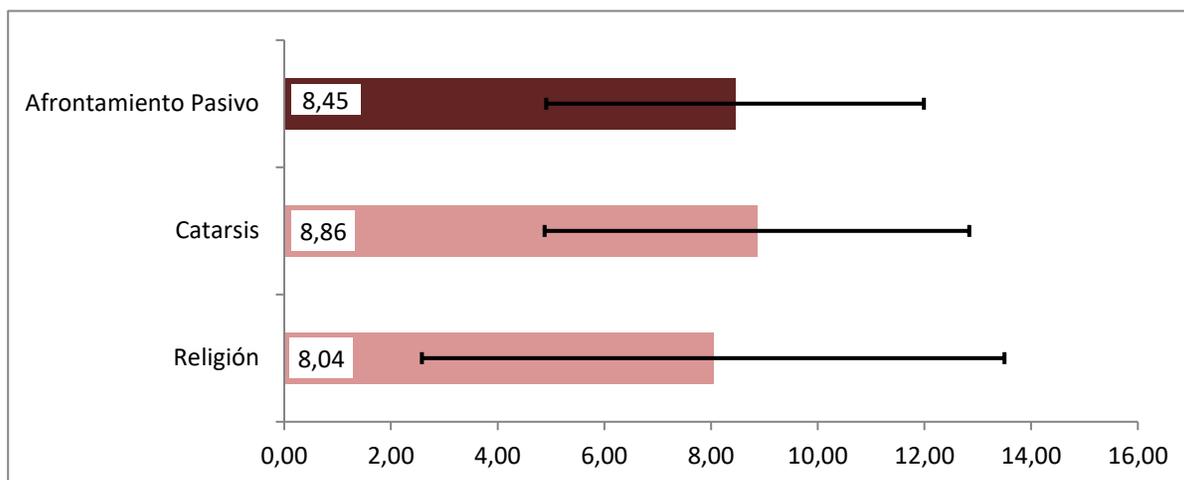
*Afrontamiento Activo. Medias de CAD-R según factores*



*Nota:* Las barras de error representan el desvío estándar.

**Figura 10**

*Afrontamiento Pasivo. Medias de CAD-R según factores*



*Nota:* Las barras de error representan el desvío estándar.

### ***Temas Emergentes***

En este apartado se irán desarrollando y plasmando a través de fragmentos de las entrevistas, los temas y subtemas que se identificaron como relevantes en las narraciones de los pacientes, apuntando a comprender las experiencias singulares de vivir con dolor crónico y qué factores inciden en un manejo más exitoso y con menos sufrimiento.

#### ***Tema: Soporte Social y Relacionamiento con el Otro***

Las vinculaciones se presentan como un aspecto fundamental que puede facilitar u obstaculizar el poder manejarse con el dolor de forma más adaptativa. Tal como se analizó en los resultados de la muestra principal (n=100), el 81% de los pacientes vive acompañado.

Dentro de este tema se crean los subtemas: Recurrir al otro, Sentirse apoyado e Incomprensión y cansancio.

### ***Recurrir al Otro***

En cuanto a la búsqueda de apoyo, de los tres entrevistados varones, dos manifestaron que cuentan con personas a quienes acudir, aunque prefieren no querer mostrarse cuando se sienten mal, eligiendo permanecer solos. En el caso de M56-02, expresa que cuenta con la posibilidad de apoyo, aunque por sus características prefiere manejarse solo. Refiere en ese aspecto: “Se preocupan, pero yo les digo que es una cuestión de días o a veces de un día. Digamos que, a ver, voy a decir algo que puede sonar un poco soberbio. Soy bastante liberador de la preocupación del otro.”

Las mujeres expresaron contar con ayuda de familiares cercanos, habiendo pasado por etapas de poca comprensión y cansancio del entorno. F71-01 prefiere no pedir ayuda cuando se siente mal. Y F72-09 si bien siente que tiene en quien apoyarse, prefiere estar sola en los momentos de dolor. También F54-07 refiere contar con apoyo, aunque evita preocupar al otro, percibiendo que es mejor evitar mostrarse mal. Lo relata de la siguiente manera: “pero a veces me pregunta, estás dolorida? porque trato a veces de no representarlo, porque, a ver, la solución... que me esté quejando, no se me va a ir. Entonces trato de pasarlo lo mejor yo y mejor con quien esté también.”

### ***Sentirse Apoyado***

En cuanto al apoyo percibido, en una vertiente positiva, se encuentran quienes sienten que el otro entiende su padecimiento, le ofrece ayuda, se interesa por cómo se siente. Podemos encontrarlo en las siguientes narraciones:

“[familiar 1] está a *full* conmigo. Me ayuda, es más, él es el que me dice, si es por él, que yo esté todo el día en un *spa*. [risas] [familiar 2], por ejemplo, viene casi todos los días. [familiar 3] viste, me dice... ¿te pasa algo? ¿estás bien? ¿quierés algo? (F56-04)

Otra entrevistada reconoce el apoyo actual por parte de personas cercanas, el cual percibe luego de un proceso: “Ahora a veces es hasta él, el que me dice: no tenés que estar aguantando, tomate algo, en todo caso en un rato te tomás algo para el estómago o lo que sea, tomar un par de días como preventivo. Pero sí, ahora reacciona así, como más empáticamente y siento que todos en mi familia, pero fue después del diagnóstico.” (F32-06)

### ***Incomprensión y Cansancio***

En otro extremo, pasando por una gama de reacciones del entorno, el otro se presenta como alguien que juzga, llevando al sujeto a sentirse incomprendido, motivando conductas de aislamiento y de represión de emociones para evitar el rechazo. A su vez los pacientes reconocen el alejamiento del otro como consecuencia de la enfermedad.

Refiere F38-03: “Y, yo creo que llega un momento que se aburren, porque estuviste quejándote durante tanto tiempo, que [familiares] me dicen: Ah, ¡otra vez ... ! Es como que, sí, aburrís al resto. Es como todo, siempre enferma, siempre dolorida durante [x] años ... es como que... la gente se aburre.”

El relato de M56-08 es detallado en cuanto a las dificultades con el entorno debido al dolor. Así lo narra: “Y vivir con la cara larga, vivir dolorido, no saber explicar qué es lo que te pasa y por qué estás mal, muchas veces no es comprendido por los demás. A veces piensan que vos estás de vivo, que estás queriendo no trabajar. Y es todo lo contrario, es que mi trabajo a mí me gusta, pero hay veces que no lo puedo ni siquiera llevar adelante.” En cuanto al relacionamiento con los otros y sus propias sensaciones, relata: “El cansancio es mutuo. Yo estoy cansado de tratar de explicarlo, estoy cansado de tratar de hacerme entender y no, no,

no recibir de la otra parte ... He perdido amigos debido a esto ... Me han tratado de drogadicto, por estar en una situación, por hacer una llamada estando mal. O hablar mal por estar medicado, me han tratado de drogadicto, de falopero.”

Otro entrevistado reconoce las repercusiones del dolor en sus relaciones: “Me fui dando cuenta con el tiempo, que una vitalidad que a lo mejor uno no tiene todos los días cuando tiene dolor, al perderse esa vitalidad también lleva que todo el entorno se vaya como aislando, quedándose, apartándose y creo que es ahí más que nada que me di cuenta que me estaba como afectando. Un poquito tarde.” (M51-05)

La vivencia subjetiva y única del dolor, así como la dificultad en que éste sea comprendido, lo manifiesta además F49-10: “También hay momentos donde te dicen: ah, pero ¿tanto te duele? como que el manejo del dolor es como raro de poder transmitir. Entonces ahí sí, había momentos donde decía ¡sí, me duele! Porque no entienden, ¡no entienden que me duele!”

F72-09 expresa: “Y con el dolor que es una cosa intangible, no mostrable, que proviene de lugares que no se ven... mis dolores no los ve nadie, yo los tengo que manifestar ... Porque el otro te puede escuchar, puede empatizar, qué es lo que yo digo, ¿pero ponerse en tu físico?”

Esta incompreensión del entorno no solamente la perciben en relación a personas cercanas, sino que también lo han sentido de parte de profesionales de la salud no formados en dolor, como se describe más adelante.

### ***Tema: Trayectorias del Dolor***

La aparición del dolor puede identificarse en algunos casos relacionada a un momento puntual, una etiología asociada o no necesariamente, siendo para algunos, parte de su vida desde hace muchos años. Según se presentó en los datos cuantitativos, el promedio de años con dolor es

de 10,2 (DE 12,2). Este tema hace referencia a aspectos del desarrollo de la problemática y los recorridos con ésta.

Se identifican dentro de éste los siguientes subtemas: Historia del dolor, Recorridos por el sistema de salud y Abordaje integral.

### ***Historia del Dolor***

La historia de la enfermedad se enmarca en una historia de vida, que representa una parte del todo que es la persona. F72-09 lo resume así: “El hombre o la mujer somos nosotros: físico y nuestra historia alrededor.”

Teniendo en cuenta el momento en el cual el dolor comenzó a generar dificultades en la vida de las personas, al respecto F38-03 manifiesta: “Empezó a ser un problema desde que empezó. Porque me apareció en forma brusca. Yo me levanté un día, de un día para el otro y no me podía mover del dolor que tenía. Empezó siendo en las piernas, en los brazos pero después se focalizó”

En otros casos el dolor se tuvo siempre, pero se percibe como problemático cuando limita a la persona, ya sea en movilidad, como en otros aspectos. Refiere F56-04: “En realidad yo toda la vida sufrí ... Pero me doy cuenta que pasaba mal pero no me limitaba. Ahora paso mal y me limita.”

M51-05 expresa como fue su proceso: “En realidad como que hace tanto, que yo ya ni me acuerdo. Pero creo que últimamente... hace unos pocos años atrás, cuando el dolor empezó a ser como más más frecuente, Eh... y uno se da cuenta... En definitiva, como que todo es tan paulatino que uno lo va asumiendo como algo normal.”

### ***Recorridos por el Sistema de Salud***

Los entrevistados dan cuenta de la necesidad de un diagnóstico médico, de respuestas y explicaciones a su padecimiento para el cual algunos de ellos transitaron previamente por diversas consultas en el sistema de salud. Como fue mencionado en un ejemplo, incluso la actitud de empatía del entorno presenta cambios favorables cuando el enfermo y quienes lo rodean cuentan con más información de la enfermedad.

Refiere un paciente: “Eso es lo que me pone mal. ¿Tantos años para llegar a esta respuesta que la tuve recién ... ? [x] años agarrando una mochila, ¡imagínate el desgaste que tengo, imagínate todo lo que perdí!” (M56-08)

Por otra parte, F49-10 expresa: “Primero a mí me empezó atendiendo medicina general, después me dio pase a internista, de internista a neurólogo ... tenía mucho dolor pero no entendía nada [risa], esa cosa de que no había diagnóstico y fue complejo, ¿no? Hasta que se llegó al diagnóstico, fue complejo”.

F71-01 expresa “ya había pasado bastante tiempo y yo estaba muy mal anímicamente, porque no me acertaban”.

En el caso de F32-06 su percepción es de no haber sido comprendida en su dolor por parte de otros profesionales no especializados y su propia familia, antes de llegar a un diagnóstico más claro. Expresa: “Entonces lejos de sentirme acompañada cómo me siento ahora, me hacía sentir como básicamente, como me había dicho la doctora, como bueno, estoy exagerando y tengo que aguantar.”

El sentimiento de que el dolor no es comprendido por otros profesionales también lo refleja M56-08: “Desmentirme el dolor ya, por parte de un médico! que me estaba yo creando esta situación.”

### ***Abordaje integral***

Luego de extensos derroteros por el sistema de salud, el llegar a ser atendidos por un equipo interdisciplinario es percibido por los entrevistados como un antes y un después, valorando positivamente la contención del mismo. Así lo relata una paciente: “Después de [x] años que todos los días te duela y todos los días que te vengan a calmar y que te pongan una vía... es como, tengo las venas destrozadas de todas las medicaciones que me han pasado. Es como que yo encontré la solución.” (F38-03)

En este sentido también expresa otra participante: “Recién ahora ... y bueno ante las reiteradas idas a la urgencia o que me derivaron ... recién ahora es cuando empiezo a involucrarme en algo más integral.” (M51-05)

Por su parte F49-10 expresa “en mi apreciación como muy personal, siento que si no tuviese la Unidad me sentiría como más débil.”

Con respecto al primer contacto con el equipo interdisciplinario F71-01 manifiesta: “fui a explicar qué era lo que tenía y no me salía nada y me puse a llorar, cosa que nunca en mi vida me había pasado. Entonces ellas trataban de calmarme y me decían que eso era muy natural en ese lugar, digamos, porque la gente cuando llega ahí ya es como que está cansada de explicar qué es lo que le pasa”.

La valoración de M56-02 es la siguiente: “Bueno eso me ayuda mucho porque sé que ahí hay... hay como un... oasis asistencial, claro, hay como protección”.

La entrevistada F32-06 valora como positiva la experiencia y el tiempo que se le dedica en la consulta, entendiendo que los tratamientos pueden ir cambiando según su evolución y necesidades: “Pero esa respuesta de intentar que yo entienda lo que está pasando y saber que hay otras medidas que podemos tomar, que capaz que no son las ideales en este momento, pero sí se pueden intentar más adelante, es algo como súper importante para mí.”

El sentirse comprendidos en la experiencia del dolor es un elemento mencionado en las entrevistas. F54-07 manifiesta: “como que uno se siente que te entienden que estás dolorida. Porque eso es otra cosa que a veces yo veo que el tema del dolor es tan difícil de, como te puedo decir, tal vez de comprobar, que a veces no te creen, entonces es como que minimizan, no se. Ahí yo creo que encontré que sí te entienden.” Esta misma participante da su punto de vista en cuanto a la dificultad en lograr acceder a un tratamiento integral, al cual llega luego de derivación de otro médico, entendiendo que podría ser más fácil: “Es un problema todo porque cualquiera igual van por un dolorcito en el dedo. Yo siento que no se le está dando tanta importancia como lo tiene, tanto por la limitancia como por la parte anímica, por todo lo que nos afecta el dolor.”

### ***Tema: Búsqueda de Alivio***

En este punto se hace referencia a los recursos externos y algunos que requieren un esfuerzo interno, que identifican los participantes como efectivos para aliviarse. Cada tratamiento es personalizado, pero se encuentran aspectos en común que cabe señalarse.

Los subtemas son: Analgésicos, Manejo propio de la medicación y Medidas físicas y otros tratamientos.

### ***Analgésicos***

Estos medicamentos son mencionados en las entrevistas como importantes a la hora de sobrellevar el dolor. Ante la pregunta de qué le ayuda en ese sentido, F38-03 responde: “Y, la medicación. La medicación. Yo creo que le dieron con la medicación y por lo menos me calmaron, logré estar un tiempo sin el dolor, que para mí era algo increíble.”

La entrevistada F56-04 los reserva para momentos de mayor intensidad de dolor. Expresa: “Trato de... evito tomar calmantes porque no quiero seguir sumando cosas, medicamentos,

pero hay muchas veces que los tengo que tomar. Yo cuando veo que estoy muy dolorida, tomo.”

En el caso de F32-06 los fármacos son mencionados como un elemento fundamental para poder cumplir con las obligaciones: “A las cosas que yo sentía como que era un compromiso con otras personas, no faltaba, como trabajar. Y ahí sí, tomaba muchos analgésicos y aguantaba así.”

La situación de M56-08 con respecto a los medicamentos es compleja, ya que siente que nada le reporta gran beneficio: “Y ya probé con todo, no me queda qué probar. Todos los medicamentos que trabajan con el tema de dolor, los he probado absolutamente todos.”

### ***Manejo Propio de la Medicación***

En las historias de algunos entrevistados también surge la cuestión de la automedicación o cambios con respecto a las indicaciones médicas. Relata F38-03 en su recorrido previo a la consulta especializada: “Me empecé a calmar yo misma con calmantes porque ya era una cosa intolerable ... Me daba más de la dosis de lo que yo podía.”

M51-05 cuenta: “Sí sé que la medicación que estoy tomando a lo mejor por mi cuenta, no es una medicación que se puede tomar por largo tiempo.”

Otro ejemplo es el de F32-06: “También en esa época lo que hacía era que si me tomaba un Ibuprofeno lo tomaba a escondidas porque esto de que [familiar] estaba como pendiente de que me cuidara, de la cantidad de analgésicos que tomaba.”

F72-09 hace referencia a evitar tomar la medicación, aun teniéndola indicada: “Y también pequé de soberbia en el sentido de decir, no, me lo puedo aguantar. No voy a tomar porque me lo puedo aguantar. Y en determinado momento te desequilibra porque hacés un esfuerzo innecesario.”

### ***Medidas Físicas y Otros Tratamientos***

Algunos participantes traen como complementario, en el manejo del dolor, la actuación de ciertas medidas físicas, tales como realizar quietud o calor local por un lapso de tiempo breve mientras el empuje es más intenso, seguido posteriormente de ejercicios. Esta participante dice: “Eso, quedarme quieta, ponerme...tomar calmante y..., lo local, el calor.” (F71-01)

Por su parte M51-05 jerarquiza encontrar una postura cómoda: “Bueno, primero adquirir una posición que no tenga dolor, eso es lo primero y principal.”

M56-02 por otro lado cuenta: “Bueno, te diría que... unos días de reposo, un tiempo de reposo, quizás en 24 horas. El reposo es importante. El calor es importante y luego de eso algo de ejercicio. Luego que pasa el dolor, algo de ejercicio.”

La experiencia de F49-10 transmite un aprendizaje en cuanto al manejo con el dolor: “Cuando empezás a mover, increíblemente el dolor empieza a mejorar. Cuando pensás que es al revés.”

La acupuntura es un tratamiento que es mencionado por F56-04: “Yo hice varias sesiones de acupuntura. ... ¡Y me hicieron muy bien! ¡Yo les tenía terror a las agujas, terror! No quería saber, tenía pánico. Entré doblada de dolor y con un pánico que creía que me moría y salí caminando ... ¡Me hicieron muy bien!”

Disciplinas como Yoga y Tai Chi son mencionadas por los participantes, estando dentro de lo que han probado para mejorar. En el caso de F32-06, explica: “Ya había hecho antes Yoga y como había practicado algunas cuestiones como meditación y cosas así y creo que también eso me apoya por otro lado.”

F72-09 refiere: “Comencé a hacer Tai Chi, que había hecho cuando era unos cuantos años más joven, pero fue una disciplina que me gustó mucho. Y empecé a poder aflojar el cuerpo y a recuperar.”

Dentro de su experiencia F49-10 cuenta: “Ya hacía Yoga desde hace muchos años. El Yoga para mí es un ritual de vida.”

Por otra parte, se hace referencia por parte de dos participantes a las popularmente llamadas “terapias alternativas” que les han ayudado en la búsqueda de alivio.

En el caso de F71-01, cuenta su experiencia: “Me hace Reiki y me dice de repente ¿dónde te duele? Y no me duele nada, le digo, no sé dónde decirte, porque no me duele nada. Y a ella le quedan las manos ardiendo. Dice: con nadie me quedan como contigo. Será psicológico, lo que quieras, pero a mí me sirve.”

Por otro lado, F49-10 expresa: “Y de ahí surgió el Reiki como una herramienta que fue, para mí es increíble. Increíble con el tema del tratamiento para el dolor.”

### ***Tema: Vivir con el Dolor***

La preocupación por lograr convivir con el dolor con menores niveles de sufrimiento es una dimensión relevante para los participantes. Es así que la aceptación de esta condición surge en el total de las entrevistas. Esta es expresada por algunos participantes como algo que se ha alcanzado luego de un tiempo conviviendo con el problema y un recorrido por especialistas. En otro polo se encuentran quienes no han logrado llegar a ella, a pesar de los esfuerzos. Ello entra en interjuego con otros aspectos tales como las características propias, la forma en que sienten que las emociones les afectan y por último la vivencia de totalidad del dolor.

Por tanto los subtemas identificados son: Aceptación del dolor, El desafío de adaptarse, Características personales, Emociones y dolor, y El dolor como un todo.

### ***Aceptación del Dolor***

En el ejemplo de F49-10 se manifiesta claramente el beneficio, relacionándolo a través de la entrevista a una mejoría en general: “Yo creo que es amigarte. Yo le llamo amigarte, o sea, yo

me amigué con el dolor, lo integré, forma parte de mi vida. Creo que si no hacés eso, no rompés nunca más con el tema de... ¡me duele! [tono de queja] ¡No! ... Para mí, si no hubiese hecho eso, de decir lo acepto, esto es parte de mi vida, el dolor está, lo tengo que integrar y...por eso te digo, amigarme con él es una parte de integrarlo, lo hago parte.”

Se observa que de esta forma ella logra convivir con el padecimiento sin que éste condicione su vida. Esta participante, considerando las puntuaciones en los cuestionarios, se encuentra dentro del rango de depresión mínima (BDI II: 13), siendo superior en el CAD-R la media de estrategias activas (16,6) que de pasivas (11). Esta participante se refiere cierto momento de insight, en el cual realiza ese movimiento. Ella lo expresa como hacer un “clic”.

En un proceso de aceptación, también dentro de niveles mínimos de depresión (BDI II: 10) se encuentra F72-09, quien dice: “...eso me pasó... claro, es parte del proceso de poder aclimatarme y aceptar que esto es así. Y vos podés colaborar o ponerte en contra. Entonces vas a guerrear toda la vida y [risas] te lo vas a tener que bancar igual, porque esa es la realidad. ... Yo creo que, desde hace bastante tiempo, estoy en el duro trabajo de aceptar que esto es así y no lo voy a cambiar. ... Mal que me guste y me duela, me arda y me pique, es así. Y, poner voluntad para sobrellevarlo, ¿no? “. En su caso el promedio de afrontamiento activo en el CAD es de 12,75, mientras que presenta amplia diferencia con las estrategias pasivas cuyo promedio es de 4.

Otra entrevistada (F38-03) entiende necesario llegar a un punto de poder aceptar la enfermedad, lo cual relaciona a que su dolor se encuentra más controlado. Su nivel de depresión se halla en el rango de leve (BDI II: 16) y los promedios de las estrategias activas y pasivas son de 12,27 y 7,5 respectivamente. Ella expresa: “Y creo yo en este tiempo lo he aceptado, la enfermedad. Tengo que vivir con esto. Y al haberlo aceptado es como que voy

llevándola mejor. ... Pero el haberlo aceptado también, viene por el lado de que el dolor bajó. Entonces al tener períodos de que no me duela, puedo salir mejor adelante.”

F32-06 muestra la aceptación de la cronicidad, con sus momentos de mejoría, pero siendo consciente de la posibilidad de empujes: “Mucho mejor sí, estoy como en un punto que me siento mejor. Y me gustaría como que fuera así como para siempre o sentirme bien del todo, pero bueno, voy a aceptando de que es un proceso y vamos a ver más adelante.”

### ***El Desafío de Adaptarse***

En contraste, M56-08 ve la aceptación de su situación como una meta difícil de alcanzar ya que identifica no haber logrado adaptarse a lo que padece. Esto conlleva un importante sufrimiento psíquico, llegando a niveles de depresión moderada (BDI II: 26) e incluso presentando ideas de muerte. Su relato es el siguiente:

“Y por más autoayuda y psicólogo o lo que sea, yo no he podido, eh... no he podido encontrar el punto de equilibrio para poder convivir con esto. Y no lo he logrado. Van muchos años y no lo logro, no lo logro con meditación, con mantras, con lo que sea.”

Si bien sus estrategias predominantes son las activas, (17 frente a 11,5 en los respectivos factores del CAD-R) manifestando interés en la búsqueda de información y la distracción, como veremos en su caso, cobra relevancia el soporte social y familiar.

En el caso de F56-04 se expresa el deseo y el desafío de poder lograr la aceptación: “Así que voy a tener que pensar que yo, mi cabecita tiene que pensar en que soy yo la que tiene que salir adelante, nadie me va a solucionar la vida. Es una el que tiene que poner fuerzas. Cuesta, pero bueno. ¡Yo qué sé, no sé! “

### ***Características Personales***

Los participantes hacen referencia a determinadas formas de ser, como factor importante al momento de hacer frente al dolor o como elemento predisponente para la enfermedad.

Haciendo propias las palabras de un profesional, refiriéndose a los comienzos de su patología, dice F71-01: “el médico de medicina general que me atendía a mí y a [familiar], nos conocía a las dos y decía: a [familiar] le pasan las mismas cosas que a ti y le resbala, en cambio a ti te va a pasar siempre... o sea, es por mi forma de ser.” De esta manera, en esta comparación ella encuentra una explicación a su experiencia particular, quedando relacionadas las dimensiones de la personalidad y el dolor.

En relación a sus características y la repercusión de eventos traumáticos en su biografía, F32-06 expresa: “...me dicen como que aparentemente es algo más allá de que hubo cosas en particular a mi vida de que fueron traumáticas y no las resolví en su momento, que también tengo como como una personalidad hipersensible.”

### ***Emociones y Dolor***

Haciendo referencia a qué puede precipitar el dolor, M51-05 menciona: “El estado de ... preocupaciones, me he dado cuenta que lo acentúa. Principalmente eso, las preocupaciones.”

Por otra parte, las emociones que sienten los entrevistados en los momentos de dolor son variadas. F56-04 expresa su malestar: “Y... me da bronca, me da bronca, me da bronca porque yo quisiera hacer todo, seguir haciendo cosas y no sé y podando las plantas y plantando plantitas y cambiando cosas en la casa y eso me derrota, me derrota.”

Para esta entrevistada es una mezcla de tristeza y bronca lo que le produce estar con dolor, a la vez que aparece el auto reproche: “Por lo general es más triste, por lo general es como que me apaga, porque digo, me da, pero también me da bronca...”

F38-03 expresa: “El estrés creo que...cuanto más tranquila estoy yo creo que el dolor se acompasa, pero... si yo estoy muy nerviosa es como que me viene toda una contractura desde acá”.

M56-02 reconoce un aumento del dolor ante determinadas situaciones: “el estrés. Cuando me veo presionado, sea por trabajo o sea en una cuestión más social, que me estrese, eso me repercute automáticamente en el dolor. Eso es importante. Las cuestiones laborales y sociales.” También dando cuenta de cómo le afectan determinados vínculos, manifiesta: “Si hay alguien que tiene mala vibra, eso me llega y me jode, te empieza a doler y me jode, te empieza a doler. Claro, y va al hueso, ¡así como lo escuchás!”

La paciente F32-06 plantea el incremento de su dolor en un momento de mayor exigencia, lo cual ha podido identificar: “últimamente los pude relacionar un poco más con eso ... Y no casualmente estuve toda esta semana con dolor. Sí, yo siento que los momentos estresantes o más tristes son momentos en los que siento más dolor”.

### ***El Dolor Como un Todo***

Dos participantes cuentan su vivencia acerca del dolor como algo que va tomando a toda la persona. En la situación de F49-10, ella describe: “Y ya después el dolor era como... como un todo, porque eso es lo que pasa con el dolor. El dolor es como medio inexplicable la parte que te toma en el cuerpo, que te toma... como que te cambia ... Te cambia en las relaciones con tu familia. A mí me cambió desde la alimentación, o sea, me cambió todo”.

El sufrimiento de M56-08 se manifiesta de la siguiente forma: “Porque el dolor es tan invasivo, es tan...cómo te digo, es tan difícil de explicarlo. No es como un golpe, no es como si fuera un dolor de muelas. Es total.”

La unidad cuerpo-mente, el continuo donde se desplaza el dolor queda ilustrado en la descripción que este mismo participante realiza: “Hay como un borde de acercamiento entre el dolor físico y lo psicológico, o lo mental, ¿no? Esa franja que une las dos cosas, a veces está más corrida para un lado o para el otro.”

### **Incidencia de la Pandemia por COVID-19 en los Resultados Obtenidos**

Teniendo presente que el dolor crónico es un fenómeno complejo, se torna ineludible, además de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, considerar el momento histórico en el que se da la presente investigación, atravesado por la pandemia por Coronavirus. En marzo de 2020 se detecta por primera vez en Uruguay el virus SARS-CoV-2, instaurándose a partir de allí una serie de cambios que afectaron a la población en múltiples áreas, incluidas la vida familiar, social, laboral, asistencial entre otras, repercutiendo en la salud física y psicológica de las personas.

Por una parte, dado que la recolección de datos de este estudio comenzó previamente a la llegada del COVID-19 a Uruguay y continuó durante el primer año de la pandemia, se cree importante analizar si esta variable afecta los resultados en los niveles de depresión, intensidad del dolor y afrontamiento de los participantes. Por otro lado, aporta considerar las percepciones subjetivas acerca de la pandemia y sus efectos, emergentes de las entrevistas realizadas.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Resultados preliminares de este capítulo fueron presentados en el VIII Congreso de la Sociedad Uruguaya de Psicología Médica (modalidad on-line, 9/2021) como trabajo libre: “Efectos de la pandemia por COVID-19 en pacientes con dolor crónico. Emergentes de una investigación sobre dolor y depresión en una Unidad Interdisciplinaria de Montevideo.”

Teniendo en cuenta otras investigaciones que se llevaron a cabo en este contexto, un estudio longitudinal desarrollado en Uruguay con población general, mostró que los síntomas depresivos de los participantes disminuían a medida que aumentaban las posibilidades de realizar actividades en la pandemia (Fernández-Theoduloz et al., 2022).

Como es sabido, las personas con dolor crónico pueden verse afectadas negativamente por eventos que son percibidos como estresantes, como lo es la situación mencionada. Según Serrano-Ibáñez et al. (2021), al estudiar a personas con dolor crónico en España durante la actual pandemia, encontraron que los predictores de estrés emocional en estos pacientes no se relacionaron tanto a las consecuencias del COVID como enfermedad, sino principalmente con lo relativo a la dificultad para recibir atención médica, cambios en las rutinas diarias y soporte social.

Considerando estos antecedentes y volviendo a la presente investigación, es necesario mencionar los momentos en los que fue realizado el trabajo de campo. Se toma como fecha relevante el 13 de marzo de 2020, cuando se conoce el primer caso de COVID-19 en el país. En base a ello, en lo que respecta a los datos cuantitativos, se analizan dos grupos, dado que la recolección abarca el período comprendido entre noviembre de 2019 y noviembre de 2020. De los 100 sujetos que participaron, 41 completó los cuestionarios antes del 13 de marzo de 2020 y los 59 restantes lo completaron en los meses siguientes.

Por tanto, se compararon ambos grupos mediante la prueba estadística U de Mann Whitney, arrojando valores de  $p$  mayores a 0,05 por lo cual se puede concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos (Tabla 10). Se observa que los niveles de depresión, intensidad del dolor y afrontamiento tanto activo como pasivo, así como los subfactores del CAD-R son similares entre quienes fueron encuestados antes de la llegada del COVID-19 y quienes participaron una vez instalada la pandemia (Figura 11 y Figura 12).

**Tabla 10**

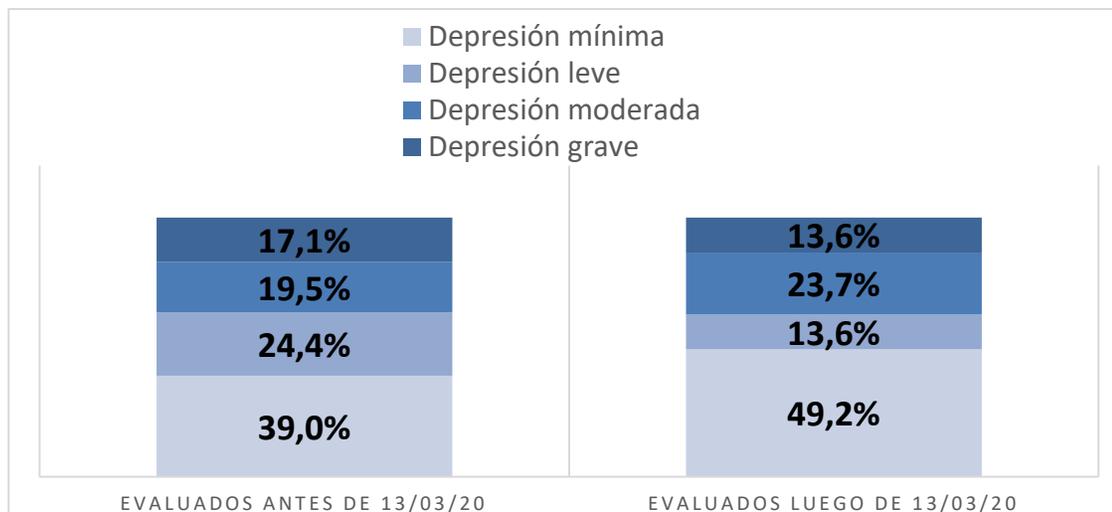
*Diferencias entre grupos encuestados antes y durante la pandemia mediante prueba estadística U de Mann Whitney*

Prueba estadística para muestras independientes			
		<b>Estadístico</b>	<b>p</b>
EVA	U de Mann-Whitney	1082	0.371
BDI_Total	U de Mann-Whitney	1121	0.537
Afront_Activo	U de Mann-Whitney	981	0.110
Dist	U de Mann-Whitney	1140	0.625
BI	U de Mann-Whitney	1011	0.162
ACM	U de Mann-Whitney	1053	0.273
AA	U de Mann-Whitney	1011	0.163
Afront_Pasivo	U de Mann-Whitney	1170	0.784
Rel	U de Mann-Whitney	1156	0.693
Cat	U de Mann-Whitney	1153	0.693

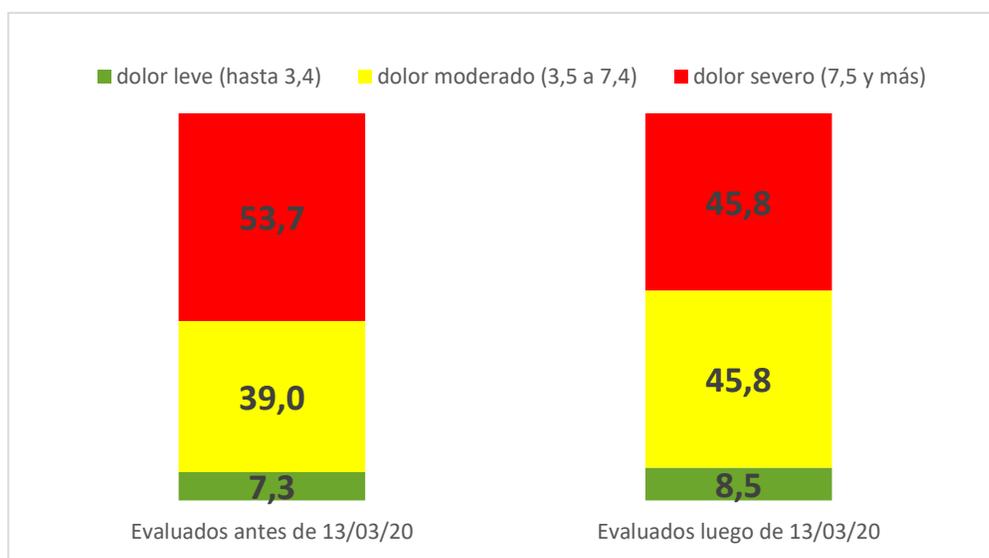
*Nota:* Variable de agrupación: Aplicación del cuestionario en fecha anterior o posterior a la llegada del COVID-19 a Uruguay (13/03/20)

**Figura 11**

*Niveles de depresión (BDI II) comparando grupos según fecha de aplicación de cuestionarios*

**Figura 12**

*Intensidad del dolor (EVA) comparando grupos según fecha de aplicación de cuestionarios*



Por otro lado, pasando a los datos cualitativos, al analizar las entrevistas en profundidad que fueron realizadas entre octubre de 2020 y febrero de 2021, se observa que la temática de la pandemia es una preocupación en los participantes. Si bien en las entrevistas no se incluyeron preguntas específicas acerca de ésta, el tema surge espontáneamente por parte de los participantes, manifestando diversas formas en las que se sienten afectados.

Mayormente aparece lo que respecta a la suspensión de servicios tales como fisioterapia o cierre de gimnasios y piscinas, debido a que una de las principales indicaciones que tienen gran parte de los pacientes, es la realización de actividad física regular. Manifiesta F72-09 “Estaba muy bien encaminada con el tema de tres veces una hora y media de ejercicio en el agua, que ya a esta altura está faltando y mucho.”

Otra paciente explica que concurría a fisioterapia pero que al verse interrumpida tiene dificultad para mantener los ejercicios en su casa, mostrando en cierta medida cuánto se le atribuye a la pandemia: “después en marzo vino la pandemia y yo sentí la debilidad en las piernas ... Una, ¡ta!... [risas] tengo que adelgazar, tengo que hacer más ejercicios. Lo que pasa que también, vuelvo a esto de la pandemia, vamos a echarle la culpa a la pandemia.” (F54-07)

Sin embargo, F72-09 da cuenta de estrategias activas ante estas mismas situaciones, relatando cómo logró hacer frente a estas dificultades: “empecé a buscar en internet con fisioterapia on-line el año pasado. Acá, y que el otro... o sea, me ayudé, porque ahí no podías ir a ningún lado.”

Por otra parte, en cuanto a cambios a nivel laboral, se evidencia la relación que encuentran entre las preocupaciones y el dolor. En este sentido expresa M51-05:” la situación económica

que me ha generado ... sentir que aumentaba el dolor. Y al aumentar el dolor... y las preocupaciones, y el dolor..., era como un combo medio...”

El estrés percibido por toda la situación en sí misma es algo que traen algunos participantes como un factor que les hizo incrementar la intensidad del dolor. Refiere una de ellas: “cuando me despierta de noche la idea o me doy vuelta y sé que, de repente... ahí le presto atención al dolor, más exacerbadamente, digo, más... ahí eso es lo que yo llamo los dolores del mundo [risas]” (F72-09).

Otra entrevistada menciona de qué forma le afecta, incorporando un nuevo dolor al que ya venía tratando: “Yo me doy cuenta de que cuando estoy más tensionada por algo, ahora por ejemplo este tema del COVID ... Y es eso, el estrés te lleva a que... porque en realidad yo lo que sentía hoy era una cefalea, un dolor de cabeza importante ... Porque cuando te sentís estresada, es como... *ahí el dolor se recrudece* [énfasis de la entrevistada] sin duda. Para mí es un factor donde se agudiza el dolor bajo estrés.” (F49-10)

En contraposición, un participante encuentra un beneficio al poder trabajar desde su casa, tomando pausas o cambios posturales que siente necesarios si se encuentra dolorido, lo cual no le es posible en su lugar de trabajo habitual. Refiere: “La pandemia en ese sentido me ayudó, lamentablemente [ríe] lo que te digo, fijate que es tremendo.” (M56-08)

Uruguay, dentro de América Latina, ha sido considerado como uno de los países que manejó de forma exitosa la situación, principalmente en los primeros momentos donde se actuó rápidamente, cerrando fronteras, suspendiendo clases presenciales, centros comerciales y otras actividades que implicaran aglomeraciones. Se creó el Grupo Asesor Científico Honorario (GACH) donde expertos de diferentes disciplinas colaboraron con las autoridades en el manejo

de la pandemia. La población no fue obligada a mantenerse confinada, sino que se exhortó a que se lo realizara voluntariamente (Moreno et al., 2020).

Según datos oficiales, entre el 13 de marzo y el 30 de noviembre de 2020, se llevaban contabilizados 5.857 casos positivos de Coronavirus y 77 fallecimientos en el país (Ministerio de Salud Pública, 2020a), ascendiendo a un total de 57.994 casos y 608 defunciones con diagnóstico de COVID-19 para el 28 de febrero de 2021 (Ministerio de Salud Pública, 2021).

Podría pensarse que este contexto durante el primer año de la pandemia, donde la cantidad de casos activos era baja (Figura 13) y la percepción de la población era de relativo control, pueda explicar en parte la poca variación que se observa en los datos cuantitativos del presente estudio analizados.

Por otro lado, las vivencias de los participantes, relevadas a través del método cualitativo, dan cuenta de las formas en que estos fueron afectados, coincidiendo temporalmente esta etapa del trabajo de campo, con un aumento de casos y fallecimientos por COVID-19 en Uruguay.

### Figura 13

Número de casos confirmados de COVID-19 activos por día en Uruguay del 13/03/20 al 28/02/21



*Nota.* Fuente: Informe Epidemiológico COVID-19 actualización al 28 de febrero de 2021

(Ministerio de Salud Pública, 2021, p.8)

Por consiguiente, si bien los datos cuantitativos obtenidos de los cuestionarios no arrojan resultados que lleven a pensar en efectos del contexto pandemia en las variables mencionadas, la percepción subjetiva de las personas refleja una incidencia negativa de la situación global en el dolor y la dificultad para mantener indicaciones terapéuticas entre otros aspectos.

## Discusión

La muestra estudiada (n=100), si bien no es representativa estadísticamente del universo de pacientes de la Unidad de Dolor Crónico (n=420 en 2019), guarda proporción en cuanto a género. Como se analizó, hay predominancia del género femenino, con un 73% de mujeres, y el promedio de edad es de 58,4 años (DE: 15,5). El diagnóstico más frecuente asociado al dolor es la lumbalgia, estando presente en el 66% de los pacientes, seguido de la fibromialgia la cual reportaron el 17% de los participantes. La mayoría de ellos (81%) vive acompañado.

Estos datos son coincidentes con la prevalencia reportada en la literatura. Por ejemplo, en el estudio ITACA, donde participaron 100 Unidades de Dolor españolas (Casals & Samper, 2004) se describe que un porcentaje del 66,03% del total son mujeres y el promedio de edad fue similar, siendo de 57.43 años (DE:11.34). También la lumbalgia fue la etiología más frecuente, con un porcentaje de 52,92%. Se encuentra además que la mayor parte de los participantes vive acompañado, al igual que la muestra de la UDC estudiada. Por otra parte, la investigación de Upshur et al. (2010) realizada con 72 participantes de diversos servicios de atención primaria, muestra la prevalencia del género femenino en la población con dolor crónico, así como la lumbalgia como causa más frecuente.

Pasando a la temática de la depresión, considerando los porcentajes obtenidos, se observa en la presente muestra que 55% de los pacientes muestra algún grado de sintomatología, siendo aquellos que presentan depresión moderada y severa, el 37% del total. En comparación con la población general de la Región de las Américas, en la cual se estima que entre un 4% en hombres y un 6% en mujeres la presenta (Ministerio de Salud Pública, 2020b) es un porcentaje elevado. También lo es con respecto a pacientes consultantes en medicina interna en nuestro país, donde la depresión se encontró en un 22,2% de ellos (Almada et al., 2014). Con respecto

a pacientes hospitalizados por diferentes causas, este porcentaje es similar al de nuestros hallazgos, ya que se encontró sintomatología en más de la mitad de estos pacientes en un hospital público de Montevideo (Moreira R. et al., 2018).

En cuanto a estudios en pacientes con dolor crónico, los porcentajes encontrados en la presente investigación coinciden con lo esperado en esta población que puede llegar a alcanzar un 56,8% si se tiene en cuenta la prevalencia de vida (Fuentes et al., 2019). En Uruguay se cuenta con el dato de la Unidad Interdisciplinaria de Dolor del Hospital Maciel - Banco de Seguros del Estado, en la cual el 40% de los 73 primeros pacientes asistidos presentó diagnóstico de depresión (Abreu et al., 2019).

Con respecto a los antidepresivos, en el presente estudio el 68% de los participantes los había recibido alguna vez en su vida, en tanto que un 52% del total los reciben en la actualidad. Según datos de la Encuesta Nacional de Drogas (Junta Nacional de Drogas, 2019), el 13,9% de la población del país manifiesta haber recibido antidepresivos alguna vez en su vida mientras que un 5,3% los había recibido en el último mes. Se puede observar que los pacientes encuestados presentan un elevado consumo de dichos fármacos en comparación con la población general. Es importante considerar que los antidepresivos en estos pacientes son utilizados con más de un objetivo, pudiendo estar indicados para el tratamiento del dolor crónico en sí mismo, independientemente de la existencia o no de elementos depresivos.

En cuanto a la relación temporal entre el dolor y la depresión, en la presente investigación los datos cuantitativos muestran una predominancia del dolor como precedente a la depresión, siendo la situación del 55,6% de aquellos que declararon haber tenido depresión alguna vez. Otro 31,7%, dijo haber comenzado primero con la depresión y luego con los dolores. Por último, el 12,7% manifestó que surgieron ambos al mismo tiempo.

Por otra parte, en dos de los casos entrevistados en la etapa cualitativa llegan a surgir ambos fenómenos como parte de un continuo, siendo difícil establecer la antecendencia temporal de una u otra entidad. En este sentido, la relación bidireccional entre ambas se ha descrito en la literatura, estableciendo que la depresión puede ser causante de dolor crónico o aparecer como consecuencia de éste (Karapetyan & Manvelyan, 2018).

Como se desarrolló a partir del análisis de las entrevistas, el apoyo social se presenta como relevante para los participantes. Se analizó también como dos de los hombres entrevistados referían tratar de no pedir ayuda o evitaban mostrarse doloridos. Esto ocurría también con algunas mujeres entrevistadas. En este punto se ha descrito en otros estudios que las mujeres buscan más apoyo social y utilizan una mayor variedad de estrategias de afrontamiento que los hombres (Greenspan et al., 2007). Los hombres a nivel social pueden verse presionados a mantener una imagen de fortaleza, por lo cual pedir ayuda o mostrarse doloridos puede ser interpretado como señal de debilidad (Gallach et al., 2020).

Los pacientes traen como importante la contención recibida por parte del equipo interdisciplinario, tras un largo peregrinar por el sistema de salud, donde muchas veces no se sintieron comprendidos en su padecimiento. Esto se encuentra en concordancia con los hallazgos de Upshur et al. (2010) donde se muestran las dificultades que encuentran los pacientes con dolor crónico tratados en atención primaria.

Por otra parte, el tema de contar con un diagnóstico se presenta como algo de peso para los entrevistados en el presente estudio, tanto como para entender el propio padecimiento, como para obtener mayor comprensión de familiares y personas del entorno. La falta de información es recordada negativamente cuando se relatan momentos de la historia personal con respecto a la enfermedad. Hallazgos similares presenta la investigación de Escudero-Carretero et al. (2010) quienes realizaron grupos focales con personas con fibromialgia, señalando los

sentimientos de soledad e incompreensión percibidos por estos pacientes antes de llegar a recibir el diagnóstico. También en el caso de la fibromialgia, la investigación cuantitativa de Cuetos-Pérez & Amigo-Vázquez (2018) encuentra el tiempo en que se tarda en llegar al diagnóstico como una variable de peso para llegar a la aceptación de la enfermedad.

En cuanto a la asociación de variables, no se establecieron relaciones causales sino correlacionales entre las mismas. De lo analizado se puede concluir que aquellas personas que presentaron estrategias pasivas de afrontamiento, tales como rezar o hacer catarsis, mostraron mayores niveles de depresión y viceversa. Del análisis cualitativo de las entrevistas realizadas, la religión no aparece como estrategia utilizada, mientras que sí se encuentra presente la catarsis. Esto concuerda con otras investigaciones que han evidenciado la relación de estrategias pasivas y síntomas depresivos (Snow-Turek et al., 1996; Soucase et al., 2005).

En el presente estudio, quienes estaban más deprimidos mostraron niveles más elevados de intensidad del dolor. Esto por un lado da cuenta que el umbral de dolor puede verse disminuido en la depresión, como también quienes presentan dolor más intenso pueden experimentar mayores niveles de depresión. Para la relación entre depresión e intensidad del dolor se obtuvo un coeficiente de correlación de Spearman de 0.394 con un nivel de significancia menor a 0,001. Plata-Muñoz, Castillo-Olivares, et al. (2004) reportan valores similares para esta misma correlación de variables, si bien la depresión fue medida a través de otro instrumento ( $r : 0,302$   $p < 0,05$ ). Sin embargo, otro estudio realizado en una Unidad de Dolor de Salamanca, no encuentra un efecto directo de la intensidad del dolor en la sintomatología depresiva de los usuarios (Llorca et al., 2007).

Por otro lado, en la investigación desarrollada en la UDC, se encontró una correlación positiva entre el uso de estrategias pasivas de afrontamiento y la intensidad del dolor. Esta relación ya ha sido señalada en estudios anteriores, como por ejemplo, el llevado a cabo por Esteve

Zarazaga et al. (1999) en una Unidad de Dolor de Málaga, si bien este incluyó tanto pacientes oncológicos como no oncológicos.

La edad y la depresión presentaron una correlación negativa débil y significativa. Esta relación inversa fue también hallada para la aplicación del BDI II en una muestra de estudiantes universitarios (Beck et al., 2006, p. 82). En otro estudio se señala que la depresión en las personas mayores puede ser menos detectada que en personas más jóvenes, debido a los cambios en las manifestaciones de la sintomatología, pudiendo ser más frecuente la presencia de síntomas físicos y las quejas somáticas. Se plantea por tanto que algunos instrumentos, entre ellos el BDI reflejen valores inferiores en personas deprimidas adultas mayores (Goldberg, Breckenridge y Sheikh, 2003, citado por Alcalá et al., 2007).

La aceptación del dolor, tal como se describió en los resultados cualitativos de este estudio, es un elemento de relevancia que encuentran los pacientes a la hora de poder sobrellevar la enfermedad con menos sufrimiento. Este componente se ha encontrado relacionado en otros estudios, a una mejor calidad de vida y menores niveles de dolor y depresión (Kostova et al., 2014) así como a mayores niveles de apoyo social (Cuetos-Pérez & Amigo-Vázquez, 2018). En el estudio mixto realizado por Telbizova & Aleksandrov, (2022) se encuentra que aquellos pacientes que aceptaban el dolor como parte de su vida, presentaban un afrontamiento más adaptativo, demostrando una visión más optimista en general.

Si bien no fue parte de los objetivos analizar la incidencia de la pandemia por COVID-19 en la muestra estudiada, puede notarse ésta principalmente en aspectos de valoración subjetiva de los usuarios, quienes se sintieron afectados por la interrupción de actividades como fisioterapia, gimnasios, así como en las relaciones sociales. En cuanto a los niveles de depresión e intensidad de dolor, así como en los estilos de afrontamiento, no se observaron diferencias estadísticamente significativas, comparando el grupo que llegó a ser encuestado antes de la

llegada del COVID-19 a Uruguay (n= 41), con respecto a quienes participaron luego de establecida la pandemia (n=59). Se debe considerar que durante el 2020, primer año de la presencia del virus en la población uruguaya, se reportaron niveles bajos de casos y fallecimientos, en comparación con otros países de la región.

### **Limitaciones y Posibles Sesgos**

Toda investigación presenta limitaciones y posibles sesgos, los cuales una vez identificados abren la posibilidad de ser tenidos en cuenta en futuros estudios en la temática.

En primer lugar, tal como ya fue mencionado, en el presente estudio se trabajó con una muestra no probabilística lo cual no permite la generalización de los resultados. Los mismos quedan circunscriptos a los pacientes de la UDC estudiados. Por otra parte, las variables mostraron distribuciones no normales, limitando las posibilidades de análisis estadísticos. En cuanto al análisis cualitativo, por su naturaleza, los hallazgos se limitan a la muestra analizada, aunque se puede esperar cierta generalización teórica (Tombolato & dos Santos, 2020).

Cabe mencionar un posible sesgo de autoselección de los participantes, ya que fueron incluidos en el estudio aquellos que optaron voluntariamente por hacerlo. La motivación para una actividad de este tipo requiere de determinada disposición de la persona en ese momento. Por tanto, podría darse la situación de que dentro del número de pacientes que declinaron participar, se encontraran algunos de los más gravemente deprimidos o con mayor intensidad de dolor.

Algunas cuestiones que no fueron tenidas en cuenta en un comienzo, son la no discriminación entre usuarios nuevos en la UDC, de los ya tratados y el tiempo de atención que llevaban. Al

indagarse acerca de los tratamientos psicoterapéuticos y antidepresivos, no se consideró el tiempo que llevaban con los mismos. Esto podría afectar la cantidad de pacientes que presentan niveles significativos de depresión, probablemente estando sobrerrepresentados entre aquellos de reciente tratamiento. Lo mismo podría ocurrir con los niveles de intensidad de dolor o las estrategias de afrontamiento.

Tampoco fue relevado el nivel socio económico de los participantes, variable que puede tener incidencia en el estado anímico de las personas.

Por otro lado, es necesario considerar que los instrumentos utilizados para la recolección de datos cuantitativos no han sido validados para la población uruguaya. Si bien el BDI II ha sido frecuentemente utilizado y como se analizó, los instrumentos presentaron buenos niveles de confiabilidad para esta muestra, sería importante avanzar en ese sentido.

Es preciso mencionar que en lo que respecta a niveles de depresión, al contrastar resultados de la presente muestra con los de otros estudios, tanto en población general como con pacientes con dolor, se presenta la dificultad de la diversidad de métodos de medición empleados.

Continuando con esta temática, de manera exploratoria se indagó si los participantes habían tenido depresión en algún momento de su vida. Al tratarse de un estudio transversal, dicha respuesta podría verse teñida por una visión retrospectiva negativa que suelen tener las personas que se encuentran con elementos depresivos. En este sentido, aportaría continuar investigando a través de estudios longitudinales, de manera de indagar la evolución de la depresión en estos pacientes. La inclusión de revisión de historia clínica hubiera sido de utilidad en el análisis de los antecedentes de depresión, aunque no evitaría que quedaran por fuera aquellos pacientes que no consultaron o que son atendidos fuera del sistema mutual.

En cuanto a la percepción subjetiva de los participantes, la cual se exploró a través de las entrevistas, cabe mencionar que, al ser la investigadora parte del equipo asistencial, esto pudo haber limitado la expresión de elementos negativos hacia la UDC o la institución de salud.

## **Conclusiones y Aportes**

Se muestran a continuación los principales hallazgos de la investigación desarrollada en la UDC mediante métodos cuantitativos y cualitativos. Las preguntas de investigación planteadas en un inicio fueron respondidas en el capítulo de resultados a partir del material analizado, lo cual a modo de síntesis se pasará a detallar.

En cuanto al aspecto descriptivo de los participantes de la presente investigación (n=100), la muestra presenta características similares a las de otros estudios con pacientes con dolor crónico. Se destaca la predominancia del género femenino con un 73% y un promedio de edad de 58,4 años (DE: 15,5). El tiempo de evolución del dolor crónico fue de 10,2 años (DE:12,2).

Se observa que un 55% de estos pacientes presenta algún grado de sintomatología depresiva, porcentaje elevado en comparación a la población general, aunque similar a los hallados en muestras de pacientes con dolor crónico, confirmando la frecuente comorbilidad de estas entidades.

Acerca de la pregunta ¿cómo es la relación entre la intensidad del dolor y la gravedad de la depresión?, según los datos cuantitativos se puede concluir que se trata de una relación positiva significativa (Rho de Spearman: 0,394  $p < 0,001$ ). No se afirma una relación causal, sino que ambas variables aumentan o disminuyen en la misma dirección. Considerando el material cualitativo vinculado a esta pregunta, aparecen ambos relacionados, aunque no de forma tan directa. Se puede observar la concomitancia de otros factores, como las reacciones

del entorno ante el aumento del dolor en los participantes, las limitaciones físicas que presentan, lo cual repercute en el estado anímico.

En cuanto al cuestionamiento acerca de la relación temporal entre la instalación de la depresión y el inicio del dolor crónico, se observó que la misma se presenta de diferentes maneras. La depresión como posterior al dolor es lo más reportado (55,6% de quienes habían tenido depresión en algún momento de su vida), seguido de una antecedencia de depresión con respecto al dolor (31,7%) y por último la aparición simultánea de ambas entidades (12,7%). Se describe por otro lado, en el material cualitativo, como un continuo dolor-depresión por parte de algunos participantes, lo cual muestra que esta relación temporal puede no ser tan clara en algunos casos. Esto lleva a pensar en la depresión y el dolor como entidades no siempre posibles de separar.

En ciertos casos el dolor corporal habilita a la persona a procurar atención en el sistema de salud, poniendo en evidencia un malestar psíquico previo por el cual no se llegó a consultar. De alguna manera el dolor en el cuerpo que se hace insoportable, es lo que motiva la búsqueda de ayuda. Esto podría estar influenciado por prejuicios hacia las afecciones de la psiquis, siendo socialmente más permitido consultar por un padecimiento físico.

También el dolor es descrito por dos participantes como “total”, es decir que comprende a toda la persona, estando incluidos los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. En este sentido, tomando las conceptualizaciones de Saunders acerca del “dolor total”, nos aproximamos a entender que el dolor en el cuerpo no queda circunscripto a éste, sino que el individuo en su totalidad se ve comprometido ante el sufrimiento. Esto contribuye a la comprensión integral de los sujetos, donde se borra la artificial división psique-soma que la ciencia ha necesitado realizar. La conceptualización de la relación mente-cuerpo, con sus variaciones a lo largo de la historia nos vuelve a interrogar acerca de esta división donde se

compartimenta para investigar y abordar algo tan complejo como lo es el ser humano en su conjunto, en relación con su biografía y su entorno.

La siguiente pregunta planteada en un inicio hace referencia a si existen diferencias entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por quienes presentan depresión y quienes no. En este punto, del material cuantitativo analizado se desprende que, a mayores niveles de depresión, mayor utilización de estrategias pasivas y viceversa, ya que se encontró una correlación positiva y significativa entre las variables puntuación total del BDI II y afrontamiento pasivo (Rho de Spearman 0,190  $p= 0,048$ ). Del análisis cualitativo se observa que las estrategias activas son utilizadas por la mayoría de los entrevistados, siendo percibidas como útiles para un mejor ajuste a la enfermedad. Dentro de ellas se destaca la distracción como estrategia efectiva. Las pasivas son descritas relacionadas a momentos de más intensidad de dolor y también de depresión.

Para continuar, ante la pregunta acerca de qué factores son percibidos por los pacientes como facilitadores u obstáculos en el curso de su enfermedad, se identificaron cuatro temas principales: Relacionamiento con el otro, Trayectorias del dolor, Búsqueda de alivio y Vivir con el dolor. Dentro de ellos se destacan como facilitadores, el apoyo y la comprensión de personas del entorno y de los profesionales de la salud, principalmente en el equipo interdisciplinario, un adecuado plan de medicación analgésica, terapias físicas y alternativas y poder llegar a la aceptación de la enfermedad. Además, las propias características de personalidad o formas de ser son percibidas como factores que inciden en las maneras de hacer frente a las situaciones y en este caso al dolor.

Como obstáculos, se presenta como relevante para los pacientes la incompreensión del entorno, lo que llega a percibirse como hostil y el cansancio tanto del otro como propio. También las limitaciones que les genera la patología a nivel laboral y social. Un tema de peso es la

demanda de explicaciones, el no haber contado con diagnósticos e información clara acerca de su patología, los tiempos antes de llegar a contar con ello y los recorridos por el sistema de salud. Estos son percibidos como excesivos para los participantes, generando malestar en los mismos. Hay un peregrinar por diferentes profesionales con la expectativa de que se encuentre algo que logre revelar el porqué del dolor y encontrar una solución. Por otro lado, los pacientes relatan haberse sentido incomprendidos por profesionales al no encontrar un correlato orgánico que justificara la magnitud del sufrimiento vivenciado.

Teniendo ello en consideración, se cree de importancia la realización de actividades de capacitación en la temática del dolor crónico para el personal de salud no especializado, contribuyendo de esta forma a diagnósticos y tratamientos oportunos. Los hallazgos reafirman que los pacientes con dolor crónico deberían ser abordados en el ámbito sanitario tempranamente, contemplando la unidad mente-cuerpo, lo cual muchas veces parecería estar presente únicamente en el discurso de algunos profesionales.

De esta forma se podría contribuir a prevenir complicaciones derivadas de sub-tratamientos y evitar la estigmatización del paciente, así como minimizar comorbilidades en la esfera anímica y repercusiones psicosociales que retroalimentan el dolor.

Si bien en el plano ideal, el sistema de salud debería trabajar desde un modelo integral bio-psico-social, en algunas prácticas sanitarias parece aún coexistir el modelo médico hegemónico. Los trayectos de algunos pacientes con dolor crónico entrevistados muestran la primacía de lo biológico en los abordajes tempranos del padecimiento, llegando a contemplarse otras áreas cuando se produce un desborde del paciente o cuando ya no se cuenta con herramientas desde la medicina para tratarlo.

En definitiva, los pacientes entrevistados, usuarios de la UDC, tienden a ser los más difíciles para el sistema, aquellos que llegan cansados, con sentimientos de desesperanza, con una red social desgastada, en busca de un tratamiento más integral.

Las instancias psicoeducativas para familiares y entorno del paciente serían también fundamentales, ya que éstos se presentan, según se desarrolló, como actores relevantes en las trayectorias de los consultantes, incidiendo en las formas de afrontar la enfermedad, la percepción de sí mismo y los estados emocionales.

Teniendo en cuenta los hallazgos de esta investigación, que apuntan en la misma dirección que resultados de otros estudios internacionales en pacientes con dolor crónico, se considera importante la detección temprana y el tratamiento de síntomas depresivos en quienes consultan por dolor, tanto en el primer nivel de atención como en servicios especializados.

El tratamiento que tenga en cuenta los aspectos psicológicos, podría contribuir a disminuir la sintomatología depresiva, así como la intensidad del dolor en estos pacientes e incluso prevenir la cronificación en aquellos con dolor de inicio más reciente. Se considera relevante mantener una adecuada disponibilidad de tratamientos en salud mental, por tratarse de una población vulnerable a comorbilidad con trastornos mentales, lo cual, de presentarse, complicaría aún más la evolución de la patología física. Se reafirma la necesidad de un abordaje de estos pacientes de forma interdisciplinaria donde se contemple el tratamiento en salud mental dentro del mismo.

El trabajo psicoterapéutico que persiga dentro de sus objetivos la modificación de las estrategias de afrontamiento utilizadas y al aprendizaje de nuevas formas de manejarse ante el dolor, apuntando a la aceptación desde un rol activo, podría favorecer la disminución de los niveles de depresión y la intensidad de dolor, en forma complementaria a los demás tratamientos indicados.

La pandemia por COVID-19 fue considerada también generadora de dificultades, ya que fue vivida como una situación negativa para los pacientes. Los cambios derivados de la misma hicieron que encontraran limitado el acceso a tratamientos habituales y consultas principalmente, así como las restricciones en los encuentros sociales. La situación evaluada como estresante por ellos se acompañó de un incremento del dolor. En uno de los casos refirió verse beneficiado por el cambio a trabajo remoto, lo cual le permitía mayor flexibilidad para encontrar posturas físicas más cómodas.

Otro aspecto no menos importante tiene que ver con la falta de datos oficiales en Uruguay en cuanto al dolor crónico, lo cual, mediante la actual Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN), cuyo uso se ha generalizado en el SNIS, podría ser accesible en un futuro cercano. Lo mismo ocurre con las cifras de prevalencia de depresión en general y particularmente en esta población. Considerar el dolor crónico como diagnóstico y no únicamente como síntoma, tal como está siendo manejado a nivel estatal, posibilitaría la distribución de recursos sanitarios enfocados a esta problemática. Sería oportuno analizar los gastos que insumen estos pacientes para el sistema de salud, con los tiempos actuales en ser diagnosticados y plenamente tratados, con limitadas posibilidades de acceso a tratamientos interdisciplinarios. Lograr un registro nacional de las Unidades de Dolor sería un paso más hacia la visibilización de esta temática en el país.

Por otra parte, a nivel de la propia ASESP sería una mejora, avanzar en la sistematización de los datos, evaluando resultados de los diferentes tratamientos de los pacientes de la UDC, de cara a poder potenciar el trabajo que se viene realizando en el servicio.

Para finalizar, el estudio llevado a cabo nos permite un acercamiento al complejo fenómeno del dolor crónico y los aspectos emocionales intervinientes en un grupo de usuarios de uno de los pocos servicios especializados de Uruguay. Mediante métodos cuantitativos se pudo conocer

parte de esta realidad y por medio del análisis cualitativo se apuntó a dar voz a aspectos poco accesibles de las subjetividades de estos pacientes. Teniendo en consideración las limitaciones mencionadas, queda un amplio campo a seguir desarrollando mediante nuevas investigaciones en el país.

## Referencias Bibliográficas

- Abreu, M., Montes, M., Quinteros, G., Retamoso, J., & Retamoso, I. (2019). Una experiencia de trabajo interdisciplinario en dolor crónico. Resultados y desafíos. *Revista Médica del Uruguay*, 35(1), 36-41. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902019000100084](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902019000100084)
- Acevedo González, J. C. (2013). Ronald Melzack and Patrick Wall. La teoría de la compuerta. Más allá del concepto científico dos universos científicos dedicados al entendimiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 20(4), 191-202. <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v20n4/articuloespecial.pdf>
- Alcalá, V., Camacho, M., & Giner, J. (2007). Afectos y depresión en la tercera edad. *Psicothema*, 19(1), 49-56. <https://www.psicothema.com/pdf/3327.pdf>
- Almada, R., Miraballes, R., & Agrafojo, S. (2014). Frecuencia de depresión en los pacientes que consultan en las policlínicas de medicina interna del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 78(2), 116-130. [http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2014/11/02\\_TO\\_01.pdf](http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2014/11/02_TO_01.pdf)
- Almendro, M. T., Clariana, S. M., Hernández, S., Rodríguez, C., Camarero, B., & del Río, T. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 213-227. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000200003>
- Alvarado, A., & Salazar, Á. (2018). Aprender a vivir con el dolor crónico en la vejez. *Salud Uninorte*, 34(2), 349-362. <https://www.redalyc.org/journal/817/81759552011/81759552011.pdf>
- Amigo Vázquez, I. (2015). *Manual de psicología de la salud* (2.<sup>a</sup> ed.). Pirámide.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5ta ed.). Editorial Médica Panamericana.

Bair, M. J., Matthias, M. S., Nyland, K. A., Huffman, M. A., Stubbs, D. W. L., Kroenke, K., & Damush, T. M. (2009). Barriers and facilitators to chronic pain self-management: A qualitative study of primary care patients with comorbid musculoskeletal pain and depression. *Pain Medicine*, *10*(7), 1280-1290. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00707.x>

Bautista, S., & Jimenez, A. (2014). Epidemiología del dolor crónico. *Archivos en Medicina Familiar*, *16*(4), 69-72. <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2014/amf144c.pdf>

Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (2006). *Inventario de depresión de Beck: BDI-II* (2.<sup>a</sup> ed.). Paidós.

Benavides, P. (2018). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *PUCE*, *105*, 171-188. <https://doi.org/https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i0.119>

Bericat, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida*. Ariel.

Bernardi, R. (1988). Vulnerabilidad, desamparo psicosocial y desvalimiento psíquico en la edad adulta. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, *67*, 19-31. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/841/697>

Bernardi, R. (2002). Un único cuerpo, pero suficientemente complejo. El diálogo entre el psicoanálisis y la medicina. En *Fepal XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis*. [https://www.fepal.org/images/congreso2002/invest/bernardi\\_r\\_\\_\\_un\\_\\_\\_nico\\_cuerp.pdf](https://www.fepal.org/images/congreso2002/invest/bernardi_r___un___nico_cuerp.pdf)

- Bielli, A. (2012). *La introducción de los antidepresivos en Uruguay (1950-2000)*. *Transformaciones de los saberes psicológicos*. Bibliotecaplural.
- Boonstra, A. M., Preuper, H. R. S., Balk, G. A., & Stewart, R. E. (2014). Cut-off points for mild, moderate, and severe pain on the visual analogue scale for pain in patients with chronic musculoskeletal pain. *Pain*, *155*(12), 2545-2550. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2014.09.014>
- Camacho, L., Anarte, M. T., & Ramírez, C. (2002). Variables cognitivas y estados de ánimo relacionados con el dolor crónico en pacientes de diferentes servicios médicos. *Revista de Psicología de la Salud*, *14*(2), 2-24.
- Cantor, G. (2003). La Triangulación Metodológica en Ciencias Sociales Reflexiones a partir de un trabajo de investigación empírica. *Cinta de Moebio*, *13*.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10101305>
- Carbone, C., & Graña, A. (2012). Evaluación del Dolor. En M. Montes, I. Retamoso, & C. Vázquez (Eds.), *El dolor. Un abordaje interdisciplinario*. (pp. 77-97). Zona Editorial.
- Casals, M., & Samper, D. (2004). Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, *11*, 260-269.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462004000500002&script=sci\\_abstract](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462004000500002&script=sci_abstract)
- Colmán, R. (2015). *Articulaciones entre fibromialgia y conceptualizaciones psicoanalíticas en torno a la escisión del yo y lo no representable a través de la construcción de un caso* [Tesis de maestría, Universidad de la República].  
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/9215>
- Cuetos-Pérez, M. J., & Amigo-Vázquez, I. (2018). Relación del apoyo social y familiar con la aceptación del dolor en pacientes con fibromialgia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *18*, 151-161. <https://psycnet.apa.org/record/2019-31833-001>

- de Heer, E. W., Have, M. ten, van Marwijk, H. W. J., Dekker, J., Graaf, R. de, Beekman, A. T. F., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2018). Pain as a risk factor for common mental disorders. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Pain*, 1. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001133>
- de León González, A. V. (2019). *Ansiedad, depresión, afrontamiento e impacto de la fibromialgia* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/17954>
- Duque, H., & Aristizábal Díaz-Granados, E. T. (2019). Análisis fenomenológico interpretativo. *Pensando Psicología*, 15(25), 1-24. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.03>
- Durán, M. Á. (2007). Tiempo de salud, tiempo de enfermedad: Diferencias de edad, género y clases social. *INGURUAK*, 229-248. [https://digital.csic.es/bitstream/10261/100769/1/Tiempo%20de%20salud,%20tiempo%20de%20enfermedad\\_diferencias%20de%20edad\\_%20g%C3%A9nero%20y%20clase%20social\\_INGURUAK\\_44\\_2007.pdf](https://digital.csic.es/bitstream/10261/100769/1/Tiempo%20de%20salud,%20tiempo%20de%20enfermedad_diferencias%20de%20edad_%20g%C3%A9nero%20y%20clase%20social_INGURUAK_44_2007.pdf)
- Escudero-Carretero, M. J., García-Toyos, N., Prieto-Rodríguez, M. Á., Pérez-Corral, O., March-Cerdá, J. C., & López-Doblas, M. (2010). Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa. *Reumatología Clínica*, 6(1), 16-22. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2009.04.008>
- Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., & López-Martínez, A. E. (2007). Adjustment to Chronic Pain: The Role of Pain Acceptance, Coping Strategies, and Pain-Related Cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 179-188. <https://academic.oup.com/abm/article/33/2/179/4569361>

Esteve Zarazaga, M. R., López Martínez, A. E., & Ramírez maestre, C. (2001). Dolor crónico, emoción y afrontamiento. *Revista de Psicología de la Salud*, 13(1), 47-61.

<https://doi.org/10.21134/pssa.v13i1.767>

Esteve Zarazaga, R., López Martínez, A. E., & Ramírez Maestre, C. (1999). Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud*, 11(1-2), 77-102.

<https://doi.org/10.21134/pssa.v11i1.798>

Fajardo-Chica, D. (2020). Sobre el concepto de dolor total. *Revista de Salud Pública*, 22(3), 1-5.

<https://doi.org/10.15446/rsap.V22n3.84833>

Fasick, V., Spengler, R. N., Samankan, S., Nader, N. D., & Ignatowski, T. A. (2015). The hippocampus and TNF: Common links between chronic pain and depression.

*Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 53, 139-159.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.03.014>

Fernández-Theoduloz, G., Chirullo, V., Montero, F., Ruiz, P., Selma, H., & Paz, V. (2022).

Longitudinal changes in depression and anxiety during COVID-19 crisis in Uruguay.

*Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03460-w>

Fishbain, D., Cutler, R., Rosomoff, H. L., & Rosomoff, R. S. (1997). Chronic Pain Associated

Depression: Antecedent or Consequence of Chronic Pain? A Review. *The Clinical Journal of Pain*, 13, 116-137. <https://journals.lww.com/clinicalpain/toc/1997/06000>

Fuentes, C., Ortiz, L., Wolfenson, Á., & Schonffeldt, G. (2019). Dolor crónico y depresión.

*Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(6), 459-465.

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.10.005>

- Gallach, E., Bermejo, M. A., Robledo, R., Izquierdo, R. M., & Canos, M. A. (2020). Determinantes de género en el abordaje del dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 27(4), 252-256. <https://doi.org/10.20986/RESED.2020.3802/2020>
- Gaskin, D. J., & Richard, P. (2012). The Economic Costs of Pain in the United States. *The Journal of Pain*, 13(8), 715-724. <https://doi.org/10.1016/J.JPAIN.2012.03.009>
- George, D., & Mallery, P. (2016). *IBM SPSS statistics 23 step by step: a simple guide and reference* (14.<sup>a</sup> ed.). Routledge.
- Gerrits, M., van Oppen, P., van Marwijk, H. W. J., Penninx, B. W. J. H., & van der Horst, H. E. (2014). Pain and the onset of depressive and anxiety disorders. *Pain*, 155(1), 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.09.005>
- González, M. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 610-617. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70081-1](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70081-1)
- Greenspan, J. D., Craft, R. M., LeResche, L., Arendt-Nielsen, L., Berkley, K. J., Fillingim, R. B., Gold, M. S., Holdcroft, A., Lautenbacher, S., Mayer, E. A., Mogil, J. S., Murphy, A. Z., & Traub, R. J. (2007). Studying sex and gender differences in pain and analgesia: A consensus report. *Pain*, 132, S26-S45. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.10.014>
- Hadi, M. A., McHugh, G. A., & Closs, S. J. (2019). Impact of Chronic Pain on Patients' Quality of Life: A Comparative Mixed-Methods Study. *Journal of Patient Experience*, 6(2), 133-141. <https://doi.org/10.1177/2374373518786013>
- Harris, C. A., & D'Eon, J. L. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) in individuals with chronic pain. *Pain*, 137(3), 609-622. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.10.022>

- Hernández, P. (2022). Unidad de dolor crónico de la Asociación Española: siete años de trabajo ininterrumpido. *Opción Médica*. <https://www.opcionmedica.com.uy/unidad-de-dolor-cronico-de-la-asociacion-espanola-siete-anos-de-trabajo-ininterrumpido/>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Mc Graw Hill, Ed.; 6.<sup>a</sup> ed.).
- Ibarra, E. (2006). Una Nueva Definición de “Dolor”. Un Imperativo de Nuestros Días. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13(2), 65-72. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462006000200001&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462006000200001&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Infante, V. P. (2002). *Estudio de variables psicológicas en Pacientes con dolor crónico* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. <https://www.tdx.cat/handle/10803/5423>
- Junta Nacional de Drogas. (2019). *VII Encuesta Nacional Sobre Consumo de Drogas en Población General. Informe de Investigación año 2019*. [https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/VII\\_ENCUESTA\\_NACIONAL\\_DROGAS\\_POBLACION\\_GENERAL\\_2019.pdf](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/VII_ENCUESTA_NACIONAL_DROGAS_POBLACION_GENERAL_2019.pdf)
- Karapetyan, A. A., & Manvelyan, H. M. (2018). Chronic Pain and depression. *Intech open*, 2, 64. <https://doi.org/10.5772/32009>
- Korman, G. P., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119-145. <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630257005.pdf>
- Kostova, Z., Caiata-Zufferey, M., & Schulz, P. J. (2014). The impact of social support on the acceptance process among RA patients: a qualitative study. *Psychology & health*, 29(11), 1283-1302. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.925895>

- Kuzu, D., Kim, S., & Kratz, A. L. (2022). Active or Passive Pain Coping: Which Predicts Daily Physical and Psychosocial Functioning in People With Chronic Pain and Spinal Cord Injury? *Rehabilitation Psychology, 67*(3), 304-314. <https://doi.org/10.1037/rep0000457>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Llorca, G. J., Muriel, C., González-Tablas, M. M., & Díez, M. A. (2007). Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor, 14*(1), 26-35.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462007000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462007000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
- Lohman, D., Schleifer, R., & Amon, J. J. (2010). El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano. *Archivos de medicina, 6*(2), 1-8. <https://doi.org/10.3823/057>
- López-Bravo, M. D., Lorenzo-Prol, J., & Pascual-Vaquerizo, E. (2020). Diferencias por sexo en sensibilidad al dolor desde un enfoque biopsicosocial. *Journal of MOVE and Therapeutic Science, 2*(1). <https://doi.org/10.37382/jomts.v2i1.22>
- Maffiuletti, N. A., Herrero, A. J., Jubeau, M., Impellizzeri, F. M., & Bizzini, M. (2008). Differences in electrical stimulation thresholds between men and women. *Annals of Neurology, 63*(4), 507-512. <https://doi.org/10.1002/ana.21346>
- Martínez, C., Collado, F., Rodríguez, J., & Moya, J. (2015). El alivio del dolor: un derecho humano universal. *Revista de la Sociedad Española de Dolor., 22*(5), 224-230.  
<https://doi.org/10.4321/S1134-80462015000500007>
- Martínez Ortega, R. M., Tuya Pendás, L. C., Martínez Ortega, M., Pérez Abreu, A., & Cánovas, A. M. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman. Caracterización.

*Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2), 0-0.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2009000200017&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000200017&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Mills, S. E. E., Nicolson, K. P., & Smith, B. H. (2019). Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*, 123(2), e273-e283. <https://doi.org/10.1016/J.BJA.2019.03.023>

Ministerio de Salud Pública. (2020a). *Informe de situación Plan nacional Coronavirus, 30 de noviembre de 2020*. [https://www.gub.uy/sistema-nacional-emergencias/comunicacion/comunicados?field\\_tematica\\_gubuy=204&field\\_fecha\\_by\\_year=2020&field\\_fecha\\_by\\_month=11&field\\_publico\\_gubuy=All](https://www.gub.uy/sistema-nacional-emergencias/comunicacion/comunicados?field_tematica_gubuy=204&field_fecha_by_year=2020&field_fecha_by_month=11&field_publico_gubuy=All)

Ministerio de Salud Pública. (2020b). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*.

Ministerio de Salud Pública. (2021). *Informe epidemiológico COVID-19 Actualización al 28 de febrero de 2021*. Dirección General de la Salud. [https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/Informe%20epidemiologico%20al%20280221%20%281%29\\_0.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/Informe%20epidemiologico%20al%20280221%20%281%29_0.pdf)

Montes, M., & Retamoso, I. (2016). El significado del dolor para los médicos. En A. Hounie & A. Fernández (Eds.), *Políticas del dolor. La subjetividad comprometida. Un abordaje interdisciplinario de la problemática del dolor* (pp. 125-132). Ediciones Universitarias, UCUR.

Moreira R., A., Fiertiz G., P., López R., G., Aguerre, R., Ezeiza, G., Martino, V., Correa, G., Decaro, S., Fernández, C., Gorgoroso, S., Torres, F., Ferreira, M., Navarro, V., da Silva, N., Redes, L., & Redes, L. (2018). Depresión asociada al apoyo social, estancia

hospitalaria y patología médica en pacientes ingresados en hospital de clínicas Dr. Manuel Quintela. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 56(4), 219-227.

<https://doi.org/10.4067/s0717-92272018000400219>

Moreno, P., Moratorio, G. A., Iraola, G., Fajardo, Á., Aldunate, F., Pereira-Gómez, M., Perbolianachis, P., Costáble, A., López-Tort, F., Simón, D., Salazar, C., Ferrés, I., Díaz-Viraqué, F., Abin, A., Bresque, M., Fabregat, M., Maidana, M., Rivera, B., Cruces, M. E., ... Batthyány, C. (2020). An effective COVID-19 response in South America: The Uruguayan conundrum. En *medRxiv* (p. 2020.07.24.20161802). medRxiv.  
<https://doi.org/10.1101/2020.07.24.20161802>

Moscoso, J. (2011). *Historia cultural del dolor*. Taurus.

Moscoso, J. (2013). El dolor crónico en la historia. *Revista de Estudios Sociales*, 47, 170-176.

<https://doi.org/10.7440/res47.2013.13>

Nieto Munuera, J., Abad Mateo, M., Esteban Albert, M., & Tejerina Arreal, M. (2015). *Psicología para Ciencias de la Salud. Estudio del comportamiento humano sobre la enfermedad*. McGraw Hill Education.

OMS. (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades 11.a revisión (CIE-11)*.

<https://icd.who.int/es>

Osborn, M., & Smith, J. A. (1998). The personal experience of chronic benign lower back pain:

An interpretative phenomenological analysis. *British Journal of Health Psychology*, 3(1),

65-83. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.1998.tb00556.x>

*Pain Treatment Services - International Association for the Study of Pain (IASP)*. (s. f.).

Recuperado 5 de febrero de 2022, de <https://www.iasp-pain.org/resources/guidelines/pain-treatment-services/>

- Palanca Sánchez, I., Puig Riera de Conías, M., Elola Somoza, J., Bernal Sobrino, J., & Paniagua Caparrós, J. (2011). *Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad*. Madrid: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad.  
[https://www.researchgate.net/publication/305331258\\_Unidad\\_de\\_tratamiento\\_del\\_dolor](https://www.researchgate.net/publication/305331258_Unidad_de_tratamiento_del_dolor)
- Pérez-Cajaraville, J., Abejón, D., Ortiz, J., & Pérez, J. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 373-384.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462005000600007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000600007)
- Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., & Salgado-Burgos, H. H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomédica*, 28(2), 73-98. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Piqueras Rodríguez, J., Martínez González, A., Ramos Linares, V., Rivero Burón, R., García López, L. J., & Oblitas Guadalupe, L. A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-74. <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604002.pdf>
- Plata-Muñoz, M., Castillo-Olivares, M., & Guevara-López, U. (2004). Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 27(1), 16-23.  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2004/cma041d.pdf>
- Protesoni, A. (2014). Políticas del dolor: La recursividad de las macro y micropolíticas en el fin de vida. En A. Hounie & A. Fernández (Eds.), *Políticas del dolor. La subjetividad comprometida. Un abordaje interdisciplinario de la problemática del dolor* (pp. 95-100).

Ramírez Maestre, C., Esteve Zarazaga, R., & López Martínez, A. E. (2001). *Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico*. 17(1), 129-137.

<https://revistas.um.es/analesps/article/view/29131>

*Re inauguración de la Policlínica Interdisciplinaria del Dolor - Hospital de Clínicas «Dr. Manuel Quintela»*. (s. f.). Recuperado 2 de febrero de 2022, de

<http://www.clinicas.hc.edu.uy/index.php/noticias/1033-re-inauguramos-la-polclinica-interdisciplinaria-del-dolor>

Rodríguez, A., Zúñiga, P., Contreras, K., Gana, S., & Fortunato, J. (2016). Revisión Teórica de las Estrategias de Afrontamiento (Coping) según el Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento de Lazarus & Folkman en Pacientes Quirúrgicos Bariátricos, Lumbares y Plásticos. *Revista El Dolor*, 66, 14-23.

<https://www.revistaeldolor.cl/storage/articulos/November2020/TJTBXx57FGjK3J3ctga7.pdf>

Saunders, C., & Clark, D. (2011). Cicely Saunders: Selected Writings 1958-2004. En *Cicely Saunders: Selected Writings 1958-2004*. Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198570530.001.0001>

Serrano, M. T. F., Young, V. G. C., Lema, I. G., & Fabeiro, M. M. (2021). Diagnóstico diferencial del dolor lumbar. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 28(6), 353-

356. <https://doi.org/10.1016/J.FMC.2020.03.023>

Serrano-Ibáñez, E. R., Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., Ruiz-Párraga, G. T., & López-Martínez, A. E. (2021). Chronic pain in the time of COVID-19: Stress aftermath and central sensitization. *British Journal of Health Psychology*, 26, 544-552.

<https://doi.org/10.1111/bjhp.12483>

- Shafshak, T. S., & Elnemr, R. (2021). The Visual Analogue Scale Versus Numerical Rating Scale in Measuring Pain Severity and Predicting Disability in Low Back Pain. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*, 27(7), 282-285. <https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000001320>
- Shorter, E. (2007). The doctrine of the two depressions in historical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(433), 5-13. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.00957.x>
- Shorter, E. (2013). *How everyone became depressed. Rise and Fall of the Nervous Breakdown*. Oxford University Press.
- Snow-Turek, A. L., Norris, M. P., & Tan, G. (1996). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 64, 455-462. <https://doi.org/0304395995001905> [pii]
- Soriano, J., & Monsalve, V. (2004). Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 11, 407-414. <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n7/original1.pdf>
- Soriano, J., & Monsalve, V. (2017). CAD-R. Cuestionario de afrontamiento al dolor crónico: análisis factorial confirmatorio. ¿Hay diferencias individuales en sexo, edad y tipo de dolor? *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 24(5), 224-233. <https://doi.org/10.20986/resed.2017.3558/2016>
- Sosa, L. (2012). Prefacio. En M. María, R. Irene, & V. Cristina (Eds.), *El dolor. Un abordaje interdisciplinario*. Zona Editorial.
- Soucase, B., Monsalve, V., & Soriano, J. (2005). 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. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 12, 8-16. <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v12n1/nota2.pdf>

- Telbizova, T., & Aleksandrov, I. (2022). Specifics and dynamics of the meaning of chronic pain experiences to patients with depression. *Journal of IMAB – Annual Proceeding Scientific Papers*, 28(3), 4439-4446. <https://doi.org/10.5272/JIMAB.2022283.4439>
- Tombolato, M. A., & dos Santos, M. A. (2020). Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI): Fundamentos Básicos e Aplicações em Pesquisa. *Revista da Abordagem Gestaltica*, 26(3), 293-304. <https://doi.org/10.18065/2020V26N3.5>
- Treede, R.-D. (2018). The International Association for the Study of Pain definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. *Pain reports*, 3(2), e643. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000643>
- Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., ... Wang, S.-J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003-1007. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000160>
- Treede, Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'Homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., ... Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19-27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Turner, B. J., Rodriguez, N., Bobadilla, R., Hernandez, A. E., & Yin, Z. (2018). Chronic Pain Self-Management Program for Low-Income Patients : Themes from a Qualitative Inquiry. *Pain Medicine*, 0(0), 1-8. <https://doi.org/10.1093/pm/pny192>

- Unidad de Dolor Crónico - Asociación Española*. (s. f.). Recuperado 2 de febrero de 2022, de <https://www.asesp.com.uy/Novedades/Unidad-de-Dolor-Cronico-uc798>
- Upshur, C. C., Bacigalupe, G., & Luckmann, R. (2010). «They Don't Want Anything to Do with You»: Patient Views of Primary Care Management of Chronic Pain. *Pain Medicine*, 11, 1791-1798. <https://academic.oup.com/painmedicine/article/11/12/1791/1943242>
- Useche, L., & Mesa, D. (2006). Una introducción a la imputación de valores perdidos. *Terra*, XXII(31), 127-152. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72103106>
- Vázquez, C. (2012). Aspectos biológicos del dolor. En M. Montes, I. Retamoso, & C. Vázquez (Eds.), *El dolor. Un abordaje interdisciplinario*. (pp. 37-57). Zona Editorial.
- Vidal, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 27(4), 232-233. <https://doi.org/10.20986/RESED.2020.3839/2020>
- Widlöcher, D. (1986). *Las lógicas de la depresión*. Herder.

**ANEXOS**

**Anexo 1**

*Cuestionario elaborado para la investigación*

Fecha\_\_\_\_\_

Nro. de Caso\_\_\_\_\_

**Investigación: “Dolor Crónico y Depresión. Estudio en una Unidad Interdisciplinaria de Montevideo”.**

A continuación se presentan algunas preguntas o afirmaciones. Lea atentamente y responda lo que usted considere que más se ajusta a su situación. En caso de no comprender, no dude en preguntar.

1 - Edad: \_\_\_\_\_

2 - Género:

Femenino	
Masculino	
Otro	

3 - ¿Con quién vive?

Solo/a	
Con familiar/es, pareja o amigos	
Con compañeros de residencia o centro de larga estadía	
Otros (especifique)	

4 - Actividad actual:

\_\_\_\_\_

5 - En caso de NO estar en actividad, ¿es debido a su enfermedad?

Si	
----	--

No	
----	--

6 - ¿Cuánto tiempo hace que comenzó con los dolores?

\_\_\_\_\_

7 – ¿Podría identificar si sus dolores se asocian a alguno de los siguientes diagnósticos?

Marque aquella/s que Ud. considere:

Lumbalgia	
Polineuropatía	
Dorsalgia	
Fibromialgia	
Neuralgia post herpética	
Cefalea	
Poliartrosis	
Dolor post quirúrgico	
Síndrome de miembro fantasma	
Cicatriz dolorosa	
Otro (especifique)	

8 - ¿Alguna vez se le diagnosticó depresión?

Si	
No	

9 - Si respondió que sí, ¿podría identificar en qué momento fue con respecto al dolor?

Primero comenzó la depresión y luego los dolores físicos.	
Primero comenzaron los dolores físicos y luego la depresión.	
Comenzaron al mismo tiempo los dolores y la depresión.	

10 - ¿Recibió antidepresivos alguna vez?

Si	
No	

11 - ¿Toma actualmente antidepresivos?

Si	
No	

12 - ¿Realizó tratamiento psicológico?

Si	
No	

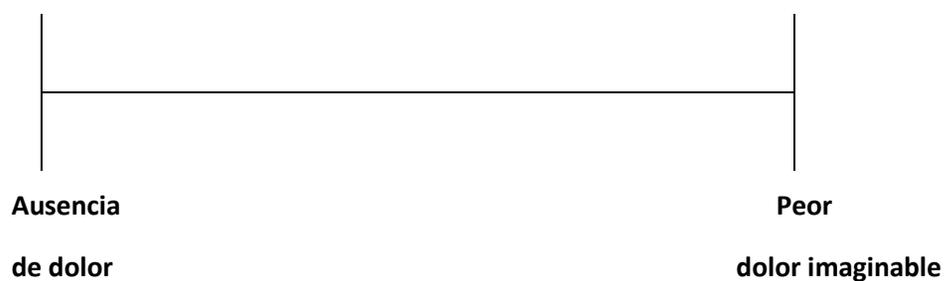
13 - ¿Se encuentra actualmente en tratamiento psicológico?

Si	
No	

**Anexo 2***Escala Visual Analógica*

14 - A continuación se encuentra una línea donde el extremo izquierdo indica la ausencia de dolor y el derecho indica el peor dolor imaginable.

**Realice una marca** en la línea que represente la **intensidad** de su dolor en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.



**Anexo 3***Inventario de Depresión de Beck (BDI II) Spanish Translation*

Beck, Aaron (1996)

**Instrucciones:** Este cuestionario consiste en 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego seleccione una frase en cada grupo que mejor describa la manera en que usted se ha sentido durante **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Encierre en un círculo el número al lado de cada frase que usted escoja. Si hay varias frases dentro de un grupo que parecen aplicarse a su situación con la misma relevancia, encierre en un círculo el número más alto de ese grupo. Asegúrese de no escoger más de una frase por cada grupo de frases, incluyendo el número 16 (Cambios en el Patrón de Sueño) y el ítem 18 (Cambios de Apetito).

<p><b>1 Tristeza</b></p> <p>0 No me siento triste  1 Me siento triste la mayor parte del tiempo  2 Estoy triste todo el tiempo  3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo</p>	<p><b>6 Sentimientos de Castigo</b></p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado (a) por la vida  1 Siento que quizá esté siendo castigado (a) por la vida.  2 Espero ser castigado (a) por la vida.  3 Siento que estoy siendo castigado (a) por la vida.</p>
<p><b>2 Pesimismo</b></p> <p>0 No me siento desanimado (a) acerca del futuro  1 Me siento más desanimado (a) acerca del futuro que de costumbre.  2 No espero que las cosas me salgan bien.  3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a empeorar.</p>	<p><b>7 Auto-Desprecio</b></p> <p>0 Me siento igual que siempre acerca de mi persona.  1 He perdido la confianza en mí mismo (a).  2 Me siento decepcionado (a) conmigo mismo (a).  3 No me gusta quien soy.</p>
<p><b>3 Fracaso</b></p> <p>0 No me siento como un fracaso.  1 He fracasado más de lo que debería.  2 Mirando a mi pasado, veo muchos fracasos.  3 Siento que como persona, soy un fracaso total.</p>	<p><b>8 Auto-Crítica</b></p> <p>0 No me critico o me culpo a mí mismo (a) más que de costumbre.  1 Me critico o me culpo a mí mismo (a) más de lo que solía hacerlo.  2 Me critico a mí mismo (a) por todos mis defectos.  3 Me culpo a mi mismo (a) por todo lo malo que me sucede.</p>
<p><b>4 Falta de Placer</b></p> <p>0 Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto.  1 No disfruto de las cosas tanto como antes.  2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.  3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba.</p>	<p><b>9 Pensamientos o Deseos Suicidas</b></p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.  1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.  2 Quisiera matarme.  3 Me mataría si tuviera la oportunidad.</p>
<p><b>5 Sentimientos de culpa</b></p> <p>0 No me siento particularmente culpable.  1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería haber hecho y no las hice.  2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.  3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p><b>10 Llanto</b></p> <p>0 No lloro más de lo que solía llorar.  1 Llora más de lo que solía llorar.  2 Llora por cualquier cosa.  3 Siento que aunque quiero llorar, no puedo.</p>

<p><b>11 Agitación</b></p> <p>0 No estoy más inquieto (a) o tenso (a) que de costumbre.  1 Me siento más inquieto (a) o tenso (a) que de costumbre.  2 Estoy tan inquieto (a) o agitado (a) que me es difícil quedarme quieto.  3 Estoy tan inquieto (a) o agitado (a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.</p>	<p><b>17 Irritabilidad</b></p> <p>0 No estoy más irritado (a) que de costumbre.  1 Estoy más irritado (a) que de costumbre.  2 Estoy mucho más irritado (a) que de costumbre.  3 Estoy irritado (a) todo el tiempo.</p>
<p><b>12 Falta de Interés</b></p> <p>0 No he perdido el interés en otras personas o actividades.  1 Ahora estoy menos interesado (a) en otras personas o actividades que antes.  2 He perdido mucho interés en otras personas o actividades.  3 Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa.</p>	<p><b>18 Cambios de Apetito</b></p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.  1b Tengo un poco más de apetito que de costumbre.</p> <hr/> <p>2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre.  2b Tengo mucho más apetito que de costumbre.</p> <hr/> <p>3a No tengo nada de apetito.  3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.</p>
<p><b>13 Indecisión</b></p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.  1 Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.  2 Ahora tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.  3 Tengo dificultad en tomar cualquier decisión.</p>	<p><b>19 Dificultades de Concentración</b></p> <p>0 Me puedo concentrar tan bien como antes.  1 No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.  2 Es difícil mantener mi mente en algo por mucho tiempo.  3 Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada.</p>
<p><b>14 Falta de Valor Personal</b></p> <p>0 No siento que soy inservible  1 No me considero que sea tan valioso y útil como antes.  2 Me siento inservible en comparación con otras personas.  3 Me siento completamente inservible.</p>	<p><b>20 Cansancio o Fatiga</b></p> <p>0 No me canso o fatigo más que de costumbre.  1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.  2 Estoy muy cansado (a) o fatigado (a) para hacer muchas de las cosas que antes hacía.  3 Estoy muy cansado (a) o fatigado (a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.</p>
<p><b>15 Falta de Energía</b></p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.  1 Tengo menos energía de la que solía tener.  2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.  3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p>	<p><b>21 Falta de Interés en el Sexo</b></p> <p>0 Recientemente no he notado ningún cambio en mi deseo sexual.  1 Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes.  2 Ahora tengo mucho menos interés en el sexo que antes.  3 He perdido el interés en el sexo por completo.</p>
<p><b>16 Cambios en el Patrón de Sueño</b></p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo algo más que de costumbre.  1b Duermo algo menos que de costumbre.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más que de costumbre.  2b Duermo mucho menos que de costumbre.</p> <hr/> <p>3a Duermo todo el día.  3b Despierto 1 -2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.</p>	

## Anexo 4

### Cuestionario de Afrontamiento al Dolor (CAD-R)

© Soriano, J. y Monsalve, V. (2004)

A continuación encontrará una serie de frases relacionadas con lo que usted hace cuando tiene dolor. Para contestar **ponga una cruz** en la casilla que refleje su forma de actuar. En este cuestionario **no hay respuestas acertadas o erróneas**, simplemente nos interesa saber su opinión. Por favor, **no deje ninguna pregunta sin contestar**. Muchas gracias.

ITEM		Nunca	Pocas Veces	Ni muchas ni pocas	Muchas veces	Siempre
1	Ignoro el dolor pensando en otra cosa					
2	Hablo con un profesional (médico, psicólogo, sacerdote, etc.) del problema para que me ayude a hacerle frente					
3	Rezo para curarme					
4	Busco a algún amigo o allegado que me comprenda y me ayude a sentirme mejor con el dolor					
5	Me olvido de todo y me concentro en mi dolor intentando que desaparezca					
6	Cuando tengo dolor no me rindo, peleo					
7	Cuando tengo dolor pienso en otra cosa					
8	Hablo con alguien que puede hacer algo concreto sobre mi dolor					
9	Rezo para conseguir fuerza y guía sobre el problema.					
10	Cuando tengo dolor les digo a los demás lo mucho que me duele, pues el compartir mis sentimientos me hace encontrarme mejor					
11	Cuando tengo dolor me concentro en él e intento disminuirlo mentalmente					
12	Me doy ánimos para aguantar el dolor					
13	Intento recrear mentalmente un paisaje					
14	Intento que me expliquen qué puedo hacer para disminuir el dolor					
15	Utilizo la fe para aliviar mis dolores					
16	Cuando tengo dolor intento hablar con alguien y contarle lo que me pasa. Esto me ayuda a soportarlo					
17	Cuando tengo dolor me concentro en su localización e intensidad para intentar controlarlo					
18	Me digo a mi mismo que tengo que ser fuerte					
19	Cuando tengo dolor imagino situaciones placenteras					
20	Busco a algún amigo, familiar o profesional para que me aconseje cómo superar la situación					
21	Rezo para que mis dolores desaparezcan					
22	Hablo con la gente de mi dolor, porque el hablar me ayuda a sentirme mejor					
23	Me concentro en el punto en que más me duele intentando disminuir el dolor					
24	Pienso que he de tener fuerzas y no desfallecer					

## Anexo 5

### *Guía de entrevista*

- ¿Cuándo comenzó a ser un problema el dolor para Ud.?
- ¿El dolor ha tenido repercusión en cómo se siente de humor?
- ¿En los momentos en los cuales está más dolorido, cómo se siente?
- ¿Se siente mayormente triste o irritable cuando está con dolor?
- ¿Qué cosas lo ayudan a hacerle frente al dolor?
- ¿Qué cosas hacen que el dolor empeore?
- ¿Tiene personas en las cuales apoyarse cuando se siente mal?
- ¿Cómo reaccionan las personas de su entorno si Ud. se encuentra muy dolorido?
- ¿Cómo es la actitud de ellos si ud. se queja por su situación?
- ¿Qué cosas del equipo asistencial, médicos, etc, lo ayudan a sobrellevar su dolor?
- ¿Encuentra Ud. alguna relación entre el momento en que comenzó con los dolores, con algún evento estresante en su vida o situación difícil que estuviera atravesando?
- ¿Relaciona Ud. los empujes de dolor con momentos difíciles a nivel afectivo o emocional?
- ¿Podría recordar si antes de comenzar a tener los dolores, había tenido depresión?
- ¿Dónde cree Ud. que estarían las principales soluciones a su problemática?
- ¿En algo externo o en algo que Ud. mismo haga para mejorar?

## Anexo 6

*Hoja de información para el participante de la etapa cuantitativa*

### HOJA DE INFORMACIÓN

**Investigación: “Dolor crónico y depresión: estudio en una Unidad Interdisciplinaria de Montevideo”.**

#### PARTE 1: CUESTIONARIOS

El presente formulario de consentimiento informado se dirige a usuarios de la Unidad de Dolor Crónico de la Asociación Española, invitándolos a participar de la investigación.

Investigador responsable: Licenciada en Psicología Ana Lucía Parma

Institución: Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Datos de contacto: Tel: ..... e-mail: [aparma@hotmail.com](mailto:aparma@hotmail.com)

#### **Introducción:**

Le estamos invitando a participar en la investigación propuesta. No es necesario que decida en este momento si desea participar. Antes puede hacer preguntas o hablar con alguien de su confianza. Si luego tiene dudas puede contactarse con la investigadora a través del teléfono o e-mail que se encuentran en la parte superior de este documento.

**Propósito de la investigación:** Se trata de una investigación cuyo objetivo principal es estudiar la relación entre el dolor crónico y la depresión en usuarios de una Unidad de Dolor Crónico de Montevideo. Se ha visto que la depresión (la cual puede manifestarse entre otras cosas como profunda tristeza, irritabilidad, falta de motivación o dificultad para experimentar placer), se presenta con frecuencia en personas que sufren dolor crónico pudiendo interferir negativamente en la evolución de la enfermedad. Por otro lado se buscará conocer con qué intensidad siente su dolor, qué cosas hace para lidiar con él o hacerle frente, y qué otras cosas como consejos, apoyo de familiares o amigos le ayudan a manejarlo.

**Selección de los participantes:** Para cumplir con los objetivos y aportar al conocimiento sobre el tema es necesario realizar investigaciones con la población con dolor crónico. En este caso se invita a participar del estudio a usuarios de la Unidad de Dolor Crónico de la Asociación Española mayores de 18 años, que no se encuentren cursando una pérdida significativa en los últimos 6 meses, no presentar patología oncológica, no presentar alteración cognitiva o psicosis que afecte la comprensión y que sean capaces de leer y escribir.

**Participación voluntaria:** Su participación es totalmente libre y voluntaria.

**Derecho a negarse o retirarse:** Usted puede negarse a participar o puede dejar de hacerlo en cualquier momento sin que deba explicar los motivos de su decisión. Esto no va a ocasionarle ningún perjuicio en la atención que usted recibe por parte del equipo o de la institución, continuando con la misma sin inconvenientes.

#### **Procedimiento y protocolo:**

Se le entregarán para completar unos cuestionarios donde se indaga principalmente acerca del tiempo que lleva con la enfermedad, la intensidad del dolor, qué otras enfermedades tiene, si recibe psicofármacos, si tuvo o tiene tratamientos psiquiátricos, cómo es su estado de ánimo actual y que acciones realiza para hacer frente al dolor.

En caso de no comprender lo que se le pregunta puede solicitar ayuda. El tiempo estimado que le tomará es de 20 minutos.

Algunos pacientes serán invitados a participar de una segunda parte que consiste en la realización de una entrevista de aproximadamente una hora de duración para profundizar en cómo vive su enfermedad y qué lo ha ayudado o no a salir adelante.

**Riesgos de participar en la investigación:** Los temas que se abordan en los cuestionarios, al indagar sobre su padecimiento, pueden hacer que usted se sienta algo triste o enojado al recordar cosas negativas de su enfermedad.

**Reducción y atención al eventual daño:** En caso de que usted se sienta incómodo y quiera detenerse podrá hacerlo en cualquier momento. Si se detectase la presencia de depresión a través del cuestionario para tal fin, se le informará y se le podrá sugerir consultar por ello. Si se detectase alguna situación que implique un riesgo para su vida, tomaremos las medidas para brindarle la ayuda necesaria y garantizar su seguridad. Las mismas podrán consistir en hablar con alguna persona de su confianza, consultas con integrantes del equipo de la Unidad de Dolor Crónico u otro servicio de la institución, como por ejemplo ser derivado a consulta con psiquiatra en emergencia.

**Beneficios:** Su participación nos ayudará a entender más sobre el dolor crónico y cómo puede relacionarse con el estado de ánimo, pudiendo contribuir a mejorar la forma en que se realizan los tratamientos.

**Confidencialidad:** La información personal se encuentra protegida, quedando a resguardo de la investigadora responsable. La información que se maneje para la investigación contendrá un número y se guardará por separado de sus datos de contacto para garantizar el anonimato. No serán divulgados sus datos personales a terceros.

**Comunicación de resultados:** Una vez finalizada la investigación y analizados los datos, se difundirán los resultados en eventos científicos tales como congresos y seminarios. Se prevé realizar una publicación en revista especializada. Se garantiza en todo momento el anonimato de los participantes ya que no serán mencionados datos que permitan identificarlos.

Esta propuesta ha sido aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología y la Comisión de Bioética de la Asociación Española.

Muchas gracias por su colaboración.

Lic. Psic. Ana Lucía Parma

Fecha \_\_\_\_\_

**Anexo 7***Consentimiento informado para el participante de la etapa cuantitativa***CONSENTIMIENTO INFORMADO****Investigación: “Dolor crónico y depresión. Estudio en una Unidad interdisciplinaria de Montevideo”****Investigador responsable:** Licenciada en Psicología Ana Lucía Parma**PARTE 1: CUESTIONARIOS**

Sr./Sra. ...., mayor de edad, manifiesto que he sido informado/a sobre la investigación “Dolor crónico y depresión: estudio en una Unidad Interdisciplinaria de Montevideo”, dirigido por la Licenciada en Psicología Ana Lucía Parma, de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Me fue entregada información por escrito donde se me explicó que el objetivo es estudiar la relación entre el dolor crónico y la depresión. Mi participación libre y voluntaria consiste en completar cuestionarios para conocer sobre mi enfermedad y mi estado de ánimo. Se me dio información detallada acerca de los riesgos que pueden presentarse, tales como sentirme triste o enojado al recordar aspectos de la enfermedad. Se me explicó que pueden tomarse medidas tales como sugerirme consultas, o en caso de que mi salud o seguridad se encuentren en riesgo, hablar con alguien de mi confianza, realizar derivaciones a otros profesionales o derivar a psiquiatra en puerta de emergencia. Se me comunicó el beneficio de la investigación que será poder contribuir al conocimiento científico en la temática, lo cual puede ayudar a los profesionales a mejorar los tratamientos. Fui informado que puedo retirarme en cualquier momento sin tener que dar explicaciones, y esto no me ocasionará ningún inconveniente. Se me garantizó la confidencialidad y se me explicó que mis datos personales están protegidos y no serán divulgados en ningún momento.

Se me informó que los resultados serán difundidos en eventos y publicaciones científicas manteniendo el anonimato de los participantes.

He recibido suficiente información y he quedado satisfecho con las respuestas a mis preguntas.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar en este estudio.

**Fecha de firma del documento:**.....**Firma del participante:**..... **Firma del investigador:**.....

Aclaración: .....

Aclaración: Ana L. Parma

## Anexo 8

*Hoja de información para el participante de la etapa cualitativa*

### HOJA DE INFORMACIÓN

**Investigación: “Dolor crónico y depresión: estudio en una Unidad Interdisciplinaria de Montevideo”.**

#### **PARTE 2: ENTREVISTA**

El presente formulario de consentimiento informado se dirige a usuarios de la Unidad de Dolor Crónico de la Asociación Española, invitándolos a participar de la investigación.

Investigador responsable: Licenciada en Psicología Ana Lucía Parma

Institución: Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Datos de contacto: Tel: ..... e-mail: [aparma@hotmail.com](mailto:aparma@hotmail.com)

#### **Introducción:**

Le estamos invitando a participar en la investigación propuesta. No es necesario que decida en este momento si desea participar. Antes puede hacer preguntas o hablar con alguien de su confianza. Si luego tiene dudas puede contactarse con la investigadora a través del teléfono o e-mail que se encuentran en la parte superior de este documento.

**Propósito de la investigación:** Se trata de una investigación cuyo objetivo principal es estudiar la relación entre el dolor crónico y la depresión en usuarios de una Unidad de Dolor Crónico de Montevideo. Se ha visto que la depresión (la cual puede manifestarse entre otras cosas como profunda tristeza, irritabilidad, falta de motivación o dificultad para experimentar placer), se presenta con frecuencia en personas que sufren dolor crónico pudiendo interferir negativamente en la evolución de la enfermedad. Por otro lado se buscará conocer con qué intensidad siente su dolor, qué cosas hace para lidiar con él o hacerle frente, y qué otras cosas como consejos, apoyo de familiares o amigos le ayudan a manejarlo.

**Selección de los participantes:** Para cumplir con los objetivos y aportar al conocimiento sobre el tema es necesario realizar investigaciones con la población con dolor crónico. En este caso se invita a participar del estudio a usuarios de la Unidad de Dolor Crónico de la Asociación Española mayores de 18 años, que no se encuentren cursando una pérdida significativa en los últimos 6 meses, no presentar patología oncológica, no presentar alteración cognitiva o psicosis que afecte la comprensión y que sean capaces de leer y escribir.

**Participación voluntaria:** Su participación es totalmente libre y voluntaria.

**Derecho a negarse o retirarse:** Usted puede negarse a participar o puede dejar de hacerlo en cualquier momento sin que deba explicar los motivos de su decisión. Esto no va a ocasionarle ningún perjuicio en la atención que usted recibe por parte del equipo o de la institución, continuando con la misma sin inconvenientes.

#### **Procedimiento y protocolo:**

En la primera parte se le solicitó completar unos cuestionarios.

Esta segunda parte consiste en la realización de una entrevista de aproximadamente una hora de duración. En ella se profundizará en cómo vive con el dolor crónico y qué lo ha ayudado o no a salir adelante.

Podrán tratarse temas tales como el apoyo social y familiar con el que cuenta, qué actitudes del equipo lo ayudan a vivir con dolor.

Para un mejor análisis de la entrevista, será necesario que sea grabada con este único fin y será de uso exclusivo de de la investigadora.

**Riesgos de participar en la investigación:** Los temas que se abordarán en la entrevista pueden hacer que usted se sienta algo triste o enojado al recordar cosas negativas de su enfermedad. En caso de que se sienta incómodo durante la misma, podremos detenernos y continuar en otro momento si usted lo desea o puede dejar de participar. Siéntase libre de expresarlo en el momento de la entrevista.

**Reducción y atención al eventual daño:** Si se detectase la presencia de depresión o alguna otra situación que amerite consultar por ello, se le informará. En caso de detectarse riesgo para su vida, tomaremos las medidas para brindarle la ayuda necesaria y garantizar su seguridad. Las mismas podrán consistir en hablar con alguna persona de su confianza, consultas con integrantes del equipo de la Unidad de Dolor Crónico u otro servicio de la institución, como por ejemplo ser derivado a consulta con psiquiatra en emergencia.

**Beneficios:** Su participación nos ayudará a entender más sobre el dolor crónico y cómo puede relacionarse con el estado de ánimo, pudiendo contribuir a mejorar la forma en que se realizan los tratamientos.

**Confidencialidad:** La información personal se encuentra protegida, quedando a resguardo de la investigadora responsable. La información que se maneje para la investigación contendrá un número y se guardará por separado de sus datos de contacto para garantizar el anonimato. No serán divulgados sus datos personales a terceros.

**Comunicación de resultados:** Una vez finalizada la investigación u analizados los datos, se difundirán los resultados en eventos científicos tales como congresos y seminarios. Se prevé realizar una publicación en revista especializada. Se garantiza en todo momento el anonimato de los participantes ya que no serán mencionados datos que permitan identificarlos.

Esta propuesta ha sido aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología y la Comisión de Bioética de la Asociación Española.

Muchas gracias por su colaboración.

Lic. Psic. Ana Lucía Parma

Fecha \_\_\_\_\_

**Anexo 9***Consentimiento informado para el participante de la etapa cualitativa***CONSENTIMIENTO INFORMADO****Investigación: “Dolor crónico y depresión. Estudio en una Unidad interdisciplinaria de Montevideo”****Investigador responsable:** Licenciada en Psicología Ana Lucía Parma**PARTE 2: ENTREVISTA**

Sr./Sra. ...., mayor de edad, manifiesto que he sido informado/a sobre la investigación “Dolor crónico y depresión: estudio en una Unidad Interdisciplinaria de Montevideo”, dirigido por la Licenciada en Psicología Ana Lucía Parma, de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Me fue entregada información por escrito donde se me explicó que el objetivo es estudiar la relación entre el dolor crónico y la depresión. Mi participación libre y voluntaria consiste en aceptar que se me realice una entrevista para conocer como vivo con la enfermedad, cómo afecta mi estado de ánimo, qué cosas me ayudan a estar mejor, con qué apoyo cuento y qué aspectos de los tratamientos o de las actitudes del equipo me ayudan. Se me dio información detallada acerca de los riesgos que pueden presentarse, tales como sentirme triste o enojado al recordar aspectos de la enfermedad. Se me explicó que pueden tomarse medidas tales como sugerirme consultas, o en caso de que mi salud o seguridad se encuentren en riesgo, hablar con alguien de mi confianza, realizar derivaciones a otros profesionales o derivar a psiquiatra en puerta de emergencia. Se me comunicó el beneficio de la investigación que será poder contribuir al conocimiento científico en la temática, lo cual puede ayudar a los profesionales a mejorar los tratamientos. Fui informado que puedo retirarme en cualquier momento sin tener que dar explicaciones, y esto no me ocasionará ningún inconveniente. Se me garantizó la confidencialidad y se me explicó que mis datos personales están protegidos y no serán divulgados en ningún momento.

Se me informó que los resultados serán difundidos en eventos y publicaciones científicas manteniendo el anonimato de los participantes. He recibido suficiente información y he quedado satisfecho con las respuestas a mis preguntas.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar en este estudio.

**Fecha de firma del documento:**.....**Firma del participante:**..... **Firma del investigador:**.....

Aclaración: ..... Aclaración: Ana L. Parma