



FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**CALIDAD DE VIDA Y ESTILOS DE PERSONALIDAD
EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA
CON MENCIÓN EN PSICOLOGIA CLINICA

GABRIELA G. SALAS LA TORRE

ASESORA: MONICA CASSARETTO

LIMA, 2009



*A mis padres Tadeo y Gloria
A mi Ger
A mi Doménika*

AGRADECIMIENTOS

Me siento agradecida con Dios, con todo lo que me ha permitido vivir, en particular por haber tomado esta decisión antes que considerar la practicidad y por la paz necesaria para perseverar en este proyecto a pesar de las dificultades encontradas.

Agradecer en especial a mis padres, que cada uno a su manera me alentó y brindo su apoyo incondicional en la realización de esta investigación. A mi Gerardo, mi compañero en este proceso. Tu ternura y cariño me ayudaron a transformar lo difícil en fácil y mis dudas en posiciones firmes; a mi madrina por su interés y confianza puestos en mí.

A Mónica Cassaretto, mi asesora, por su valiosa disposición, compromiso y por hacerme sentir en muchos momentos que yo no estaba sola en esto, cualidades que me permitieron continuar hasta el final con mayor motivación.

A Doris Argumedo, quien compartió mis primeras inquietudes sobre este proyecto, brindándome su apoyo y exigencia en la primera etapa de esta investigación.

A Carmen Valenzuela, por su apoyo incondicional, por su gran capacidad de escucha y dinamismo que fueron y son el empuje constante en mis elaboraciones de vida. Gracias por tus palabras de aliento y por ayudarme a rescatar el lado bueno de las cosas.

A Carmen Morales, por su generoso compartir desde que la conocí, por sus conocimientos y libros que fueron mi inspiración, enseñándome que todavía se puede encontrar personas con su gran calidad humana.

A Karem Díaz, por su tiempo y calidez al transmitirme sus observaciones como profesional y por brindarme su amistad.

A Cecilia Chau, por su claridad, sus sugerencias y revisiones las veces que lo necesite. A Mónica Salas, por su generosidad al compartir sus conocimientos estadísticos y por su apoyo a pesar de los momentos difíciles.

A la psicóloga Soledad Rivas, quien me compartió su experiencia e incentivo en esta tesis que nació en nuestras conversaciones.

Al Dr. Víctor Espinoza, a la Dra. Elba Meneses, al Dr. Félix García, a la psicóloga Irene Andía y a la enfermera Susanita Rivas, su espíritu de servicio y pasión al trabajar con personas que padecen de dolor me inspiraron en esta investigación. Gracias por el compañerismo y amabilidad hacia mi persona permitiéndome todo lo solicitado para llevar a cabo esta labor.

Finalmente, expreso mi profundo agradecimiento a todas aquellas personas que voluntariamente participaron en esta investigación, que me permitieron ahondar en algo tan difícil como el sufrimiento y el dolor que sienten.

RESUMEN

Calidad de Vida y Estilos de Personalidad en pacientes con dolor crónico

El propósito de este estudio fue evaluar la calidad de vida y los estilos de personalidad predominantes en un grupo de adultos con dolor crónico no oncológico y observar si existe relación entre estas variables. Para ello, se aplicó el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 y el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS) a una muestra de 29 pacientes adultos de 28 a 59 años de edad con dolor crónico que acudían a la Unidad del Dolor de un hospital del seguro social de Lima. Los resultados muestran una disminución significativa en varias dimensiones de la calidad de vida de estos pacientes. En cuanto a los estilos de personalidad, se hallaron algunas correlaciones significativas con algunas dimensiones de la calidad de vida y con las variables propias del dolor.

Palabras clave: calidad de vida, estilos de personalidad, dolor crónico

ABSTRACT

Quality of life and Personality Styles in patients with chronic pain

The intention of this study was to evaluate the quality of life and the predominant styles of personality in a group of adult with chronic pain not oncological and to observe if relation exists between these variables. For it, we apply to them Quality of Life Questionnaire SF-36 (Health Survey) and the Millon Index of Personality Styles (MIPS) to a sample of 29 adult patients from 28 to 59 years of age with chronic pain that they were coming to the Unit of the Pain of the social assurance hospital of Lima. The results presented a significant decrease in several dimensions of the quality of life of these patients. As for the personality styles, some significant correlations were situated with some dimensions the quality of life and the own variables pain.

Key words: quality of life, personality styles, chronic pain

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCION	i
CAPITULO 1: MARCO TEORICO: CALIDAD DE VIDA Y ESTILOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO	1
Aspectos básicos del dolor	1
Dolor crónico: Características básicas	4
Calidad de vida relacionada a la salud y dolor crónico	10
Personalidad y dolor crónico	13
Planteamiento del Problema	17
Objetivos	19
CAPITULO 2: METODOLOGÍA	21
Tipo y diseño de Investigación	21
Participantes	21
Características de la muestra	22
Instrumentos	24
Ficha de datos socio demográficos	24
Cuestionario de Salud SF-36 (Health Survey)	24
Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS)	28
Procedimiento	31
CAPITULO 3: RESULTADOS	35
Calidad de vida en la muestra	35
Estilos de Personalidad (MIPS) en la muestra	39
Calidad de Vida y los Estilos de Personalidad en la muestra	43
CAPITULO 4: DISCUSIÓN	45
REFERENCIAS	63
ANEXOS	72

ANEXO A: Ficha de datos Socio demográficos	73
ANEXO B: Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 (<i>Health Survey</i>)	75
ANEXO C: Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS)	85
ANEXO D: Tablas de comparaciones entre las variables de estudio no significativas	91
FICHA: Consentimiento Informado	95



INTRODUCCIÓN

El dolor es un suceso biomédico, psicológico y cultural cuya convivencia con el ser humano es innegable desde el nacimiento e inseparable en todas las fases de la vida hasta la muerte (Millan y Bernal, 2006; Morris, 1993, 1999). En algunas ocasiones, el dolor puede persistir por un periodo de tiempo prolongado y en vez de ser una señal de alarma útil para la protección del organismo puede instalarse de forma crónica y convertirse en un problema en sí mismo. Dicho dolor se configura como una señal de particular complejidad que se transmite por los nervios, desde el lugar de la herida o lesión hasta el cerebro y persiste durante más tiempo del previsto para su curación (Ashburn y Staats, 1999; Donker, 1999). Las consecuencias desfavorables de la cronicidad del dolor y el deterioro concomitante en casi todos los ámbitos de la persona, hacen de éste una de las causas más comunes de sufrimiento y discapacidad en todo el mundo (Castel, García y Tornero, 2006; Domínguez, 1998).

Los factores psicológicos son de vital importancia para comprender el dolor en tanto éstos se convierten en factores que fortalecen o debilitan las respuestas ante el mismo y son determinantes para señalar el nivel de deterioro o bienestar de la salud.

Entre los factores psicológicos que median la respuesta de dolor se suele señalar la personalidad. Diversas investigaciones se han dedicado a evaluar si se puede establecer una conexión entre las características de personalidad y la vivencia de un cuadro de dolor crónico; dicha relación aludiría a la posibilidad de que la personalidad sea un factor relevante tanto en la génesis como en el mantenimiento de la enfermedad. Al parecer, todo indica que existe un predominio de ciertos tipos de personalidad en la población que padece dolor crónico (Infante, García, Moix, Cañellas y Subirá, 2005; Gatchel y Weisberg, 2000; Weisberg y Keefe, 1999; Sadigh, 1998). Entre los rasgos señalados se suele citar la evitación, el histrionismo, la dependencia, etc. que pueden intensificar y generar mayor dolor y a su vez reportar mayor número de estresores vitales relacionados a la enfermedad (Domínguez, 1998; Ramírez, Esteve y López, 2001). Sin embargo, otros atributos de personalidad de naturaleza motivacional, cognitiva, conductual y afectiva podrían estar presentes en estos pacientes con dolor crónico.

El presente estudio se organiza en 4 capítulos. El primer capítulo presenta una definición comprensiva del dolor para posteriormente pasar a definir el dolor crónico, sus características y las variables asociadas. Posteriormente, se desarrollará la definición de calidad de vida relacionada a la salud y su relación con el dolor; se continuará con el tema de la personalidad y el dolor crónico. Al finalizar el marco teórico presentaremos el planteamiento del problema y los objetivos. En el segundo capítulo se desarrollará la metodología en la cual se define a los participantes, los instrumentos, el procedimiento a seguir en este estudio y el tratamiento de los datos. El tercer capítulo contiene los resultados del estudio y en el cuarto capítulo, se desarrollara la discusión de los resultados obtenidos.

El propósito de esta investigación es lograr una comprensión psicológica de la persona con dolor crónico y cómo éste afecta su calidad de vida, que permita una proximidad a lo que constituye la experiencia subjetiva del dolor, es decir, la vivencia del dolor en cada persona que suponemos condicionara su calidad de vida (Gala, Lupiani, Guillén, Gómez, Lupiani, 2003; Kalsksztein, 2000). Dicha comprensión permitirá una intervención psicológica, específica y urgente en el tratamiento del dolor crónico; intervenciones psicoterapéuticas no sólo basadas en conductas, sino en una escucha amplia de sus angustias y de los cambios en su vida. Nuestro deseo es generar espacios que permitan la reflexión sobre la importancia de desarrollar programas de intervención para incrementar el sentimiento de bienestar, promover actividades de ocupación y entretenimiento para estos pacientes y así mejorar la calidad de vida de las personas a pesar del dolor crónico. Juntos, profesionales de la salud, pacientes y sociedad, debemos sumar esfuerzos para solucionar un problema tan viejo como la propia humanidad (López, Sánchez de Enciso, Rodríguez y Vázquez, 2004; Morris, 1993).

CAPITULO I

Calidad de Vida y Estilos de Personalidad en pacientes con Dolor Crónico

Aspectos básicos del dolor

Antes de la década de los ochenta la definición del dolor podía aludir a tres posturas diferentes que funcionaban de forma aislada. La primera definición hace referencia al dolor como una sensación específica y producida por una estimulación nociva, la cual genera daño tisular (físico) y es concebido por las personas como una señal de alarma desagradable frente a los peligros físicos (Dagnino, 1994; Domínguez, 1998; Donker, 1999). La segunda definición indicaba que las señales de estimulación fisiológicas del dolor ocurren paralelamente a las reacciones emocionales, cognoscitivas y conductuales; es decir el dolor empieza a ser concebido como una experiencia sensorial asociada a ciertos factores psicológicos (Castel et al., 2006; Domínguez, 1998). La tercera concebía al dolor a partir de su naturaleza subjetiva, es decir se resalta el sufrimiento personal que causa el dolor, ya que éste es visto como un sentimiento negativo general que afecta la calidad de vida de la persona que lo padece (Castel et al., 2006; Domínguez, 1998; Kanner, 2005).

Estas tres diferentes posiciones que se manejaban sobre el estudio del dolor fueron integradas por la Asociación Internacional para el Estudio Científico del Dolor (Internacional Association for the Scientific Study of Pain, (IASP)), (1979, 1994). El objetivo fue proponer una definición común y ampliar la manera de enfocar y tratar al paciente con dolor crónico, considerándolo como un individuo global. De esta manera, se planteó que el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con el daño real o potencial de algún tejido o descrita en términos de dicho daño. Además, la IASP enfatizó que en todos los casos se trata de dolor, tanto en el caso crónico, somático o psicógeno (Blanquer, 2003; Brannon y Feist, 2001; Castel et al., 2006; Dagnino, 1994; Gala et al., 2003; Miró, 1997; Nasio, 1999; Nieto-Munuera, Abad, Esteban y Tejerina, 2004; Soucase, Soriano y Monsalve, 2005). Dicha definición expuso los diversos aspectos del dolor y entre ellos se resaltó la subjetividad del mismo por ser una vivencia personal y multidimensional.

En ese sentido, el componente emocional de la percepción dolorosa es el que agrega el matiz psíquico por el cual se registra el dolor en la memoria (Blanquer, 2003; Gala et al., 2003; Song y Carr, 1999; Soucase et al., 2005).

Paralelamente a los diversos conceptos de dolor que se manejaban de forma aislada, se evidenció que no siempre la magnitud de la lesión guardaba relación directa con la intensidad del dolor expresado por los individuos (Gala et al., 2003; Miró, 1997; Pellicer, 1997). Es así que surge la teoría del control de la puerta (gate-control theory), la cual consideró la importancia de los componentes psicológicos involucrados en la experiencia dolorosa, dicha teoría propuesta por Melzack y Wall es la que mejor explica el mecanismo del dolor. Dicha teoría estimuló la transición de concebirlo como un simple mecanismo físico hacia la integración con los componentes psicológicos, es decir, surgió la necesidad de abordar los rasgos de personalidad, las conductas y la valoración que el paciente hacía de su dolor, sobretodo del crónico. De esta manera, se preparaba el camino para concebir el dolor como una experiencia subjetiva (Melzack y Wall, 1965 citados en Brannon y Feist, 2001; Carrillo, Collado, Rojo y Staats, 2003; Gala et al., 2003; Miró, 1997; Pellicer, 1997; Soucase et al., 2005).

Melzack y Wall (1975) sostuvieron que la percepción del dolor estaba sujeta a una serie de modulaciones que empezaban en la médula espinal y que podían influir en la experiencia dolorosa mediante receptores específicos del dolor. Según esta teoría, el sistema nervioso central actúa como un mecanismo de barrera fisiológico que modula el grado en que el dolor es percibido por el sujeto. De modo que, las cogniciones y emociones experimentadas provocarían que la médula espinal abra o cierre la puerta, intensificando o disminuyendo el dolor. Cuando la puerta está abierta, los impulsos fluyen a través de la médula espinal en dirección al cerebro donde se encuentran los receptores específicos del dolor, por consiguiente, la persona siente dolor (Melzack y Wall, 1975 citados en Brannon y Feist, 2001; Gatchel, 1999; Miró, 1997; Morris, 1993; Nieto-Munuera et al., 2004; Soucase et al., 2005). Por ello, dicha teoría plantea que el dolor no sólo tiene componentes sensoriales, sino también cognitivos y emocionales específicos entre los que se encuentran por ejemplo: la ansiedad, la depresión, las preocupaciones e incluso, concentrarse en la lesión; todos estos factores pueden incrementar el dolor y por lo tanto, abrir la puerta (Infante, 2002; Miró, 1997; Pellicer, 1997). Por el contrario, es posible que otras sensaciones aferentes no dolorosas como los masajes, los ejercicios, la relajación y las emociones positivas supriman o inhiban las señales de dolor ejerciendo un efecto saludable que puede cerrar la puerta y reducir la intensidad de dolor (Brannon y Feist, 2001; Donker, 1999).

Existen diferentes clasificaciones para analizar o comprender el dolor. Desde el punto de vista clínico, el tiempo es un criterio frecuentemente usado para clasificar el dolor

en agudo y crónico, clasificación que puede presentarse combinada con otras (localización, etiología, etc.). Según John Bonica (1990 citado en Brannon y Feist, 2001; Nieto-Munuera et al., 2004), el dolor agudo es causado por un daño tisular (daño físico) y está asociado a una causa específica bien localizada, su función es dar una señal de alarma en el organismo frente al peligro, tiene una aparición rápida y se mantiene por un período de tiempo menor de 6 meses hasta que desaparece la causa que lo produjo.

Frente al dolor agudo, encontramos el dolor crónico que puede estar o no asociado a un proceso de enfermedad, en ocasiones una vez resuelta la enfermedad o lesión persiste de forma continua o intermitente durante meses (no menos de 6 meses) o años en el que las medidas terapéuticas no son eficaces. El dolor crónico suele estar asociado a alteraciones de la conducta, de la vida afectiva y social (Brannon y Feist, 2001; Castel et al., 2006; Nieto-Munuera et al., 2004; Romero, 2000). Bonica (1982, 1990 citado en Dagnino, 1994; Gala et al., 2003) señaló que mientras el dolor agudo es un síntoma de una enfermedad o traumatismo, el dolor crónico constituye la enfermedad en sí misma cuando se convierte en el centro de la patología que lo origina. Otro tipo de dolor que no se relaciona con la temporalidad pero es importante destacar es el dolor psicógeno, dicho dolor es de origen puramente psicológico en el cual existe la sensación de dolor sin causa orgánica que lo justifique y al que se le atribuye un origen psíquico en general desconocido (lo cual no significa que no sienta dolor). Usualmente, el paciente describe problemas psicológicos como ansiedad, depresión u otras relacionadas a las quejas de dolor, por lo que se considera que existen suficientes síntomas psicológicos relacionados con otros diagnósticos como hipocondría, histeria de conversión, alucinaciones depresivas, etc. para cumplir con los criterios de afección con dolor somatiforme, según la categoría diagnóstica DSM IV-TR (2002). En el dolor psicógeno el problema central es la amplificación y distorsión de esa sensación de dolor a causa del estado psicológico (Ashburn y Staats, 1999; Dagnino, 1994; Duarte, 2005; Elorza, Casas, Casais, 1997; Gatchel, 1999; Nasio, 1999). En estos casos es cuando se hace más evidente que en la experiencia dolorosa es muy importante la subjetividad del individuo (Bonet, 2004; Miró, 1997).

También podemos clasificar el dolor (agudo y crónico) en base a los criterios de localización, bajo esta perspectiva tenemos el dolor somático y visceral (dolores nociceptivos porque existe un estímulo nocivo). El dolor somático se localiza en músculos y estructuras osteoarticulares y es descrito por los pacientes como un dolor fijo y continuo. Este tipo de dolor se presenta en el dolor postquirúrgico, en el síndrome de dolor

miofascial, en la fibromialgia, lumbalgia crónica, la hernia discal, osteoartritis, las cefaleas entre otros (Dagnino, 1994; Duarte, 2005; Gala et al., 2003). El dolor visceral suele ser un dolor difícil de localizar, se siente como calambres y suele responder a potentes analgésicos (morfina); con frecuencia presenta reflejo o se irradia a zonas diferentes de donde aparece la lesión, en ocasiones sucede que el dolor en el corazón se refleja en el hombro, dolor en el páncreas se refleja en la espalda, etc. Algunos ejemplos de dolor visceral incluyen, el cáncer pancreático, metástasis intra-peritoneal, obstrucción intestinal (Bonet, 2004; Duarte, 2005; Gala et al., 2003).

El dolor neuropático es el resultado de lesiones o alteraciones crónicas en vías nerviosas centrales o periféricas. Este tipo de dolor es considerado no nociceptivo al igual que el psicógeno porque puede desarrollarse en ausencia de un estímulo nocivo evidente o persistir mucho después de desaparecer el hecho que lo originó; los síntomas pueden presentarse con hipersensibilidad en una zona específica como una sensación quemante. Los dolores neuropáticos más comunes se presentan en la neuralgia del trigémino, neuropatía diabética y la neuralgia posherpética (Bonet, 2004; Duarte, 2005; Portenoy, 2005). Por último, en las Clínicas del Dolor se suele diferenciar el dolor crónico en dolor maligno (oncológico) y no maligno (no oncológico) (Gala et al., 2003).

Dolor Crónico: características básicas

El dolor se vuelve crónico cuando ha dejado de ser una señal de alarma útil para el individuo y no cumple una función clara para la supervivencia, convirtiéndose en una carga para quien lo padece. Este tipo de dolor puede mantenerse durante años y afectar seriamente la calidad de vida (Donker, 1999; Nieto-Munuera et al., 2004).

Como se mencionó anteriormente, el dolor crónico puede estar o no asociado a un proceso de enfermedad o persistir luego de la curación dejando de ser síntoma de la patología orgánica. El dolor crónico se caracteriza por una continua búsqueda del alivio pero sin poder conseguirlo, produciendo en el individuo sentimientos desmoralizantes, de impotencia y desesperación. Inicialmente suele asociarse a un alto grado de ansiedad y posteriormente a la depresión. Incluso, en ocasiones puede asociarse a algún cuadro psicopatológico y/o la persistencia de las condiciones físicas de la enfermedad pueden mantener el dolor crónico (Castel et al., 2006; Dagnino, 1994; Donker, 1999). Bonica (1982, 1990) estableció que ciertos factores psicológicos (síntomas depresivos, ansiedad, estilos de afrontamiento) y medio ambientales (atención, estrés, compensación laboral,

licencias) cumplen un papel importante en el dolor crónico, actuando recíprocamente con los procesos cerebrales, lo que no sucede necesariamente en el dolor agudo (citado en Brannon y Feist, 2001; Gatchel, Peng, Peters, Fuchs y Turk, 2007). Dicho autor estimó que el dolor crónico era y es la razón más frecuente por la cual se consulta al médico ya que, se presenta aproximadamente en una tercera parte de la población (Nieto-Munuera et al., 2004). Al respecto, algunas estadísticas nos muestran que en los países desarrollados el 30% de personas sufre dolor crónico, así en Estados Unidos más de 20 millones de adultos padecen de dolor cada año por más de 20 días (Gatchel et al., 2007), el 1% de la población laboral esta incapacitada para el trabajo por el dolor lumbar crónico y de cada cinco consultas en atención primaria, una es por dolor agudo como síntoma nuevo. En Europa, existen más de 30.000.000 de ciudadanos con dolor de espalda crónico y más de 38.000.000 con dolor de artritis crónica; en Suecia el 40% padece algún dolor crónico y Suiza presenta el mayor porcentaje de dolor en mujeres. Según la Sociedad Española del Dolor, en España el dolor crónico afecta a casi el 35% de las personas y de ese porcentaje 700,000 pacientes están afectados sólo por la fibromialgia (Carrillo et al., 2003; Castel et al., 2006; Gala et al., 2003; Nava, 2008; Pelechano, 2005).

Entonces, no es difícil pensar que el dolor significa un problema tanto psicológico como social, ya sea en términos de ausentismo laboral, gastos médicos, costos por compensación de incapacidad y sobreutilización de los servicios de atención hospitalaria. En general, las repercusiones pueden ser devastadoras en todos los ámbitos donde se desenvuelve el paciente y para su familia (Castel et al., 2006; Gatchel et al., 2007; López, Sánchez de Enciso, Rodríguez y Vásquez, 2007; Pelechano, 2005).

El dolor crónico se presenta como una experiencia asociada a diversas variables biológicas, psicológicas y sociales. Entre las variables biológicas, los neurotransmisores cumplen un papel importante en el proceso de la experiencia dolorosa. Estos receptores del dolor son activados mediante el proceso sensorial de la nocicepción, es decir, el primer paso en la vía del dolor (Gatchel et al., 2007; Turk y Okifuji, 2002). Cuando se percibe un estímulo mecánico, térmico o químico que puede dañar o daña los tejidos, la información del estímulo doloroso se transmite desde la periferia hasta el sistema nervioso central y al mismo tiempo activa los siguientes neurotransmisores como: catecolaminas, ácido gammaaminobutírico (GABA), prostaglandinas, serotonina, bradicina, histamina y betaendorfinas. Dichas sustancias forman parte de los procesos moduladores y reguladores del dolor por ejemplo, cuando disminuyen las

concentraciones de serotonina en el sistema nervioso central, la sensibilidad al dolor aumenta (Castel et al., 2006; Duarte, 2005; Kanner, 2005; Nieto-Munuera et al., 2004).

Respecto a las variables psicológicas que intervienen en el proceso del dolor crónico encontramos las de tipo cognitivo, conductual y motivacional-afectiva. El estudio de dichas variables ha enfatizado aquellas que mantienen y/o incrementan el dolor como: el catastrofismo, el control personal (locus de control), las creencias, las ganancias secundarias, las conductas de evitación, el grado de neuroticismo, la extroversión-introversión, la depresión y la ansiedad. Dichas divisiones conceptuales no deben ser consideradas como independientes ya que existe una mutua interrelación entre ellas (Anarte, Esteve, López, Ramírez y Camacho, 2001; Bakaikoa, Borrell, Fernández y Semus, 2008; Gatchel et al., 2007; Nieto-Munuera et al., 2004; Soucase, Monsalve, Soriano y De Andres, 2004).

En la literatura sobre el dolor crónico, una variable muy estudiada es el *catastrofismo*. El *catastrofismo* hace referencia a la exageración del sentimiento de dolor y es considerada una estrategia pasiva poco eficaz y de pobre adaptación al dolor crónico. Dicha variable predice discapacidad y una mayor intensidad de dolor percibido, lo que puede provocar conductas inadaptadas (Camacho y Anarte, 2003; Soucase et al., 2005). Los individuos que tienen una visión catastrofista de su dolor son aquellos que lo evalúan como incontrolable y no pueden apartarlo de su mente. Así, las diferentes áreas de la vida del individuo resultan más alteradas a causa del dolor y sufren mayor depresión y ansiedad (Moix, 2005).

Por otro lado, uno de los recursos de soporte que ayuda a las personas a tolerar el estrés y el dolor crónico eficazmente es la percepción de *control personal*. Dicho recurso puede ayudar a los individuos a disfrutar de una vida más saludable, a disponer de su capacidad de afronte ante el estrés que produce la enfermedad y presentar una mayor disposición a vivir más tiempo (Brannon y Feist, 2001; Martin-Aragón, Pastor, Lledó, López, Terol y Rodríguez, 2001; Vinaccia, Quiceno, Gavia y Dey-Garzón, 2008). Por lo tanto, a mayor percepción de control sobre el dolor menor intensidad de dolor referida. Por el contrario, la percepción de poco control sobre el dolor alimentaría la creencia de incapacidad e indefensión (Anarte et al., 2001). Asimismo, un estudio analizó la percepción de control y otras variables relacionadas (sociodemográficas y las clínicas) en 77 mujeres con síndrome fibromialgico entre los 18 y 70 años de edad donde la mayoría tenía estudios primarios. Los resultados mostraron que las pacientes con mayor nivel educativo creen de forma significativa que *el control* de su dolor depende de ellas mismas

a diferencia de aquellas con menos instrucción. Las personas con mayor edad sin experiencias de logro en el *control* de su dolor y con deterioro físico se sienten menos competentes para manejarlo. Además, las puntuaciones de locus de control se asociaron significativa y negativamente con la ansiedad y la depresión. Dicha investigación concluye que los resultados obtenidos respecto a la percepción de control en las pacientes con fibromialgia son similares a los obtenidos en otras patologías de dolor crónico, lo que apoyaría la importancia del nivel de instrucción en la percepción del *control* frente al dolor (Martín-Aragón et al., 2001).

En ese sentido, se ha encontrado que las *creencias* que los pacientes tienen de su dolor representan su conceptualización personal y cultural sobre lo que es y significa el dolor crónico, lo que influiría en mantener o incrementar el dolor (Anarte et al., 2001; Camacho y Anarte, 2003). De esta manera, la experiencia previa de observar a otras personas que hayan padecido dolor, la información de los médicos, etc. influirá en las *creencias* del paciente en relación con el contexto de dolor y su tratamiento (Camacho y Anarte, 2003; Gatchel, 1999; Infante, 2002). Stroud, Thorn, Jensen y Boothby (2000 citados en Infante, 2002) encontraron que cuando el sujeto sostiene la *creencia que el dolor es explicable* presenta una mejor respuesta al tratamiento, desarrolla estrategias adaptativas y experimenta menor intensidad de dolor. Dichos autores observaron mejores resultados en pacientes a quienes se les había proporcionado información clara y detallada de su situación física y psicológica de su dolor. Por otro lado, los pacientes sin experiencias previas de dolor y que poseen la *creencia que el dolor es un misterio* o diversas *creencias de indefensión* (“no se puede hacer nada”) evalúan negativamente sus propias habilidades para controlar o disminuir el dolor ya que, las *creencias* se relacionan estrechamente con el tipo de afrontamiento que la persona realice, es así como demandan cuidado médico, medicación y atención, incrementando así la intensidad de su dolor (Anarte et al., 2001; Camacho y Anarte, 2003; Rodríguez-Marín, 1992).

La idea que los pacientes se benefician de su enfermedad constituye un tema importante en el dolor crónico. A nivel psicológico, las *ganancias secundarias* se definen como un beneficio difusamente percibido para obtener una gratificación inconsciente por una necesidad de castigo, es decir en algunos casos ellos se sienten culpables de sentir dolor. De esta manera, las *ganancias secundarias* se producen cuando los individuos utilizan sus síntomas para obtener la atención y la ayuda de otros, evitar situaciones desagradables o conseguir una potencial recompensa económica (Van Egmond y

Kummeling, 2002). En el dolor crónico la *ganancia secundaria* serían un motivo encubierto para recibir dichos beneficios que sólo se conseguirían al costo de interminable sufrimiento consciente, mientras que otras ganancias adoptan una forma evidente como los pagos de compensación, pensiones de invalidez, una baja de horas laborales, etc. (Brannon y Feist, 2001; Infante, 2002; Moreno, 2005). En general, las *ganancias* son una resistencia a la salud que puede afectar la recuperación de la enfermedad ya que, los pacientes que creen que pueden obtener ventajas adicionales por estar enfermos tienen poco deseo de ponerse bien rápidamente (Schoen, 1993 citado en Van Egmond y Kummeling, 2002).

Otro aspecto significativo relacionado al dolor son las conductas de evitación, las cuales son consideradas como uno de los factores psicosociales de riesgo crónico para cualquier tipo de intervención terapéutica en el dolor, ya que se asocia con el incremento del dolor así como con la pérdida progresiva del tono muscular (Bravo y González-Duran, 2001). Los pacientes con dolor crónico adoptan estrategias de *evitación* basadas en la creencia de que el incremento de actividad física puede causarle un daño o empeoramiento. Entonces, el paciente deja de hacer sus actividades físicas, laborales, sociales y hasta sexuales, incluso evita cualquier tipo de emoción o pensamiento que crea que puede incrementar su dolor. Ello podría llevar al paciente a un espiral de evitación, dolor e incapacidad (Anarte et al., 2001; Dersh et al., 2002; Elorza et al., 1997; Gala et al., 2003; Infante, 2002; Infante et al., 2005; Rebolledo, 2002).

El *neuroticismo* es una característica de la personalidad que refleja una tendencia a experimentar emociones negativas, inestabilidad emocional, ansiedad, frustración, baja autoestima, sentimientos de impotencia y pensamientos de temor (Monsalve, Gómez y Soriano, 2006). Los estudios sobre la relación de *neuroticismo* y dolor crónico señalan una asociación significativa entre éste y la intensidad del dolor percibido. Los autores que trabajaron dicha relación observaron en un grupo de pacientes reumáticos que las altas puntuaciones de *neuroticismo* se asociaban a mayor angustia, intensidad del dolor, síntomas depresivos y a una menor satisfacción con su calidad de vida (Bravo y González-Duran, 2001; Dersh et al., 2002; Infante, 2002; Ramírez et al., 2001; Soucase et al., 2005). Estos autores proponen que dicha relación se refleja en los pensamientos catastróficos de las personas y en una adaptación deficiente. Por lo tanto, el neuroticismo podría ser un factor de riesgo que predisponga al desarrollo de enfermedades (físicas) crónicas (Elorza et al., 1997; Gaviria et al., 2006; Infante et al., 2005; Ramírez et al., 2001).

Con respecto a la asociación entre la dimensión *extroversión-introversión* y dolor crónico diversos estudios concluyen que los introvertidos tienden a presentar un menor umbral y tolerancia al dolor, es decir muestran una mayor facilidad para responder ante estímulos externos como el dolor (Monsalve et al., 2006). El estilo introvertido puede tener un efecto importante en la forma que dichos pacientes responden al dolor y cómo manejan esta situación ya que, tienden a percibir mayores molestias ante los procedimientos para el tratamiento del dolor y requieren un mayor grado de analgesia. Por otro lado, se ha observado que los pacientes extrovertidos manifiestan en mayor medida su conducta de dolor. Wade, Dougherty, Hart, Rafii y Price (1992 citados en Infante, 2002; Monsalve et al., 2006) señalaron en sus estudios que la extraversión sirve de atenuante sobre la influencia del neuroticismo en los estados del dolor y que las altas puntuaciones de extraversión se relacionan con mayor capacidad física y emocional.

Las investigaciones han encontrado que diversos cuadros de dolor crónico frecuentemente se relacionan con algunas alteraciones psicológicas como la *depresión* y la *ansiedad*. La relación entre dolor crónico y *depresión* es significativa y recíproca, por ello se han formulado muchas hipótesis tales como considerar a la depresión una causa del dolor crónico o como una consecuencia del mismo. La depresión asociada a fuertes sentimientos de desesperanza e indefensión ha demostrado ser un predictor de cronicidad del dolor que suele exacerbarlo como sucede a menudo en el dolor lumbar (Anarte et al., 2001; Dersh et al., 2002; Gatchel et al., 2007; Infante, 2002; López et al., 2004; Sadigh, 1998; Vinaccia, Quiceno, Zapata, Obesso y Quintero, 2006b). Al mismo tiempo, la cronicidad del dolor, la intensidad y la incapacidad frecuentemente producen depresión. Los porcentajes de *depresión* que se presentan en la población adulta con dolor crónico suelen ser altos y más de la mitad de dichos pacientes tienen antecedentes personales depresivos (Donker, 1999; Pelechano, 2005; Rebolledo, 2002). Los síntomas depresivos tienden a ser más evidentes y generan mayor riesgo en las mujeres, en personas de mayor edad, con bajo nivel educativo, con escasos ingresos económicos y personas que se encuentran atravesando procesos judiciales y litigios (Rebolledo, 2002).

El dolor es una experiencia más cercana a las emociones y cogniciones que sólo a una simple sensación. De este modo, valorar la experiencia subjetiva del dolor crónico supone considerar el significado de lo que es para cada persona es decir, cada individuo lo experimenta y aprende de forma diferente dependiendo de su estado afectivo o emocional, la experiencia subjetiva del dolor es una experiencia parcialmente explicada

por elementos de género, de religión, de clase social como producto de una cultura determinada lo que también se relaciona con algunos miedos o explicaciones atribuidas por el sujeto (Castel et al., 2006; Chapman, Nakamura y Flores, 1999; Gala et al., 2003; Gatchel y Weisberg; 2000; López et al., 2007). En la actualidad, el significado del dolor es atribuido a un vasto grupo de dolencias donde el dolor de la angustia, la depresión y el estrés se han instalado como parte de la rutina tan igual como padecer de artritis, migraña o cáncer (Morris, 1993, 1999).

Calidad de Vida Relacionada a la Salud y dolor crónico

El término calidad de vida (CV) provino de la medicina a inicios de los años setenta y fue desarrollado por la necesidad de tomar en cuenta la percepción integral de bienestar tal como lo percibe cada individuo en su vida cotidiana (Gaviria et al., 2006; Schwartzmann et al., 1999). La Psicología acogió el concepto como una preocupación por mejorar las condiciones de vida ante la presencia de una enfermedad (Badia y Lizán, 2003; Gamboa et al., 2002; Rodríguez, Castro y Merino, 2005). Al mismo tiempo, la definición de calidad de vida se amplió más allá del ámbito de la enfermedad y empezó a vincularse con otras variables relacionadas con el *buen vivir* como felicidad, autoestima, matrimonio satisfactorio, armonía familiar, tener trabajo (vivienda y vestido), sentido de competencia personal, confianza en sí mismo y la posesión de bienes o solvencia económica y tiempo libre todos estos aspectos interrelacionados entre sí (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996; Fernández-Ballesteros, 1997; Schwartzmann, 2003).

La innovación del concepto de calidad de vida radica en dos características cruciales, la primera alude a una ampliación de la definición en tanto puede ser aplicada a diferentes situaciones de la vida y no sólo a situaciones de enfermedad y la segunda incorpora los aspectos subjetivo y objetivo del mismo como aspectos básicos inherentes a dicha definición (Carpio, 2000; Fernández-Ballesteros, 1997; Márquez, 2000; Schwartzmann, 2003). El aspecto subjetivo se relaciona con las expectativas de los sujetos para lograr la satisfacción personal y emocional sobre su propio estado de salud. Y en el aspecto objetivo se encuentran los indicadores puntuales por el cual se pueden medir dichos logros (funcionalidad física, estado emocional, vitalidad, satisfacción con la vida, etc.) (Monés, 2004; Rodríguez et al., 2005; Romero, 2000).

Finalmente, la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 1994) integra todos estos factores en una definición global y multidisciplinaria. Así, la calidad de vida es la

percepción adecuada y correcta que tiene una persona de sí misma en su contexto cultural sobre su sensación de bienestar físico, mental y social en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Incluso, considerando que la percepción más importante es la ausencia de enfermedad (Badía y Lizán, 2003; Fernández- Ballesteros, 1997; Monés, 2004; Rodríguez et al., 2005; Schwartzmann et al., 1999).

El concepto *calidad de vida relacionada a la salud* (CVRS) se utiliza como un modo de referirse a la percepción y vivencia que tiene el paciente frente a los efectos generados por una enfermedad determinada. Es decir, cómo el individuo vive su enfermedad, sus síntomas, cómo se siente ante el impacto de la misma, cómo se enfrenta a la incapacidad, a las dificultades y al tratamiento (Badía y Lizán, 2003; Gamboa et al., 2002; Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno, 2007; Monés, 2004; Rodríguez et al., 2005).

La incorporación de la medida de la *Calidad de Vida Relacionada a la Salud* ha sido una de las innovaciones necesarias en el tema de calidad de vida, la cual suele ser evaluada en los pacientes a través de cinco dimensiones: 1) Las características genéticas que son la base donde se fundamentan todos los aspectos de la salud; 2) Las características bioquímicas o fisiológicas incluyendo, la enfermedad, la incapacidad y otros factores de impedimento; 3) El estado funcional, que comprende las actividades cotidianas como trabajar, caminar o relacionarse; 4) El estado mental incluye auto percepción del estado de ánimo y la emoción; y por ultimo 5) El potencial de salud individual que se relaciona con la longevidad y el pronóstico de la enfermedad. Otras dimensiones no menos importantes que aportan información clínica son las alteraciones en el sueño, la función sexual, el dolor, energía, vitalidad y la percepción de la imagen corporal (Badía y Lizán, 2003; Rodríguez et al., 2005).

En este contexto, las enfermedades crónicas suelen generar en los pacientes algunas crisis en su vida, pueden cambiar su auto percepción, afectan gravemente el entorno familiar, económico y se debilita el apoyo social con el que cuentan. Es decir, el estado de equilibrio se interrumpe y las personas asumen nuevos modos de respuesta, en el mejor de los casos logran una adaptación sana pero casi siempre se generan desajustes que producen o exacerban el dolor de los pacientes.

El dolor crónico es uno de los principales factores que afectan la calidad de vida de manera multidimensional, tanto en procesos de etiología no maligna como de origen oncológico (Brannon y Feist, 2001; Casals y Samper, 2004; Cerdá-Olmedo, Monsalve, Mínguez, Valía, de Andrés, 2000; González, 2002; Remor, 2002).

Además, la presencia de ciertos factores psicosociales en el dolor crónico como la enfermedad en sí, menopausia, jubilación, divorcio, etc. pueden contribuir a complejizar aun más la situación, por eso dichos factores suelen ser considerados los predictores más importantes de la calidad de vida (Tobon Vinaccia y Sandin, 2003). Tales fuentes de estrés son capaces de alargar la recuperación, contribuir a un estado de incapacidad crónica y llevar al individuo a un deterioro progresivo de su calidad de vida (Brannon y Feist, 2001; Cerdá-Olmedo et al., 2000; Fishman, 1992; Remor, 2002; Rodríguez et al., 2005; Schwartzmann, 2003).

En los últimos años se han incrementado las investigaciones sobre CV en pacientes crónicos, tanto por la alta incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas como por los cambios importantes en los hábitos y estilos de vida (Nieto-Munuera et al., 2004; Vinaccia et al., 2005a; Vinaccia et al., 2006a; Vinaccia et al., 2008). En este contexto, un estudio epidemiológico en España (2001) evaluó la calidad de vida en 907 pacientes con dolor crónico no oncológico, en el cual se registró que la principal causa de dolor era la patología degenerativa y/ o inflamatoria osteoarticular y músculo-esquelética (osteoporosis), más de la mitad de los diagnósticos (52.9%) fueron de dolor lumbar y el 67.3% de personas fue diagnosticada con lumbalgia (algunos podían tener 2 tipos de dolores). Por otro lado, se detectó que un 29.6% de la población española no hospitalizada padecía algún tipo de dolor y de este porcentaje el 17.6% era dolor crónico. En general, dichos resultados mostraron que estas personas presentaban una calidad de vida muy deteriorada en el estado físico y aun más en el estado psíquico sobre todo en el sexo femenino, en personas mayores de 60 años, en condición de invalidez, sin estudios y los que estaban en un proceso de litigación por compensación económica (Casals y Samper, 2004).

La calidad de vida también fue investigada respecto a las estrategias de afrontamiento que la persona puede utilizar para hacer frente al dolor de la fibromialgia. Soucase et al. (2004) considero que a pesar de no encontrarse ninguna correlación significativa entre el índice general de calidad de vida y las estrategias de afrontamiento frente al dolor, fue posible registrar un índice de calidad de vida inferior al de la población en general. Dichos autores encontraron que las dos estrategias más usadas por los pacientes con dolor fueron la búsqueda de información sobre su enfermedad y la religión. La religión se asoció significativa y positivamente con la depresión, ansiedad y la pérdida de control, dichas dimensiones de la calidad de vida hacen referencia a la desadaptación de la persona frente a la enfermedad.

Otro estudio (Lugo-España, 2005) que nos muestra la repercusión del dolor en la calidad de vida de las personas que lo padecen, evaluó una muestra de 347 pacientes que consultaron por cualquier proceso doloroso, quienes fueron divididos en el grupo “casos” y “control”; dentro del grupo de los “casos”, 45 personas (26%) habían consultado por un dolor agudo y 117 (74%) lo habían hecho por un dolor crónico. El diagnóstico más frecuente de dolor que se registro fue gonartrosis (o artrosis de rodilla) y coxartrosis (o artrosis de cadera) con el 25.9 % de los casos, seguido de un 20.9% de pacientes con osteoartritis de columna vertebral y un 15.4% con lumbalgia/lumbociática. Otras patologías menos prevalentes que se registraron en este estudio fueron: hombro doloroso, cefaleas, mialgias, neuralgias, fracturas y cardiopatía isquémica. Dicho estudio concluyo que el dolor crónico deteriora la calidad de vida de los pacientes siendo común que el aparato musculo-esquelético es el más afectado y coincide con otros estudios en que las mujeres padecen mayor dolor que los hombres (López et al., 2007).

El interés por realizar estudios que asocien la calidad de vida con el dolor crónico va en aumento, sin embargo son pocas las investigaciones que incluyan los estilos de personalidad; es decir cómo éstos mantienen o exacerbaban la presencia de un dolor crónico.

Personalidad y Dolor Crónico

La psicología en el tema del dolor tiene un papel preponderante tanto en la comprensión del dolor crónico como al explicar las emociones y la personalidad de quien lo padece (Domínguez, 1998; Miró, 1993). Algunos autores plantean que si bien la causa inicial del dolor crónico pudo ser por factores biológicos; la interacción de los componentes psicológicos y socio ambientales ejercen un efecto significativo y contribuyen en aumentar o disminuir la experiencia dolorosa (Donker, 1999; Tobon et al., 2003).

Diversas investigaciones en el tema del dolor consideran la posibilidad que éste puede perturbar o distorsionar algunas características de la personalidad o generar culpa, miedo, ira, ansiedad, depresión, etc. (Dersh et al., 2002; Elorza et al., 1997; Gala et al., 2003; Gaviria et al., 2006; Infante et al., 2005; Soucase et al., 2005). Por otro lado, la personalidad podría influir en que determinados pacientes respondan mejor que otros frente al dolor, ya que se considera que de acuerdo a la personalidad del individuo existe

la posibilidad de organizar mejor la forma en que interrelaciona lo psicológico con su propio cuerpo (Infante, 2002; Moncada et al., 2009; Sadigh, 1998).

De esta manera, se consideraría que la personalidad del paciente con dolor crónico podría jugar un papel fundamental tanto en el inicio como en el curso de la enfermedad, debido a que es más frecuente encontrar este tipo de dolor en individuos con estilos o rasgos de personalidad depresivos y/o ansiosos, incluso con ciertas patologías (Dersh et al., 2002; Infante et al., 2005). Existen dos posibles relaciones que se puede encontrar entre la personalidad y el dolor crónico, las cuales no se excluyen entre sí. La primera posibilidad intenta encontrar relaciones (no de causalidad) entre los rasgos, perfiles o patologías de personalidad y el padecimiento del dolor crónico (Dersh et al., 2002; Elorza et al., 1997; Gaviria et al., 2006). La segunda posibilidad nos sugiere que la personalidad puede funcionar como un mediador del dolor (Infante et al., 2005; Soucase et al., 2005).

En el contexto de la primera posibilidad, se ha constatado que dichos pacientes presentan una importante prevalencia de trastornos psicopatológicos, en especial de trastornos afectivos (Infante et al., 2005; Nieto-Munuera et al., 2004). En efecto, los resultados de dichas investigaciones encuentran que las psicopatologías más relacionadas con el dolor crónico son la depresión y la ansiedad, lo que reflejaría rasgos de tipo histérico, neurótico e hipocondriacos (Infante et al., 2005; Ramírez et al., 2001; Sadigh, 1998). Asimismo, se considera que la personalidad premórbida del paciente puede predisponer al desarrollo de una vivencia dolorosa y/o ayudar a predecir la respuesta del individuo hacia el dolor (Elorza et al., 1997; Moncada et al., 2009). Asimismo, algunos autores señalan que quienes presentan rasgos de un trastorno de personalidad comúnmente se descompensan bajo el estrés de una lesión, incapacidad o dolor, desencadenando dicho trastorno. Ello sugiere que el dolor es un estado que puede facilitar defensas regresivas y acentuar o modular las características de personalidad (Dersh et al., 2002; Weisberg y Keefe, 1999). En efecto, cerca del 60% de los cuadros dolorosos como el dolor de cabeza, los temporo-mandibulares, el dolor pélvico, la fibromialgia y dolor lumbar, entre otros cuando se vuelven crónicos se ha encontrado que estaban asociados a altos índices de trastorno psiquiátrico y probablemente se vinculen con la personalidad premórbida (Dersh et al., 2002; Rivera, Alegre, Ballina, Carbonell, 2006; Sadigh, 1998).

Esta posición intenta encontrar relación asociativa mas no causal entre estas variables dado que, no se puede delimitar con exactitud cuál de ellos lo propicia o si es consecuencia uno del otro (Bravo y González-Duran, 2001; Dersh et al., 2002; Elorza et al., 1997; Guic et al., 2002; Infante et al., 2005; López et al., 2004; Soucase et al., 2005;

Weisberg y Keefe, 1999). Sin embargo, los síndromes dolorosos donde se ha encontrado con mayor fuerza la presencia de una personalidad premórbida asociada son: las cefaleas, el dolor facial atípico, el dolor abdominal crónico, el colon irritable, el dolor pélvico y diversas neuropatías. Todas ellas consideradas enfermedades de etiología multifactorial (Elorza et al., 1997). Con todo, aun existe controversia sobre el tema y un grupo de investigadores plantean dudas acerca de que el dolor pueda ser atribuido a un tipo específico de personalidad premórbida (Gaviria et al., 2007; Infante et al., 2005; Moncada et al., 2009).

La segunda vía apunta a que la personalidad puede funcionar como un mediador que reduce o aumenta la sensación de dolor y por lo tanto, determina el grado de cronicidad, incapacidad y sufrimiento que esta produce; y/o ayuda a predecir la respuesta del individuo hacia el dolor crónico (Elorza et al., 1997). Ello, en tanto el individuo cuenta con los recursos emocionales, habilidades, fortalezas y variables de personalidad para afrontar o manejar el estrés, juntas en interacción pueden actuar como variables diferenciales en la vivencia de la experiencia de dolor (Infante et al., 2005; Ramírez et al., 2001).

Cabe resaltar que aquellas personas con rasgos de personalidad como alta estabilidad emocional que enfrentan procesos crónicos de dolor, si bien pueden llegar a presentar síntomas de una patología mental o algunas conductas desadaptativas, estas fueron temporales ya que, recuperaron su estado normal cuando desapareció el cuadro doloroso (Dersh et al., 2002; Elorza et al., 1997).

A pesar del debate de estas dos posibilidades, queda claro que existe asociación entre estas dos condiciones (personalidad y dolor) aunque no se puede delimitar con exactitud cuál de estas dos posibilidades es la más sólida. Lo que concluyen los autores es que los efectos que produce el trastorno por dolor en la persona son sufrimiento y alteraciones en el ámbito afectivo, familiar y social de la vida del paciente (Dersh et al., 2002; Elorza et al., 1997; Guic et al., 2002; Infante et al., 2005; Soucase et al., 2005; Weisberg y Keefe, 1999).

Respecto a la relación de dolor crónico y ciertos trastornos de personalidad, existe cierta evidencia que parte de los pacientes con dolor crónico presentan conductas que podrían encajar con los criterios de un trastorno de personalidad (Dersh et al., 2002; Gatchel, 1999; Pelechano, 2005; Sadigh, 1998). Así, se ha podido observar que hasta un 50% de la población que sufre dolor crónico presenta indicios de algunos trastornos de

personalidad comparados con un grupo de pacientes psiquiátricos. Por ejemplo, los estudios en población con dolor lumbar crónico (DLC) coinciden en señalar que aproximadamente el 40% de estos pacientes presenta algún trastorno clínico de personalidad, el 33% se asocia al trastorno paranoide, el 15% al trastorno fronterizo y un porcentaje igual al de evitación y un 12% se asocia al trastorno pasivo-agresivo lo que podría explicar el fracaso de los tratamientos convencionales en esta dolencia (Bravo y González-Duran, 2001; Casado, Moix y Vidal, 2008; Dersh et al., 2002).

Todo ello sugiere que los desórdenes de personalidad que predominan en los pacientes con dolor crónico son: dependiente, evitativo, obsesivo-compulsivo y el más común el trastorno histriónico (Dersh et al., 2002; Elorza et al., 1997; Sadigh, 1998). Los pacientes con trastorno de personalidad histriónica y dolor crónico tienden a atribuir a otros la capacidad de curación, se muestran dependientes para controlar sus propias acciones y emociones que ellos consideran negativas, para así generar estados emocionales de bienestar. Dichos pacientes suelen llamar la atención con sus conductas y con el dramatismo que caracteriza su forma de hablar y matiza sus sentimientos y emociones. Si bien sus relaciones interpersonales tienden a ser caóticas, reclaman la aprobación y estimación de su entorno (Bravo y González-Duran, 2001; Dersh et al., 2002; Sadigh, 1998; Weisberg y Keefe, 1999).

Por otro lado, los pacientes con trastorno de personalidad dependiente que padecen de dolor crónico demandan de su entorno mayor cuidado y atención cuando se manifiestan problemas de dolor. A estas personas les cuesta asumir sus propias responsabilidades ya que, mantienen un continuo estado de inseguridad y desconfianza en sí mismos, lo cual les genera angustia y fuertes depresiones. También se muestran sumisos y con gran temor ante la idea de separación (Bravo y González-Duran, 2001; Dersh et al., 2002; Sadigh, 1998). Esto lo demostró un estudio realizado con el cuestionario Cloninger TPQ (Tridimensional Personality Questionnaire) en mujeres con intestino irritable. Ellas mostraron alta puntuación en la dimensión *Dependencia de la Recompensa* con respecto a la población en general, lo cual mostró el nivel de apego y malestar de estas mujeres frente a la separación social (Infante, 2002; Infante et al., 2005).

Las personas con trastorno de personalidad evitativa que padecen dolor crónico suelen presentar problemas para enfrentar sus emociones negativas y las situaciones que les genera dolor, para evitar las críticas hacen a un lado las relaciones interpersonales y por ello, se muestran ante los demás como personas tímidas e hipersensibles. Dichas

personas corren el riesgo de ser muy resistentes ante el tratamiento debido al menosprecio que sienten por sí mismos y a sus tendencias vigilantes, desconfiando del personal de rehabilitación; por lo tanto, el tratamiento se debería brindar con previa información (Bravo y González-Duran, 2001; DSM IV-TR, 2002; Infante et al., 2005).

Respecto a las personas con trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo que padecen de dolor crónico suelen demandar del tratamiento resultados inmediatos y cuestionar las formas pasivas de tratamiento y la terapia física. Lo que resalta en dichas personas es la autopercepción negativa y la constante preocupación por el perfeccionismo, por el trabajo y el orden; carecen de imaginación y sentido de humor. Evitan explorar sus sentimientos por lo que muestran una capacidad restringida para expresar afecto y emociones. Les cuesta tomar decisiones ya que, suelen sentirse abrumados por la ansiedad (Bravo y González-Durán, 2001; Sadigh, 1998).

Finalmente, en el tema de la personalidad y el dolor sobre todo del crónico, se han realizado diferentes y numerosos estudios para determinar las características de estos pacientes y valorar los distintos aspectos de su personalidad. Ello puede justificarse por la imposibilidad, hasta el momento, de establecer si los rasgos de personalidad y/o el trastorno psíquico son factores que generan dolor o son consecuencia del mismo (Dersh et al., 2002; Elorza et al., 1997; Infante et al., 2005; Sadigh, 1998). Lo que si queda claro es que cabría pensar en la existencia de la relación entre el sufrimiento psicológico como una forma de dolor y los trastornos de personalidad en la medida que presentan ansiedad o depresión en sus múltiples formas colocando a la persona en situación de riesgo de dolor crónico (Pelechano, 2005).

Planteamiento del Problema

Los avances de la medicina moderna han hecho posible prolongar notablemente la vida de quienes padecen enfermedades crónicas pero muchas veces su vivencia y tratamientos pueden producir un impacto negativo en el bienestar psicológico causando deterioros a nivel personal, familiar, social y laboral (DiMatteo, 2002). Ello ha llevado a poner especial énfasis en el concepto *calidad de vida relacionada a la salud*, definido como la percepción y vivencia que tiene el paciente frente a los efectos generados por una enfermedad ya que se considera que alargar la vida de las personas que sufren una enfermedad no es suficiente porque para los enfermos es importante vivir y no sólo

sobrevivir (Badía y Lizán, 2003; Gaviria et al., 2007; González, 2002; Rodríguez et al., 2005).

Para los pacientes que sufren dolor crónico, este es considerado un problema en sí mismo y es experimentado como lo más desmoralizante de sus vidas, sobre todo porque ésta es una condición crónica y degenerativa que puede afectar de forma importante la calidad de vida de quienes lo sufren (Camacho y Anarte, 2003; Domínguez, 1998; Morris, 1999; Soucase et al., 2004).

Respecto a la personalidad esta es definida por Millon (1997 y 1999) como un complejo patrón de características psicológicas profundamente arraigadas que en su mayor parte son inconscientes, difíciles de cambiar y se expresan en casi todas las áreas donde el individuo se desenvuelve. Para dicho autor estos rasgos intrínsecos surgen de los determinantes biológicos y de los aprendizajes; en consecuencia los estilos de personalidad de acuerdo a los rasgos que la definen se manifiestan a partir de aquello que motiva al individuo, a los modos característicos que emplean para construir y transformar sus cogniciones y de su forma de relacionarse con los demás a partir de lo anterior.

Millon distingue tres áreas importantes que constituyen los estilos de personalidad: (Millón, 1997; Sánchez-López y Aparicio, 1998; Sánchez-López et al., 2002). El área de Metas Motivacionales que evalúa la orientación de la persona a obtener refuerzo de su entorno y el comportamiento que está estimulado o dirigido por objetivos específicos; el área Modos Cognitivos busca contrastar los diferentes estilos o modos de procesamiento de la información, cómo las personas buscan, ordenan, internalizan y transforman la información sobre su entorno y sobre sí mismas; y por último el área Relaciones Interpersonales que representa el estilo en que las personas se relacionan con su entorno social de acuerdo a las metas que los motivan y las cogniciones que han formado.

Varios autores consideran importante enfatizar la relación del dolor crónico con la personalidad, aunque dichos estudios se centran en los aspectos disposicionales más negativos que vinculan al dolor con ciertas patologías mentales. En este contexto, las pruebas que suelen usarse para evaluar la personalidad en dichos pacientes están mayormente orientadas a encontrar rasgos patológicos y no otras características más adaptativas y funcionales de la personalidad. Sin embargo, un enfoque más positivo del individuo nos permitiría rescatar los recursos con los que cuenta. Por ello, la capacidad del Inventario Estilos de Personalidad o MIPS para evaluar normalidad en pacientes brindaría una visión de los aspectos motivacionales, relacionales y de los modos de

procesamiento de la información, aspectos que nos pueden servir para determinar los elementos básicos que afectan el bienestar y mejoría de la calidad de vida del paciente.

Asimismo, señalamos que es factible establecer un vínculo entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y los Estilos de Personalidad en pacientes con Dolor Crónico. En tanto, la personalidad es determinante para la vulnerabilidad a sufrir dolor crónico e influye en la forma de vivenciarlo, al mismo tiempo el dolor crónico contribuye al progresivo deterioro de la calidad de vida (Dersh et al., 2002; Fernández-Ballesteros, 1997; Morris, 1993, 1999; Rebolledo, 2002). Por lo tanto, el presente estudio considera importante estudiar las posibles relaciones entre estas dos variables, los Estilos de Personalidad medidos a través del MIPS y la Calidad de Vida medida a través del SF-36 Health Survey en un grupo de adultos con dolor crónico; por ello la presente investigación se orienta a responder la siguiente interrogante:

¿Existe relación entre la Calidad de Vida Relacionada a la Salud y los Estilos de Personalidad en pacientes con Dolor Crónico?

OBJETIVO GENERAL

Establecer si existe relación entre la Calidad de Vida Relacionada a la Salud y los Estilos de Personalidad en un grupo de personas adultas con Dolor Crónico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir los distintos componentes de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud en un grupo de personas adultas con dolor crónico.
2. Conocer las posibles diferencias en los componentes de la Calidad de Vida de personas adultas con dolor crónico de acuerdo a las variables sociodemográficas y de enfermedad.
3. Conocer las posibles diferencias en los Estilos de Personalidad en un grupo de personas adultas con dolor crónico de acuerdo a las variables sociodemográficas y de enfermedad.

CAPITULO II

METODOLOGÍA

Tipo y Diseño de Investigación

La presente investigación es de tipo correlacional porque tiene como propósito correlacionar los estilos de personalidad y la calidad de vida en un grupo de pacientes adultos con dolor crónico. Al mismo tiempo, el estudio toma elementos descriptivos permitiendo mostrar sus propiedades, cómo son y de qué manera se manifiestan dichas variables. Dicho estudio posee un diseño no experimental de tipo transeccional debido a que no se van a manipular las variables en estudio, puesto que se busca observarlas en un grupo de personas ya existentes tal cual se presentan. Es transeccional ya que los datos han sido recolectados en un solo momento (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Participantes

La población de estudio estuvo conformada por personas que formaban parte del programa de atención en la Unidad de Terapia del Dolor de un hospital del seguro social de Lima metropolitana. Se encontró que aproximadamente 20 pacientes eran atendidos a diario tanto en procedimientos paliativos ambulatorios para el dolor como en consulta externa (control mensual). Se seleccionó esta población debido a que presentaban diversos diagnósticos médicos con dolor crónico. Dichos pacientes previamente habían recibido tratamientos en diferentes especialidades médicas (reumatología, traumatología, neurología, rehabilitación, etc.) para tratar su dolor sin lograr éxito alguno.

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico intencional, ya que la elección de los sujetos dependió del criterio del investigador considerando ciertas características específicas previamente establecidas (Hernández et al., 2003). Los criterios de selección de la muestra fueron los siguientes:

- Adultos que pertenezcan a un rango de edad entre los 20 y 60 años
- Que estén recibiendo un tratamiento ambulatorio y /o control médico mensual en la Unidad de Terapia del Dolor.
- Que posean diagnósticos médicos relacionados con el dolor crónico benigno no oncológico, los que pueden haberse generado por múltiples y diversas causas.
- Tiempo con dolor: 6 meses como mínimo.

- Que posean estudios secundarios completos de acuerdo a lo requerido por el Inventario de Estilos de Personalidad Millon.
- Contestar como mínimo 172 de los 180 ítems que componen el MIPS.
- Obtener un puntaje de 3 o más en la escala de Consistencia del MIPS.
- Obtener un puntaje no mayor de 7 en las escalas de Impresión Positiva y Negativa del MIPS.

Se excluyeron del estudio pacientes con cuadros confusionales, demencias o enfermedades psiquiátricas graves que imposibilitaran la realización del Test. De las 45 personas a las que se les pidió participar en la investigación solamente 29 cumplían los criterios de selección en consulta externa en la Unidad de Terapia del Dolor.

Características de la Muestra

Las características de esta muestra de adultos fueron obtenidas a través de la ficha de datos demográficos diseñada para la investigación. De acuerdo a ello, podemos observar en la Tabla 1 que la muestra estuvo conformada en su mayoría por mujeres mayores de 40 años, lo que equivale a un 72,4% (n =21) y un 27,6% (n =8) estuvo conformado por el grupo de los hombres que oscila entre los 20 y 40 años de edad. La edad promedio de la muestra total fue de 46 años (D.E =8.8) y la persona más joven tenía 28 años.

Con respecto al estado civil de los participantes, el 72,4% (n =21) de la muestra mantenía una relación de pareja (casados o convivientes); el 13,8% (n =4) estuvo conformado por personas solteras y el 13,7% (n=4) de los participantes estaban separados o viudos. En relación al grado de instrucción, el 86,2% (n =25) de la muestra ha realizado estudios superiores a la educación secundaria y 13,8 % (n =4) culminó sólo la secundaria. Del 86,2% de la muestra, el 58,6% (n =17) realizó estudios técnicos concluidos o incompletos y de este porcentaje llama la atención que un 20,7% (n =6) de los participantes laboran en el sector salud (enfermeras). El 13,8 % (n =4) de la muestra refirió tener estudios universitarios completos y otro 13,8% (n =4) lo conformo el grupo con estudios universitarios incompletos.

Respecto a la distribución de los participantes por la ocupación que realizaban la mayoría (72,4%, n =21) eran empleados; el 10,3% (n =3) eran amas de casa; otro 10,3% (n =3) lo conformaba el grupo de los desempleados y un 6,9% (n =2) se encontraba en estado de jubilación.

Tabla 1
Características socio demográficas de la muestra.

Variables SD		Frecuencia	(%)
Género	Hombre	8	27,6
	Mujer	21	72,4
	Total	29	100
Edad	20- 40	8	27,6
	40 – 60	21	72,4
	Total	29	100
Estado civil	Soltero /a	4	13,8
	Casado /a + Conv.	21	72,4
	Separado /a + Viudo /a	4	13,7
	Total	29	100
Instrucción	Secundaria	4	13,8
	Técnico	17	58,6
	Universitaria Incompleta	4	13,8
	Universitaria	4	13,8
	Total	29	100
Ocupación	Ama de casa	3	10,3
	Empleado /a	21	72,4
	Jubilado /a	2	6,9
	Desocupado /a	3	10,3
	Total	29	100

N=29

Sobre las características de la enfermedad, el dolor crónico se distribuyó de acuerdo a su clasificación por localización, teniendo en cuenta que un paciente podía presentar dos diagnósticos o más con dolor crónico. Con dolor somático se presentaron 15 diagnósticos diferentes en su mayoría eran dolores musculoesqueléticos, 12 diagnósticos con dolor fueron de tipo neuropático, 1 diagnóstico fue del tipo dolor visceral y 1 caso fue de dolor somatomorfo. La Tabla 2 presenta la distribución de los diagnósticos con dolor crónico por tipo y tiempo con dolor.

Se contabilizaron todos los diagnósticos tomando en cuenta que algunos pacientes tenían dos o más diagnósticos.

Tabla 2

Distribución de los diagnósticos con dolor crónico por tipo de dolor y tiempo con dolor

Tipos de dolor	Tiempo con dolor			TOTAL
	Menos de 1 año	De 2 a 8 años	De 8 años a más	
Somático	--	12	5	17
Neuropático	1	10	2	13
Visceral	1	--	--	1
Somatomorfo	--	1	--	1
TOTAL	2	23	7	32

N=29

*Instrumentos**Ficha de Datos Demográficos*

En la ficha se registraron los datos personales de los pacientes y se controlaron los criterios de inclusión a la muestra. La ficha recoge los datos, tales como: sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, lugar de procedencia, personas con las que vive y diagnóstico médico. Cabe mencionar que también se registraron datos relacionados al tiempo con dolor, continuidad del tratamiento e información respecto a su situación actual emocional y de limitación en su rutina causada por el dolor crónico (Ver Anexo A).

El Cuestionario de Salud SF- 36 (Health Survey)

El Cuestionario de Salud SF-36 evalúa la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y fue diseñado por el Health Institute, New England Medical Center de Boston Massachusetts a cargo de J.E. Ware y C.D. Sherbourne en 1992 para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de edad, enfermedad y grupos de tratamiento. Dicho cuestionario detecta los beneficios en la salud producidos por diferentes tratamientos en las últimas 4 semanas. El Cuestionario de Salud SF-36 está dirigido a personas a partir de los 14 años hasta los 65 años, tanto para pacientes como población en general. Dicho cuestionario contiene 36 ítems que cubren 8 dimensiones con el fin de detectar estados positivos como negativos de la salud, a su vez los 36 ítems cubren dos áreas: el estado funcional y el bienestar emocional (Molinero, 1998; Vilagut et al., 2005).

La traducción, adaptación y validación para ser utilizado internacionalmente se realizó a través del proyecto Internacional Quality of Life Assessment (IQUOLA) a cargo de Alonso, Prieto y Anto en España (1995). El SF-36 es un instrumento psicométricamente sólido para evaluar la CVRS en cuanto a funcionamiento físico y

psicológico (Alonso et al., 1995; Alonso et al., 1998; Ayuso-Mateos, Lasa, Vázquez-Barquero, 1999; Vilagut et al., 2005).

La adaptación española del Cuestionario de salud SF-36 presenta un índice de confiabilidad que supera el estándar propuesto dado que, todos los valores de consistencia interna se sitúan por encima de 0,7 (valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupos) (de 0,78-0,96). Se realizó una estimación conjunta de confiabilidad de cada escala y tres de ellas, Función Física, Rol Físico y Rol Emocional superaron el valor de 0,90 (límite mínimo recomendado para las comparaciones individuales). Dichos resultados confirman el alto índice de confiabilidad del instrumento (Alonso et al., 1998; Ayuso-Mateos et al., 1999; Vilagut et al., 2005).

La validez fue evaluada mediante comparaciones de grupos previamente definidos con diferencias esperables en CVRS y correlaciones del SF-36 con indicadores clínicos. Al respecto, se realizó un estudio con una muestra de 1250 casos de la población en edad laboral de 18 a 64 años de la ciudad de Santander. Los resultados indicaron que los individuos con alguna enfermedad crónica de larga evolución y los que habían consultado recientemente a un médico tenían puntuaciones significativamente más bajas en todas las escalas. Además, se observó una peor percepción del estado de salud en las mujeres para todas las escalas y de igual manera, sucedió con los sujetos de niveles socioeconómicos más bajos (Ayuso-Mateos et al., 1999; Vilagut et al., 2005).

Las puntuaciones oscilan entre un valor de 0 (cero) como mínima capacidad o bienestar y 100 como puntaje máximo de bienestar o una mejor calidad de vida, considerando 50 puntos como el promedio (IMIM, 2007). El puntaje señalará la mejor o peor calidad de vida en cada escala. Sin embargo, dicho instrumento no ha sido diseñado para dar un índice global (Gamboa et al., 2002; Vilagut et al., 2005).

Las dimensiones o escalas del instrumento son (Ver Anexo B):

1) *Función Física*: Definido en función al grado en que la salud limita las actividades físicas como el *auto cuidado*, andar, subir escaleras, inclinarse, cargar peso y realizar esfuerzos moderados o intensos. Es decir, a mayor puntaje en Función física, mayor capacidad para el auto cuidado y realizar esfuerzos moderados (ítems 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j).

2) *Rol Físico*: Se define en función al grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento para las actividades realizadas. De ser alto el puntaje en dicha dimensión se traduciría en un rendimiento deseado y poca dificultad en la realización de actividades (ítems 4a, 4b, 4c, 4d).

3) *Dolor Corporal*: Mide la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto en casa como trabajos fuera del hogar. Es decir, a mayor puntaje en esta dimensión la persona manifestara menor dolor y menor interferencia del dolor en sus tareas habituales (ítems 7 y 8).

4) *Salud General*: es la dimensión que evalúa la valoración personal de la salud que incluye la situación actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar (ítems 1, 11a, 11b, 11c, 11d).

5) *Vitalidad*: sentimiento de energía y vitalidad, frente al cansancio y agotamiento (ítems 9a, 9e, 9g, 9i).

6) *Función Social*: Definido en función al grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social diaria. Es decir, a mayor puntaje en esta dimensión, la persona manifestara mejor calidad en su vida social (ítems 6 y 10).

7) *Rol Emocional*: Definido en función al grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias. Es decir, a mayor puntaje en esta dimensión la persona manifestara mayor rendimiento y desempeño en sus actividades sin la interferencia de los problemas emocionales (depresión, ansiedad) (ítems 5a, 5b, 5c).

8) *Salud Mental*: es la dimensión que mide la valoración de la salud mental general, considerando la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y emocional y el bienestar general (ítems 9b, 9c, 9d, 9f, 9h).

Finalmente, el último ítem *Evolución Declarada de la Salud* (ítem 2) evalúa el cambio de la salud general actual comparada con la de hace un año atrás. Dicho ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas (Alonso et al., 1998; Institut Municipal d' Investigació Mèdica [IMIM], 2000; Molinero, 1998; Vilagut et al., 2005).

Respecto a la capacidad del Cuestionario SF-36 para discriminar las áreas de salud afectadas en grupos de gravedad, en Barcelona se evaluó a 691 pacientes con distintos diagnósticos médicos (cáncer de pulmón, cáncer hematológico, osteoartrosis de cadera, trastornos de la alimentación y enfermedad intestinal crónica). Así, el grupo de personas con trastornos alimentarios presentó la peor puntuación en la escala de Salud Mental, Rol Emocional y Función Social; los otros diagnósticos presentaron las puntuaciones más bajas en las escalas de Función Física, Rol Físico y Dolor Corporal (Vilagut et al., 2005). La validez externa del SF-36 mostró correlaciones altas con otros instrumentos de Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS). El nuevo y específico cuestionario FACT-VCI (Functional Assessment of Cancer Therapy-Vanderbilt

Cystectomy Index) aplicado para pacientes operados por tumor de vejiga fue comparado con el SF-36, encontrándose un índice de 0,79 (Cookson et al., 2003). El SF-36 también se comparó con el cuestionario sobre problemas respiratorios St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), en una muestra de 321 pacientes con EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) (Vilagut et al., 2005). Con dicho estudio también se pudo mostrar la capacidad predictiva de mortalidad del SF-36 (Cookson et al., 2003).

Respecto a la eficacia del SF-36 en la evaluación de la Calidad de Vida antes y después de una intervención terapéutica y/o de un tratamiento, Monés, Adan, Segu, López, Artés y Guerrero (2002) publicaron un estudio sobre 328 pacientes con dispepsia funcional, a quienes se les aplicó el Cuestionario SF-36 y un cuestionario específico sobre dispepsia. El estudio demostró la confiabilidad y correlación de los resultados de ambos cuestionarios por separado y juntos con el fin de discriminar variaciones subjetivas de síntomas como resultado del tratamiento (Mones, 2004; Vilagut et al., 2005). Los resultados expuestos demuestran la consistencia del instrumento SF-36 (original y versión española). Dicho cuestionario posee los criterios estadísticos de interpretación, confiabilidad y validez además, de proporcionar información sobre diversos aspectos de la percepción de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en la población en general (Alonso et al., 1995; Vilagut et al., 2005).

En el ámbito latinoamericano la valoración de la Calidad de Vida se ha incrementado y ello ha impulsado la gran tarea de lograr investigaciones de alto nivel en países como Colombia, Chile y México donde han utilizado el Cuestionario SF-36.

En Colombia el instrumento mostró un índice de confiabilidad mayor de 0,70 en cada una de sus áreas (Lugo, García y Gómez, 2006). El SF-36 fue aplicado a una muestra de 73 personas con el Síndrome de Colon Irritable (SCI). Los resultados mostraron correlaciones significativas entre las variables ansiedad, depresión y las dimensiones del SF-36, así por ejemplo la Función Física (81,7) obtuvo la puntuación más alta de todas las escalas, mostrando moderada limitación en la enfermedad (SCI). En general, se encontró un deterioro poco severo de la Calidad de Vida en pacientes con SCI. Dicho estudio presenta la importancia de considerar los factores psicológicos sobre la percepción de la Calidad de Vida y la relación de está con las variables ansiedad y depresión (Vinaccia et al., 2005a). En dicho país el SF-36 ha sido aplicado en diversas muestras de pacientes crónicos, en pacientes con cáncer, diabetes, EPOC, epilepsia (Vinaccia et al., 2005b; Vinaccia et al., 2006a, Vinaccia et al., 2006b, Vinaccia et al., 2008) y en otros estudios con psoriasis y próstata.

En Chile aplicaron la versión española del SF-36 de forma exitosa aunque en el estudio no se presenta el reporte del comportamiento psicométrico de la prueba (Rodríguez et al., 2005). Se evaluó la calidad de vida y las características personales en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento con hemodiálisis en una muestra de 90 pacientes, el valor registrado más alto en el SF-36 fue de 81,8. Dicho estudio concluyó que aproximadamente la mitad de las personas encuestadas tenían una Calidad de Vida por encima del promedio (Rodríguez et al., 2005). En México el índice de confiabilidad también fue mayor a 0,70 (Zuñiga, Carrillo, Fos, Gandek y Medina, 1999).

En la actualidad, las versiones que se utilizan para numerosos proyectos tanto nacionales como internacionales son las versiones española y mexicana que han reportado un proceso de adaptación transcultural.

El Cuestionario de Salud SF-36 ha sido una herramienta de gran utilidad en el área de la salud física y mental dada sus características de universalidad, rapidez y facilidad en el manejo e interpretación de los resultados (Alonso et al., 1998; López et al., 2007; Vinaccia et al., 2005a).

Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS)

El MIPS fue elaborado por Theodore Millon en 1994 para evaluar la personalidad desde una perspectiva de normalidad y no de patología de adultos normales entre los 18 y 65 años de edad. Es un instrumento completo, coherente, con buena base teórica y empírica creado para evaluar las dimensiones de rasgos y estilos de carácter (Sánchez-López, Thorne, Martínez, Niño de Guzmán y Argumedo, 2002).

El MIPS está compuesto por 180 ítems del tipo Verdadero o Falso y consta de 27 escalas, 24 de personalidad y 3 de índice control o validez (Ver Tabla 3). Las escalas de personalidad están agrupadas en 12 pares de escalas yuxtapuestas y su vez, los 12 pares están organizados en tres áreas: el área de Metas Motivacionales evalúa la orientación de la persona para obtener refuerzo de su entorno; Modos Cognitivos busca contrastar los diferentes estilos o modos de procesamiento de la información y por último, el área de Relaciones Interpersonales, la cual representa el estilo de relacionarse con los demás (Millon, 2001; Sánchez-López y Aparicio, 1998). Los tres indicadores de control o validez son: la escala de Impresión Positiva que tiene el propósito de identificar a las personas que intentan producir una impresión demasiado favorable en el test; la escala de

Impresión Negativa que pretende identificar a las personas cuyas respuestas en el MIPS tienden a estar asociadas con una auto percepción negativa generalizada de sí mismas y la escala de Consistencia que se refiere al índice de control de la sinceridad.

En castellano (hasta el cierre de este estudio) existen tres adaptaciones del MIPS, la española, argentina y la peruana (Sánchez-López et al., 2002).

Millon (1994) encontró que las muestras norteamericanas de adultos de 18 a 65 años presentaban un índice de confiabilidad promedio de 0,78 y la muestra de estudiantes presento una confiabilidad de 0,77 (Millon, 2001). De esta manera, se concluyó que las escalas del MIPS representan un conjunto de estilos de personalidad acordes con la teoría subyacente, multidimensionales e inter correlacionadas (Díaz, 2004; Sánchez-López et al., 2002). Respecto a la validez interna Millón la llevó a cabo mediante el análisis del grado de superposición de sus 180 ítems y analiza las inter correlaciones entre las 24 escalas para contrastar las convergencias o divergencias entre las mismas y su congruencia con el modelo teórico (Sánchez-López y Aparicio, 1998). Con respecto a la Validez Externa, se obtuvo una correlación convergente y divergente entre las escalas del MIPS y siete instrumentos que evalúan personalidad.

Tabla 3
Las escalas del MIPS

Metas motivacionales	Modos cognitivos	Conductas interpersonales	Índices de control
Apertura Preservación	Extraversión Introversión	Retraimiento Comunicatividad	Impresión positiva Impresión negativa
Modificación Acomodación	Sensación Intuición	Vacilación Firmeza	Consistencia
Individualismo Protección	Reflexión Afectividad	Discrepancia Conformismo	
	Sistematización Innovación	Sometimiento Control Insatisfacción Concordancia	

Para la adaptación del MIPS en España se trabajó con una muestra de 1184 adultos, los índices de confiabilidad que se registraron en dicha muestra española oscilan entre 0,66 (Control 11B) y 0,81 (Vacilación 9A). También se trabajó con una muestra de 1000 universitarios que presentó un índice de confiabilidad entre 0,65 y 0,82 (Millon, 2001).

En cuanto a la validez externa relacionaron el MIPS con otros cuestionarios de personalidad como el NEO-PI y el 16-PF, encontrando la misma tendencia hallada en muestras norteamericanas por Millon. Las asociaciones encontradas entre ambas escalas relacionan los Cinco Factores de Personalidad con las escalas del MIPS. Respecto a la asociación entre el MIPS y el inventario 16PF-5 (Cattell y Cattell, 1995), los estudios realizados en una muestra estadounidense y una española hallaron una estructura interna similar de asociaciones entre ambas pruebas para ambas poblaciones. En cuanto a la asociación de los cinco patrones de la personalidad (BFQ) (Crapara Barbaranelli y Borgogni, 1997) con el MIPS se encontró en el área de Metas Motivacionales una correlación negativa en Adecuación (2B) con dos facetas del 5FP: Control de las emociones ($r = -0,34$) y Estabilidad emocional ($r = -0,35$). En los Modos Cognitivos aparecen correlaciones entre Sistematización y el factor Dinamismo del BFQ ($r = 0,30$). Por último, en Comportamientos Interpersonales la escala Decisión se relacionó con el Control de los impulsos ($r = 0,32$) del inventario Cinco Patrones de la Personalidad (Millon, 2001).

La adaptación del MIPS en el Perú partió de una adecuación lingüística al español que se habla en el país y fue aplicado a una población de estudiantes de una universidad privada de Lima (Millon, 2001; Sánchez-López y Aparicio, 1998; Sánchez-López et al., 2002). (Ver Anexo C).

El índice de confiabilidad en la muestra de universitarios peruanos fue de 0,72, oscilando entre 0,59 (Intuición, 5B) y 0,84 (Vacilación, 9A). De esta manera, los datos indican que dichos índices de confiabilidad se consideran aceptables y permiten utilizar el MIPS en población peruana (Sánchez-López et al., 2002). La Validez Interna de la adaptación peruana se realizó mediante el análisis de las inter correlaciones entre las escalas, así se pudo constatar correlaciones altas y positivas entre los constructos teóricamente asociados, como: Vacilación (9A) y Preservación (1B) ($r = 0,81$) y Firmeza (9B) y Comunicatividad (8B) ($r = 0,76$). Del mismo modo, los resultados muestran correlaciones negativas elevadas entre los constructos teóricamente discordantes, tales como: Retraimiento (8A) y Extraversión (4A) ($r = -0,79$). Por último, se hallaron

correlaciones nulas entre constructos teóricamente no asociados como: Individualismo (3A) y Preservación (1B) ($r = -0,004$). La comparación con los estudios realizados en España y EEUU mostro que la confiabilidad promedio es semejante a la hallada en la población española y ligeramente inferior a la norteamericana (Sánchez-López et al., 2002).

Las investigaciones llevadas a cabo con el MIPS en el Perú han planteado temas como la Procrastinación Crónica (Díaz, 2004) y las Estrategias de Afrontamiento (Moreano, 2006), ambas relacionadas a los Estilos de Personalidad y realizados con un grupo de adolescentes de una universidad privada, al mismo tiempo las autoras encontraron que la prueba era válida y confiable.

Procedimiento

La investigación se realizó en un hospital del seguro social de salud, previamente se presentó el proyecto de investigación a los responsables (médicos y psicóloga) de la Unidad de Terapia del Dolor de dicho hospital.

Previamente, la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 fue revisada para que los enunciados mantengan concordancia con el español hablado en el Perú, por tal motivo solo fue necesario modificar los siguientes ítems: ítem 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?”, jugar a los bolos fue cambiado por ...“practicar algún deporte”; ítem 9: “Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?”, fue cambiado por “Su salud actual, ¿le limita para caminar 10 cuadras) o más?”; ítem 10: “Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas?”, fue cambiado por “Su salud actual, ¿le limita para caminar varias cuadras?”; ítem 11: ...”¿le limita para caminar una sola manzana (unos cien metros), fue cambiado por “... ¿le limita para caminar una sola cuadra (unos cien metros)?”.

Posteriormente se acordó con el jefe de la Unidad de Terapia del Dolor para coordinar la disponibilidad de los ambientes, acceso a datos pertinentes y permiso para entrevistar a los pacientes. Se dispuso un espacio contiguo al consultorio médico, adecuado e independiente donde se realizó la aplicación de los instrumentos. Se pudo acceder a la muestra y revisar las historias clínicas de los pacientes citados para consulta médica con la finalidad de seleccionar a los que cumplían con los criterios de inclusión a la muestra del estudio. Al finalizar la consulta, el médico tratante derivaba al paciente

a la evaluadora o en algunas ocasiones se invitó a los pacientes a participar de la evaluación mientras esperaban su consulta médica (mensual), se optó por esta última modalidad ante la dificultad de encontrar pacientes con los requerimientos necesarios.

Una vez dado el consentimiento del paciente, la evaluadora paso a explicar de forma breve el objetivo de la investigación. Mediante la entrevista individual se llenó la ficha de datos (Ver Anexo A) y luego se procedió a dar las instrucciones de las pruebas. Primero se leyeron las instrucciones del Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 para su aplicación y finalmente las instrucciones del Inventario de Estilos de Personalidad. El tiempo promedio empleado por los pacientes en la resolución de las pruebas fue de 50 minutos a 1 hora y 15 minutos. Durante la evaluación se hizo evidente la necesidad de algunos pacientes de orientación y soporte psicológico, a quienes lo requerían se les brindó un tiempo adicional. Los pacientes manifestaron algunas molestias y decían que les parecía muy extenso para completar la evaluación.

La recolección de los datos se obtuvo en 7 meses, alcanzándose en promedio de 1 a 2 personas evaluadas por semana o en el peor de los casos en una semana ninguna persona cumplía los requisitos para la evaluación: tenían solo estudios de primaria, estaban muy adoloridas, dejaron la prueba inconclusa o salían de inmediato a tomar el bus hacia la provincia de donde procedían.

Debido a que la exposición de los objetivos del estudio no motivaba una expectativa de resultados individuales, sino un producto que beneficiaría al servicio y al grupo de pacientes, no fue necesaria la devolución de los resultados individuales.

Análisis de los datos

Posteriormente, se procedió a un análisis estadístico de los resultados que arrojaron las pruebas correspondientes.

- a) Análisis y descripción de la muestra en relación a los estilos de personalidad y calidad de vida. Para ambos casos se realizaron análisis descriptivos (como medias, frecuencias, modas, porcentajes, desviaciones estándar) con el fin de describir las variables estudiadas y los percentiles.
- b) Análisis de correlación entre las variables de estudio: Para efectuar las correlaciones entre las variables de la investigación se utilizaron las Correlaciones de Pearson con las correspondientes pruebas de significación al nivel de 0.05.

- c) Análisis complementarios de comparación de medias y de contraste de hipótesis para determinar las diferencias de acuerdo a las variables sociodemográficas como edad, sexo, tipo de dolor, tiempo de dolor y tiempo de tratamiento.



CAPITULO III

RESULTADOS

En el presente capítulo se muestran los resultados descriptivos obtenidos a partir de la aplicación del Cuestionario de Salud SF-36 (Health Survey) que evalúa Calidad de Vida como del Inventario de Estilos de Personalidad (MIPS). En primer lugar, presentamos los análisis sobre la variable calidad de vida, donde se exponen los valores normativos y la distribución por percentiles de los participantes respecto a las dimensiones del SF-36 Health Survey y los resultados con relación a las variables socio demográficas y las variables propias del dolor respectivamente tomadas en este estudio. En segundo lugar, mostramos los análisis sobre la variable Estilos de Personalidad dentro de la cual se analizan las diferencias entre estas y las variables propias del dolor. Finalmente, se presenta el análisis sobre la correlación entre la variable Calidad de Vida y Estilos de Personalidad en la muestra.

Calidad de vida en la muestra

Respecto a la medición de calidad de vida se encontraron correlaciones significativas, directas y positivas al interior de las dimensiones del Cuestionario de salud SF-36 que evalúa la calidad de vida. Las correlaciones encontradas se ubican desde $r = 0,38$ hasta $r = 0,75$ (Ver Tabla 4), las cuales nos confirmarían que las dimensiones de dicho cuestionario se encuentran fuertemente asociadas, lo que nos permitiría corroborar o confirmar que dicho cuestionario proporciona adecuados indicadores de calidad de vida en este grupo de adultos.

Tabla 4

Correlaciones al interior de las dimensiones de Calidad de Vida (SF-36)

	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
Función Física	---	0,48**	---	---	---	0,38*	---	---
Rol Físico		---	0,70**	---	0,39*	0,47**	---	---
Dolor Corporal			---	0,45*	0,56**	0,75**	0,43*	0,50**
Salud General				---	0,58**	0,51**	0,44*	0,53**
Vitalidad					---	0,58**	0,49**	0,68**
Función Social						---	0,55**	0,64**
Rol Emocional							---	0,60**
Salud Mental								---

N =29 * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Con respecto a las puntuaciones de los participantes, descriptivamente estas se ubican en un continuo de 0 a 100 puntos, donde un puntaje de 50 corresponde al valor promedio teórico de la escala, los puntajes menores describen una peor calidad de vida en los sujetos y por el contrario valores mayores a 50 indican una mejor calidad de vida (IMIM, 2007). Sin embargo, algunos autores consideran útil distribuir la calificación por área de acuerdo a un criterio de quintiles. En ese sentido, un puntaje de 0-19 fue considerado como una calidad de vida *Muy Baja*, un puntaje de 20-39 fue *Relativamente Baja*, de 40 a 59 fue *Promedio*, de 60 a 79 fue *Relativamente Alta* y por ultimo de 80-100 indico un puntaje *Alto*, es decir una muy buena calidad de vida (Rodríguez et al., 2005; Vinaccia et al., 2005a).

Los resultados obtenidos con el SF-36 permiten describir la Calidad de Vida de los participantes de acuerdo a cada una de las dimensiones que evalúa el instrumento. Así, en la Tabla 5 se puede apreciar las medidas de tendencia central de las puntuaciones obtenidas. En dicha Tabla se ubica a la dimensión *Salud mental* como la dimensión con mayor puntuación promedio para esta población (M = 51.7, D.E. = 19.6). Si bien dichos resultados muestran que esta dimensión es la más conservada de las ocho que evalúa el cuestionario, esta presenta un puntaje de nivel promedio de la calidad de vida, dado que su media sólo alcanza el 50% del puntaje total.

Por otro lado, la mayoría de las áreas de la prueba presentan promedios inferiores al punto 50, lo que indica que en esas áreas hay una tendencia baja a la calidad de vida.

La dimensión *Rol Físico* presenta la puntuación promedio más baja del cuestionario ($M = 30.2$, $D.E = 41.9$), que a su vez se encuentra bastante por debajo del promedio teórico de la escala (50 puntos). Cabe agregar que dicha dimensión se presenta como una escala sensible por la polarización hacia los valores extremos.

Asimismo, la dimensión *Rol Emocional* ($M = 43.7$, $D.E = 44.6$) también presenta una gran polarización dado que, las respuestas varían desde un puntaje de cero (0) hasta 100.

Tabla 5
Valores Normativos correspondientes a las Dimensiones del SF-36

Dimensiones	Valores Normativos			
	M	D.E	Mediana	Moda
Función Física	48,1	28,0	45	20
Rol Físico	30,2	41,9	0	0
Dolor Corporal	34,6	23,4	32	22
Salud General	41,4	13,7	40	55
Vitalidad	41,2	18,2	45	45
Función Social	46,6	20,3	50	50
Rol Emocional	43,7	44,6	33,3	0
Salud Mental	51,7	19,6	56	56

N =29

Debido a la gran dispersión encontrada en las puntuaciones, la Tabla 6 describe la distribución de frecuencias de acuerdo a los puntajes alcanzados para cada percentil del Cuestionario de Salud SF-36. Se considera importante incluir el valor Cero (0) como percentil debido a la alta incidencia de este puntaje en las diversas dimensiones.

Tabla 6
Distribución de frecuencias de acuerdo a los percentiles (SF-36)

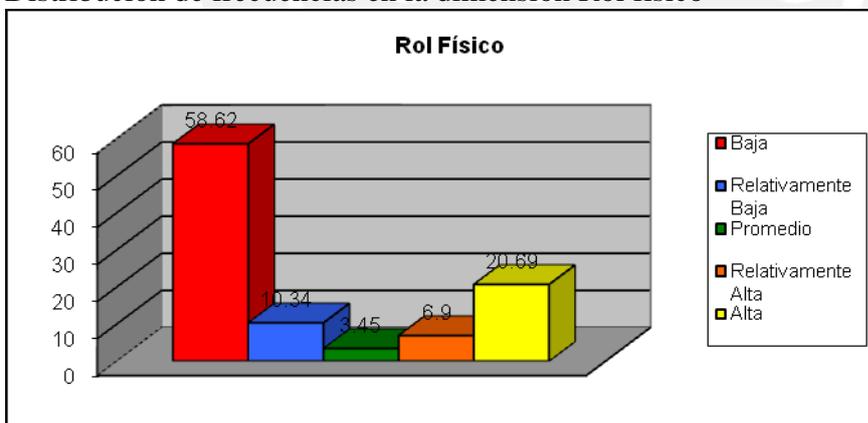
Dimensiones	Percentiles					Total
	0	25	50	75	100	
	f %	f	f	f	f	
Función Física	3.45	20.69	37.93	17.24	20.69	100%
Rol Físico	58.62	10.34	3.45	6.90	20.69	100%
Dolor Corporal	6.9	31.03	41.38	13.79	6.9	100%
Salud General	0	17.24	51.72	31.03	0	100%
Vitalidad	3.45	13.79	58.62	24.14	0	100%
Función Social	3.45	20.69	51.73	20.68	3.45	100%
Rol Emocional	44.83	10.34	0	13.79	31.0	100%
Salud Mental	0	13.79	24.14	51.72	10.34	100%

N =29

En términos de distribución las dimensiones: *Función Física*, *Dolor Corporal*, *Salud General*, *Vitalidad*, *Función Social* y *Salud Mental* presentan puntajes que ubican a la mayor parte de los participantes hacia los puntajes intermedios de las dimensiones.

Por otro lado, cabe resaltar las dimensiones *Rol físico* y *Rol emocional* por las polarizaciones que presentan. En la dimensión *Rol físico* encontramos un contraste significativo que es importante señalar, el 58.6% de los participantes obtienen puntuaciones iguales a cero (0 puntos), es decir, más de la mitad de la muestra percibe que su Rol físico se encuentra gravemente deteriorado y siente que su salud física los limita e interfiere en sus diversas actividades diarias. En consecuencia, es posible que el rendimiento físico sea menor de lo que ellos desean. Por el contrario, un 20,7% de la muestra obtiene la puntuación máxima (100 puntos) de la escala, es decir, dicho grupo de personas a pesar del dolor siente y percibe que este no los limita tanto para realizar sus diversas actividades y que en ese sentido ellos se sientan en óptimas condiciones (Ver Tabla 6). El gráfico 1 permite ver la polarización en esta dimensión.

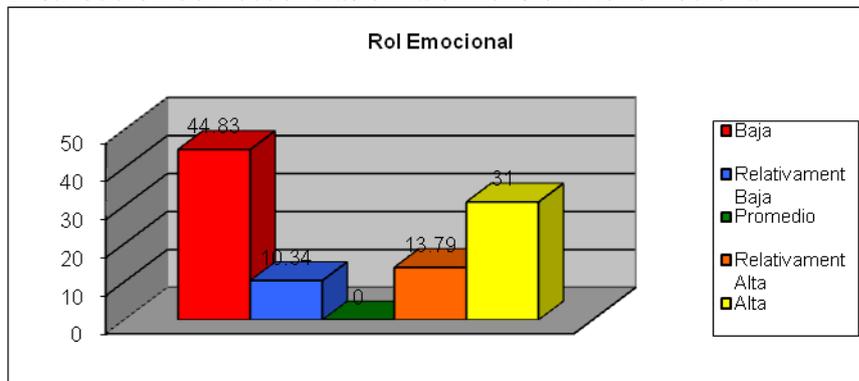
Gráfico 1
 Distribución de frecuencias en la dimensión Rol físico



La dimensión *Rol Emocional* evalúa el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, ello sugiere una disminución del tiempo, del rendimiento y del cuidado para trabajar de la persona. Los puntajes en dicha dimensión nos muestran que el 44.8 % de la muestra presenta el valor de cero (0 puntos), mientras que el 31% alcanzó la máxima puntuación para la escala (100 puntos) (Ver Tabla 6). Se puede observar entonces que la dispersión es

significativa en esta dimensión (D.E= 44,6), lo cual permite postular que la percepción del dolor probablemente esté asociada a variables de personalidad, las cuales pueden tener un impacto importante en la experiencia del dolor. El gráfico 2 nos ilustra sobre dichos resultados.

Gráfico 2
Distribución de frecuencias en la dimensión Rol emocional



En cuanto al estudio de las dimensiones de Calidad de Vida del SF-36 y las variables socio demográficas, cabe destacar que no se hallaron correlaciones según las variables de sexo, edad, estado civil, grado de instrucción y lugar de procedencia, así como no se encontró relación con las variables propias del dolor, Tiempo con dolor y Tiempo de Tratamiento (Ver Anexo D). Lo que hace posible pensar que esta escala describe la Calidad de Vida en personas bajo cualquier condición.

Estilos de Personalidad en la muestra

Los resultados obtenidos en el MIPS permiten describir los estilos de personalidad de los participantes de acuerdo a cada una de las escalas que evalúa el instrumento. En la Tabla 7 se presentan las puntuaciones alcanzadas por los participantes, en ella observamos la media y la desviación estándar para cada escala del MIPS. En el área de Metas Motivacionales están más orientados hacia la escala *Protección* ($M = 35.5$, D.E. = 5.4). Asimismo, se encuentra en ellos mayor motivación por la *Modificación* ($M = 33.5$, D.E. = 6.6) y una tendencia a la *Apertura* ($M = 24.8$, D.E. = 4.6).

Con respecto al área Modos Cognitivos encontramos que las puntuaciones se orientan marcadamente hacia la escala *Sistematización* ($M = 45.3$, D.E. = 6.3), se orientan hacia la *Afectividad* ($M = 31.6$, D.E. = 6.2) y presentan una tendencia a la *Extraversión* ($M = 26.4$, D.E. = 6.1).

En cuanto a los Comportamientos Interpersonales se encuentra que las personas están más orientadas a la escala *Conformismo* ($M = 49.9$, D.E. = 5.9), luego observamos que sus comportamientos se dirigen con mayor *Firmeza* ($M = 41.0$, D.E. = 8.8) y tendencia a la *Concordancia* ($M = 37.5$, D.E. = 3.9).

La prueba de normalidad que se realizó fue Shapiro-Wilk lo que llevó a utilizar estadísticos no paramétricos.

Tabla 7
 Descripción de las escalas de estilos de personalidad (MIPS)

Áreas y Escalas MIPS	Mínimo	Máximo	M	D.E.
Metas Motivacionales				
1A Apertura	15	33	24.8	4.6
1B Preservación	4	30	19.0	7.2
2A Modificación	14	45	33.5	6.6
2B Acomodación	3	29	15.3	5.4
3A Individualismo	8	33	18.8	6.3
3B Protección	24	45	35.5	5.4
Modos Cognitivos				
4A Extraversión	13	36	26.4	6.1
4B Introversión	1	25	12.7	6.1
5A Sensación	12	28	22.0	4.7
5B Intuición	7	33	17.3	6.4
6A Reflexión	10	34	22.0	7.0
6B Afectividad	18	41	31.6	6.2
7A Sistematización	26	52	45.3	6.3
7B Innovación	9	37	22.8	7.5
Comportamientos Interpersonales				
8A Retraimiento	7	37	20.7	8.3
8B Comunicatividad	12	53	35.7	10.6
9A Vacilación	5	29	15.2	6.5
9B Firmeza	22	53	41.0	8.8
10A Discrepancia	7	32	16.9	5.6
10B Conformismo	35	57	49.9	5.9
11A Sometimiento	5	25	14.0	4.9
11B Control	7	41	24.0	7.5
12A Insatisfacción	3	31	20.2	7.7
12B Concordancia	30	45	37.5	3.9

$N=29$

Para conocer la relación entre los Estilos de Personalidad y la variable tipo de dolor, se utilizó la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis. Sólo se encontró una diferencia significativa en la escala Sistematización, siendo el tipo de dolor somato-neuropático el de mayor valor (Ver Tabla 8).

Tabla 8
Diferencias de Medias entre los Estilos de Personalidad según el Tipo de Dolor

Escala MIPS	Somáticos (N=11)		Neuropático (N=11)		Somato-neuropático (N=5)		Kruskal- Wallis	
	M	D.E	M	D.E	M	D.E	Z	p
Metas Motivacionales								
1A. Apertura	23,64	4,65	25,64	4,67	28,00	1,00	4,066	0,131
1B. Preservación	19,45	6,77	20,45	7,62	15,20	7,92	1,576	0,455
2A. Modificación	32,18	4,00	37,55	5,05	32,80	6,61	5,800	0,055
2B. Acomodación	15,82	4,17	14,36	6,38	13,40	2,51	0,999	0,607
3A. Individualismo	17,82	5,08	21,55	7,20	17,40	5,13	1,269	0,530
3B. Protección	36,00	3,90	36,73	5,75	35,80	4,97	0,198	0,906
Modos Cognitivos								
4A. Extraversión	25,45	4,74	28,64	6,14	26,40	7,20	1,846	0,397
4B. Introversión	12,27	6,21	14,36	6,09	10,40	5,81	2,643	0,267
5A. Sensación	22,27	4,90	22,00	3,26	22,40	5,98	0,390	0,823
5B. Intuición	15,82	4,29	20,55	5,45	16,60	9,66	5,569	0,062
6A. Reflexión	20,64	7,03	26,09	5,92	19,80	5,26	5,626	0,060
6B. Afectividad	32,91	5,72	31,64	6,96	30,60	6,91	0,374	0,830
7A. Sistematización	44,73	6,29	45,82	3,57	50,60	1,67	7,618	0,022*
7B. Innovación	21,73	4,52	27,27	6,83	19,40	10,04	4,823	0,090
Comportamientos Interpersonales								
8A. Retraimiento	22,18	8,11	20,36	8,43	17,80	7,73	0,929	0,629
8B. Comunicatividad	33,82	10,36	39,09	9,17	38,20	10,33	1,810	0,404
9A. Vacilación	16,00	5,50	16,00	6,83	10,00	3,16	4,136	0,126
9B. Firmeza	40,18	7,95	43,64	7,31	43,60	8,44	1,544	0,462
10A. Discrepancia	17,55	3,80	18,00	6,59	13,60	6,47	1,601	0,449
10B. Conformismo	50,00	5,62	51,36	4,84	51,00	5,05	0,482	0,786
11A. Sometimiento	13,45	2,94	15,18	6,93	11,40	1,52	3,226	0,199
11B. Control	24,09	4,16	27,09	7,57	23,60	7,40	0,980	0,613
12A. Insatisfacción	21,55	4,99	22,00	8,97	16,40	7,83	2,824	0,244
12B. Concordancia	38,09	3,33	36,27	3,61	37,20	5,76	1,489	0,475

N =29 *p< 0.05 asociación significativa

En la Tabla 9 se observa sólo una correlación significativa entre la escala *Vacilación* del MIPS y el *Tiempo de Tratamiento*, es decir, a mayor puntaje en dicha escala mayor será el tiempo de tratamiento.

Tabla 9

Correlación entre los Estilos de Personalidad y el Tiempo de Tratamiento

Escalas MIPS	Tiempo de Tratamiento	
	r	p
Metas Motivacionales		
1A. Apertura	-0,301	0,119
1B. Preservación	0,324	0,092
2A. Modificación	0,073	0,712
2B. Acomodación	0,282	0,146
3A. Individualismo	0,145	0,461
3B. Protección	0,050	0,799
Modos Cognitivos		
4A. Extraversión	-0,125	0,526
4B. Introversión	0,242	0,215
5A. Sensación	0,212	0,279
5B. Intuición	-0,015	0,938
6A. Reflexión	0,022	0,913
6B. Afectividad	0,272	0,161
7A. Sistematización	-0,012	0,951
7B. Innovación	0,172	0,381
Comportamientos Interpersonales		
8A. Retraimiento	0,173	0,379
8B. Comunicatividad	-0,101	0,608
9A. Vacilación	0,430	0,022*
9B. Firmeza	-0,131	0,505
10A. Discrepancia	0,214	0,274
10B. Conformismo	-0,058	0,769
11A. Sometimiento	0,277	0,153
11B. Control	0,172	0,380
12A. Insatisfacción	0,289	0,136
12B. Concordancia	0,029	0,882

N=29 *p < 0,05 **p < 0,0

No se hallaron asociaciones significativas entre las escalas del Inventario de Estilos de Personalidad y la variable Tiempo con Dolor, lo cual lleva a suponer que los estilos de personalidad no determinan ni influyen en el tiempo que se vive con el dolor crónico (Ver Anexo D).

Correlación entre la variable Calidad de Vida y los Estilos de Personalidad

Las dimensiones de Calidad de Vida del SF-36 y las escalas de los Estilos de Personalidad fueron sometidas a un análisis correlacional. Debido a la normalidad de las variables se realizó un análisis de correlación de Pearson (Ver Tabla 10).

Tabla 10

Correlaciones de Pearson entre las dimensiones de Calidad de Vida SF-36 y las escalas del Inventario de Estilos de Personalidad MIPS

Áreas y Escalas MIPS	Dimensiones del SF-36							
	Función Física	Rol Físico	Dolor Corpora	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
Metas Motivacionales								
1A. Apertura	-0.18	-0.04	0.03	0,35	0.06	0.16	0.31	0.21
1B. Preservación	0.05	0.21	0.15	-0.28	-0.06	-0.04	-0.25	-0.26
2A. Modificación	0.07	0.01	0.14	-0.20	-0.06	0.22	0.17	-0.02
2B. Acomodación	0.00	0.03	-0.01	-0.13	-0.09	-0.21	-0.23	-0.04
3A. Individualismo	0.03	-0.09	0.20	0.03	-0.11	0.28	0.23	0.03
3B. Protección	-0.17	0.09	-0.05	-0.35	-0.03	-0.04	-0.04	-0.10
Modos Cognitivos								
4A. Extraversión	0.18	0.02	0.19	0.08	0.26	0.30	0.30	0.16
4B. Introversión	0.01	0.21	0.08	-0.13	-0.22	-0.18	-0.15	-0.12
5A. Sensación	0.01	0.11	0.07	-0.13	-0.04	0.03	0.19	0.03
5B. Intuición	0.00	0.01	0.04	-0.05	0.09	0.01	0.04	-0.08
6A. Reflexión	0.28	0.04	0.13	0.02	-0.19	0.30	0.24	-0.03
6B. Afectividad	-0.29	0.08	0.00	-0.31	0.08	-0.11	-0.23	-0.16
7A. Sistematización	0.05	0.22	0.08	0.01	0.03	0.27	0.17	0.16
7B. Innovación	0.09	-0.12	0.06	-0.05	-0.07	0.03	0.17	-0.13
Comportamientos Interpersonales								
8A. Retraimiento	-0.19	-0.21	-0.28	-0.17	-0.29	-0.28	-0.36	-0.28
8B. Comunicatividad	0.08	-0.05	0.07	-0.03	-0.08	0.22	0.16	0.00
9A. Vacilación	0.14	0.11	0.17	-0.25	0.06	-0.10	-0.02	0.02
9B. Firmeza	-0.03	0.03	0.12	0.09	-0.07	0.34	0.24	-0.03
10A. Discrepancia	0.12	-0.15	0.02	0.01	0.02	-0.01	0.14	0.10
10B. Conformismo	0.25	0.28*	0.24	0.00	-0.04	0.38*	0.22	0.05
11A. Sometimiento	0.17	0.16	-0.00	0.02	0.11	-0.24	-0.03	0.03
11B. Control	0.10	-0.00	0.12	0.10	-0.01	0.23	0.13	-0.02
12A. Insatisfacción	0.02	-0.11	-0.05	-0.24	0.03	-0.04	0.15	-0.05
12B. Concordancia	-0.04	0.26	-0.04	-0.07	-0.00	-0.23	-0.33	-0.05

N =29 * $p < 0.05$ asociación significativa

De acuerdo a ello, en el área de Conductas Interpersonales del MIPS se encontraron dos asociaciones positivas entre la escala *Conformismo* con las dimensiones *Rol Físico* y *Función Social* del SF-36 respectivamente. De tal forma que, a mayor puntaje en la escala Conformismo mayor puntaje en la dimensión Rol físico y de igual manera a mayor puntaje en Conformismo, mayor puntaje en la dimensión Función social.

En el área de Metas Motivacionales y en Modos Cognitivos del MIPS no se encontraron correlaciones significativas con alguna dimensión del SF-36. Al parecer, las

fuentes utilizadas por los individuos para procesar u organizar la información acerca del mundo que los rodea poco o nada influirían en la calidad de vida de los pacientes con dolor.

Si bien son pocas las correlaciones encontradas, siguiendo el criterio de Cohen ($r > 0.3$), estas asociaciones no son solo significativas sino que la magnitud de dicha correlación es de nivel medio.



CAPITULO IV

DISCUSIÓN

La calidad de vida ha pasado por un largo camino hasta su relación con la salud y así justificar la intervención terapéutica y la valoración tanto objetiva como subjetiva del dolor y de los síntomas que manifiesta la persona. Dicha subjetividad se refiere a la percepción que el paciente tiene tanto del impacto que produce una enfermedad o el dolor como de los grados de bienestar que perciba de sí mismo (Paredes, 2003; Schwartzmann, 2003; Vinaccia et al., 2005b). Por tanto, la calidad de vida es una percepción subjetiva influenciada por experiencias, creencias y expectativas de cada individuo, la cual se puede modificar de acuerdo a los estados de la enfermedad, de la deficiencia o incapacidad sin dejar de lado la influencia del entorno social, político, económico y cultural (López et al., 2007).

Si bien en el Perú se han realizado investigaciones que evalúan la calidad de vida, estas se circunscriben a enfermedades como el cáncer que han utilizado instrumentos que se enfocan principalmente en las dimensiones físicas (Paredes, 2003). Todavía son pocos los estudios sobre dolor crónico y sobre cómo se relaciona con la calidad de vida y el estilo de personalidad.

En nuestro trabajo consideramos la *calidad de vida relacionada a la salud* (CVRS) porque valora aspectos de la vida que habitualmente no son tomados en cuenta como parte de la salud, con ello nos referimos al estado emocional, la percepción de sí mismo, a la autonomía y otras características que muchas veces condicionan negativamente la salud (López et al., 2007).

Los enfermos crónicos enfrentan procesos de adaptación que varían en el curso de la enfermedad sobre todo por el deterioro progresivo de las funciones físicas, psíquicas y sociales reduciendo su sensación de bienestar (García et al., 2001; Soucase et al., 2004). En ese sentido, el dolor cuando es crónico genera un cambio drástico en las condiciones de vida de las personas que lo padecen obligándolas a replantear sus creencias y metas (Camacho y Anarte, 2003; Ramírez et al., 2001). El dolor repercute en el trabajo, en las actividades cotidianas y en las básicas como bañarse, caminar, en la interrelación con la familia incluso en las actividades íntimas o sexuales. Dicha

repercusión se exagera con la presencia de síntomas ansiosos y depresivos (DSM IV, 2002; Gala et al., 2003).

Al intentar comprender el dolor desde este nuevo terreno, ya no se le entendería únicamente como un problema médico que se domina con fármacos y drogas, sino lo entenderíamos como una experiencia que compromete niveles más internos, donde los factores biológicos, psicológicos y culturales están entrelazados (Morris, 1999).

En la investigación, los resultados obtenidos en función a las dimensiones de calidad de vida en este grupo de personas con dolor crónico, muestran que dicho grupo se percibe experimentando una calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) desfavorable y muy deteriorada ya que la mayoría de las dimensiones que miden CVRS se encuentran por debajo del promedio e incluso muchas de ellas con niveles muy bajos. Siendo esto consistente en otros estudios con pacientes con dolor y calidad de vida, López et al. (2007) y Lugo et al. (2006) encontraron que la calidad de vida en pacientes con dolor crónico músculo-esqueléticos (gonartrosis/coxartrosis, osteoartritis de columna, lumbalgia, fibromialgia) estaba por debajo del promedio. Por el contrario, en varias investigaciones con enfermedades crónicas los resultados señalaron que existe una preservación de la mayoría de las áreas de la CVRS, siendo inusual que presenten promedios tan bajos como los encontrados en esta investigación. Es decir, las personas con enfermedades crónicas como las gastrointestinales, diabetes mellitus, psoriasis, asma, etc. presentan una calidad de vida más conservada y menos deteriorada, lo que nos indica que existen más recursos para la adaptación de dichas enfermedades (Lugo et al., 2006; Vinaccia et al., 2005a).

Es sumamente preocupante el nivel tan bajo de CVRS en los pacientes con dolor crónico porque eso podría significar que existe un mayor riesgo en ellos de sufrir depresión, discapacidad y un deterioro acelerado por la enfermedad causante del dolor. Por el contrario, la evidencia apunta a señalar que en las enfermedades caracterizadas por síntomas que ocasionan menor discapacidad y remota posibilidad de muerte como el síndrome de colon irritable, diabetes mellitus, o el asma, la CVRS tiende a superar el puntaje promedio como los resultados encontrados en Vinaccia et al. (2005a) y Lugo et al. (2006). Así también en la etapa postoperatoria de pacientes con cirugía coronaria se pudo apreciar que experimentaron una mejoría significativa a los 6 meses de la operación en todas las dimensiones del SF-36 (Permanyer et al., 2001).

Diversos estudios coinciden en señalar que los factores que aumentan el deterioro de la CVRS dependen de condiciones como la inminente amenaza de muerte,

las multipatologías y alta comorbilidad (Permanyer et al., 2001; Vinaccia et al., 2005b) y de acuerdo a nuestra investigación, la cronicidad del dolor sería otra de las condiciones que deterioraría de forma importante la calidad de vida.

Si bien el dolor crónico es una enfermedad con poca o nula posibilidad de muerte, es uno de los motivos más frecuentes de consulta que suele combinarse con otras patologías y que afecta a la mayoría de la población en varios momentos de su vida. La persona hace continuos esfuerzos intentando darle una explicación y sobre todo de aliviar el dolor crónico, esfuerzos que solo consiguen desgaste, discapacidad, postergación de metas y hasta paralizan la vida de la persona (López et al., 2007).

De manera más específica, en la muestra se pudo observar que el deterioro más severo se reflejó primero en aspectos de la salud física, tal es el caso del bajo nivel de las dimensiones *Rol físico* y *Dolor corporal*. Estos resultados nos indican que la mayoría de los pacientes perciben que la interferencia de su salud y el grado de dolor los limita de manera relevante en su trabajo y demás labores diarias. La dimensión *Dolor corporal* es una de las que representa el cuerpo y lo físico, probablemente es lo primero donde la persona percibe menor rendimiento y limitaciones. Así, cuando el dolor aparece impacta en primera instancia en el desempeño físico y en ocasiones la persona percibe que podría deteriorarse progresivamente, lo que afecta su nivel de bienestar general. Por ello es comprensible que los pacientes que informan de más dolor también informen de mayores niveles de malestar emocional porque la intensidad del dolor es un riesgo para la sintomatología depresiva y ansiosa (Camacho y Anarte, 2003; Casals y Samper, 2004; Infante et al., 2002; Vinaccia et al., 2005a). Similares resultados se encontraron en el estudio de López et al. (2007) en pacientes con dolor crónico donde el *Rol físico* y el *Dolor corporal* fueron las dimensiones más deterioradas de la calidad de vida.

Asimismo, el estudio de Vinaccia et al. (2005a) encontró que la dimensión *Dolor corporal* era la más afectada de las dimensiones físicas en la población con síndrome de colon irritable (SCI) y el *Rol físico* también fue la dimensión más afectada de la calidad de vida en un grupo de pacientes renales en hemodiálisis (Rodríguez et al., 2005). En este último caso, los pacientes están forzados a condicionar su vida al horario de la enfermedad. Es decir, una rutina de dieciocho horas por semana en hemodiálisis implica un nivel importante de malestar, desgaste, adaptación, dificultades en el trabajo y sobre todo pérdida de la autonomía (López et al., 2007; Paredes, 2005).

Es interesante observar que si bien más de la mitad de la muestra (58,6%) consideraba que su *Rol físico* se encontraba gravemente afectado, existe un 20,7% que siente un bienestar máximo en esta área a pesar del dolor y éste parece no incapacitarlos. Llama la atención la polarización que presenta esta dimensión que es la más afectada de todas, lo que hace pensar que es posible que existan factores mediadores importantes que favorezcan un mejor manejo y menor percepción del dolor mientras que en la otra parte del grupo sucede todo lo contrario. Las investigaciones señalan como posibles factores mediadores al estado emocional, el estilo cognitivo, el rasgo de neuroticismo, la presencia de un buen soporte social, etc. (Soucase et al., 2004; Vinaccia et al., 2005b). Subsiguientes investigaciones podrán aclarar en nuestro medio qué variable(s) determinan cómo afecta la presencia del dolor (positiva o negativamente) el *Rol físico* en la calidad de vida y nos dé una mejor explicación de esta polarización.

Respecto a las dimensiones *Vitalidad* y *Salud general*, ambas presentaron un puntaje similar y debajo del promedio teórico de la escala (50 puntos) de calidad de vida. En la dimensión *Vitalidad* es muy probable que las personas se muestren con sentimientos de cansancio y agotamiento ante la vivencia constante del dolor y sus respectivos tratamientos (Rodríguez et al., 2005). Respecto a la dimensión *Salud general*, probablemente las personas hagan el esfuerzo por resistirse a enfermarse pero les es difícil preservar su salud. En general, estas dos dimensiones reflejan que la percepción de los participantes sobre su calidad de vida es sentir poca energía, deterioro y poco éxito de su tratamiento.

El *Rol Emocional* también es una dimensión que llamó la atención por su tendencia hacia los extremos (polarización). El 31% de los participantes logra sentirse muy bien y en óptimas condiciones en su *Rol emocional*, lo que puede sugerir que este porcentaje de la muestra cuenta con recursos y diversos apoyos que de alguna manera ayuda a sobre llevar el dolor. En el otro extremo se puede observar que el 44,8% de personas se perciben gravemente afectados por el dolor crónico lo cual nos indicaría que el estado emocional en este grupo de personas podría estar afectado e interfiere en su rendimiento. Queda la posibilidad también que este grupo con muy baja CVRS en la dimensión *Rol emocional* presente niveles importantes de sintomatología depresiva, lo que nos lleva a sugerir la posibilidad de estudiar de forma más detallada la depresión y el *Rol emocional* de CVRS en la población con dolor crónico.

Cabe resaltar que las dimensiones *Rol Emocional* y *Rol Físico* muestran por un lado un grupo de personas gravemente afectadas y por otro, a un grupo de personas que logran sentirse muy bien para realizar sus actividades a pesar del dolor, lo que origina una polarización de puntajes en dichas dimensiones de CVRS. Por ello, volvemos a resaltar la necesidad de continuar con estudios que analicen el impacto de otras variables frente al dolor crónico (estilos de personalidad, el estado emocional, los estilos cognitivos, las estrategias de afrontamiento, apoyo social).

En la dimensión *Función social* la puntuación fue también menor que el promedio teórico de la escala (50 puntos). De manera detallada, sólo el 3.4% de la muestra obtuvo una puntuación máxima de 87.5, es decir, sólo un caso logró sentirse en mejores condiciones en el área social y las $\frac{3}{4}$ partes de la muestra, es decir la mayoría (75.9%) nos estaría indicando que percibe que los problemas de salud tanto física como emocional interfieren de manera importante en su vida social habitual. Ello implica que estos pacientes puedan aislarse y pierdan la posibilidad de establecer redes de soporte social que los ayudaría a sobrellevar sus limitaciones, lo que podría profundizar el malestar físico y emocional que viven; por eso, no es sorprendente ver los altos niveles de comorbilidad entre dolor crónico y sintomatología depresiva (30%) y un porcentaje similar con ansiedad (28%) (Bravo y González-Duran, 2001; Dersh et al., 2002; Elorza et al., 1997; Infante, 2002). También es posible que al haber una parte de la muestra que puntúa alto en Función social hace pensar que cabe la posibilidad de que si el entorno social de la persona mejora o se mantiene como era antes de la presencia del dolor influiría en la atenuación o disminución de éste lográndose un mejor bienestar en la calidad de vida.

En el contexto del entorno social de las personas de la muestra, suponemos que el hecho de hacer uso de los servicios del seguro social de salud y no de un servicio de salud privado podría ser un indicador de que dichas personas pertenecen al nivel socioeconómico medio-bajo y bajo que no disponen de los recursos económicos ni familiares que les proporcionen o solventen un servicio de salud privado que podría brindar mayores ventajas para su tratamiento. Un servicio de salud privado con una cobertura familiar podría hablarnos de considerar a la familia como un pilar importante de apoyo social y de tranquilidad para el paciente con enfermedad crónica. Ello confirmaría que los pacientes sienten en la familia protección y compañía; al no suceder de esta manera es posible que además de sufrir la enfermedad físicamente, espiritualmente se sienten disminuidos en su sentido de pertenencia, apoyo y energía

(Rodríguez et al., 2005). La importancia del soporte social queda evidenciado en un estudio con un grupo de pacientes renales hemodializados en el cual se observó que, en términos de la calidad de vida, la *Función social* obtuvo una de las puntuaciones más altas (aunque fue un poco más que el promedio) cuando los pacientes no sentían la necesidad de cambiar sus redes sociales y sentían apoyo familiar al surgir la enfermedad (Rodríguez et al., 2005).

Robles (2004) señala que el soporte social es una de las variables más importantes que sostiene la calidad de vida de las personas con enfermedad crónica ya que este amortigua los efectos estresantes de la enfermedad y permite preservar mejores niveles de la CVRS. Por ello, es fundamental que estos pacientes cuenten con algún tipo de soporte además del brindado por los familiares, en este caso podría ser a través de los grupos de autoayuda. En ese sentido, los psicólogos de la salud que laboran en una institución hospitalaria deben promover la formación y organización de grupos de autoayuda, entre otras alternativas de apoyo psicoterapéuticas como los creados para pacientes diabéticos en algunos centros hospitalarios de nuestro país.

La dimensión *Función física* nos indica que de alguna manera es una dimensión medianamente conservada en comparación con las demás, sin dejar de notar que es una dimensión por debajo del promedio teórico. Ello es un posible indicador que estas personas no realizan actividades que demanden mucho esfuerzo como trabajar fuera o dentro de casa pero su capacidad para el auto cuidado se mantiene parcialmente preservada (bañarse, cambiarse). Atendiendo a la distribución de frecuencias el 62.1% de la muestra se encontró por debajo de la puntuación promedio (50 puntos) y sólo el 20,6% tuvo un puntaje por encima de los 75 puntos, al parecer este último grupo de personas logra realizar sus actividades sin mayores interferencias. Si bien se observó que la mayoría de la muestra percibía un deterioro importante en su calidad de vida, una parte del grupo sentía lo contrario, que podían realizar casi todas sus actividades sin mayor interferencia. En el estudio de López et al. (2007) sobre dolor crónico y calidad de vida observamos que el tener mayor edad influyó en el deterioro de la *Función física*.

Respecto a los análisis de correlación entre las dimensiones de calidad de vida y las variables socio demográficas (sexo, edad, estado civil, grado de instrucción y lugar de procedencia) y entre la calidad de vida y las variables propias del dolor no se encontró relación alguna (Ver Anexo D). No obstante, a continuación se citan a nivel descriptivo algunas diferencias halladas que podrían señalarnos ciertas tendencias y que deberían ser corroboradas en próximas investigaciones sobre el tema.

En general, las mujeres ($n = 21$) de la muestra puntuaron ligeramente más bajo en casi todas las áreas de la CVRS en comparación a los hombres ($n = 8$) siendo posible que la ausencia de diferencias se deba al número de sujetos por grupo. Sin embargo, es importante señalar que a nivel descriptivo se observa una tendencia de las mujeres a presentar mayores niveles de deterioro de la CVRS. Asimismo, diversos estudios de pacientes con dolores crónicos muestran que las mujeres padecen un mayor deterioro físico, emocional y además se auto perciben con peor calidad de vida (Alonso et al., 1998; Casals y Samper, 2004; DSM IV-TR, 2002; Infante, 2002; López et al., 2007; Soucase et al., 2004; Vinaccia et al., 2005a). Es probable que ello pueda ser explicado por la mayor vulnerabilidad musculo-esquelética de las mujeres frente a los hombres, lo que puede hacerlas sentir limitadas en sus múltiples labores y percibir una disminución en su productividad (dentro y fuera del hogar). Dicha pérdida de autonomía podría hacerlas más propensas a síntomas depresivos ocasionándoles importantes grados de discapacidad, lo que confirmaría el bajo nivel de la calidad de vida (Rojas et al., 2006).

Las investigaciones señalan que el dolor crónico afecta especialmente en la edad adulta y en la mayoría a mujeres, lo que coincide con el grupo de adultos intermedios de la muestra que sufren mayor incidencia de dolor crónico (21 casos de los 29), ello es posible explicarlo por la edad en producción laboral y las mayores responsabilidades que tienen que asumir (Infante, 2002; López et al., 2007; Nava, 2008; Rojas et al., 2006). Otra posible explicación es la relación de los trabajos pesados con la génesis o el mantenimiento de algún trastorno doloroso (Ferrer, 1993 citado en Infante, 2002).

En la muestra, a nivel descriptivo, se menciona la tendencia al deterioro de la *Función física* en las mujeres en edad adulta intermedia donde las principales profesiones u oficios que realizaban fueron: trabajo obrero, enfermería, empleadas de hogar, operadores de maquinaria pesada y amas de casa o centros de trabajo que demandan caminar largas horas por zonas montañosas sufriendo continuas caídas.

En cuanto al nivel de instrucción de las personas que padecen dolor crónico parece ser frecuente el bajo nivel educativo. En contraste es probable que quienes hayan tenido más educación posean características particulares que les permite desarrollar recursos emocionales para conservar mejor algunas funciones ante el dolor crónico o cuadros similares (Infante, 2002; Casals y Samper, 2004). Según Rèthelyi, Berghammer y Kopp (2001 citados en Infante, 2002), el nivel de educación es una variable importante porque está relacionada con la habilidad o capacidad que tiene el sujeto para crear, emplear estrategias eficaces ante la enfermedad de estas estrategias dependerá una

adecuada adaptación o desadaptación frente a la enfermedad. En la muestra, si bien no se encontraron asociaciones entre la calidad de vida y el nivel de instrucción, se observa que el grupo con estudios superiores tiende a preservar un poco más que los otros dos grupos la *Función física* y el *Rol emocional*.

Al no encontrar correlaciones significativas entre la calidad de vida y las variables socio demográficas, hemos expuesto a nivel descriptivo algunas tendencias. Sin embargo, el hecho mismo de no encontrar asociaciones nos permite postular que la auto percepción y cómo siente una persona su calidad de vida ocurre de manera independiente del sexo, la edad, o estado civil, el padecimiento del dolor puede afectar de una manera u otra (López et al., 2007). Dichos aspectos serían de gran aporte al ser estudiados específicamente en futuras investigaciones.

De igual manera, no se encontraron correlaciones entre las dimensiones de *calidad de vida* según la variable de enfermedad: *tipo de dolor*. No obstante, a nivel descriptivo, parece haber una tendencia a conservar la dimensión *Salud mental* en las personas que padecen de dolor tipo somático. En las personas con un tipo de dolor neuropático tienden a conservar su *Rol emocional*, en las personas que padecen de dolor somato-neuropático tienden a conservar su *Salud mental* al igual que los que padecen de dolor visceral y la persona de la muestra con dolor somatomorfo tiende a conservar la *Función física* y la *Salud general*. Al no encontrar estudios con similares datos estos pueden servir como punto de partida para futuras investigaciones. En general, los resultados parecen sugerir que *los tipos de dolor* crónico no oncológico de la muestra, no influyen significativamente en el deterioro o mejoría de la calidad de vida.

A modo de resumen, encontramos que en la muestra de pacientes con dolor crónico la mayoría son mujeres, adultos intermedios y con educación técnica; los niveles de calidad de vida son muy bajos en comparación a los hallados en otras muestras con pacientes que sufren alguna enfermedad crónica. Se puede observar que el mayor deterioro se encontró en las áreas *Rol físico* y *Dolor corporal* lo que podría plantear que el dolor cuando se convierte en algo limitante para la persona, genera la pérdida de su capacidad para asumir responsabilidades como en el trabajo y labores en el hogar y al ser severo el deterioro de la CVRS existe el posible riesgo a desarrollar una psicopatología asociada. Sin embargo, no debemos pensar que el deterioro de la calidad de vida depende exclusivamente de la severidad de los síntomas de una enfermedad, sino también a su relación con algunos factores psicosociales (conflictos familiares, divorcio, jubilación, menopausia, despido laboral y contexto cultural en el que viven,

etc.) los que son considerados como los predictores más importantes de la calidad de vida en pacientes crónicos (Remor, 2002; Soucase et al., 2004; Vinaccia et al., 2006a).

En cuanto al estudio de la personalidad, los autores se han centrado en identificar los rasgos más patológicos de los pacientes con dolor crónico. Si bien se considera el dolor como un evento potencialmente dañino donde los rasgos de personalidad, la forma en que perciben, sienten, se comportan y afrontan podrían jugar un papel fundamental tanto en el inicio como en el curso de la enfermedad (Infante, 2002; Infante et al., 2005), también se observa que las personas en medio del dolor crónico podrían disponer de recursos, herramientas y apoyos que ellos pueden descubrir (o descubrirse) y valerse para sí mismos.

A partir de los análisis realizados, se encuentra que las escalas del MIPS que presentan los promedios más elevados podrían describir en este grupo de personas aquellos rasgos de personalidad más estables que asociados al dolor crónico posiblemente influyen o determinan la calidad de vida. También se presentan diferencias significativas con la variable *tipos de dolor* y una asociación entre una de las escalas del MIPS y *el tiempo de tratamiento*. Sin embargo, no podemos generalizar los datos obtenidos en vista que la muestra presenta características particulares.

El perfil de personalidad que caracteriza a la muestra está orientado a una mayor motivación por la *Protección y la Modificación con tendencia a la Apertura*. Al parecer este grupo de personas están más motivadas por ser proteccionistas y manifiestan preocupación por el bienestar de los otros satisfaciendo sus necesidades antes que a sí mismos (*Protección*). Probablemente una parte de ellos intenta modificar su entorno y el dolor que los aqueja pero básicamente se caracterizan por confiar en que es posible obtener lo que se desea con muy poco esfuerzo (*Modificación*) (Díaz, 2004). Se percibe el esfuerzo por mirar de manera positiva el futuro, a pesar de los altibajos o limitaciones que produce el dolor (*Apertura*).

En la muestra, *Protección* fue la escala con mayor promedio dentro de las Metas Motivacionales. Creemos que a estas personas les cuesta diferenciar entre la preocupación por el bienestar de los demás y priorizar el cuidado de ellos mismos, dejándose de lado. Lo que probablemente les ha hecho postergar el cuidado o bienestar de su salud.

A pesar de esta vivencia de constante estrés hacen de alguna manera el esfuerzo por reconocer el lado positivo de las cosas, de algunas situaciones agradables y esto

haga posible que intenten mostrarse optimistas acerca de su situación futura sobre el dolor y las expectativas puestas en los médicos y tratamientos (*Apertura*).

Cabe notar que en otros estudios, aunque la población era diferente, los estilos de personalidad que sobresalieron fueron similares a los de nuestra investigación por ejemplo, Moreano (2006) estudio a una población adolescente universitaria que obtuvo los promedios más altos en las escalas de *Modificación*, *Protección* y *Apertura*. La muestra con adolescentes universitarios de Díaz (2004) también se caracterizó por un estilo de personalidad orientado a la escala *Modificación*. Si bien aquellas son muestras diferentes a la nuestra, se mencionan a nivel descriptivo como una mera referencia.

En la muestra la forma en que adquieren y procesan la información para luego aprehenderla se caracteriza por la *Sistematización*. La sistematización tiene que ver con un alto grado de estructura y formalidad, lo que hace probable que sea común en estas personas la dificultad para buscar alternativas de solución o formas de sobrellevar el dolor, ya que se muestran convencionales, metódicos, exigentes y predecibles frente a sus experiencias de vida; como que el dolor escaparía a lo que ya es habitual para ellos lo que haría difícil lidiar con él. Sin embargo, parece existir cierta tendencia a procesar algunos juicios o informaciones guiados por reacciones subjetivas, lo que sería característico en las poblaciones adultas (*Afectividad*).

Respecto al área de Comportamientos Interpersonales, hace referencia a la forma en la que los individuos prefieren para interactuar con los demás. La muestra parece orientarse a un *estilo conformista* y una tendencia hacia la escala *Firmeza* y *Concordancia*. Al mismo tiempo la escala Conformismo fue la que presentó la media más alta en toda la prueba ($M=49,9$; $D.E= 5,9$) y la única escala que correlaciona con dos dimensiones de calidad de vida.

Es posible que dichas personas al encontrarse limitadas se hayan vuelto dependientes de algunas personas de su entorno más cercano y ante esta necesidad de apoyo no les queda otra alternativa que demostrar obediencia. Sin embargo, al interactuar en el contexto social les cuesta mostrarse espontáneos y hacen el esfuerzo para evitar verse necesitados de ayuda lo que puede ser percibido como arrogancia y desconsideración (*Firmeza*). Descripción que encaja con características que acentúan la percepción del dolor ya que se focalizan en el mismo, se aíslan del medio social, no improvisan alternativas de solución y les cuesta mucho expresar sus emociones sobre cómo se están sintiendo. A pesar de que establecen vínculos sólidos, evitan mostrar algún sentimiento negativo frente a los que quieren agradar (*Concordancia*).

Por último, resaltamos que las escalas que describen a la muestra son muy similares al ya mencionado estudio de Moreano (2006): Protección, Modificación, Apertura, Sistematización, Afectividad, Conformismo, Firmeza y Concordancia.

Los estilos de personalidad fueron analizadas respecto a las *variables propias del dolor* resultando que la diferencia de medias fue significativa sólo en la escala Sistematización respecto al tipo de dolor *somato-neuropático*. Lo que permite observar que la combinación de síntomas dolorosos (*somato-neuropático*) podría aparecer con mayor probabilidad en personas con estilos de personalidad rígidos y con dificultades para expresar sus emociones.

Respecto a la correlación de *estilos de personalidad* y el *tiempo de tratamiento* del dolor crónico, se encontró sólo una relación significativa con la escala *Vacilación*. La escala permite describir inhibición social, alejamiento, tendencia a minimizar sus capacidades, falta de confianza y tendencia a experimentar ansiedad y depresión. Dicha asociación permite inferir que las personas que tienden a un estilo de personalidad vacilante pueden estar propensas a permanecer mayor tiempo en tratamiento. A pesar que estas personas llevan tratamiento para el dolor con algunos procedimientos (infiltraciones, terapia física), el paciente demorara en su mejoría (Bravo y González-Duran, 2001; Dersh et al., 2002; Millán y Bernal, 2006).

En cuanto a la relación de los *estilos de personalidad* y la *calidad de vida* de las personas con dolor crónico, los resultados mostraron que sólo una escala del MIPS correlacionó con dos dimensiones del SF-36. Los análisis realizados han permitido identificar que la escala *Conformismo* se encuentra asociada de forma moderada y positiva con las dimensiones *Rol físico* y *Función social* de la calidad de vida respectivamente.

Si bien el Rol físico es una cuestión de percepción, es una dimensión que nos refiere al grado en que la persona siente que su salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades, es decir a mayor puntaje en dicha dimensión la persona manifestara mejor salud física y desempeño en sus diversas actividades con poca interferencia del dolor (Vinaccia et al., 2006a). La relación de la escala Conformismo y la dimensión Rol físico nos muestra que a mayor conformismo mayor preservación del Rol físico. Dicha asociación en personas con dolor crónico nos podría indicar que los que suelen relacionarse convencionalmente, que se manejan con cierta rigidez en contextos sociales, son muy organizadas y presentan dificultades para expresar sus emociones intentaran todo lo que este a su alcance para sentirse mejor, tratando de sostener sus

funciones correspondientes al Rol físico, la medicación y el tratamiento para su dolor. Es decir, a mayor conformismo, mayor intención por cumplir las normas del tratamiento (citas médicas, controles, medicación y terapia física) y mostrar obediencia en los cuidados que el personal de salud les indique (Sánchez, 2003). Así, es probable que personas con un estilo conformista puedan hacer uso de la rigidez que los caracteriza y ejercer cierto control sobre el dolor de esta manera, cumplir con todo lo que se espera de ellas, no mostrarse como una carga familiar y mantener un poco más conservada su salud física (temor a ser despedidas del centro laboral) y hasta percibir de forma diferente el dolor (dimensión Rol físico) (Vinaccia et al., 2006a). Todo ello también se vincula a que personas con un estilo conformista están preocupados por dar una imagen de personas independientes y verse mejor físicamente sin reflejar lo que realmente están sintiendo (Sánchez, 2003).

El cuidado del Rol físico relacionado al estilo conformista podría ser el reflejo de algunos procesos de aprendizaje que generaron consecuencias positivas en estas personas como sentir mayor flexibilidad o alivio luego de unas sesiones de masaje o terapia física y realizar cambios en sus hábitos de vida favoreciendo la mejoría (Rodríguez-Marín, 1992; Vinaccia et al., 2006a). Es probable que dicho cuidado del Rol físico en personas con el estilo de personalidad conformista se dé en tanto la salud física responda cada vez mejor a lo que ellos esperan para seguir cumpliendo sus tareas diarias y al hecho de sentir cierto alivio del dolor.

Además, tomemos en cuenta que dicha correlación también podría significar que las personas de la muestra en su intento por conservar sus funciones (Rol físico) estén realizando un *sobreesfuerzo*, que a fin de cuentas es lo que les ha permitido sobrevivir en el prolongado tiempo que padecen de dolor crónico (en promedio 5 años 5 meses) porque no hay quien haga las cosas por ellos.

Dado que no se han encontrado estudios que relacionen específicamente estas dos variables, no hemos podido contrastar estos datos, pero si se han considerado otros factores importantes que se observaron y en los que sí se han hallado estudios. Si bien la muestra presentó bajos niveles de calidad de vida aun estando en tratamiento para el dolor, cabe resaltar que la mayoría eran mujeres que cumplían múltiples roles y estaban en edad laboral productiva. Sin embargo, dadas las circunstancias de carencia de recursos económicos y hasta precariedad en algunos casos, estas personas tenían que seguir trabajando en situaciones no muy favorables (dentro o fuera de casa) (Nava, 2008). Por ello, es posible pensar que la mayoría de la muestra (son mujeres) están más

preocupadas en realizar un mayor esfuerzo para mantener sus funciones física y social; y así se muestren sumisas cumpliendo los diversos cuidados necesarios para manejar el dolor a pesar de la energía que les demanda sus múltiples ocupaciones (S. Vinaccia, comunicación personal, 3 de agosto, 2009). Así mismo, estudios similares con enfermedades crónicas (diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)) encontraron también que la mayoría de la muestra eran mujeres y se encontraban realizando diversas tareas laborales y domésticas, lo que permitió observar que este grupo estaba más afectado que los hombres en diferentes áreas del bienestar y la calidad de vida (Vinaccia et al., 2006a; 2006b); sin embargo, Walter y Rodgers (2005 citados en Vinaccia et al., 2006a) encontraron que un grupo de pacientes diabéticas tendían a descuidar más su tratamiento, ellas se caracterizaban por ser madres de familia que dependían económicamente, que trabajaban sólo en casa y participaban menos en actividades sociales y/o por falta de información o recursos económicos (Infante, 2002; Nava, 2008).

Otro aspecto que no se puede dejar de mencionar es el contexto cultural en el que está inmersa la muestra de pacientes con dolor crónico del presente trabajo. Nuestra sociedad caracterizada por una actitud sumisa y obediente (Bruce, 2007) se ve reflejada en el estilo conformista del MIPS a la vez que posee poco conocimiento y esmero por el cuidado de calidad de la salud. Por otro lado, la muestra parece reflejar que para mucha gente en este país como en otros países latinoamericanos, la *supervivencia* es una cosa de todos los días como si esta fuera la forma “normal” de vivir, así vivir con dolor se puede haber convertido “parte de” vivir en pobreza, vivir con estrés, etc. (López et al., 2007; C. Valenzuela, comunicación personal, 28 de mayo, 2009). A diferencia de países como España o E.U, de donde proviene la mayoría de estudios e investigaciones, cuando las personas sienten dolor o siente que algo en su organismo no está bien es más probable que recurran a buscar asistencia médica ya sea en un centro de salud o hacen uso de sus seguros (público o privado). Por lo tanto, podemos observar como la cultura y la sociedad pueden mantener y reforzar el dolor en base a minimizarlo o no atenderlo en su momento justo y de la forma adecuada (Rodríguez-Marín, 1992).

La correlación de la escala *Conformismo con la dimensión Función social* resultó una asociación positiva y moderada, lo que nos sugiere que cuanto mayor sea el conformismo mayor conservación habrá de la Función social y soporte de la persona. En este contexto, cabe la probabilidad que las actividades laborales pueden estar

cumpliendo una función de apoyo social lo que les ayuda a seguir insertadas en un grupo aunque estas personas tengan ciertas dificultades para extender redes sociales.

Dicha correlación podría señalar que personas muy rígidas emocionalmente, metódicas pueden conservar sus funciones sociales como para pedir ayuda o recibir apoyo en cuanto estos puedan atender las demandas que su salud requiere. Si bien a estas personas les puede costar un poco más relajarse y no ser asertivos para interrelacionarse, es posible que parte de su entorno social cercano y la familia en su intento de proporcionar ayuda solícita sea el apoyo que rodea a estas personas. Al mismo tiempo, el personal de salud también se convierte en un soporte social importante (Moix, 2005; Rodríguez-Marín, 1992). Particularmente en este estudio, el personal de salud de la Unidad de Dolor se caracteriza por una recepción cálida e inmediata de los pacientes a los cuales hacen sentir cómodos y aliviados tanto por la atención médica y de enfermería como por la tranquilidad que transmite el ambiente. Cada persona es atendida en una camilla con música de fondo durante la hora o dos horas que dure el procedimiento. Además, reciben una visita psicológica por lo menos tres veces a la semana, con lo que casi todos los pacientes quedan cubiertos con este tipo de atención.

Dicha atención integral y el ambiente de relajación es muy diferente del usual en cualquier otro hospital. No es motivo de sorpresa, entonces, que el llegar a la Unidad de Terapia del Dolor ésta no solo represente el alivio sino algunos hasta puedan percibir y manifestar una menor intensidad de dolor (Moix, 2005).

Finalmente, R. Sánchez (comunicación personal, 15 julio, 2009) señala que el conformismo al ser un estilo de personalidad que no necesariamente se relaciona con patología, como tal encuentra que ser un poco conformista podría ser adaptativo en nuestra sociedad latinoamericana.

Cabe resaltar que el *estilo de personalidad Conformista* también es una de las escalas con mayor puntaje en toda la prueba del MIPS, por lo que no es difícil imaginar la relación de este estilo de personalidad con dos dimensiones de la calidad de vida del SF-36. Suponemos que las otras escalas del MIPS que no presentaron mayores asociaciones con las dimensiones de calidad de vida podrían matizar la personalidad en menor medida en las personas de la muestra en las cuales el estilo conformista es el que predomina respecto a la forma de interrelacionarse.

Los resultados respecto a las correlaciones encontradas fueron poco esperados, ya que la expectativa era encontrar mayores correlaciones entre los estilos de

personalidad y las dimensiones de la calidad de vida; sin embargo, los datos encontrados de alguna manera podrían estar señalándonos la influencia de variadas características de personalidad que intervienen en el proceso doloroso como el neuroticismo, la tendencia a experimentar pensamientos y emociones negativas, angustia, síntomas depresivos, baja autoestima, etc.

Vemos pues que la interferencia del dolor crónico en la vida del paciente tiene una amplia repercusión sobre todo cuando se produce un descenso en la vida cotidiana e incluso en el abandono parcial o total del trabajo surgiendo problemas económicos. Como mencionamos anteriormente la mayoría de las personas de nuestra muestra manifestaron carencias económicas y aunque poseen el seguro social de salud (EsSalud), la mayoría de ellos proceden de un estatus socioeconómico bajo y muchas veces son el único sustento económico en sus hogares. Si tuvieron que dejar el trabajo a consecuencia del dolor crónico sus problemas se agudizaron aun más ya que no dejaron de percibir este servicio de salud pero si se redujo su remuneración mensual a una pensión por invalidez o discapacidad.

Respecto a las limitaciones que se presentaron a partir del desarrollo de esta investigación fue la dificultad para hallar la muestra con los requerimientos necesarios para que las personas respondieran los instrumentos. Las características propias de la enfermedad y el hecho que varias personas disponían del tiempo justo para el viaje de regreso hasta su lugar de residencia, en algunos casos no permitieron la culminación de los cuestionarios requeridos. Cabe resaltar que el presente estudio al ser llevado a cabo en un hospital del seguro social denotaría limitaciones de infraestructura y las características particulares de una institución estatal. Además, la posición del servicio de psicología y el rol que cumple el psicólogo de la salud en la organización multidisciplinaria de las unidades de dolor, si bien en este caso particular no fueron una limitación, es importante considerarlo para el desarrollo adecuado de próximas investigaciones en diversos temas implicados en el dolor crónico.

En suma, nuestra propuesta supone reconocer y comprender la situación actual de miles de personas viviendo limitadas, solas o en el peor de los casos incapacitadas por el dolor crónico lo que evidentemente repercute en su calidad de vida. Es así, que nosotros como psicólogos debemos dirigirnos a posibilitar medios y programas estratégicos que permitan a los pacientes la realización de sus actividades y el disfrute de las mismas, a pesar de las interferencias de vivir con dolor (Fishman, 1992). Al ser el dolor uno de los motivos más frecuentes de consulta podemos confirmar la importancia

de tomar en cuenta que ciertos estilos de personalidad, rasgos y recursos emocionales influyen en aliviar o disminuir el dolor crónico, favoreciendo el desarrollo de sus actividades y posibilitar la manera de recobrar sus recursos personales para lograr de alguna forma una buena calidad de vida. Por ello, las intervenciones a nivel clínico deben ser logradas desde un equipo multidisciplinario que valore y evalúe al enfermo desde diferentes puntos de vista y sobre todo desde la propia percepción del paciente (López et al., 2004).

CONCLUSIONES

- El dolor sigue siendo un problema de índole biopsicosocial que afecta a gran parte de la población, genera sufrimiento y demanda adaptación.
- El dolor crónico por su carácter permanente obliga a diversos cambios de hábitos y estilos de vida que los sujetos deben afrontar, lo que implica un reajuste psicológico para los mismos.
- En muchos casos el dolor implica el miedo a sentirlo, lo que suele llevar a las personas a evitar actividades potencialmente productoras de dolor que con el paso del tiempo conduce a la reducción de estas, lo que afecta a todas las dimensiones de la calidad de vida.
- Los niveles de calidad de vida en la muestra de personas con dolor crónico se encontraron por debajo del promedio.
- La mayoría de personas que conformaron la muestra eran mujeres en edad adulta intermedia y con educación técnica.
- Se pudo observar que el mayor deterioro de calidad de vida se encontró en las áreas *Rol físico* y *Dolor corporal*.
- Los resultados nos muestran que las dimensiones *Rol físico* y *Rol emocional* de la calidad de vida presentaron polarizaciones es decir, en estas dimensiones una parte de la muestra tuvo puntajes muy bajos y otro grupo de la muestra presentó el puntaje máximo.
- La escala Vacilación del MIPS correlacionó con la variable propia del dolor, *tiempo de tratamiento*.
- No se hallaron correlaciones entre las dimensiones de Calidad de Vida del SF-36 y las variables socio demográficas según sexo, edad, estado civil, grado de instrucción y

lugar de procedencia, así como no se encontró relación con las variables propias del dolor: *tiempo con dolor y tiempo de tratamiento*.

- A pesar del importante deterioro de la calidad de vida que presenta la muestra de personas adultas, los resultados muestran que sólo la escala *Conformismo* del MIPS correlaciono con dos áreas de calidad de vida: *el Rol físico y la Función social* respectivamente lo cual se traduce como un indicador de conservación en estas dos dimensiones.
- Dado los resultados del estudio es posible concluir que las personas de la muestra tienden a salir adelante e intentar conservar en alguna medida su calidad de vida sobre todo en el área interpersonal a pesar de la situación de carencia y dificultades. Ello nos lleva a ingresar a un tema que está más allá del propósito del presente estudio, nos referimos al apoyo social y familiar que percibe el individuo con dolor crónico sobre todo en el contexto latinoamericano que a diferencia de personas en países desarrollados como E.U o Europa que con altos índices de dolor crónico cuentan con servicios médicos y económicos mas no con apoyo de amigos o familiares cercanos, es decir están solos en un contexto cultural diferente, lo que determina en gran parte sus parámetros de calidad de vida.

RECOMENDACIONES

- Si bien se han estudiado los aspectos que mantienen o incrementan el dolor, sería interesante abordar los factores o recursos internos y externos que favorecen la vivencia de una persona con dolor crónico.
- A pesar de las limitaciones de infraestructura y organización que se puedan presentar en un hospital del seguro social o del ministerio de salud, se sugiere que éste es el lugar más apropiado para reclutar a una muestra con dolor crónico ya que, cuentan con unidades especializadas en el mismo y donde recurren la mayor parte de la población con dolor crónico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, J., Prieto, L. & Antó J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C. y De la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111 (11), 410-416.
- Anarte, Ma., López, A., Ramírez C. y Esteve R. (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de psicología* 16, (2), 133-141.
- Anarte, Ma. T., Esteve, R., López, A., Ramírez C. y Camacho L. (2001). El rol de las cogniciones en la modulación del dolor: evaluación de creencias en pacientes con dolor crónico. *Revista Española de Neuropsicología* 3, (4), 46-62.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4a. ed., revisada)*. Washington, DC, EE. UU.
- Ashburn, M. A. y Staats, P. S. (1999). Tratamiento del dolor crónico. *The Lancet* (Ed. Esp.), 35 (4), 44-48.
- Ayuso-Mateos, J. L., Lasa, L. y Vázquez-Barquero, J. L. (1999). Validez interna y externa de la versión española del SF-36 [cartas científicas]. *Medicina Clínica* (Barcelona), 113, 37-38
- Badía, X. y Lizán, L. (2003). Estudios de calidad de vida. En A. Martín Zurro, J. F. Cano Pérez (Eds.) *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* Vol. 1, 5º ed., (pp. 250-261). Madrid, España: el Servier.
- Bakaikoa, M., Borrell, D., Fernández, V. y Semis, R. (2008). Protocolo de tratamiento psicológico grupal en una unidad del dolor. *Apuntes de psicología*, 26, (2), 341-348.
- Blanquer, A. (2003). El Dolor. Recuperado el 19 de enero de 2004, de <http://www.multiespais.com/qtm/dolor.html>
- Bonet, R. (2004). Dolor y Analgesia. En *Actualidad Profesional*, 23, (10).
- Bravo, P. A. y González-Duran, R. (2001). Valoración Clínica de los factores psicológicos que intervienen en el dolor lumbar crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8, 48-69.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- Bruce, J. (2007). *Nos habíamos choleado tanto*. Lima, Perú.

- Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J.C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. (Eds.), *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la salud*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Camacho, L. y Anarte, M.T. (2003). Creencias, Afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. *Psicothema*, 15, (3), 464-470.
- Carpio, C. (2000). *VII Seminario Internacional "Calidad de vida"*. Lima: Universidad San Martín de Porres (USMP).
- Carrillo, J. M., Collado, S., Rojo, N. y Staats, A. W. (2003). Personalidad, emociones y dolor [Versión electrónica], *Clínica y Salud*, 14 (1), 7- 25. Recuperado el 3 de octubre de 2005, de <http://www.hospitalarias.org/publiynoti/libros/articulo>.
- Casado, M.I., Moix, J. y Vidal, J. (2008). Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Clínica y salud*, 19, (3), 379-392.
- Casals, M. y Samper, D. (2004). Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio Impacto del tratamiento analgésico sobre la calidad de vida en algias) ITACA. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 11, 260-269.
- Castel-Bernal, B., García-Bardón, V. de F., & Tornero-Molina, J. (2006). Evaluación psicológica en el dolor crónico. I Simposio de Dolor en Reumatología [Número extra 1], *Reumatología Clínica*, 2, 44.
- Cerdá-Olmedo, G., Monsalve, V., Minguez, A., Valía, J.C. y de Andrés, J.A. (2000). Algoritmo de decisión para el tratamiento del dolor crónico: propuesta necesaria (I) [Versión electrónica], *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 7, 225-233.
- Chapman, C., Nakamura, Y., Flores, L (1999). Chronic pain and Consciousness: A constructivist perspective. En: R. J. Gatchel y D.C. Turk (Eds.). *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives*. New York, EE.UU.: The Guilford Press.
- Cookson, M. S., Duta S. C., Chang S. S., Clark T., Smith J. A. Jr., Wells N. (2003). Health related quality of life in patients treated with radical cystectomy and urinary diversion for urothelial carcinoma of the bladder: Development and validation of a new disease specific questionnaire. *Journal Urology*, 170,1926-30. Resumen recuperado el 09 de noviembre de 2007 de la base de datos Medline.
- Dagnino, J. (1994). Definiciones y clasificaciones del dolor. *Boletín de la Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile*, 23, 148-151.
- Dersh, J., Polantin, P. B. y Gatchel, R. J. (2002). Chronic pain and psychopathology: Research finding and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 64, 773-786.
- DiMatteo, R.M. (2002). *The Psychology of Health, Illness and Medical Care. An Individual Perspective*. California: Brooks/Cole Publishing Company

- Díaz, K. (2004). *Procrastinación crónica y estilos de personalidad*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Domínguez, B. (1998). *¿Qué es el dolor?* Lima: Universidad San Martín de Porres.
- Donker, F. (1999). *Tratamiento psicológico del dolor crónico*. En M.A Simón (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Duarte, R. (2005). Clasificación del dolor. En R. Kanner (Ed.). *Secretos del tratamiento de dolor*. Long Island Jewish Medical Center, México DF: Mc Graw-Hill Interamericana editores S.A.
- Elorza, G. J., Casas, R. y Casais, M. (1997). Cap. 13. Aspectos Psiquiátricos del dolor. En Torres (Ed.). *Tratamiento y conceptos generales del dolor*. Barcelona: Masson S. A.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona*, 73, 89-104.
- Fishman, B. (1992). Evaluación Psicosocial de los pacientes con dolor crónico. En K. Foley y R. Payne (Eds.). *Terapéutica del Dolor*. México, DF: Nueva Editorial Interamericana S. A. una división de McGraw-Hill, Inc.
- Gala, F. J., Lupiani, M., Guillén, C., Gómez, A. y Lupiani, S. (2003). Aspectos psicosociales del dolor [Versión electrónica], *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 66, 46-55. Recuperado el 23 de octubre 2005, de <http://www.hospitalarias.org/publiynoti/libros/articulos/163/art4htm>.
- Gamboa, F., Gómez, E., De Villar, E., Vega, J., Mayoral, L. y López, R. (2002). Valoración de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en una población de pacientes crónicos. *Calidad Asistencial*, 4, 213- 217.
- García, M. A., Mansilla, J.J., Nieto, E., Cereto, M. R., Salas, F., Vallejo M., y Martínez J. (2001 febrero). Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes infectados por VIH medida por el Cuestionario de Salud SF-36. *Anales de Medicina Interna*, 18, (2), 30-35.
- Gatchel, R. J. (1999). Perspectives on pain: A historical overview. En R. J. Gatchel & D. C. Turk (Eds.) *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives*. New York: The Guilford Press.
- Gatchel, R. J. y Weisberg (Eds.) (2000). Personality Characteristics of patients with pain. Resumen obtenido de, *The American Journal of Psychiatry*, Washington, 2002, 159, 336-337.

- Gatchel, R. J., Peng, Y., Peters, M., Fuchs, P. y Turk, D. (2007 jul.). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133, (4), 581-624.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Quiceno J., Martínez, K., Yepes, M. y Echevarría, C. (2006). Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Terapia psicológica*, 24 (1), 23-29.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, MF. y Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe, Universidad del Norte*, 20,50-75.
- González-Pérez, U. (2002, Jul.-Dic.). El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud (Versión electrónica), *Revista cubana de Salud Pública, Instituto Superior de la Habana*, 28 (2). Recuperado el 02 de octubre de 2006, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdf>
- Guic, E., Rebolledo, P., Galilea, E. y Robles, I. (2002). Contribución de factores psicosociales a la cronicidad del dolor lumbar [Versión electrónica], *Revista Médica de Chile*, 130 (12), 1411-1418. Recuperado el 02 de octubre de 2006, de <http://www.scielo.com.ch>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México DF.: Mc Graw-Hill Interamericana de México.
- Infante, P. (2002). *Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico*. Tesis para optar el título de Doctor en Psicología. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social.
- Infante, P., García, G., Moix, J., Cañellas, M. y Subirá, S. (2005). Personalidad y dolor crónico. *Psiquis*, 26 (3), 93-100.
- Institut Municipal d' Investigació Mèdica (IMIM). (2000). *Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 Health Survey*. Adaptación Española: Alonso J., Prieto L. y Anto J.M.
- Institut Municipal d' Investigació Mèdica (IMIM) (2007). *Descripción del instrumento. Cuestionario de Salud SF-36*. Versión española del cuestionario de salud SF-36 adaptada Alonso J., Prieto L., y Anto J.M.
- Kanner, R. (2005). (Ed.). Generalidades. En *Secretos del tratamiento de dolor*. Long Island Jewish Medical Center, México D. F.: Mc Graw-Hill Interamericana editores S. A.
- Kalsksztein, B. (2000). *La experiencia subjetiva de la enfermedad en un grupo de pacientes con esquizofrenia*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

- López, M. C., Sánchez de Enciso, M., Rodríguez, F. y Vázquez, S. (2004). El dolor lumbar crónico e hipertensión: relación con factores de personalidad. *Revista de la SEMG (Sociedad Española de Medicina General)*, 66, 415- 418.
- López, M. C., Sánchez de Enciso, M., Rodríguez, F. y Vázquez, S. (2007). Cavidol: Calidad de vida y dolor en atención primaria. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 14, (1), 9-19.
- Lugo, L., García, H. y Gómez, C. (2006 jul.-dic). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista de la Facultad Nacional Salud Publica*, 24, (2), 37-50.
- Márquez, L. (2000). *VII Seminario Internacional "Calidad de vida"*. Lima: Universidad San Martín de Porres.
- Martin-Aragón, M., Pastor, M.A., Lledó, A., López-Roig, S., Terol, M.C. y Rodríguez-Marín, J. (2001). Percepción de control en el síndrome fibromialgico: variables relacionadas. *Psicothema*, 13, (4), 586-591.
- Millán, A. y Bernal, J. (2006). Tratamientos de medicina psicosomática para el dolor crónico benigno. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV (Suppl.), 125- 139.
- Millon, T. (1ª Ed.) (1997). *MIPS Inventario Millon de Estilos de Personalidad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Millon, T. (1999). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM IV (2º ed.)*. Barcelona, España: Masson S. A
- Millon, T. (2001). *Inventario de Estilos de Personalidad de Millon*. Adaptación española: M. P. Sánchez-López, Díaz, M. E. Aparicio. Madrid TEA ediciones.
- Miro, J. (1993). Dolor Crónico y MMPI: una revisión selectiva desde la perspectiva clínica. *Psiquis*, 14 (9), 27-33.
- Miró, J. (1997). Evolución del concepto de dolor. Un análisis histórico. *Boletín de Psicología*, 56, 7-24.
- Moix, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología*, 36, (1), 37-60.
- Molinero, L. (1998). Cuestionarios de Salud. *Asociación de la Sociedad española de Hipertensión*, 20, 101-106.
- Moncada, L., Gallardo, I., Aguilar, I., Conejan, C., Dreyer, E. y Rojas, G. (2009). Bruxòmanos presentan un estilo de personalidad distintivo. *Rev. Chilena neuro-psiquiàtrica*, 47, (2), 105-113.
- Monés, J. (2004). ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cirugía Española*, 76, (2), 71-77.

- Monsalve, V., Gómez-Carretero, P. y Soriano, J. (2006). Intervención psicológica en dolor oncológico: un estudio en revisión. *Psicooncología*, 3, (1), 139-152.
- Moreano, L. (2006). *Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en Adolescentes universitarios*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Moreno, N. (2005). Psiquiatría y dolor crónico no terminal. En J. J. Hernández y C. Moreno (Eds.), *Medicina del Dolor*. Bogotá, Colombia: Centro Editorial Universidad del Rosario.
- Morris, D. B. (1993). *La cultura del dolor*. Los Angeles, California, EE. UU.
- Morris, D. B. (1999). Socio cultural and religious meanings of pain. En R.J. Gatchel y D. C. Turk (Eds.). *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives*. New York: The Guilford Press.
- Nasio, J. D. (1999). *El libro del dolor y del amor*. Barcelona: Gedisa S.A.
- Nava, T. (2008). *Prevalencia del dolor crónico en mujeres de la zona Metropolitana de Monterrey*. México: Instituto Estatal de las mujeres. Nuevo León.
- Nieto-Munuera, J., Abad M.A., Esteban, M. y Tejerina, M. (2004). *Psicología para ciencias de la salud*. Madrid Interamericana Mc Graw-Hill.
- Papalia, D. (2005). *Desarrollo Humano*. Mc Graw-Hill. 9º ed.
- Paredes, M. (2003). *Calidad de vida y soporte social en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Paredes, R. H. (2005). *Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Pelechano, V. (2005 julio). Dolor crónico, personalidad y trastornos de personalidad. *Boletín de psicología*, 84, 59-76.
- Pellicer, G. (1997). Conceptos históricos y teorías sobre el dolor. *Salud Mental*, 20, (1), 56-61. [Resumen]. Recuperado el 19 de enero de 2004 de la base de datos Psicodoc.
- Pérez, J. (2008, 3 set. 2008). Temas de dolor: Dolor Neuropático. Recuperado el 28 de mayo de 2009, del sitio web de la Clínica de la Universidad de Navarra: <http://www.cun.es/areadesalud/areas/dolor/temas-sobre-dolor/dolor-neuropático/>

- Permanyer, C., Brotons C., Ribera, A., Alonso, J., Cascant, P. y Moral, I. (2001 mayo). Resultados después de cirugía coronaria: determinantes de calidad de vida relacionada con la salud postoperatoria. *Cardiopatía Isquémica*, 54, (5), 607-616.
- Portenoy, R. (2005). Dolor Neuropático. En R. Kanner, (Ed.). *Secretos del tratamiento de dolor*. Long Island Jewish Medical Center. México DF: Mc Graw-Hill Interamericana editores S.A.
- Ramírez, C., Esteve, R. y López, A. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico [Versión electrónica], *Anales de Psicología (Servicio de publicaciones de la Univ. de Murcia)*, 17 (1), 129-137.
- Rebolledo, P. (2002). Afectos negativos y dolor en enfermedades músculo-esqueléticas. *Reumatología*, 18 (2), 39-45.
- Remor, E. (2002, julio-agosto). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH [Versión electrónica], *Atención Primaria*, 30 (3), 143-149.
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2, supl 1, 55-66.
- Robles, R. (2004). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En L.Oblitas (Coord) *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thompson.
- Rodríguez, M., Castro, M. y Merino, J. M. (2005, diciembre). Calidad de vida en pacientes hemodializados. *Ciencia y Enfermería*, 11 (2), 47-57, Concepción. Recuperado el 16 de mayo de 2006, de [http:// www.scielo.com.ch](http://www.scielo.com.ch)
- Rodríguez-Marín, J. (1992). Factores psicológicos en el dolor crónico. *Medicina Clínica*, Barcelona, 99, 571-574.
- Rojas, G., Fritsch, R., Solís, J., Gonzales, M., Guajardo, V. y Araya, R. (2006). Calidad de vida de mujeres deprimidas en el postparto. *Revista Médica de Chile*, 134, (6), 712-720.
- Romero, J. (2000). Psicología de la salud y calidad de vida o psicopatología y temor a enfermar. *Revista de Psicología Liberabit de la Universidad San Martín de Porres*, 6 (6), 53-59.
- Sadigh, M. (1998). Chronic pain and personality disorders: Implications for rehabilitation practice. *Journal of Rehabilitation*, 64 (4), 4-9.
- Sánchez, R. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Revista Psico-USF*, 8, 163-173.

- Sánchez-López, M. P. y Aparicio, M. E. (1998). El Inventario Millón de Estilos de Personalidad: Su fiabilidad y validez en España y Argentina. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 4 (2), 87-110.
- Sánchez-López, M. P., Thorne, C., Martínez, P., Niño de Guzmán, y Argumedo, D. (2002). Adaptación del Inventario de Estilos de Personalidad de Millon en una población universitaria peruana. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 20 (1), 27- 53.
- Schwartzmann, L., Olaizola, I., Guerra, A., Dergazarian, S. Francolino, C. Porley, G., et al. (1999, agosto). Validación de un instrumento para medir calidad de vida en hemodiálisis crónica: Perfil de impacto de enfermedad (SIP). *Revista Médica del Uruguay*, 15 (2), 103-109.
- Schwartzmann, L. (Dic. 2003). Calidad de Vida Relacionada a la Salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia Enfermería*, 9 (2), 9-21. Recuperado el 18 de julio 2007, en el World Wide Web <http://www.scielo.ch/cielo.php>
- Song, S. y Carr, D. (Jul. / Dic. 1999). Dolor y memoria. *Boletín del Dolor ASPED (Asociación Peruana para el Estudio del Dolor)*, 3 (5), 6-8.
- Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J.F. y de Andrés, J. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia [Versión electrónica], *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 11, 353-359.
- Soucase, B., Soriano, J. y Monsalve, V. (2005). Influencia de los procesos mediadores en la adaptación al dolor crónico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (2), 227-241.
- Thornton, D. y Silverman, J. (2005). Valoración psicológica de pacientes con dolor. En R. Kanner (Ed.), *Secretos del tratamiento de dolor*. Long Island Jewish Medical Center, México, DF.: Mc Graw-Hill Interamericana editores S.A.
- Tobon, S., Vinaccia, S. y Sandin, B. (2003). Estrés psicosocial y factores psicológicos en la dispepsia funcional. *Anales de psicología*, 2, 223-234.
- Turk, D. y Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, (3), 678-690.
- Van Egmond, J. y Kummeling, I. (2002). La ganancia secundaria afecta a la evolución de la terapia: comprensión insuficiente de un área. *Europe Psychiatry*, 9, 294-303.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Alonso, J., et al. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 versión española: Una década de experiencias y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19, 135-150. Recuperado el 29 de junio de 2005, de [http:// www.edicionesdoyma.com](http://www.edicionesdoyma.com)

- Vinaccia, S., Fernández, H., Amador, O., Tamayo, R., Vásquez, A., Contreras, F., et al. (2005a). Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. *Terapia Psicológica. Sociedad chilena de psicología clínica*, 23, (2), 65-74.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. y Zapata, M. (2005b). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud, Universidad Veracruzana, Mexico*, 15, (2), 207-220.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Escobar, Calle, Andrade, Contreras, F., Tobón, S. (2006a). Calidad de vida y conducta de enfermedad en diabetes Mellitus tipo II. *Suma Psicológica*, 13, (1), 15-31.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Zapata, C., Obesso, S. y Quintero, C. (2006b). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Psicología desde el Caribe, Universidad del Norte*, 18, 89-108.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Gaviria, A., Dey-Garzón, M. (2008). Calidad de vida relacionada a la salud en adultos diagnosticados con epilepsia. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 13, (2), 85-96.
- Ware, J. E. y Sherbourne C. D. (2000). Cuestionario de Salud SF-36. Adaptación Española: Alonso, J., Prieto, L., y Anto, J.M. Barcelona: IMIM.
- Weisberg, J. N. & Keefe, F. J. (1999). Personality individual differences and psychopathology in chronic pain. En R. J. Gatchel & D. C. Turk (Eds.). *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives*. New York: The Guilford Press.
- Zuñiga, M., Carrillo, G., Fos, P., Gandek, B. y Medina, M. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud pública de México*, 41, (2), 110-118.

ANEXO A
FICHA DE DATOS DEMOGRÁFICOS

HOSPITAL DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE TERAPIA DEL DOLOR

INVESTIGACION EN PSICOLOGIA
FICHA DE DATOS

NOMBRE:

EDAD:

SEXO: FEM. MAS.

ESTADO CIVIL:

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

OCUPACION:

DISTRITO O PROVINCIA:

COMPOSICION FAMILIAR:

DIAGNOSTICO MEDICO:

TIEMPO DE ENFERMEDAD: (¿Desde cuándo tiene el dolor?, ¿En qué parte del cuerpo?,
¿Sabe por qué tiene ese dolor?)

CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO: (¿Desde cuándo viene a Terapia del dolor?, ¿Qué
cosas ha dejado de hacer por el dolor?, ¿Siente que su ánimo ha cambiado desde que tiene ese
dolor?)

ANEXO B
CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF- 36

Iniciales del paciente :

Fecha :

Servicio :

Hospital :

INSTRUCCIONES

Por favor, lea cuidadosamente estas instrucciones antes de empezar. Este cuestionario contiene una lista de preguntas que se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

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

3a. 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

3b. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, practicar algún deporte o caminar más de una hora?

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

3c. Su salud actual, ¿le limita coger o llevar la bolsa de compras?

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

3d. Su salud actual, ¿le limita **subir varios pisos** por la escalera?

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

3e. 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

3f. 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

3g. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro** (10 cuadras) o más?

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

3h. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias cuadras** (varios centenares de metros o menos de 10 cuadras)?

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

3i. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola cuadra** (unos 100 metros)?

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

3j. 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

4a. 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

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

1 — Sí

2 — No

4c. 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

4d. 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

5a. 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

5b. 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

5c. 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

6. 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

7. 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

8. 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.

9a. 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

9b. 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

9c. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió tan desmoralizado que nada podía animarle?.

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

9d. 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

9e. 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

9f. 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

9g. 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

9h. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

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

9i. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

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

10. 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 VERDADERA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES

11a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente verdadera
- 2 Bastante verdadera
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

11b. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente verdadera
- 2 Bastante verdadera
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

11c. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente verdadera
- 2 Bastante verdadera
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

11d. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente verdadera
- 2 Bastante verdadera
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

ANEXO C

El Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS)

INSTRUCCIONES:

Por favor, lea cuidadosamente estas instrucciones antes de empezar. Luego marque todas sus contestaciones en la Hoja de respuestas.

Este cuestionario contiene una lista de frases. Lea cada frase con atención y piense si lo que dice describe o no su forma de ser. Si usted está de acuerdo con ella, marque su respuesta en V (verdadero). Si usted está en desacuerdo, piense que no describe su forma de ser, marque F (falso) en la Hoja de respuestas.

Vea los ejemplos E1 y E2 que vienen aquí debajo y como se ha contestado a la derecha:

Items	V	F
E1.- Me gustaría pilotear una nave espacial		x
E2.- A la hora de vestirme prefiero los tonos oscuros.	x	

La persona que ha contestado a estos ejemplos ha indicado que es falso (F) que a ella le guste pilotear una nave espacial; pero es verdadero (V) que prefiere los tonos oscuros a la hora de vestirse. Como verá, no hay respuestas " correctas" ni " incorrectas"; por tanto, trate de ser lo más sincero posible.

Anote una respuesta a todas las frases y asegúrese de que marca cada respuesta en la línea correspondiente a la misma frase y en la opción (V o F) que mejor se ajusta a su manera de ser. Intente decidirse siempre por una de estas dos opciones, procurando no dejar ninguna respuesta sin contestar.

Items	V	F
1.- Soy una persona tranquila y colaboradora.		
2.- Siempre he hecho lo que he querido y he aceptado las consecuencias.		
3.- Me gusta ser la persona que asume el control de las cosas.		
4.- Tengo una manera habitual de hacer las cosas, con lo que evito equivocarme.		
5.- Contesto las cartas el mismo día que las recibo.		
6.- A veces me las arreglo para arruinar las cosas buenas que me pasan.		
7.- Ya no me entusiasman tantas cosas como antes.		
8.- Preferiría ser un seguidor más que un líder.		
9.- Me esfuerzo por llegar a ser popular.		
10.- Siempre he tenido talento para tener éxito en lo que hago.		
11.- Con frecuencia me doy cuenta de que he sido tratado injustamente.		
12.- Me siento incómodo cuando me tratan bien.		
13.- Con frecuencia me siento tenso en situaciones sociales.		
14.- Creo que la policía abusa del poder que tiene.		
15.- Algunas veces he tenido que ser bastante brusco con la gente.		
16.- Los niños deben obedecer siempre las indicaciones de sus mayores.		
17.- A menudo me molesta la forma en que se hacen las cosas.		
18.- A menudo espero que me pase lo peor.		
19.- No me importaría tener pocos amigos.		
20.- Soy tímido a inhibido en situaciones sociales.		
21.- Aunque esté en desacuerdo, por lo general, dejo que la gente haga lo que quiera.		
22.- Es imposible pretender que las personas digan siempre la verdad.		
23.- Puedo hacer comentarios desagradables si considero que las personas se los merecen.		
24.- Me gusta cumplir con lo establecido y hacer lo que se espera de mí.		
25.- Muy poco de lo que hago es valorado por los demás.		
26.- Casi todo lo que intento hacer me resulta fácil.		
27.- Últimamente me he convertido en una persona más encerrada en mí mismo.		
28.- Tiendo a hacer un drama de las cosas que me pasan.		
29.- Siempre trato de hacer lo que es correcto.		
30.- Dependo poco de la amistad de los demás.		
31.- Nunca he estado estacionado durante más tiempo del que un parquímetro establecía como límite.		
32.- Los castigos nunca me han impedido hacer lo que he querido.		
33.- Me gusta organizar todas las cosas hasta en sus mínimos detalles.		
34.- A menudo los demás logran irritarme.		
35.- Jamás he desobedecido las indicaciones de mis padres.		
36.- Siempre logro conseguir lo que quiero aunque tenga que presionar a los demás.		

Ítemes	V	F.
37.- Nada es más importante que proteger la reputación personal.		
38.- Los demás tienen mejores oportunidades que yo.		
39.- Ya no expreso lo que realmente siento.		
40.- Es imposible que lo que tengo que decir interese a los demás.		
41.- Me esfuerzo por conocer gente interesante y tener aventuras.		
42.- Me tomo con poca seriedad muchas de las responsabilidades que tengo.		
43.- Soy una persona dura, nada sentimental.		
44.- Pocas cosas en la vida pueden conmoverme.		
45.- Me pone muy nervioso el tener que conocer y conversar con gente nueva.		
46.- Soy una persona colaboradora que cede ante los demás.		
47.- Actúo en función del momento, dependiendo de las circunstancias.		
48.- Primero planifico y luego sigo activamente el plan trazado.		
49.- A menudo me he sentido inquieto con ganas de irme a cualquier parte.		
50.- Lo mejor es controlar nuestras emociones.		
51.- Desearía que la gente no me culpara a mí cuando algo sale mal.		
52.- Probablemente soy mi peor enemigo.		
53.- Tengo muy pocos lazos afectivos fuertes con otras personas.		
54.- Me siento intranquilo con personas que no conozco muy bien.		
55.- Es correcto tratar de burlar la ley sin dejar de cumplirla.		
56.- Hago mucho por los demás pero ellos hacen poco por mí.		
57.- Siempre he creído que los demás no tienen buena opinión de mí.		
58.- Tengo mucha confianza en mí mismo.		
59.- Sistemáticamente ordeno mis papeles y materiales de trabajo.		
60.- Mi experiencia me ha enseñado que las cosas buenas duran poco.		
61.- Algunos dicen que me gusta hacerme la víctima.		
62.- Me siento mejor cuando estoy solo.		
63.- Me pongo más tenso que los demás frente a situaciones nuevas.		
64.- Siempre trato de evitar las discusiones, por más que esté convencido de tener razón.		
65.- Busco situaciones novedosas y excitantes para mí.		
66.- Hubo épocas en que mis padres tuvieron problemas por mi comportamiento.		
67.- Siempre terminé mi trabajo antes de descansar.		
68.- Otros consiguen cosas que yo no logro.		
69.- A veces siento que merezco ser infeliz.		
70.- Espero que las cosas sigan su curso antes de decidir que hacer.		
71.- Procuro ocuparme más de los demás que de mí mismo.		
72.- A menudo creo que mi vida va de mal en peor.		
73.- El sólo hecho de estar con otras personas me hace sentir inspirado.		

Items	V	F
74.- Cuando manejo siempre estoy atento a las señales sobre límites de velocidad y procuro no excederme.		
75.- Uso mi cabeza y no mi corazón para tomar decisiones.		
76.- Generalmente suelo guiarme de mis intuiciones más que por la información que tengo sobre algo.		
77.- Jamás envidio los éxitos de los demás.		
78.- En el colegio me gustaban más los cursos prácticos que los teóricos.		
79.- Planifico las cosas con anticipación y actúo enérgicamente para que mis planes se cumplan		
80.- Mi corazón controla mi cerebro.		
81.- Siempre puedo ver el lado positivo de la vida.		
82.- A menudo espero que alguien solucione mis problemas.		
83.- Hago lo que quiero, sin pensar cómo va a afectar a los otros.		
84.- Reacciono con rapidez ante cualquier situación que pueda llegar a ser un problema para mí.		
85.- Sólo me siento una buena persona cuando ayudo a los demás.		
86.- Si algo sale mal, aunque no sea importante, se me arruina todo el día.		
87.- Disfruto más de mis fantasías que de la realidad cotidiana.		
88.- Me siento satisfecho dejando que las cosas ocurran.		
89.- Trato de ser más lógico que emocional.		
90.- Prefiero las cosas que se pueden ver y tocar antes que las que sólo se imaginan.		
91.- Me resulta difícil conversar con alguien que acabo de conocer.		
92.- Ser afectuoso es más importante que ser frío y calculador.		
93.- Las predicciones sobre el futuro son más interesantes para mí que los hechos del pasado.		
94.- Me resulta fácil disfrutar de las cosas.		
95.- Me siento incapaz de influir en el mundo que me rodea.		
96.- Vivo según mis propias necesidades y no basado en las de los demás.		
97.- Nunca espero que las cosas pasen, hago que sucedan como yo quiero.		
98.- Evito contestar bruscamente cuando estoy molesto.		
99.- La necesidad de ayudar a otros guía mi vida.		
100.- A menudo me siento muy tenso, a la espera de que algo salga mal.		
101.- Ni siquiera siendo adolescente intenté copiar en un examen.		
102.- Siempre soy frío y objetivo en el trato con los demás.		
103.- Prefiero aprender a manejar un aparato antes que especular sobre por qué funciona de ese modo.		
104.- Soy una persona difícil de conocer bien.		

Ítemes	V	F
105.- Paso mucho tiempo pensando en los misterios de la vida.		
106.- Es fácil para mí controlar mis estados de ánimo.		
107.- Soy algo pasivo y lento en temas relacionados con la organización de mi vida.		
108.- Hago lo que quiero sin importarme el complacer a otros.		
109.- Jamás haría algo malo, por más fuerte que sea la tentación de hacerlo.		
110.- Mis amigos y mis familiares recurren a mí en primer lugar para encontrar afecto y apoyo.		
111.- Aunque todo esté bien, generalmente pienso que va a pasar lo peor.		
112.- Planifico y organizo con cuidado mi trabajo antes de empezar a hacerlo.		
113.- Soy impersonal y objetivo al tratar de resolver un problema.		
114.- Soy una persona realista a la que no le gustan las especulaciones.		
115.- Algunos de mis mejores amigos desconocen lo que realmente siento.		
116.- La gente piensa que soy una persona más racional que afectiva.		
117.- Mi sentido de la realidad es mejor que mi imaginación.		
118.- Primero me preocupo por mí y después de los demás.		
119.- Dedico mucho esfuerzo para que las cosas me salgan bien.		
120.- Siempre mantengo la compostura, sin importar lo que esté pasando.		
121.- Demuestro mucho afecto hacia mis amigos.		
122.- Muy pocas cosas me han salido bien.		
123.- Me gusta conocer gente nueva y saber cosas sobre sus vidas.		
124.- Puedo ignorar aspectos emocionales y afectivos en mi trabajo.		
125.- Prefiero ocuparme de realidades y no de posibilidades.		
126.- Necesito mucho tiempo para poder estar a solas con mis pensamientos.		
127.- Los sentimientos son más importantes que la lógica de la mente.		
128.- Me gustan más los soñadores que los realistas.		
129.- Soy más capaz que los demás de reírme de los problemas.		
130.- Es poco lo que puedo hacer, así que prefiero esperar a ver que pasa.		
131.- Nunca me pongo a discutir, aunque esté muy enojado.		
132.- Expreso lo que pienso de manera franca y abierta.		
133.- Me preocupo por el trabajo que hay que realizar y no por lo que siente la gente que participa en su realización.		
134.- Para mí lo ideal sería trabajar con ideas creativas.		
135.- Soy el tipo de persona que no se toma la vida muy en serio, prefiero ser más espectador que actor.		
136.- Me desagrada depender de alguien en mi trabajo.		
137.- Trato de asegurar que las cosas salgan como yo quiero.		
138.- Disfruto más de las realidades concretas que de las fantasías.		

Items	V	F
139.- Muchas cosas sin importancia me ponen de mal humor.		
140.- Aprendo mejor observando y hablando con la gente.		
141.- No me satisface dejar que las cosas sucedan y simplemente contemplarlas.		
142.- No me atrae conocer gente nueva.		
143.- Pocas veces sé como mantener una conversación.		
144.- Siempre tengo en cuenta los sentimientos de las personas.		
145.- Confío más en mis intuiciones que en mis observaciones.		
146.- Trato de no actuar hasta saber que van a hacer los demás.		
147.- Me gusta tomar mis propias decisiones, evitando los consejos de los otros.		
148.- Muchas veces me siento muy mal sin saber por qué.		
149.- Me gusta ser popular y participar en muchas actividades sociales.		
150.-Raramente cuento a otro lo que pienso.		
151.- Me entusiasman casi todas las actividades que realizo.		
152.- Para mí es una práctica constante depender de mí mismo y no de otros.		
153.- La mayor parte del tiempo la dedico a organizar lo que tengo que hacer.		
154.- No hay nada mejor que el afecto que se siente estando en medio del grupo familiar		
155.- Algunas veces estoy tenso o deprimido sin saber por qué.		
156.- Disfruto conversando sobre temas o sucesos místicos.		
157.- Decido cuales son las cosas prioritarias y luego actúo firmemente para poder lograrlas.		
158.- No dudo en orientar a las personas hacia lo que yo creo que es mejor para ellas.		
159.- Me siento orgulloso de ser eficiente y organizado.		
160.- Realmente me desagradan las personas que se convierten en líderes sin razones que lo justifiquen.		
161.- Soy ambicioso en mis metas.		
162.- Sé cómo agradar a la gente.		
163.- La gente puede confiar en que voy a hacer bien mi trabajo.		
164.- Los demás me consideran una persona más afectiva que racional.		
165.- Estaría dispuesto a trabajar mucho tiempo para poder llegar a ser alguien importante.		
166.- Me gustaría mucho poder vender nuevas ideas o productos a la gente.		
167.- Generalmente logro convencer a los demás para que hagan exactamente lo que yo quiero.		
168.- Me gustan los trabajos en los que hay que prestar mucha atención a los detalles.		
169.- Soy muy introspectivo, siempre trato de entender mis pensamientos y emociones.		
170.- Confío mucho en mis habilidades sociales.		
171.- Evaluó las situaciones rápidamente y luego actúo para que las cosas salgan como yo quiero.		

Items	V	F
172.- En una discusión soy capaz de convencer a casi todos para que apoyen mi posición.		
173.- Soy capaz de llevar a cabo cualquier trabajo, pese a los obstáculos que puedan presentarse.		
174.- Como si fuera un buen vendedor, puedo influir con éxito sobre los demás con modales agradables.		
175.- Conocer gente nueva es un objetivo importante para mí.		
176.- Al tomar decisiones creo que lo más importante es pensar en el bienestar de la gente involucrada.		
177.-Tengo paciencia para realizar trabajos que requieren mucha precisión.		
178.- Mi imaginación es superior a mi sentido de la realidad.		
179.- Estoy motivado para llegar a ser uno de los mejores en mi campo de trabajo.		
180.- Tengo un comportamiento que logra ganarme la aprobación de la gente.		

ANEXO D
TABLA QUE MUESTRAN LAS COMPARACIONES ENTRE LAS VARIABLES DE ESTUDIO Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE ENFERMEDAD NO SIGNIFICATIVAS

Tabla A: Comparación de Medias entre las Dimensiones de Calidad de Vida según la variable sexo

	Hombre n=8		Mujer n=21		U-Mann Whitney	
	M	D.E	M	D.E	U	p
Función Física	64,4	31,7	41,9	24,5	-1,639	0,101
Rol Físico	40,6	49,9	26,2	39,1	-0,796	0,426
Dolor Corporal	41,4	22,1	32,0	23,8	-1,033	0,302
Salud General	37,8	15,8	42,8	13,0	-0,787	0,431
Vitalidad	40,6	14,5	41,4	19,8	-0,368	0,713
Función Social	53,1	14,6	44,0	21,9	-1,256	0,209
Rol Emocional	50,0	47,1	41,3	44,6	-0,521	0,603
Salud Mental	50,5	14,6	52,2	21,5	-0,466	0,641

N=29

Tabla B: Comparación de Medias entre las Dimensiones de la Calidad de Vida según la variable de edad

	De 20 a 40años n=8		De 41 a 60 años n=21		U-Mann Whitney	
	M	D.E	M	D.E	U	p
Función Física	61,9	33,8	42,9	24,4	-1,321	0,200
Rol Físico	21,9	41,1	33,3	42,8	-0,934	0,429
Dolor Corporal	38,9	27,3	32,9	22,2	-0,517	0,615
Salud General	47,0	17,2	39,2	11,9	-1,206	0,237
Vitalidad	45,0	20,7	39,8	17,5	-0,860	0,401
Función Social	54,7	23,1	43,5	18,8	-1,128	0,301
Rol Emocional	50,0	47,1	41,3	44,6	-0,521	0,649
Salud Mental	60,0	19,4	48,6	19,2	-1,299	0,200

N=29 p<0,05

Papalia 2005: Adulta Temprana 20-40 y Adulta Intermedia 40-60

Tabla C: Comparación de Medias entre las Dimensiones de la Calidad de Vida según la variable estado civil

	Soltero (N =4)		Casado/ Conviviente (N =21)		Separado /Viudo (N =4)		Kruskal Wallis	
	M	D.E	M	D.E	M	D.E	Z	p
Función Física	55,0	28,0	47,4	30,8	45,0	10,8	0,216	0,898
Rol Físico	25,0	35,4	31,0	46,0	31,3	31,5	0,463	0,793
Dolor Corporal	39,5	15,0	30,2	23,1	52,5	26,6	3,531	0,171
Salud General	50,5	10,4	40,5	14,2	36,8	12,5	2,557	0,278
Vitalidad	47,5	6,5	41,4	19,0	33,8	22,9	1,131	0,568
Función Social	50,0	20,4	44,6	21,9	53,1	12,0	0,882	0,643
Rol Emocional	75,0	50,0	38,1	42,5	41,7	50,0	2,204	0,332
Salud Mental	61,0	10,5	49,0	20,4	57,0	22,7	1,269	0,530

N=29 p<0,05

Tabla D: Comparación de Medias entre las Dimensiones de la Calidad de Vida y la variable grado de instrucción

	Secundaria (N=4)		Técnica (N=17)		Superior (N=8)		Kruskal Wallis	
	M	D.E	M	D.E	M	D.E	Z	p
Función Física	47,5	33,3	40,0	27,5	65,6	20,6	5,321	0,070
Rol Físico	43,8	51,5	22,1	39,4	40,6	44,2	1,910	0,385
Dolor Corporal	47,0	25,1	27,9	20,1	42,5	26,9	3,521	0,172
Salud General	32,5	11,9	39,9	10,9	48,9	17,4	3,680	0,159
Vitalidad	48,8	12,5	36,2	18,7	48,1	17,7	2,444	0,295
Función Social	56,3	7,2	40,4	18,0	54,7	25,8	4,891	0,087
Rol Emocional	58,3	41,9	29,4	40,6	66,7	47,1	4,148	0,126
Salud Mental	55,0	18,6	48,2	17,6	57,5	24,7	1,189	0,552

N=29 p<0,05

Tabla E: Comparación de Medias entre las Dimensiones de la Calidad de Vida y la variable lugar de procedencia

	Lima metropolitana (N=16)		Provincias (N=7)		U-Mann Whitney	
	M	D.E	M	D.E	U	P
Función Física	48,1	28,2	57,9	34,1	-0,670	0,503
Rol Físico	26,6	41,3	39,3	45,3	-0,817	0,414
Dolor Corporal	31,5	16,6	36,7	29,1	-0,405	0,685
Salud General	40,8	14,2	40,3	16,8	-0,202	0,840
Vitalidad	36,9	18,2	38,6	19,9	-0,269	0,788
Función Social	46,1	21,3	46,4	17,3	-0,036	0,971
Rol Emocional	41,7	46,4	47,6	50,4	-0,363	0,717
Salud Mental	50,5	21,9	49,7	14,8	-0,134	0,893

N=29 p<0,05

Tabla F: Comparación de Medias entre las Dimensiones de Calidad de Vida y la variable Tipos de Dolor

Dimensiones de Calidad de Vida	Somático		Neuropático		Somato-neuropático		Viscera	Somato-Morfo	Kruskall Wallis	
	M	D. E	M	D. E	M	D. E	M	M	H	p
Función Física	51,8	31,4	52,3	27,1	38	27,5	20	40	0,61	0,74
Rol Físico	31,8	44,9	29,6	38,4	40	54,8	0	0	0,19	0,91
Dolor Corporal	33,5	29,1	40,4	21,9	27,2	17,1	32	22	1,26	0,53
Salud General	39,2	13,2	41,3	14,7	47,8	16,2	35	40	0,92	0,63
Vitalidad	45	18,3	39,6	15,2	41	27,3	40	20	1,39	0,49
Función Social	48,9	20,5	47,7	18,4	47,5	27,1	25	25	0,22	0,89
Rol Emocional	39,4	44,3	57,6	42,4	40	54,8	0	0	1,09	0,58
Salud Mental	53,5	17,9	53,1	14,1	50,4	34,5	52	24	0,06	0,97

N=29 p<0,05

Dimensiones de Calidad de Vida y las variables propias del Dolor

Tabla G: Correlación entre las Dimensiones de Calidad de Vida y las variables propias del dolor: Tiempo con dolor y Tiempo de tratamiento

Dimensiones de Calidad de Vida	de Tiempo con Dolor (en años)	Tiempo de tratamiento (en meses)
	r	r
Función física	0,096	-0,099
Rol físico	0,034	-0,025
Dolor corporal	0,018	0,210
Salud general	-0,306	-0,101
Vitalidad	-0,151	0,145
Función Social	0,025	0,076
Rol emocional	0,055	0,056
Salud mental	-0,168	0,024

N=29 p<0,05

Escala de Estilos de Personalidad y las variables propias del Dolor

Tabla H: Correlaciones entre las escalas de los Estilos de Personalidad y el Tiempo con Dolor

Escala MIPS	Tiempo con dolor (años)	
	r	p
Metas Motivacionales		
1A. Apertura	-0.249	0.193
1B. Preservación	0.113	0.560
2A. Modificación	0.090	0.643
2B. Acomodación	0.021	0.916
3A. Individualismo	0.086	0.659
3B. Protección	0.095	0.624
Modos Cognitivos		
4A. Extraversión	-0.077	0.691
4B. Introversión	0.076	0.695
5A. Sensación	-0.004	0.985
5B. Intuición	-0.170	0.378
6A. Reflexión	0.021	0.913
6B. Afectividad	0.083	0.669
7A. Sistematización	0.158	0.414
7B. Innovación	-0.092	0.636
Comportamientos Interpersonales		
8A. Retraimiento	-0.036	0.855
8B. Comunicatividad	0.027	0.890
9A. Vacilación	0.304	0.109
9B. Firmeza	0.012	0.952
10A. Discrepancia	0.120	0.534
10B. Conformismo	0.087	0.654
11A. Sometimiento	0.131	0.498
11B. Control	0.038	0.844
12A. Insatisfacción	0.158	0.412
12B. Concordancia	-0.025	0.899

N=29 p<0,05

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto libre y voluntariamente, sin ningún tipo de coerción de por medio, ser participante del Proyecto de investigación que conduce la bachiller de psicología Gabriela Salas La Torre con el respaldo del Responsable de investigación de la Unidad de Terapia del Dolor.

Entiendo que el propósito de la investigación es el de entender mejor el dolor crónico y orientar mejor mi tratamiento. También entiendo que si participo en el proyecto, me van a preguntar aspectos relacionados a como me siento, como pienso y que cosas hago en situaciones que me generan malestar.

Se me ha explicado que voy a llenar dos cuestionarios y que la sesión durara una hora.

Se me ha explicado que las respuestas a los cuestionarios son de carácter confidencial y que nadie tendrá acceso a ellas, al igual que mis datos personales.

Entiendo que los resultados de la investigación serán presentados de manera grupal, no individual, por lo que no se mencionaran mis datos personales ni mis respuestas en ningún momento.

Si tengo cualquier duda, puedo comunicarme al correo salsa.gg@pucp.edu.pe

He leído y entiendo este consentimiento informado.

Fecha:

Firma