



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



## **TRABAJO FIN DE MÁSTER**

### **INFLUENCIA DE LA CATASTROFIZACIÓN ANTE EL DOLOR SOBRE EL GRADO DE INVALIDEZ EN PACIENTES CON LUMBALGIA CRÓNICA**

**Alumno: Esperanza Marín Arranz**

**Tutor : Josep Lluís Clua Espuny**

**Master Universitario de Investigación en Atención Primaria Curso:  
2016-2017**



# Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	6
2.1. HIPÓTESIS.....	6
2.2. OBJETIVOS.....	6
3. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.....	7
4. DISEÑO Y MÉTODOS.....	7
4.1. TIPO DE DISEÑO Y ESTUDIO.....	7
4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	8
4.3. MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS.....	9
4.4. VARIABLES.....	10
4.5. ESTRATEGIA ANÁLISIS.....	12
4.6. DESCRIPCIÓN DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	13
5. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS DEL ESTUDIO.....	15
6. PROBLEMAS ÉTICOS.....	15
7. CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO.....	16
8. CRONOGRAMA Y ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO.....	16
8.1. ELABORACIÓN PROTOCOLO.....	16
8.2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	16
9. PRESUPUESTO ECONÓMICO.....	17
10. BIBLIOGRAFÍA.....	18

# 1.Introducción

El dolor es una sensación conocida y vivida por todos los seres humanos en mayor o menor medida en algún momento de su vida. Se trata de una experiencia sensorial compleja, ya que resulta de la relación de procesos fisiológicos, cognitivos, afectivos y conductuales.

El dolor, es considerado como un importante agente estresor que es necesario afrontar eficazmente para minimizarlo, por lo que para los sanitarios es importante conocerlo, con el fin de intentar aliviarlo en la medida en que nos sea posible<sup>1,2</sup>.

A la hora de valorar el dolor, debemos tener presente el tipo de paciente al que estamos tratando, y para hacer un abordaje más correcto de este, es importante tener en cuenta las tres esferas del individuo (física, psíquica y social), así como el tipo de dolor: dependiendo de la cronología (agudo o crónico), localización (somático y visceral), curso (irruptivo o continuo), fisiopatología (nociceptivo, neuropático y psicógeno)<sup>3,4</sup> ...

Con respecto a la cronología, debemos conocer que, el dolor agudo forma parte del sistema de protección del organismo. Actúa como señal de advertencia de un daño inminente. Suele ser de corta duración y en la mayoría de ocasiones su intensidad se relaciona con la intensidad de la agresión<sup>3</sup>.

El dolor crónico, sin embargo, es aquel que persiste en el tiempo, de difícil tratamiento, y que suele causar problemas importantes y repercusiones negativas en la calidad de vida del paciente<sup>5</sup>. Es un fenómeno complejo que depende de la interacción de factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales, habiéndose descrito diferencias en su percepción o manifestación en relación con condiciones étnicas o raciales y sexos<sup>6</sup>.

El dolor es una de las causas más frecuente de consulta médica en todo el mundo, siendo esto fundamental en la consulta de Atención Primaria. En torno al 50% de los pacientes que acuden a una consulta de Atención Primaria sufren algún tipo de dolor. La prevalencia de dolor crónico podría situarse entre el 20 y el 40%. Dentro de este dolor crónico, la causa más frecuente es la patología musculoesquelética<sup>7</sup>, siendo, según los últimos informes del Sistema nacional de Salud el más prevalente el dolor lumbar, siendo la prevalencia de este en torno al 18,6%<sup>8</sup>.

La lumbalgia crónica constituye un importante problema de salud, con gran repercusión sociosanitaria<sup>9</sup>. El reconocimiento de la influencia de factores psicosociales en el dolor ha supuesto un impulso para su entendimiento. Uno de estos factores psicosociales es el “catastrofismo ante el dolor”.

En los últimos años, la función del “catastrofismo ante el dolor” en la modulación de las respuestas dolorosas, ha recibido una considerable atención, demostrándose una relación importante entre el catastrofismo y las reacciones de malestar ante estímulos dolorosos<sup>10</sup>. Es considerado un conjunto de procesos cognitivos y emocionales que predisponen a que el dolor se convierta en crónico. Los individuos que catastrofizan, presentan una visión muy negativa en relación con su dolor, creándoles esto un importante malestar asociado<sup>10,11</sup>.

Gran parte de la literatura científica sugiere que las principales consecuencias asociadas al catastrofismo son, dolor más intenso, mayor consumo de analgésicos, disminución de las actividades diarias e incapacidad<sup>12</sup>, aumento de depresión secundaria al dolor crónico e ideación suicida<sup>13,14</sup>, y en general, peor pronóstico ante cualquier tratamiento<sup>11</sup>.

En los últimos años se ha investigado sobre lo que se conoce como “aceptación”. La aceptación implica tener contacto con experiencias desagradables o dolorosas sin que eso influya en nuestra conducta. Se ha visto que las personas con mayor aceptación del dolor refieren menor dolor, menos depresión e incapacidad.

Se abren con esto por tanto, nuevas perspectivas en el tratamiento del dolor crónico, considerando en estos pacientes la opción de incorporar intervenciones psicológicas para mejorar la aceptación como fin para mejorar las emociones desagradables a él, que se asocian a la perpetuación del dolor y la mala respuesta a los distintos tratamientos<sup>15</sup>.

En la valoración del paciente con dolor lumbar es importante medir la repercusión funcional. Las pruebas complementarias, no siempre informan sobre la situación clínica del paciente. Para ello, existen una serie de escalas de valoración, que aunque son menos utilizadas en clínica, aportan importante información sobre el dolor que presenta el paciente y su repercusión en su calidad de vida. Para los pacientes con dolor lumbar contamos con la Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry, que junto con la escala de Roland-Morris, es la más utilizada y recomendada a nivel mundial, estando validada al español. La

utilización de esta escala permite obtener información desde la perspectiva del paciente y conocer la evolución o eficacia de distintas intervenciones<sup>16</sup>.

A pesar de ello, como hemos dicho en ocasiones este dolor está influenciado por el grado de aceptación del dolor por parte del paciente. Sería importante por tanto, hacer una correlación entre el grado de invalidez del paciente en relación con su dolor y el nivel de catastrofismo de este.

El catastrofismo se mide con la Escala de catastrofización ante el dolor, la cual ha sido validada al español. Esta escala mide los pensamientos negativos ante el dolor, tomando como referencia experiencias dolorosas pasadas de los pacientes e indicando el grado en el que experimentan determinados pensamientos o sentimientos<sup>10</sup>.

Con ésta introducción quiero mostrar la importancia de la percepción de los pacientes con respecto a su dolor, siendo esto un factor fundamental a la hora de la evolución del dolor lumbar crónico. Intentando demostrar la importancia de la correlación entre el grado de dolor o invalidez con el nivel de aceptación de este.

## **2. Hipótesis y objetivos del estudio**

### **2.1. Hipótesis**

La percepción subjetiva negativa (catastrofización) y el menor grado de aceptación del paciente de su dolor, medido mediante la escala de catastrofización ante el dolor, influye en un mayor grado de invalidez del dolor crónico del paciente (que medimos mediante la escala de invalidez de Oswestry).

### **2.2. Objetivos**

#### **2.2.1. Objetivo principal**

Estudiar la relación existente entre el nivel de catastrofización ante el dolor que presenta una persona (según la escala de catastrofización) con el nivel de invalidez

que este causa medido según la escala de invalidez de Oswestry.

### **2.2.2. Objetivos secundarios**

- Conocer las características epidemiológicas de la muestra de pacientes con lumbalgia crónica.
- Determinar si hay diferencias en la percepción del dolor según características epidemiológicas.
- Determinar si el nivel de catastrofización del paciente influye en el uso de analgésicos.
- Determinar si el grado de catastrofización del paciente está relacionado con el uso de psicofármacos.
- Valorar la respuesta a distintos fármacos según los resultados.
- Valorar si los pacientes se beneficiarían de otras intervenciones.

## **3. Aplicabilidad y utilidad de los resultados**

Una vez conocida la influencia que ejerce la percepción negativa del dolor sobre el grado de invalidez que causa este, sería posible incidir en la búsqueda de nuevas intervenciones que mejoren la aceptación del dolor crónico, y con ello mejorar el pronóstico y evolución de estos pacientes.

## **4. Diseño y métodos**

### **4.1. Tipo de diseño y estudio**

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal con la aplicación de un instrumento de medida del grado de invalidez de la lumbalgia crónica mediante la escala de Oswestry y el grado de catastrofización ante el dolor.

## **4.2. Población de estudio**

La población diana del estudio se constituirá por pacientes que acudan a un Centro de Atención Primaria de la Región de Murcia (Centro de Salud de Espinardo) por dolor lumbar crónico. Se seleccionaran pacientes de cualquier etnia y procedencia pertenecientes al cupo del centro de Salud Urbano de Espinardo, en la Región de Murcia en el cual se realizará el estudio.

### **4.2.1. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **4.2.1.1. Criterios de inclusión**

- Pacientes de cualquier etnia o sexo que acudan a la consulta de Atención Primaria por dolor lumbar de más de 3 meses de evolución
- Edad igual o mayor de 50 años.

#### **4.2.1.2. Criterios de exclusión**

- Pacientes menores de 50 años.
- Existencia de fracturas lumbares previas.
- Cirugía de columna lumbar previa.
- Dolor lumbar secundario a patología oncológica (metástasis, plasmocitoma...)
- Negativa a participar o a firmar el consentimiento informado.
- Presencia de déficits cognitivos que impidan el adecuado seguimiento de las pautas y actuaciones que requiere el estudio para su realización.
- No comprensión del idioma de forma que dificulte el estudio

### **4.2.2. Selección de la muestra**

Como método de muestreo se utilizará un muestreo aleatorio simple, mediante el cual serán seleccionados para el estudio aquellos pacientes de los cupos utilizados que consulten por dolor lumbar crónico y cumplan criterios de inclusión durante los 15



primeros días del mes hasta completar la muestra.

### **4.2.3. Cálculo del tamaño muestral**

Para nuestro estudio vamos a tomar como población diana los pacientes de 2 cupos de nuestro centro de Atención Primaria de la franja de edad que comprende nuestro estudio, según datos etéreos partiríamos de una muestra de 1240 individuos. Tomando como valor de prevalencia de la enfermedad el aportado según el Sistema Nacional de Salud, 18,6%, con un nivel de confianza del 95% y admitiendo como error máximo aceptado (o precisión) del 5%, para el estudio sería necesaria una muestra poblacional de 196 pacientes.

Teniendo en cuenta las pérdida calculadas, en torno a un 10% (aquellos que no acepten participar el estudio, no entrega de cuestionarios, mala cumplimentación de cuestionarios...) sería necesaria una muestra de 216 pacientes.

### **4.3. Método de recogida de datos**

Los datos de recogerán mediante entrevista clínica directa al paciente incluyendo en esta la cumplimentación por parte del paciente de las escalas autoaplicables ya comentadas, contando también con la ayuda de la historia clínica disponible en bases de datos del Centro de Salud en el que se realizará el estudio, mediante el programa informático OMI-AP.

Las encuestas serán cumplimentadas por los pacientes en su visita al Centro de Salud, al paciente se le entregarán los cuestionarios que serán cumplimentados en el Centro tras la consulta médica previa explicación del estudio y bajo la supervisión de un profesional implicado en el estudio.

## 4.4. Variables

### 4.4.1. Variables sociodemográficas

- **Edad:** variable cuantitativa. Modificadora del efecto, independiente. Valores por encima de 50.
- **Sexo:** modificadora del efecto. Cualitativa dicotómica. Las categorías son:
  - Varón
  - Mujer

### 4.4.2. Variables de medida del estado de salud percibido por el paciente

#### 4.4.2.1. Dolor e Incapacidad

Para valorar el grado de dolor e incapacidad de los pacientes se utilizará la escala de Oswestry. Se trata de un cuestionario autoaplicado de elección múltiple (Anexo I). Este cuestionario validado en la población española, valora la disfuncionalidad de los pacientes con problemas en la región lumbar de la columna vertebral. Se compone de diez preguntas, cada una de las cuáles con seis posibles respuestas. A una de las seis posibles respuestas que presenta cada pregunta, describiendo niveles crecientes de limitación, se le asigna una puntuación del 0 al 5. Estas puntuaciones se suman y el resultado se divide entre la puntuación máxima que se puede obtener en el test según el número de secciones contestadas (máximo 50). Para finalizar se multiplicará por 100 para obtener un porcentaje. En función del porcentaje obtenido se establecen cuatro categorías de discapacidad:

Índice de incapacidad de Oswestry	Grado de discapacidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 20%</li> <li>• 20 % - 40 %</li> <li>• 40 % - 60%</li> <li>• ≥ 60%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitación mínima</li> <li>• Limitación moderada</li> <li>• Limitación intensa</li> <li>• Discapacidad</li> </ul>

Tabla 1. Grados de discapacidad según Índice de incapacidad de Oswestry

#### 4.4.2.2. Capacidad de llevar a cabo su vida laboral

- No baja laboral
- < 3 meses baja laboral en el último año.
- Entre 3-9 meses de baja laboral en el último año.
- Más de 9 meses de baja laboral en el último año.

#### 4.4.2.3. Catastrofización ante el dolor

Para valorar los pensamientos negativos ante el dolor se utilizará la Escala de catastrofización ante el dolor (Anexo II). En ella, los sujetos toman como referencia experiencia dolorosas pasadas por los pacientes se indica el grado en el cual experimentan determinados pensamientos y sentimientos. Al igual que la anterior es una escala autoadministrada, está compuesta por 13 ítems, que se evalúa de 0 (nunca) a 4 (siempre), y se distribuyen en 3 subgrupos: rumiación (preocupación constante e incapacidad de inhibir pensamientos relacionados con el dolor, 4 ítems), desesperación (pérdida de la esperanza por lograr algo, o por que desaparezca algún aspecto físico y/o psicológico perjudicial para la salud, 6 ítems) y magnificación (la exageración de lo desagradable del dolor, 3 ítems). Se realiza la suma de los resultados. Puntuaciones más altas indican niveles más altos de catastrofismo.

- Rumiación 0-16 puntos
- Desesperación 0-24 puntos

- Magnificación 0-12 puntos
- TOTAL 0-52 puntos

### **4.4.3. Variables de tratamiento**

#### **4.4.3.1. Escalón analgésico**

Valoramos el uso diario de analgésicos de los pacientes utilizando para ello los escalones analgésicos establecidos por la OMS. Hablaríamos de una variable cualitativa ordinal no dicotómica.

- 0: No toma analgésicos de forma diaria
- 1: Primer escalón: toma de paracetamol y/o AINES
- 2: Segundo escalón: toma de opioide débil asociado o no a fármacos del primer escalón.
- 3: Tercer escalón: toma de opioide potente asociado o no a fármacos del primer escalón.

#### **4.4.3.2. Toma de psicofármacos**

Analizaremos el consumo o no de psicofármacos. Variable cualitativa dicotómica:

- Toma de psicofármacos
- No toma de psicofármacos.

## **4.5. Estrategia análisis**

Para el análisis de los datos se usará el programa SPSS inn.

En un primer momento haremos un análisis descriptivo de los datos obtenidos, analizando cada una de las variables estudiadas.

A continuación se comprobará la normalidad de la muestra mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Se realizará un análisis bivalente en el que se analizará la relación entre los resultados obtenidos en la escala de Catastrofización (variable cuantitativa discreta) que se tomará como variable independiente o predictora y el grado de invalidez que obtenemos según la escala de invalidez de Oswestry (variable cualitativa ordinal). En el caso de que se comprobara la normalidad de la muestra utilizaremos el test ANOVA para estudiar la relación. En el caso de que la muestra no siga una distribución normal se utilizará el test de Kruskal-Wallis.

Se estudiará también la relación existente entre los resultados obtenidos en la escala de catastrofización con el escalón analgésico en que se encuentre el paciente, así como la incapacidad laboral, medida en base a baja laboral, utilizando para ellos los mismos test que en el caso anterior.

Para estudiar la relación de la catastrofización con la toma de psicofármacos (variable cualitativa dicotómica) se utilizará el test de Chi<sup>2</sup>.

En un segundo tiempo se planteará la realización de un análisis multivariante para estudiar la relación simultánea del nivel de catastrofización con el distinto grado de invalidez así como si esto se correlaciona con el sexo de l paciente así como el grado de analgesia o incapacidad laboral. Para ellos se utilizará la regresión lineal multivariante.

## **4.6. Descripción de búsqueda bibliográfica**

Para la búsqueda bibliográfica se ha recurrido a bases de datos como PubMed. Para la realización de la búsqueda se han utilizado distintos descriptores como “lowback pain”, “Chronic pain”, “scale” “oswestry scale” o “pain catastrophizing scale”.

Planteamiento pregunta clínica. “¿En pacientes con lumbalgia crónica, evaluar el grado de catastrofización y compararlo con el grado de invalidez podría ayudarnos con el manejo de estos pacientes?”

### **4.6.1. Resumen de artículos importantes de la bibliografía**

- Validación de la escala de catastrofismo ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en deportistas españoles. Cuadernos de Psicología del Deporte. 2013;13(1):83-94.

El catastrofismo ante el dolor es considerado un factor importante de pronóstico en el dolor en general, en este artículo se ha estudiado en el ámbito deportivo. Se ha

relacionado con variables psicológicas como ansiedad y depresión. En este estudio se ha pretendido ver la relación entre la ansiedad competitiva en deportistas con el catastrofismo. En este estudio los resultados indicaron que sin haber una relación estadísticamente significativa, aquellos deportistas con niveles mayores de ansiedad, mostraban puntuaciones más elevadas de catastrofismo.

- García Campayo J, Rodero B, Alda M, Sobradie N, Montero J, Moreno S. Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. Medicina Clínica. 2008;131(13):487-492.

En este artículo se habla de la relación entre el dolor crónico en este caso en pacientes con diagnóstico de fibromialgia y su relación con el catastrofismo y la aceptación. Se habla de la importancia en enfermedades de curso crónico de los aspectos cognitivos del dolor. En él se menciona como la catastrofización es independiente al nivel de dolor o depresión del paciente, así como de la importancia del tratamiento psicológico en estos pacientes siendo el más efectivo las terapias denominadas de tercera generación como la terapia de aceptación y compromiso.

- Martínez-Fernández Ana María, Gancedo-García Ana, Chudáćir Michal, Babío-Herráiz Jesús, Suárez-Gil Patricio. Estudio transversal del efecto de la catastrofización y ansiedad ante el dolor sobre la capacidad funcional y el consumo de fármacos en pacientes con fibromialgia. Rev.Colomb.Reumatol. [Internet]. 2016 Mar [cited 2017 May 24]; 23( 1 ): 3-10.

En este artículo se habla de la fibromialgia, la cual es una enfermedad crónica, caracterizada por dolor musculoesquelético asociado a otros síntomas de la cual se desconoce etiología. El tratamiento de esta enfermedad es sintomático. En este estudio se intenta evaluar el efecto que causa la catastrofización y ansiedad ante el dolor, sobre la capacidad funcional y el consumo de fármacos en estos pacientes. Los resultados de este estudio muestran que los niveles de ansiedad y catastrofización se encuentran fuertemente asociados entre sí, sin embargo, ambos muestran una asociación débil con la capacidad funcional. En fibromialgias de más tiempo de evolución disminuye el nivel de ansiedad, la catastrofización y la repercusión funcional.

## **5. Limitaciones y posibles sesgos del estudio**

Como limitaciones a la hora del estudio se debe tener en cuenta la falta de comprensión de los cuestionarios por parte de los pacientes a la hora de rellenarlos. Se intentará solventar esto explicándoselo de forma detallada al paciente así como haciendo que estos sean rellenados en la consulta bajo supervisión.

Es importante tener en cuenta que tanto la toma de analgésicos como la de psicofármacos será medida según el número de prescripciones que tenga el paciente, recurriendo para ello al programa informático OMI-AP. Se deberá tener en cuenta que en ocasiones lo que se prescribe no se corresponde de forma fehaciente con lo que consume el paciente. Se intentará solventar esto preguntando directamente al paciente.

Con respecto a la incapacidad laborar o no del paciente se deberá tener en cuenta que en ocasiones una baja laboral puede estar influida por otros factores.

Por último se deberá contar con que se toma como muestra pacientes que consultan por este motivo, por lo que se podrá caer en un sesgo de selección ya que no contamos con los pacientes que no acuden a consulta por ello, por lo que la muestra podría no ser del todo representativa de la población.

## **6. Problemas éticos**

El estudio se llevará a cabo previa aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de la Región de Murcia. La función principal de este Comité es valorar la metodología así como los aspectos éticos y legales del protocolo y al equipo investigador. Se valora también el riesgo-beneficio.

En todos los casos, los pacientes que cumplan los criterios de inclusión serán informados de la posibilidad de participar en el estudio. Se les informará de forma comprensible del objetivo del estudio así como las características de este. La decisión de participar en el estudio será siempre libre y voluntaria, cumplimentando aquellos interesados el

documento de consentimiento informado (Anexo III).

Se intentará en todo momento cumplir con los requisitos de buena práctica clínica, teniendo en todo momento en cuenta la protección de datos de los pacientes.

## 7. Calendario previsto para el estudio

El estudio se iniciará en Enero de 2018 y se llevará a cabo en los meses posteriores. Los datos se empezarán a analizar una vez se hayan recogido los datos de la muestra necesaria para llevar a cabo el estudio

## 8. Cronograma y organización del estudio

### 8.1. Elaboración protocolo

	Feb 17				Mar 17				Abr 17				May 17				Jun 17				Jul 17						
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
Elección tema	■	■	■	■																							
Búsqueda información					■	■	■																				
Marco teórico									■	■	■																
Metodología											■	■	■	■													
Elaboración protocolo											■	■	■	■	■												
Discusión y sugerencias																■	■										
Publicación protocolo investigación																				■	■						

### 8.2. Proyecto de investigación

	Ene 18				Feb 18				Mar 18				Abr 18				May 18				Jun 18				Jul 18				Ago 18			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación proyecto autoridades necesarias	■	■	■	■																												
Diseño y obtención de instrumentos			■	■																												



Recogida de datos	█																								
Análisis de información																█									
Conclusiones																					█				

## 9. Presupuesto económico

El estudio será llevado a cabo por profesionales médicos del Centro de Salud de Espinardo al cual pertenece la muestra de pacientes que se utilizará.

Ninguno de los miembros del equipo de investigación presenta conflicto de interés económico, personal o colectivo, más allá del estrictamente clínico o investigador.

Con respecto a la financiación, para el estudio los profesionales trabajarán desinteresadamente. Los únicos gastos necesarios serán los derivados de fotocopias para los cuestionarios que deberán rellenar los pacientes. Se precisará de un equipo informático para el procesamiento de los datos.

No se contará con la ayuda de ninguna entidad con ánimo de lucro ni vinculada a la industria sanitaria.

## 10. Bibliografía

1. González-Rendón C., Moreno-Monsiváis M. Guadalupe. Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. Rev. Soc. Esp. Dolor.2007; 14( 6 ): 422-427.
2. Casanovas M, Soto R, Ramón J, Martínez C, Serrano I, Sancho R. La valoración del dolor por los profesionales de enfermería. Impacto en el tratamiento y bienestar del paciente. Enfermería Clínica.2000 ;10 (6): 235-244).
3. [Internet]. Available from: <http://www.iasp-pain.org>Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, International Association for the Study of Pain)
4. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barcelona). 2005;28(3).
5. [Internet].Available from:  
[http://www.iasppain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement\\_S](http://www.iasppain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_S)
6. Anderson KO, Green CR, Payne. Racial and ethnic disparities in pain: causes and consequences of unequal care. J Pain. 2009;10:1 187-204.
7. Elsevier: Article Locator [Internet]. Ac.els-cdn.com. Available from: [http://ac.els-cdn.com/S0212656711003842/1-s2.0-S0212656711003842-main.pdf?\\_tid=30a17c50-2e9a-11e7-b89b-00000aab0f6c&acdnt=1493662723\\_a9ec36362904290c763cf5b0833a202f](http://ac.els-cdn.com/S0212656711003842/1-s2.0-S0212656711003842-main.pdf?_tid=30a17c50-2e9a-11e7-b89b-00000aab0f6c&acdnt=1493662723_a9ec36362904290c763cf5b0833a202f)
8. [Internet].Available from:  
[https://www.msssi.gob.es/va/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Inf\\_Anual\\_SNS\\_2015](https://www.msssi.gob.es/va/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Inf_Anual_SNS_2015).
9. Díaz-Cerrillo J, Rondón-Ramos A, Pérez-González R, Clavero-Cano S. Ensayo no aleatorizado de una intervención educativa basada en principios cognitivo-conductuales para pacientes con lumbalgia crónica inespecífica atendidos en fisioterapia de atención primaria. Atención Primaria. 2016;48(7):440-448.
10. Olmedilla Zafra A, Ortega Toro E, Abenza Cano L. Validación de la escala de catastrofismo ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en deportistas españoles. Cuadernos de Psicología del Deporte. 2013;13(1):83-94.

11. García Campayo J, Rodero B, Alda M, Sobradie N, Montero J, Moreno S. Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina Clínica*. 2008;131(13):487-492.
12. Sullivan, M.J.L., Bishop, S.R. y Pivick, J. (1995). The pain catastrophizing scale: Development and Validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524-532.
13. Edwards, R.R., Clifton, O., Bingham, R., Bathon, J. y Haythornthwaite, J. (2006). Catastrophizing and Pain in Arthritis, Fibromyalgia, and Other Rheumatic Diseases. *Arthritis and Rheumatism*, 55(2), 325–332.
14. Martínez-Fernández Ana María, Gancedo-García Ana, Chudáčir Michal, Babío-Herráiz Jesús, Suárez-Gil Patricio. Estudio transversal del efecto de la catastrofización y ansiedad ante el dolor sobre la capacidad funcional y el consumo de fármacos en pacientes con fibromialgia. *Rev.Colomb.Reumatol.* 23( 1 ): 3-10.
15. Burns, K., Kubilus, A., Bruehl, S., Harden, R. y Lofland, K. (2003). Do changes in cognitive factors influence outcome following multidisciplinary treatment for chronic pain? A cross-lagged panel analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 81-91.
16. Alcántara-Bumbiedro S, Flórez-García M, Echávarri-Pérez C, García-Pérez F. Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. 2017.

# Anexos

## ANEXO I. ESCALA DE CATASTROFIZACIÓN ANTE EL DOLOR

Nombre: .....

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

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

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

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

## ANEXO II: ÍNDICE DE DISCAPACIDAD DE OSWESTRY

**Por favor lea atentamente:** Estas preguntas han sido diseñadas para que su médico conozca hasta qué punto su dolor de espalda le afecta en su vida diaria. Responda a todas las preguntas, señalando en cada una sólo aquella respuesta que más se aproxime a su caso. Aunque usted piense que más de una respuesta se puede aplicar a su caso, marque sólo aquella que describa MEJOR su problema.

- **Sección I: Intensidad del Dolor**

1. Puedo tolerar el dolor sin necesidad de usar medios para disminuirlo.
2. El dolor es moderado, pero puedo manejarlo sin necesidad de tomar analgésicos.
3. La terapia analgésica me proporciona alivio completo del dolor.
4. La terapia analgésica me alivia un poco el dolor.
5. La terapia analgésica apenas me produce alivio del dolor.
6. La terapia analgésica no tiene efecto sobre el dolor, por lo que no la uso.

- **Sección II: Cuidado personal (lavarse, vestirse, etc)**

1. Puedo cuidarme normalmente sin causar dolor.
2. Puedo cuidarme pero me produce dolor.
3. Me resulta dolorosa la realización de mis cuidados personales por lo que los hago lenta y cuidadosamente.
4. Necesito alguna ayuda, pero realizo parte de mis cuidados.
5. Necesito ayuda todos los días en la mayoría de mis cuidados personales.
6. No puedo vestirme, me lavo con dificultad y suelo permanecer en cama.

- **Sección III: Levantamiento de objetos**

1. Puedo levantar grandes pesos sin dolor.
2. Puedo levantar grandes pesos pero me produce dolor.
3. El dolor me impide levantar grandes pesos desde el suelo, pero puedo hacerlo si están adecuadamente colocados, como por ejemplo en una mesa.
4. El dolor me impide levantar grandes pesos, pero puedo levantar pesos ligeros y medios si están adecuadamente situados.
5. Sólo puedo levantar pesos ligeros.
6. No puedo levantar ni transportar ningún peso

- **Sección IV: Caminar**

1. El dolor no me impide caminar.
2. El dolor me impide caminar más de 1 kilómetro.
3. El dolor me impide caminar más de 5 kilómetro.

4. El dolor me impide caminar más de 10 kilómetros.
  5. Sólo puedo caminar usando un bastón o muletas.
  6. Estoy en la cama la mayor parte del tiempo y me cuesta llegar al baño.
- **Sección V: Sentarse**
    1. Puedo sentarme en una silla todo el tiempo que quiero.
    2. Solo puedo sentarme todo el tiempo que quiero en un tipo de silla determinada.
    3. El dolor me impide sentarme más de una hora.
    4. El dolor me impide sentarme más de media hora.
    5. El dolor me impide sentarme más de 10 minutos.
    6. El dolor me impide sentarme.
  - **Sección VI: Permanecer de pie**
    1. Puedo permanecer de pie todo el tiempo que quiero sin dolor.
    2. Puedo permanecer de pie todo el tiempo que quiero, pero me produce dolor.
    3. El dolor me impide estar de pie más de una hora.
    4. El dolor me impide estar de pie más de media hora.
    5. El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos.
    6. El dolor me impide estar de pie.
  - **Sección VII: Dormir**
    1. El dolor no me impide dormir bien
    2. Solo puedo dormir bien si tomo fármacos.
    3. Aún cuando uso fármacos, duermo menos de 6 horas.
    4. Aún cuando uso fármacos, duermo menos de 4 horas.
    5. Aún cuando uso fármacos, duermo menos de 2 horas.
    6. El dolor me impide dormir.
  - **Sección VIII: Vida sexual**
    1. Mi vida sexual es normal y no me causa dolor añadido.
    2. Mi vida sexual es normal pero me causa algún dolor añadido.
    3. Mi vida sexual es casi normal pero es muy dolorosa.
    4. Mi vida sexual está severamente limitada por el dolor.
    5. Mi vida sexual es casi inexistente por el dolor.
    6. El dolor me impide tener vida sexual.
  - **Sección IV: Vida social**
    1. Mi vida social es normal y no me causa ningún dolor añadido.
    2. Mi vida social es normal, pero incrementa el nivel de dolor.

3. El dolor no tiene un efecto significativo sobre mi vida social excepto la limitación para realizar las actividades que requieran energía extra como bailar.
4. El dolor ha restringido mi vida social y no puedo salir con frecuencia.
5. El dolor ha restringido mi vida social a la que pueda venir a casa.
6. No tengo vida social debido al dolor.

- **Sección X: Viajar**

1. Puedo viajar a cualquier parte sin dolor.
2. Puedo viajar a cualquier parte, pero me produce dolor.
3. El dolor es intenso pero soporto jornadas de viaje por encima de 2 horas.
4. El dolor restringe mis jornadas de viaje a menos de 1 hora.
5. El dolor restringe mis jornadas de viaje a menos de 30 minutos.
6. El dolor me impide viajar excepto al médico o al hospital.



### ANEXO III. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para el Estudio acerca de la Influencia de la Catastrofización en la lumbalgia Crónica en Atención Primaria.

Yo (nombre y apellidos).....

Habiendo sido informado suficientemente de en qué consiste el estudio y tras haber preguntado y solventado las dudas que se me han presentado.

Participo voluntariamente en el mismo. Teniendo en cuenta que :

1. Mis datos serán tratados de forma confidencial y solamente por parte de los profesionales que forman parte de la investigación.
2. Podré retirarme del estudio en el momento en que así lo desee, sin que esto afecte a la atención que recibo en el Centro de Salud.
3. Podré preguntar en cualquier momento cualquier duda acerca del desarrollo del estudio.
4. Seré informado de los resultados del mismo en caso de que así lo deseé.

Cumplíndose lo anteriormente dicho, participo libremente en el desarrollo de dicha investigación.

Murcia a, ..... de ..... de 20...

Nombre del Médico que le atendió Dr./Dra.: .....

Firma del Participante

Firma del Médico



