

CALIDAD DE VIDA Y VALORACIÓN DEL DOLOR: ¿DEPENDE LA CALIDAD DE VIDA DEL TIPO DE DOLOR?

Soriano J*, Monsalve V**, Gómez-Carretero P***.

Universidad de Valencia

jose.f.soriano@uv.es

In the last decades the concept of Quality of Life (QoL) is being used more and more as the control of the effect of the disease and the perceived benefit of the treatments. In the field of chronic pain, the existence of different profiles of QoL has been considered; nevertheless, literature does not emphasize the importance of the appraisal in this process. In this study we try to verify if the distinction between the kind of pain (somatic pain versus neuropathic pain) is sufficient criteria when distinguishing the QoL of the patient, and to verify the role of the appraisal as mediating process between the symptom and the affection in the same one. The sample was 138 randomized patients from the Pain Unit of the General University Hospital. The sample showed a set of questions related with the vision of the form the patient to value the suffering pain, as well as to questionnaire of Quality of Life in his second reduced version (I calidad de vida-2R). The differences in QoL between patients with somatic pain and neuropathic pain and the appraisal importance in these differences were analyzed. The obtained results suggest that quality of life is related widely to the appraisal that the individual feels about his own situation, in this case the pain that it's suffering.

Key Words: Appraisal, Quality of Life, Chronic Pain, Descriptive Study Through Inquiry.

1- Introducción:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida, como “La percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto cultural y de valores en el que viven y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses” (WHO, 1993). En general, los estudios basados en muestras de pacientes con diferentes diagnósticos de dolor muestran que este síntoma provoca una significativa disminución en la calidad de vida del que lo padece (Becker y cols, 1997; Garratt y cols, 1993; Hagen, Kvien y Bjorndal, 1997; Skevington, 1998). Estos estudios también plantean que el dolor no solamente

afecta al índice general de calidad de vida, sino también a cada una de sus dimensiones. Las áreas más afectadas son la física, seguidas de las áreas emocionales, social y cognitiva, mientras que las facetas de calidad de vida más afectadas incluyen la movilidad, la capacidad de trabajo, las actividades de la vida diaria, el estado de ánimo negativo, sueño, la dependencia de la medicación y la seguridad física. Skevington (1998), en un estudio donde se evalúa la calidad de vida mediante el Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL) encuentra que el dolor correlaciona negativamente con las dimensiones de estado físico (incluyendo el discomfort, la falta de energía y la fatiga, la actividad sexual, y el sueño), bienestar psicológico (incluyendo el afecto positivo, las actividades cognitivas y la autoestima), el nivel de independencia (incluyendo la movilidad, las actividades de la vida diaria y la dependencia a los medicamentos) y el entorno de salud y servicios (seguridad física, posibilidad de cuidados sociales y satisfacción en el trabajo). Otros autores, utilizando cuestionarios de salud han encontrado que las áreas más afectadas de la calidad de vida eran el afecto negativo, la ansiedad y la depresión seguido del funcionamiento social y el bienestar psicológico (Becker y cols, 1997).

En definitiva, el dolor afecta al bienestar y a la capacidad funcional en la mayoría de las dimensiones de calidad de vida, aunque no al mismo nivel en cada una de ellas. Para Kreitler y Niv (2002) esto implica, en primer lugar, que los pacientes con dolor experimentan distintos aspectos de su vida de forma diferencial a los pacientes sin dolor. Segundo, que el tratamiento del dolor requiere abordar las diversas áreas afectadas por el mismo, inicialmente por las más afectadas y por aquellas que puedan ser más fácilmente manejables y que puedan favorecer un cambio en la percepción de paciente respecto a su calidad de vida. Tercero, se debe ayudar al paciente con dolor a centrarse en las áreas de la calidad de vida menos afectadas por el mismo y que puedan proporcionarle mayor habilidad para afrontar el síntoma y moderar el efecto del mismo en la percepción de calidad de vida global.

La calidad de vida recoge una serie de características que la definen. En un artículo de revisión de García-Riaño e Ibáñez (1992) describen estas características. En primer lugar es un concepto multidimensional que no puede limitarse solamente a la dimensión fisiológica, o económica, o social, etc., sino al conjunto de todas ellas. En segundo lugar es bipolar en cuanto se valora en un continuo cuyos extremos (positivo/negativo) van más allá de la realidad, puesto que son extremos inalcanzables. Y tiene un componente subjetivo relevante, subjetividad referida a la valoración y a los indicadores o determinantes de la calidad de vida. Además se añade una característica relevante que cobra importancia en el ámbito de la Salud. Estos autores describen la calidad de vida como “La valoración que el sujeto hace, en un momento dado, de su vida completa, considerada como un todo, con referencia no solamente al momento actual, sino también a un pasado más o menos próximo y a un futuro más o menos distante”. Por un lado subrayan la condición cambiante de la calidad de vida, y de la misma manera que un suceso puede alterarla

en el momento actual, también altera la visión del pasado y la previsión del futuro. De la misma manera contribuir a la calidad de vida del individuo en el momento actual puede convertirse en una contribución al pasado y futuro del mismo. Por otro lado se subraya la importancia del concepto de valoración en este proceso.

Desde una perspectiva diferente y centrándose en el aspecto emocional, el modelo transaccional cognitivo propuesto por Lazarus y Folkman (1984) hace ya más de dos décadas, planteó que el concepto de valoración resultaba ser el elemento básico sobre el que descansaba dicho modelo transaccional-cognitivo de la emoción. Al respecto se consideró que era el aspecto más importante de todo el proceso emocional llegando a plantearse lo inadecuado de planteamientos centrados en las características situacionales y/o las respuestas que el individuo manifestaba, al considerar la circularidad existente entre ambos (Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 1999). Sin entrar en detalles, la valoración constituye un proceso complejo por medio del cual el individuo evalúa en qué forma le afecta una situación y cómo puede hacerle frente. En el mismo hilo argumental el alto grado de subjetividad que representa la consideración de la calidad de vida para un individuo hace que, nuevamente, desplacemos la atención sobre la valoración que, junto al concepto de afrontamiento, constituyen dos de los aspectos fundamentales a la hora de explicar las respuestas emocionales (Folkman y Lazarus, 1988).

La importancia del proceso de valoración en enfermos con dolor crónico ya ha quedado establecida en trabajos anteriores (Soriano y Monsalve, 1999; Soucase, Soriano y Monsalve, 2005a, Soucase, Monsalve y Soriano, 2005b), en donde el control, el desafío, la posibilidad de actuar sobre el dolor o el grado de capacitación autoatribuida, entre otros, se revelaban como elementos determinantes en el predominio de emociones positivas o negativas de estos enfermos ante el dolor crónico. A su vez, otros autores han relacionado cierto tipo de valoraciones (como el catastrofismo) con una influencia negativa en los tratamientos médicos y, por tanto, las estrategias dirigidas al control de la valoración del paciente respecto al dolor podía tener un efecto positivo en dichos tratamientos (Samwel, et al 2000).

Respecto a la relación entre valoración y calidad de vida, recientemente Lamé y colaboradores (2005), estudiaron en un grupo heterogéneo de pacientes con dolor crónico, la relación entre creencias sobre el dolor en general y calidad de vida. Estos autores concluyen que la valoración actúa como proceso mediador de la calidad de vida, en mayor medida que la intensidad del dolor.

En otros trabajos se ha planteado la existencia de diferentes perfiles de calidad de vida según el tipo de dolor, tal es el caso del dolor neuropático (Meyer-Rosenberg, 2001a, 2001b), sin embargo, no existe en la literatura estudios que planteen cuál es la importancia de la valoración en este proceso. Desde el estudio y tratamiento del dolor crónico como enfermedad y no como síntoma, es clave la diferenciación del tipo de dolor, puesto que en ella se basa la utilización de estrategias terapéuticas diferenciales para el alivio del mismo.

En este estudio se pretende comprobar si la distinción entre el tipo de dolor (en nuestro caso, dolor somático vs. dolor neuropático) es suficiente criterio a la hora de diferenciar la calidad de vida del enfermo, y cuál es el papel de la valoración como proceso mediador entre el síntoma y la afectación a la misma.

2- Material y Método:

2.1 Método:

Se estudió una serie consecutiva de pacientes de la Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, tras la primera valoración física por parte del equipo médico. La muestra contestó a un conjunto de preguntas referidas a la forma que tenía el paciente de valorar el dolor que padece, así como al Inventario de calidad de vida en su segunda versión reducida (I calidad de vida-2R) (García-Riaño, 1998).

Dado el interés en comparar las relaciones existentes entre la clasificación en dolor somático y neuropático y la calidad de vida de los sujetos evaluados, se procedió en primer lugar dividiendo la muestra en dos grupos en función del dolor: grupo de dolor somático y grupo de dolor neuropático. Dichos grupos se elaboraron a partir de los diagnósticos establecidos por el staff médico de la Unidad de Dolor, siguiendo los criterios de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) (Merskey y Bogduk, 1994). El dolor somático es aquel que afecta a la piel, músculos, articulaciones o ligamentos. Es un dolor bien localizado y caracterizado por sensaciones descritas como profundo, opresivo, quemante o punzante. El dolor neuropático suele ser resultado de lesiones a nivel del sistema nervioso central o periférico. Suele caracterizarse por una presentación espontánea y por una reducción del umbral del dolor a estímulos de baja intensidad (por ejemplo, el roce de la piel). Suele describirse como superficial, agudo y eléctrico (Bonica, 1990).

Una vez establecida la homogeneidad de los grupos se procedió comparando las medidas de calidad de vida obtenidas en cada uno de los grupos.

Para cada grupo se analizaron los valores de las subescalas del cuestionario I calidad de vida, estableciéndose las diferencias con significación estadística existentes entre los dos grupos.

A continuación, partiendo de la misma muestra, los sujetos se redistribuyeron nuevamente en dos grupos. En este caso los grupos se formaron mediante las semejanzas existentes entre los sujetos, teniendo en cuenta la valoración que hacen del dolor y prescindiendo de la clasificación realizada anteriormente. Para elaborar esta segunda clasificación se aplicó la técnica de análisis cluster con el método k-means (dos grupos), de manera que los grupos obtenidos muestran la máxima similitud interna manteniendo la máxima diferencia entre ellos. A partir de las valoraciones de los enfermos los dos grupos se han denominado “grupo adaptado” y “grupo desadaptado”, procediendo a calcular las posibles diferencias existentes entre la calidad de vida de los sujetos del estudio.

2.2 Instrumentos de medida:

2.2.1 Valoración:

Todos los enfermos contestaron a un conjunto de preguntas referidas a la forma en que valoraban el dolor que padecían. Dichas preguntas se evaluaron mediante una escala de 5 puntos (en absoluto-totalmente). Las preguntas formuladas fueron las siguientes:

1) la medicación me quita el dolor; 2) tengo que aceptar el dolor; 3) el dolor depende de mí; 4) antes de actuar considero lo que he de hacer; 5) tengo ganas de ir al médico; 6) puedo controlar el dolor; 7) la situación me desborda; 8) el dolor supera mis recursos; 9) el dolor limita mi vida; 10) puedo disminuir el dolor; 11) puedo anticipar cuándo me va a doler; 12) puedo cambiar el dolor o hacer algo para disminuirlo; 13) quiero expresar emociones y no puedo; 14) sé lo que puedo hacer ante el dolor; 15) estoy muy preocupado por el dolor; 16) el dolor se solucionará en breve; 17) hay medios para solucionar el dolor; 18) tengo medios a mi alcance para reducir el dolor; 19) tengo miedo de que el dolor no tenga solución y 20) el dolor supera mis posibilidades.

2.2.2. Calidad de vida:

Para evaluar la calidad de vida se utilizó el Inventario de calidad de vida de García-Riaño en su segunda versión (I calidad de vida-2R) (García-Riaño, 1998). Este es un inventario compuesto por 65 ítems que se contesta mediante una escala tipo likert de acuerdo-desacuerdo y que recoge los siguientes factores: *Afecto positivo (AF)*, *Familia(F)*, *Religiosidad(R)*, *Salud Física(SF)*, *Sexualidad(SE)*, *Economía(E)*, *Relaciones emocionales(RE)*, *Cultura(C)*, *Laboral(L)*, *Social(S)*, *Ansiedad(A)*, *Depresión(D)*, y *Pérdida de control(PC)*. Además también recoge un índice general de calidad de vida (IG calidad de vida). Este inventario ha sido diseñado para su uso tanto con muestra de población normal, como con muestra de pacientes crónicos, mostrando unos índices de fiabilidad y validez adecuados.

3- Resultados:

3.1 Muestra:

Se analizaron 138 pacientes con diagnóstico de dolor crónico. 79 sujetos fueron diagnosticados con dolor somático, con una media de edad de 53,95 años (d.t. 12,46), de los cuales 68 fueron mujeres (86,1%). La distribución del nivel de estudios de este grupo fue la siguiente: el 67,1% estudios primarios, el 19% bachiller, el 5,1% universitarios y el 8,9% no sabía leer ni escribir. En cuanto al estado civil el 73,4% (n=58) eran casados y el resto configurado por solteros, viudos y separados.

Por otra parte, 59 sujetos fueron diagnosticados con dolor neuropático, con una media de edad de 51,93 años (d.t. 14,38), de los cuales 33 fueron mujeres (55,9%). La distribución del nivel de estudios del grupo fue la siguiente: el 61%

posee estudios primarios, el 17,8% estudios al nivel de bachiller, el 15,3% universitarios y el 5,1% no sabía leer ni escribir. En relación con su estado civil el 74,6% (n=44) eran casados, mientras que el resto solteros, viudos o separados.

3.2 Diferencias entre el grupo dolor somático vs dolor neuropático:

El punto de partida fue la doble agrupación establecida en función del diagnóstico realizado por el staff médico de la Unidad de Dolor: dolor somático vs. dolor neuropático.

En primer lugar se procedió descartando las posibles diferencias existentes entre los dos grupos con relación a la edad y al nivel de estudios. Tras aplicar la prueba de contraste U de Mann-Whitney con respecto a la edad se obtiene un valor de 2052,500 ($p=,231$), mientras que en relación al nivel de estudios el valor de U es de 2013,500 ($p=,110$). Ello supone la inexistencia de diferencias entre el grupo somático y el neuropático en cuanto a la edad o al nivel de estudios.

En segundo lugar, no se hallaron diferencias significativas en calidad de vida intra grupo entre varones y mujeres en el grupo somático ni tampoco en el grupo neuropático, con lo que se descarta que los resultados puedan deberse a diferencias entre hombres y mujeres, de manera que desde la perspectiva del sexo/género los grupos aparecen homogéneos internamente.

En tercer lugar se compararon los dos grupos respecto a las 20 variables de valoración del dolor anteriormente descritas, no apareciendo ninguna diferencia significativa entre dichos grupos, tras la aplicación de la prueba U de Mann-Whitney.

Al comparar las puntuaciones de ambos grupos en todas las escalas de calidad de vida contenidas en el I calidad de vida-2R aparecen diferencias significativas en las escalas de depresión ($U=1861,500$; $p=,043$), puntuando más alto el grupo somático (12,32) frente al grupo neuropático (10,79); también aparecen diferencias en la escala sexual ($U=1865,500$; $p=,045$), puntuando más alto el grupo neuropático (19,42) frente al somático (17,97).

3.3 Análisis Cluster:

Las variables que resultaron útiles para discriminar entre los grupos se recogen en la Tabla I, en donde se eliminaron las siguientes variables de valoración por no resultar útiles en la clasificación entre los 2 grupos obtenidos: *Tengo que aceptar el dolor*, *Antes de actuar considero lo que hay que hacer*, *Tengo ganas de ir al médico*, *La situación me desborda*.

Dado que las variables se puntuaron sobre una escala de cinco puntos (1 a 5), puede observarse que de los dos grupos obtenidos el grupo 1 considera el dolor con una valoración mucho más adaptativa al puntuar de forma promedia que la medicación le quita en mayor grado el dolor, que depende de lo que haga el enfermo, que tiene más control sobre el dolor o que supera en menor grado sus recursos, entre

Tabla I. Análisis Cluster.
Análisis de varianza entre los grupos y significación de las variables empleadas

	Conglomerado		Error		F	Sig.
	Media cuadrática	gl	Media cuadrática	gl		
La medicación me quita dolor	35,253	1	,832	135	42,376	,000
Dolor depende de mí	28,674	1	1,346	135	21,311	,000
Tengo control del dolor	48,681	1	,824	135	59,052	,000
Supera mis recursos	46,998	1	,868	135	54,120	,000
Limita mi vida	33,541	1	1,247	135	26,889	,000
Puedo disminuir el dolor	22,047	1	,763	135	28,895	,000
Puedo anticipar cuándo va a doler	7,935	1	1,105	135	7,184	,008
Puedo cambiar el dolor o hacer algo	12,772	1	,706	135	18,100	,000
Quiero expresar emociones y no puedo	14,864	1	1,830	135	8,124	,005
Sé lo que puedo hacer	43,993	1	1,438	135	30,592	,000
Muy preocupado por el dolor	34,002	1	1,097	135	30,995	,000
El dolor se solucionará en breve	8,703	1	1,572	135	5,538	,020
Hay medios para el dolor	12,426	1	1,519	135	8,179	,005
Tengo medios a mi alcance	21,915	1	1,238	135	17,706	,000
Miedo de que no tenga solución	44,061	1	1,947	135	22,628	,000
Supera mis posibilidades	45,224	1	,888	135	50,926	,000

otras. Por ello este primer grupo se le ha denominado como “grupo de adaptación” sobre el dolor, mientras que al grupo 2 se le puede considerar como el “desadaptado” comparativamente con el grupo 1, como puede apreciarse en la tabla II:

El grupo 1 (adaptados) se encuentra compuesto enfermos que tienen las siguientes características sociodemográficas: edad 56,15 (d.t.12,68), siendo el 75,5% de mujeres (n=40), con el 56,6% de estudios primarios y siendo casados el 75,5%. El tipo de dolor en este grupo se distribuyeron de la siguiente manera: el 58,5% (n=31) con dolor somático y el 41,5% (n=22) dolor neuropático.

El grupo 2 (desadaptados) se encuentra compuesto por enfermos que presentan las siguientes características: edad 51,21 (d.t.13,47), siendo el 71,4% de mujeres (n=60), que presentan el 70,2% de estudios primarios, siendo casados el 72,76%. El tipo de dolor de este grupo se distribuye de la siguiente forma: el 56% (n=47) presenta dolor somático y el 44% restante (n=37) dolor neuropático.

Nuevamente se buscaron las diferencias entre la edad, nivel de estudios y estado civil entre ambos grupos, no apareciendo significación estadística entre ninguna de las tres medidas.

Tabla II. Análisis Cluster.

Puntuaciones medias de los dos grupos en las variables de valoración.

	Conglomerado	
	1	2
<i>La medicación me quita el dolor</i>	3	2
<i>Dolor depende de mí</i>	3	2
<i>Tengo control del dolor</i>	3	2
<i>Supera mis recursos</i>	3	4
<i>Limita mi vida</i>	3	4
<i>Puedo disminuir el dolor</i>	2	1
<i>Puedo anticipar cuándo va a doler</i>	2	2
<i>Puedo cambiar el dolor o hacer algo</i>	2	1
<i>Quiero expresar emociones y no puedo</i>	2	3
<i>Sé lo que puedo hacer</i>	4	3
<i>Muy preocupado por el dolor</i>	3	4
<i>El dolor se solucionará en breve</i>	3	2
<i>Hay medios para el dolor</i>	3	3
<i>Tengo medios a mi alcance</i>	4	3
<i>Miedo de que no tenga solución</i>	2	3
<i>Supera mis posibilidades</i>	3	4

Partiendo de estos dos grupos (adaptado vs. desadaptado), se realizó una comparación con la calidad de vida manifestada en cada uno de ellos. Se aplicó el estadístico de U de Mann Whitney obteniendo los siguientes resultados: El grupo “adaptado” con relación al “desadaptado” recibe más afecto, está menos deprimido, tiene más salud física, se valora mejor económicamente y obtiene una puntuación mayor en calidad de vida total

4- Discusión:

La diferenciación entre tipos de dolor ha sido y es, desde el ámbito médico, criterio necesario a la hora de abordar el tratamiento y alivio del mismo. Algunos autores han propuesto que esta diferenciación, además, puede considerarse un criterio para describir el perfil diferencial de calidad de vida de los sujetos (Meyer-Rosenberg, 2001a, 2001b).

Sin embargo, los datos aquí presentados apuntan la posibilidad de prescindir de la clasificación del tipo dolor a la hora de considerar la calidad de vida del enfermo. El grupo diagnosticado bajo el rótulo de dolor somático está más deprimido y tiene menor calidad de vida sexual que el grupo diagnosticado con dolor neuropático. En esta clasificación no aparecen diferencias de género, de edad

Tabla III. Comparación en calidad de vida entre los grupos “adaptado” y “desadaptado” según la valoración del dolor.						
	Grupo 1 “adaptados” (media)	Grupo 2 “desadaptados” (media)	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
<i>C.V.AFEC</i>	18,9811	15,3452	1308,500	4878,500	-4,063	,000
<i>C.V.ANSI</i>	14,2075	15,3690	1928,500	3359,500	-1,318	,187
<i>C.V.P.CO</i>	15,0943	15,3214	2184,500	3615,500	-,184	,854
<i>C.V.DEPR</i>	10,2642	12,5952	1557,500	2988,500	-2,963	,003
<i>C.V.R.EM</i>	20,9811	19,2619	1851,500	5421,500	-1,665	,096
<i>C.V.FAMI</i>	19,9811	19,7976	2183,500	3614,500	-,189	,850
<i>C.V.SALU</i>	14,2264	12,1205	1588,000	5074,000	-2,736	,006
<i>C.V.SEXU</i>	18,4340	18,6667	2156,500	3587,500	-,308	,758
<i>C.V.SOCI</i>	20,9245	20,0000	1941,000	5511,000	-1,267	,205
<i>C.V.CULT</i>	17,1698	16,7262	2114,000	5684,000	-,496	,620
<i>C.V.ECON</i>	20,3962	18,5714	1767,500	5337,500	-2,039	,041
<i>C.V.LABO</i>	19,0755	18,2651	1897,500	5383,500	-1,354	,176
<i>C.V.RELI</i>	15,0943	15,4762	2168,500	3599,500	-,255	,799
<i>IG calidad de vida</i>	145,6981	131,7805	1583,500	4986,500	-2,657	,008

ni tampoco con relación al estado civil del enfermo.

Sin embargo, al prescindir del tipo de dolor y al clasificar a los enfermos según su forma de valorar el dolor, hay que considerar algunos aspectos. En primer lugar no aparecen diferencias en género, edad o estado civil en cuanto a la calidad de vida de los enfermos. Nuevamente parece que este tipo de variables no afecta a la hora de considerar la calidad de vida. En segundo lugar, al obtener grupos en función de la valoración del dolor no parece afectar el tipo de dolor en la calidad de vida del enfermo, distribuyéndose la muestra prácticamente al 50% con los dos tipos de dolor. Es decir, la valoración del dolor resulta independiente del tipo de dolor que tenga el enfermo: somático o neuropático. En tercer lugar, al obtener grupos en función de la valoración del dolor aparecen más diferencias en cuanto a la valoración de la calidad de vida. El grupo que se considera “adaptado” teniendo en cuenta la forma de valorar el dolor recibe más afecto, está menos deprimido, considera que tiene mejor salud física y valora más positivamente su situación económica, además de puntuar más alto en calidad de vida total.

Ello implica que la calidad de vida está relacionada ampliamente con la valoración que realiza el individuo de su situación, en este caso del dolor que padece. Evidentemente, la valoración no es la única variable que está afectando a la calidad de vida del enfermo, aspecto que se apuntaba en trabajos anteriores

(Soriano y Monsalve, 1999; Soucase, Soriano y Monsalve, 2005a, Soucase, Monsalve y Soriano, 2005b). Por otra parte, hay que considerar las variables que puedan explicar el porqué un individuo valora una situación, como puede ser el dolor, de una determinada manera. Si atendemos al modelo teórico que hemos seguido en este trabajo (Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 1999), hay que considerar que nos encontramos ante un proceso complejo, en el que interviene una gran cantidad de elementos de tipo situacional (novedad, ambigüedad, temporalidad, inminencia, etc.) y de tipo personal (creencias y compromisos), además de otros aspectos poco contemplados en este modelo como son las características de personalidad.

Queda lejos de este trabajo establecer los motivos subyacentes a la valoración del dolor, sin embargo, sí que se pone de manifiesto la importancia que ésta tiene a la hora de considerar la calidad de vida del enfermo.

Probablemente, uno de los aspectos más importantes resulte ser el tener en consideración que la valoración que realiza el enfermo del dolor es independiente del tipo de dolor que padezca, lo cual no implica en ningún caso la utilidad que dicha distinción pueda tener para otros fines, como puedan ser los propiamente diagnósticos y terapéuticos, así como para otro tipo de procesos o respuestas psicológicas, pero nuevamente se subraya la importancia de considerar los aspectos cognitivos en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de una experiencia multidimensional como es la del dolor.

En las últimas décadas el concepto de calidad de vida (calidad de vida) ha sido cada vez más utilizado como control del efecto de la enfermedad en las personas y del beneficio percibido de los tratamientos. En el ámbito del dolor crónico, se ha planteado la existencia de diferentes perfiles de calidad de vida, sin embargo, no existe en la literatura estudios que planteen cuál es la importancia de la valoración en este proceso. En este estudio se pretende comprobar si la distinción entre el tipo de dolor (dolor somático vs. dolor neuropático) es suficiente criterio a la hora de diferenciar la calidad de vida del enfermo, y cual es el papel de la valoración como proceso mediador entre el síntoma y la afectación en la misma. Se estudió una muestra de 138 pacientes seleccionada aleatoriamente de la Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor. La muestra contestó a un conjunto de preguntas referidas a la forma que tenía el enfermo de valorar el dolor que padece, así como al cuestionario I calidad de vida de calidad de vida en su segunda versión reducida (I calidad de vida-2R). Se analizaron las diferencias en la calidad de vida entre pacientes con dolor somático y pacientes con dolor neuropático y la importancia de la valoración en estas diferencias. Los resultados obtenidos sugieren que la calidad de vida está relacionada ampliamente con la valoración que realiza el individuo de su situación, en este caso del dolor que padece.

Palabras Clave: Valoración, calidad de vida, Dolor Crónico, Estudio Descriptivo mediante Encuesta.

Nota sobre los autores:

* Profesor Titular. Dep. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. España.

** Psicólogo Adjunto. Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. España.

*** Psicóloga. Becaria de Investigación de la Universidad de Valencia. Colaboradora científica de Investigación de la Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio del Dolor (FUNDOLOR). España.

Referencias bibliográficas:

- BECKER, N. THOMSEN, A.B. OLSEN, A.K. SJOGREN, P. BECH, P. ERIKSEN J. (1997) Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to Danish multidisciplinary pain center. *Pain*, 73:393-400
- BONICA J.J. (1990) Definitions and taxonomy of pain. En J.J. Bonica (Ed.), *The Management of Pain*. 2ª Ed. Vol. 1. (pp. 18-27). New York, Lea & Febiger.
- FOLKMAN, S., LAZARUS, R. (1988) Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3): 466-475.
- GARCIA-RIAÑO, D. (1998) Inventario de calidad de vida: I.C.V.-R2. *Anales de Psiquiatría*, 14(8): 358-76.
- GARCÍA-RIAÑO, D., IBÁÑEZ, E. (1992) calidad de vida en enfermos físicos. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 19(4): 148-161.
- GARRATT, A.M., RUTA, D.A., ABDALLA, M.I. BUCKINGHAM, JK. RUSELL, IT. (1993) The SF-36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *British Medical Journal*, 306: 1440-1444.
- HAGEN, K.B., KVIEN, T.K., BJORN DAL, A. (1997) Musculoskeletal pain and quality of life in patients with noninflammatory joint pain compared to rheumatoid arthritis: A population survey. *Journal of Rheumatology*, 24:1703-1709.
- KREITLER, S., NIV, D. (2002) Quality of Life in Chronic Pain Patients. *International Monitor of Regional Anaesthesia and Pain Therapy*, 14(4): 3-8.
- LAMÉ, I.E., PETERS, M.L., VLAEYEN J.W.S., KLEEF, M. PATIJN J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal of Pain*, 9: 15-24.
- LAZARUS, R., FOLKMAN, S. (1984): *Stress, appraisal and coping*. N.Y., Springer (trad. española Estrés y Procesos Cognitivos, Martínez Roca, 1986).
- LAZARUS, R. (1999) *Stress and emotion. A new synthesis*. Springer, N.Y.
- MERSKEY, H., BOGDUK, N. (1994) *Classification of Chronic Pain*. IASP PRESS, Seattle, 39-59.
- MEYER-ROSENBERG, K., KVARNSTRÖM, A., KINNMAN, E., GORDH, T., NORD, K.A. (2001a) Pheripheral neuropathic pain: A multidimensional burden for patients. *European Journal of Pain*, 5(4): 379-89.
- MEYER-ROSENBERG, K., BURCKHARDT, C.S., HUIZAR, K., KVARNSTRÖM, A., NORD, K.A. (2001b) A comparison of the SF-36 and Nottingham Health Profile in patients with chronic neuropathic pain. *European Journal of Pain*, 5(4): 391-403.
- SAMWEL, H., SLAPPENDEL, R., CRUL, B.J., VOERMAN V.F. (2000). Psychological predictors of the effectiveness of radiofrequency lesioning of the cervical spinal dorsal ganglion (RF-DRG). *European Journal of Pain*, 4(2): 149-155.
- SKEVINGTON, S.M. (1998) Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL. *Pain*, 76:395-406.
- SORIANO, J., MONSALVE, V. (1999) Valoración, afrontamiento y emoción en pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 62, 43-64.
- SOUCASE, B., SORIANO, J., MONSALVE, V. (2005a): Influencia de los procesos mediadores en la adaptación al dolor crónico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 227-241.
- SOUCASE, B., MONSALVE, V., SORIANO, J. (2005b): Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista Española del Dolor*, 12, 8-16.
- WHO (1993). Group Study Protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2: 153-159.