

**GRAO EN ENFERMARÍA**

Curso académico 2015/2016

TRABALLO FIN DE GRAO

**EL EFECTO DE LA VIDA EN PAREJA EN EL  
AFRONTAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO:  
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**Noemia García Cabanas**

**Titora: Prof. Carmen M<sup>a</sup> Sánchez Álvarez**

**Xullo 2016**

**ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA**

**UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

## ÍNDICE

1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCIÓN	6
3. JUSTIFICACIÓN	9
4. HIPÓTESIS	10
5. OBJETIVOS	
5. a. Principal	11
5. b. Secundarios	11
6. METODOLOGÍA	
6. a. Tipo de estudio	12
6. b. Estrategia de búsqueda bibliográfica	12
6. c. Proceso de selección de los estudios	14
6. d. Limitaciones de la revisión bibliográfica	18
7. RESULTADOS	
7. a. Características de los estudios seleccionados	19
7. b. Resultados de los estudios seleccionados	19
8. DISCUSIÓN	25
9. CONCLUSIONES	34
10. BIBLIOGRAFÍA	36
10. a. [LISTA DE REFERENCIAS]	37
11. ANEXOS	
ANEXO I ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	40
ANEXO II REFERENCIAS Y FACTOR DE IMPACTO	41
ANEXO III RELACIÓN DE ARTÍCULOS EXCLUÍDOS	42
ANEXO IV CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS	44

## 1. RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El dolor crónico es un proceso común que supone una de las mayores fuentes de sufrimiento y discapacidad en pacientes de todo el mundo y tiene un impacto considerable en la calidad de vida. Entender la dinámica que se establece dentro de una pareja cuando se presenta un problema como el dolor crónico es útil para proporcionar información y asesoramiento profesional en caso de afrontamiento familiar comprometido e identificar el riesgo de cansancio del rol del cuidador.

**OBJETIVO:** Realizar un análisis de publicaciones científicas nacionales e internacionales para comprobar cómo el dolor crónico no canceroso afecta a las relaciones en pareja y si estas últimas condicionan la calidad de vida de estos pacientes.

**MÉTODO:** Se llevó a cabo una revisión integradora de la literatura en “**Mergullador**”, perteneciente a la Biblioteca Virtual del Sistema Público Sanitario de Galicia, *BiblioSaúde*. Se incluyeron en la búsqueda todos los artículos originales publicados en castellano e inglés, elaborados desde el año 2000. Fueron encontrados 34 artículos en total, de los cuáles se seleccionaron 16 que cumplían los criterios de inclusión establecidos.

**DISCUSIÓN:** El dolor crónico se ve afectado por la relación de pareja. Se establece que si un paciente con dolor crónico se encuentra satisfecho con su relación, disminuye la severidad de su dolor, su sensación de incapacidad y la dependencia a opiáceos.

**PALABRAS CLAVE:** Dolor Crónico, Respuesta del cónyuge, satisfacción marital

## RESUMO

**INTRODUCCIÓN:** A dor crónica é un proceso común que supón unha das maiores fontes de sufrimento e discapacidade en doentes de todo o mundo e ten un impacto considerable na calidade de vida. Entender a dinámica que se establece dentro dunha parella cando se presenta un problema como a dor crónica é útil para proporcionar información e asesoramento profesional no caso de afrontamento familiar comprometido e identificar o risco de cansancio no rol do coidador.

**OBXECTIVO:** Realizar unha análise de publicacións científicas nacionais e internacionais para comprobar cómo a dor crónica non cancerosa afecta ás relacións de parella e se estas últimas condicionan a calidade de vida dos doentes.

**MÉTODO:** Levouse a cabo unha revisión integradora da literatura no “**Mergullador**” pertencente á Biblioteca Virtual do Sistema Público Sanitario de Galicia, *BiblioSaúde*. Incluíronse na procura todos os artigos orixinais publicados en castelán e en inglés, elaborados dende o ano 2000. Foron encontrados 34 artigos en total, dos cales 16 foron os eleccionados porque cumprían cos criterios de inclusión establecidos.

**DISCUSIÓN:** A dor crónica vese afectada pola relación de parella. Establécese que se un paciente con dor crónica atópase satisfeito coa súa relación, diminúe a severidade da súa dor, a súa sensación de incapacidade e a dependencia a opiáceos.

**PALABRAS CLAVE:** Dolor Crónica, Resposta do cónxuxe, satisfacción marital

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Chronic pain is a common process and one of the greatest sources of suffering and disability in patients worldwide and has a considerable impact on the quality of life. Understanding the dynamics established within a couple with a problem such as chronic pain is useful in order to provide information and professional advice when compromised family coping is present and to identify the risk for caregiver role strain.

**OBJECTIVE:** To perform an analysis of national and international scientific publications to verify how chronic non-cancer pain affects personal relationships and whether or not the condition affects the quality of life of these patients.

**METHOD:** We conducted an integrative review of literature in "Mergullador", belonging to the Virtual Library of the Public Health System of Galicia, *BiblioSaúde*. In the search all original articles published in Spanish and English published since 2000 were included. 34 articles in total were found, 16 of which were selected since they met the inclusion criteria.

**DISCUSSION:** Chronic pain is affected by the relationship. It established that if a patient with chronic pain is satisfied with their relationship, the severity of the pain felt, the feeling of disability and opioid dependence decrease.

**PALABRAS CLAVE:** Chronic Pain, Spouse response, Marital Satisfaction

## 2. INTRODUCCIÓN

El **dolor crónico** es un proceso común que supone una de las mayores fuentes de sufrimiento y discapacidad en pacientes de todo el mundo y tiene un impacto considerable en la calidad de vida. Esta condición tiene repercusiones sociales y económicas directas<sup>1</sup>. Se trata, por tanto, de una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño real, potencial o percibido.

Se entiende que el dolor es una experiencia que va más allá de la esfera física de la persona y que en la respuesta adaptativa intervienen también factores psicológicos y sociales. Pese a esta realidad, la orientación bio-psico-social no está debidamente incorporada a la práctica<sup>2</sup>.

En España, la media de edad en las personas que sufren dolor crónico no canceroso se encuentra en 50,7 años, siendo un 53% mujeres. La duración media del dolor crónico, que varía según la etiología, se encuentra entre los 6 y los 14 años. Se estima la prevalencia del dolor crónico en un 12% de la población general, predominando el dolor de espalda y artrítico-artrósico<sup>3</sup>. No podemos ignorar que a mayor duración del dolor, mayor es el riesgo de que los pacientes estén expuestos a respuestas desadaptativas psicológicas y sociales<sup>2</sup>.

Es llamativa la distribución según sexo de los principales problemas de salud que originan dolor crónico, como podemos ver en la **TABLA I**, con un porcentaje mayor de mujeres afectadas que de varones<sup>4</sup>.

**TABLA I: Prevalencia de los principales problemas que originan dolor crónico en España (2014)**

	Hombres	Mujeres
Dolor de espalda crónico (lumbar)	14,3	22,8
Artrosis, artritis, reumatismo	11,1	25,1
Dolor de espalda crónico (cervical)	9,6	21,9

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Hay evidencia suficientemente razonable para establecer que el dolor crónico afecta a muchos aspectos de la vida diaria de los pacientes, así como sus relaciones familiares y de amistad<sup>5</sup>.

Existe una significativa bibliografía que asocia el nivel de salud con las relaciones familiares, y en concreto con las relaciones de pareja. Se establece que las personas solteras tienen un 24% más de posibilidades de muerte prematura comparados con personas casadas. **Roelfs y Shor (2011)** determinan que esto se debe a varios factores, entre los que se encuentra el estilo de vida (ya que se vinculan más acciones temerarias a las personas solteras que a las casadas) y la falta de apoyo económico y social en caso de patología o dificultad financiera (situación más relevante en la mujer que en el varón en las sociedades occidentales). Las posibilidades se disparan en aquellas culturas donde las sanciones sociales por mantener la soltería son más elevadas, ya que, generalmente, las personas que permanecen solteras sufren de algún tipo de patología<sup>6</sup>.

El **matrimonio** se considera como la unión formal y legal entre individuos (*cónyuges*) para conseguir unos objetivos comunes basada, por lo general, en una relación de cercanía y afecto. Esta unión formal no siempre se produce, y en ocasiones una unión informal y alegal ocurre entre individuos, siendo esta relación creada de igual manera para conseguir unos objetivos comunes y de nuevo basada, por lo general, en una relación de cercanía y afecto. En esta revisión, y con el objetivo de simplificar la terminología, se considerará matrimonio a cualquier unión estable entre individuos independientemente si ésta es formal o informal.

La soltería no es lo único que afecta a la longevidad. **Kaplan (2006)** obtiene resultados analizando datos censuales de Estados Unidos que sugieren que las personas divorciadas, separadas y viudas tienen menor riesgo de muerte prematura que las que nunca han estado casadas. El nunca haber contraído matrimonio se convierte así en un buen indicador para pobres perspectivas en el estado de salud. Similares conclusiones

se pudieron extraer en otros países. El autor no relaciona el incremento de la mortalidad al estilo de vida de los solteros, sino que lo asocia a la falta de la red de apoyo comunitario que se teje como consecuencia de la vida en pareja<sup>7</sup>. Esta diferencia en la esperanza de vida se evidencia mucho más en varones que en mujeres, independientemente de la formación académica<sup>8</sup>.

El dolor (o la ausencia del mismo) y las relaciones personales forman parte de los elementos que determinan **la calidad de vida** de una persona. La calidad de vida es un concepto amplio que abarca no sólo la salud física de la persona, sino también sus relaciones sociales, creencias y la relación con el medio<sup>9</sup>.

Los cambios en el estado matrimonial son considerados de las transiciones más importantes de la vida adulta. El matrimonio fue descrito como el séptimo evento más estresante posible, y la viudedad y el divorcio calificados como más estresantes que un ingreso en prisión<sup>10</sup>. Por todo esto, no es de extrañar que la vida en pareja pueda condicionar o incluso determine si se llega (o no) a alcanzar el máximo nivel de calidad de vida.

La relación entre el matrimonio y la salud mental ha sido menos estudiada, en parte por la dificultad que entraña el ir más allá del macroanálisis censual. Pero sí se relaciona el matrimonio con una buena salud mental, aunque los resultados dependen del tramo de edad estudiado y el género<sup>11</sup>.



### 3. JUSTIFICACIÓN

El dolor crónico no canceroso es un problema con un gran coste personal, social y económico en nuestro entorno. Los pacientes que lo sufren encuentran dificultades para disfrutar del máximo nivel de calidad de vida, ya que, no sólo su bienestar físico está disminuido, sino que su rendimiento laboral y sus relaciones personales también se encuentran comprometidas.

La literatura demuestra una relación directa entre el estado de salud y las relaciones personales. A través de numerosos estudios, se puede establecer que una persona que vive en pareja gozará de una mayor longevidad y de una menor probabilidad de sufrir problemas de salud a largo plazo.

Conocer cómo el dolor crónico afecta a la calidad de vida de los pacientes es una responsabilidad de las enfermeras, puesto que dentro de las competencias de la profesión podemos encontrar diagnósticos e intervenciones relacionadas con el manejo del mismo. Además, no podemos olvidar realizar una visión holística de un tipo de paciente que, por lo general, no vive aislado y que su condición puede comprometer sus relaciones de pareja y éstas últimas la evolución de su proceso.

Entender la dinámica que se establece dentro de una pareja cuando se presenta un problema como el dolor crónico es útil para proporcionar información y asesoramiento profesional en caso de afrontamiento familiar comprometido e identificar el riesgo de cansancio del rol del cuidador.

## 4. HIPÓTESIS

La literatura científica parece demostrar la relación que existe entre la vida en pareja, el estado de salud y la longevidad: las personas que viven en pareja viven más y con mejor calidad.

El dolor crónico sabemos que condiciona todas las esferas de la vida de los pacientes, incluyendo la familiar.

*H<sub>a</sub> las personas que sufren dolor crónico y viven en pareja, sobrellevan mejor su condición y su calidad de vida es superior que la de los pacientes solteros.*

*H<sub>0</sub> no existe diferencia de calidad de vida y control del dolor entre las personas que viven en pareja y las personas solteras.*

## 5. OBJETIVOS

### 5. a. Objetivo General:

Realizar un análisis de publicaciones científicas nacionales e internacionales para comprobar cómo el dolor crónico no canceroso afecta a las relaciones en pareja y si estas últimas condicionan la calidad de vida de estos pacientes.

### 5. b. Objetivos específicos:

- Estudiar cómo afecta el dolor crónico a la dinámica familiar de los pacientes y a sus relaciones personales.
- Profundizar sobre los cambios en el comportamiento del paciente que sufre dolor crónico y su pareja en el seno familiar.
- Constatar, si es posible, la relación que hay entre una buena calidad de vida y la vida en pareja en los pacientes con dolor crónico no canceroso.
- Establecer la relación entre el género y la respuesta al dolor crónico.
- Fomentar la reflexión sobre la importancia de la familia en el desarrollo de los procesos dolorosos crónicos.
- Conocer qué intervenciones pueden incorporarse a la práctica enfermera que fomenten respuestas adaptativas.

## 6. METODOLOGÍA

### 6. a. Tipo de estudio:

Se ha realizado una revisión sistemática de las publicaciones científicas disponibles tanto a nivel nacional como internacional basada en la siguiente **pregunta**: *¿Influye la relación de pareja en el control y calidad de vida de los pacientes con dolor crónico no canceroso?*

Sólo se consideraron artículos originales creados a partir de estudios clínicos.

### 6. b. Estrategia de búsqueda bibliográfica:

Se llevó a cabo una **búsqueda** en la plataforma de acceso a recursos electrónicos “**Mergullador**”, perteneciente a la Biblioteca Virtual del Sistema Público Sanitario de Galicia, *BiblioSaúde*<sup>12</sup>. Esta es una herramienta que participa en la Plataforma de Gestión del Conocimiento del Sistema Nacional de Salud, un proyecto del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con el objetivo de ofrecer un punto de acceso único a la información científica y sanitaria.

Desde el “*Mergullador*” se puede no sólo acceder a las principales bases de datos nacionales e internacionales, sino también a documentación gubernamental y tesis doctorales editadas al abrigo del Ministerio de Sanidad. A través de este buscador, se puede buscar información dentro de una selección de más de 215 recursos gratuitos (MEDLINE/PubMed, DIALNET, SCIELO...) y de suscripción (Web of Science, editoriales de revistas como Springer, Wiley, Elsevier, Oxford University Press...). Debido a la naturaleza de este buscador en el que no se discriminan los resultados por bases de datos y los límites de esta revisión, no se especificará en este trabajo en qué base de datos están indexados los diferentes artículos y sí se detallará pormenorizadamente el índice de impacto de las revistas donde se publicaron los artículos.

Para la búsqueda, se tomaron las siguientes **palabras clave**: *Chronic pain AND (spouse responde OR marital satisfaction)*. No se utilizaron

descriptores en otros idiomas debido a la escasez de artículos conseguidos en la búsqueda previa y lo poco relevante de los mismos cuando se introducían en la base de datos.

Se incluyeron todos los artículos originales (excluyendo revisiones bibliográficas) publicados en **inglés y español** desde el año **2000** y que tuvieran acceso libre y gratuito al texto completo a través de los accesos remotos proporcionados por la Universidad de A Coruña. Se consideraron todos los artículos producidos por profesionales médicos, enfermeros, psicólogos y profesionales de la salud que estudian las respuestas humanas al dolor crónico en el seno de una pareja, quedando excluidos de la selección otras profesiones.

El período de consulta se acotó entre el 2000 y el 2016 para poder abarcar las publicaciones de los últimos 15 años, periodo de mayor expansión en el campo de la evolución en las dinámicas sociales y dinámicas familiares. Es por esta razón que las revisiones bibliográficas quedaron excluidas de esta revisión: las revisiones consultadas analizaban bibliografía muy antigua (anterior a 1995) y el propósito de mantener actuales las referencias.

Así mismo, no se consideraron estudios de caso ni artículos cuyo objeto de estudio sea una muestra menor de 25 personas para que las conclusiones extraídas fuesen lo más relevantes posibles.

Además, se realiza un sesgo importante rechazando todos aquellos artículos en los que se considere el dolor crónico de tipo canceroso y sus secuelas y el dolor que condiciona las relaciones sexuales. En éstos intervienen numerosos factores relacionados con creencias y actitudes sobre la enfermedad. Son problemas con una entidad propia y una distribución por sexos muy peculiar, por lo que se excluyen esos problemas a favor de sacar conclusiones más generalistas.

Con el fin de garantizar datos relevantes y significativos, sólo se seleccionaron aquellos artículos procedentes de revistas científicas con un **índice de impacto superior a 2** según los datos del *Journal Citation Report*, disponible a través de la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología<sup>13</sup>.

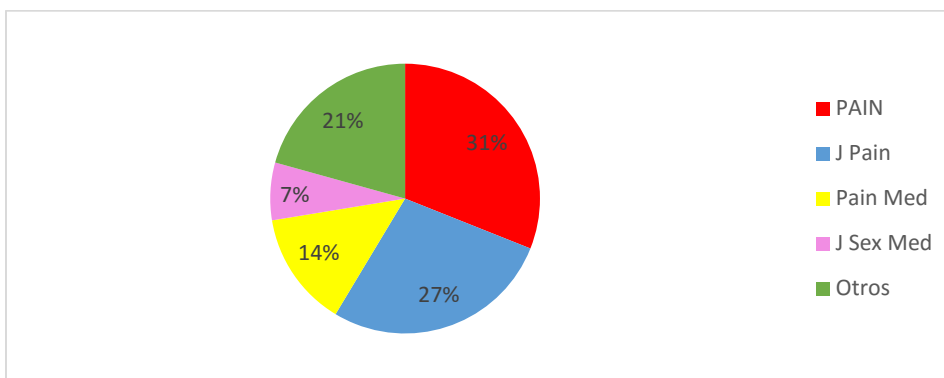
**TABLA II: Criterios de selección de los artículos y revisiones.**

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
-	Artículos originales en los que se estudiase las respuestas humanas en el seno de una pareja donde uno de los cónyuges sufre dolor crónico.
-	Estudios originales con acceso gratuito al texto completo.
-	Estudios originales publicados en lengua inglesa y española.
-	Estudios originales publicados en revistas de alto impacto (índice de impacto > 2).
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	
-	Estudios que no reflejasen la temática a estudiar en este trabajo.
-	Estudios en los que se considere el cáncer o sus secuelas y el dolor asociado a las relaciones sexuales o sus secuelas como fuente de dolor crónico.
-	Estudios en el que el tamaño muestral sea inferior a 25 personas.
-	Estudios publicados antes del año 2000.
-	Estudios que no se consideren artículos originales o revisiones de la literatura.
-	Estudios no realizados por profesionales otros que médicos, enfermeros, psicólogos y profesionales de la salud pública, quedando excluidos de la selección otras profesiones.

Fuente: Elaboración propia.

### 6. c. Proceso de selección de estudios:

En una primera búsqueda se obtienen 34 publicaciones. Después de descartar 3 estudios por ser versiones antiguas de otros que están en la lista y de tres de los que no se puede conseguir el texto completo, la revisión comienza con 28 artículos procedentes de diferentes revistas (ver **FIGURA I**).

**FIGURA I: Distribución de los artículos según su revista de origen.**

Fuente: Elaboración propia.

Se excluyen los artículos procedentes de revistas con bajo impacto (3 artículos) y aquellos artículos cuyo tamaño muestral no responda a los criterios establecidos (2 artículo).

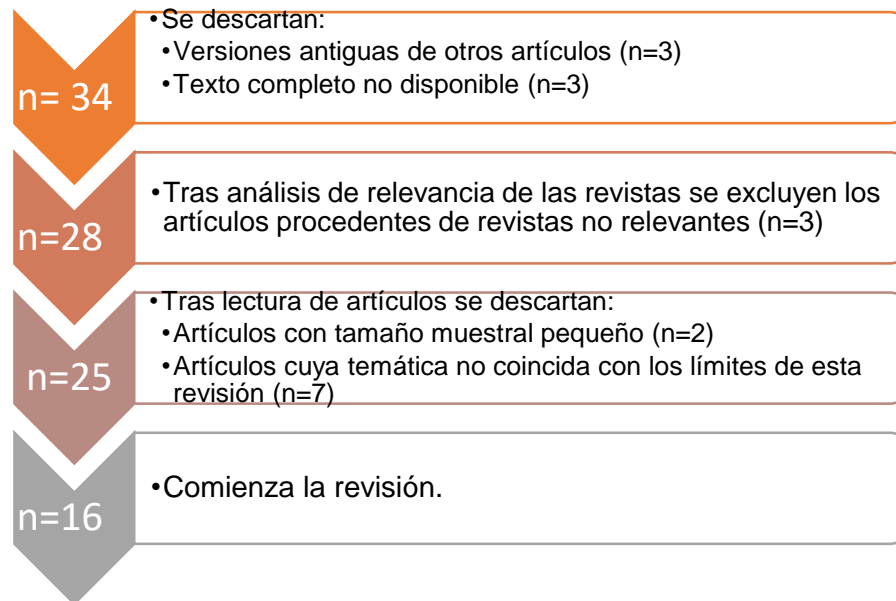
Se procede a la lectura de texto completo de 25 artículos, utilizando metodología de lectura crítica CASPe (Critical Appraisal Skills Programme español) <http://www.readcaspe.org/>.

Tras la lectura crítica de se eliminan de la revisión bibliográfica 6 artículos por no coincidir con los objetivos de la revisión, bien en el tema o en el formato elegido y aquellos artículos cuyo tamaño muestral no responde a los criterios establecidos (2 artículos).

La información completa sobre los artículos descartados y causas de eliminación se muestra en el **ANEXO III**.

En la Figura II se puede ver el proceso de selección de artículos de forma esquemática. No se añadió ningún estudio, a partir de la búsqueda manual realizada en las listas de referencias de los artículos seleccionados.

FIGURA II: Proceso de selección de los artículos.



Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente tabla (**TABLA III**) se puede observar la relación de artículos, ordenados por fecha de publicación, que integran la selección definitiva de esta revisión bibliográfica, especificando la revista y el factor de impacto de la misma.

TABLA III: Relación de artículos seleccionados para la revisión.

Título	Autores	Revista	Factor de Impacto
1- The Communal Coping Model of Pain Catastrophizing in Daily Life: A Within-Couples Daily Diary Study (2015)	Burns J, Gerhart J, Post, K, Smith D, Porter L, Schuster E et al.	The Journal of Pain	4.01
2- Relationship status and quality moderate daily pain-related changes in physical disability, affect, and cognitions in women with chronic pain (2013)	Taylor S, Davis M, Zautra A	PAIN	5.213
3- A motivational therapeutic assessment improves pain, mood, and relationship satisfaction in couples with chronic pain (2013)	Miller L, Cano A, Wurm L	The Journal of Pain	4.01
4- Correlates and consequences of the disclosure of pain-related distress to one's spouse (2012)	Cano A, Leong L, Williams A, May D, Lutz JR	PAIN	5.213
Título	Autores	Revista	Factor de



			Impacto
<b>5- Associations Between Spousal or Significant Other Solicitous Responses and Opioid Dose in Patients with Chronic Pain (2012)</b>	Cunningham JL, Hayes SE, Townsend C, Laures H, Hooten WM	Pain Medicine	2.339
<b>6- How do I empathize with you? Let me count the ways: Relations between facets of pain-related empathy (2012)</b>	Issner J, Cano A, Leonard MT, Williams A	The Journal of Pain	4.01
<b>7- Sequential and Base Rate Analysis of Emotional Validation and Invalidation in Chronic Pain Couples: Patient Gender Matters (2011)</b>	Leong L, Cano A, Johansen AB	The Journal of Pain	4.01
<b>8- A preliminary investigation of affective interaction in chronic pain couples (2007)</b>	Johansen, AB, Cano A	PAIN	5.213
<b>9- One day at a time: The impact of daily satisfaction with spouse responses on pain, negative affect and catastrophizing among individuals with rheumatoid arthritis (2007)</b>	Holtzman S, Delongis A	PAIN	5.213
<b>10- Chronic pain couples: Perceived marital interactions and pain behaviours (2006)</b>	Newton-John T, Williams A	PAIN	5.213
<b>11- The development and psychometric evaluation of an instrument to assess spouse responses to pain and well behavior in patients with chronic pain: The Spouse Response Inventory (2005)</b>	Schwartz L, Jensen M, Romano J	The Journal of Pain	4.01
<b>12- Factors Associated With Marital Satisfaction and Mood Among Spouses of Persons With Chronic Back Pain (2005)</b>	Geisser M, Cano A, Leonard MT	The Journal of Pain	4.01
<b>13- Marital functioning, chronic pain, and psychological distress (2004)</b>	Cano A, Gillis M, Heinz W, Geisser M, Foran H	PAIN	5.213
<b>14- Spousal congruence on disability, pain, and spouse responses to pain (2004)</b>	Cano A, Johansen AB, Geisser M	PAIN	5.213
<b>15- Perceived spouse responsiveness to chronic pain: Three empirical subgroups (2001)</b>	Papas RK, Robinson ME, Riley JL	The Journal of Pain	4.01
<b>16- Marital Satisfaction and Pain Severity Mediate the Association between Negative Spouse Responses to Pain and Depressive Symptoms in a Chronic Pain Patient Sample (2000)</b>	Cano A, Weisberg JN, Gallagher RM	Pain Medicine	2.339

El índice de impacto medio fue de **4,327**.

### **6. d. Limitaciones de la revisión bibliográfica:**

Al igual que cualquier estudio, la Revisión Bibliográfica Sistemática, tiene limitaciones y sesgos, a continuación, se exponen los principales:

- La forma de selección de artículos y referencias bibliográficas puede actuar como un sesgo si no se sigue una metodología estricta. En este caso la metodología ha partido de los objetivos planteados y se ha realizado en coincidencia con criterios previamente fijados de inclusión y exclusión. Se ha buscado la evidencia científica más reciente y con más relevancia.
- La metodología de los artículos seleccionados puede actuar, también, como sesgo.
- La existencia de variables que no hayan sido consideradas tanto en la revisión como en los estudios seleccionados puede actuar de forma distorsionante para el resultado final de la revisión; para disminuir este riesgo se ha realizado una revisión previa de la literatura pertinente y en la selección final se ha tratado de obtener estudios con objetivos y resultados similares, para que la comparación pueda realizarse entre iguales.
- Por último y, no menos importante, debe añadirse que esta Revisión ha sido realizada por un solo revisor, lo que disminuye, en cierto grado, el contraste de resultados que puede obtenerse cuando son varios los revisores que participan en el proceso.

## 7. RESULTADOS

### 7. a. Características de los estudios seleccionados

Los estudios seleccionados son en su mayoría transversales, de intervención y ecológicos. En el **ANEXO IV** se incluye una descripción pormenorizada del tipo de estudio, la muestra sobre la que se realiza, la estrategia metodológica y los factores de estudio.

Los estudios valorados no tienen un Nivel de Evidencia alto (2c-4) ni un Grado de Recomendación elevado (B-C). Esto se debe a que los estudios recogidos son en su mayoría estudios descriptivos y transversales cualitativos en los que no existe un seguimiento posterior al abordaje y excepto en un caso (**Miller L, Cano A, Wurm L, 2013**) no hay grupos control de ninguna de las intervenciones realizadas.

El análisis descriptivo y metodológico de la selección definitiva se muestra en el apartado de resultados de los estudios, así como el nivel de evidencia alcanzado y el grado de recomendación de los mismos, según la Clasificación OCEBM (Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford) <http://www.cebm.net/> que se adecua a la perfección a esta revisión ya que permite clasificar estudios según sus objetivos, adaptando las puntuaciones según se trate de estudios de prevención, tratamiento, pronóstico, historia natural, diagnóstico, prevalencia y/o evaluación económica.

### 7. b. Resultados de los estudios seleccionados

En todos los estudios se utilizaron diferentes escalas para poder encontrar respuestas a los objetivos de los mismos. Se utilizan escalas validadas en literatura anterior o creadas para la utilización en el estudio y tras su análisis se alcanzan conclusiones trasladables a la generalidad. En la **TABLA IV** se refleja las diferentes tablas validadas por literatura anterior que se han utilizado en los estudios revisados.

TABLA IV. Escalas validadas utilizadas en los estudios.

<b>Estado de sus relaciones/afrontamiento en la relación</b>	Marital Adjustment Scale (n=4)
	Dyadic Adjustment Scale (n=6)
	Specific Affect Coding System (n=2)
<b>Nivel de dolor</b>	Escala Jensen (n=2)
	Brief Pain Inventory (n=1)
	EVA (n=2)
<b>Estado de ánimo / depresión/ ansiedad</b>	Beck Depression Inventory (n=4)
	Mood and anxiety symptom questionnaire (n=2)
	Structured clinical interview for the DSM-IV (n=4)
	The Mood and Anxiety Symptom Questionnaire (n=1)
	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (n=1)
<b>Superación del dolor /respuesta al dolor</b>	Affects Balance Scale (n=1)
	Pain Self-efficacy Questionnaire (n=1)
	Multidimensional pain inventory (n=11)
	Multidimensional Pain Inventory-Spouse Version (n=4)
	Pain Catastrophizing Scale (n=2)
	Pain Behavior Checklist (n=1)
	Survey of Pain Attitudes (n=1)
	Spouse Solicitous Responses to Pain Behavior scale (n=1)
	Helplessness Subscale of the Pain Catastrophizing Scale (n=1)
	Davis Interpersonal Reactivity Index (n=1)
Validation and Invalidation Behavioral Coding System 25	
Coping Strategies Questionnaire 29	
pain coping efficacy scale developed by Zautra and Wrabetz 1	
<b>Incapacidad</b>	Role Physical subscale from the SF-36 1
	Sickness impact profile— 4, 16, 19
	Roland-Morris Disability Questionnaire 17

Fuente: Elaboración propia.

Dentro de las escalas, llama la atención la utilización en repetidos estudios la escala “*West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI)*” utilizada en su versión original, adaptada al objeto de estudio o en su versión para el cónyuge en 11 de los 16 artículos utilizados en la revisión. Esta escala fue desarrollada por **Kerns et al (1985)** y se ha demostrado que se puede aplicar a una gran variedad de condiciones crónicas que cursan con dolor. Ha sido además puesta en práctica en numerosas realidades culturales, y traducida a 8 idiomas diferentes. Destaca por su brevedad, validez, seguridad y facilidad, por lo que es un instrumento idóneo no sólo para la investigación sino también para la práctica clínica.

La escala WHYMPI consta de 52 ítems, medidos en escala de 6 que están divididos en 3 partes para medir las dimensiones más importantes de la experiencia dolorosa, las percepciones del paciente sobre las respuestas que sus parejas manifiestan respecto al dolor y la frecuencia en la que el paciente con dolor participa en las actividades diarias. Este es un instrumento recomendado en la valoración psicológica y de comportamiento. La confianza de esta escala fue demostrada y varía entre 0,70 y 0,90<sup>14</sup>.

Otra escala enormemente utilizada (en 6 artículos) es la “*Dyadic Adjustment Scale*”. Esta es una escala de 32 ítems en la que se mide la calidad de los matrimonios y otros tipos de parejas. Esta medida, aunque criticada inicialmente, ha sido fundamentada teóricamente convirtiéndose en una medida relevante, válida y necesaria teniendo en cuenta que la adaptación en la convivencia está todavía siendo muy estudiada. La confianza respecto a esta escala ha sido presentada como muy alta<sup>15</sup>

Previamente a debatir los resultados extraídos de la revisión, en la **TABLA V** se expone un resumen de los objetivos de los estudios y las conclusiones extraídas de los mismos:

Tabla V: Objetivos y Conclusiones de los Estudios.

Título	Autores	Objetivos del Estudio	Conclusiones alcanzadas
<b>1- The Communal Coping Model of Pain Catastrophizing in Daily Life: A Within-Couples Daily Diary Study (2015)</b>	Burns J, Gerhart J, Post, K, Smith D, Porter L, Schuster E et al.	Entender mejor el comportamiento catastrofista asociado al dolor en su contexto interpersonal, tanto en el paciente como en la respuesta de la pareja.	<b>La actitud catastrofista del paciente aumenta la respuesta del cónyuge al dolor del paciente.</b>
<b>2- Relationship status and quality moderate daily pain-related changes in physical disability, affect, and cognitions in women with chronic pain (2013)</b>	Taylor S, Davis M, Zautra A	Examinar si los cambios diarios en el funcionamiento físico y afectivo ocasionado por el dolor crónico difieren entre mujeres satisfechas con sus relaciones, insatisfechas y solteras.	<b>Los pacientes con dolor en una relación de pareja que les satisfaga son capaces de afrontar el dolor diario, limitando la incapacidad física asociada comparado con los pacientes que se encuentran en una relación de pareja infeliz o solteros.</b>
<b>3- A motivational therapeutic assessment improves pain, mood, and relationship satisfaction in couples with chronic pain (2013)</b>	Miller L, Cano A, Wurm L	Examinar como una breve valoración terapéutica que integre entrevistas motivacionales puede mejorar el dolor y las variables psicosociales de las parejas que experimentan dolor crónico.	<b>Se demuestra que una breve terapia que incluya estrategias motivacionales para parejas con dolor crónico puede resultar en una mejora del dolor, estado de ánimo y bienestar de la pareja.</b>
<b>4-Correlates and consequences of the disclosure of pain-related distress to one's spouse (2012)</b>	Cano A, Leong L, Williams A, May D, Lutz JR	Examinar con qué frecuencia la comunicación sobre el dolor ocurre en el seno de una pareja y las consecuencias de la misma.	<b>La angustia en uno o ambos cónyuges alimenta la aparición de revelaciones, así como las respuestas invalidantes.</b>
<b>5- Associations Between Spousal or Significant Other Solicitous Responses and Opioid Dose in Patients with Chronic Pain (2012)</b>	Cunningham JL, Hayes SE, Townsend C, Laures H, Hooten WM	Determinar los efectos que tiene en el cónyuge la de la dosis de morfina administrada en pacientes con dolor crónico.	<b>En pacientes con dolor crónico tratados con morfina, las actitudes solícitas y desadaptativas están asociadas con una mayor dosis de morfina. Esto se evidencia más en hombres que en mujeres.</b>
<b>6- How do I empathize with you? Let me count the ways: Relations between facets of pain-related empathy (2012)</b>	Issner J, Cano A, Leonard MT, Williams A	Examinar cómo las diferentes facetas de la empatía están relacionadas en las parejas con dolor crónico con las diferentes respuestas	<b>Algunos cónyuges maritalmente satisfechos pero que no responden solícitamente responden más empáticamente.</b>

Título	Autores	Objetivos del Estudio	Conclusiones alcanzadas
<b>7- Sequential and Base Rate Analysis of Emotional Validation and Invalidation in Chronic Pain Couples: Patient Gender Matters (2011)</b>	Leong L, Cano A, Johansen AB	Examinar cómo los patrones de comunicación que facilitan o impiden la intimidad y la regulación de emociones en pareja está relacionadas con el dolor, la satisfacción marital y la depresión en parejas con dolor crónico que intentan solucionar desacuerdos.	<b>Las conductas desadaptativas en las parejas en las que se encuentra un paciente varón están relacionadas con un empeoramiento del dolor y un empeoramiento en la satisfacción marital, relación que no se encuentra en las parejas donde es la mujer la que sufre el dolor crónico.</b>
<b>8- A preliminary investigation of affective interaction in chronic pain couples (2007)</b>	Johansen, AB, Cano A	Examinar cómo se relaciona la interacción marital afectiva con los síntomas depresivos en las personas con dolor crónico y sus parejas y con el nivel de dolor.	<b>La relación entre el enfado del esposo y los síntomas depresivos y entre el humor del esposo y el nivel de dolor en la persona con dolor están moderados por el nivel de dolor.</b>
<b>9- One day at a time: The impact of daily satisfaction with spouse responses on pain, negative affect and catastrophizing among individuals with rheumatoid arthritis (2007)</b>	Holtzman S, Delongis A	Examinar cómo las relaciones sociales pueden interrumpir el círculo vicioso de dolor crónico, afrontamiento negativo y actitudes catastróficas.	<b>Los individuos con dolor tienen actitudes catastrofistas sobre su dolor que fluctúan a lo largo del día. La pareja se revela como un recurso de afrontamiento eficaz.</b>
<b>10-Chronic pain couples: Perceived marital interaction and pain behaviours (2006)</b>	Newton-John T, Williams A	Determinar si existen más respuestas al comportamiento derivado del dolor de las parejas de pacientes con dolor crónico que las descritas en la literatura. Investigar el impacto emocional de los comportamientos solícitos y de castigo del cónyuge en el paciente. Investigar el rol que juega la comunicación sobre el dolor en la satisfacción marital.	<b>Los cónyuges tienden a confiar en el comportamiento solícito más frecuentemente. Pacientes, por otro lado, perciben las respuestas solícitas menos favorables que los esfuerzos de los cónyuges de apoyar su manejo del dolor. La comunicación en la pareja es muy importante para mantener una armonía matrimonial.</b>
<b>11- The development and psychometric evaluation of an instrument to assess spouse responses to pain and well behavior in patients with chronic pain: The Spouse Response Inventory (2005)</b>	Schwartz L, Jensen M, Romano J	Describir el desarrollo y la evaluación psicométrica preliminar de un cuestionario personal para valorar las respuestas de la pareja al comportamiento y dolor del paciente.	<b>Se valora que una escala de respuesta del cónyuge como la evaluada en este estudio proporciona una valoración sencilla y segura de las respuestas al dolor.</b>

Título	Autores	Objetivos del Estudio	Conclusiones alcanzadas
<b>12- Factors Associated With Marital Satisfaction and Mood Among Spouses of Persons With Chronic Back Pain (2005)</b>	Geisser M, Cano A, Leonard MT	Estudiar el impacto del dolor y la incapacidad en la satisfacción marital y angustia afectiva siendo valorado tanto por el paciente como con el cónyuge.	<b>La adaptación de la pareja al paciente con dolor crónico está significativamente asociada a la percepción del cónyuge de las limitaciones físicas y psicosociales del paciente. Las limitaciones psicosociales están asociadas a la satisfacción marital en el cónyuge.</b>
<b>13- Marital functioning, chronic pain, and psychological distress (2004)</b>	Cano A, Gillis M, Heinz W, Geisser M, Foran H	Examinar si las variables del funcionamiento marital se relacionan exclusivamente con el estrés psicológico y si los diagnósticos de desorden depresivo son independientes de la severidad del dolor y de la incapacidad física.	<b>La percepción y los comportamientos directamente involucrados en el problema del dolor así como su contexto interpersonal son importantes en relacionarlo a síntomas de angustia psicológica.</b>
<b>14- Spousal congruence on disability, pain, and spouse responses to pain (2004)</b>	Cano A, Johansen AB, Geisser M	Determinar el grado en el que los pacientes con dolor crónico y sus cónyuges coinciden en la valoración de la experiencia dolorosa del paciente.	<b>Los pacientes se consideran más incapacitados física y psicosocialmente que lo que consideran sus cónyuges. Los cónyuges reportan un mayor nivel de dolor que el que reportan los pacientes. Estos resultados están afectados si se presenta depresión en el paciente.</b>
<b>15- Perceived spouse responsiveness to chronic pain: Three empirical subgroups (2001)</b>	Papas RK, Robinson ME, Riley JL	Identificar si existen categorías de respuestas en los esposos ante el dolor crónico de su pareja.	<b>Se identifican 3 subgrupos distintos de respuesta del cónyuge al dolor crónico: un grupo positivamente atento, un grupo negativamente atento y un último grupo inatento.</b>
<b>16- Marital Satisfaction and Pain Severity Mediate the Association between Negative Spouse Responses to Pain and Depressive Symptoms in a Chronic Pain Patient Sample (2000)</b>	Cano A, Weisberg JN, Gallagher RM	Cómo la satisfacción marital y el nivel de dolor como mediadores de la relación entre las respuestas del cónyuge al dolor y los síntomas depresivos y las posibles diferencias de género.	<b>La terapia matrimonial puede considerarse como una vía para mejorar la comunicación y el afrontamiento.</b>



## 8. DISCUSIÓN

A continuación, se expone una comparativa de resultados de los estudios seleccionados, en el mismo orden que los objetivos de esta Revisión bibliográfica:

- *El paciente con dolor crónico y sus respuestas.*

No podemos ignorar que el dolor crónico es una realidad que puede llegar a parasitar todos los aspectos de la vida del paciente. Ante esta realidad, los pacientes reproducen respuestas adaptativas y desadaptativas las cuales incrementan o disminuyen el afrontamiento social y personal.

Se ha estudiado cómo el dolor y las respuestas varían a lo largo del día comprobándose que cuando se reduce la satisfacción de la relación, los pensamientos catastrofistas permanecen a lo largo del día y, con ellos, se favorecen las respuestas negativas<sup>[18]</sup>.

Estas respuestas desadaptativas no deben ser ignoradas, pues resultados sugieren que este tipo de comportamiento catastrofista relacionado con el dolor afecta al ambiente interpersonal de los pacientes y sus cónyuges. Una explicación a este fenómeno es que los pacientes ante un incremento del dolor y cuando los cónyuges están presentes, manifiestan una actitud tremendista para identificar un aumento de la respuesta del cónyuge. Las parejas, por el contrario, identifican una mayor hostilidad hacia el paciente cuando estas situaciones ocurren<sup>[28]</sup>.

De esta revisión podemos precisar que la relación de pareja es un elemento importante y que afecta a la experiencia dolorosa en pacientes con dolor crónico.

El estudio de **Cano y Gillis (2004)** determina que la relación de pareja es la responsable del incremento en los síntomas depresivos en un 11% y ansiosos en un 9% en pacientes con dolor crónico, mucho más que el

dolor en sí mismo. Hay que tomar estos resultados con cautela, porque se debe de tener en cuenta que esto sólo es así cuando se presentan las dos variables (dolor y relaciones insatisfactorias), aisladamente sólo el dolor es responsable del incremento de la depresión.

La depresión, la ansiedad y la tristeza son en sí mismos factores determinantes y que deben de ser estudiados en los pacientes con dolor crónico. Una persona con dolor asocia la tristeza con mayores síntomas depresivos y nivel de dolor que cuando sólo se encuentra con dolor. Esta tristeza, en pareja, se encuentra modulada por el propio dolor y por respuestas no adaptativas (como enfado y desprecio) que coinciden con una mayor puntuación en la evaluación del dolor por parte del cónyuge <sup>[5]</sup>.

Cuando se suma un proceso depresivo al dolor crónico, existe una mayor probabilidad de que el cónyuge se distancie de forma defensiva, percibiendo de forma no coincidente con la realidad la incapacidad física y psicosocial y dificultando la comunicación <sup>[16]</sup>. Es por lo tanto un proceso a tener muy en cuenta y que debe ser evaluado en los pacientes con dolor crónico.

Estos resultados no sólo afectan a la esfera psicosocial del paciente, sino que también tienen repercusión en el manejo farmacológico del dolor. El estudio de **Cunningham y Hayes (2012)** determina que los pacientes con dolor crónico tratados con morfina, las actitudes solícitas y desadaptativas están asociadas con una mayor dosis de morfina.

- ***La dinámica familiar y el dolor crónico.***

Más allá del concepto holístico de la persona, donde las relaciones sociales juegan un papel muy importante, se ha podido determinar que un entorno de apoyo puede llevar a los individuos a sentirse menos amenazados y capaces de afrontar situaciones estresantes <sup>[18]</sup>

En un entorno de apoyo, los pacientes comunican de forma más efectiva la angustia y la preocupación sobre el dolor. Esta comunicación es más probable que ocurra en el seno de la pareja y es más frecuente cuando aumenta la severidad del dolor, la magnificación, la catastrofización y los síntomas depresivos [7]. Esta comunicación eleva la angustia de los cónyuges y hace que evalúen el dolor como más severo [16].

Cabe destacar que la percepción de la invalidez suele ser menos severa por parte del cónyuge. En *Spousal congruence on disability, pain, and spouse responses to pain* de **Cano (2004)** se explica que puede deberse a que los cónyuges se distancian del fenómeno doloroso de forma defensiva y son incapaces de observar el todo.

En el artículo de **Cano y Gillis (2004)** la percepción negativa sobre el matrimonio puede contribuir a la pérdida de esperanza, anhedonia y humor deprimido en parte explicada por la pérdida de apoyo del cónyuge. Aun así, las respuestas desadaptativas por parte del cónyuge se relacionan con un incremento de la ansiedad porque los pacientes incrementan su preocupación sobre el impacto del dolor en las relaciones.

Los pacientes que se encuentran en relaciones felices perciben el apoyo ofrecido por sus parejas como adecuado a sus necesidades y se encuentran satisfechos con el mismo. Además, son capaces de preservar un ánimo positivo y de estar físicamente funcionantes cuando aumenta el dolor [1].

- ***Las respuestas del cónyuge al dolor del paciente.***

Según **Cano y Leong (2012)** las expresiones de pareja, paraverbalizaciones y otros comportamientos que pueden comunicar el tipo de dolor son muy comunes (hasta en dos tercios de las parejas estudiadas).

Para entender las respuestas del cónyuge al dolor del paciente se hace fundamental el estudio de *Perceived spouse responsiveness to chronic*

*pain: Three empirical subgroups (2001)* en el que identificaron subgrupos distintos de respuesta del cónyuge al dolor crónico: un grupo positivamente atento, con altas respuestas solícitas y de distracción al dolor crónico y baja en castigo; un grupo negativamente atento, alto en actitudes de castigo y poco solícito o de distracción. Y un último grupo inatento, bajo en respuestas solícitas, de distracción y de castigo.

El grupo positivamente atento incluye el 65% de la muestra en este estudio que ofrece los resultados más grandes en las medidas de dolor, interferencia y depresión y casi los más bajos en control de vida y nivel de actividad (excepto actividad social debido a una atención positiva por parte de la pareja).

El grupo inatento fue el 19% de la muestra y mostró los niveles más bajos de dolor, interferencia y depresión y los más altos en control de vida y nivel de actividad. Este perfil, sorprendentemente, sugiere el mejor ajuste al dolor.

En el estudio *Chronic pain couples: Perceived marital interactions and pain behaviours*(2006) los pacientes no valoran las respuestas de sus cónyuges a su experiencia dolorosa como completamente negativa ni como completamente positiva. Aun así, se determina que todas las respuestas, incluso aquellas valoradas como “neutras” afectan de un modo u otro al estado emocional del paciente. Las categorías que se consideraron más positivas fueron las que el cónyuge anima al paciente a persistir con una actividad a pesar del dolor o donde observa al paciente sin responder. Con todo, estas dos respuestas ocurren en pocas ocasiones. Solucionar problemas se valora también como muy importante, donde el paciente y el cónyuge trabajan juntos para alcanzar un determinado objetivo a pesar del dolor.

De todas maneras, los patrones de respuesta son muy complejos y no sólo son dependientes de la relación sino también del contexto <sup>[16]</sup>.

Los cónyuges tienden a confiar en el comportamiento solícito más frecuentemente. Los pacientes, por otro lado, perciben las respuestas solícitas menos favorables que los esfuerzos de los cónyuges de apoyar su manejo del dolor. Esto es destacable ya que la pareja ayuda a moldear el comportamiento ante el dolor del paciente y las parejas que se muestran solícitas refuerzan el comportamiento y contribuyen a la perpetuar la condición de dolor crónico del paciente <sup>[19]</sup>.

Además de la respuesta en sí, es importante la frecuencia en la que esta se realiza. **Cano y Leon (2012)** comprueban que los cónyuges se frustran después de revelaciones repetitivas. Se debe a que se desgastan debido a la repetida exposición o por percibir que los esfuerzos son inefectivos para reducir el estrés de la pareja.

El estado de ánimo del cónyuge es fundamental en las parejas con un paciente de dolor crónico, como demuestra **Johansen y Cano (2007)** en su *A preliminary investigation of affective interaction in chronic pain couples*. Las personas con dolor que interpretan el humor de sus pareja como un factor que disminuye sus pensamientos y sentimientos pueden comprometerse en una pobre regulación de emociones, dirigiéndose a una severidad del dolor incrementada. Las parejas con su propio dolor pueden mostrarse de buen humor como un intento de regular las emociones de las personas con dolor, aquellas cuyo dolor es más severo.

- ***La calidad de vida y la vida en pareja.***

La satisfacción matrimonial o calidad de la vida se relaciona con diferentes aspectos dependiendo de si se entrevista al cónyuge o al paciente. Para el paciente, está relacionada con su estado de ánimo. Para el cónyuge, está relacionado con el estado de ánimo de ambas partes <sup>[5]</sup>.

La utilización de escalas validadas en la valoración es una constante en todos los estudios.

- ***Las respuestas al dolor crónico y el género.***

Sólo el estudio *Sequential and Base Rate Analysis of Emotional Validation and Invalidation in Chronic Pain Couples: Patient Gender Matters* de **Leong y Cano (2011)** tenía como objeto encontrar la relación entre el género y las diferentes respuestas. De todos modos, en muchos de los artículos se llega a conclusiones de cómo el género influye en los resultados obtenidos.

En este estudio los varones (ambos pacientes o esposos) son más sensibles a la regulación emocional de la interacción matrimonial, al contrario de la creencia común, en el que las mujeres están más predispuestas a sentir más dolor, angustia y depresión. La investigación todavía no ha avanzado para determinar porqué esto ocurre, quizá porque el hombre ve afectado de mayor manera su rol de proveedor y por eso se convierten en más vulnerables a un desarreglo emocional y porque a la mujer se ha socializado para suprimir la expresión de emociones negativas de alta intensidad. Este resultado no coincide con los resultados del estudio de **Cano y Johansen (2004)** donde el género también afectó a los resultados ya que las valoraciones de paciente y cónyuge coincidían menos cuando el paciente era mujer. Se argumentaba en este caso que podía deberse a que las pacientes mujeres exageran o catastrofizan el dolor más que los hombres o que los maridos de pacientes mujeres pueden percibir de forma imprecisa la incapacidad. En esta línea se sitúa también el artículo de **Geisser y Cano (2005)** donde se establece que el género también contribuye a la angustia ya que las mujeres parecen tener más consecuencias negativas como resultado de ser la pareja de un paciente con dolor crónico.

Para unirse a la reflexión iniciada por **Leong y Cano (2011)** encontramos el estudio de **Holtzman y DeLongis (2007)** donde los hombres mostraron más actitudes catastrofistas que las mujeres. En este último artículo, se hace referencia a la existencia de estudios que afirman que son las mujeres y otros que no encuentran relación entre este tipo de actitudes y

el género. Esta referencia se encuentra reforzada por los resultados del artículo *Marital Satisfaction and Pain Severity Mediate the Association between Negative Spouse Responses to Pain and Depressive Symptoms in a Chronic Pain Patient Sample (2000)* en el que se presentan muchas similitudes entre hombres y mujeres, sin significativas diferencias.

En el estudio de **Newton-John y Williams (2006)** se establece que los hombres perciben mayor frecuencia en la comunicación sobre el dolor que las mujeres. Para las mujeres, hablar más a menudo del dolor está asociado con una percepción más positiva de la comunicación en general. Los pacientes hombres y mujeres consideran la frecuencia con la que se habla del dolor significativamente relacionada con la satisfacción marital, mientras que los cónyuges de ambos no lo consideran así.

En cuestión de género, se notan muy pocas diferencias en las respuestas ante el dolor excepto en ofrecer ayuda, que es más reconocido en pacientes mujeres. Los varones identifican menos respuestas ante el dolor porque perciben menos la incapacidad que las mujeres. Por eso, los varones tienen más probabilidad de responder solícitamente que las mujeres.

Las mujeres de pacientes tienden a definirse como comprensivas y mostrar que conocen el nivel de dolor del paciente y su incapacidad; pero los pacientes no lo encuentran una actividad útil <sup>[16]</sup>.

El estudio de **Cunningham y Hayes (2012)** determina que en los pacientes con dolor crónico tratados con morfina, las actitudes solícitas y desadaptativas están asociadas con una mayor dosis de morfina. Esto se evidencia más en hombres que en mujeres.

- ***La satisfacción marital y el dolor crónico.***

Se puede concluir que los pacientes que se encuentran en una relación de pareja satisfactoria poseen una mayor resiliencia y menos

vulnerabilidad que aquellas con relaciones infelices, limitando la incapacidad física asociada comparado con los pacientes que se encuentran en una relación de pareja infeliz o solteros <sup>[1]</sup>.

- ***Las posibles intervenciones en la pareja con dolor crónico.***

Se debe tener en cuenta que en cualquier intervención se debe adaptar el tratamiento a los diferentes perfiles de la atención de la pareja siguiendo las indicaciones de **Papas y Robinson (2001)**. Se debe animar la participación de los dos miembros de la pareja para incrementar que el entorno social anime un comportamiento de cambio y persistencia en el tratamiento <sup>[11]</sup>.

El tratamiento de cualquier patología de base (depresión, ansiedad) que pueda obstaculizar el desarrollo de otras terapias está recomendado <sup>[21]</sup>.

A raíz de la elaboración de los estudios, se observa que las parejas que toman parte de entrevistas motivacionales experimentan mejoras significativas en dolor, estado de ánimo y satisfacción marital en ambos miembros de la pareja <sup>[11]</sup>. Además, se valora que los jóvenes se benefician más de este tipo de terapias, mejorando la capacidad de responder de forma colaboradora. Esta afirmación, de todas formas, debe ser tomada con precaución.

Aunque los pacientes puedan a veces sentirse incapaces de gestionar su dolor, sentirse apoyado por otros puede ayudar a los individuos a separarse de los pensamientos negativos y animarse para utilizar estrategias adaptativas <sup>[18]</sup>. Por eso, no se puede ignorar la necesidad de establecer terapias efectivas en la atención integral de estos pacientes.

Una relación de intervenciones, bien recomendadas bien sugeridas, de los artículos consultados pueden verse en la **TABLA VI**.



**Tabla VI. Intervenciones recomendadas o sugeridas en los artículos.**

**Intervenciones sugeridas para las parejas con dolor crónico.**

- ❖ Adaptar el tratamiento a los perfiles de respuesta de la pareja <sup>[22]</sup>.
- ❖ Enseñar a las parejas cómo asistir a los pacientes en sus esfuerzos de afrontamiento para incrementar la percepción del paciente de que su pareja responde a las necesidades <sup>[1]</sup>.
- ❖ Incluir al cónyuge en las intervenciones relacionadas con el manejo del dolor para asegurar que estén familiarizados con la autonomía y no hundan sin darse cuenta los esfuerzos del paciente <sup>[2]</sup>. Además, modifican la asociación entre las respuestas desadaptativas y el uso de opioides <sup>[9]</sup>.
- ❖ Animar a discutir el manejo del dolor con sus cónyuges como parte de las habilidades de comunicación <sup>[2]</sup>. Antes de compartir los sentimientos con la pareja, deben de ser entrenados sobre cómo gestionar su propia angustia para que la comunicación sobre el dolor sea efectiva <sup>[7]</sup>.
- ❖ Incluir a la pareja en el tratamiento está relacionado con mejores resultados a largo plazo <sup>[4]</sup>.
- ❖ Instaurar terapias de pareja integrales donde se trabajen técnicas de reducción de hostilidad, entender la perspectiva del cónyuge e incrementar la aceptación para reducir comportamientos invalidantes y comentarios y no responder a los mismos del mismo modo <sup>[10]</sup>.
- ❖ El personal sanitario realizará una valoración cuidadosa de ambos cónyuges si el paciente está deprimido <sup>[16]</sup>. Se recomienda el tratamiento para depresión en pacientes que sufren dolor crónico <sup>[21]</sup>.

---

**Fuente: Elaboración propia**

## 8. CONCLUSIONES

Los resultados demuestran que se han cumplido los **objetivos** de la revisión ya que se ha obtenido información relevante de la influencia de las relaciones de pareja sobre el dolor crónico y la influencia de este sobre la dinámica familiar. La revisión ha permitido profundizar sobre los cambios de comportamiento de pacientes con dolor crónico y sus parejas además de constatar las relaciones entre calidad de vida y convivencia en pareja estable. La literatura parece demostrar diferencias de respuesta entre el género y la respuesta al dolor crónico. Se ha realizado una reflexión profunda sobre la importancia de la familia en el afrontamiento del dolor crónico y se han revisado las intervenciones que los expertos recomiendan para fomentar respuestas adaptativas al dolor.

Podemos establecer, sin embargo, que no se ha encontrado a través de la estrategia de esta revisión respuesta clara a la hipótesis planteada. La investigación sobre las relaciones personales en el contexto del dolor crónico es muy amplia debido a la importancia social, económica y personal del problema. Aun así, el número de estudios en los que se compara directamente el efecto de vivir con dolor crónico en pareja o soltero, es mínimo, en la selección definitiva sólo uno de ellos (Taylor S, Davis M, Zandra A.) establece comparación sobre funcionamiento físico y afectivo de mujeres que viven en pareja y solteras.

Para la generalización de resultados, hay que tener en cuenta la gran diversidad a la hora de seleccionar las muestras. En los diferentes artículos, tanto el tipo de dolor como la definición de pareja (mínimo de tiempo convivido y variaciones en los que se entiende pareja como por ejemplo la existencia o no de matrimonio) varían, por lo que los resultados tienen que ser interpretados con cautela. Así mismo, las personas estudiadas eran en su mayoría de raza caucásica, de nivel económico medio y heterosexuales. Investigación que vaya más allá de estos parámetros es necesaria para poder alcanzar conclusiones que se puedan aplicar al conjunto de la población objeto de estudio.

Lo que sí se pudo evidenciar es que, con los recursos necesarios, la pareja puede ser un verdadero instrumento útil en el afrontamiento del dolor crónico y que las respuestas de la misma afectan a las emociones, nivel de dolor, incapacidad, angustia, depresión y uso de calmantes.

Llama la atención el uso de escalas validadas en el abordaje clínico de estos pacientes para valorar, de una manera diagnóstica la salud de la relación y tratar, a través de terapias de grupo o de pareja, los posibles problemas de manera que se adopten respuestas adaptativas que mejoren la satisfacción y el control del dolor.

Es por lo tanto un campo muy amplio en el que seguir investigando ya que, con la ampliación de la esperanza de vida y el incremento de patologías crónicas, la convivencia con dolor es cada vez más común y las estrategias para abordarlo deben de ser integrales.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Bonica J. *The management of pain*. Philadelphia: Lea & Febiger; 1990.
2. González M. *Dolor crónico y psicología: actualización*. Revista Médica Clínica las Condes. 2014;24(4):610-617.
3. Soares Weiser K. *Epidemiology of chronic non-malignant pain in Spain*. [Madrid]: Fundación Grünenthal; 2010.
4. Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta Europea de Salud 2014*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
5. Reid K, Harker J, Bala M, Truyers C, Kellen E, Bekkering G et al. *Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact*. Current Medical Research and Opinion. 2011;27(2):449-462.
6. Roelfs D, Shor E, Kalish R, Yogev T. *The Rising Relative Risk of Mortality for Singles: Meta-Analysis and Meta-Regression*. American Journal of Epidemiology. 2011;174(4):379-389.
7. Kaplan R. *Marital status and longevity in the United States population*. Journal of Epidemiology & Community Health. 2006;60(9):760-765.
8. Brown D. *Life Expectancy Differentials by Marital Status, Individuals' Own Education, and Spousal Education in the United States* [Doctorado]. Universidad de Michigan; 2014.
9. Organización Mundial de la Salud. *Envejecimiento activo: un marco político*. Segunda Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento [Internet]. Madrid: Revista Española Geriatria Gerontología; 2002 [accedido 24 mayo 2016]. p. 37:74-105. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pidet\\_articulo=13035694&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=124&ty=22&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v37nSupl.2a13035694pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=13035694&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=124&ty=22&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v37nSupl.2a13035694pdf001.pdf)
10. Lucas R, Clark A, Georgellis Y, Diener E. *Reexamining adaptation and the set point model of happiness: Reactions to changes in marital status*. Journal of Personality and Social Psychology. 2003;84(3):527-539.

11. Han K, Park E, Kim J, Kim S, Park S. *Is marital status associated with quality of life?*. Health and Quality of Life Outcomes. 2014;12(1).
12. Consellería de Sanidade X. Mergullador [Internet]. Msssi.hosted.exlibrisgroup.com. 2016 [acceso el 26 de abril 2016]. Disponible en: [http://msssi.hosted.exlibrisgroup.com/primo\\_library/libweb/action/search.do?vid=34MDS\\_GAL\\_V1](http://msssi.hosted.exlibrisgroup.com/primo_library/libweb/action/search.do?vid=34MDS_GAL_V1)
13. Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología. HERRAMIENTA DE ANÁLISIS DEL JCR® [Internet]. Recursos Científicos. 2016 [cited 26 April 2016]. Available from: <https://www.recursoscientificos.fecyt.es/servicios/indices-de-impacto>
14. Kerns R, Turk D, Rudy T. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). Pain. 1985;23(4):345-356.
15. Spanier G. Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. Journal of Marriage and the Family. 1976;38(1):15.

#### a. [LISTA DE REFERENCIAS]

1. Taylor S, Davis M, Zautra A. *Relationship status and quality moderate daily pain-related changes in physical disability, affect, and cognitions in women with chronic pain*. Pain. 2013;154(1):147-153.
2. Newton-John Tde C Williams A. *Chronic pain couples: Perceived marital interactions and pain behaviours*. Pain. 2006;123(1):53-63.
3. Cano A, Gillis M, Heinz W, Geisser M, Foran H. *Marital functioning, chronic pain, and psychological distress*. Pain. 2004;107(1):99-106.
4. Johansen A, Cano A. *A preliminary investigation of affective interaction in chronic pain couples*. Pain. 2007;132:S86-S95.

5. Cano A, Leong L, Williams A, May D, Lutz J. *Correlates and consequences of the disclosure of pain-related distress to one's spouse*. Pain. 2012;153(12):2441-2447.
6. Cunningham J, Hayes S, Townsend C, Lares H, Hooten W. *Associations Between Spousal or Significant Other Solicitous Responses and Opioid Dose in Patients with Chronic Pain*. Pain Med. 2012;13(8):1034-1039.
7. Leong L, Cano A, Johansen A. *Sequential and Base Rate Analysis of Emotional Validation and Invalidation in Chronic Pain Couples: Patient Gender Matters*. The Journal of Pain. 2011;12(11):1140-1148.
8. Miller L, Cano A, Wurm L. *A Motivational Therapeutic Assessment Improves Pain, Mood, and Relationship Satisfaction in Couples With Chronic Pain*. The Journal of Pain. 2013;14(5):525-537.
9. Cano A, Johansen A, Geisser M. *Spousal congruence on disability, pain, and spouse responses to pain*. Pain. 2004;109(3):258-265.
- 10.19. SCHWARTZ L, JENSEN M, ROMANO J. *The development and psychometric evaluation of an instrument to assess spouse responses to pain and well behavior in patients with chronic pain: The Spouse Response Inventory*. The Journal of Pain. 2005;6(4):243-252.
11. Holtzman S, DeLongis A. *One day at a time: The impact of daily satisfaction with spouse responses on pain, negative affect and catastrophizing among individuals with rheumatoid arthritis*. Pain. 2007;131(1):202-213.
12. Geisser M, Cano A, Leonard M. *Factors Associated With Marital Satisfaction and Mood Among Spouses of Persons With Chronic Back Pain*. The Journal of Pain. 2005;6(8):518-525.

13. Cano A, Weisberg J, Gallagher R. *Marital Satisfaction and Pain Severity Mediate the Association between Negative Spouse Responses to Pain and Depressive Symptoms in a Chronic Pain Patient Sample*. Pain Med. 2000;1(1):35-43.
14. Papas R, Robinson M, Riley J. *Perceived spouse responsiveness to chronic pain: Three empirical subgroups*. The Journal of Pain. 2001;2(5):262-269.
15. Issner J, Cano A, Leonard M, Williams A. *How Do I Empathize With You? Let Me Count the Ways: Relations Between Facets of Pain-Related Empathy*. The Journal of Pain. 2012;13(2):167-175.
16. Burns J, Gerhart J, Post K, Smith D, Porter L, Schuster E et al. *The Communal Coping Model of Pain Catastrophizing in Daily Life: A Within-Couples Daily Diary Study*. The Journal of Pain. 2015;16(11):1163-1175.

## 10. ANEXOS

### ANEXO I: ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLA	TÍTULO	PÁGINA
I	Prevalencia de los principales problemas que originan dolor crónico en España (2014)	5
II	Criterios de selección de los artículos y revisiones.	11
III	Relación de artículos seleccionados para la revisión.	13
IV	Escalas validadas utilizadas en los estudios.	17
V	Objetivos y Conclusiones de los Estudios	15
VI	Intervenciones recomendadas o sugeridas en los artículos.	28

FIGURA	TÍTULO	PÁGINA
I	Distribución de los artículos según su revista de origen.	12
II	Proceso de selección de los artículos.	13



## ANEXO II: REFERENCIAS Y FACTOR DE IMPACTO

Revista	Índice h	Factor de Impacto	Número de artículos encontrados
British Medical Journal	337	17.445	1
PAIN	203	5.213	9
Occupational and Environmental Medicine	111	3.267	1
The Journal of Pain	84	4.01	8
European Journal of Pain	80	2.928	1
The Journal of Sexual Medicine	79	3.151	2
Pain Medicine	69	2.339	4
Pain Research and Management	41	1.518	1
Revista Clínica Española	22	1.063	1
Pain Research and Treatment	14	-	1

## ANEXO III RELACIÓN DE ARTÍCULOS EXCLUIDOS

Artículo	Motivo de Exclusión
Rubin H. Patient Ratings of Dialysis Care With Peritoneal Dialysis vs Hemodialysis. JAMA. 2004;291(6):697.	Texto completo no disponible
5. Lyrakos G, Damigos D, Chatziaggelaki E, Papazafiropoulou A, Koutsovasilis A, Batistaki C et al. EPA-1594 - Regression model for subjective well being in patients with diabetes mellitus. European Psychiatry. 2014;29:1.	Texto completo no disponible
Lyons K, Jones K, Bennett R, Hiatt S, Sayer A. Couple perceptions of fibromyalgia symptoms: The role of communication. Pain. 2013;154(11):2417-2426.	Texto completo no disponible
Gauthier N, Thibault P, Sullivan M. Catastrophizers with Chronic Pain Display more Pain Behaviour when in a Relationship with a Low Catastrophizing Spouse. Pain Research and Management. 2011;16(5):293-299.	Procedente de revista no relevante
Wade J, Hart R, Wade J, Bajaj J, Price D. The Relationship between Marital Status and Psychological Resilience in Chronic Pain. Pain Research and Treatment. 2013;2013:1-8.	Procedente de revista no relevante
Gamero Ruiz F, Gabriel Sánchez R, Carbonell Abello J, Tornero Molina J, Sánchez-Magro I. El dolor en las consultas de Reumatologías españolas: estudio epidemiológico EPIDOR. Rev Clin Esp 2004;204(5):157-63.	Procedente de revista no relevante
Miller-Matero L, Cano A. Encouraging Couples to Change: A Motivational Assessment to Promote Well-Being in People with Chronic Pain and Their Partners. Pain Med. 2015;16(2):348-355.	Tamaño muestral no adecuado (estudio de caso).
Ramke S, Sharpe L, Newton-John T. Adjunctive cognitive behavioural treatment for chronic pain couples improves marital satisfaction but not pain management outcomes. Eur J Pain. 2016	Tamaño muestral no adecuado (n=19).
Kaiser U, Steinmetz D, Scharnagel R, Jensen M, Balck F, Sabatowski R. Cross-cultural adaptation, evaluation and validation of the Spouse Response Inventory: a study protocol. BMJ Open. 2014;4(10).	Temática no adecuada: revisión de protocolos.
Raichle K, Romano J, Jensen M. Partner responses to patient pain and well behaviors and their relationship to patient pain behavior, functioning, and depression. Pain. 2011;152(1):82-88.	Temática no adecuada: probar la validez de una escala.
Masheb R, Brondolo E, Kerns R. A Multidimensional, Case-control Study of Women with Self-identified Chronic Vulvar Pain. Pain Med. 2002;3(3):253-259.	Temática no adecuada: dolor vulvar crónico que afecta predominantemente a la vida íntima de una pareja.
Tripoli T, Sato H, Sartori M, de Araujo F, Girão M, Schor E. Evaluation of Quality of Life and Sexual Satisfaction in Women	Temática no adecuada: dolor pélvico crónico que

---

<b>Suffering from Chronic Pelvic Pain With or Without Endometriosis. The Journal of Sexual Medicine. 2011;8(2):497-503.</b>	afecta predominantemente a la vida íntima de una pareja.
<b>Aubin S, Berger R, Heiman J, Ciol M. ORIGINAL RESEARCH—SEXUAL PAIN DISORDERS: The Association between Sexual Function, Pain, and Psychological Adaptation of Men Diagnosed with Chronic Pelvic Pain Syndrome Type III. The Journal of Sexual Medicine. 2008;5(3):657-667.</b>	Temática no adecuada: dolor pélvico crónico que afecta predominantemente a la vida íntima de una pareja.
<b>Steenstra I. Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: a systematic review of the literature. Occupational and Environmental Medicine. 2005;62(12):851-860.</b>	Temática no adecuada: revisión de la bibliografía.

---

## ANEXO IV CARACTERÍSTICAS DE LOS ARTÍCULOS INCLUIDOS

Título	Autores	Tipo de Estudio	Muestra	Diseño del estudio	Factores estudiados	Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia
<b>1. The Communal Coping Model of Pain Catastrophizing in Daily Life: A Within-Couples Daily Diary Study (2015)</b>	Burns J, Gerhart J, Post, K, Smith D, Porter L, Schuster E et al.	Estudio cualitativo, descriptivo y transversal .	105 mujeres y hombres diagnosticados con dolor crónico de espalda o músculo esquelético.	Análisis de valoraciones diarias. Se realizan 5 valoraciones al día, cada 3 horas y se registran los datos en una PDA.	Respuesta al dolor, nivel de dolor, incapacidad del dolor, respuesta al dolor del cónyuge.	C	4
<b>2. Relationship status and quality moderate daily pain-related changes in physical disability, affect, and cognitions in women with chronic pain (2013)</b>	Taylor S, Davis M, Zautra A	Estudio cualitativo, descriptivo y transversal .	251 mujeres diagnosticadas con dolor músculo-esquelético y/o fibromialgia y sus parejas.	Análisis de diarios personales rellenos 30 minutos antes de dormir durante 30 días.	Estado de sus relaciones, dolor, satisfacción con la respuesta de la pareja, catastrofismo, dificultades del afrontamiento del dolor, incapacidad física.	C	4

Título	Autores	Tipo de Estudio	Muestra	Diseño del estudio	Factores estudiados	Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia
<b>3. A motivational therapeutic assessment improves pain, mood, and relationship satisfaction in couples with chronic pain (2013)</b>	Miller L, Cano A, Wurm L	Estudio cualitativo, descriptivo y de caso-control.	47 hombres y mujeres con dolor crónico músculo-esquelético y OA no terminal y sus parejas.	Se realiza una encuesta previa a todos los participantes seguida de la creación de un grupo control y un grupo de estudio. El grupo control le fue suministrada información oral y escrita sobre la teoría del control del dolor. El grupo de estudio formó parte de una entrevista motivacional para reconducción conductual. Posteriormente, se elabora un follow-up mediante encuesta para conocer los resultados.	Novel de dolor, Respuesta al dolor, Satisfacción Marital, respuesta de la pareja y el paciente al dolor, depresión	B	2b
<b>4. Correlates and consequences of the disclosure of pain-related distress to one's spouse (2012)</b>	Cano A, Leong L, Williams A, May D, Lutz JR	Estudio cualitativo, descriptivo y transversal	95 hombres y mujeres con dolor crónico músculo-esquelético y sus parejas.	Los participantes completan encuestas sobre los factores de estudio. Luego se graban sus interacciones sobre el dolor, pero se entrevistan previamente a los cónyuges por separado haciéndoles reflexionar sobre el hecho de vivir con dolor crónico.	Respuesta al dolor, estado de ánimo y ansiedad, satisfacción marital, respuesta del cónyuge al dolor,	C	4

Título	Autores	Tipo de Estudio	Muestra	Diseño del estudio	Factores estudiados	Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia
<b>5. Associations Between Spousal or Significant Other Solicitous Responses and Opioid Dose in Patients with Chronic Pain (2012)</b>	Cunningham JL, Hayes SE, Townsend C, Laures H, Hooten WM	Estudio cualitativo, descriptivo y transversal	466 mujeres y hombres con dolor crónico no maligno (sin especificar) y sus parejas en un programa de rehabilitación del dolor.	Entrevistas clínicas para medir el uso y dosis de opioides y cuestionario con escalas.	Respuestas al dolor, dosis de morfina administrada	C	4
<b>6. How do I empathize with you? Let me count the ways: Relations between facets of pain-related empathy (2012)</b>	Issner J, Cano A, Leonard MT, Williams A	Estudio cualitativo, descriptivo y transversal	57 mujeres y hombres con dolor crónico Músculo-esquelético y sus parejas.	Entrevista diagnóstica para identificar cambios en el estado de ánimo, se discute de forma individual cómo afectan los mismos a su relación y luego se graba la discusión de la pareja sobre el tema.	Respuesta del cónyuge al dolor, satisfacción marital,	C	4
<b>7. Sequential and Base Rate Analysis of Emotional Validation and Invalidation in Chronic Pain Couples: Patient Gender Matters (2011)</b>	Leong L, Cano A, Johansen AB	Estudio cualitativo, descriptivo y transversal	78 mujeres y hombres y sus parejas con dolor crónico músculo-esquelético	Realización de encuestas y una discusión guiada y grabada sobre el tema que más desacuerdo genera en la pareja.	Relación de pareja, Satisfacción marital, Respuesta al dolor, síntomas depresivos	C	4

Título	Autores	Tipo de Estudio	Muestra	Diseño del estudio	Factores estudiados	Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia
<b>8. A preliminary investigation of affective interaction in chronic pain couples (2007)</b>	Johansen, AB, Cano A	Estudio cualitativo, descriptivo y transversal .	79 mujeres y hombres con OA y otras patologías que cursan con dolor crónico y sus parejas.	Realización de encuestas y una discusión guiada y grabada sobre el tema que más desacuerdo genera en la pareja.	Relación de pareja, satisfacción marital, dolor, estado de ánimo y ansiedad,	C	4
<b>9. One day at a time: The impact of daily satisfaction with spouse responses on pain, negative affect and catastrophizing among individuals with rheumatoid arthritis (2007)</b>	Holtzman S, Delongis A	Estudio cualitativo, descriptivo y transversal .	69 mujeres y hombres con artritis reumatoide y sus parejas.	Entrevistas telefónicas grabadas dos veces al día durante una semana, transcritas y analizadas.	Nivel de dolor, respuesta al dolor, depresión y ansiedad, respuesta de la pareja al dolor	C	4
<b>10. Chronic pain couples: Perceived marital interactions and pain behaviours (2006)</b>	Newton-John T, Williams A	Estudio cualitativo, descriptivo y transversal .	95 mujeres y hombres con dolor crónico y sus parejas.	Encuestas y entrevista semi-estructurada por separado. Análisis de los datos posterior.	Dolor, sobrellevar el dolor, estado de ánimo, comunicación matrimonial,	C	4

Título	Autores	Tipo de Estudio	Muestra	Diseño del estudio	Factores estudiados	Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia
<b>11. The development and psychometric evaluation of an instrument to assess spouse responses to pain and well behavior in patients with chronic pain: The Spouse Response Inventory (2005)</b>	Schwartz L, Jensen M, Romano J	Estudio cualitativo, descriptivo y transversal .	104 mujeres y hombres con dolor crónico de diversa índole y sus parejas.	Los pacientes y sus parejas rellenan el <i>Spouse Response Inventory</i> . Dos semanas más tarde, se repite con un grupo más pequeño (n=30) para comprobar si los resultados se repiten.	Respuesta al dolor, incapacidad, nivel de dolor	C	4
<b>12. Factors Associated With Marital Satisfaction and Mood Among Spouses of Persons With Chronic Back Pain (2005)</b>	Geisser M, Cano A, Leonard MT	Estudio cualitativo, descriptivo y transversal .	110 mujeres y hombres con dolor crónico y sus parejas.	Encuestas y entrevista diagnóstica psiquiátrica	Satisfacción marital, dolor, depresión, ansiedad, incapacidad relacionada con el dolor, respuestas de la pareja	C	4
<b>13. Marital functioning, chronic pain, and psychological distress (2004)</b>	Cano A, Gillis M, Heinz W, Geisser M, Foran H	Estudio cualitativo, descriptivo y transversal .	110 pacientes hombres y mujeres diagnosticadas con dolor crónico músculo-esquelético.	Encuestas y entrevista clínica diagnóstica.	Satisfacción marital, dolor, depresión, ansiedad, incapacidad relacionada con el dolor, respuestas de la pareja	C	4



Título	Autores	Tipo de Estudio	Muestra	Diseño del estudio	Factores estudiados	Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia
<b>14. Spousal congruence on disability, pain, and spouse responses to pain (2004)</b>	Cano A, Johansen AB, Geisser M	Estudio cualitativo, descriptivo y transversal .	110 hombres y mujeres diagnosticadas con dolor crónico músculo-esquelético.	Encuesta previa y entrevista sobre el dolor.	Respuesta al dolor, incapacidad, depresión, ansiedad.	C	4
<b>15. Perceived spouse responsiveness to chronic pain: Three empirical subgroups (2001)</b>	Papas RK, Robinson ME, Riley JL	Estudio cualitativo, descriptivo y transversal .	774 hombres y mujeres diagnosticadas con dolor crónico músculo-esquelético.	Los pacientes rellenaron cuestionarios.	Depresión, respuesta de la pareja, nivel de angustia, incapacidad, nivel de dolor.	C	4
<b>16. Marital Satisfaction and Pain Severity Mediate the Association between Negative Spouse Responses to Pain and Depressive Symptoms in a Chronic Pain Patient Sample (2000)</b>	Cano A, Weisberg JN, Gallagher RM	Estudio cualitativo, descriptivo y transversal .	165 hombres y mujeres diagnosticadas con dolor crónico inespecífico.	Los pacientes rellenaron tres cuestionarios diferentes de valoración de diferentes dimensiones del dolor.	Respuesta al dolor, depresión, satisfacción marital.	C	4