



Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Investigación científica y tecnológica

Variables asociadas a riesgo de suicidio en pacientes con dolor crónico atendidos por consulta externa en un hospital de Bogotá

Ana Carolina Amaya Arias^{a,*}, Angie Bruce^b, Deisy Herrán^c, Angie Martín Arango^c, Katherine Muñoz^d y Patricia Abella^e

^a Psicóloga, especialista en investigación social, MSc (c) Epidemiología Clínica, docente investigadora, Universidad Manuela Beltrán hasta el año 2011, Investigadora asociada Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

^b Estudiante de último año de Psicología, Universidad Manuela Beltrán, Bogotá, Colombia

^c Psicóloga, Universidad Manuela Beltrán, Bogotá, Colombia

^d Estudiante, Psicología, Universidad Manuela Beltrán, Bogotá, Colombia

^e Médico Anestesiólogo, Coordinadora clínica de dolor, miembro ACED, Hospital el Tunal E.S.E., Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de noviembre de 2012

Aceptado el 27 de junio de 2013

On-line el 7 de octubre de 2013

Palabras clave:

Calidad de vida

Ansiedad

Depresión

Dolor

Ideación suicida

R E S U M E N

Introducción: Esta investigación tiene como objetivo principal determinar la relación entre ansiedad, depresión, calidad de vida y riesgo suicida en pacientes con dolor crónico.

Método: Corresponde a un estudio de tipo descriptivo-correlacional y de corte transversal, con un censo del total de población atendida entre diciembre de 2011 y enero de 2012, bajo un muestreo consecutivo. La muestra estuvo conformada por 49 pacientes de la Clínica de Dolor del Hospital El Tunal de Bogotá (Colombia). Se usaron los siguientes instrumentos de medición: Calidad de vida relacionada con la salud (SF-36), Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD), Escala de riesgo de suicidio de Plutchik y Escala analógica numérica de dolor.

Resultados: Se encontró que el mayor porcentaje de la población (75%) percibe un nivel de dolor entre moderado y severo; el 34% presenta riesgo suicida, y el 25% ideación suicida; en cuanto a la calidad de vida, la mayor parte de los pacientes sienten limitaciones en su capacidad de desplazamiento y realización de esfuerzos físicos; el 75,5% de los pacientes presentan síntomas de ansiedad y el 61,2%, de depresión. Finalmente, el riesgo de suicidio no se relacionó con los niveles de dolor percibido. Se encontraron asociaciones significativas entre riesgo de suicidio con ansiedad, depresión, salud mental, componente mental, vitalidad y rol emocional.

Conclusión: Se plantea la necesidad de realizar investigaciones que permitan determinar los mediadores entre el dolor y los estados emocionales, pues este parece ser un aspecto central a comprender para mejorar la efectividad de las intervenciones en estos pacientes.

© 2012 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia: Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Oficina 215, Edificio 471, Carrera 30 No. 45-03, Bogotá, Colombia.

Correos electrónicos: acamayaa@unal.edu.co, anaamaya@hotmail.com (A.C. Amaya Arias).

0120-3347/\$ – see front matter © 2012 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2013.06.007>

Variables associated with the risk of suicide in patients with chronic pain seen in a hospital outpatient clinic in Bogotá

A B S T R A C T

Keywords:

Quality of Life
Anxiety
Depression
Pain
Suicidal Ideation

Introduction: The primary objective of this research is to determine the relationship between anxiety, depression, quality of life and the risk of suicide in patients with chronic pain.

Method: Cross-sectional descriptive-correlational study of a consecutive sample taken from a census of the total population seen between December 2011 and January 2012. The sample included 49 patients of the El Tunal Hospital Pain Clinic in Bogotá. The following measurement tools were used: Health-Related Quality of Life (SF-36), Hospital Anxiety and Depression Scale, the Plutchik suicide risk scale and numeric pain scale.

Results: It was found that the largest percentage of the population (75%) perceived pain at a moderate-to-severe level; 34% were at risk of suicide and 25% had suicidal ideation. In terms of quality of life, the majority of patients felt that they were limited in their ability to move and perform physically demanding tasks; 75.5% of patients had experienced anxiety symptoms and 61.2% had symptoms of depression. Finally, there was no correlation between the risk of suicide and the perceived levels of pain. Significant associations were found between the risk of suicide and anxiety, depression, mental health, mental component, vitality and emotional role.

Conclusion: There is a need to undertake research designed to determine mediators between pain and emotional status, considering that this understanding appears to be crucial for improving the effectiveness of the interventions in these patients.

© 2012 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), el dolor se define como «una experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial o descrita en términos de dicho daño»¹; esta experiencia es vivida por el sujeto de manera compleja, afectando todas sus dimensiones (emocional, cognitiva, física, espiritual, laboral, familiar y social)².

El dolor, según el tiempo de duración, se ha clasificado en dolor agudo (menos de 3 meses) y dolor crónico (más de 3 meses)¹. Bonica (1990) reevalúa esta definición describiendo el dolor crónico «si persiste más allá de un mes de lo que sería el curso normal de su recuperación, si está asociado a un proceso patológico crónico o si reaparece con intervalos de meses o años»³. La intensidad del dolor se determina a partir de la clasificación que hace el paciente de este, en una escala numérica de 1 a 10, donde se entiende que de 1 a 3 es leve, de 4 a 6 es moderado y de 7 a 10 es severo¹.

Dentro de las consecuencias del dolor, la ansiedad y la depresión son algunas de las respuestas emocionales que más se reportan en los pacientes con dolor crónico, generando estados donde se intensifica la elaboración de pensamientos catastróficos y se agudiza la percepción del dolor⁴. Además de esto, algunas investigaciones señalan que muchas de las personas que sufren de dolor crónico presentan enlentecimiento y disminución de la movilidad, que ocasiona usualmente una atrofia mayor en la parte afectada, dando como resultado una intensificación del dolor⁵.

La experiencia del dolor ha sido tratada principalmente por la medicina, enfocándose en el proceso fisiológico, sin tener en cuenta la importancia de la intervención en el componente

emocional y sufrimiento psicológico del paciente, los cuales interfieren de manera determinante en la calidad de vida de este y en su recuperación, y en algunas ocasiones se relaciona incluso con ideación suicida⁶.

Con base en esto, se plantea como objetivo determinar la relación entre ansiedad, depresión, percepción de la calidad de vida y riesgo de suicidio en pacientes con dolor crónico atendidos por consulta externa en la clínica de dolor del Hospital el Tunal de la ciudad de Bogotá D.C. Esto con el fin de visibilizar la problemática que vive este tipo de pacientes y el impacto que genera el dolor crónico en esta población.

Teniendo en cuenta que la ideación suicida es un precursor de las tentativas de suicidio, la presente investigación cobra importancia por cuanto dará luces sobre acciones que permitan prevenir muertes autoinfligidas y mejorar los procesos de intervención psicológica.

Métodos

Diseño

Estudio de tipo descriptivo-correlacional y de corte transversal.

Selección y descripción de los participantes

Criterios de inclusión: ser adulto de nacionalidad colombiana, hispanoparlante, tener diagnóstico de dolor crónico no secundario a enfermedad terminal, aceptar voluntariamente participar en el estudio y pertenecer al servicio de consulta externa en la clínica de dolor del Hospital el Tunal de la ciudad de Bogotá durante el período de estudio.

Los criterios de exclusión fueron: estar actualmente en proceso legal por pensión o indemnización con alguna institución debido al dolor, imposibilidad de contestar las pruebas por compromiso cognitivo o alteraciones sensorio-perceptuales. Estos criterios se definieron con el fin de disminuir la probabilidad de sesgos en la medición de las variables debido a posible simulación en este tipo de pacientes.

Se propuso un muestreo consecutivo, ya que por su método asegura que la representatividad de la muestra sea similar a la obtenida en un muestreo probabilístico⁷.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó para la asociación entre la variable riesgo de suicidio con las variables calidad de vida, ansiedad y depresión. Teniendo en cuenta que se esperaba realizar 12 correlaciones en el análisis de los datos, se hizo una corrección al nivel de confianza planteado para el estudio (alfa) usando la corrección de Bonferroni⁸. Al utilizar dicha corrección se obtuvo un margen de error aceptable de 0,004 para cada asociación, con el fin de que se pueda mantener el nivel de confianza general de 0,05 para el estudio.

En este sentido, usando el software Epidat 4.0[®] se calculó un tamaño de muestra de 38 pacientes para un nivel de confianza del 99,9%, un poder del 80% y buscando encontrar como significativa una asociación de 0,6; a este cálculo se le realizó una corrección teniendo en cuenta que la eficiencia relativa de la correlación de Spearman, en comparación con la de Pearson, es de 0,91⁹ y se aumentó un 10% por posibles pérdidas. Se obtuvo finalmente un tamaño de muestra sugerido de un mínimo de 46 sujetos para el presente estudio.

Se utilizó un censo del total de la población atendida entre diciembre y enero de los años 2011 y 2012, que cumplía con los criterios de inclusión y exclusión, esto debido a que el número de pacientes atendidos no era muy alto y un buen porcentaje de estos tenía diagnóstico de enfermedad terminal, de modo que, dados los recursos y tiempo de la investigación, se pretendió conseguir la mayor cantidad de datos que cubrieran el requisito de tamaño de muestras para hacer los análisis de correlación. En total fueron evaluados 49 pacientes.

Instrumentos

Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud

El Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud (SF-36) está diseñado para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, conformado por 36 ítems agrupados en 8 subescalas. En Colombia se encontraron resultados aceptables de validez y confiabilidad para ser aplicados en nuestro contexto¹⁰. La puntuación corresponde a puntajes T con media de 50 y desviación estándar (DE) de 10 para cada subescala.

Escala hospitalaria de ansiedad y depresión

La escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) es una escala bidimensional que permite hacer un tamizaje sobre síntomas de ansiedad y depresión en ambiente hospitalario. Consta de 14 ítems, con respuestas tipo Likert que van de 0 a 3. En Colombia, la escala mostró igualmente aceptable validez y confiabilidad¹¹. La clasificación de las puntuaciones en las

subescalas (ansiedad/depresión) son: normal de 0 a 7, dudoso de 8 a 10 y problema clínico de 11 o más.

Escala de riesgo de suicidio de Plutchik

La escala fue diseñada por Robert Plutchik con el objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Está conformada por 15 preguntas, con respuesta de Sí- No. La versión española fue validada por Rubio et al.¹². Evalúa intentos suicidas previos, intensidad de la ideación suicida actual, sentimientos de depresión y desesperanza. La escala original mostraba una consistencia de 0,84 (alfa de Cronbach), y en la validación española el alfa de Cronbach alcanzó valores de 0,90. En cuanto a la fiabilidad española test-re test, se encontró que luego de 72 h hubo una correlación pre y post test de 0,89. En esta validación el punto de corte propuesto es de 6, para una sensibilidad del 74% y una especificidad del 95% para distinguir entre controles y pacientes (tentativas de suicidio y trastornos de la personalidad). Con el mismo punto de corte, la sensibilidad y la especificidad son del 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativa de suicidio frente a los que nunca habían realizado alguna. De esta escala no existe una validación para Colombia.

Escala análoga numérica de dolor

Para evaluar la intensidad de dolor se aplicó una escala numérica de 0 a 10, donde 0 es ningún dolor y 10 el peor dolor posible. Se indagó sobre el nivel de dolor medio, máximo y mínimo percibido en la última semana y el nivel de dolor en el momento de la valoración.

Aspectos éticos

La presente investigación contó con la aprobación del comité de ética y de investigaciones del Hospital el Tunal. La recomendación más importante sugerida y que se cumplió fue remitir a los pacientes con riesgo de suicidio, posible cuadro ansioso o depresivo a atención en salud mental de forma inmediata, e informar al médico tratante.

Análisis

Se realizaron cálculos de medidas de frecuencias, tendencia central y dispersión de las variables medidas. De igual forma se analizaron asociaciones entre la variable riesgo de suicidio y las demás variables empleando los paquetes de análisis Epidat 4.0[®] y SPSS 18.0[®].

Para determinar si existían asociaciones entre las variables calidad de vida y riesgo de suicidio se realizaron los siguientes cálculos: correlación de Spearman entre las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas del SF-36 y el puntaje en la Escala riesgo de suicidio de Plutchik; prueba U de Mann-Whitney para determinar si había diferencias significativas en los puntajes obtenidos en las subescalas, en los grupos con o sin riesgo de suicidio y con o sin ideación suicida.

Para determinar la asociación ansiedad, depresión y riesgo suicida, se calculó el chi cuadrado o el test exacto de Fisher según si se cumplía el supuesto de frecuencia esperada mínimo de 5 en el 80% de las casillas. Además de esto, se calcularon las correlaciones entre los puntajes de las escalas.

Tabla 1 – Datos sociodemográficos de la muestra (frecuencias y porcentajes)

n = 49	F (%)
Sexo	
Hombres	18 (36,7%)
Mujeres	31 (63,3%)
Edad (m = 57,8; dt = 14,3)	
20-39	5 (10,2%)
40-59	22 (44,9%)
60-79	20 (40,8%)
80 o más	2 (4,10%)
Estrato socioeconómico	
0	1 (2,00%)
1	17 (34,7%)
2	27 (55,1%)
3	4 (8,10%)
Nivel educativo	
Sin escolaridad	8 (16,3%)
Primaria	27 (55,1%)
Secundaria incompleta	10 (20,4%)
Bachiller	3 (6,10%)
Técnico/Universitario	1 (2,00%)
Ocupación	
Desempleado	12 (24,5%)
Ama de casa	24 (49,0%)
Trabajador independiente	10 (20,4%)
Empleado	3 (6,10%)
Causa del dolor	
Traumatismo	7 (14,3%)
Enfermedad	23 (46,9%)
Posquirúrgico	14 (28,6%)
No sabe	5 (10,2%)
Fuente: autores.	

Resultados

Se evaluaron 49 pacientes, grupo conformado principalmente por mujeres (63,3%), la mayoría perteneciente al estrato 1 y 2. El nivel educativo predominante fue primaria, y la principal ocupación fue ama de casa. La causa más frecuente de dolor fue una enfermedad de base (46,9%), principalmente fibromialgias y espaldas fallidas y dolores postoperatorios, principalmente reparaciones de hernias y cirugías de espalda. Finalmente, el promedio de edad fue de 57,8 años (DE: 14,3) y un rango de edades entre 22 y 92 años. La mayoría eran adultos o adultos mayores (tabla 1). En algunas escalas hubo omisión en la respuesta de algunos ítems por parte de los pacientes, de modo que los resultados que se presentan a continuación excluyen los datos perdidos en cada caso.

Es importante resaltar que en todas las mediciones los niveles de dolor encontrados están generalmente en valores

Tabla 3 – Frecuencia y porcentaje de los niveles de dolor percibidos por los pacientes evaluados

	Frecuencia	%
Ningún dolor	1	2
Leve	8	16,3
Moderado	22	45
Severo	18	35
Fuente: autores.		

moderados o severos de dolor. Cuando se indaga por el máximo dolor percibido, el rango intercuartil muestra que el 75% de los sujetos manifiesta valores por encima de 7, que se consideran severos, es decir, que en la última semana la mayoría había padecido niveles de dolor que se consideran muy altos (tabla 2). Además de esto, se calculó la frecuencia en cada uno de los niveles de dolor: leve, moderado y severo, dando como resultado que el 80% de la población evaluada presentó niveles de dolor moderado o severo durante la última semana (tabla 3).

En calidad de vida, a nivel general se encontró un deterioro en el funcionamiento laboral y cotidiano de los pacientes. El valor promedio en la Escala rol físico (25,1) se considera bastante bajo, y la mediana indica que el 50% de la gente siente un deterioro que está 3 DE por debajo de la media esperada (50), lo que indica que durante el último mes los pacientes han tenido problemas con el trabajo y las actividades diarias. En cuanto al funcionamiento físico, esta escala evalúa movilidad, capacidad de desplazamiento y capacidad para realizar esfuerzos físicos, y los resultados evidencian un deterioro en este aspecto, en tanto que la media de la población (32,7) está a casi 2 DE por debajo de la media esperada. Respecto al dolor, se evaluó que tan limitado se encuentra el paciente en su cotidianidad con respecto a la intensidad del dolor, con un promedio de 32,6 y una mediana de 32,5, que ubica estos resultados a casi 2 DE de la media esperada (50), lo cual indica un puntaje bajo que muestra limitación en las actividades cotidianas debido al dolor. La subescala de rol emocional evalúa las dificultades en el trabajo y otras actividades por problemas emocionales, y se encontró una media de 22,7 (DE: 16), lo que ubica este resultado a casi 3 DE de la media esperada, indicando que los pacientes perciben que sus problemas emocionales les dificultan las actividades en el trabajo y otras áreas. En el componente físico se encontró un deterioro importante en la función física debido a que el promedio (33,8, con DE: 9) es un puntaje bajo (tabla 4).

En cuanto a síntomas de ansiedad y depresión, los resultados muestran que el mayor porcentaje de las personas que completaron el 100% de la prueba superó el punto de corte de 11, cumpliendo con los criterios para sospechar de ansiedad

Tabla 2 – Niveles de dolor percibidos por los pacientes evaluados

	Mediana	Rango intercuartil	Mínimo	Máximo
Nivel máximo de dolor que sintió en la última semana	9	7 a 10	1	10
Nivel mínimo de dolor que sintió en la última semana	4	2 a 6	0	10
Nivel promedio de dolor que sintió en la última semana	6	4 a 8	0	10
Dolor que siente en este momento	4	3 a 7	0	10
Fuente: autores.				

Tabla 4 – Resultados en subescalas del SF-36

	Media	Desviación estándar	Medin	Rango IC	Mín	Máx	Interpretación puntuación mínima (0)	Interpretación puntuación máxima (100)
Función física	32,7	9,4	33,8	25-40	15	48,6	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas sin ninguna limitación
Rol físico	25,1	13,3	17,6	17-27	18	56,8	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias
Dolor	32,6	8,6	32,5	24,9-37,4	19,9	55,4	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Rol emocional	22,7	16	24,8	9,2-24,8	9,2	55,9	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Componente físico	33,8	9,0	32,9	27-39	18	53,1	Deterioro importante en el funcionamiento debido a la salud física	

Fuente: autores.

Tabla 5 – Frecuencia y porcentaje de pacientes con síntomas considerados indicadores de ansiedad y depresión

Variable		Frecuencia	%
Ansiedad	Sí	37	75,5
	No	7	14,3
	Valores perdidos	5	10,2
Depresión	Sí	30	61,2
	No	16	32,7
	Valores perdidos	3	6,1
Total		49	100

Fuente: autores.

Tabla 6 – Frecuencia y porcentaje de pacientes con y sin riesgo de suicidio

	Frecuencia	%
Sin riesgo	24	49
Con riesgo	19	39
Valores perdidos	6	12
Total	49	100

Fuente: autores.

Tabla 7 – Correlación SF 36 y Escala riesgo de suicidio de Plutchik

	Riesgo de suicidio	
	Correlación de Spearman	Significación
Función física	-0,108	0,490
Rol físico	-0,141	0,368
Dolor	-0,244	0,113
Salud global	-0,390	0,010
Vitalidad	-0,461*	0,002
Función social	-0,191	0,219
Rol emocional	-0,412	0,006
Salud mental	-0,563*	0,000
Componente físico	-0,073	0,642
Componente mental	-0,529*	0,000

* Significativo para $p \leq 0,004$.
Fuente: autores.

(75,5%) y de depresión (61,2%) (tabla 5). En la evaluación del riesgo de suicidio, los datos mostraron que el 39% de la población presentó riesgo de suicidio y el 25% ideación suicida (tabla 6).

Tabla 8 – Tabla de contingencia depresión-riesgo de suicidio

		Riesgo de suicidio		Total	Chi cuadrado ^a
		Sin riesgo	Con riesgo		
Depresión	No	11	2	13	6,825Sig.:0,009
	Sí	11	16	27	
Total		22	18	40	
Valores perdidos			9		

^a 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,85.

Fuente: autores.

Tabla 9 – Correlación entre los puntajes del HAD y la Escala de riesgo de suicidio de Plutchik

Puntaje total suicidio	
Rho de Spearman	
<i>Ansiedad</i>	
Coeficiente de correlación	0,515
Significación (bilateral)	0,001
n	39
<i>Depresión</i>	
Coeficiente de correlación	0,613
Significación (bilateral)	0,000
n	40
Fuente: autores.	

Los análisis encontraron relaciones inversas significativas entre el puntaje en la Escala de riesgo de suicidio y los puntajes obtenidos en las subescalas del SF 36: vitalidad, salud mental y el componente mental. De estas, se consideran con importante fuerza de asociación las encontradas con la salud mental y el componente mental, y a tener en cuenta la relación con vitalidad. Este resultado indica que los pacientes que manifiestan sentimientos de angustia y de depresión y mayor deterioro en las actividades debido a la salud mental, presentan mayores puntajes en la escala de riesgo de suicidio, y esta relación puede ser similar, aunque no tan fuerte, entre los que se sienten cansados y exhaustos la mayor parte del tiempo (tabla 7).

Cuando se analizaron los resultados de forma dicotómica, se encontró asociación significativa entre depresión y riesgo de suicidio (tabla 8), igual que cuando se tienen en cuenta los puntajes directos obtenidos en la escala la correlación es alta y significativa (tabla 9). En cuanto a la variable ansiedad, en el análisis dicotómico no se encontró asociación entre ansiedad y riesgo de suicidio. Sin embargo, cuando se tiene en cuenta los puntajes directos obtenidos en la escala, la correlación es intermedia y significativa (tabla 9).

Discusión

En el estudio se encontró una alta prevalencia de riesgo e ideación de suicidio en los pacientes, donde el 34% presentan riesgo de suicidio y el 25% contestaron afirmativamente a la pregunta sobre pensamientos de suicidio. Estos hallazgos son similares a los presentados por Smith et al.¹³, quienes reportaron que el 24% de sus pacientes presentaba ideación suicida.

En cuanto a la calidad de vida percibida por los pacientes, se encontró que la mayor parte de ellos (mediana, 33,8) sienten limitaciones para desarrollar actividades físicas como caminatas largas, hacer compras o subir escaleras —es decir, en su capacidad de desplazamiento y para realizar esfuerzos físicos—, pero sienten un compromiso mucho mayor (mediana, 17,6) en el desempeño de su trabajo o actividades diarias, como los oficios del hogar. Este último hallazgo es bastante significativo, pues el 75% se encontraban en puntajes por debajo de 27, y teniendo en cuenta que los valores van de 0 a 100, un puntaje de 27 en la Escala de rol físico evidencia alto compromiso. El impacto encontrado en el nivel de funcionamiento podría estar relacionado con los niveles de

dolor reportados, pues de acuerdo con los resultados de autores como González et al.¹⁴, Padierna et al.¹⁵ y Soler et al.¹⁶, el dolor disminuye las capacidades de funcionamiento normal en quienes lo padecen, lo cual concuerda con los resultados del presente estudio.

En el área emocional se encontró alto impacto, mostrando que la mayor parte de los sujetos evaluados perciben que tienen problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales y consideraban haber tenido sentimientos de angustia y depresión durante la mayor parte del tiempo. Este resultado en el SF36 se relaciona con los puntajes encontrados en la HAD, donde el 75,5% de los pacientes presentan síntomas de ansiedad, dando cuenta de la presencia de miedo, nerviosismo y tensión. En cuanto a síntomas depresivos, se encontró que el 61,2% sobrepasan el punto de corte y podrían estar presentando este trastorno. Autores como Truys et al.³ aseguran que la depresión es una de las respuestas emocionales más asociadas al dolor, y que la sintomatología de este puede presentarse también en episodios depresivos. En esta misma investigación los autores concluyen que los síntomas de ansiedad y depresión aumentan significativamente la percepción del dolor.

Finalmente, el objetivo más importante de esta investigación era determinar la asociación entre las variables medidas y el riesgo de suicidio en los pacientes. Se encontró que el riesgo de suicidio no se relaciona con los niveles de dolor percibidos; sin embargo, no hubo diferencia entre los niveles de dolor o discapacidad entre los pacientes deprimidos que tenían o no intención suicida. En este sentido, se consideraría que no es el dolor en sí mismo el que podría generar ideación o riesgo de suicidio en los sujetos evaluados, sino el impacto a nivel emocional que el dolor puede estar generando. De hecho, todas las asociaciones significativas que se encontraron fueron entre riesgo de suicidio con ansiedad, depresión, rol emocional, salud mental y componente mental. En este sentido podría plantearse que el dolor está generando en los pacientes un impacto a nivel emocional, que ellos consideran afecta su funcionamiento habitual y que se relaciona de forma importante con el riesgo de suicidio.

Contextualización de hallazgos y conclusiones

Teniendo en cuenta que la presente es una investigación observacional de corte transversal, no es posible generalizar los datos. No pueden determinarse factores causales ni direccionalidad en las asociaciones, y además de presentar dificultades en la generalización de los datos debido al tipo particular de la muestra, en general se considera que los hallazgos sirven como una aproximación inicial al problema. Los resultados plantean la necesidad de realizar futuras investigaciones que permitan determinar los mediadores entre el dolor y los estados emocionales, pues este parece ser un aspecto central a comprender para mejorar la efectividad de las intervenciones que se hacen a los pacientes, impactando su calidad de vida y disminuyendo riesgos presentes en trastornos como la ansiedad o la depresión, riesgos tales como el suicidio. Finalmente, se considera importante que en los protocolos y en las guías de atención a los pacientes con dolor crónico se incluyan la evaluación y la atención del componente mental y estados emocionales.

Financiación

Universidad Manuela Beltrán, Hospital el Tunal E.S.E.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Universidad Manuela Beltrán, Facultad de Educación Ciencias Humanas y Sociales, Programa de Psicología, Bogotá, Colombia.

Hospital el Tunal - Empresa Social del Estado, Bogotá, Colombia.

REFERENCIAS

1. Pedrajas J, Molino A. Bases neuromédicas del dolor. *Clínica y Salud*. 2008;19:277-93.
2. Castel-Bernal B, García-Bardon V, Tornero-Molina J. Evaluación psicológica en el dolor crónico. *Reumatología Clínica*. 2006;2:44-9.
3. Bonica JJ. Multidisciplinary/interdisciplinary pain programs. En: Bonica JJ, editor. *The management of pain*. Philadelphia: Lea & Febiger; 1990. p. 197-208.
4. Castro M, Kraychete D, Daltro C, Lopes J, Menezes R, Oliveira I. Comorbid anxiety and depression disorders in patients with chronic pain. *Arq Neuropsiquiatr*. 2009;67:982-5.
5. Pelechano V. Dolor crónico y trastornos de personalidad. Facultad de Psicología de la Universidad de la Laguna. *Boletín de Psicología*. 2005;84:59-76.
6. Brennan J, Sullivan M. Suicidal thoughts and behavior among adults with self-reported pain conditions in the national comorbidity survey replication. *J Pain*. 2008;9:1106-15.
7. Argimón J, Jiménez J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. España: Elsevier; 2004.
8. Balluerka N, Vergara AI. *Diseños de investigación experimental en psicología*. Madrid: Prentice-Hall; 2002.
9. Bonett DG, Wright TA. Sample size requirements for estimating pearson, kendall and spearman correlations. *Psychometrika*. 2010;65:23-8.
10. Lugo L, García H, Gómez C. Confiabilidad del Cuestionario de Calidad de Vida en Salud SF-36, 24. Medellín, Colombia: Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública; 2006. p. 37-50.
11. Rico J, Restrepo M, Molina M. Adaptación y validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medicina*. 2005;3:73-86.
12. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, et al. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Neurobiol*. 1998;61: 143-52.
13. Smith MT, Perlis ML, Haythornthwaite JA. Suicidal ideation in outpatients with chronic musculoskeletal pain: An exploratory study of the role of sleep onset insomnia and pain intensity. *Clin J Pain*. 2004;20:111-8.
14. González A, Fernández C, García G, Soler J, Arce C, Cueto J. Quality of life parameters in terminal oncological patients in a home care unit. *Psychology in Spain*. 2002;6:68-76.
15. Padierna C, Fernández C, González A. Calidad de vida en pacientes oncológicos terminales, medida con el QL-CA-AFEX. *Psicothema*. 2002;14:1-8.
16. Soler MD, Saurí-Ruiz J, Curcoll-Gallemí ML, Benito-Penalva J, Opisso-Salleras E, Chamarro-Lusar A, et al. Características del dolor neuropático crónico y su relación con el bienestar psicológico en pacientes con lesión medular. *Rev Neurol*. 2007;44:3-9.