



ULL

Universidad
de La Laguna

Escuela Universitaria de
Enfermería y Fisioterapia

Trabajo Fin de Grado

Grado en Fisioterapia

Estrategias de afrontamiento al dolor y adherencia al tratamiento de fisioterapia en pacientes con prótesis de rodilla

Pain coping strategies and adherence to physiotherapy treatment in patients with knee prosthesis

Paula Morales Pérez

Curso 2014/2015 – Convocatoria de JUNIO



ULL

Universidad
de La Laguna

Escuela Universitaria de
Enfermería y Fisioterapia

Trabajo Fin de Grado

Grado en Fisioterapia

Estrategias de afrontamiento al dolor y adherencia al tratamiento de fisioterapia en pacientes con prótesis de rodilla

Pain coping strategies and adherence to physiotherapy treatment in patients with knee prosthesis

Paula Morales Pérez

Curso 2014/2015 – Convocatoria de JUNIO

Centro:	Facultad de Ciencias de la Salud – Sección de Enfermería y Fisioterapia
Titulación:	Grado en Fisioterapia

DATOS ALUMNO/A:

Apellidos Morales Pérez Nombre Paula
DNI / Pasaporte 54063752 K Dirección Calle Ernesto Castro Fariña, 102, A. C.Postal
38350 Localidad Tacoronte Provincia Santa Cruz de Tenerife Teléfono
678083343 E-mail paulamoralesperez93@gmail.com

TÍTULO DE TRABAJO DE FIN DE GRADO:

Estrategias de afrontamiento al dolor y adherencia al tratamiento de fisioterapia en pacientes con prótesis de rodilla

LOS/LAS TUTORES

Apellidos: Delgado Rodríguez **Nombre: Naira**
Apellidos:..... **Nombre:.....**

AUTORIZACIÓN DEL /DE LOS TUTORES

D/Da Naira Delgado Rodríguez profesor/a del Departamento
De Psicología Cognitiva, Social y Organizacional de la Facultad Ciencias de la Salud (Sección
Psicología) del campus de Guajara

.....
AUTORIZA a D/D^a Paula Morales Pérez a presentar la propuesta de **TRABAJO FIN DE GRADO**, que
será defendida en JUNIO

San Cristóbal de La Laguna, 3 de junio de 2015.

LOS TUTORES



Fdo.: D/Da Naira Delgado Rodríguez

SR. PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE EVALUACIÓN

Resumen

Introducción: con este estudio se pretende esclarecer si existe relación entre los diferentes tipos de estrategias de afrontamiento al dolor y la adherencia al tratamiento de fisioterapia en pacientes con prótesis de rodilla. *Métodos:* compusieron la muestra 39 pacientes procedentes de rehabilitación de centros públicos tras la operación. Se les hizo llegar una versión reducida del "Cuestionario de Afrontamiento al Dolor (CAD)" y una versión adaptada a la fisioterapia del "Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral" para su uso en Perú. *Resultados:* los análisis mostraron una alta correlación entre las dimensiones Distracción, Autocontrol mental y Autoafirmación pertenecientes al CAD. Los pacientes que obtuvieron mayores puntuaciones en las "Estrategias Cognitivas", fueron los que mayor adherencia al tratamiento de fisioterapia tuvieron, en las dimensiones de Actitud hacia el tratamiento y Percepción de mejora de salud. Justo lo contrario que con la estrategia de "Apoyo Social": los participantes con puntuaciones más altas obtuvieron puntuaciones más bajas en su percepción de mejora de salud. *Conclusión:* Las estrategias de afrontamiento tienen influencia sobre la adherencia al tratamiento de fisioterapia. Este hecho deben tenerlo en cuenta los fisioterapeutas para emplearlo como herramienta en la terapia.

Palabras clave: dolor, estrategias de afrontamiento al dolor, adherencia al tratamiento de fisioterapia, prótesis de rodilla.

Abstract

Introduction: this study is design to clarify the relationship between different types of pain coping strategies and adherence to physical therapy in patients with knee prosthesis. *Methods:* The sample was composed by 39 patients from public schools rehabilitation after surgery. They completed a reduced version of "pain coping questionnaire (CAD)" and an adaptation to physiotherapy of the "Assessment Questionnaire Adherence to antiretroviral treatment" for use in Peru. *Results:* analysis showed a high correlation between the dimensions: distraction, mental self-control and self-confirmation from the CAD. Patients who scored highest on the "cognitive strategies" were the ones with the greatest adherence to physiotherapy, in two dimensions: Attitudes towards treatment and Perception of improved health. In opposition to what happened with the strategy of "social support": participants with higher scores reported less perception of improved health. *Conclusion:* coping strategies influence the adherence to physiotherapy treatment. This fact should be noted by physiotherapists to use it as a tool in therapy.

Keywords: pain, pain coping strategies, physiotherapy treatment adherence, knee prosthesis.

Contenido

1. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO	1
1.1. El Dolor	2
1.2. El Funcionamiento del dolor.....	4
1.3. Afrontamiento del dolor	7
1.4. Adherencia a la fisioterapia.....	10
1.5. El caso de los pacientes con prótesis de rodilla.....	12
2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	14
3. MATERIAL Y MÉTODO	15
3.1. Diseño del estudio	15
3.2. Participantes y procedimiento.....	15
3.3. Material	16
4. RESULTADOS	17
4.1. Cuestionario CAD	17
4.2. Cuestionario de adherencia al tratamiento fisioterapéutico	18
4.3. Relación entre estrategias de afrontamiento e indicadores de la adherencia a la fisioterapia.....	20
4.3.1. Comparación de los niveles de adherencia en función del uso de estrategias de afrontamiento del dolor cognitivas.....	20
4.3.2. Comparación de los niveles de adherencia en función del uso de estrategias de afrontamiento de apoyo social.....	22
5. DISCUSIÓN.....	23
6. AGRADECIMIENTOS.....	27
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
8. ANEXO.....	29

1. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

El dolor forma parte de la experiencia de todos los seres humanos sin excepción. Éste irrumpe y nos pone a prueba desde el momento en el que empezamos a existir, para volver a manifestarse a lo largo de nuestro desarrollo y por supuesto, acompañarnos en los últimos días hasta que dejemos de sentir.^{1, 2, 3} Por lo tanto, no es de extrañar que, desde que se tiene constancia, los seres humanos han buscado una explicación o significado al dolor, ya que supone una incógnita que a día de hoy sigue escondiendo secretos que escapan a nuestro entendimiento.^{1, 2, 3}

El concepto de dolor se entiende de forma individual, desde la percepción de la persona que lo padece. Se trata de un fenómeno multidimensional, en el que intervienen factores sensoriales, pero además factores afectivos y evaluativos, como proponen por primera vez Melzack y Wall en su "Teoría de la compuerta".⁴

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento son la forma en que el sujeto intenta manejar las fuentes de estrés.⁵ En este caso el dolor será la situación estresante a la que se enfrentan las personas y para la que emplean todos los recursos cognitivos y comportamentales posibles. Sin embargo, esto no significa que todas las opciones valgan, es decir, no todas las estrategias de afrontamiento tienen consecuencias positivas, mitigando la sensación de dolor. Se ha encontrado que la utilización de estrategias pasivas como el rezo, la esperanza o el pensamiento desiderativo se asocia a un incremento del dolor, depresión, impotencia y peor ajuste psicológico; por el contrario, las estrategias activas como son la solución de problemas, búsqueda de información, etc,... se relacionan de forma positiva con índices de funcionamiento físico y psicológico.^{5, 6, 7}

Finalmente, es lógico suponer que todo aquel que sufre una enfermedad en la que padece dolor quiere recuperar su estado anterior de salud. Por ello, cobra especial importancia la adherencia al tratamiento. Esto significa que el paciente está implicado en una alianza con el profesional para su tratamiento y que está capacitado para asumir la responsabilidad de sus propias acciones.⁸ Asimismo, esto implica directamente a los profesionales sanitarios que, como los fisioterapeutas, pasarán un largo tiempo con pacientes que quizá, no quieran asistir o realizar los ejercicios de buen grado tanto en la sesión como en su domicilio.⁸

Del mismo modo, el interés diario del fisioterapeuta acerca del progreso de sus pacientes supone un mayor grado de adherencia, al menos durante el periodo supervisado en las sesiones, fomentando a su vez la realización de éstos en sus domicilios. Por el contrario, tras la finalización del tratamiento el beneficio de aquella retroalimentación parece teóricamente más difícil de obtener, porque la supervisión y el estímulo de su proveedor (el profesional) están ausentes.⁸

En este trabajo fin de grado se ha llevado a cabo una investigación con objeto de conocer en qué medida las estrategias de afrontamiento al dolor repercuten en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Para llevar a cabo el estudio, se ha trabajado con pacientes con prótesis de rodilla. En el marco teórico se revisarán

los conceptos de dolor, estrategias de afrontamiento y adherencia a los tratamientos fisioterapéuticos.

1.1. El Dolor

El dolor muchas veces se manifiesta de forma inesperada. Cuando se conoce la causa de ese dolor, como puede ser un accidente que provoque una herida visible, o un hematoma por un golpe, la calma vuelve, ya que implica que el dolor es una consecuencia de algo y que una vez se solucione su origen, éste también lo hará. Sin embargo, cuando el dolor no se relaciona con una causa directa, la angustia y la incertidumbre nos inundan. Esto suele ocurrir con dolores provenientes del interior de nuestro organismo, dolores viscerales, que incluso para ser diagnosticados por los profesionales sanitarios es preciso disponer de materiales visuales superiores, como son el TAC o la Resonancia, ya que los signos y síntomas podrían dar error.^{1, 10, 11}

Según la International Association for the Study of Pain (IASP), el dolor es definido como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño.²

Esta definición, aparte de dejar clara la relación directa entre daño tisular y dolor, nos deja entrever como éste último, el dolor, es capaz de manifestarse sin necesidad de un daño físico en nuestro organismo. Esto permite considerar que incluso en algunas ocasiones, generalmente como consecuencia de lesiones neurológicas, los pacientes describen el dolor como si estuviera producido por una lesión periférica.² Lo que demuestra que nuestro cerebro aprende y memoriza la percepción de dolor.⁴

Por otro lado, en muchas ocasiones el dolor se prolonga durante mucho tiempo, llegando incluso un momento en el que no se relaciona con ninguna causa aparente. A menudo esto conlleva a que su tratamiento sea estándar y dirigido directamente a atenuar el dolor, pero no se identifica la causa, lo que provocará que ese paciente vuelva a rehabilitación más adelante.¹²

Esto supone por lo tanto un gran esfuerzo económico para cualquier nación que atienda a sus ciudadanos. En el caso de España, se estima que el coste total (directo e indirecto) que ocasiona el dolor crónico es de 16.000 millones de euros anuales, lo que supone el 2,5 % del PIB. Sin embargo habría que tener en cuenta que en nuestro país no existen estudios globales que lo avalen ya que se han centrado en estudiar los costes por dolor de diferentes enfermedades. Así pues, en España sólo la migraña supone una carga económica de 1.076 millones de euros anuales, en su mayoría (68 %) debido a costes indirectos (732 millones de €) (22). Se estima que la osteoartritis de rodilla y cadera supone un coste anual de 4.738 millones de euros (23) (equivalente al 0,5 % del PIB).¹²

Tabla 1.1. Carga económica del dolor crónico en España

Referencia	Año del coste	Patología	Costes directos	Costes indirectos	Costes totales	Costes totales
Badia X, et al. (22)	2001	Migraña	198	453	651	

Referencia	Año del coste	Patología	Costes directos	Costes indirectos	Costes totales	Costes totales
Rivera J, et al. (29)	2006	Fibromialgia	3.245	6.736	9.982	301
Sicras-Mainar A, et al. (24)	2007	Fibromialgia	1.677	6.977	8.654	63.526
Loza E, et al. (23)	2007	Osteoartritis	1.297	205	1.502	1.071*
Rodríguez MJ, et al. (17)	2004	Dolor neuropático	5.064			504

* > 50 años. Los datos numéricos representan el coste anual por paciente en euros. Fuente: Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal". Revista de la Sociedad Española del Dolor.

Aun siendo el dolor un asunto difícil de explicar, ha sido posible clasificarlo en función de factores objetivos, como son el tiempo (agudo y crónico), la localización (somático y visceral) o el origen (nociceptivo y neuropático).^{1,2}

Se considera **dolor agudo** a aquel que provoca una activación inmediata del sistema nociceptivo, es decir, una puesta en marcha de los sistemas de protección de nuestro organismo al detectar una amenaza. Esta amenaza que origina desajustes en nuestra salud se debe generalmente a daño tisular bien somático o visceral, que se desarrolla en un transcurso temporal corto y corresponde con los procesos de reparación y cicatrización de la lesión. Si no aparecen complicaciones, el dolor agudo deberá desaparecer con la lesión que lo originó.²

En contraposición, el **dolor crónico** será el que permanecerá más allá de la desaparición de la lesión que lo originó. Por lo general, el dolor crónico es un síntoma de una enfermedad persistente cuya evolución es continua o en brotes, conlleva la presencia de dolor aun en ausencia de lesión periférica.²

A primera vista el dolor agudo y crónico parecen conceptos opuestos, sin embargo tienen bastante que ver uno con el otro. Esto se debe a que, para que sea posible un dolor de tipo crónico es necesario haber padecido antes uno agudo. Por lo tanto, si al cabo de seis meses se sigue padeciendo el mismo dolor, éste pasa a llamarse crónico y su causa y mecanismos fisiopatológicos por lo que actúa, dejarían de ser los que lo produjo en su momento (agudo).^{1,2}

Por lo tanto, saber diferenciar entre los tipos de dolor será fundamental a la hora de prescribir un tratamiento a los pacientes, ya que lo que es efectivo o contraproducente para el dolor agudo, puede que no lo sean en el crónico y viceversa.^{1,2}

A la hora de clasificar el dolor también lo podemos hacer en **dolor somático y dolor visceral**. El dolor somático pertenece al que se siente en la piel, músculos, articulaciones, ligamentos o huesos. Se trata de un dolor fácil de señalar, caracterizado por sensaciones claras y precisas.²

Por contra, el dolor visceral es un dolor íntimo y difuso, producido por lesiones que afectan a órganos internos. Será entonces, la forma de dolor que aparece más frecuentemente como consecuencia de enfermedades y es síntoma habitual en la mayor parte de síndromes dolorosos agudos y crónicos de interés clínico.²

A la hora de hablar de dolor visceral, es necesario tener en cuenta algunas características propias de este, como que no todas las vísceras son sensibles al dolor o a enfermedades como ocurre con un proceso tumoral que por lo general si se encuentra en sus inicios no provoca dolor, ni ningún otro síntoma hasta que no está muy desarrollado. Se trata de un dolor vago, mal localizado y que se extiende más allá de los órganos lesionados. Por eso, a menudo ese dolor se refiere a la superficie del organismo en zonas distantes de la víscera que lo origina y suele ir acompañado de intensas reacciones reflejas motoras y vegetativas, provocando dolor somático.²

Por último se diferenciará entre el **dolor nociceptivo y el neuropático**. El dolor nociceptivo es el dolor normal o sensorial que sienten todos los individuos y que es algo tan común como la visión o el tacto. Aparece como consecuencia de la aplicación de estímulos que pueden producir daño, como una palpación en un resalte óseo o porque la zona esté lesionada, tanto órganos somáticos como viscerales.² Es una señal de alarma que nos advierte de que algo no se está comportando con normalidad y a lo que debemos prestarle atención.²

El dolor es transmitido a lo largo de la vía nociceptiva, en la que es modulada la sensación de dolor en intensidad y duración. Este hecho, permite la efectividad del TENS (Transcutaneous electrical nerve stimulation), un tratamiento fisioterápico y analgésico que mediante impulsos eléctricos calma la sensación de dolor.²

Por otro lado, el dolor neuropático será anormal o patológico, todo lo contrario al dolor nociceptivo que se ve alterado en esta situación. Son una pequeña minoría las personas que lo padecen en forma de enfermedad o lesión en el SNC o periférico, como puede ser neuralgia del trigémino, miembro fantasma o causalgia.² Se manifiesta con sensaciones aberrantes o anormales de dolor, además de contar con características como la presentación espontánea en ausencia de lesión causal, las reducciones anormales del umbral del dolor y los dolores producidos por el tacto y por estímulos mecánicos de baja intensidad.²

En los casos de dolor neuropático, el sistema nociceptivo se comporta de una forma anormal y estas formas de dolor pueden ser consideradas como expresiones alteradas del sistema neurofisiológico encargado del procesamiento de señales nociceptivas. El síntoma más llamativo del dolor neuropático y hasta cierto punto su característica patognomónica es la falta total de relación causal entre lesión tisular y dolor.²

1.2. El Funcionamiento del dolor

Neurofisiología del dolor

Desde hace muchos años se entiende el dolor desde un punto de vista neurofisiológico, en el que interviene un impulso producido a causa de un daño tisular y que es transmitido a lo largo de las vías nerviosas mediante un sistema aferente específico, hasta el “centro de dolor” en el cerebro.⁴

Sin embargo, se ha comprobado más recientemente que este camino neural del dolor es bastante más complejo de lo que inicialmente se pensó. Esto se debe a que, en este proceso la señal de dolor puede ser modulada por otras sensaciones aferentes e incluso por impulsos inhibitorios descendentes desde los centros nerviosos superiores. Por ello, el cerebro se convierte en un elemento fundamental a tener en cuenta en la comprensión del dolor.⁴

El objetivo del procesamiento del dolor es poner en aviso al organismo de un daño tisular, que es difundido a lo largo de las vías nerviosas específicas. Esta vía de comunicación es conocida como nocicepción, haciéndose responsable de la mayor parte del dolor agudo y también de una cantidad importante de dolor crónico.⁴

Si analizamos más de cerca este fenómeno de la nocicepción, encontramos terminales nerviosos muy específicos en el sistema nervioso periférico. La fibra nerviosa estimulada inicia un impulso nervioso denominado potencial de acción, que es conducido hasta la segunda neurona localizada en el asta dorsal de la médula, este proceso es la transmisión. Aquí, intervienen las proyecciones de las fibras periféricas y las fibras descendentes de centros superiores, lo que corresponde con la modulación del estímulo. Este último proceso es considerablemente complejo y no ha sido todavía completamente explicado.⁴

Esta teoría gira en torno a una “compuerta” localizada en el al asta dorsal de la médula. Hasta ella llega el estímulo doloroso por medio de las fibras A-delta y C de pequeño calibre y no mielinizadas (abren la compuerta), mientras que la activación de las fibras A-beta, de grueso calibre y mielinizadas, inhiben la transmisión (cierran la compuerta).⁴

Esta teoría gira en torno a una “compuerta” localizada en el al asta dorsal de la médula. Hasta ella llega el estímulo doloroso por medio de las fibras A-delta y C de pequeño calibre y no mielinizadas (abren la compuerta), mientras que la activación de las fibras A-beta, de grueso calibre y mielinizadas, inhiben la transmisión (cierran la compuerta).⁴

Cuando se produce una estimulación fuerte y prolongada, es decir de tipo nociceptivo, se activan a la vez fibras de grueso y de pequeño calibre, resultando en un conflicto entre la acción de las primeras que tienden a cerrar la compuerta y las segundas que tienden a abrirla. Las de grueso calibre al tener una mayor velocidad se adaptan rápido, permitiendo que sean las de pequeño calibre las que finalmente abran la compuerta y permitan que el dolor pase.⁴

La teoría de la puerta

El principio de la Teoría o psicología Cognitivo-Conductual se basa en el hecho de que cualquier experiencia es vivenciada de forma distinta en función de cómo la interprete cada individuo¹³, por lo tanto el dolor no será menos y cuando éste se experimente, desencadenará la activación de determinados pensamientos, creencias, vivencias que condicionarán las decisiones a tomar y en consecuencia las soluciones para el problema.

Sin embargo, no siempre se ha tenido tan claro el papel de la psicología en el dolor. No fue hasta 1968 cuando Melzack publicó en conjunto con Kenneth Cassey su trabajo relacionado con el origen del dolor, indicando que el estímulo inicial parte de la periferia, pero su interpretación es el resultado final de un

complejo proceso de evaluación de datos, actuales, pasados y futuros integrados en una red neuronal distribuida por distintas zonas cerebrales.^{4, 13}

También desarrollaron el concepto de “memoria del dolor” o “memoria de predicción” en la que, de acuerdo a las características de la situación dolorosa, el cerebro puede mantener esa sensación desagradable o incluso desencadenarla antes de tiempo. Esto ocurre, por ejemplo, con el dolor crónico.^{4, 13}

Estos conceptos se consolidan en 1989, cuando Melzack realiza la primera publicación en la que se menciona la neuromatriz como una estructura básica sobre la cual se desarrolla la mayoría de las funciones neurológicas, incluyendo el dolor. Esa neuromatriz se considera como la estructura central responsable de la manifestación dolorosa.⁴

Completa este interesante análisis, señalando que el dolor no es solo una sensación orgánica somatosensorial, sino que incluye el aspecto emocional relacionado con el tono afectivo del sufrimiento, la conducta y la evaluación cognitiva del dolor que integra los aspectos sensoriales, emocionales presentes, antiguos y la experiencia dolorosa (memoria del dolor).⁴

Este conocimiento nos ayuda a explicar por qué los centros superiores pueden influir en las señales de dolor, disminuyéndolas o aumentándolas. De este modo, otras sensaciones aferentes no dolorosas, como por ejemplo, el masaje, la fisioterapia o el ejercicio, pueden también interferir e incluso suprimir las señales aferentes dolorosas, ejerciendo sus efectos saludables sobre sitios periféricos tales como el asta dorsal de la medula espinal.^{4, 11}

Al tratarse de un proceso que integra aspectos afectivos, existen factores que influyen en la interpretación de la sensación dolorosa y que difieren entre los seres humanos. Estos son los que hacen que las personas catalogue la patología y dolor que sufren en función de si son más o menos relevantes. El entorno cultural, así como el miedo a padecer dolor o a que éste no desaparezca, son algunos de los determinantes que configurarán el proceso de valoración y comprensión, sometido a cambios desde el primer momento en el que se interactúa con él.

Por ejemplo, una pequeña lesión en el dedo índice provocará más dolor en un violinista profesional que en un bailarín profesional. Esto pasa porque una lesión en el dedo representa una amenaza mayor para el violinista. Este suceso tiene un papel mucho más importante en el medio de vida y en la identidad del violinista.³

Por ejemplo, una pequeña lesión en el dedo índice provocará más dolor en un violinista profesional que en un bailarín profesional. Esto pasa porque una lesión en el dedo representa una amenaza mayor para el violinista. Este suceso tiene un papel mucho más importante en el medio de vida y en la identidad del violinista.³

La teoría de la especificidad y los patrones

Previo a la teoría de la compuerta ya se habían iniciado estudios acerca del dolor y los más significativos y que Melzack y Wall rebaten con su teoría son el de la especificidad y la teoría de los patrones.

En la *Teoría de la especificidad* se plantea la conducción del dolor a través de una vía específica y exclusiva que se inicia en receptores periféricos de dolor y continúa mediante fibras y vías ascendentes que llevan directamente el dolor a la corteza somatosensorial.⁴

Esta teoría establece que todos los nervios que conforman nuestro Sistema Nervioso, incluyendo a los de la vía motora, sensible y de la nocicepción, se encuentran unidos como si de una cuerda extendida y con tensión se tratase, que abarca desde la periferia hasta la corteza. Entonces si un extremo de la cuerda sufre una vibración ésta se prolongará hasta retransmitir el mensaje al otro extremo donde se extingue el estímulo.⁴

Sin embargo, con el tiempo y nuevas investigaciones ha llegado a conclusiones nuevas, que dejan en evidencia la teoría de la especificidad, que no conseguía mantenerse en pie sobre las bases en las que se fundamenta, además de por dejar de lado a la psicología en este proceso.⁴

Por otro lado, *la Teoría de patrones* considera que la sensación dolorosa se explica por la intensidad del estímulo y no por su calidad, además está basada en la ausencia de la especificidad para los receptores del dolor.⁴

Esta teoría comenzó a ser debatida por Livingston, cuando propuso el concepto de sumatoria central, en la que señala que la estimulación patológica de los nervios sensitivos activa circuitos reverberantes de las neuronas medulares, generando y potencializando el estímulo doloroso. Esta actividad anormal puede ser disparada por estímulos dolorosos y de esa forma generar una descarga de impulsos nerviosos que son interpretados centralmente como dolor.⁴

1.3. Afrontamiento del dolor

La experiencia de dolor es estresante para los seres humanos. Todo aquel que padece dolor y que además está asociado a una enfermedad, apreciará indeseables cambios en su día a día. En ocasiones, éste aparece al llevar a cabo ciertas actividades comunes de nuestra vida diaria, que por lo general dejamos de realizar; impidiendo la total funcionalidad. Sin embargo, cuando el dolor no es puntual y por el contrario se manifiesta a cada momento, incluso en reposo, supone mucho más estrés, ya que prácticamente no se puede hacer nada para remediarlo.⁶

En estas ocasiones los medicamentos toman gran importancia, aunque, si la cantidad de fármacos consumidos es exorbitada, por mucho alivio que produzcan también condicionarán nuestra vida al tener que seguir unos horarios estrictos de la toma de cada uno de ellos, además de efectos sobre nuestro organismo que podrían acarrear problemas a largo plazo.³

Todo esto transformará la visión que tenía el paciente acerca de sus prioridades, como podrían ser el trabajo, el dinero o la vida social, cambiándola por completo y pareciendo ahora que lo único importante y que ronda su cabeza es su dolor y qué puede hacer para recuperar su estado anterior.

Se considera que todos aquellos recursos o estrategias que las personas emplean para conseguir solucionar el problema causante de estrés, son medidas de afrontamiento. El afrontamiento es un concepto multidimensional que

dependerá de pensamientos, reinterpretaciones, conductas, conocimientos,... además de ser dinámico y condicionar las propias impresiones que producen esas mismas estrategias de afrontamiento que han sido utilizadas.^{6, 14, 15}

El paciente puede, por lo tanto, actuar directamente sobre el problema y de esta forma cambiar el desarrollo de la situación, o puede centrarse en la emoción que le genera este nuevo estado cambiando así la repercusión emocional que la situación tiene sobre el individuo.^{6, 14}

Proceso de afrontamiento del dolor

En el campo del dolor y el afrontamiento, el modelo propuesto por Lazarus y Folkman en 1984 resulta ser el más utilizado. Este es un modelo transaccional, en el que se establece la existencia de tres grandes ámbitos: los antecedentes causales, los procesos mediadores y los efectos a corto y a largo plazo.¹⁴

Por un lado, los antecedentes causales recogen las variables pertenecientes al individuo, tanto en lo que se refiere a valores y creencias que estarán relacionadas directamente con la personalidad, y que a su vez dependerán de factores sociales, biológicos, ambiente, madurez psicológica, variables sociales, cognitivas y emocionales. Como a las correspondientes a la situación, temporalidad, características, ambigüedad,...etc. determinadas por el tipo de enfermedad, limitaciones en las actividades de la vida diaria o básicas de la vida diaria, etc.¹⁴

Del mismo modo, estos factores predisponen y modulan los procesos mediadores, ya que dependiendo de la magnitud con la que se entienda el fenómeno estresante tomaremos unas medidas de actuación u otras.¹⁴

Por lo tanto, los procesos mediadores que consistirán en la valoración de la situación, serán determinantes. Estos se clasifican en la valoración primaria (¿qué es lo que está en juego?, ¿en qué me afecta el problema?) y secundaria (¿qué puedo hacer para resolverlo?).¹⁴ Será entonces después de la valoración cuando se inicie el verdadero proceso de afrontamiento.

Finalmente, el último elemento del modelo también estará relacionado con los anteriores, ya que es una causa directa de las medidas tomadas por el afrontamiento. Estas tendrán una serie de efectos a corto y largo plazo que afectarán de nuevo a los antecedentes causales, haciendo saber al sujeto si las estrategias son las correctas una y otra vez.¹⁴

No podemos acabar sin antes mencionar, que debemos tener en cuenta que para muchas personas el problema fundamental no es el dolor, sino lo que éste produce en ellos. Consecuencias de ello serían la disfuncionalidad, los desequilibrios emocionales, la distorsión de la autoimagen satisfactoria o el descuidar las relaciones familiares y de amistad.¹⁴

La valoración del dolor y su afrontamiento son procesos indisolubles, unidos de tal forma que determinan en gran medida la evolución de los síntomas e incluso la cronificación del cuadro.⁵ Como ya hemos mencionado anteriormente, la valoración forma parte del proceso de afrontamiento propuesto por Lazarus y se define como un proceso de evaluación establecido en términos del significado que tiene una interacción para el bienestar de un individuo.^{6, 14}

Dentro de la valoración primaria destacan dos aspectos. Por un lado el cognitivo, que estudia el grado de afectación que supone para el individuo su bienestar (o el de otros). Por otro lado, el emocional, que está determinado por lo que representa para el individuo dicha situación, analizando tanto si se ven desbordados sus recursos (amenaza) como opciones de acción que el individuo considera (desafío). No obstante, no se trata de dos conceptos opuestos sino de dos valoraciones que surgen de una misma interacción, en la que las estrategias de afrontamiento estarán centradas en la emoción si es una valoración de amenaza y en estrategias centradas en el problema si la valoración es de desafío.^{13, 14}

En lo que se refiere a la valoración secundaria, interviene una vez se ha examinado el factor estresante, barajando las posibles opciones de las que disponemos para hacerle frente y reflexionando sobre las repercusiones que acarrearían esos actos. Por lo tanto, sin una buena valoración las opciones a tomar serían erróneas, desajustando el proceso de afrontamiento.¹⁴

Estrategias de afrontamiento del dolor

¿Cómo saber si la o las estrategias que empleamos para hacer frente al dolor, muchas veces sin ser conscientes de ellas, son o no eficaces? Según algunos estudios^{5, 14, 16, 17} se puede establecer una clasificación clara entre las estrategias de afrontamiento activas y pasivas, que a su vez corresponden con adaptativas y no adaptativas. Al resultar difícil de identificar las estrategias de forma individual, estas suelen aparecer de forma conjunta.^{5, 7, 14, 16, 17}

Las estrategias activas reciben ese nombre porque el sujeto ha participado en la búsqueda de una solución a su problema. En este caso el dolor lo asume como suyo y por lo tanto con la posibilidad de poder cambiarlo. La distracción buscando pasatiempos, actividades alternativas, etc. para olvidarlo o la búsqueda de información acerca de la patología, implican interés en uno mismo y la circunstancia en la que se encuentra.^{5, 14, 16, 17, 14}

Todo lo contrario ocurrirá con las estrategias desadaptativas, en las que la persona se comporta de manera pasiva, desechando la idea de poder intervenir sobre el problema y provocando más descontrol al pensar que la curación se encuentra en manos ajenas sobre las que no podemos actuar. La búsqueda de apoyo social, el descanso o la evitación de actividades, meditación o ejercicio son algunos ejemplos que recogen mayores niveles de estrés y más frecuentes hospitalizaciones y visitas al médico.^{5, 7, 14, 16, 17}

Por otro lado, otros autores encontraron que la desesperanza y el catastrofismo se asociaron directamente con altos niveles de discapacidad emocional y depresión, mientras que rezar y tener esperanza se asociaron con alta discapacidad física.⁶

Sin duda las investigaciones en este campo han demostrado la influencia de las estrategias de afrontamiento en el dolor y por lo tanto, en la recuperación o no de su salud. Cuando las estrategias empleadas carecen de eficacia supondrán un problema en el avance de esa persona, que si se encuentra en tratamiento no lo llevará a cabo de forma adecuada y su actitud y comportamiento pueden ser difíciles de llevar para el profesional encargado de su mejoría. Es preciso por lo

tanto, el conocimiento de estos aspectos en aquellos que trabajan con personas en situaciones complicadas.^{6, 14}

Los fisioterapeutas pasan mucho tiempo del tratamiento con el paciente, por eso serán los encargados de atribuirle de nuevo al paciente o al menos intentarlo, su funcionalidad e independencia en la medida de lo posible en las actividades básicas de su vida diaria, como también en el ámbito laboral, en función de la patología que provoca el dolor y la disfuncionalidad.^{6, 10} Por ello, es importante que los fisioterapeutas conozcan las estrategias de afrontamiento del dolor más eficaces, así como recursos para comunicarlás y enseñarlás a los pacientes.

1.4. Adherencia a la fisioterapia

Concepto de adherencia

El término adherencia compromete tanto al paciente como al fisioterapeuta. Ambos conforman una alianza en la que mediante las indicaciones del profesional, se lleva a cabo un tratamiento específico para el paciente, que será responsable de sus propias acciones. Se establece entonces una relación basada en la confianza, en la que el fisioterapeuta permite el interés e implicación del paciente en su recuperación, con la esperanza de que este le corresponda y cumpla.^{10, 18}

La adherencia en Fisioterapia es un concepto multidimensional que dependerá de los diferentes tipos de consejos del fisioterapeuta. Según algunos estudios¹⁰, suelen estar relacionados con estas cuatro áreas: manejo del dolor, automanejo de su problema en las actividades diarias, ejercicios y consejos sobre el acondicionamiento general, tanto para actividades en la sesiones como en el domicilio. Este aporte de conocimientos al paciente le permite tomar una actitud activa frente a su problema, lo que se ha relacionado con menos nivel de discapacidad. De hecho, las consecuencias de la adherencia a la Fisioterapia han sido demostradas científicamente tanto en las sesiones de fisioterapia como en tratamientos a domicilio.^{10, 18}

El tratamiento de fisioterapia parte siempre de una valoración inicial y establecimiento de los objetivos, por lo que será la piedra angular de cualquier tratamiento y estará presente hasta la recuperación del paciente. Esta estructura de actuación permite reforzar el vínculo de unión creado entre paciente y fisioterapeuta y avanzar incluso en aquellos casos en los que no se ha diagnosticado la patología.¹⁰

El aspecto psicológico juega un fuerte papel en la adherencia. Por un lado, se observa como el simple hecho de contar con esos consejos y cercanía genera expectativas al paciente sobre la efectividad de la adherencia, haciendo que se produzcan pensamientos positivos. Por otro lado, este aumento de sensación de bienestar aumenta la autoeficacia y disposición, permitiendo así al paciente actuar directamente sobre su salud.¹⁰

No obstante aun sabiendo el efecto positivo que provoca la adherencia de fisioterapia en los pacientes, aún no ha sido posible determinar cuáles son los consejos beneficiosos necesarios para apreciar cambios en la clínica.¹⁰

Medición de la adherencia en Fisioterapia

Como ya se ha indicado anteriormente, la adherencia en fisioterapia se construye en base a diferentes factores, por lo que a la hora de medirla no se hará de forma global y abstracta sino que para que tenga uso en el entorno científico y de investigación, deberán ser valorados todos y cada uno de sus componentes, de la forma más objetiva posible.¹⁰

Para ello se han utilizado básicamente tres métodos de medición: autoinformes del paciente, el propio comportamiento de éste y el juicio del profesional.¹⁰

Un determinante en el seguimiento clínico será la asistencia a las sesiones. Estos datos serán recogidos mediante el equipo administrativo y por lo tanto serán verídicos. Por otro lado la realización de las actividades durante las sesiones de tratamiento podrá aportarnos información, pero no del todo real si sólo es examinada por el juicio del paciente, en este caso el fisioterapeuta deberá observar a éste para asegurarse. Sin embargo, si la sesión no es individualizada el profesional tendrá otras obligaciones con lo que podría escaparse parte de la información. Para estos casos los fisioterapeutas rellenarán encuestas sobre la adherencia de sus pacientes al tratamiento.¹⁰

Con la adherencia a la fisioterapia se ha intentado conseguir lo que con otros tratamientos médicos; y es averiguar el punto mínimo con el que se consigue los beneficios. Para ello, es necesario estudiar las variables de asistencia a las sesiones y la realización de actividades durante las sesiones de fisioterapia.¹⁰

Con respecto a la asistencia, se llegó a la conclusión de que con el 80% de asistencia a las sesiones de fisioterapia los pacientes se recuperaban de la misma forma que los que acudían a todas sus citas de fisioterapia. Sin embargo, existen diferencias entre autores en lo que se refiere a los consejos o a la medición, lo que supone que llegar a un acuerdo sobre el nivel mínimo o un intervalo de adherencia sea muy complicado.¹⁰

El efecto de la adherencia será tantas veces diferente como pacientes a los que se le aplica. Es decir, las características propias (sociodemografía, edad, género, clínica, etc.) de cada sujeto también determinarán el grado y efectividad de la adherencia.¹⁰

Por otro lado, la percepción que tiene el paciente de su enfermedad provoca cambios en la adherencia. Esto ocurre sobre todo cuando se ve afectada la calidad de vida del paciente, siendo incapaz de realizar las actividades de la vida diaria o de ver variado su nivel de independencia. En estos casos el paciente buscará como el fisioterapeuta el mismo objetivo, la mayor autonomía posible, incrementando así su interés en el tratamiento. Al contrario que ocurre con aquellos pacientes que no manifiestan síntomas, que creen falsamente que existe recuperación, en los que se corre el riesgo de dejar el tratamiento a la mitad. Será entonces cuando el profesional deberá dirigir el tratamiento hacia la prevención y así obtener mayor participación.¹⁰

Para terminar se deben analizar otros factores influyentes en la clínica como son el entorno asistencial, la práctica del fisioterapeuta y la percepción de los efectos terapéuticos, además de la propia valoración del paciente de su experiencia clínica.¹⁰

Los factores pertenecientes al entorno asistencial son aspectos tales como los tiempos de espera desde la prescripción hasta el acceso a la primera visita, las condiciones ambientales del centro, las características de periodicidad y la duración del programa de sesiones.¹⁰ Como conclusión en muchos estudios se ha observado, que las condiciones ambientales y una atmosfera confortable durante las sesiones aporta influencias positivas, además de una buena coordinación por parte del equipo multidisciplinar, evitando dar al paciente información contradictoria.¹⁰

En lo que se refiere a la práctica del profesional de fisioterapia, se ha analizado básicamente los consejos, la información aportada entorno a la condición de salud y utilidad de los consejos, la retroalimentación y claridad de información y aspectos de la calidad de la educación del paciente.¹⁰

Para finalizar, también deberemos tomar como referencia el grado de satisfacción del paciente. Esta recogerá su opinión acerca de todos los factores antes nombrados, pero dándole mayor importancia al tiempo invertido y la relación interpersonal con el fisioterapeuta.¹⁰

1.5. El caso de los pacientes con prótesis de rodilla

La protetización de rodilla es una de las técnicas quirúrgicas más utilizadas en los últimos tiempos, convirtiéndose en una de las actividades médicas más costo-efectivas.⁹ Esta, permite al paciente recuperar la calidad de vida que se ha visto comprometida por la degeneración de las estructuras que conforman la articulación, siendo la artrosis la principal causa en la mayoría de los casos y padeciéndola más del 70% de los mayores de 50 años.⁹

Para una buena recuperación tras una operación de prótesis de rodilla, será fundamental la rehabilitación. Esta debe ser de inmediato mediante movilizaciones precoces, aunque teniendo en cuenta complicaciones con la cicatriz, infecciones, etc.

A su vez, la predisposición del paciente también determinará el éxito o no en la recuperación. De este modo se deberán enfocar los protocolos de actuación, desde un punto de vista bio-psico-socio-médico.¹⁹

Sin embargo, aun siendo muy efectiva, en ocasiones no supone un alivio para los pacientes sino todo lo contrario. Por un lado, encontramos el dolor propio provocado por la intervención, que se debe entre otras cosas a los cortes realizados con el bisturí, que seccionan nervios, tejido blando, vasos, etc. Este hecho imposible de modificar supone un daño colateral necesario, que se manifestará más adelante mediante tirantez en la piel, adherencia de tejidos subcutáneos, inflamación, hinchazón, hipersensibilidad, etc.²⁰

Por otro lado, aparece el dolor que se identifica con problemas derivados de la prótesis. Estos serían, la infección articular, la inestabilidad y el aflojamiento aséptico. A su vez la rigidez de rodilla y problemas del aparato extensor también

pueden ser consecuencia de una mala técnica quirúrgica, en la que falla una adecuada liberación de los ligamentos colaterales, sobredimensión de los componentes articulares o por mala alineación rotuliana.²⁰

Según estudios en los que han analizado la relación entre el dolor proveniente de la prótesis de rodilla y estrategias de afrontamiento, se ha llegado a diferentes conclusiones, que corresponden con los resultados antes mencionados en relación a la percepción y afrontamiento del dolor.²¹

De este modo, la socialización y el ejercicio físico corresponde con altos resultados funcionales. Al contrario que el neuroticismo, que refleja un mayor efecto negativo, inestabilidad emocional, y la sintomatología depresiva.²¹

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

La experiencia clínica que he ganado en este último año de carrera, me ha permitido tener un mayor contacto con el dolor y con personas que lo padecen. Por eso, el descubrir las diferentes formas de interpretarlo y aceptarlo es el fundamental motivo que ha propulsado el desarrollo de este estudio.

Conforme se presentaban los conocimientos expuestos anteriormente, se hacía más evidente lo complejo que es el proceso por el cual se eligen las estrategias de afrontamiento y lo que influye en ellas. Considero que es información muy importante para profesionales de la salud que están en contacto directo con personas en situaciones difíciles, lo que influyó nuevamente y permitió que el trabajo tomase esta vertiente.

Además, que los participantes en el estudio estuviesen afectados por la misma patología resulta interesante, ya que aun padeciendo lo mismo no se comportan de la misma forma, evidenciando así, aún más, el componente subjetivo característico del dolor.

Por último, los pacientes intervenidos con prótesis de rodilla fueron los elegidos, al tratarse de una técnica muy habitual y costosa. Se trata de una intervención demandada en una población cada vez más longeva, al devolver la funcionalidad arrebatada generalmente por la artrosis.

Los objetivos que queremos conseguir con este estudio son:

- Determinar si existe relación basada en la evidencia entre los diferentes tipos de estrategias de dolor y la adherencia a la fisioterapia en pacientes con prótesis de rodilla.
- Saber cuáles de estas estrategias benefician y cuáles no al paciente en su recuperación y aumentan la adherencia al tratamiento de fisioterapia. De esta forma el tratamiento podría enfocarse teniendo esto en cuenta y conseguir mayor efectividad.

Derivados de estos objetivos, y atendiendo a los resultados que se recogen en investigaciones previas¹⁵, se plantean las siguientes hipótesis:

- Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los participantes serán la autoafirmación y distracción.
- Las estrategias de afrontamiento cognitivas guardarán mayor relación entre sí que con la estrategia de afrontamiento de apoyo social.
- Las estrategias de afrontamiento cognitivas estarán más relacionadas con los indicadores de adherencia al tratamiento que la estrategia Catarsis o apoyo social.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. Diseño del estudio

Se trata de un estudio transversal realizado mediante dos cuestionarios autocumplimentados por el paciente que recibe atención en fisioterapia después de una intervención de prótesis de rodilla.

3.2. Participantes y procedimiento

Participaron en esta investigación un total de 39 pacientes. La media de edad fue de 67 años, y con una desviación típica de 9.8. Las edades que conforman la muestra son muy dispares, encontrándose en un intervalo que va desde los 42 hasta los 82 años.

En lo que respecta a la variable Sexo, la muestra está formada por 9 varones y 30 mujeres.

El ámbito de estudio fueron las unidades de fisioterapia pertenecientes al Hospital Quirón y Hospital San Juan de Dios ambos situados en Santa Cruz de Tenerife y El centro de Atención Primaria de Icod de los Vinos. Todos estos centros realizan su labor según el Servicio Canario de Salud aunque con diferencias en la administración según sea un Centro de Atención Primaria u Hospital.

Todos los participantes se encontraban realizando un programa de fisioterapia en los centros mencionados. Además debían de cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

- Tener una edad superior a los 18 años.
- Recibir un tratamiento de fisioterapia posterior a una intervención quirúrgica por prótesis de rodilla.
- No presentar deficiencias cognitivas o de comunicación que dificultasen su participación.

Durante un mes y medio se llevó a cabo la recolecta de datos mediante este cuestionario que hacían llegar los fisioterapeutas de los centros a sus pacientes. Estos a su vez informaron sobre el objetivo que se intenta alcanzar con su aportación.

El permiso para la distribución de los cuestionarios fue concedido por las tres entidades tras ponernos en contacto con la dirección de cada una de ellas. En estas reuniones en las que se expuso el objetivo y desarrollo del estudio se estableció que los datos obtenidos serían confidenciales y la participación voluntaria.

3.3. Material

Cuestionario de Afrontamiento al Dolor

Son muchas las herramientas a elegir en la valoración de las estrategias de afrontamiento al dolor, por ello, para valorar la adaptación de estrategias frente al dolor en este estudio se ha empleado el CAD.¹⁵

Este cuestionario fue desarrollado por Soriano y Monsalve (2002) y evalúa 6 estrategias mediante 31 ítems respondidos en una escala de 5 puntos. Estas estrategias son: religión, búsqueda de apoyo social emocional (catarsis), distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de apoyo social instrumental (búsqueda de información). En la versión para este estudio se han excluido el factor I de tipo religioso y el factor VI, de tipo búsqueda de información (Búsqueda de apoyo Social Instrumental).¹⁴ La razón que llevó a esta decisión fue fundamentalmente la necesidad de simplificar el estudio para facilitar la predisposición de los pacientes a responder. Debido a la cantidad de ítems contabilizados entre los dos cuestionarios y a la búsqueda de estrategias en las que los pacientes interviniesen de forma activa, el factor religioso (pasivo) fue eliminado. Por otro lado, el factor de tipo búsqueda de apoyo social, también fue apartado del estudio, al ser la estrategia de afrontamiento que presentaba la fiabilidad más baja en el estudio de partida¹⁵.

En el estudio de Monsalve y Soriano que puso a prueba la validez de este cuestionario con muestras españolas, se evidenció que las estrategias más adaptativas resultan ser distracción, autoafirmación y búsqueda de información, siendo la estrategia de autoafirmación la que mejor predice la disminución en ansiedad y depresión en enfermos con dolor crónico.¹⁴

Adherencia en fisioterapia

Como ya se ha mencionado anteriormente la adherencia no es un concepto único y global, sino que recoge diferentes factores que deben ser evaluados de forma individual. De lo contrario los resultados no serían fiables y no quedaría reflejada la posibilidad de que los pacientes tengan más adherencia a partir de unos consejos, ejercicios o profesionales frente a otros.^{10, 22}

En este estudio se midió la adherencia a la fisioterapia mediante una versión modificada del "Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral" para su uso en Perú. Consta de 17 ítems, clasificados en nuestro estudio en las siguientes dimensiones: Asistencia a las sesiones de fisioterapia, Actitud hacia el tratamiento de fisioterapia, Dificultad percibida, Percepción de pérdida de tiempo, Estado general de salud, relación con el fisioterapeuta y Mejora de la salud. Las respuestas fueron catalogadas en una escala del 1 al 5 en la que estos valores oscilaban de nunca-siempre, mala-excelente, muy insatisfecho-muy satisfecho, nada-mucho y ninguna-muchísima.

4. RESULTADOS

4.1. Cuestionario CAD

Tal como comentamos en la descripción de los instrumentos, se pasó a los participantes una parte del cuestionario CAD, concretamente los ítems correspondientes a cuatro de las seis estrategias de afrontamiento que recoge. Se utilizaron 21 ítems pertenecientes a los factores de Catarsis, Distracción, Autocontrol mental y Autoafirmación.

El análisis de fiabilidad indicó puntuaciones adecuadas en cada una de las dimensiones. La fiabilidad más baja se obtuvo en la dimensión Autoafirmación, y la más alta en la dimensión Catarsis. En todos los casos, la fiabilidad es ligeramente inferior a la obtenida por los creadores del instrumento¹⁵.

Atendiendo a las puntuaciones medias y desviaciones típicas de cada dimensión, observamos cómo la estrategia Auto-afirmación, que tiene mayor puntuación promedio posee a su vez la menor desviación típica, mientras que la estrategia de Catarsis es todo lo contrario. Por lo tanto el orden de uso de mayor a menor será este: a) Auto-afirmación; b) Autocontrol mental; c) Distracción; d) Catarsis. Las diferencias en las puntuaciones entre las tres últimas estrategias son apenas perceptibles, por lo que puede considerarse que se presentan al mismo nivel.

Tabla 4.1. Puntuaciones medias, desviaciones típicas e índices de fiabilidad obtenidos en las estrategias de afrontamiento.

	Fiabilidad α	Media	Desviación Típica
Catarsis	.82	2.74	1.13
Distracción	.76	2.87	1.02
Autocontrol mental	.73	2.88	1.05
Auto-afirmación	.67	3.94	.81

Seguidamente, se llevó a cabo un análisis de las correlaciones entre las estrategias de afrontamiento evaluadas. La correlación estadística determina la relación o dependencia entre dos variables que intervienen en una distribución bidimensional, es decir, nos indica si los cambios en una variable se producen en relación a la otra.

En este caso, se calcularon las correlaciones entre las distintas estrategias de afrontamiento, para conocer en qué medida guardan relación unas con otras. Los resultados obtenidos indican que la dimensión Autoafirmación mantiene una

correlación estadísticamente significativa ($r = .546$; $p = 0.01$) con la dimensión Distracción, y también con la dimensión Autocontrol mental ($r = .396$; $p = 0.05$).

La estrategia de afrontamiento Catarsis no correlaciona con ninguna otra.

Tabla 4.2. Correlación existente entre las dimensiones de afrontamiento evaluadas.

	Catarsis	Distracción	Autocontrol mental	Auto-afirmación
Catarsis	1			
Distracción	-.046	1		
Autocontrol mental	.271	.286	1	
Auto-afirmación	-.047	.546**	.396*	1

*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

4.2. Cuestionario de adherencia al tratamiento fisioterapéutico

De los 17 los ítems que conforman el cuestionario, siete fueron excluidos y los demás agrupados en siete dimensiones. Cuatro de estas siete corresponden con la variable "Asistencia". En nuestro estudio de adherencia al tratamiento de fisioterapia no se ha encontrado variabilidad en los resultados, ya que de no ser cumplida en los centros la rehabilitación puede verse suspendida. Otro ítem al que le ocurre lo mismo pero que no se incluye dentro de esta dimensión es el de *¿Recibe las sesiones de Fisioterapia a la misma hora aproximadamente?*, por lo que también fue eliminado.

Con respecto al ítem *Cuando mejora su estado ¿suele su fisioterapeuta utilizarlo para darle ánimos y seguir adelante?* lo ideal habría sido incluirlo junto con *¿Cómo calificaría la relación que tiene con su Fisioterapeuta?*, sin embargo la fiabilidad entre los dos era baja, por lo que se optó por mantener el último.

Finalmente, del ítem *¿Qué dificultad percibe al realizar los ejercicios o seguir las indicaciones del fisioterapeuta?* Se obtuvo baja variabilidad y tampoco fue incorporado.

Los 10 ítems restantes de adherencia han sido agrupados de la siguiente manera: Actitud hacia el tratamiento, Dificultad percibida, Percepción de pérdida de tiempo, Estado general de la salud, Relación con el fisioterapeuta y Percepción de mejora de la salud.

La primera dimensión, Actitud hacia el tratamiento, está formada por los siguientes ítems: *¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los ejercicios e indicaciones?*, *¿Cómo evalúa los beneficios que le puede traer el tratamiento de Fisioterapia?*, *¿En qué medida tiene interés en realizar correctamente los ejercicios fisioterapéuticos?* y *¿Recuerda qué ejercicios, aparatos o directrices*

forman parte de su tratamiento en Fisioterapia? La dimensión Dificultad percibida está compuesta por los ítems: ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento de Fisioterapia? y ¿Qué dificultad percibe al realizar los ejercicios o seguir las indicaciones del fisioterapeuta? El resto de dimensiones las conforma un único ítem.

La fiabilidad, fue calculada en la variable “Actitud al tratamiento” por contar con tres ítems, para “Dificultad percibida” se obtuvo la correlación entre los dos ítems que la forman. El resto de dimensiones están compuestas por un solo ítem.

Tabla 4.3. Puntuaciones medias, desviaciones típicas y fiabilidad de las dimensiones de adherencia al tratamiento fisioterapéutico.

	Fiabilidad	Media	Desviación Típica
Actitud tratamiento	$\alpha=.74$	4.53	.424
Dificultad percibida	$r=.50^{**}$	2.00	1.05
Relación con fisioterapeuta		4.82	.457
Estado general		4.56	.754
Pérdida de tiempo		1.26	.595
Mejora salud		4.50	.558

Con respecto a los promedios y desviaciones típicas, se observa en todas las medidas puntuaciones bastantes extremas, así como bajas desviaciones típicas, salvo en la dimensión Dificultad percibida.

Tabla 4.4. Correlaciones entre las dimensiones del Cuestionario de Adherencia.

	Actitud Tratamiento	Dificultad percibida	Mejora de salud	Estado general	Relación con fisioterapeuta	Pérdida de tiempo
Actitud Tratamiento	1					
Dificultad percibida	-.109	1				
Mejora salud	.292	-.348*	1			
Estado general	.245	-.084	.287	1		

Relación con fisioterapeuta	.540**	.010	.265	.301	1	
Pérdida de tiempo	-.351*	.275	-.242	-.096	-.508**	1

*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Al estudiar la relación que existe entre las diferentes variables de adherencia encontramos algunos datos relevantes. En primer lugar, la relación que existe entre el fisioterapeuta y el paciente correlaciona significativamente y en dirección positiva ($r = .540$; $p = 0.01$) con la actitud al tratamiento. De la misma forma, la percepción de pérdida de tiempo correlaciona significativamente y en dirección negativa con la actitud hacia el tratamiento ($r = -.351$; $p = 0.05$) y con la relación con el fisioterapeuta ($r = -.580$; $p = 0.001$). Por último la percepción de mejora en la salud correlaciona significativamente y de forma negativa ($r = -.348$; $p = 0.05$) con la dificultad percibida.

4.3. Relación entre estrategias de afrontamiento e indicadores de la adherencia a la fisioterapia

Para analizar la relación existente entre las estrategias de afrontamiento y los indicadores de adherencia al tratamiento, distinguimos entre las estrategias de afrontamiento cognitivas, que reúnen a las variables de Distracción, Autocontrol mental y Auto-afirmación, de las estrategias vinculadas a la búsqueda de apoyo social, Catarsis que será analizada de forma individual.

A continuación, se llevaron a cabo dos tipos de análisis, con el objeto de identificar, en primer lugar, si existen diferencias en el grado de adherencia de las personas que utilizan más las estrategias de afrontamiento del dolor cognitivas frente a las que las utilizan menos, y en segundo lugar, si existen diferencias en el grado de adherencia en función del uso de las estrategias de afrontamiento relacionadas con la búsqueda de apoyo social (Catarsis).

4.3.1. Comparación de los niveles de adherencia en función del uso de estrategias de afrontamiento del dolor cognitivas.

Con el objetivo de agrupar a los participantes a partir de sus puntuaciones en las estrategias de afrontamiento cognitivas (Distracción, Autocontrol mental y Auto-afirmación), se llevó a cabo un análisis clúster. Este tipo de análisis permite clasificar a los participantes en grupos homogéneos, atendiendo a sus puntuaciones en las variables introducidas como elemento de clasificación. En este caso, se introdujeron las puntuaciones obtenidas por los participantes en las tres estrategias de afrontamiento cognitivas. Se utilizó un análisis clúster de *K-medias*, para una configuración de dos grupos (altos y bajos en las tres estrategias). El resultado de este análisis se presenta en la Tabla 5. El grupo 1

integra a los participantes con puntuaciones más altas en las tres estrategias de afrontamiento, y el grupo 2 a los participantes con puntuaciones más bajas. Las diferencias entre los dos grupos configurados en cada una de las estrategias de afrontamiento son estadísticamente significativas.

Tabla 4.5. Puntuaciones centrales en los clústers formados a partir de las puntuaciones de los participantes en las estrategias de afrontamiento cognitivas.

	Grupo 1	Grupo 2	F	Sign.
Distracción	3.67	2.32	28.187	<.001
Autocontrol Mental	3.54	2.42	14.459	.001
Autoafirmación	4.59	3.49	30.858	<.001
N	16	23		

Una vez constituidos los grupos altos y bajos en el uso de estrategias de afrontamiento cognitivas, se llevó a cabo una comparación de medias entre los dos grupos, para las puntuaciones en las distintas variables de adherencia al tratamiento. Las comparaciones de medias mediante el estadístico *t* revelaron la existencia de diferencias entre los grupos estadísticamente significativas en las variables Actitud hacia el tratamiento y Percepción de mejora de la salud. Concretamente, el grupo con puntuaciones más altas en las estrategias de afrontamiento cognitivas reportó puntuaciones más altas en Actitud hacia el tratamiento (M=4.68) que el grupo con puntuaciones más bajas (M=4.42; $p=.067$). Asimismo, los participantes del grupo alto en afrontamiento cognitivo puntuaron más alto en la percepción de mejora de salud (M=4.73) que el grupo bajo en este tipo de estrategias de afrontamiento (M=4.35; $p=.035$). Los resultados de las comparaciones se presentan en la Tabla 6.

Tabla 4.6. Pruebas *t* para las variables de adherencia en función de si los participantes utilizan más o menos las estrategias de afrontamiento del dolor Cognitivas.

	Media Grupo Alto (A)	Media Grupo Bajo (B)	t (gl)	Sign
Actitud Tratamiento	4.68 (DT: 0.36)	4,42 (DT: 0.44)	1.895 (37)	.066
Dificultad percibida	1.87 (DT:1.02)	2.09 (DT: 1.07)	-0.618 (37)	.540
Percepción de pérdida	1.25 (DT: 0.58)	1.26 (DT: 0.62)	-0.055 (37)	.956
Estado general	4.63 (DT:1.03)	4.52 (DT: 0.51)	0.416 (37)	.680

Relación con fisioterapeuta	4.93(DT: 0.26)	4.74 (DT: 0.54)	1.293 (33.61)	.148
Mejora salud	4.73 (DT: 0.46)	4.35 (DT: 0.57)	2.188 (36)	.035

4.3.2. Comparación de los niveles de adherencia en función del uso de estrategias de afrontamiento de apoyo social.

Para llevar a cabo esta comparación, se han establecido dos grupos, a partir de los niveles obtenidos en la Dimensión Catarsis. Concretamente, se ha dividido a la muestra a partir del percentil 50, de modo que un grupo (el grupo A) integra a los participantes con puntuaciones por debajo del percentil 50 en Catarsis, y otro grupo (el grupo B) integra a los participantes con puntuaciones superiores al percentil 50 en esta dimensión. La media del grupo A fue de 1.85 y la media del grupo B fue de 3.78.

De nuevo, se llevó a cabo una comparación de medias entre los dos grupos para las puntuaciones en las distintas variables de adherencia al tratamiento. Las comparaciones de medias mediante el estadístico t indicaron que se produjeron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la variable Percepción de mejora de la salud ($t_{(37)}=2.146$; $p=.039$). Concretamente, el grupo alto en el uso de la estrategia Catarsis obtuvo puntuaciones más bajas en la Percepción de mejora de la salud ($M=4.29$) que el grupo bajo en el uso de esta estrategia de afrontamiento ($M=4.67$). Los resultados obtenidos para los indicadores de adherencia al tratamiento en esta comparación se presentan en la Tabla 7.

Tabla 7. Pruebas t para las variables de adherencia en función de si los participantes utilizan más o menos la estrategia de afrontamiento Catarsis.

	Media Grupo Bajo (A)	Media Grupo Alto (B)	t (gl)	Sign
Actitud Tratamiento	4,58(DT: 0.37)	4.47 (DT: .484)	0.753 (37)	.456
Dificultad percibida	2.00 (DT: .975)	2.00 (DT:1.15)	0 (37)	1
Percepción de pérdida	1.14 (DT: . 359)	1.39 (DT: .778)	-1,235 (23.1)	.229
Estado general	4.57 (DT: . 926)	4.56 (DT: .511)	.065 (37)	.949

Relación con fisioterapeuta	4.90 (DT: .301)	4.71(DT: .588)	1.267 (22.7)	.218
Mejora salud	4.67 (DT: .483)	4.29 (DT: .588)	2.146 (36)	.039

5. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio era conocer si existe relación entre las estrategias de afrontamiento al dolor y la adherencia a la fisioterapia en pacientes con prótesis de rodilla. Los resultados permiten extraer una serie de conclusiones relevantes.

En primer lugar, en relación al cuestionario CAD se obtuvo con respecto a la correlación de los cuatro factores que las estrategias de Distracción, Autoafirmación y Autocontrol mental se encuentran relacionadas y que por lo tanto, el paciente puede utilizarlas conjuntamente, de modo que aquellos pacientes que utilizan este tipo de estrategias no utilizan de forma consistente otras estrategias. Estos resultados son consistentes con los obtenidos en investigaciones previas.

En el estudio de Soriano y Monsalve se obtuvieron estos mismos datos en la variable Catarsis, que curiosamente no se relaciona con ninguna reacción emocional aunque desde un punto de vista teórico, debería hacerlo con emociones que supongan liberación o descarga emocional.¹⁵ Por otro lado, Soriano y Monsalve también coinciden con este estudio en que la estrategia de Distracción y Autoafirmación obtienen una relación mucho mayor que la de Autoafirmación con Autocontrol mental.¹⁵

Al analizar los resultados correspondientes al cuestionario de adherencia al tratamiento de fisioterapia, se obtuvo que la relación que existe entre el fisioterapeuta y el paciente correlaciona significativamente y en dirección positiva con la actitud al tratamiento. Una buena actitud hacia el tratamiento permite mayor adherencia al tratamiento que a su vez repercute de nuevo en la actitud. Sin embargo, aunque algunos estilos de práctica que utilizan los fisioterapeutas para interactuar con los pacientes son determinantes clave en la adherencia, existen pocos datos bibliográficos sobre su importancia.¹⁰

El hecho de que el fisioterapeuta es el que explica al paciente los ejercicios que debe hacer para mejorar su salud despejando las dudas de estos, hace que el paciente sienta mayor control y fomenta el vínculo entre paciente y profesional,¹⁰ lo que de nuevo repercute en la actitud del paciente hacia la terapia.

Otra variable interesante para estudiar, en relación con la adherencia al tratamiento, es la percepción de pérdida de tiempo. Esta variable correlaciona significativamente y en dirección negativa con la actitud hacia el tratamiento. Por lo tanto, aquellas personas que sientan que durante el tratamiento están perdiendo el tiempo perderán también el interés en éste y su actitud será peor.

Del mismo modo, la percepción de pérdida de tiempo también se relacionó de forma negativa con la relación con el fisioterapeuta.

Si se ve afectada tanto la actitud como la relación con el fisioterapeuta, la adherencia al tratamiento estará comprometida afectando ésta a la recuperación del paciente que no estará satisfecho. Así pues, los pacientes con alta satisfacción y buena calidad percibida mostrarán más adherencia que aquellos con menor satisfacción y calidad percibida respectivamente.¹⁰

Por último, los resultados indican que la percepción de mejora en la salud correlaciona significativamente y de forma negativa con la dificultad percibida, es decir, a menor dificultad, mayores serán las mejoras en la salud. Estos datos coinciden con los obtenidos en estudios en los que, la mejora global en el estado de salud ha sido una variable consistentemente asociada a la adherencia a los ejercicios específicos.¹⁰

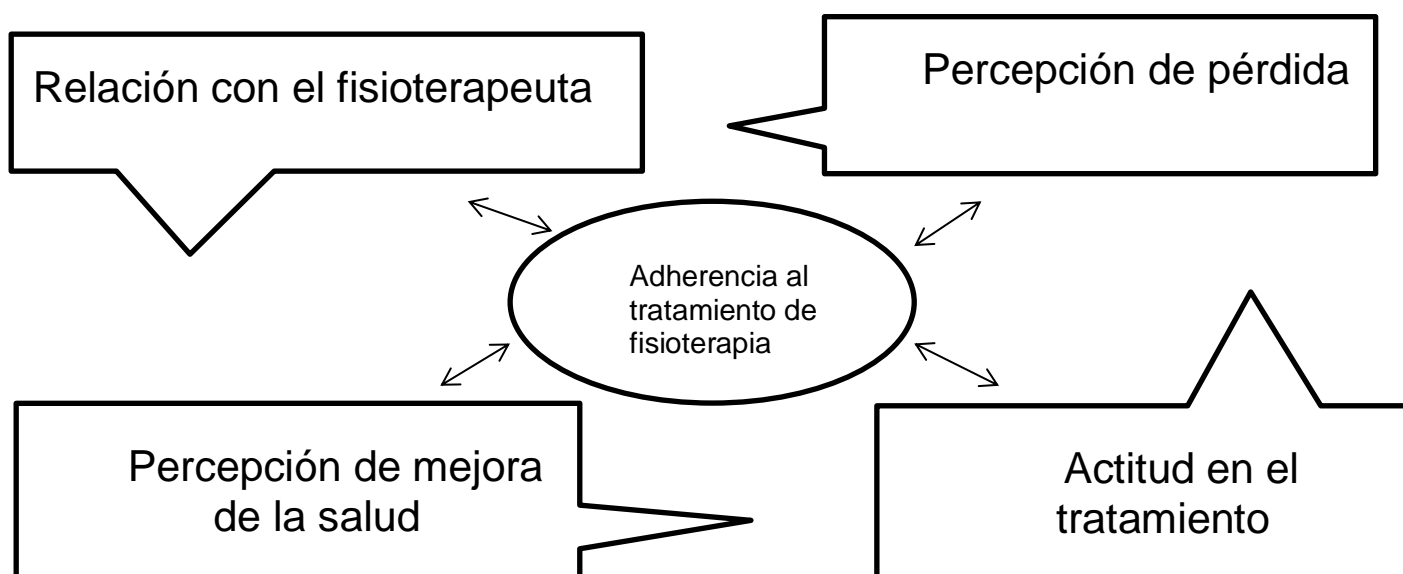


Gráfico 5.1. Variables clave para incrementar la adherencia al tratamiento en fisioterapia (elaboración propia).

Para saber si existen estrategias de afrontamiento que facilitan o dificultan una buena adherencia al tratamiento de fisioterapia, se estudió la muestra creando dos grupos clasificados en aquellos que utilizan más las estrategias y otro con los que menos. Debido a la baja correlación entre la estrategia Catarsis y el resto de estrategias, se analizaron por separado.

Los resultados pertenecientes al análisis de las estrategias cognitivas (Distracción, Autocontrol mental, Autoafirmación) obtenidos fueron que el grupo con puntuaciones más altas reportó puntuaciones más altas en Actitud hacia el tratamiento y Percepción de Mejora de salud.

Como ya se ha mencionado anteriormente, las estrategias se identifican por ser activas y adaptativas o pasivas y desadaptativas. Las estrategias cognitivas fueron llamadas así, porque al ser utilizadas es necesario que la persona se implique, es decir, para poner en práctica la estrategia Distracción es necesario que la persona busque con qué evadirse del dolor y por lo tanto, actúan de forma activa en su recuperación. Sin embargo, la estrategia de apoyo social se

caracteriza en primera instancia por el desahogo que supone el contar el problema que aflige a quien lo padece, pero también porque es inevitable que la persona que nos escucha intente ayudar dando consejo.

Al analizar las puntuaciones pertenecientes a la estrategia Catarsis se obtuvo que el grupo alto en su uso tenía puntuaciones más bajas en la Percepción de mejora de salud. De este modo, parece que el uso de esta estrategia de afrontamiento dificultará una buena adherencia al tratamiento, al menos en el caso de los pacientes de prótesis de rodilla, podría considerarse estrategias desadaptativas.

Soriano y Monsalve¹⁵, consideran que la variable Catarsis actúa sobre la emoción que genera la situación y no sobre el problema que lo provoca. A su vez también establecieron que el neuroticismo se relaciona positivamente con estrategias centradas en la emoción mediante estrategias de escape o evitación del dolor, reacciones hostiles y desahogo emocional. Sin embargo, en el caso de dolor crónico el neuroticismo se relaciona con un mayor uso del catastrofismo.¹⁶

Por supuesto, todo lo expuesto en este apartado a modo de conclusión, hace pensar de forma especial en los fisioterapeutas que se encuentran diariamente con el problema de una baja adherencia al tratamiento de sus pacientes.

Para muchos de estos profesionales supone un gran trabajo conseguir la implicación de sus pacientes que llegan a las sesiones poco cooperativos, con actitud derrotista y a los que es muy difícil transmitir algo de interés aun cambiando la metodología de trabajo y haciéndoles conscientes de que deben ser parte activa de su recuperación. Por ejemplo, la percepción de severidad o dificultad ha sido consistentemente asociada a baja adherencia en fisioterapia. Como ocurre también con la no percepción de efectos terapéuticos tanto al realizar como al interrumpir el consejo se ha relacionado con la adherencia.¹⁰

Si esta actitud se prolonga mucho en el tiempo, no solo será contraproducente para la salud del paciente, que no se estará tratando de forma correcta; sino que también lo será para el fisioterapeuta que acabará desmotivado. El fallo del paciente en la adherencia al tratamiento, supondrá para el fisioterapeuta hacerse el único responsable de la salud de éste. Este sobreesfuerzo mantenido de forma continua le ocasionará estrés o sufrimiento psicológico, que además de repercutir emocionalmente también provocará fatiga física. Esto se manifiesta en el Síndrome de Burnout.²³

Sería interesante seguir desarrollando estudios similares a este, con pacientes con patologías distintas, para profundizar en la idea de que la utilización de la estrategia de Catarsis no mejora la percepción de mejoría de los pacientes, mientras que esto sí ocurre con el uso de estrategias Cognitivas.

En el caso de que esto se realizase, la combinación del campo de la psicología en la fisioterapia sería fundamental. De esta manera, el fisioterapeuta podría contar con las pautas necesarias para determinar el perfil de sus pacientes; además de promover en ellos el uso de estrategias cognitivas y entrenarlos para enfrentarse de forma activa al problema, consiguiendo de este modo una mayor adherencia. A su vez, el paciente también saldrá beneficiado al recuperar su salud y calidad de vida de forma eficaz y por lo tanto temprana.

Una de las limitaciones que encontramos al realizar este estudio es el tamaño de la muestra, ya que no es lo suficientemente grande como para que los resultados obtenidos sean concluyentes y generalizables. Además observamos

una gran diferencia en el número de pacientes hombres y mujeres, superando estas en cantidad, como ha ocurrido en otros estudios, en los que hubo una prevalencia de mujeres.²⁴ Este hecho puede deberse a que las patologías y degeneraciones óseas y de tejidos blandos se asocian con la menopausia y una edad avanzada.

Por otro lado, encontramos que a los pacientes les resultó complicado en ocasiones responder al cuestionario bien por dificultades de comprensión o debido a dificultades de lectura. Por este motivo se permitió al paciente llevar el cuestionario a su domicilio para poder responderlo junto a algún familiar. Esta disparidad en el procedimiento seguido durante la recogida de datos puede haber generado algún tipo de consecuencia en los resultados. Más investigación en este campo contribuirá a identificar si los resultados obtenidos son consistentes.

Con respecto al cuestionario de adherencia al tratamiento de fisioterapia, que como ya se ha comentado anteriormente se trata de una versión de un cuestionario que estudia la adherencia a un tratamiento antirretroviral, hubo ítems que no aportaron mucha claridad al estudio. Es lo que ocurrió con la dimensión Asistencia, que en el caso de estudiar la adherencia al tratamiento de un fármaco, la variabilidad es mayor al preguntar sobre la toma de las dosis, que en muchas ocasiones son olvidadas o ingeridas a diferentes horas. Este hecho resalta la importancia de disponer de instrumentos de medida de la adherencia específicos para los tratamientos fisioterapéuticos, que recojan sus peculiaridades y componentes diferenciales respecto a otro tipo de intervenciones.

En lo que respecta a la medición de la adherencia, se llevó a cabo únicamente con los cuestionarios de auto-cumplimentación por los pacientes, tomando por lo tanto como única referencia su punto de vista y dejando de lado otro componente relevante, el fisioterapeuta.¹⁰

Por último, otra limitación pero necesaria para el estudio, fue reducir la muestra al descartar cualquier patología que no fuera la prótesis de rodilla. Una continuación de este estudio podría ampliar la muestra a personas con otro tipo de patologías, y valorar si la relación entre las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento es similar o difiere de la obtenida en este estudio.

En síntesis, este trabajo ha permitido realizar un acercamiento al estudio de las estrategias de afrontamiento del dolor, de las que las personas en general no tiene mucho conocimiento y la adherencia a la fisioterapia, concepto cada vez más utilizado en la recuperación de pacientes.

Los resultados obtenidos han mostrado además cómo el empleo de las estrategias de afrontamiento cognitivo ante el dolor suponen mejoras en la adherencia al tratamiento. De esta forma, el paciente mantiene una actitud favorable hacia el tratamiento, y esto repercute sobre la percepción de mejora en la salud. Estas dimensiones influyen unas sobre otras, junto con la relación con el fisioterapeuta y la percepción de dificultad o de pérdida de tiempo, ejerciendo a su vez retroalimentación sobre la adherencia al tratamiento.

Por tanto, el uso de estrategias adaptativas permitirá que la recuperación del paciente sea efectiva y positiva, lo que beneficiará a su salud general, al comprobar cómo el dolor se desvanece gracias al trabajo del fisioterapeuta y también al suyo.

6. AGRADECIMIENTOS

Este Trabajo Fin de Grado ha sido posible gracias a los centros hospitalarios San Juan de Dios y Quirón y al Centro de Atención Primaria de Icod de los Vinos, ya que permitieron entregar los cuestionarios a sus pacientes, y mostraron total disposición a ayudar en la labor investigadora y formativa.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. TORRES M, COMPAÑ V. La experiencia del dolor. I.N. Ediciones.1 ed. Editorial UOC. Barcelona (España).
2. LÓPEZ FORNIÉS A, ITURRALDE GARCÍA DE DIEGO F, CLERENCIA SIERRA M, ORTIZ DE LANDÁZUR J.G. Tratado de geriatría para residentes. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Reimpresión. España.
3. BUTLER, DS, MOSELEY, GL. Explicando el Dolor. 19 ed. Australia: Noigroup Publications; 2010.
4. GONZÁLEZ J. RONALD, MELZACK, PATRICK WALL. La teoría de la compuerta: más allá del concepto científico dos universos científicos dedicados al entendimiento del dolor. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2013; 20(4):191-202.
5. TORRE F, MARTIN-CORRAL J, CALLEJO A, GÓMEZ- VEGA C, LA TORRE S, ESTEBAN I, VALLEJO R. M^a, ARIZAGA A. Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2008; 15(2): 83-93
6. RODRÍGUEZ FRANCO L, CANO F.J, BLANCO PICABIA A. Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. Actas Esp Psiquiatr. 2004; 32 (2): 82-91.
7. SNOW-TUREK A, NORRIS M, TAN G. Estrategias de afrontamiento activo y pasivo en pacientes con dolor crónico. Dolor. 1996; 64: 455-462.
8. SALINAS V. Adherencia de los pacientes en fase post-aguda a consejos de fisioterapia: Magnitud y Factores asociados. Universidad de Murcia. 2013.
9. LÓPEZ-LIRIA R, VEGA-RAMÍREZ F.A, CATALÁN-MATAMOROS D, PADILLA-GÓNGORA D, MARTÍNEZ-CORTÉS M.C, MESA-RUIZ A. La rehabilitación y fisioterapia domiciliaria en las prótesis de rodilla. An. Sist. Sanit. Navar. 2012; 35(1): 99-113.
10. VILLAR J. Cómo investigar en algo tan subjetivo como el dolor. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2006; 13(4): 250-253.
11. DONKER F. Evaluación y tratamiento conductual del dolor crónico. BUELA-CASAL G, CABALLO V.E. Manual de psicología clínica aplicada. 1^a ed. Manual Psicología 1991. Madrid (España). P: 27-47.
12. TORRALBA A, MIQUEL A, DARBA J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal". Rev. Soc. Esp. Dolor. 2014; 21(1):16-22.
13. ARCOS PROS M, MARTÍN M^a J. Introducción a la terapia cognitivo-conductual. En: MOIX J, KOVACS F.M, editores. Manual del dolor: tratamiento cognitivo conductual del dolor crónico. 1^a ed. Barcelona (España): Paidós Psicología Psiquiatría Psicoterapia; 2009. p. 19-27.

14. MONSALVE V, SORIANO J. Afrontamiento psicológico al dolor. Boletín de Psicología. 2005; 84: 91-107.
15. SORIANO J, MONSALVE V. CAD: Cuestionario de afrontamiento ante el Dolor Crónico. Rev Soc Esp Dolor. 2002; 9: 13-22.
16. RAMÍREZ MAESTRE C, ESTEVE ZARAZAGA R, LÓPEZ MARTÍNEZ A.E. Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. Anales de Psicología. 2001; 17 (1): 129-137.
17. REINOLDS F. Afrontar la enfermedad. En: FRENCH S, SIM J., editores. Fisioterapia: un enfoque psicosocial. 3ª ed. Barcelona (España). McGraw-Hill Interamericana de España S.L. 2004. p: 39-52.
18. ABENZA CANO L, OLMEDILLA ZAFRA A, ORTEGA TORO E, ESPARZA ROS F. Construcción de un registro de conductas de adherencia a la rehabilitación de lesiones deportivas. Revista de Psicología del Deporte. 2011; 20(2): 455-476.
19. IBORRAS J. Prótesis total de cadera y rodilla. En: MONTAGUT MARTINEZ F, FLOTATS FARRÉ G, LUCAS ANDREU E. Rehabilitación domiciliaria. Principios, indicaciones y programas terapéuticos. 1ª ed. Barcelona (España). Elsevier Masson; 2005. p: 221-230.
20. Página web: protesiscaderarodilla.com [citado en 19 de mayo de 2015] Disponible en <http://www.protesiscaderarodilla.com/PROTESIS%20DE%20RODILLA%20DOLOROSA.htm>
21. LONG GONG, JI-YUAN DONG. La personalidad del paciente predice la recuperación después de total de rodilla. J Orthop Sci. 2014; 19(2): 263-269.
22. TAFUR-VALDERRAMA E, ORTIZ C, ALFARO CO, GARCÍA-JIMÉNEZ E, FAUS MJ. Adaptación del "Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral" (CEAT-VIH) para su uso en Perú. Ars Pharm 2008; 49 (3): 183-198.
23. SERRANO GISBERT Mª F, GARCÉS DE LOS FAYOS E.J, HIDALGO MONTESINOS Mª D. Burnout en fisioterapeutas españoles. Psicothema; 2008; 20 (3): 361-368.
24. GREGOR R, CAMPOS D. Prótesis Total de Rodilla. Experiencia Taiwán. Presentación de Quince Casos. Rev. Nac. (Itauguá). 2009; 2(1): 1-4.

8. ANEXO

Cuestionario de afrontamiento al dolor

Factores	Ítems
Factor II: Catarsis (Búsqueda de Apoyo Social Emocional)	<ul style="list-style-type: none">- Cuando tengo dolor intento hablar con alguien y contarle lo que me pasa. Esto me ayuda a soportarlo- Cuando tengo dolor les digo a los demás lo mucho que me duele, pues el compartir mis sentimientos me hace encontrarme mejor- Cuento a la gente la situación porque ello me ayuda a encontrar soluciones- Hablo con la gente de mi dolor, porque el hablar me ayuda a sentirme mejor- Busco a algún amigo o allegado que me comprenda y me ayude a sentirme mejor con el dolor
Factor III: Distracción	<ul style="list-style-type: none">- Cuando tengo dolor imagino situaciones placenteras- Busco algo en qué pensar para distraerme- Ignoro el dolor pensando en otra cosa- Intento recrear mentalmente un paisaje- Cuando tengo dolor pienso en otra cosa- Cuando tengo dolor me esfuerzo en distraerme con algún pasatiempo
Factor IV: Autocontrol mental	<ul style="list-style-type: none">- Me concentro en el punto en que más me duele intentando disminuir el dolor- Me olvido de todo y me concentro en mi dolor intentando que desaparezca- Cuando tengo dolor me concentro en su localización e intensidad para intentar controlarlo- Cuando tengo dolor me concentro en él e intento disminuirlo mentalmente- Trato de dejar la mente en blanco
Factor V: Autoafirmación	<ul style="list-style-type: none">- Pienso que he de tener fuerzas y no desfallecer- Me doy ánimos para aguantar el dolor- Me digo a mi mismo que tengo que ser fuerte- Cuando tengo dolor no me rindo, peleo- Aunque me duele me contengo y procuro que no se me note

Cuestionario adherencia al tratamiento de fisioterapia

Factores	Ítems	Categorías
Asistencia	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Ha dejado de asistir a sus sesiones de Fisioterapia sin justificar en alguna ocasión? - Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de ir a la sesión de Fisioterapia? - Si en alguna ocasión después de la sesión de Fisioterapia se ha encontrado peor ¿ha dejado de asistir a los días siguientes? - Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿ha dejado de asistir a la sesión o ha ido pero no ha hecho correctamente los ejercicios? 	Nunca/ siempre
Actitud hacia el tratamiento	- ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los ejercicios e indicaciones?	Mala/ Excelente
	- ¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el tratamiento de Fisioterapia?	Nada/ Mucho
	- ¿En qué medida tiene interés en realizar correctamente los ejercicios fisioterapéuticos?	Ninguno/Muchísimo
	- Recuerda ¿qué ejercicios, aparatos o directrices que forman parte de su tratamiento en Fisioterapia?	Nada/Mucho
Dificultad percibida	- ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento de Fisioterapia?	Ninguna/Muchísima
	- ¿Qué dificultad percibe al realizar los ejercicios o seguir las indicaciones del fisioterapeuta	Nada/Mucho
Percepción de Pérdida	- ¿Cuánto tiempo cree que pierde al realizar las sesiones de Fisioterapia?	Nada/Mucho
Estado General	- ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado con las sesiones de Fisioterapia?	Muy Satisfecho/Nada Satisfecho
Relación con el fisioterapeuta	- ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su Fisioterapeuta?	Mala/Excelente
Mejora de la Salud	- ¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó con el tratamiento	Nada/ mucho