Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Tesis de Grado

Dolor Neuropático y Calidad de Vida

Presentada por Mirian De los Ángeles Harán

Legajo 2485

Tutora: Lic. Rocío Hauché

Co-tutora: Yaz Uezen Bozzi

A obtener el título de Licenciatura en Psicología

Febrero 2022

Índice

Resumen....3

Abstract....4

Introducción....5

Método....10

Diseño....10

Instrumentos....10

Participantes....11

Procedimiento....12

Análisis de Datos....13

Resultados....13

Descripción de las Variables....13

Correlaciones....14

Diferencias entre Grupos según Variables Sociodemográficas....15

Discusión....15

Referencias....18

Anexos....23

Resumen

Se conoce como Dolor Neuropático a aquel dolor que se origina por la presencia de lesiones en el sistema nervioso somatosensorial, el cual se encuentra vinculado a la salud de los individuos (Bendaña, 2020). En este sentido, se ha determinado que la manera en que cada persona percibe su enfermedad se asocia directamente con su Calidad de Vida (Gordillo Altamirano et al., 2017). El objetivo del siguiente trabajo fue indagar la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre el Dolor Neuropático y la Calidad de Vida. El estudio se llevó a cabo en un grupo de 125 pacientes diagnosticados con dolor neuropático que tenían edades comprendidas entre 18 y 72 (M= 44.26; DS=11.99). Se les administró un cuestionario sociodemográfico construido ad-hoc, el *Cuestionario DN4* (Pérez et al., 2007), el *Cuestionario Brief Pain Inventory (BPI) y la Encuesta de Salud SF-36* (Zuniga et al., 1999). La hipótesis general se confirmó, encontrando que ambas variables guardan una relación estadísticamente significativa y negativa. Lo que indica que, a medida que aumentan los niveles de Dolor Neuropático, disminuyen los de Calidad de Vida y viceversa. A su vez, se corroboró que quienes presentan un nivel educativo más bajo tienden a puntuar más alto en intensidad del dolor, a diferencia de quienes poseen un nivel educativo más alto. Finalmente, se observaron mayores puntuaciones en salud general y en vitalidad para aquellas personas que reciben apoyo social. La investigación logró dilucidar la importancia de continuar indagando el dolor neuropático y la calidad de vida, como así también otros constructos que podrían estar vinculados a la temática, tales como resiliencia, empatía, estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y comunicacionales, en el marco de la salud pública y la atención en equipos interdisciplinarios.

Palabras clave: Dolor neuropático – Calidad de Vida – Salud.

Abstract

Neuropathic pain is known as pain that originates from the presence of lesions in the somatosensory nervous system, which is linked to the health of individuals (Bendaña, 2020). In this sense, it has been determined that the way in which each person perceives their disease is directly associated with their Quality of Life (Gordillo Altamirano et al., 2017). The aim of the following work was to investigate the existence of statistically significant relationships between Neuropathic Pain and Quality of Life. The study was conducted in a group of 125 patients diagnosed with neuropathic pain who ranged in age from 18 to 72 (M= 44.26; SD=11.99). They were administered an ad-hoc constructed sociodemographic questionnaire, the DN4 Questionnaire (Perez et al., 2007), the Brief Pain Inventory Questionnaire (BPI) and the SF-36 Health Survey (Zuniga et al., 1999). The general hypothesis was confirmed, finding that both variables have a statistically significant and negative relationship. This indicates that, as Neuropathic Pain levels increase, Quality of Life levels decrease. In turn, it was corroborated that those with a lower educational level tend to score higher in pain intensity, as opposed to those with a higher educational level. Finally, higher scores in general health and vitality were observed for those who receive social support. The research elucidated the importance of continuing to investigate neuropathic pain and quality of life, as well as other constructs that could be linked to the subject, such as resilience, empathy, coping strategies, social and communication skills, within the framework of public health and interdisciplinary team care.

Key words: Neuropathic pain - Quality of life - Health.

Introducción

La prevalencia a nivel mundial del dolor neuropático oscila entre un 31.8% y un 75%, así lo destacan Stonski et al. (2019). A su vez, Ibarra Ortega et al. (2019) encuentran que entre el 40% y 50% de las personas que sufren de dolor neuropático refractario hallaron una atenuación considerable en su padecer. Sin embargo, Bendaña (2020) postula que la estimación de la prevalencia a nivel global varía entre un 0.9% a un 17.9%, y un 2% en Latinoamérica. Tanto en México como en Argentina, se han llevado a cabo investigaciones que evalúan la temática del dolor. Por un lado, Flores et al. (2020) evaluaron la relación entre el dolor y el insomnio descubriendo que el 50.8% de los casos padecía dolor neuropático, un 36.9% presentaba este dolor asociado con insomnio subclínico y un 35.7% con insomnio clínico moderado. En lo que respecta a los pacientes con dolor neuropático y control glucémico, estos presentaban un grado de insomnio que variaba de leve a moderado. Por otra parte, Stonski et al. (2019) encontraron que el 86.5% de los pacientes en unidades hospitalarias en Argentina padecían dolor y, que dicho dolor podía estar determinado por distintos factores como la metodología, el tipo de población, el ámbito de atención, así como la percepción del dolor en distintas culturas. A esto se agregan los resultados de la investigación desarrollada por Buonanotte y Barral (2017), quienes reportaron que la prevalencia del dolor en atención primaria en la ciudad de Córdoba era de un 20%.

Se entiende por Dolor Neuropático (de ahora en adelante, DN) al dolor que se produce como consecuencia de lesiones en el sistema nervioso somatosensorial. Estas lesiones pueden ser ocasionadas tanto en el sistema nervioso central (SNC) cuando afecta al cerebro o médula espinal, como en el sistema nervioso periférico (SNP), cuando el daño se encuentra en los nervios periféricos (Bendaña, 2020; Morato Gabao et al., 2019). Conforme a la conceptualización anterior, Rincón Carvajal et al. (2018) añaden a esta descripción el dolor localizado como un área bien definida y de máxima intensidad. Estas lesiones alteran de tal

manera al sistema nociceptivo que no existe una relación directamente proporcional entre el dolor y dicha injuria (Rodríguez & Llop, 2019). En un ensayo para la Federación Europea del Dolor (EFIC), Niv y Devor (2004) consideraron al dolor como una enfermedad y no un síntoma en sí mismo.

Por lo que a esto respecta, las clasificaciones de DN pueden ser muy diversas, siendo las más comunes según su etiología o su anatomía. Las relacionadas a su origen son: isquémico, traumático, infeccioso, metabólico, tóxico, degenerativo, inflamatorio y neoplásico. De acuerdo con la localización anatómica de la lesión pueden ser, central (SNC) cuando las zonas afectadas son el cerebro o la médula espinal, o periférico (SNP), cuando el origen del daño se encuentra en los nervios periféricos, en los ganglios, en el plexo o en las raíces nerviosas (Bendaña, 2020; Lara-Solares et al. 2019). A esta clasificación, Yañez Díaz et al. (2017) añaden el nivel de la lesión, y dividen el DN en tres subniveles, por debajo, sobre ésta y por arriba. Para Buonanotte y Barral (2017) el origen es más importante que la localización de la lesión, por lo que postulan que estas injurias generan un mal funcionamiento en respuesta a una fallida adaptación a dicho daño por parte del sistema inmunológico. De igual manera, Morato Gabao et al. (2019) y Yañez Díaz et al. (2017) sostienen no sólo que estos cambios adaptativos generan dolor como una forma de protección para garantizar la cura, sino que, cambian la manera en que funcionan las vías neuronales en la médula, dando lugar a mecanismos fisiopatológicos.

Dadas estas características particulares, las manifestaciones del DN pueden ser diversas, clasificándose en espontáneas o evocadas, con un dolor continuo o paroxístico, que perduran en ausencia de la causa que lo originó. Puede desencadenarse por estímulos dolorosos (como la hiperalgesia), como descargas eléctricas, o por estímulos no dolorosos (como la alodinia) y puede estar acompañado por sensaciones espontáneas no dolorosas (como hormigueo o parestesias). Por esta razón, diversos estados de dolor conducen a

situaciones en las que estímulos habitualmente indoloros son dolorosos, y estímulos generalmente dolorosos lo son aún más. Algunos indicadores especiales pueden ser las sensaciones de pinchazo, puñaladas, corte, sensación de calor, electricidad o perforante, entre muchos otros, pero de igual manera no se los consideran signos patognomónicos (Bendaña, 2020; Buonanotte & Barral, 2017; Pérez Quispe & Arias Ledesma, 2018; Yañez Díaz et al. 2017). Es aquí donde radica la importancia de realizar un diagnóstico para poder establecer una diferenciación del DN con el dolor nociceptivo, y crear además una estrategia de tratamiento que permita disminuir o eliminar el dolor y aumentar la calidad de vida de la persona (Pérez Quispe & Arias Ledesma, 2018; Rodríguez & Llop, 2019).

En lo ateniente a los efectos de padecer este dolor, Expósito Vizcaíno et al. (2018) mencionan que el DN impacta de forma negativa en distintas áreas de la persona, desde el sueño, su ánimo, sus relaciones interpersonales y la funcionalidad en sus movimientos, involucrando tanto funciones como emociones. Lo anteriormente expuesto da cuenta de la importancia de un abordaje interdisciplinario con el fin de aliviar el dolor; dado el impacto que éste tiene en la calidad de vida de quienes lo padecen, siendo pertinente atender las áreas físicas y psicológicas que le dan origen. En este sentido, el diagnóstico y tratamiento son un desafío para los profesionales (Blanco Naranjo et al. 2021; Lara Solares et al., 2020).

Debido a la diferencia que existe entre el conocimiento del funcionamiento del dolor y su dificultad en el tratamiento, Ibarra Ortega et al. (2019) postulan que la farmacología es necesaria y eficiente, sin embargo, se requiere en altas dosis y, en consecuencia, se presentan muchos efectos adversos. En concordancia con estas ideas, Rodríguez y Llop (2019) consideran que es importante controlar el uso de los opioides para no generar peligro de dependencia o de muerte, sobre todo en personas mayores. Además, deben ser abordados correctamente, ya que al tender a la cronicidad puede conllevar a limitaciones físicas o a

provocar discapacidad en la persona que lo padece (Blanco Naranjo et al., 2021; Lara Solares et al., 2020).

En lo que concierne a la Calidad de Vida (de ahora en adelante CV), Perren y Lamfre (2018) manifiestan que se trata de un concepto muy complejo, que no tiene una aprobación o acuerdo total, ni está bien definido. Asimismo, señalan que con el transcurso del tiempo diversos autores han ofrecido diferentes definiciones para describir el constructo. Villanueva Lumbreras y García Orellán (2018) coinciden con estas ideas y destacan que es prioritario especificar qué es la CV, dado el hecho que, al ser utilizada por múltiples disciplinas, cada una adopta la que considera más pertinente a sus objetivos. Además, mencionan que tanto la felicidad como el bienestar se pueden confundir con CV, pero su diferenciación radica en que esta última abarca aspectos objetivos y subjetivos, mientras tanto en la satisfacción, sólo aparecen aquellos subjetivos.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, la CV integra múltiples aspectos de la vida de una persona, requiriendo un abordaje multidimensional debido a que incluye factores disímiles tanto a nivel biológico como social, del comportamiento, objetivo y/o psicológico (por ejemplo: el consumo, la riqueza, la salud, la educación, las relaciones interpersonales, el contexto, etcétera) (Cáceres Manrique et al., 2018; Villanueva Kuong & Ugarte Concha, 2017). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998), la CV está vinculada con la percepción que tiene la persona con respecto a la posición que posee en la sociedad, en su cultura, en relación a sus metas, sus preocupaciones y su escala de valores. En consecuencia, la CV asociada con la salud está determinada por la impresión que produce la enfermedad en la persona (Gordillo Altamirano et al., 2017).

Con el objetivo de establecer la prevalencia del dolor y analizar los factores asociados con la intensidad del dolor y la CV, Failde et al. (2018) realizaron una investigación con 334 personas que padecían DN, descubriendo que presentaban ansiedad, depresión y trastornos

del sueño. Asimismo, observaron que estos factores eran los que más afectaban negativamente la CV y, que las mujeres eran quienes tenían más intensidad de dolor y una peor CV. Gordillo Altamirano et al. (2017) obtuvo resultados similares, destacando que la ansiedad y la depresión resultan factores predictores de un bajo nivel de CV.

Otros autores como Thompson et al. (2017) han destacado que existe una relación significativa y negativa entre el DN y la CV; lo que indica que cuanto mayor es el dolor neuropático, más bajo resulta el nivel de calidad de vida. También se destacan factores como la intensidad del dolor y el tiempo del dolor, ya que para algunos pacientes este se vuelve constante. Adewusi et al. (2017) llegó a las mismas conclusiones y agregó que tanto el DN como la CV no difieren mucho en cuanto al sexo y a la edad de los pacientes.

Por un lado, desde el punto de vista teórico, esta investigación aportará datos empíricos sobre el dolor neuropático y la calidad de vida en pacientes diagnosticados, permitiendo incrementar el conocimiento sobre la temática abordada. De esta manera, será posible identificar si existen relaciones entre el dolor (con sus dimensiones intensidad e interferencia en las actividades) y la calidad de vida (con sus dimensiones función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental). Por otro lado, desde el ámbito clínico, el psicólogo podrá beneficiarse de estos datos para tenerlos en cuenta al momento de abordar temáticas asociadas. También permitirá desarrollar herramientas y modelos de intervención.

Es por eso que la finalidad del trabajo es indagar si existen relaciones estadísticamente significativas entre el DN y la CV. La hipótesis general que se contrastó sostuvo que existe una correlación negativa entre ambas variables.

Método

Diseño

Se empleó un diseño cuantitativo, no experimental (ya que no se manipuló la variable independiente y no hubo control total de las variables contaminadoras), con alcance descriptivo y correlacional, y de corte transversal.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico (ad-hoc): con el objetivo de evaluar diferentes indicadores relativos a aspectos demográficos tales como edad, género, estado civil, lugar de residencia, nivel educativo, estado laboral actual, diagnóstico, tiempo de diagnóstico, medicación, tiempo que sufre dolor, asistencia psicológica y apoyo social (Ver anexo 1).

Cuestionario DN4 (Pérez et al., 2007). Consta de un total de 10 ítems agrupados en 4 secciones. Los primeros siete elementos están relacionados con la calidad del dolor (ardor, dolor frío, descargas eléctricas) y su asociación con sensaciones anormales (hormigueo, entumecimiento, picazón). Los otros 3 ítems están relacionados con la exploración neurológica en la zona dolorida (toque hipoestesia, pinchazo hipoestesia, alodinia táctil). Se le da una puntuación de 1 a cada elemento positivo y una puntuación de 0 para cada elemento negativo. La puntuación total se calcula como la suma de los 10 elementos y el valor de corte para el diagnóstico de dolor neuropático es una puntuación total de 4 o más. La consistencia interna del instrumento fue buena (alpha de Cronbach: 0.71) y demostró ser válido para la identificación del dolor neuropático.

Cuestionario Brief Pain Inventory (BPI) o CBD en español (Badia et al., 2003). El CBD consta de dos dimensiones: «Intensidad del dolor» (4 ítems) e «Interferencia en las actividades» (7 ítems). Cada uno de los ítems se puntúa mediante una escala de respuesta de tipo Likert que va de 0 (ausencia de dolor/interferencia en la vida diaria) a 10 (peor dolor imaginable/afectación máxima en la vida diaria). Estos 11 ítems proporcionan dos

puntuaciones resumen, una para cada dimensión. La consistencia interna de las dimensiones fue buena (0.87 y 0.89) y la fiabilidad test-retest entre baja y moderada (0.53 y 0.77), el instrumento ha demostrado ser válido para medir la intensidad del dolor y su impacto en las actividades de la vida diaria.

Encuesta de Salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey) (Zuniga et al., 1999). Evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). Es un instrumento autoaplicado, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor estado de salud posible) a 100 (mejor estado de salud posible). El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. Estos conceptos son: función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM). Además de los ocho conceptos de salud, la SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud. La consistencia interna de las dimensiones fue buena (alpha de Cronbach: 0.56 a 0.84), el instrumento demuestra ser consistente con todos los supuestos de validez y confiabilidad en forma satisfactoria.

Participantes

La muestra está compuesta por (n=125) pacientes diagnosticados con dolor neuropático con edades comprendidas entre 18 y 72 (*M*= 44.26; *DS*=11.99); de los cuales 97 se reconocen con el género femenino (77,6%), 27 con el género masculino (21,6%) y 1 con

otro género (0,8%). Se empleó un muestreo no probabilístico de tipo intencional (Hernández-Sampieri, & Torres, 2018), debido a la dificultad para acceder a los participantes.

Los criterios de inclusión fueron que los pacientes posean la mayoría de edad, estén diagnosticados de dolor neuropático, posean comprensión y uso correcto del lenguaje, así como también que se presenten aptos física y/o psíquicamente al responder los protocolos y que manifiesten su consentimiento informado para participar de la investigación.

Procedimiento

La recolección de datos se realizó a través de Google Forms. Los participantes fueron reclutados a través de redes sociales, dejando un medio de contacto en caso de que los sujetos presentaran preguntas o inconvenientes al momento de responder el cuestionario.

La administración de los instrumentos, llevada a cabo en el transcurso de los meses de agosto y septiembre del 2021, se realizó de manera individual y cada protocolo contaba con su respectivo consentimiento informado, asegurando a los participantes el anonimato de su identidad como así también la preservación y confidencialidad de la información relevada. En cuanto a los aspectos éticos, la investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad Abierta Interamericana, y se realizó siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki (2000) para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se presentaron los cuestionarios en el mismo orden para todos los participantes, de modo tal que se pudiera realizar un control por equiparación y equilibrar el efecto fatiga y aprendizaje: se comenzó por la encuesta sociodemográfica, luego cuestionario DN4, el cuestionario Brief Pain Inventory (BPI) y, por último, la Encuesta de Salud SF-36 respectivamente. Los participantes tardaron aproximadamente 15 minutos en completar los cuestionarios.

Análisis de Datos

Los datos obtenidos fueron sistematizados con el software IBM-SPSS (Statistical Package For The Social Sciences) versión 26. Se exploró la distribución de cada variable, observándose que podía asumirse anormalidad en cada una de ellas (a través de la prueba Kolmogórov-Smirnov), es por ello que, tanto para las correlaciones como para el análisis de las diferencias entre grupos se utilizaron estadísticos no paramétricos (Rho de Spearman, U de Mann Whitney y H de Kruskal Wallis).

Resultados

Descripción de las Variables

Tabla 1.
Descripción de las variables.

Medidas	*M*	*DS*	*Mín.*	*Máx.*	*Moda*
Intensidad del dolor [BPI]	26.59	7.30	5	40	30
Interferencias en las actividades [BPI]	52.85	12.68	16	70	70
Función física [SF-36]	34.92	24.69	0	95	0
Rol físico [SF-36]	6.80	15.99	0	75	0
Dolor corporal [SF-36]	15.52	12.79	0	50	0
Salud general [SF-36]	29.04	17.03	0	90	30
Rol emocional [SF-36]	18.55	22.51	0	100	0
Función social [SF-36]	39.10	26.81	0	100	25
Vitalidad [SF-36]	46.40	9.37	10	75	50
Salud Mental [SF-36]	43.39	13.39	12	84	48
Dolor neuropático [DN-4]	1.00	0.00			

Se observaron las siguientes medias (M) y desviaciones estándar (DS) de los sujetos en las dimensiones del Cuestionario Breve del Dolor [BPI], en las dimensiones de la Encuesta SF-36 y en la Escala de Dolor Neuropático [DN-4]. Considerando que las puntuaciones del SF-36 van de 0 (estado de salud más desfavorable posible) a 100 (estado de salud más favorable posible), la mayor parte de la muestra obtiene puntuaciones correspondientes al estado de salud más desfavorable posible en las subescalas Función física (n=12; 9.6%) (Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas, incluso bañarse o

vestirse debido a la salud), Rol físico (n=101; 80.8%) (Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física), Dolor corporal (n=34; 27.2%) (Dolor muy severo y altamente limitante) y Rol emocional (n=66; 52.8%) (Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales). En lo que respecta a las escalas Salud general (moda=30; n=23; 18.4%), Función social (moda=25; n=25; 20%), Vitalidad (moda=50; n=33; 26.4%) y Salud mental (moda=48; n=19; 15.2%), la mayor parte de la muestra obtiene puntuaciones que oscilan entre el estado de salud más desfavorable y más favorable posible. Por último, en el DN-4, el total de la muestra (n= 125; 100%) alcanza puntuaciones propias de presencia de dolor neuropático.

Correlaciones

Tabla 2.
Correlación entre el dolor y la calidad de vida.

		Intensidad del dolor [BPI]	Interferencia en las actividades [BPI]
Función física	C de correlación	-.505	-.521
	Significación	**.000**	**.000**
Rol físico	C de correlación	-.103	-.280
	Significación	.254	**.002**
Dolor corporal	C de correlación	-.528	-.593
	Significación	**.000**	**.000**
Salud general	C de correlación	-.323	-.330
	Significación	**.000**	**.000**
Rol emocional	C de correlación	-.097	.012
	Significación	.282	.893
Función social	C de correlación	-.354	-.588
	Significación	**.000**	**.000**
Vitalidad	C de correlación	-.182	-.037
	Significación	**.042**	.678
Salud mental	C de correlación	-.263	-.313
	Significación	**.003**	**.000**

El coeficiente rho de Spearman muestra que se alcanza la significatividad estadística (<0,05) para afirmar que existen relaciones entre las dimensiones del dolor neuropático y las dimensiones de la calidad de vida. Dichas correlaciones son negativas, lo que indica que

cuando una de las variables aumenta, la otra disminuye o viceversa. Cabe destacar que la subescala Rol emocional de la variable calidad de vida es la única que no guarda relación estadísticamente significativa con el dolor. Dicha subescala hace referencia al grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo la reducción del tiempo que se les dedica, un menor rendimiento al deseado y una reducción del cuidado al trabajar.

Diferencias entre Grupos según Variables Sociodemográficas

Las variables sociodemográficas edad, género, lugar de residencia, estado civil, medicación y si recibe asistencia psicológica actualmente no dan lugar a diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales de las escalas de calidad de vida [SF-36] y dolor [BPI]. Sin embargo, se observó que quienes poseen un nivel educativo primario incompleto y/o no reciben apoyo social puntúan más alto en la intensidad del dolor, mientras que, quienes realizan o han realizado posgrados obtienen las puntuaciones más bajas. A su vez, se observan diferencias estadísticamente significativas en la salud general y la vitalidad del SF-36, siendo mayores los puntajes para aquellos sujetos que reciben apoyo social.

Discusión

Los resultados obtenidos sostienen la hipótesis de trabajo en virtud de que la Calidad de Vida (CV) y el Dolor Neuropático (DN) guardan una relación estadísticamente significativa y negativa. Lo que indica que, a medida que aumentan los niveles de DN, disminuyen los de CV y viceversa. De esta manera, se observan correlaciones negativas entre las subescalas de la CV (función física, dolor corporal, salud general, función social y salud mental) y las subescalas del DN (intensidad del dolor e interferencia en las actividades). En lo

que respecta a la subescala vitalidad, esta solo correlaciona con intensidad del dolor, mientras que, rol físico solo lo hace con interferencia en las actividades.

Este resultado se asemeja a los arrojados por las investigaciones de Blanco Naranjo et al. (2021), Expósito Vizcaíno et al. (2018), Lara Solares et al. (2020), Pérez Quispe y Arias Ledezma (2018), Rodríguez y Llop (2019) y Thompson et. al (2017), quienes también determinaron que existe una relación significativa y negativa entre ambas variables. Asimismo, destacaron que la cronicidad del dolor puede originar las limitaciones o discapacidades a nivel físico en quienes lo padecen. De esta manera, cuando la estrategia de tratamiento resulta efectiva y permite aliviar el dolor, la calidad de vida de la persona aumenta. Es por ello que el abordaje interdisciplinario ocupa un rol de suma importancia en el tratamiento.

En torno a un gran número de variables sociodemográficas, tales como género o edad, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, lo que puede vincularse con los resultados del estudio de Adewusi et al. (2017), quien indicó que en lo que respecta al sexo y a la edad de los pacientes no existen diferencias tanto en el DN como en la CV. Sin embargo, autores como Failde et al. (2018) y Gordillo Altamirano et al. (2017) propusieron no sólo que la ansiedad, la depresión y los trastornos del sueño son los factores que más afectan negativamente la CV, sino que las mujeres son quienes más los padecen y obtienen puntuaciones más bajas en la CV.

A su vez, se observó que quienes presentan un nivel educativo más bajo tienden a puntuar más alto en intensidad del dolor, a diferencia de quienes poseen un nivel educativo más alto. En este sentido, varios investigadores (Cáceres Manrique et al., 2018; Villanueva Kuong & Ugarte Concha, 2017) coinciden en describir la CV como un constructo compuesto por diversos aspectos de la vida de cada individuo, entre ellos, la educación. También se obtuvieron mayores puntuaciones en salud general y en vitalidad para aquellas personas que

reciben apoyo social. Con relación a este dato, se destaca el aporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) sobre la CV y cómo esta se vincula con la percepción que cada sujeto tiene sobre su enfermedad y sobre la posición que ocupa en la sociedad.

Para finalizar se detallan algunas limitaciones del presente estudio. Las características de los instrumentos administrados se destacan como una primera limitación, ya que la extensión de los mismos puede llevar a los integrantes de la muestra a responder bajo el efecto de la fatiga. Si bien el tamaño de la muestra es considerado una fortaleza de la investigación, esta no resulta generalizable al resto de la población por no ser totalmente representativa; lo que se destaca como una segunda limitación. En cuanto al género, la mayor parte de la muestra se identifica con el género femenino, por lo que resultaría prudente ampliar en un futuro la muestra de sujetos de otros géneros. Finalmente, se debe tomar en cuenta que los instrumentos han sido administrados durante el contexto de pandemia por Covid-19.

Se recomienda tener en cuenta estas limitaciones al momento de realizar futuras investigaciones. Asimismo, sería prudente investigar la temática con muestras más amplias e indagar otros constructos psicológicos que podrían estar vinculados al dolor neuropático, tales como resiliencia, empatía, estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y comunicacionales. Por último, se sugiere realizar investigaciones longitudinales, para ver si difiere en el tiempo los distintos procedimientos médicos utilizados y trabajo interdisciplinario con psicólogos, psiquiatras, especialistas en dolor, kinesiólogos, terapista ocupacional, nutricionista y neurólogo.

Referencias

Adewusi, J., K., Hadjivassiliou, M., Vinagre-Aragón, A., O'Connor, Khan, K., R., Grünewald, R., A., & Zis, P. (2018). Peripheral neuropathic pain in idiopathic Parkinson's disease: Prevalence and impact on quality of life; a case controlled study. *Journal of the Neurological Sciences, 392*, 3–7. https://doi: 10.1016/j.jns.2018.06.022

Badia, X., Cleeland, C., Muriel, A., Gracia, J., M., Perulero, N., Carulla, L., Manuel Núñez Olarte, J., M., & Gálvez, R. (2003). Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Medicina Clínica*; *120* (2), 52-59. https://doi.org/10.1016/S0025-7753(03)73601-X

Blanco Naranjo, E., G., Chavarría Campos, G., F., & Garita Fallas, Y., M. (2021). Manejo multimodal del dolor crónico. *Revista Médica Sinergia*, *6*(4), 625. https://doi.org/10.31434/rms.v6i4.625

Bendaña, J., E. (2020). Dolor neuropático: actualización en definiciones y su tratamiento farmacológico. *Revista Médica Hondureña*, *88*(1), 48-51. https://doi.org/10.5377/rmh.v88i1.11591

Buonanotte, C., F., & Barral, E. (2018). Dolor neuropático de origen central: revisión. *Neurología Argentina*, *10*(2), 88–97. https://doi.org/10.1016/J.NEUARG.2017.10.003

Cáceres-Manrique, F., M., Parra-Prada, M., L., & Pico-Espinosa, O., J. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20(2), 147-154. https://doi.org/10.15446/rsap.V20n2.43391

Expósito Vizcaíno, S., Casanova-Mollà, J., Escoda, L., Galán, S., & Miró, J. (2018). Dolor neuropático en pacientes oncológicos en tratamiento con bortezomib. *Neurología*, *33*(1), 28-34. https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.05.008.

Failde, I., Dueñas, M., Ribera, M. V., Gálvez, R., Mico, J. A., Salazar, A., de Sola, H., & Pérez, C. (2018). Prevalence of central and peripheral neuropathic pain in patients attending pain clinics in Spain: factors related to intensity of pain and quality of life. *Journal of pain research*, *11*, 1835–1847. https://doi.org/10.2147/JPR.S159729.

Flores Ayala, L. P., Guerrero Morales, A. L., & Herrera Olvera, I. G. (2020). Dolor neuropático y su asociación con el índice de gravedad de insomnio en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Atención Familiar*, *27*(2), 71-75. http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.2.75204

Gordillo Altamirano, F., Fierro Torres, M. J., Cevallos Salas, N., & Cervantes Vélez, M. C. (2017). La salud mental determina la calidad de vida de los pacientes con dolor neuropático oncológico en Quito, Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *46*(3), 154–160. https://doi: 10.1016/j.rcp.2016.07.002

Ibarra Ortega, E., Sandoval Mendoza, R. A., Herrejón Galaviz, G., & Torres Huerta, J. C. (2019). Estimulación del ganglio de la raíz dorsal a nivel torácico medio para alivio del dolor neuropático refractario. *Revista oficial de la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor*, *8*(2), 111-117.

Lara Solares, A.; Mayoral Rojals, V.; Guillén Núñez, M.; Villafaña Tello, J.; Cantú Brito, C.; Genis Rondero, M.; Nader Kawachi, A.; Tito Hernández, H.; Salado Ávila, M.; De la Paz Lozano, J.; Hernández Ortiz, A.; Flores Cantisani, J.; Hernández Santos, J. (2019). Consenso multidisciplinario de diagnóstico y tratamiento del dolor

neuropático periférico y localizado en México. *Gaceta Médica de México*, *155*(4), 428-435. https://doi: 10.24875/GMM.19005195.

Morato Gabao, C., Navares-López, D., Pérez-Martínez, R., Romero-de-los-Reyes, L., Solier-López, L. (2019). Dolor neuropático localizado: una revisión narrativa. *Archivos de Medicina Universitaria, 1*(1), 139-77. http://hdl.handle.net/10481/68418

Niv, D., & Devor, M. (2004). Chronic Pain as a Disease in its Own Right. *Pain Practice*, *4*(3), 179–181. https://doi:10.1111/j.1533-2500.2004. 04301.x

Organización Mundial de la Salud. (1998). Beneficios de la actividad física. [fecha de acceso noviembre de 2021]. http: //www.who.int/world-health-day/notas_descriptivas6.es.shtml

Pérez, C., Gálvez, R., Huelbes, S., Insausti, J., Bouhassira, D., Díaz, s., & Rejas, j. (2007). Validity and reliability of the Spanish version of the DN4 (*Douleur Neuropathique 4 questions*) questionnaire for differential diagnosis of pain syndromes associated to a neuropathic or somatic component. *Health Qual Life Outcomes*, *5*(66), 1-10. https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-66

Pérez Quispe, P., & Arias Ledezma, A. (2018). Dolor crónico no oncológico. *Revista Paceña de Medicina Familiar*. *7*(11): 5-10. 4 DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO.pdf (residenciamflapaz.com)

Perren, J., & Lamfre, L. (2018) *Calidad de vida a debate: Deriva, definición y operacionalización de una categoría sugestiva para los estudios históricos;* Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Filosofía y Humanidades. Centro de Investigaciones "María Saleme de Burnichón"; Cuaderno de Historia. Serie Economía y Sociedad; *18*; 9-31

Rincón-Carvajal, M. A., Olaya-Osorio, C. A., Martínez Rojas, S., & Bernal, I. (2018). Recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo del dolor neuropático (revisión de la literatura). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, *25*(6), 349-358. https://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3673/2018

Rodríguez, D., & Llop, R., (2019). Tratamiento farmacológico del dolor neuropático: actualización y controversias. *Butlletí d'informació terapèutica*, *30*(3).14-19. Tratamiento farmacológico del dolor neuropático: actualización y controversias | Fundación Femeba (e-mips.com.ar)

Stonski, E., Weissbrod, D., Vicens, J., Giunta, D. H., Liarte, D., Agejas, R. J., Lupi, S. M., Ondjian, I. A., Russi, J., Gonzales Bernaldo de Quirós, F., Waisman, G. D., Baroni, M. V., Boietti, B. R., & Camera, L. A. (2019). Prevalencia de dolor en la internación en un hospital de alta complejidad de Argentina. *Revista Médica de Chile*, *147*(8), 997-1004. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000800997.

Thomson, C. H., Cassell, O., Peach, H., Holloway, S., Garioch, J., & Moncrieff, M. (2017). Neuropathic pain and quality of life after wide local excision and sentinel lymph node biopsy for melanoma: a multicentre study. *Melanoma research*, *27*(2), 121-125. https://doi:10.1097/cmr.0000000000000321

Villanueva Lumbreras, A. & García-Orellán, R. (2018). Quality of life of informal caregiver: a concept analysis. *Revista Ene de Enfermería*, *12*(2), 223. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2018000200003&lng=es&tlng=en

Villanueva Kuong, L. E. & Ugarte Concha, A. R. (2017). Niveles de ansiedad y la calidad de vida en estudiantes de una Universidad Privada de Arequipa. *Avances en Psicología*, *25*(2), 153-169. https://doi.org/10.33539/avpsicol.2017.v25n2.351

Yañez Díaz, P. A., Gómez Guevara, M. C. & Hoyos Gutiérrez, J. B. (2017). Una mirada actualizada del enfoque y tratamiento del dolor neuropático crónico en el paciente con lesión medular. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, *27*(1), 68-82. https://doi.org/10.28957/rcmfr.v27n1a3

Zuniga, M. A., Carrillo-Jiménez, G. T., Fos, P. J., Gandek, B. & Medina-Moreno, M. R. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Revista Salud Publica de México*, *41*(2), 110-118. https://doi.org/10.1590/s0036-36341999000200005

Anexos

Anexo 1. Cuestionario Sociodemográfico

Edad: ----------

Género:
- □ Masculino
- □ Femenino
- □ No binario

Estado civil:
- □ Soltero/a
- □ En pareja
- □ Casado/a
- □ Separado/a
- □ Divorciado/a
- □ Viudo/a

Lugar de residencia (por favor indicar país, provincia y ciudad): ----------

Nivel educativo:
- □ Primario incompleto
- □ Primario completo
- □ Secundario incompleto
- □ Secundario completo
- □ Terciario incompleto
- □ Terciario completo
- □ Universitario incompleto
- □ Universitario completo
- □ Posgrado

Estado laboral actual:
- □ Empleado/a
- □ Trabajador/a independiente
- □ Desempleado/a
- □ Jubilado/a

¿Qué diagnóstico médico tiene? ----------

¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticado? (indicar años y meses): ----------

¿Toma medicación?
- □ Sí
- □ No

¿Hace cuánto tiempo sufre el dolor? ----------

¿Posee asistencia psicológica?

- Sí
- No

¿Recibe apoyo social? (se siente acompañado, con una red de contención, ya sea esta familiar y/o de amistad)

- Sí
- No

Anexo 2. Cuestionario DN4 (versión española)

Responda a las cuatro preguntas siguientes marcando sí o no en la casilla correspondiente.

ENTREVISTA AL PACIENTE

Pregunta 1: ¿Tiene su dolor alguna de estas características?

		Si	No
1	Quemazón		
2	Sensación de frío doloroso		
3	Descargas eléctricas		

Pregunta 2: ¿Tiene en la zona donde le duele alguno de estos síntomas?

		Si	No
4	Hormigueo		
5	Pinchazos		
6	Entumecimiento		
7	Escozor		

EXPLORACIÓN DEL PACIENTE

Pregunta 3: ¿Se evidencia en la exploración alguno de estos signos en la zona dolorosa?

		Si	No
8	Hipoestesia al tacto		
9	Hipoestesia al pinchazo		

Pregunta 4: ¿El dolor se provoca o intensifica por?

		Si	No
10	El roce		

Anexo 3. Cuestionario Breve del Dolor [BPI]

1. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor en la última semana.

0 Ningún dolor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 El peor dolor imaginable

2. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad mínima de su dolor en la última semana.

0 Ningún dolor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 El peor dolor imaginable

3. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad media de su dolor.

0 Ningún dolor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 El peor dolor imaginable

4. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor ahora mismo.

0 Ningún dolor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 El peor dolor imaginable

5. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor lo ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la última semana.

	0 No me ha afectado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Me ha afectado por completo
Actividades en general	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estado del ánimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Capacidad de caminar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trabajo habitual (incluye	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

trabajo fuera de casa y tareas domésticas)											
Relaciones con otras personas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sueño	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Disfrutar de la vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo 4. Encuesta del Estado de Salud SF-36

Esta encuesta le pide su opinión acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué tan bien puede hacer usted sus actividades normales. Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

1. En general, ¿diría que su salud es:
   - Excelente
   - Muy buena
   - Buena
   - Regular
   - Mala

2. Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general ahora?
   - Mucho mejor ahora que hace un año
   - Algo mejor ahora que hace un año
   - Más o menos igual ahora que hace un año
   - Algo peor ahora que hace un año
   - Mucho peor ahora que hace un año

3. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos.			
Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, apear, lavar, jugar fútbol o béisbol.			
Levantar o llevar las compras del mercado.			
Subir varios pisos por escalera.			
Subir un piso por escalera.			
Doblarse, arrodillarse o agacharse.			
Caminar más de diez cuadras.			
Caminar varias cuadras.			
Caminar una cuadra.			
Bañarse o vestirse.			

4. Durante el último mes, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?

	Sí	No
Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.		
Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.		
Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades.		
Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, ha requerido de mayor esfuerzo).		

5. Durante el último mes, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso).

	Sí	No
Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.		
Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.		
Ha hecho el trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre.		

6. Durante el último mes, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

- Nada
- Un poco
- Más o menos
- Mucho
- Demasiado

7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante el último mes?

- Ningún dolor
- Muy poco
- Poco
- Moderado
- Severo
- Muy severo

8. Durante el último mes, ¿cuánto el dolor le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

- Nada
- Un poco
- Más o menos
- Mucho
- Demasiado

9. Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante el último mes. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante el último mes?

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
Se ha sentido lleno de vida						
Se ha sentido muy nervioso						
Se ha sentido tan decaído que nada podía alentarlo						
Se ha sentido tranquilo y sosegado						
Ha tenido mucha energía						
Se ha sentido desanimado y triste						
Se ha sentido agotado						
Se ha sentido cansado						

10. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Casi nunca
- Nunca

11. ¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?

	Definitivamente cierta	Cierta	No sé	Falsa	Definitivamente falsa
Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente.					
Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco.					
Creo que mi salud va a empeorar.					
Mi salud es excelente					