



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

Facultad de Psicología



**Relación entre depresión, ansiedad, y calidad de vida en pacientes con
dolor crónico no oncológico.**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIATURA EN LA
CARRERA DE PSICOLOGÍA PRESENTA:**

Alvarado Barrios Karen Daniela

Director: Dr. Edgar Landa Ramírez

Revisor: Dr. Juan José Sánchez Sosa

Sinodales: Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Dra. Mariana Gutiérrez Lara

Dra. Alejandra Valencia Cruz

México, DF., 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a aquellas personas que me apoyaron durante la realización de este trabajo. A mi revisor Dr. Juan José Sánchez Sosa, por su paciencia, sus consejos, por su apoyo en tiempos difíciles y por compartir siempre su sabiduría.

A Edgar Landa Ramírez, por la oportunidad que me dio para hacer este trabajo posible, por su gran apoyo, paciencia, por su preocupación ante la realización de mis proyectos, y su gran capacidad por compartir sus conocimientos.

A mis sinodales, el Dr. Samuel Jurado Cárdenas, por su apoyo y paciencia. A la Dra. Alejandra Valencia, por su tolerancia y por compartir sus conocimientos. A la Dra. Mariana Lara Gutiérrez por su atención y su tiempo invertido.

A Nancy Rangel Ramírez, que ha sido más que mi guía en este proyecto, por su tiempo invertido, por su paciencia, por su preocupación, por su atención, por ser más que mi compañera de trabajo, y por su gran entrega. Gracias por dar más de lo que te correspondía dar. Gracias a ti, por forjarme como psicóloga, y por darme no solo lecciones teóricas, sino también lecciones de vida. Gracias por tu apoyo incondicional, por tu amistad, y por el amor que es mutuo.

DEDICATORIAS

Quiero dedicar este trabajo a mis padres, Guillermo Alvarado Sánchez y Patricia Barrios Gómez, con todo mi amor y respeto, por haberme dado la oportunidad de llegar tan lejos, pues sin ellos, esto simplemente no hubiera sido posible. Les dedico esto, sólo como una pequeña muestra de mi amor infinito, y en correspondencia a lo mucho que me han ofrecido. Gracias a ustedes, pues soy la consecuencia de su amor y parte de sus planes, una extensión de su corazón y la esencia de mi ser. Los amo!

A mi hermano y a mis segundos padres, Martha, Roberto, Ale, Fernando y Claudia, pues siempre tienen las palabras precisas para empujarme al éxito con todo su amor y paciencia. Gracias a ustedes por ser mis maestros de vida, pues ahora soy el reflejo de cada una de sus enseñanzas, los amo.

A Gorety, que la quiero como a mi hermana. Gracias por estar siempre conmigo, por ser mi confidente, mi consejera, mi mejor amiga. Te amo!

A Raúl, por ser mi apoyo incondicional, por amarme, tanto como yo te amo a ti. Gracias, por las risas que me distraen en momentos difíciles, por la ternura y paciencia que me brindaste durante este periodo, por ser no sólo mi amado, sino también mi mejor amigo, te amo...*THE*.

A Alejandra Sánchez, por su enorme corazón, y grande paciencia, a mi amiga Esmeralda por siempre escucharme y contenerme cuando más lo necesitaba. A mi amigo Lalo, por ser mi guía en todo momento. A mis amigas Isa, Eri y Bren, que me han demostrado su hermandad todo el tiempo.

A mis amigas Dalia y Mariel, que desde el cch me han apoyado hasta ahora. Las quiero mucho!

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo analítico observacional, correlacional transversal con el objetivo de identificar la relación entre depresión, ansiedad y calidad de vida con la presencia e intensidad de dolor en pacientes con dolor crónico no oncológico. Se evaluó a 150 pacientes con dolor crónico que asistieron por primera vez a la Clínica del Dolor del Hospital General *Dr. Manuel Gea González*. Para evaluar los niveles de dolor se utilizaron la Escala Numérica Verbal (ENV), Escala Visual Análoga (EVA) y la Escala Descriptiva Verbal (EDV). Para evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva, se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Para evaluar la calidad de vida se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida (SF-36). Los resultados mostraron una correlación positiva débil, pero estadísticamente significativa, entre la sintomatología ansiosa y el dolor ($r=.313$, $p= 0.01$). También se identificó la sintomatología depresiva tuvo una correlación de forma positiva débil y estadísticamente significativa con el dolor ($r=.263$, $p=0.05$). Además se encontró que el dolor ($r=-.419$, $p=0.01$), se relacionó con la calidad de vida de forma negativa, moderada y estadísticamente significativa. Por otro lado se encontró que la variable calidad de vida, se relacionó con la sintomatología depresiva ($r=-.314$, $p=0.01$) de manera negativa, débil, pero estadísticamente significativa. Estos hallazgos permiten concluir que existen correlaciones entre la calidad de vida, la sintomatología ansiosa y depresiva y el dolor. Se recomienda a futuras investigaciones ampliar el número de participantes, considerar el tiempo necesario para la aplicación de protocolos, e incluso advertir a los participantes con 24 horas de anticipación, sobre la evaluación psicológica y estandarizar el estilo de aplicación de instrumentos.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, calidad de vida, dolor.

ABSTRACT

A study of analytical observational, correlational cross type with the aim of identifying the relationship between depression, anxiety and quality of life with the presence and intensity of pain in patients with chronic non-cancer pain. Be assessed 150 patients with chronic pain who attended the clinic of pain of the Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez for the first time. The scale numerical Verbal (ENV), Visual analog scale (EVA) and the Verbal descriptive scale (EDV) were used to assess pain levels. The hospital anxiety and depression (HADS) scale was used to evaluate the anxious and depressive symptoms. The questionnaire of quality of life (SF-36) was used to assess the quality of life. The results showed a weak, but statistically significant, positive correlation between the anxious symptoms and pain ($r = .313$, $p = 0.01$). Also the depressive symptoms was identified had a correlation of weak and statistically significant positive form with pain ($r = .263$, $p = 0.05$). Also found that pain ($r = -.419$, $p = 0.01$), related to the quality of life in negative, moderate and statistically significant way. On the other hand found that the variable quality of life related to depressive symptoms ($r = -.314$, $p = 0.01$) negative, weak, but statistically significant way. These findings suggest that there are correlations between the quality of life, the anxious and depressive symptoms and pain. He is recommended to future research expand the number of participants, considering the time required for the implementation of protocols, and even warn participants with 24 hours in advance, on the psychological evaluation and standardize the style of instruments application.

Key words: anxiety, depression, quality of life, pain.

ÍNDICE

Resumen	4
Abstract	5
Capítulo 1. Psicología y Salud	8
1.1. Teoría de la transición epidemiológica	8
1.2. Perspectivas económicas evolutivas, históricas y políticas de la salud y enfermedad	12
1.3. Del Modelo biomédico al modelo biopsicosocial	14
1.4. Importancia de la psicología de la salud	16
Capítulo 2. Dolor crónico y psicología	19
2.1. Definición y clasificación del dolor	19
2.2. Epidemiología del dolor crónico	21
2.3. Factores asociados al dolor crónico	22
2.4. Psicología y dolor	26
2.5. Ansiedad, depresión, calidad de vida y dolor crónico	27
2.6. Relación entre depresión, ansiedad, y calidad de vida en pacientes con dolor crónico no oncológico	33
Capítulo 3. Método	36
3.1. Objetivo	36
3.2. Participantes	36
3.3. Diseño de investigación	38

3.4.Procedimiento	38
3.5.Medición (ansiedad, depresión, calidad de vida y dolor)	39
3.6.Resultados	44
3.7.Discusión	51
Referencias	56

CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA Y SALUD

1.1 Teoría de la transición epidemiológica

A finales de la década de los setentas, la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió en su declaración de Alma-Ata, a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Además menciona que la salud, es un derecho humano fundamental y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud (OMS, 1978).

Pero esto no siempre ha sido así, ya que la salud, en interacción con la enfermedad, ha sufrido cambios a lo largo de la historia. La teoría de la transición epidemiológica se enfoca en estos cambios, interacciones, consecuencias y características demográficas, económicas y sociológicas. Es paralela a las transiciones demográficas y tecnológicas de los países ahora desarrollados del mundo sin embargo está todavía en curso en las sociedades menos desarrolladas (Orman, 1971).

Para entender más esta teoría, Orman (1971) propone cinco proposiciones descritas a continuación:

Propuesta uno: *“La teoría de la transición epidemiológica comienza con la premisa mayor de que la mortalidad es un factor fundamental en la dinámica de la población.”*

El tamaño de la población aumenta y disminuye de acuerdo al ciclo vital, esto, se ha observado en animales y poblaciones humanas pre-modernas que reflejan fases secuenciales de crecimiento de la población y declinación;

haciendo caso omiso de posibles influencias de la migración selectiva, estos movimientos cíclicos en última instancia deben tener en cuenta en términos de rango de variación en fecundidad y mortalidad.

Propuesta dos: *“Durante el período de transición, un cambio a largo plazo se produce en la tasa de mortalidad y morbilidad de las pandemias de infección que son gradualmente desplazadas por enfermedades degenerativas y artificiales provocadas por el hombre como la principal forma de morbilidad y la causa principal de muerte.”* En general, los patrones de mortalidad distinguen tres grandes etapas sucesivas de la transición epidemiológica:

1. Etapa de pestilencia y hambrunas: aquí la mortalidad es alta y fluctuante, lo que impide un crecimiento importante de la población. En esta etapa la esperanza de vida al nacer es baja y variable, oscilando entre 20 y 40 años.
2. La edad de pandemias retraídas: la mortalidad disminuye progresivamente, tendiendo a la desaparición. La esperanza media de vida al nacer aumenta constantemente alrededor de 30 a 50 años. El crecimiento de la población es sostenido y comienza a describir una curva exponencial.
3. Edad de degenerativas y enfermedades artificiales (provocadas por el hombre): la mortalidad sigue disminuyendo y finalmente se aproxima a la estabilidad en un nivel relativamente bajo. La esperanza media de vida al nacer se eleva gradualmente hasta superar los 50 años. Es durante esta etapa que la fecundidad se convierte en el factor crucial en el crecimiento de la población.

Además los determinantes de la transición de las enfermedades infecciosas a las enfermedades degenerativas no son de ningún modo simples. Sin embargo, puede ser útil mencionar tres categorías principales de determinantes de la enfermedad.

1. Determinantes eco-biológicos de la mortalidad: indican el complejo equilibrio entre agentes de la enfermedad, el nivel de hostilidad en el ambiente y la resistencia del huésped.
2. Determinantes socioeconómicos, políticos y culturales: incluyen niveles de vida, hábitos de la salud e higiene y nutrición, y programas orientados casi exclusivamente al control de la natalidad.
3. Determinantes médicos y de salud pública: medidas preventivas y curativas específicas utilizadas para combatir la enfermedad, incluyen servicios mejorados de saneamiento público, vacunación y el desarrollo de terapias decisivos.

Propuesta tres: Durante la transición epidemiológica los cambios más profundos en el ámbito de la salud y patrones de enfermedad tienen lugar entre los niños y las mujeres jóvenes. Las genuinas mejoras en supervivencia que se producen con la recesión de las 57 pandemias son peculiarmente beneficiosas para los niños de ambos sexos y a las mujeres en edad reproductiva, probablemente debido a que la susceptibilidad de estos grupos a enfermedades infecciosas y de carencia es relativamente alta.

Propuesta cuatro: Los cambios en los patrones de salud y enfermedad que caracterizan a la transición epidemiológica están estrechamente asociados con las transiciones demográficas y socioeconómicas que constituyen la compleja modernización.

Propuesta cinco: Variaciones peculiares en el patrón, el ritmo, los determinantes y las consecuencias del cambio de población distinguen tres modelos básicos de transición epidemiológica:

1. El modelo clásico u occidental (representado por Inglaterra, Gales y Suecia): se refiere al cambio de altas tasas anuales de muerte y altas tasas anuales de natalidad a bajas tasas de mortalidad y fecundidad. El descenso de la mortalidad fue gradual y ocurrió en respuesta a mejoras sociales, económicas y ambientales, que constituyeron un complejo proceso de modernización. En las etapas tempranas tales cambios se debieron poco a la medicina, en contraste con la gran influencia lograda sobre la mortalidad por el progreso médico del siglo XX. El descenso en la fecundidad fue gradual, pero se precipitó por cambios sociales en sociedades donde la práctica de métodos de control era poco conocida.
2. El modelo acelerado (representado por Japón): este periodo se caracteriza por reducir su mortalidad en un periodo más corto que el modelo clásico, esta transición estuvo determinada socialmente, y posteriormente se vio beneficiada por la revolución médica.
3. El modelo contemporáneo o retardado (representado por Chile y Ceylán): ha sido principalmente influenciada por la moderna tecnología médica, en gran parte importada. En este modelo, el descenso en la fecundidad ha sido considerablemente tardío, como consecuencia del impulso que se observó en el control natal. Este modelo es predominantemente médico.

1.2 Perspectivas económicas evolutivas, históricas, políticas de la salud y enfermedad.

Además de utilizar la teoría de la transición epidemiológica para explicar los cambios en la interacción salud-enfermedad, Armelagos, Brown y Turner (2005) proporcionan una perspectiva sobre la salud y la enfermedad, utilizando la transición epidemiológica para examinar el papel que la riqueza y la pobreza como desigualdades sociales en el proceso e influencia de la enfermedad. Un claro ejemplo de esta desigualdad se hace evidente al saber que una de las causas principales que resulta innecesaria, prematura y prevenible a las enfermedades y la muerte es la pobreza extrema.

Por esto, Armelagos et al. (2005), argumentan que las poblaciones humanas han pasado por tres etapas de la transición epidemiológica:

La primera transición epidemiológica: se da el cambio en la producción primaria de alimentos la domesticación de plantas y animales. El Neolítico trajo consigo un notable aumento en la prevalencia de enfermedades infecciosas, tamaño y densidad de la población. Debido a que la domesticación de los animales, el sedentarismo, el cultivo y la estratificación social contribuyeron a un cambio dramático en la ecología de las enfermedades así como una gran perturbación ecológica de cultivo y el aumento de las desigualdades sociales y económicas. Se dieron enfermedades como brucelosis y la tuberculosis, fiebre amarilla, la filariasis y el dengue.

La segunda transición epidemiológica: debido a la disminución de enfermedades infecciosas y por tanto, a la reducción de la tasa de mortalidad infantil y avances culturales (programas de inmunización, nuevas prácticas terapéuticas, mejoramiento en las prácticas de salud pública, el desarrollo de

nuevas vacunas en control a muchas enfermedades infecciosas como la viruela) se ha observado un incremento en la esperanza de vida al nacer y la longevidad de los individuos que alcanzan una edad mayor que en el neolítico. Sin embargo este aumento en la longevidad de la población, ha sido paralelo al incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas. Cabe mencionar que aún está en discusión el hecho de que muchos países aun no pasan por esta segunda transición debido a desigualdades sociales y la falta de infraestructura de salud pública en las poblaciones más pobres del mundo.

La tercera transición epidemiológica: Se dice que en la actualidad, el mundo se encuentra en medio de esta tercera etapa, que se caracteriza por el resurgimiento de enfermedades infecciosas que, a menudo, son resistentes a varios antibióticos, y la aparición de nuevas enfermedades consecuentes de la conducta humana o microbiana.

Se sugiere que las nuevas enfermedades son consecuencia de los cambios demográficos, el comercio internacional y los viajes, los cambios tecnológicos, implementación de nuevas medidas de salud pública y adaptación microbiana. Estos cambios ecológicos generalmente son el resultado de proyectos de desarrollo agrícola, las represas, la deforestación, las inundaciones, las sequías y los cambios climáticos que han dado lugar a la aparición de nuevas enfermedades como el síndrome pulmonar por hantavirus, la propagación del dengue, la propagación del VIH, y el virus de Ébola,

El virus de Ébola, por ejemplo, surgió por primera vez en la República Democrática del Congo en septiembre de 1979 y posteriormente en Uganda en octubre de 2000 donde más de la mitad de la población afectada murió como consecuencia de la infección (Alonso, 2003). Otro claro ejemplo es el síndrome respiratorio agudo y grave (SARS) que es una forma seria de

neumonía, la cual provoca una molestia respiratoria aguda (dificultad respiratoria intensa) y, algunas veces, la muerte; el Síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) que provoca fiebre, tos, neumonía, dificultad respiratoria, afectación renal y una alta mortalidad; y el virus H1N1 (gripe porcina) que es una infección respiratoria aguda y muy contagiosa de los cerdos, causada por alguno de los varios virus gripales de tipo A de esa especie, la cual en humanos provoca infecciones en la nariz, la garganta y los pulmones (Koenig & Schultz, 2014).

1.3 Del modelo biomédico al modelo biopsicosocial

Dado que en la actualidad, las enfermedades crónico-degenerativas aun representan un gran problema en el mundo, es necesario poner gran atención a esta nueva forma de vida. Para ello, se ha creado un modelo biopsicosocial, propuesto por Engel en 1977. Este modelo surge a partir del modelo médico el cual Engel describía como estricto, debido a que se separaba a la enfermedad de los problemas mentales, ya que según esta postura, no existen disfunciones neuronales y estos problemas mentales se deben más bien a variables psicosociales.

El modelo biomédico, no sólo sugiere que la enfermedad es independiente del comportamiento social, también exige que los comportamientos “anormales” se expliquen en trastornos somáticos mediante procesos bioquímicos o neurofisiológicos. Por lo tanto, este modelo es reduccionista y exclusionista pues separa la mente del cuerpo y supone que la química y la física son suficientes para explicar fenómenos biológicos y que la única herramienta para estudiar sistemas biológicos y físicos es el método científico. Sin embargo, los principales criterios para la identificación de la enfermedad han sido siempre conductuales, psicológicos y sociales ya que por

medio de estos reportes, se constituyen los datos primarios en los que se basa una primera evaluación, por ejemplo, las personas pueden reportar cambios en el aspecto físico, temor por alteraciones en el funcionamiento, sensación de bajo rendimiento y percepción de amenaza, daño, desagrado, poca deseabilidad (Engel, 1997).

Engel (1977) identifica a partir de dos tipos de enfermedades (la diabetes, que es una enfermedad somática; y la esquizofrenia, que es una enfermedad mental) la necesidad de ampliar el enfoque de la enfermedad a lo psicosocial sin sacrificar las enormes ventajas del abordaje biomédico. Engel justifica este nuevo enfoque basándose en los siguientes criterios:

1. La enfermedad, en términos de la experiencia humana, indica la presencia de una “enfermedad potencial”, y no una enfermedad real.
2. Establecer una relación entre los procesos bioquímicos y los datos clínicos de la enfermedad (referidos por los pacientes) requiere un enfoque científico racional de comportamiento psicosocial. Sin ello, la fiabilidad de las observaciones y la validez de las correlaciones será deficiente.
3. Las respuestas psicofisiológicas pueden interactuar con las células somáticas que influyen en el momento de la enfermedad, su aparición, gravedad, y curso. Lo que sugiere que variables psicosociales pueden ser influir en la enfermedad.
4. Factores psicológicos y sociales también son cruciales para determinar alteraciones bioquímicas.
5. Un tratamiento solo dirigido a las alteraciones bioquímicas no necesariamente ayuda a la salud del paciente. Pueden existir otros factores que al combinarse pueden ayudar a mejorar la salud del paciente.

6. La relación médico-paciente, puede influir en los resultados terapéuticos, lo que una vez más, demuestra los efectos psicológicos que pueden influir en el proceso de la enfermedad.

Es por esto que Engel propone un nuevo modelo, que proporciona un plan de investigación, un marco para el desarrollo de la actividad docente, y un plan de acción en el mundo real de la atención de la salud. El modelo biopsicosocial, incluye no sólo las opiniones del médico que diagnostica la enfermedad, también se toma en cuenta la participación del paciente. De esta forma, este modelo permite explicar por qué algunas personas que consideran ciertas condiciones desagradables como una enfermedad, otros las consideran simplemente como "problemas de la vida".

1.4 Importancia de la psicología de la salud

Partiendo del modelo biopsicosocial, es importante aclarar el papel de la Psicología, ya que mientras en lo biológico y lo social no interesa el "descubrimiento" de lo que hace a un organismo o a una persona diferente del resto de organismos o personas, sino en lo que es común, la psicología se interesa justo en lo que hace a una persona diferente de otras. De esta forma, la psicología es concebida como eje de intersección entre lo biológico y lo social, entendido de esta manera a la conducta como la práctica individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales (Ybarra, Sánchez & Piña, 2011).

Por su parte, la psicología de la salud según Matarazzo (1980) se define como "el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y

la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas” (p.815)

Y se ha comprobado a través del trabajo de los psicólogos la importancia de diversos componentes psicológicos de las enfermedades, así como su interacción con su interrelación con factores medioambientales debido a que el papel del psicólogo se ha expandido de manera significativa al demostrar que los diferentes estilos de vida (tener sobrepeso, llevar una vida sedentaria, el tabaquismo, entre otros), influyen en la salud y que los tratamientos médicos por sí solos no producen los beneficios necesarios. Y es aquí que radica la importancia de identificar aquellas conductas que aumentan el riesgo de enfermedad con el fin de favorecer otras que ayuden estilos de vida que disminuyan este riesgo (Reynoso & Seligson, 2005).

En resumen, el crecimiento de la psicología comienza a partir de la necesidad que se genera en el modelo biomédico, debido a la insuficiencia para explicar las conductas de salud y enfermedad; a la importancia que se le asigna a la calidad de vida y prevención de la enfermedad; y al importante cambio de transiciones epidemiológicas, que pasan de enfermedades infecciosas a enfermedades crónico-degenerativas como principales causas de mortalidad en donde se da especial atención a los estilos de vida saludables, e incremento en la investigación sobre problemas enfocados a estos (Reynoso & Seligson, 2005).

De esta manera, el resultado de este crecimiento, se refleja según Gómez (2007) en las siguientes líneas de desarrollo:

- La promoción y el mantenimiento de la salud mediante el mejoramiento de estilos de vida, controles médicos requeridos, y la atención a enfermedades agudas de baja complejidad.
- Procesos para controlar la enfermedad o disminuir su impacto, en enfermedades de mediana complejidad, (hospitalizaciones, terapias breves y atención de urgencias)
- Atención a las enfermedades definidas como catastrófica, como el cáncer, el VIH-SIDA, las enfermedades cardiovasculares, entre otras.
- Servicios de salud especializados y programas en acciones de diagnóstico, rehabilitación de la enfermedad, y tratamiento en la intervención de enfermedades más complejas o crónicas.

Es en esta última línea de desarrollo en que se enfoca la presente investigación, con el objetivo de brindar uno de estos servicios especializados en enfermedades, específicamente en el dolor crónico, ya que la psicología del dolor se ha convertido en un campo de trabajo muy importante debido a que el problema acrecienta con el paso del tiempo, y hoy en día el dolor crónico específicamente, ha sido descrito como un problema altamente costoso, tanto en términos humanos como en gastos financieros (Domínguez, 1996).

Es por esto que se vuelve relevante conocer la relación que existe entre algunas variables psicológicas comunes reportadas por los pacientes (como síntomas ansiosos, depresivos y síntomas sobre la baja percepción de la calidad de vida) y el dolor crónico. Los hallazgos en la literatura que documentan estas relaciones, se abordan en el siguiente capítulo.

CAPITULO 2. DOLOR CRÓNICO Y PSICOLOGÍA

2.1 Definición y clasificación del dolor

Actualmente el dolor se define, según la Asociación Internacional para el estudio del Dolor (IASP) como: “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con el daño tisular actual (real) o potencial, o descrito en términos de dicho daño” (IASP, 2010) Esto quiere decir que el dolor no sólo se experimenta de manera física, sino también de manera psicológica, exista o no una lesión real.

De acuerdo con Díaz (2005) el dolor se clasifica por su temporalidad en:

- **Dolor agudo:** es el resultado de una lesión específica que produce algún daño en los tejidos; tiene una duración corta, menor de entre los 3 y 6 meses y desaparece cuando el daño tisular es reparado. Generalmente se considera la consecuencia inmediata de la activación del sistema nociceptivo. Su finalidad principal es alertar al individuo de que algo va mal en su organismo.
- **Dolor crónico:** por lo general empieza con un ataque agudo, no disminuye con el tratamiento ni con el paso del tiempo; tiene una duración mayor a los tres meses. Puede considerarse en sí mismo como una enfermedad (Straube, Derry, Moore &McQuay, 2012).

La propuesta de Morales, Alfaro, Sánchez, Guevara y Vázquez (2007), indica que el dolor crónico se clasifica de acuerdo a sus mecanismos de origen como:

- **Nociceptivo:** surge de la activación de los receptores del dolor en respuesta a la lesión o inflamación, es decir, alerta al cuerpo de la existencia de daño tisular. Este tipo de dolor se divide a su vez en (Díaz, 2010):
 - **Somático:** este se produce por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, músculo- esquelético, vasos, entre otros) Es un dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos.
 - **Visceral:** se origina por la excitación anormal de nociceptores viscerales. Este tipo de dolor es continuo, profundo y puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó. Frecuentemente se acompaña de síntomas neurovegetativos como náuseas, vómito, diaforesis hipotensión palidez, entre otros.

- **Neuropático:** es aquel dolor que surge como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecte al sistema somatosensorial (Lunn, Hughes & Wiffen, 2014). Según Crucciani y Nieto, 2006 este tipo de dolor se clasifica en:
 - **De origen central:** por ejemplo, accidente cardiovascular y esclerosis múltiple. Este tipo de dolor es resistente a tratamiento.
 - **De origen periférico:** por ejemplo neuropatía diabética, neuropatía inducida por agentes quimioterapéuticos. Este tipo de dolor, con el tiempo puede desarrollar un componente central, lo cual se conoce como “centralización” e implica

cambios plásticos en el asta posterior de la médula espinal. Se caracteriza por tener una mejor respuesta y pronóstico al tratamiento.

2.2 Epidemiología del Dolor Crónico

Se calcula que el dolor crónico afecta a entre el 10 y el 30% de la población adulta a nivel internacional (Bekkering et al., 2011) Otros estudios reportan cifras entre el 2% y 50%, según la diferencia entre poblaciones, definición del dolor y los métodos de evaluación utilizados en los estudios epidemiológicos (Reid et al., 2011).

En cuanto a la prevalencia del dolor crónico de moderado a severo, en adultos holandeses se calcula en 18 %; y en la población europea un 19% se ve afectado por este tipo de padecimiento. Respecto a dolor crónico no oncológico en Europa, los datos epidemiológicos confiables y válidos son escasos; a pesar de que existe una gran diferencia entre los tratamientos para el alivio del dolor crónico con cáncer y el dolor crónico no oncológico (Reid et al., 2011).

En un estudio realizado sobre la prevalencia del dolor crónico en los Estados Unidos, se identificó que existen diferencias en el estimado de síndromes de dolor por raza/etnicidad. Los méxico-americanos, por ejemplo, tienen menor probabilidad de presentar cualquiera de los distintos tipos de dolor en comparación con las otras razas. Las diferencias fueron estadísticamente significativas para la presencia de dolor de espalda crónico, dolor en las piernas/pies, y dolor en los brazos, manos, así como en cuanto a la cronicidad, localización y generalización del dolor al comparar los resultados de personas no hispanas y las personas afro-americanas (Hardt, 2008).

A pesar de que en México, se carece de estudios epidemiológicos que documenten el impacto del dolor crónico en la población general, cifras del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) sobre los principales motivos de consulta durante el período de 1991 a 2002, sugieren que por lo menos el 5% de las personas que acudieron a los centros de medicina familiar presentaron una enfermedad dolorosa crónica claramente documentada (dorsalgias 2%, otras artrosis 2%, y enfermedad pélvica inflamatoria 1%).

Actualmente, se sugiere que el dolor crónico afecta en un rango de entre 25% al 29% de la población en México, y considerando a una población con más de 112 millones de habitantes, es posible que poco más de 28 millones de habitantes padezca este tipo de dolor. Diversos estudios realizados en la población mexicana, sugieren que la prevalencia media del dolor crónico en relación al género es de 55% de mujeres, y con respecto a la edad, es de 58 años (Covarrubias, 2010).

Es de gran importancia mencionar que, las variaciones entre los distintos países, sobre las distintas estimaciones de la prevalencia del dolor crónico son fuertemente influenciadas por los métodos utilizados para evaluar el dolor y las condiciones en las que se recopilan los datos (Hardt, 2008)

2.3 Factores asociados al dolor crónico

El dolor crónico afecta diversas áreas en la vida de quien lo padece. De esta manera quienes se encuentran aquejados por esta situación presentan alteraciones a nivel fisiológico, social y de salud, tanto física como emocional (van-der Hofstadt & Quiles, 2001).

A nivel fisiológico, por ejemplo, el dolor crónico, representa una amplia sucesión de eventos que se integran a nivel del sistema nervioso. Se sabe que

los estímulos químicos o mecánicos que activan los nociceptores causan señales nerviosas que son percibidas como dolor por el cerebro (Patel, 2010)

Junto con el dolor se presentan cambios fisiológicos como, tensión muscular que es una respuesta en la zona afectada y se produce ante una lesión que, al cronificarse, puede por sí misma aumentar el dolor, lo que contribuirá a incrementar la tensión, y así sucesivamente (Páez, 2007). Los pacientes con dolor crónico pueden presentar afectaciones en distintos procesos fisiológicos como: alteraciones de sueño, alteraciones de la sensorpercepción, memoria y concentración (Carson, 2006).

Con respecto a las alteraciones del sueño se ha documentado que el dolor impacta sobre la duración, la calidad, eficiencia, y la capacidad de conciliar el sueño. Específicamente en el dolor crónico, se ha identificado una asociación entre la presencia de este malestar con un menor porcentaje de tiempo en ondas lentas de sueño en comparación con los controles, notando a las ondas α - δ del sueño en las etapas 2, 3 y 4, (lo que indica un aumento de excitación) y una alta recurrencia de las ondas K- α en la etapa 2 del sueño (cuando existe dificultad de conciliar el sueño). Además, el dolor está asociado con alteraciones durante o inmediatamente después del sueño REM (Kelly, Blake, Camillus, Power, O’Keeffe, & Fullen, 2011).

En cuanto a las alteraciones de memoria, y concentración la evidencia disponible indica que los déficits de memoria interfieren en el funcionamiento normal de los pacientes con dolor crónico convirtiéndose en una fuente importante de malestar. Los pacientes reportan quejas que suelen manifestar con expresiones como: “tengo la cabeza fatal...”, “tengo la cabeza perdida...”. Estos olvidos se hacen patentes en autoregistros en lo que reportan que han

pasado una tarde entera intentando encontrar unos lentes, un reloj, o unos documentos; olvidan nombres de amigos y citas y frecuentemente “pierden el hilo de las conversaciones” (Esteve, Ramírez & López-Martínez, 2001).

Por otro lado, a nivel social, los pacientes pierden “funcionalidad” en la interacción social por atender su padecimiento. Afecta a casi todos los aspectos de la vida de la familia, y, con el tiempo, es probable que provoque consecuencias significativas para la familia. Las personas que viven con dolor a menudo se hacen física y emocionalmente dependiente lo que lleva a realizar cambios en la dinámica familiar. Con frecuencia los miembros de la familia deben asumir nuevas responsabilidades en el hogar y económicas debido a las tensiones financieras impuestas por la enfermedad (Lewandowski, Morris, Burke & Risko, 2007).

Con frecuencia, existen restricciones en ciertas áreas de la vida familiar como la comunicación, las actividades y las interacciones entre los miembros de la familia. La familia puede sufrir el aislamiento de los amigos y la comunidad. Una de las principales características que a menudo surge es un ciclo de participación y compromiso mutuo por parte de la familia cercana, y la necesidad de renuncia a la autonomía personal y su independencia por parte del paciente con dolor. El dolor se convierte en el factor más influyente que une a la familia. La participación de actividades recreativas también disminuye, no sólo porque la vida familiar está centrada en el dolor y la enfermedad, sino también debido a la falta de tiempo y de las finanzas, y la percepción de que las personas fuera de la familia carecen de una comprensión del dolor crónico (Lewandowski et al., 2007).

Por otra parte, a nivel económico, en un estudio realizado en España en el que se entrevistaron 2998 personas, se pudo comprobar que el dolor crónico

no sólo provoca incapacidad y merma la calidad de vida, sino que ocasiona un importante número de visitas médicas, incapacidad laboral y consumo de medicamentos, consecuencias que tienen una clara incidencia a nivel monetario (Carmona, Ballina, Gabriel & Laffon, 2001).

A nivel psicológico se ha identificado que “la asociación entre el dolor y la connotación emocional negativa es evolutiva. La aversión de los organismos al dolor les ayuda a aprender rápida y eficazmente a evitar situaciones peligrosas y desarrollar comportamientos que disminuyen la probabilidad de dolor y de daño físico. El mejor aprendizaje ocurre si prestamos atención y si el contenido aprendido es asociado con fuertes sentimientos” (Traue, Jerg, Pfingsten, & Hrabal, 2010, p. 19).

Entre los numerosos factores psicológicos que pueden afectar al dolor se destacan (Hofstadt & Quiles, 2001):

- Los pensamientos y emociones pueden influir directamente sobre las respuestas fisiológicas; así por ejemplo, los pensamientos estresantes pueden conducir al dolor en las partes del cuerpo que son vulnerables.
- Los factores psicológicos afectan también al enfrentamiento del dolor, con aspectos como los sentimientos de indefensión que pueden incrementar el dolor las interacciones con otras personas que pueden reforzarlo. El dolor es un fenómeno complejo que surge de la interacción de componentes sensoriales, cognitivos y afectivos. Así, el dolor crónico puede deberse a la nociocepción, a causas psicológicas o a fenómenos puramente conductuales basados en el aprendizaje.

Además Melzack (1983), menciona que el dolor está influenciado por actividades cognitivas y del sistema nervioso central superior. Se ha apreciado desde hace mucho tiempo que la ansiedad, el temor, los trastornos psicológicos, la motivación, atención y diversos estados emocionales pueden influir mucho en el dolor y éste a su vez, puede ocasionar estrés y malestar; ya que causa incapacidad laboral y dificultades económicas, alteraciones en el funcionamiento personal habitual y en las relaciones, problemas de sueño y falta de soporte social adecuado. También se ha identificado que las diferencias individuales para percibir y responder al estrés están relacionadas con factores cognitivos personales que incluyen el control percibido, el foco de atención, las atribuciones y expectativas (Plata-Muñoz, Castillo-Olivares & Guevara-López, 2004).

2.4 Psicología y dolor

Almendro et al. (2011), mencionan que existen teorías que explican el dolor desde un punto de vista psicológico, entre ellas destacan:

- El modelo de la puerta del control: en esta teoría se menciona que existe una zona en la médula espinal que actúa como una puerta, regulando la cantidad de mensajes de dolor que pasan hacia centros superiores. Los factores que abren esta puerta, y que por tanto, aumentan el dolor, son factores tanto físicos (como la gravedad y extensión de la lesión, o la tensión muscular) como factores emocionales (ansiedad, depresión, ira) y factores cognitivos (pensamientos, creencias, actitudes, focalización en la experiencia del dolor). Además existen factores que cierran la puerta del dolor, que por tanto disminuyen el dolor, estos son: factores físicos (como tratamientos biomédicos, descanso e

inactividad), factores emocionales (relajación y actitud positiva) y factores mentales (como fomentar la sensación de control sobre el propio dolor y estrategias de afrontamiento activo).

- Modelo de estrés de Lazarus y Folkman: en esta teoría se dice que la discapacidad será mayor o menor en función de cómo se evalúe y afronte el estímulo doloroso. Así, las variables como el catastrofismo y la autoeficacia son determinantes en la discapacidad, presencia e intensidad del dolor, así como estrategias de afrontamiento activas, la expresión de emociones y la búsqueda de apoyo social.

Una revisión sistemática de la literatura reporta que existe una fuerte evidencia que apoya el papel de los factores psicológicos como el distrés y el humor depresivo en la transición del dolor agudo al dolor crónico. También existe una evidencia moderada para el papel de la somatización. En cuanto a factores como el miedo y la ansiedad, la evidencia fue escasa; al igual que la evidencia que cubría el papel de factores cognitivos. Conceptos tales como las estrategias de afrontamiento (entendiendo por tal las respuestas cognitivas y comportamentales en un suceso estresante, que influyen en la capacidad personal para adaptarse a él; con especial énfasis en adoptar una actitud catastrofista) parecen ser más predictivos del locus de control. En general, esta revisión sugiere que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la transición a la cronicidad en el dolor y que pueden contribuir en los factores clínicos (Pincus, Burton, Vogel, & Field, 2002).

2.5 Ansiedad, depresión, calidad de vida y dolor crónico

En pacientes con dolor crónico se han encontrado altas frecuencias de síntomas ansiosos y depresivos como inquietud, fatiga, dificultad para

concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, dificultad para conciliar o mantener el sueño, pérdida de peso sin hacer régimen o aumento de peso, fatiga o pérdida de energía y sentimientos de inutilidad. Se calcula que la prevalencia de los trastornos de ansiedad es de 12% al 17% en la población general (Börsbo, 2008) Mientras que en pacientes con dolor crónico, la prevalencia de la ansiedad es de 22 a 78 % (Morales-Vigil, Alfaro-Ramírez del Castillo, Sánchez-Román, Guevara-López & Vázquez-Pineda, 2008).

Según Plata-Muñoz et al. (2004) la ansiedad es la forma más común de deterioro del bienestar subjetivo en pacientes con dolor crónico. Éste puede ser:

- a. Situacional (procedimientos invasivos, etc.), causada por un problema médico (hipoxia, émbolos pulmonares, sepsis, delirium, etc.) o tumores secretores de hormonas.
- b. Secundaria al tratamiento (quimioterapia, radioterapia, etc.); exacerbación de un trastorno de ansiedad preexistente.

Los pensamientos que acompañan a la ansiedad son muy particulares, en general se orientan hacia el futuro y a menudo predicen catástrofes y con frecuencia también incluyen imágenes de peligro; se acompaña de la percepción de peligro o de amenaza, y de que en alguna forma se es vulnerable. Los síntomas físicos de la ansiedad preparan al individuo para responder al peligro o a la amenaza que espera. La amenaza o el peligro pueden ser físicos, mentales o sociales. La percepción de amenaza cambia en cada persona. La ansiedad, incluye componentes afectivos, cognitivos, conductuales y fisiológicos, con sus respectivas fuentes de error (Plata-Muñoz et al. 2004).

En cuanto a la depresión, su prevalencia en población general se calcula entre el 4% al 10 %, (Börsbo, 2008) y para población con dolor crónico es de 34 a 57 % (Morales-Vigil, et al., 2008).

Los pacientes con dolor crónico que también presentan síntomas de depresión, reportan mayor intensidad del dolor, menos control en actividades diarias, y un estilo de afrontamiento pasivo, y/o evitativo, en comparación de pacientes con dolor crónico sin depresión. La depresión es un predictor de la discapacidad en pacientes con dolor crónico a largo plazo. Existe una relación entre depresión y pérdida de la funcionalidad entre las personas con dolor crónico (Börsbo, 2008).

También pueden resaltar aspectos clínicos que pueden predisponer al dolor, como la negación de conflictos, ausencia de iniciativa, inactividad, inhabilidad para disfrutar la vida social, ocio y/o sexo, insomnio, necesidad de afecto, necesidad de ser independiente, predisposición depresiva y una historia familiar caracterizada con depresión y algún familiar con dolor crónico. (Plata-Muñoz et al., 2004).

La teoría cognitiva parece aportar algo de luz a la dicotomía depresión-dolor, ésta sugiere que los procesos cognitivos de ciertos pacientes con dolor e individuos deprimidos pueden ser similares. En el modelo cognitivo de depresión, Beck considera que las distorsiones o errores cognitivos y creencias son factores que producen y mantienen la depresión, así como cuando se presenta información a los sujetos deprimidos. Incluso se ha reportado una asociación entre depresión y niveles altos de dolor (Plata-Muñoz et al., 2004)

Además de presentar numerosos síntomas de ansiedad y depresión, las personas que viven con dolor crónico, experimentan un deterioro de la calidad

de vida en general y en sus diferentes factores incluyendo la salud mental, la vitalidad y la salud en general (Bekkering, et al., 2011)

La Organización Mundial de la Salud, define la calidad de vida como la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del sistema contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas, valores, preocupaciones e intereses. Por lo tanto para una valoración completa de los beneficios producidos por un determinado tratamiento, es esencial medir su impacto en el estado de salud del paciente, lo que se denomina calidad de vida relacionada con la salud (Ferrer, 2002)

Según Torre, Martín-Corral, Callejo, Gómez-Vega, La Torre, Esteban, Vallejo, y Arizaga (2008) la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una interpretación subjetiva del paciente, sobre su satisfacción vital, de la repercusión de la enfermedad en su dinámica de vida, y de los efectos secundarios que conlleva el tratamiento. Se pueden diferenciar dos dimensiones importantes en la CVRS una funcional, que incluye las actividades diarias, como el cuidado de uno mismo (bañarse, vestirse, comer, etc.), los trabajos remunerados o no (la actividad ocupacional, las labores de la casa, etc.) y las relaciones sociales con la familia o los amigos; y otra subjetiva, que es el sentimiento de “cómo se encuentra uno mismo”, es decir, si la persona se siente feliz o triste, si se encuentra apagado o con mucha energía, tanto si está con dolor o sin él.

En 2005, Orenius, et al. realizaron un estudio con el objetivo de examinar los efectos de la ansiedad, la depresión y el miedo al movimiento en la calidad de vida de personas con dolor crónico posterior a una intervención multidisciplinaria, tras 12 meses de que ésta concluyo. La muestra del estudio constó de 111 pacientes con dolor osteomuscular crónico, que cumplían con

los criterios de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 2003) para el dolor crónico, en pacientes con dolor musculoesquelético crónico. En este estudio se encontró que en el grupo de estudio la calidad de vida aumentó considerablemente tras la intervención; hubo un cambio significativo en cuanto a la depresión, el miedo al movimiento y los síntomas de la ansiedad y la depresión fueron predictores independientes de la calidad de vida; y que la puntuación del miedo al movimiento no predicen cambios en la calidad de vida. Para todo el grupo de estudio la calidad de vida aumentó considerablemente en los 12 meses de seguimiento. Hubo un cambio significativo a los 12 meses en cuanto a la depresión, -2,1 (IC 95 %: 0,6 a -3,7) ($p = .007$) y el miedo al movimiento, con un cambio de -1,8 (95% IC: 0,4 a -3,1) ($p = .012$). Los síntomas de la ansiedad y la depresión fueron predictores independientes de la calidad de vida ($15D \geq 0,03$) en los 12 meses de seguimiento.

Por otro lado, Hong, Dong, Ho y Huh (2014) hicieron un estudio con el objetivo comparar a 47 pacientes con dolor crónico de espalda baja con un grupo control de 44 pacientes sanos, en cuanto a las variables de discapacidad, depresión, ansiedad, la calidad de vida y la perturbación del sueño. Ellos encontraron que las puntuaciones del inventario de Beck para Depresión (BDI) y del inventario de Beck para Ansiedad (BAI) fueron más altos en el grupo de dolor que en el grupo sano ($p = 0,001$ y $14,85$ vs $9,21$, $p = 0,020$, respectivamente). Además, el grupo con dolor obtuvo puntuaciones significativamente inferiores en el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 que en el grupo sano ($37,29$ vs $67,04$, $P = 0,000$). La incidencia de la depresión ($51,5$ vs $6,8$ %, $P = 0,000$) y ansiedad ($42,5$ vs $18,2$ %, $P = 0,000$) fue superior en pacientes con dolor crónico de espalda baja que en pacientes sanos, y

estadísticamente significativa; y finalmente encontraron que no hubo una correlación significativa entre la edad y puntuaciones del BDI y BAI. Tampoco se encontró relación entre el dolor y las puntuaciones de BDI y BAI. Sin embargo, la duración del dolor mostró una correlación negativa con el SF-36.

Otro estudio que se realizó con el objetivo de analizar la presencia de depresión, ansiedad, y calidad de vida relacionada con el dolor en pacientes con dolor neuropático y fibromialgia se realizó una comparación entre grupos conformados por 30 pacientes con dolor neuropático, 28 pacientes con fibromialgia (FM) y 26 pacientes sin dolor. En este estudio se halló que en cuanto al estrés mental, pacientes con dolor crónico obtuvieron puntuaciones significativamente superiores en comparación a los grupos controles sanos. Por otra parte, los pacientes con Fibromialgia tenían significativamente más ansiedad, depresión, somatización, obsesión-compulsión, y, en general, más enfermedades mentales que pacientes con dolor Neuropático. En cuanto a la depresión, pacientes con Fibromialgia obtuvieron puntajes significativamente más altos que el grupo control y pacientes con dolor Neuropático. Sólo el 3.3% de pacientes con Dolor Neuropático y 7,1% de los pacientes de FM cumplieron con criterios de diagnóstico de depresión moderada a severa según el CIE-10. En cuanto a la ansiedad, las puntuaciones en pacientes con Fibromialgia eran indicativas de trastorno de ansiedad leve. Las puntuaciones de pacientes con Dolor Neuropático y controles no indicaron la presencia de trastorno de ansiedad. Pacientes con dolor crónico, obtuvieron puntuaciones significativamente bajas en relación a la calidad de vida, a comparación del grupo control. Además, pacientes con fibromialgia a diferencia de pacientes con dolor Neuropático tenían puntuaciones bajas en aspectos específicos de la calidad de vida como función física, percepción de la salud en general,

vitalidad, función social y salud mental. Por últimos, se observaron correlaciones significativas entre los síntomas de la fibromialgia y puntuaciones del SF-36. Por último se encontró que para dolor neuropático la única correlación en el SF-36 fue visto en la subescala dolor corporal. (Gormsen, Rosenberg, Bach & Jensen, 2010).

Romao et al. en el 2009 realizaron otro estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de la ansiedad y la depresión y su impacto en la calidad de vida de las mujeres con dolor crónico pélvico. Las participantes fueron 52 pacientes con dolor crónico de pelvis, y 54 mujeres sin dolor. Ellos encontraron que la prevalencia de la ansiedad en pacientes con dolor es de 73% y de 37% para el grupo control; que la prevalencia de depresión es de 40% en grupo con dolor pélvico y 30% en el grupo control. En cuanto a la calidad de la vida, encontraron que las pacientes con dolor crónico de pelvis tuvieron puntuaciones más bajas en el rol físico, psicológico y social, mostrando que el dolor puede estar asociado a un empeoramiento de la calidad de vida. Pacientes con dolor crónico de pelvis, tuvieron un descenso de la calidad de vida en comparación con los controles. Por último, encontraron que pacientes con puntuaciones altas de ansiedad y depresión tenían puntuaciones menores en la calidad de vida y viceversa.

2.6 Relación entre depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes con dolor crónico no oncológico.

En el análisis de estos estudios se encontraron al menos tres limitaciones:

1. *La medición de la calidad de vida.* En el estudio de Orenius et al. (2005), se mide a la variable “calidad de vida” con el instrumento 15-D, lo que implica un gran problema para generalizar su aplicación en otras

poblaciones, ya que la prueba no está validada en muchos países. Incluso, los autores mencionan, que se necesitan más investigaciones para determinar los criterios específicos del 15D.

2. *Uso de instrumentos que dan fuerza a criterios somáticos para ansiedad y depresión.* En los estudios de Orenius et al. (2005), Gormsen et al. (2010) y Romao et al. (2009), se utilizaron instrumentos para medir los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, que toman en cuenta criterios somáticos, es decir, síntomas que toman en cuenta criterios orgánicos, sin embargo, se ha reconocido que en pacientes con enfermedades físicas los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva se ven influenciados por los efectos secundarios de la toma de medicamentos necesarios por la propia enfermedad. En el caso de la depresión, una de sus características patológicas centrales es la anhedonia (perdida del placer), la cual podría confundirse con características propias del padecimiento como alteraciones del sueño y la movilidad (López-Alvarenga, et al., 2002).
3. *Medición del dolor.* De los estudios descritos anteriormente, sólo el estudio de Romao et al. (2009) menciona el instrumento utilizado para la medición del dolor, lo que puede traer dudas metodológicas para la validación de sus resultados.

Se realizó una búsqueda en las bases de datos reconocidas como Cochrane, PubMed, PsycINFO, CINAHL y Redalyc, donde no se encontraron estudios realizados en población mexicana, por lo cual se vuelve relevante:

1. Utilizar un instrumento mundialmente reconocido que mida la variable calidad de vida.

2. Utilizar instrumentos que permitan medir la depresión tomando en cuenta que los pacientes con sintomatología ansiosa y/o depresiva y dolor crónico pueden padecer también de otras enfermedades que disfracen las alteraciones del estado de ánimo.
3. Describir el instrumento con el que se medirá la intensidad del dolor.

Con base en lo reportado previamente se propone el desarrollo de una investigación que dé cuenta de la relación existente entre las variables calidad de vida, depresión y ansiedad en una población mexicana de personas que viven con dolor crónico, considerando la presencia de síntomas cognitivos y no exclusivamente somáticos de los cuadros de ansiedad y depresión.

CAPÍTULO 3. MÉTODO

3.1 Objetivo

Identificar la relación entre depresión, ansiedad y calidad de vida con la presencia e intensidad de dolor en pacientes con dolor crónico no oncológico.

3.2 Participantes

Se evaluaron a 115 pacientes que asistieron por primera vez a la Clínica del Dolor del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” en el período de junio a diciembre de 2014. El muestreo fue no probabilístico, por goteo.

La media de edad de los participantes fue de 58 años con una desviación estándar de 16.11 años, principalmente mujeres; en su mayoría los participantes reportaron ser católicos; y poco más de una tercera parte eran casados; la mayoría solo contaba con educación básica incompleta. Para una descripción más detallada de las características de los participantes ver la Tabla 1.

Tabla 1.

Datos sociodemográficos

	Pacientes con Dolor Crónico
Sexo	
Hombres	f=38 (33%)
Mujeres	f=77 (67%)
Estado civil	
Soltero	f=28 (24.3%)
Casado	f=42 (36.5%)

Divorciado	f=8 (7%)
Viudo	f=13 (11.3%)
Separado	f=3 (2.6%)
Unión libre	f=15 (13%)
Escolaridad	
Primaria	f=48 (41.8%)
Licenciatura	f=4 (3.5%)
Secundaria	f=20 (17.4%)
Bachillerato	f=26 (22.6%)
Carrera Técnica	f=3 (2.6%)
Sin estudios	f=7 (6.1%)
Ocupación	
Empleado	f=31 (27%)
Hogar	f=55 (47.8%)
Desempleado	f=13 (11.3%)
Otro	f=10 (8.8%)

Criterios de inclusión:

Pacientes atendidos en la Clínica del Dolor del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” con diagnóstico de dolor crónico no oncológico (por ejemplo, dolor neuropático), referidos por el área médica de la clínica

Criterios de exclusión

Pacientes atendidos en la Clínica del Dolor del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” con diagnóstico de dolor agudo (por ejemplo, dolor post operatorio) u oncológico

Criterios de eliminación

Participantes que no completaron el 80% de las evaluaciones

3.3 Diseño de investigación:

Dado que la presente investigación tuvo como objetivo principal, analizar la interrelación entre las variables dolor, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y la percepción de la calidad de vida, y debido a que se recopiló la información en un solo periodo de tiempo, el tipo de diseño de la presente investigación es de tipo analítico observacional, correlacional transversal.

3.4 Procedimiento

Los pacientes llegaron por primera vez a la División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, y fueron evaluados inicialmente por el área médica donde se realizó el diagnóstico de dolor crónico. Esta consulta duró entre 30 y 60 min. Posteriormente, los pacientes fueron referidos al área de psicología donde un grupo de estudiantes de pregrado, previamente capacitadas en la aplicación del protocolo de evaluación, llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas donde se obtuvieron los datos de identificación y se aplicaron los instrumentos descritos posteriormente. Durante la evaluación las entrevistadoras leyeron en voz alta una a una cada pregunta que conforma los instrumentos así como las opciones de respuesta y daban oportunidad a que los pacientes eligieran la más cercana a su situación. La evaluación psicológica duró entre 30 y 60 minutos y se llevó a cabo de forma individual en el consultorio asignado a la atención psicológica dentro de la Clínica del Dolor.

3.5 Medición

Definición conceptual:

Dolor: Es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con el daño tisular actual (real) o potencial, o descrito en términos de dicho daño (IASP, 2010)

Ansiedad: Estado emocional tenso, acompañado de síntomas físicos de activación simpática y procesos cognitivos centrados en la creencia de que la persona se encuentra constantemente en estado de vulnerabilidad ante diversos peligros (Freeman & DiTomasso, 2004)

Depresión: Síndrome o agrupación de síntomas afectivos (sentimientos o emociones tales como tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático. (Alberdi, Taboada, Castro & Vázquez, 2006)

Calidad de vida: La percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto del sistema cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores, normas, preocupaciones e intereses (Ferrer, 2002).

Definición operacional:

Escala Numérica Verbal (ENV): fue descrita por Downie en 1978, a pesar de la poca información que existe sobre sus propiedades psicométricas, es una de las escalas más utilizadas tanto en el ámbito clínico como en la investigación. Esta escala es muy fácil de utilizar y puede reproducirse con suma facilidad en cualquier momento. Consiste en una línea de 10 cm en

donde en los extremos de la línea se colocan los números 0 y 10 (0 –100). Esta línea ha de estar dividida en 10 partes iguales. Cada parte corresponde a un nivel mayor de dolor. Esta escala puede emplearse como una escala verbal y entonces se pide al paciente que nos de su valoración del dolor de 1 a 10, siendo uno el dolor más leve y 10 el dolor insoportable (Malouf & Baños, 2003)

Escala Visual Análoga (EVA): La escala analógica visual, descrita por Scott y Huskinson en 1976, es un segmento cuya longitud representa diferentes intensidades de dolor. Es una herramienta muy simple, que ha demostrado una gran sensibilidad y reproducibilidad; es utilizada ampliamente en el ámbito clínico, ha demostrado que puede ser utilizada para comparar la intensidad del dolor en el mismo paciente en diferentes momentos, o en grupos de pacientes recibiendo diferentes tratamientos analgésicos. La manera en que se diseña la escala puede interferir en la correcta obtención de la información y crear un sesgo en los resultados, ya que les resulta difícil a los pacientes, entender el concepto. Otro problema son las variaciones en la reproducibilidad (sobre todo en la longitud de la escala) y las dudas que pueda generar la relación de la medición con la experiencia del dolor. La EVA consiste en un segmento de usualmente 10 cm de longitud, donde el cero representa la ausencia de dolor y 10 el peor dolor posible. Al paciente se le explica la lógica de la escala y se le pide que marque con una línea el punto que considere que corresponde a la intensidad de su dolor. La distancia de la marca desde el extremo “sin dolor” es la puntuación que se concede al paciente. Los pacientes que captan la lógica de la escala, marcan la representación de su dolor sin mayores complicaciones. Incluso hay autores que han descrito la correcta utilización de esta escala en niños. Algunas de las

ventajas de la EVA son su sensibilidad, simplicidad, reproducibilidad y universalidad. Tiene la ventaja de su empleo transcultural y la posibilidad de un análisis estadístico paramétrico pues se trata de una de las pocas ocasiones en que se emplean instrumentos continuos para evaluar el dolor. Todas las herramientas de medición son susceptibles de errores y la EVA no es ninguna excepción sin embargo, si se reproduce guardando las dimensiones originales y se explica de manera que el paciente pueda entender su empleo, es una herramienta muy fiable para la valoración de la intensidad del dolor (Malouf & Baños, 2003)

Escala Descriptiva Verbal (EDV): esta escala requiere de un grado de comprensión menos elevado que la EVA o ENV. Consta de 4 puntos, en que el dolor puede estar ausente = 1, ligero = 2, moderado = 3 o intenso = 4. La correspondencia de la escala descriptiva con la numérica sería: dolor ausente = 0, ligero = 1-3, moderado = 4-6 e intenso = 7-10. Puntuaciones > 3 por la escala numérica o 3 por la escala verbal son inaceptables y deben aplicarse medidas analgésicas (Clarett, 2012).

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS): es un instrumento creado en 1983 por Zigmond y Snaith para la medición de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes que asisten a un hospital de medicina general, sin patología psiquiátrica aparente. Este cuestionario se basa en el supuesto de que la prevalencia de depresión y ansiedad es alta en los pacientes que asisten a un hospital de medicina general y que pueden coexistir con una enfermedad física conduciendo mayor estrés (López-Alvarenga, et al., 2000)

El contenido del HADS consiste en 14 reactivos, de los cuales 7 reactivos miden sintomatología ansiosa, y otros 7 miden la sintomatología

depresiva. Esta escala se caracteriza por poner más atención a los síntomas psicológicos que a los somáticos de la ansiedad y depresión. La exclusión de los síntomas somáticos (insomnio, pérdida de apetito, entre otros.) evita equívocos de atribuciones cuando se aplica a pacientes que sufren de enfermedades físicas, considerando como la característica psicopatológica central de la depresión el estado antihedonista de los pacientes y las manifestaciones propias de la ansiedad generalizada. Se realizó una prueba *t* de Student pareada en la que se le consideraría como “cuestionario no reproducible” si la diferencia entre las puntuaciones totales fuera mayor de 2.5. Además, se determinó la validez interna con coeficiente alfa de Cronbach, coeficiente de reproducibilidad de Guttman y el coeficiente de correlación intraclase (se consideró *a priori* como clínicamente importante un coeficiente mayor de 0.6). Se aceptó como estadísticamente significativos aquellos coeficientes con error tipo I menor de 5%. El coeficiente α de Cronbach para todo el cuestionario en la primera prueba fue de 0.84, para la segunda de 0.86. La correlación lineal entre las dos fue de 0.95 (López-Alvarenga, et al., 2000)

Cuestionario de Calidad de Vida (SF-36): El SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. Estos conceptos son: a) función física (FF), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y h) salud mental (SM). Además de los ocho conceptos de salud, la SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento

o empeoramiento del estado de salud. La versión autorizada de la SF-36 para su uso en México sigue un procedimiento estandarizado de traducción/retraducción por expertos bilingües, asimismo, se hicieron análisis por grupos focales representativos y se llevó a cabo una evaluación formal de la calidad de cada traducción bajas (Zúniga, Carrillo, Fos, Gandek, Medina, 1999)

El SF-36 es un instrumento autoaplicado, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud) En este estudio se utilizó la prueba de consistencia interna o coeficiente de Cronbach (α de Cronbach) para determinar confiabilidad. La validez convergente de las preguntas fue, en general, comprobada con una correlación de 0.40 o mayor con su escala hipotetizada. Las pruebas estadísticas de confiabilidad medidas por la consistencia interna del cuestionario muestran un Coeficiente α de Cronbach con un rango de 0.56 a 0.84. Los coeficientes estuvieron entre 0.70 (valor mínimo recomendado para efectos comparativos) para todas las escalas excepto para rol emocional, el cual mostró una correlación de 0.56. La mayoría de las correlaciones interescales resultaron en rangos intermedios. Las correlaciones más altas se observaron en Vitalidad, Función Social, Salud Mental (rango 0.54–0.73). De las cuatro escalas de salud representativas del constructo salud mental, el rol emocional tuvo las correlaciones más bajas. Las correlaciones entre la función física y las demás escalas también fueron bajas (Zúniga et al., 1999)

3.6 RESULTADOS

Análisis estadístico

Se realizaron análisis de medidas de tendencia central y dispersión. Para las variables en escala intervalar (síntomatología ansiosa, depresiva, calidad de vida y la EVA) se obtuvieron la media y desviación estándar. Mientras que para las medidas en escala ordinal (escalas EVD y EVN) se obtuvo la mediana.

Para el análisis correlacional, y considerando la escala de medición de las variables (intervalar y ordinal), y el objetivo de la investigación, se realizaron análisis de correlación por medio de las pruebas r de Pearson (para medir dolor con la EVA) y r_s de Spearman (para medir dolor con la EVD y EVN). Se consideró un nivel de alfa de 0.01 y de 0.05.

Análisis descriptivo

Se realizó un análisis de medidas de tendencia central y dispersión de las variables estudiadas; se obtuvieron puntajes mínimos y máximos, así como medias y desviación estándar de cada uno de los factores de la calidad de vida, la sintomatología ansiosa y depresiva y el nivel de dolor. En general los participantes tuvieron medidas de depresión y ansiedad por encima del punto de corte (8 puntos para ansiedad y depresión), dolor medido con EVA de intensidad leve (con una media de 5 puntos) y pobre calidad de vida en cada uno de sus factores (con una puntuación de 27 puntos para la calidad de vida total); el rol físico fue elemento de la calidad de vida con mayor deterioro (reportado con una puntuación general de 11). Los resultados a detalle se presentan en la tabla 2.

Tabla 2.

Análisis descriptivo de ansiedad, depresión calidad de vida y dolor.

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
EVA	0	10	5.12	3.08
Función Física	0	100	40.33	28.45
Rol Físico	0	100	11.05	24.77
Dolor Corporal	0	90	21.02	22.78
Salud General	2	85	27.14	26.03
Vitalidad	0	100	24.96	25.79
Función Social	0	100	29.07	33.64
Rol emocional	0	100	23.06	36.79
Salud mental	2.40	100	29.17	28.23
Total Calidad de Vida	2.46	92.25	26.87	22.67
Total Ansiedad	2	17	8.81	3.77
Total Depresión	0	20	8.35	4.63

Análisis correlacional.

En el análisis de correlación se identificó que la variable intensidad del dolor (en cualquiera de sus medidas) se relacionó con las variables sintomatología ansiosa y depresiva, de forma tal que la sintomatología de ansiedad mantiene una relación positiva, débil, pero estadísticamente significativa, con el dolor medido con EVA ($r=.313$, $p= 0.01$) y medido con EVN ($rs=.188$, $p= 0.05$) lo que significa que a mayor puntaje de ansiedad se espera mayor intensidad de dolor.

Por su parte, la sintomatología depresiva tuvo una correlación de forma positiva débil y estadísticamente significativa con el dolor medida con EVA ($r=.263$, $p=0.05$) y EVN ($rs=.254$, $p=0.01$), los pacientes que reportaron mayor intensidad de dolor también reportaron mayores niveles de sintomatología depresiva.

Como segundo hallazgo, se encontró que el dolor medido con EVA ($r=-.419$, $p=0.01$), EVD ($rs=-.260$, $p=0.05$) y EVN ($rs=-.409$, $p=0.01$) se relacionó con la calidad de vida de forma negativa, moderada y estadísticamente significativa, lo que significa que a mayor intensidad del dolor, los pacientes presentan menor percepción de la calidad de vida en general.

Además se encontraron correlaciones estadísticamente significativas en cuanto a algunas áreas específicas de la variable calidad de vida, como la Función Física, la cual se relacionó con el dolor medido con EVA ($r=-.401$, $p=0.01$), EVD ($rs=-.299$, $p=0.05$) y EVN ($rs=-.410$, $p=0.01$) de manera negativa, con una magnitud moderada y estadísticamente significativa. Esto significa que a menor Función Física, mayor dolor, y que a mayor Función Física, menor intensidad de dolor.

El Rol Físico y el dolor medido con EVA ($r=-.290$, $p=0.01$) tuvieron una correlación negativa baja y estadísticamente significativa, es decir, que a menor capacidad de desempeñar un adecuado rol físico se observa mayor dolor. Por su parte, el factor Vitalidad se relacionó con el dolor medido con EVA ($r=-.289$, $p=0.01$) EVD ($r_s=-.233$, $p=0.05$) y EVN ($r_s=-.362$, $p=0.01$) de forma negativa baja y estadísticamente significativa, lo que representa que a menor percepción de vitalidad, se experimenta mayor intensidad de dolor, y por el contrario, a mayor vitalidad, menor dolor. El Rol Emocional y el dolor tuvieron una correlación negativa baja estadísticamente significativa, medida con EVA ($r=-.308$, $p=0.01$) EVD ($r_s=-.195$, $p=0.05$) y EVN ($r_s=-.285$, $p=0.01$) es decir, que a menor percepción de la calidad del rol emocional, se presentó mayor intensidad de dolor.

También la Salud Mental tuvo una relación con el dolor medida con EVA ($r=-.230$, $p=0.01$), EVN ($r_s=-.213$, $p=0.05$) y EVD ($r_s=-.255$, $p=0.01$) de manera negativa baja y estadísticamente significativa, lo que indicó que a mayor intensidad de dolor existe una menor percepción de salud mental, y que por el contrario, a mayor percepción de salud mental, menor intensidad de dolor.

Las variables que no correlacionaron con el dolor (en ninguna de sus medidas) de manera estadísticamente significativa fueron: salud general y función física.

Además existieron relaciones que a pesar de ser estadísticamente significativas con algunas medidas de dolor, no lo fueron con otras, tal es el ejemplo de las variables de rol físico, con medidas de dolor EVD; el dolor corporal y el dolor medido con EVA. Por su parte la ansiedad no correlacionó de manera estadísticamente significativa con el dolor medido con EVD, y la

variable depresión no tuvo una relación estadísticamente significativa con el dolor medido con EVD (ver tabla 3).

Tabla 3.

Correlaciones entre dolor, ansiedad, depresión y factores de calidad de vida.

	EVA	EVD	EVN
Calidad de vida	-.41**	-.26*	-.40**
Función Física	-.40**	-.29*	-.41**
Rol Físico	-.29**	-.02	-.18
Dolor Corporal	-.29*	-0.71	-.17
Salud General	-.11	-.12	-.16
Vitalidad	-.28**	-.23*	-.36**
Función Social	-.12	-.08	-.13
Rol Emocional	-.30**	-.19*	-.28**
Salud Mental	-.23**	-.21*	-.25**
Ansiedad	.31**	.16	.18*
Depresión	.26*	.15	.25**

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$

Como tercer hallazgo se encontró que la variable calidad de vida en su totalidad, se relacionó con la sintomatología depresiva ($r = -.314$, $p = 0.01$) de manera negativa, débil, pero estadísticamente significativa, es decir, a mayor

presencia de síntomas depresivos, menor es la percepción de la calidad de vida.

También, se encontró que la sintomatología depresiva se relacionó con algunas áreas de la calidad de vida; así la Función Física se relacionó con sintomatología depresiva de manera negativa débil pero estadísticamente significativa ($r=-.388$, $p=0.01$), es decir, a menor percepción de la función física, se experimenta mayor intensidad en la sintomatología depresiva. Además, los síntomas de depresión mantienen una relación con el rol físico de manera negativa, débil ($r=-.262$, $p=0.01$) y estadísticamente significativa, lo que representa que a mayor sintomatología depresiva, menor es la capacidad de desempeñar un adecuado rol físico. También se observó que las manifestaciones de depresión se relacionaron con el dolor corporal de manera positiva, débil y estadísticamente significativa ($r=-.198$, $p=0.05$), lo que indica que a mayor sintomatología depresiva, mayor intensidad del dolor corporal percibido. Los síntomas de depresión correlacionaron de manera negativa débil y estadísticamente significativa con el factor vitalidad ($r=-.251$, $p=0.01$), lo que significa que a presencia de mayor sintomatología depresiva se experimenta menor vitalidad. La sintomatología depresiva se relacionó con la función social de manera negativa, débil y estadísticamente significativa ($r=-.219$, $p=0.05$), es decir, que a menor presencia de sintomatología depresiva, mayor es la percepción de la función social, y que por el contrario, a mayor presencia de sintomatología depresiva, se experimenta menor percepción función social. Las manifestaciones de depresión se relacionaron con el rol emocional de manera negativa débil, y estadísticamente significativa ($r=-.269$, $p=0.01$), lo que nos indica que a mayor nivel de sintomatología depresiva, se reporta menor capacidad de desempeñar un adecuado rol emocional. También

hubo una relación negativa, débil estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y la percepción de la salud mental ($r=-.213$, $p=0.05$) lo que nos indica que a mayor sintomatología depresiva, menor es la percepción de la salud mental

El siguiente hallazgo que se encontró, fue que sólo un factor de la variable calidad de vida (Función Física) correlacionó con la ansiedad de manera negativa, baja pero estadísticamente significativa ($r=-.257$, $p= 0.01$), esto nos indica que a mayor presencia de sintomatología ansiosa, menor es la percepción de la Función Física (Ver tabla 4).

Tabla 4.

Correlación entre calidad de vida, ansiedad y depresión.

	Ansiedad	Depresión
Calidad de vida	-0.13	-0.31**
Función Física	-0.25**	-0.38**
Rol Físico	-0.04	-0.26**
Dolor Corporal	-0.001	-0.19*
Salud General	-0.11	-0.10
Vitalidad	-0.006	-0.25**
Función Social	-0.04	-0.21*
Rol Emocional	-0.11	-0.26**
Salud Mental	-0.01	-0.21*

*** $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$**

Por último, se encontró que las escalas de dolor empleadas en este estudio (EVA, EVD y EVN) correlacionaron de manera positiva. Específicamente, la Escala Verbal de Dolor y la Escala Verbal Análoga, tuvieron una magnitud de correlación considerable, mientras que la magnitud de correlación entre la Escala Verbal Numérica y la Escala Verbal Análoga; y la magnitud entre la Escala Verbal Numérica y la Escala Verbal de Dolor fue media.

	Escala Verbal Análoga (EVA)	Escala Verbal de Dolor (EVD)
Escala Verbal de Dolor (EVD)	.72*	
Escala Verbal Numérica (EVN)	.49*	.57*

*p≤.05 **p≤.01

3.7 DISCUSIÓN

La pregunta que dirigió esta investigación indagaba sobre la relación que existe entre el dolor, los síntomas de ansiedad y depresión y la calidad de vida de personas que viven con dolor crónico. Se encontró que, efectivamente, existen correlaciones entre la calidad de vida (específicamente en las áreas de función física, rol físico, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental), la sintomatología ansiosa y depresiva y el dolor.

Los hallazgos coinciden con lo reportado en la literatura donde se menciona que la depresión es un predictor de la discapacidad y que co-existe

con el dolor crónico, así como que existe una relación entre la sintomatología depresiva y la pérdida de la funcionalidad ya que los pacientes con dolor, al atender su padecimiento, pierden parte de su funcionalidad en la interacción social, afectando así aspectos de su dinámica familiar (Orenius et al. 2005; Gormsen et al. 2010; Romao et al. 2009; Hong et al. 2014)

Los hallazgos también coinciden con otros estudios que reportan que pacientes con dolor perciben menor calidad de vida, específicamente en áreas como la función física, la percepción de la salud en general, vitalidad, función social, salud mental, rol físico, psicológico y social. La literatura de investigación previa indica que existe una correlación significativa entre el dolor, la ansiedad y la depresión, de manera que la sintomatología ansiosa y depresiva presenta altos niveles en pacientes con dolor crónico. Por otra parte, se ha reportado que la ansiedad y la depresión son predictores de la calidad de vida (Orenius et al. 2005; Gormsen et al. 2010; Romao et al. 2009; Hong et al. 2014).

Aunque existe constancia en los resultados de las investigaciones previas, existen también algunos reportes que indican la ausencia de relación entre ansiedad, depresión y dolor (Hong et al. 2014), la diferencia entre los resultados puede deberse a las diferentes herramientas empleadas para la evaluación de las variables (el inventario de Beck para Depresión y del inventario de Beck para Ansiedad), de ahí la importancia de contar con medidas estandarizadas que consideren los componentes cognitivos y emocionales de la ansiedad y la depresión, tal como se procuró en esta investigación.

Los hallazgos respecto a la sintomatología ansiosa pueden ser explicados debido a que las personas que viven con dolor crónico

experimentan una serie de cambios que impactan sobre la dinámica familiar, ya que deben de asumirse nuevas responsabilidades tanto en el hogar como económicas debido a los gastos que las enfermedades implican (Lewandowski, Morris, Burke & Risko, 2007) es decir, el paciente se encuentra en constante preocupación tanto por la enfermedad y sus síntomas, como por los cambios que le rodean. Los pensamientos más frecuentes relacionados a esta preocupación constante, están orientados hacia el futuro, con un estilo de pensamiento catastrófico en donde se incluyen generalmente imágenes de peligro, acompañados de la percepción de peligro o de amenaza, y de que en alguna forma se es vulnerable (Plata-Muñoz et al. 2004).

Por otra parte, respecto a los síntomas de depresión, se puede identificar que los pacientes experimentan miedo constante a muy diversas situaciones como la posibilidad de que el dolor se intensifique, lo que da lugar a un círculo vicioso en donde el paciente que padece de dolor crónico, pierde parte de su funcionalidad física, que a su vez, implica el descontrol de actividades diarias, derivado del empleo de un estilo de afrontamiento pasivo, y/o evitativo, aumentando así pensamientos de indefensión, inutilidad, y catastrofización que pueden favorecer el aumento en la percepción de la intensidad del dolor y síntomas depresivos (Börsbo, 2008).

Además las personas con dolor crónico reportan tener gran disminución en la percepción de su calidad de vida ya que reportan perder funcionalidad tanto física, social y emocional, así como percibirse con menos vitalidad, y menos sanos. Además reportan la modificación de sus expectativas, objetivos, valores e intereses (Bekkering, et al., 2011).

Es así que conocer la relación que existe entre la depresión, ansiedad, calidad de vida y dolor crónico, es importante debido a que los pacientes se

ven afectados por un círculo vicioso, en donde el dolor detona altos niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, y viceversa, influyendo a su vez en una baja calidad de vida.

Limitaciones

Como toda investigación, la presente también contó con limitaciones, como el número de participantes que, a comparación del número de personas que padecen de dolor crónico en nuestro país, es relativamente pequeño, por lo que se recomienda a futuras investigaciones ampliar el número de participantes. Otra limitación, es la estrategia empleada para su reclutamiento (muestreo no probabilístico) que no permiten la generalización de los resultados, por otra parte una limitación más fue la pérdida de datos durante las evaluaciones, debido al poco tiempo que se disponía para las entrevistas con los participantes, lo que, en muchos casos provocaba que los participantes, después de una larga estancia después de la valoración médica, reportaran sentirse fatigados, o incluso que debían continuar con otras actividades como quehaceres del hogar, del trabajo entre otras. Para ello se recomienda a próximas investigaciones considerar el tiempo necesario para la aplicación de protocolos, e incluso advertir a los participantes con 24 horas de anticipación, sobre la evaluación psicológica. Por último, posibles sesgos durante las evaluaciones pudieron haber influido el estilo de los diferentes evaluadores, por lo que se recomienda evaluar niveles recomendada estandarizar el estilo de aplicación de instrumentos.

Aportaciones

A pesar de las limitaciones del presente estudio, se hacen aportaciones con base el objetivo principal de esta investigación, el cual fue identificar la relación entre depresión, ansiedad y calidad de vida con la presencia e

intensidad de dolor en pacientes con dolor crónico no oncológico. En estudios anteriores en donde se han medido las variables ansiedad, depresión, calidad de vida y dolor crónico, se ha identificado correlaciones que miden estas relaciones de forma independiente. Sin embargo, el presente estudio presenta todas las posibles correlaciones existentes, e indica que estas cuatro variables están vinculadas, lo que incrementa el conocimiento respecto a la situación emocional de quienes viven con dolor constante, y da lugar al diseño de intervenciones dirigidas a esta población. Además, los resultados obtenidos aportan evidencia sobre la relevancia del uso de instrumentos que consideren los componentes cognitivos y emocionales de la ansiedad y depresión, ya que previamente se empleaban herramientas que podían dar resultados alterados o sesgados, debido a que se centraban en la evaluación de componentes fisiológicos de la ansiedad y la depresión que podrían confundirse con las manifestaciones propias de la enfermedad o los tratamientos (López-Alvarenga, et al., 2000). Por último, nuestro estudio no sólo propone formas de medición de la intensidad del dolor, correlaciones que ha comparación de otros estudios, no son claros en cuanto a los criterios de medición de esta variable. Sino que además, propone las posibles correlaciones entre las escalas propuestas para medir dolor, para evitar dudas metodológicas.

Con respecto a la calidad de vida y debido a que en estudios anteriores se han utilizado instrumentos para la medición de la calidad de vida que han resultado un tanto problemáticos por la falta de validez en distintos países como México, en este estudio se utilizó un instrumento validado en nuestro país, para su mejor medición.

REFERENCIAS

- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., & Vázquez, C. (2006). Depresión. *Guías clínicas*, 6(11), 1-6.
- Globalización y enfermedades infecciosas - Elcano. (2003). Recuperado el 26 de noviembre de 2015, a partir de http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/demografia+y+poblacion/ari+70-2003
- Almendro, M.T., Clariana, S. M., Hernández, S., Rodríguez, C., Camarero B., & del Río T. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 31(110), 213-227. Doi: 10.4321/S0211-57352011000200003
- Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspective son health and disease. *Social Science & Medicine*, 61(4), 755–765. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>
- Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, IASP (2010), Fundamentos. *Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos*. p.5
- Bekkering, G. E., Bala, M. M., Reid, K., Kellen, E., Harker, J., Riemsma, R., ... Kleijnen, J. (2011). Epidemiology of chronic pain and its treatment in The Netherlands. *The Netherlands Journal of Medicine*, 69(3), 141–153.

Börsbo, B. (2008). Relationships between Psychological Factors, Disability, Quality of Life and Health in Chronic Pain Disorders. *1079*. Recuperado de:

<http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:126949/FULLTEXT01.pdf>

Carmona, L., Ballina, J., Gabriel, R., &Laffon, A. (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Annals of the Rheumatic Diseases*, *60*(11), 1040–1045.

<http://doi.org/10.1136/ard.60.11.1040>

Castel, B., García, B. V. de F., &Torneró, M. J. (2006). Evaluación psicológica en el dolor crónico | Reumatología Clínica. Recuperado el 26 de noviembre de

2015, a partir de <http://www.reumatologiaclinica.org/es/evaluacion-psicologica-el-dolor-cronico/articulo/S1699258X06730820/>

Clarett, M. (2012). Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. Argentina. Recuperado de

<http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>

Covarrubias-Gómez, A. (2010). Entendiendo el dolor neuropático | Neuropatía periférica. Recuperado el 26 de noviembre de 2015, a partir de

http://www.neuropatiaperiferica.com/es/content/entendiendo-el-dolor-neuropatico?disclaimer_accept=1

- Covarrubias, G.A., Guevara, L.U, Gutiérrez, G.C., Betancourt, S.J.A., & Córdova, D.J.A. (2010). Epidemiología del dolor crónico en México. *Revista Médica de Anestesiología*, 33(4), 207-213.
- Cruciani, R. A., & Nieto, M. J. (2006). Fisiopatología y tratamiento del dolor neuropático: avances más recientes. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13(5), 312–327.
- Díaz, F.P. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS Dolor iatrogénico. *Oncología*, 28(3), 139-143.
- Domínguez, B. (1996). Investigación clínica psicológica y dolor crónico. Aplicaciones del conocimiento psicológico, 117-136.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for bio medicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
<http://doi.org/10.1126/science.847460>
- Esteve M. R., Ramírez C., & López-Martínez A. E. (2001). Alteraciones de la memoria en pacientes con dolor crónico. *La revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8(2), 119-127.
- Ferrer, M.D. (2002). Calidad de vida como herramienta de control en las Unidades de dolor. *Congreso de la Sociedad Española del Dolor*, 68-70.

Freeman, A., & DiTomasso, R. (2004). Conceptos cognitivos de la ansiedad. En Stein, D & Hollander, E. Tratado de trastornos de ansiedad. Barcelona: Ars Medica. 85-95

Gómez, R. (2007). La psicología de la salud en un hospital de cuarto nivel de complejidad. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 1(2), 159-179.

Gormsen, L., Rosenberg, R., Bach, F. W., & Jensen, T. S. (2010). Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *European Journal of Pain (London, England)*, 14(2), 127.e1-8. <http://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.03.010>

Hardt, J., Jacobsen, C., Goldberg, J., Nickel, R., & Buchwald, D. (2008). Prevalence of chronic pain in a representative sample in the United States. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 9(7), 803-812. <http://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2008.00425.x>

aet123

Hofstadt, C.J. V. & Quiles M.J. (2001). Dolor crónico: intervención terapéutica desde la psicología. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8(9), 503-510.

Hong, J. H., Kim, H. D., Shin, H. H., & Huh, B. (2014). Assessment of depression, anxiety, sleeps disturbance, and quality of life in patients with chronic low

back pain in Korea. *Korean Journal of Anesthesiology*, 66(6), 444–450.

<http://doi.org/10.4097/kjae.2014.66.6.444>

Kelly, G. A., Blake, C., Power, C. K., O'keeffe, D., & Fullen, B. M. (2011). The association between chronic low back pain and sleep: a systematic review. *The Clinical Journal of Pain*, 27(2), 169–181.

<http://doi.org/10.1097/AJP.0b013e3181f3bdd5>

Koenig, K.L., Schultz, C. H. (2014). *The 2014 Ebola Virus Outbreak and Other Emerging Infectious Diseases*. Recuperado de:

<https://www.acep.org/uploadedFiles/ACEP/practiceResources/issuesByCategory/publichealth/The%202014%20Ebola%20Virus%20Outbreak.pdf>

Lewandowski, W., Morris, R., Burke, D. C., & Risko, J. (2007). Chronic pain and the family: theory-driven treatment approaches. *Informa Healthcare*. 28, 1019–1044doi: 10.1080/01612840701522200

López-Alvarenga, J.C., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., Sierra-Ovando E., González-Barranco, J., & Salín-Pascual R. J. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5), 403-409.

Malouf, J., Baños, J-E. (2003). La evaluación clínica del dolor. *Revista Clínica Electronica en Atención Primaria*.

- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807–817. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>
- Melzack R, Wall F.D. (1983). The Challenge of Pain. *Psychological Medicine*, 14(02), 476–476. <http://doi.org/10.1017/S0033291700004001>
- Morales, V.T, Alfaro, O.I., Sánchez, R.S, Guevara, L.U, & Vázquez, P.F. (2007). Ansiedad y depresión por dolor crónico neuropático y nociceptivo. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46 (5), 479-484.
- Omran, A. R. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Quarterly. A Multidisciplinary Journal of Population health and health policy*, 49(4), 509-538.
- Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración Alma Ata. Salud para todos. Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, URSS.
- Orenius, T., Koskela, T., Koho, P., Pohjolainen, T., Kautiainen, H., Haanpaa, M., & Hurri, H. (2012). Anxiety and depression are independent predictors of quality of life of patients with chronic musculoskeletal pain. *Journal of Health Psychology*, 18(2), 167–17.
- Patel, B. N. (2010). Fisiología del dolor. En A. Kopf, & N. B. Patel. Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos. (pp. 13-17). Recuperado de www.iasp-pain.org

Pincus, T., Burton, A. K., Vogel, S., &Field, A. P. (2002). A Systematic Review of Psychological Factors as Predictors of Chronicity/Disability in Prospective Cohorts of Low Back Pain. *The spine journal*, 27 (5), E109-E120.

Reid, K. J., Harker, J., Bala, M. M., Truyers, C., Kellen, E., Bekkering, G. E., &Kleijnen, J. (2011). Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research and Opinion*, 27(2), 449–462.
<http://doi.org/10.1185/03007995.2010.545813>

Reynoso, L., Seligson, I., (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. UNAM. México, D.F.: El manual moderno.

Romão, A. P. M. S., Gorayeb, R., Romão, G. S., Poli-Neto, O. B., dos Reis, F. J. C., Rosa-e-Silva, J. C., & Nogueira, A. A. (2009). High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *International Journal of Clinical Practice*, 63(5), 707–711.
<http://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2009.02034.x>

Straube, S., Derry, S., Moore, R. A., &McQuay, H. J. (2010). Vitamin D for the treatment of chronic painful conditions in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD007771.
<http://doi.org/10.1002/14651858.CD007771.pub2>

Torre, F., Martín-Corral, J., Callejo, A., Gómez-Vega, C., La Torre, S., Esteban, Vallejo, R., Arizaga, A. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 15(2)

Trau, H.C., Jerg-Bretzke, L., Pfingsten, M., &Hrabal, V. (2010). Factores psicológicos del dolor crónico. En A. Kopf, & N. B. Patel. En B.N Patel, A.Kopf (Ed.), Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos. (pp. 19-26). Recuperado de www.iasp-pain.org

Van Hecke, O., Torrance, N., & Smith, B. H. (2013). Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *British Journal of Anaesthesia*, 111(1), 13–18. <http://doi.org/10.1093/bja/aet123>

Ybarra, J.L., Sánchez J.J, Piña, J.A. (2011). *Trastornos y enfermedades crónicas. Una aproximación psicológica*. México, D.F. México: El manual moderno.

Zúniga, M. A., Carrillo, J. G. T., Fos, P. J., Gandek, B., &Medina, M. M. R. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México. Instituto Nacional de Salud Pública*, 41(002), 110-118.

ANEXOS

Escala H. A. D.

- Lea cada pregunta y marque con una X la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

- No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

Sus respuestas son anónimas y confidenciales

Sólo serán utilizadas con fines estadísticos

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):

Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca

2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto

3. Siento una especie de temor como si algo fuera a suceder:

Sí y muy intenso Sí, pero no muy intenso Sí, pero no me preocupa No siento nada de eso

4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca

6. Me siento alegre:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto

7. Soy capaz de permanecer sentado tranquila y relajadamente:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto

8. Me siento lento y torpe:

Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca

9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto

10. He perdido el interés por mi aspecto personal:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto

11. Me siento inquieto(a), como si no pudiera dejar de moverme:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto

12. Espero las cosas con ilusión:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto

13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto

Cuestionario de Salud SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año

3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año

5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

**1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho
6 Sí, muchísimo**

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (Incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca**

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca**

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca**

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca**

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca**

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca**

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez

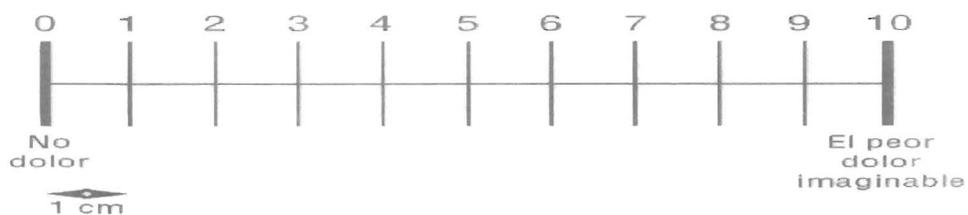
32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

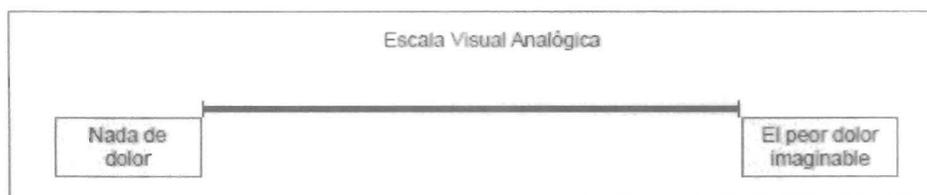
POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.
1 **Totalmente cierta** 2 **Bastante cierta** 3 **No lo sé** 4 **Bastante falsa** 5 **Totalmente falsa**
34. Estoy tan sano como cualquiera.
1 **Totalmente cierta** 2 **Bastante cierta** 3 **No lo sé** 4 **Bastante falsa** 5 **Totalmente falsa**
35. Creo que mi salud va a empeorar.
1 **Totalmente cierta** 2 **Bastante cierta** 3 **No lo sé** 4 **Bastante falsa** 5 **Totalmente falsa**
36. Mi salud es excelente.
1 **Totalmente cierta** 2 **Bastante cierta** 3 **No lo sé** 4 **Bastante falsa** 5 **Totalmente falsa**

Escala Verbal del Dolor



Escala Verbal Análoga



Escala Descriptiva Verbal

Escala Simple Descriptiva de la Intensidad del Dolor

