

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“VARIABLES PSICOLÓGICAS RELACIONADAS CON LA CALIDAD DE  
VIDA EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO”**

Trabajo de titulación previo a la  
obtención del título de Psicólogo/a  
Clínico/a

**AUTORES:**

Marlon Ismael Campos Mendieta

C.I. 0104566245

Daniela Anabel Matovelle Quiroz

C.I. 0105918932

**DIRECTOR:**

Mgt. Sandra Eugenia Lima Castro

C.I. 0703976274

**CUENCA-ECUADOR**

**2017**



## RESUMEN

El modelo biopsicosocial de la salud, conduce a considerar que la percepción de la calidad de vida ante el padecimiento del dolor crónico puede estar influida por variables psicológicas. Por ello el presente estudio cuantitativo, correlacional de tipo transversal, analiza si las estrategias de resolución de problemas sociales, niveles de ansiedad y depresión, y rasgos de personalidad, están relacionadas con la calidad de vida de personas que padecen dolor crónico; formaron parte del estudio 30 adultos con edades entre los 35 y 65 años, pacientes del Hospital Militar III de Tarqui. Mayor Dr. Alberto Alvarado C. de la ciudad de Cuenca, con un diagnóstico de dolor crónico confirmado por el por el traumatólogo tratante. Los instrumentos de evaluación fueron: Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF); Inventario de Resolución de Problemas Sociales Revisado (SPSI-R); Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD); Cuestionario de Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated (EPQR-A); las variables sociodemográficas del estudio se recogieron mediante un cuestionario elaborado por el equipo de investigación. Los resultados indican que los participantes consideran que el dominio físico de la calidad de vida es el más afectado, siendo el dominio menos afectado el ambiental. Las estrategias de resolución de problemas sociales: orientación positiva al problema tiene una correlación significativa con los dominios físico y psicológico; el estilo evitativo, se correlaciona significativamente con el dominio psicológico. Adicionalmente, se identificó sintomatología ansiosa y depresiva que estaría correlacionada de forma negativa con cada uno de los dominios de la calidad vida. Por último, el rasgo de personalidad neuroticismo se correlacionó negativamente con todos los dominios de la calidad de vida. Considerando estos resultados, es conveniente realizar más estudios que permitan conocer más a fondo cómo los factores psicológicos influyen en la percepción de la calidad de vida.

**Palabras clave:** CALIDAD DE VIDA, ESTRATEGIAS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS SOCIALES, ANSIEDAD, DEPRESIÓN, RASGOS DE PERSONALIDAD, DOLOR CRÓNICO.



## ABSTRACT

The biopsychosocial model of health leads to consider that the perception of the quality of life in the face of chronic pain may be influenced by psychological variables. For this reason, the present quantitative cross-sectional correlational study analyzes whether strategies for solving social problems, anxiety and depression levels and personality traits are related to the quality of life of people with chronic pain, the study included 30 adults aged between 35 and 65 years, patients of the Hospital Militar III de Tarqui. Mayor Dr. Alberto Alvarado C. of the city of Cuenca, with a diagnosis of chronic pain confirmed by the treating traumatologist. The evaluation instruments were: Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF); Revised social problem-solving inventory (SPSI-R); Hospital Anxiety and depression Scale (HAD); Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated (EPQR-A). The sociodemographic variables of the study were collected through a questionnaire developed by the research team. The results indicate that the participants considered the physical domain of quality of life to be the most affected, with the environmental domain being less affected. The social problem-solving strategy positive orientation towards the problem has a significant correlation with the physical and psychological domains; the avoidant style, correlates significantly with the psychological domain. Additionally, we detected an anxious and depressive symptomatology that would be negatively correlated with each of the quality of life domains. Finally, the personality trait neuroticism correlated negatively with all domains of quality of life. Considering these results, it is convenient to carry out more studies that allow to know more thoroughly how the psychological factors influence the perception of the quality of life.

**Key Words:** QUALITY OF LIFE, SOCIAL PROBLEM-SOLVING STRATEGIES, ANXIETY, DEPRESSION, PERSONALITY TRAITS, CHRONIC PAIN.



## Índice

INTRODUCCIÓN.....	10
METODOLOGÍA.....	15
Pregunta de investigación .....	15
Objetivos.....	15
Enfoque y tipo de investigación.....	15
Hipótesis .....	15
Participantes.....	16
Criterios de inclusión y exclusión.....	16
Instrumentos de medición .....	17
Procedimiento .....	18
Procesamiento de datos.....	19
RESULTADOS .....	20
Características sociodemográficas de los participantes .....	20
Pruebas de normalidad .....	21
Niveles de Calidad de Vida en pacientes con dolor crónico .....	22
Relación entre Estrategias de Resolución de Problemas Sociales y niveles de los dominios de la Calidad de Vida .....	23
Relación entre niveles de ansiedad y depresión y niveles de los dominios de la Calidad de Vida.....	24
Relación entre rasgos de Personalidad y niveles de los dominios de la Calidad de Vida.....	25
DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIONES.....	31
RECOMENDACIONES .....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	33
ANEXOS .....	39



## CESIÓN DE DERECHOS



Universidad de Cuenca  
Cláusula de Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

---

**Marlon Ismael Campos Mendieta**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "**Variables psicológicas relacionadas con la calidad de vida en pacientes con dolor crónico**", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 11 de julio de 2017

---

Marlon Ismael Campos Mendieta

C.I: 0104566245



## CESIÓN DE DERECHOS



Universidad de Cuenca

Cláusula de Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

---

**Daniela Anabel Matovelle Quiroz**, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "**Variables psicológicas relacionadas con la calidad de vida en pacientes con dolor crónico**", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 11 de julio de 2017

Daniela Anabel Matovelle Quiroz

C.I: 0105918932



## RESPONSABILIDAD DE AUTOR



Universidad de Cuenca  
Clausula de propiedad intelectual

---

**Marlon Ismael Campos Mendieta**, autor del Trabajo de Titulación "**Variables psicológicas relacionadas con la calidad de vida en pacientes con dolor crónico**", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 11 de julio de 2017

---

Marlon Ismael Campos Mendieta

C.I: 0104566245



## RESPONSABILIDAD DE AUTOR



Universidad de Cuenca  
Clausula de propiedad intelectual

---

**Daniela Anabel Matovelle Quiroz**, autora del Trabajo de Titulación "**Variables psicológicas relacionadas con la calidad de vida en pacientes con dolor crónico**", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 11 de julio de 2017

Daniela Anabel Matovelle Quiroz

C.I: 0105918932





## AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer de manera muy especial a nuestra directora de tesis Mgt. Sandra Lima Castro, quien con mucha paciencia ha sido nuestro apoyo y guía en este proceso. Además de permitirnos ser parte de su importante proyecto de investigación sobre “Calidad de Vida en Personas con Discapacidad y Variables Psicosociales Asociadas”, el mismo que nos ha aportado significativamente en nuestra formación profesional.

Al director del Hospital Militar Tnt. Crnl. René Cabrera, al Dr. Carlos Bernal y a la Lic. Melania González, personas sin las cuales este trabajo no hubiese podido lograrse, brindándonos siempre toda la apertura a nuestros intereses investigativos.

A los participantes del estudio, quienes depositaron su confianza en nosotros desde el primer momento, siendo los principales interesados en generar resultados reales, que permitan mejorar la atención hacia ellos y otras personas que padecen enfermedades crónicas.

A nuestros amigos y amigas, quienes con el tiempo se convirtieron en familia, sin duda son los testigos y animadores de la lucha constante hacia el éxito de la vida. Sin ustedes el camino recorrido nunca hubiese sido igual.

A aquellos docentes, nuestros guías, quienes imprimieron una “huella” significativa en nuestro proceso de formación y vida.

Ismael y Daniela



## DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a mi madre, por la paciencia y dedicación que ha tenido para formarme con buenos valores, humildad y determinación, lo que me ha permitido alcanzar las metas que me he propuesto.

A mi hermana, quién con su seguridad y fortaleza, siempre me ha inspirado a vencer mis miedos; a mi padre quien no está conmigo pero quien siempre será la figura que me empuje a superarme. A mi antiguo jefe y gran amigo Xavier Durán, quien hizo posible que culmine mis estudios, gracias a su apoyo, amistad y consejos.

Finalmente, los ex compañeros y maestros, especialmente a mi compañera y amiga Daniela, por todo el conocimiento adquirido y las gratas experiencias que vivimos juntos.

Ismael Campos Mendieta

El cumplir esta meta tan especial en mi vida, me dirige a dedicar este trabajo final al tesoro más grande de mi corazón: MI FAMILIA; mi principal fuente de inspiración, motivación y mi razón de vivir.

A mi guía especial, quien hizo de mí una mejor persona y una mejor profesional.

Al compañero de este reto, amigo y hermano de la vida: Ismael, a ti por tanta paciencia, consideración y lealtad.

Daniela Matovelle Quiroz



## INTRODUCCIÓN

Desde un modelo biopsicosocial de la salud, se resalta la necesidad de considerar además de factores fisiológicos, a los factores psicológicos y sociales, que interaccionan e influyen en el manejo de la enfermedad crónica y los dominios de calidad de vida. En este sentido, dentro de la vivencia del dolor crónico se debe tomar en cuenta varios factores vinculados que afectan la calidad de la vida de quien lo padece en sus diferentes ámbitos (García, Hoover y Gil Obando, 2007).

El dolor crónico puede ser definido como una experiencia sensorial y emocional desagradable (Rodríguez-Sánchez, González-García, Vicente-Fatela y Samper-Bernal, 2013) que afecta a la mayoría de personas quienes lo atraviesan, en varios momentos a lo largo de su vida, alterando en mayor o menor grado su vida personal, social o profesional (Del Mónaco, 2013). Por otro lado, la calidad de vida se la entiende como un estado de bienestar general que abarca descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas mediadas por los valores personales (The WHOQOL Group, 1995).

Según varios autores, se considera que la calidad de vida es un constructo multidimensional integrado por varios dominios, los cuales han sido denominados como: “físico”, “psicológico”, “social” y “ambiental”, los mismos que pueden verse deteriorados por la intensidad del dolor que perciben o experimentan, además del bajo estado anímico durante el transcurso del padecimiento de la enfermedad (Torre et al., 2008). Dentro del ámbito emocional variables clínicas como la ansiedad y la depresión son patologías que agravan y cronifican el curso del dolor de una forma evidente, afectando notablemente a la calidad de vida de quienes padecen esta enfermedad (Soucase, Monsalve y Soriano, 2005).

La ansiedad puede ser definida como una respuesta patológica del ser humano ante ciertas situaciones de la vida cotidiana en forma de estrés, conllevando una sensación de malestar e inquietud que se generaliza a su actividad diaria y que empeora la condición de las personas que experimentan dolor crónico (Evrard, Escobar y Tevar, 2010), quebrantando el equilibrio tanto fisiológico como psicológico (Burns, 2007). En cuanto a la depresión, es un trastorno que se caracteriza por la presencia de una serie de manifestaciones conductuales, cognitivas, emocionales, motivacionales y somáticas (Carrobles, 2011); es vista como un estado de ánimo negativo, en el cual produce que la persona pierda la capacidad y el deseo de enfrentarse ante cualquier situación y ante la



vida cotidiana, por lo que empeora de una forma intensa su condición dolorosa. (Evrard et al., 2010).

Existen varios estudios que señalan el impacto negativo de la sintomatología ansiosa y depresiva en los dominios de la calidad de vida de los pacientes que padecen dolor crónico. En este sentido, cabe mencionar una investigación en la que se analiza la relación entre la intensidad percibida del dolor, ansiedad y depresión y la calidad de vida en pacientes hospitalizados. Los resultados indican que la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, influyen de manera negativa en la percepción de la calidad de vida conforme la intensidad del dolor aumenta (Rico, 2013).

Otro estudio comparativo entre pacientes con dolor neuropático (es generado por el propio sistema nervioso central o periférico) y pacientes con dolor nociceptivo (su etiología se debe a la aplicación de un estímulo externo al organismo) que acuden a una clínica del dolor, concluyó que no se identifican diferencias estadísticamente significativas respecto a la sintomatología de ansiedad y depresión entre los diferentes tipos de dolor mencionados; sin embargo, al analizar la totalidad de pacientes se encontró que la ansiedad fue mayor que la depresión, por lo cual independientemente del diagnóstico algológico, los pacientes de primera vez presentan una sintomatología afectiva similar (Morales-Vigil et al., 2008).

Por último, se destaca otra investigación realizada con pacientes con cáncer de pulmón, que indica la existencia de una alta prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos, lo cual alteraba la salud mental y vitalidad de los participantes del estudio (Krikorian y Bringas, 2016).

### **Estrategias de resolución de problemas sociales y su relación con los diferentes dominios de la Calidad de Vida**

El padecimiento de una enfermedad crónica es un proceso que se prolonga a través del tiempo, siendo fuente generadora de estrés y causando un deterioro continuo a nivel emocional, cognitivo, físico, y social, afectando la calidad de vida de la persona y originando nuevas exigencias para ellas, llevándolo incluso a la muerte. La forma de afrontamiento a la situación dependerá de la optimización de recursos psicosociales que disponga la persona, lo cual permita mejorar su calidad de vida global, ya que la superación de estas situaciones daría lugar a un aumento de la capacidad de ajuste del



sujeto. Existen varias definiciones para explicar las estrategias de resolución de problemas sociales, la propuesta desarrollada por Vera-Villaruel, Cordova-Rubio y Celis-Atenas (2009), es enfocada como un proceso cognitivo-conductual autodirigido, en el cual una persona intenta identificar soluciones efectivas o adaptativas para diversas situaciones problemáticas específicas de la vida diaria. En este sentido, las estrategias de resolución de problemas, implicaría la manera cómo se enfrentan los sujetos ante elementos estresantes determinados, ya sean estresores cotidianos, o sucesos vitales estresantes como el caso de un diagnóstico de enfermedad (Castaño y León, 2010).

Las estrategias de resolución de problemas son un proceso que integra la valoración cognitiva (proceso por el que se determina el significado de una situación específica a la que se enfrenta una persona) y las actividades de afrontamiento (actividades cognitivas y conductuales usadas para solucionar un problema o manejar estrés) dentro de un marco general para la solución de un problema o afrontamiento ante un estresor, que puede afectar directa o indirectamente el estado de ánimo y a la vez esto determinaría la eficacia de la estrategia de afrontamiento empleada para la resolución de problemas (D´Zurrilla y Nezu, 2010).

En el caso de los pacientes con enfermedades crónicas, el eje de la calidad de vida más afectado es el de la salud física que, al interactuar con los ejes de trabajo, intelecto, espiritualidad, recreación, sexualidad y afectividad, los modifica a unos más que a otros y de manera diferente en cada sujeto, dependiendo de sus particularidades. En ese sentido, resulta de gran importancia que el individuo establezca estrategias eficaces de resolución de problemas, que resulten funcionales ante las demandas y pérdidas que aparecen en el proceso de enfermedad y tratamiento, para lidiar con los cambios físicos, psicológicos, familiares, sociales y laborales, ocasionados por el estrés (Torre et al., 2008).

El adecuado control de la tensión frente a los estresores, por ejemplo, parece determinar un afrontamiento exitoso y un afín estado de bienestar. Existen dos procesos semi independientes entre sí que determinan la capacidad de resolución de problemas: el “estilo de afrontamiento” y la “orientación hacia el problema”, que es un proceso en el cual intervienen esquemas cognitivo-emocionales como un reflejo de la valoración personal positiva o negativa de los problemas, en el cual la persona entiende sus problemas como algo solucionable, para los cuales confían en sus habilidades para resolverlos (Maydeu-Olivares y D´Zurrilla, 1996; D´Zurrilla y Chang, 1995).



Se debe considerar también el “estilo de afrontamiento” a los problemas que son las actividades cognitivas y conductuales mediante las cuales la persona trata de entender los problemas y busca darles una solución efectiva o la forma de afrontarlos. Existen tres estilos de afrontamiento, uno “adaptativo” o “estilo racional” (busca respuestas de forma activa y aplica los pasos y habilidades necesarias para la solución del problema); y por otro lado dos “estilos des-adaptativos” relacionados con el “estilo impulsivo” (intentos activos de solución de problemas, sin pasos y sin considerar todas las opciones) y por último el “estilo evitativo” (procrastinación, pasividad y dependencia al abordar los problemas) (Bell y D’Zurrilla, 2009).

Maydeu-Olivare, Rodríguez-Fornells, Gómez-Benito y D’Zurilla, (2000) quienes desarrollan el Inventario de Resolución de Problemas Sociales – Revisado (SPSI-R), proponen cinco estilos de afrontamiento a los problemas sociales: “Orientación positiva hacia el problema” (PPO), “orientación negativa hacia el problema” (NPO), “estilo racional” (RPS), “estilo irracional” (ICS) y “estilo evitativo” (AS); los cuales determinarán la adaptabilidad ante una situación estresante, como puede ser el padecimiento de dolor crónico.

### **Rasgos de personalidad y su relación con los dominios de Calidad de Vida y Estrategias de Resolución de Problemas Sociales con los dominios de calidad de vida.**

La relación entre los rasgos de personalidad (neuroticismo, psicoticismo y extraversión) y los dominios de la calidad de vida en pacientes con dolor crónico no ha sido estudiada ampliamente a pesar de su importancia. Es por ello, que en el presente estudio se pone a consideración esta variable, teniendo como referente algunas investigaciones recientes que abordan dicha relación, involucrando otras enfermedades crónicas (Vinaccia et al., 2014). Por ejemplo, se encontraron estudios que señalan, que personas que poseen niveles altos del rasgo de personalidad “neuroticismo”, son más propensas a verse afectados negativamente en el dominio “psicológico” de la calidad de vida, además de intervenir en el pronóstico de las estrategias de resolución de problemas sociales, que también influirán negativamente en la percepción de la calidad de vida (Paredes y Pinelo Navarro, 2013; Husson et al., 2017).



Por lo expuesto, identificar las relaciones entre los distintos dominios de la calidad de vida y las variables psicológicas mencionadas en la revisión de la literatura, tiene relevancia en el ámbito profesional del Psicólogo Clínico, ya que podría generar nueva información para desarrollar programas de intervención más holísticos que potencien factores de protección, los cuales generen una disminución del nivel de afectación del paciente con dolor crónico, otorgándole mayor bienestar general.



## METODOLOGÍA

### **Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las variables psicológicas que están relacionadas con los dominios de la calidad de vida de personas que padecen dolor crónico?

### **Objetivos**

#### **Objetivo General:**

-Determinar si las variables psicológicas: estrategias de resolución de problemas sociales, niveles de ansiedad y depresión y rasgos de personalidad (extraversión, neuroticismo y psicoticismo) están relacionadas con los dominios de la calidad de vida de personas que padecen dolor crónico.

#### **Objetivos Específicos:**

- Identificar niveles de calidad de vida en pacientes con dolor crónico.
- Establecer relaciones entre las estrategias de resolución de problemas sociales y los diferentes dominios de la calidad de vida en pacientes con dolor crónico.
- Establecer relaciones entre los niveles de ansiedad y depresión y los diferentes dominios de la calidad de vida experimentado por pacientes con dolor crónico.
- Establecer relaciones entre los rasgos de personalidad y los diferentes dominios de la calidad de vida en pacientes con dolor crónico.

### **Enfoque y tipo de investigación**

El enfoque de la presente investigación es de carácter cuantitativo, puesto que se llevó a cabo la recolección y el análisis de datos en base a un análisis estadístico, con el fin último de responder la pregunta de investigación del estudio; de tal manera que los objetivos planteados se cumplan. Considerando el tipo de investigación y enfoque utilizado, se trató de un diseño de tipo correlacional transversal, ya que se buscó conocer si existe una correlación positiva entre estrategias de resolución de problemas, niveles de ansiedad y depresión, rasgos de personalidad y la calidad de vida experimentada por personas que padecen dolor crónico,

### **Hipótesis**

- En personas con dolor crónico, altos niveles de ansiedad y depresión, están asociados de manera negativa con los diferentes dominios de la calidad de vida.
- En personas con dolor crónico, estrategias de resolución de problemas sociales disfuncionales, están relacionadas de manera negativa con los diferentes dominios





de la calidad de vida.

- En personas con dolor crónico, altos niveles de “neuroticismo” y/o “psicoticismo”, están relacionados de manera negativa con los diferentes dominios de la calidad de vida.

### **Participantes**

Para llevar a cabo la presente investigación, se obtuvo la autorización del director del “Hospital Militar III de Tarqui. Mayor Dr. Alberto Alvarado C.”, para la ejecución del estudio, se contó con un universo constituido por todos los adultos con diagnóstico de dolor crónico confirmado por el traumatólogo de la institución de salud mencionada y que recibían atención médica en el área de traumatología y rehabilitación, durante los meses de abril, mayo y junio del año en curso.

Del universo de estudio se seleccionó una muestra probabilística de 30 personas, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión que se exponen en los siguientes párrafos; con un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 5%. Inicialmente, se llevó a cabo la aplicación de una prueba piloto a 10 personas, para verificar la consistencia interna de los instrumentos utilizados. Dentro de la muestra total, 15 de los pacientes contaban con el diagnóstico de dolor crónico y carnet de discapacidad y los 15 sujetos restantes habían recibido el diagnóstico oficial de dolor crónico por parte del traumatólogo, pero no contaban con el carnet de discapacidad.

**Criterios de inclusión:** Se incluyó a personas entre los 35 y 65 años que fueron atendidos en el área de traumatología y rehabilitación del “Hospital Militar III de Tarqui. Mayor Dr. Alberto Alvarado C.”, que contaban además con un diagnóstico de dolor crónico confirmado por el traumatólogo tratante, en un grado de afectación moderado o grave, sujetos que tenían al menos un nivel de escolaridad básico para poder completar las pruebas, los mismos que aceptaron participar voluntariamente en esta investigación al dar su consentimiento firmado.

**Criterios de exclusión:** No fueron considerados para el estudio, adultos mayores a 65 años o menores de 35 años; además de personas entre las mismas edades que presenten discapacidad intelectual o cualquier deterioro cognitivo que no les permita completar las pruebas, además de personas que no expresaron el deseo de participar en la investigación.



### **Instrumentos de medición**

Para la medición de la calidad de vida se empleó el Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF); (Quality of Life Questionnaire-[WHOQOL-BREF]; (The WHOQOL Group, 1996). La Versión Española del cuestionario, tiene 26 preguntas, dos generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas que buscan evaluar cuatro distintas áreas o dominios: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. Las puntuaciones que son mayores indican una mejor calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta. Los valores del alfa de Cronbach obtenidos para cada una de las dimensiones de la versión española variaron entre 0.69 y 0.90 (Urzúa, y Jarne 2008).

Para la evaluación de la variable Estrategias de Resolución de Problemas Sociales, se empleó la Versión Española del Inventario de Resolución de Problemas Sociales Revisado (SPSI-R) de Maydeu-Olivares et al. (2000). El SPSI-R es un inventario que evalúa la capacidad y las habilidades de resolución de problemas. Es un cuestionario autoaplicable con 52 ítems en una escala tipo Likert con alternativas de respuesta desde el 0 (*no es típico en mí*) al 4 (*extremadamente típico en mí*), ítems que caracterizan los sentimientos, acciones y comportamientos con los que reacciona ante los problemas de la vida cotidiana. Las puntuaciones elevadas indican adecuadas habilidades de solución de problemas, excepto en orientación negativa hacia el problema, estilo impulsivo y estilo evitativo, donde las puntuaciones altas son indicativas de déficits en estas habilidades de solución de problemas. La consistencia interna está entre 0.69 y 0.95; ha demostrado una adecuada validez estructural, concurrente, predictiva, convergente y discriminativa. En la adaptación realizada al castellano la consistencia interna se encuentra entre 0.68 y 0.90 (Maydeu-Olivares et al., 2000).

La escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD:Hospital Anxiety and Depression Scale; adaptación de Terol et al., 2007) consta de 14 ítems que evalúan las respuestas emocionales de ansiedad y depresión en enfermos físicos, mentales y en la población en general. Se califica la ocurrencia de estos síntomas en la última semana en una escala tipo Likert de 4 puntos, el enunciado de las respuestas, cambian para adaptarse a cada ítem. La consistencia de todas las subescalas en sujetos sanos (adultos y estudiantes universitarios) y oncológicos fueron superiores a 0.69 (Terol et al., 2007).



Además, para evaluar la variable Personalidad, se utilizó la Versión española de Sandín, Valiente, Chorot, Olmedo y Santed (2002) del cuestionario de personalidad de Eysenck Revisado- Abreviado [EPQR-A] (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]; Francis, Brown y Philipchalk, 1992). Es un cuestionario autoadministrado con 24 ítems y 4 subescalas (Neuroticismo, Extraversión, Psicoticismo y Sinceridad), correspondiendo 6 ítems a cada una de las subescalas. El formato de respuesta es de Sí (1) y No (0), con un rango de puntuaciones para cada subescala entre 0 y 6. Las tres primeras subescalas miden rasgos de personalidad, mientras que la última evalúa la tendencia a mentir (nivel de sinceridad). En la interpretación, a mayor puntuación en cada rasgo mayor será la presencia del mismo, y en el caso de la escala de sinceridad a mayor puntuación menor sinceridad presentará el sujeto evaluado (Sandín et al., 2002); se halló evidencia en apoyo de la validez factorial exploratoria de la versión española del EPQR-A. Los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach), por cada escala son: Neuroticismo=0.78, Extroversión=0.74, Psicoticismo=0.63 y Sinceridad=0.54.

Las variables sociodemográficas del estudio fueron recogidas mediante un cuestionario que ha sido elaborado por el equipo de investigación.

### **Procedimiento**

Se acudió en primera instancia al “Hospital Militar III de Tarqui. Mayor Dr. Alberto Alvarado C.” de la ciudad de Cuenca, con la finalidad de dar a conocer los objetivos de estudio, para solicitar el correspondiente permiso y coordinar acciones con el director del centro y con los profesionales encargados de las áreas de traumatología y rehabilitación, espacios donde se aplicaron los instrumentos de recolección de información durante los meses de abril, mayo y junio; para el cual se realizó la entrega de un oficio formal solicitando la pertinente autorización. Posteriormente se acudió al centro, para la selección de los participantes que cumplan con los criterios de inclusión señalados. Como siguiente paso, se llevó a cabo la aplicación de una prueba piloto a 10 personas, para verificar la consistencia interna de los instrumentos: WHOQOL-BREF, SPSI-R, HAD, EPQR-A, que para su respectivo uso se solicitó la debida antelación autorización de los autores, específicamente en el caso de SPSI-R se ejecutó el procedimiento para obtener la autorización de autor mediante el compromiso de que su uso es con fines de investigación y se pagó el respectivo valor por cada aplicación del



test. Posteriormente, en los horarios acordados con los profesionales del hospital, se contactó a los posibles participantes del estudio, se informó a la población de estudio el carácter voluntario de la investigación y los objetivos del mismo, una vez confirmada la participación mediante la firma de un consentimiento informado (Anexo 1), se buscó implementar una sesión previa breve para generar un espacio de confianza y seguridad el cual facilite la consecución o el proceso de aplicación de reactivos, para posteriormente continuar con la aplicación de los instrumentos. Finalmente, se desarrolló el procesamiento de la información obtenida para el análisis estadístico, para lo cual se diseñó una base de datos a través del empleo del programa SPSS versión 24.0, para la posterior elaboración del informe final.

### **Procesamiento de datos**

Con los datos obtenidos a través de la aplicación de los cuestionarios, previamente codificados, se construyó una matriz de datos en SPSS versión 24.0. Se partió de un análisis descriptivo básico, en el cual además se incluyó la revisión de consistencia interna de los instrumentos de medida mediante el cálculo del Alfa de Cronbach. Con estos antecedentes previos al análisis de resultados, se procedió con un análisis descriptivo relacional, por ello, como primer paso se realizaron pruebas de normalidad, Shapiro Wilk para muestras con menos de 50 observaciones, con el propósito de decidir si usar pruebas paramétricas o no paramétricas. Luego de comprobar estos supuestos se llevó a cabo correlaciones bivariadas para establecer en qué medida los dominios de calidad de vida están relacionados con estrategias de resolución de problemas sociales, niveles de ansiedad y depresión y rasgos de personalidad.



## RESULTADOS

### Características sociodemográficas de los participantes

En el presente estudio participaron 14 mujeres y 16 hombres que se encontraban en un rango de edad entre los 35 y 65 años, con una media de 50.6 años y una desviación típica de 10.9. En cuanto al estado civil, el 30.0% de los encuestados son solteros, el 53.3% están casados, el 10.0% son viudos y el 6.2% son divorciados, no se identifican personas que vivan en unión libre.

El 96.7% se identifica según su etnia y costumbres como mestizos y el 3.3% como blancos, no existieron sujetos que se identifiquen como afroecuatoriano, indígena u otro. El 56.7% no trabaja en la actualidad debido a que solicitaron la jubilación por su condición de salud, mientras que el 43.3% sí lo hace.

Además de padecer dolor crónico de distintas etiologías, el 43.3% presenta otro problema de salud y un 56.7% no manifiesta otra condición médica. Un 53.3% toma medicamentos, mientras que un 46.7% no lo hace.

Continuando con el análisis descriptivo, cabe destacar que en promedio los participantes han padecido dolor durante 11.8 años.



Tabla 1  
*Características sociodemográficas de los participantes*

Variable	Categoría	Frecuencia	%
Estado civil	Soltero	9	30.0
	Casado	16	53.3
	Viudo	3	10.0
	Divorciado	2	6.7
	Unión libre	0	0
Identificación cultural	Mestizo	29	96.7
	Blanco	1	3.3
	Afroecuatoriano	0	0
	Indígena	0	0
	Otro	0	0
Ingresos económicos	Inferior a \$375	14	46.7
	\$375	5	16.7
	\$668	2	6.7
	\$750	4	13.3
	\$1125	1	3.3
	Más de \$1125	4	13.3
Trabaja actualmente	No	17	56.7
	Si	13	43.3
Toma medicamentos	No	14	46.7
	Si	16	53.3

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Elaboración: los autores.

### **Pruebas de normalidad**

Con el propósito de cumplir con los objetivos de la investigación, en primer lugar, se efectúa el test de normalidad de Shapiro Wilk, adecuado para muestras de menos de 50 observaciones. Se observa en la tabla 2 que se rechaza la  $H_0$  de normalidad para la mayoría de variables, por ello se calcula el coeficiente de correlación de Spearman, que es una prueba no paramétrica. Sin embargo, se aprecia que hay dos variables evaluadas



mediante el inventario SPSI-R, que se distribuyen normalmente, las cuales son: “orientación positiva al problema” (PPO) y “solución racional al problema” (RPS), por esta razón, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson.

Tabla 2  
*Pruebas de normalidad*

Variable	Shapiro Wilks		
	Estadístico	N° sujetos	Significación
Ansiedad	.926	30	.039**
Depresión	.793	30	.000***
Neuroticismo	.817	30	.000***
Extraversión	.847	30	.001***
Psicoticismo	.875	30	.002***
Sinceridad	.881	30	.003***
Orientación positiva	.969	30	.523
Orientación negativa	.895	30	.006***
E. Racional	.957	30	.260
E. irracional	.781	30	.000***
E. Evitativo	.756	30	.000***
D. físico	.965	30	.416
D. Psicológico	.968	30	.483
D. Social	.932	30	.054*
D. Ambiental	.974	30	.662

Nota: \*\*\*. La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral). \*\*. La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral). \*. La correlación es significativa al nivel 0.1 (bilateral)

Fuente: WHOQOL-BREF (The WHOQOL Group, 1996); SPSI-R (Maydeu-Olivares et al., 2002); HAD (Terol et al., 2007) y EPQR-A (Sadín et al., 2002). Elaboración: Los autores.

### Niveles de calidad de vida en pacientes con dolor crónico

En primer lugar, se procede a efectuar el análisis de fiabilidad del WHOQOL-BREF, que presentó un excelente valor ( $\alpha=0.94$ ) para el cuestionario global; para los dominios de calidad de vida los Alpha de Cronbach fueron 0.85 para el dominio “físico”; 0.87 para el dominio “psicológico”; 0.79 para el dominio “social” y 0.76 para el dominio “ambiental”.

En la tabla 3, se observa que los participantes del estudio registraron un nivel



“medio” de calidad de vida para todos los dominios con una media de 57.02, para el dominio “físico”; 63.05, en el dominio “psicológico”; en el dominio “social”, la media fue de 61.94. Por último, en el dominio “ambiental”, la media observada fue de 65.20, siendo el nivel que puntúa más alto.

Tabla 3  
*Niveles de calidad de vida de los 30 participantes, Cuenca, Ecuador, 2017*

Dominio	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Físico	14.29	100.00	57.02	21.08
Psicológico	20.83	100.00	63.05	21.09
Social	8.33	100.00	61.94	23.53
Ambiental	34.38	100.00	65.20	16.32

Fuente: WHOQOL-BREF (The WHOQOL Group, 1996). Elaboración: Los autores.

### **Relación entre Estrategias de Resolución de Problemas Sociales y los diferentes dominios de la Calidad de Vida**

Previo al análisis correlacional, se procede a efectuar el análisis de fiabilidad de la escala SPSI-R, que presentó un excelente valor ( $\alpha=0.79$ ) para el cuestionario global; para las siguientes dimensiones el Alpha de Cronbach fue de 0.63 para la “orientación positiva al problema”; 0.83 en la “orientación negativa al problema”; 0.83 para el “estilo racional”; 0.72 para el “estilo irracional” y de 0.78 para el “estilo evitativo”.

Las medias identificadas en las estrategias de resolución de problemas sociales fueron: para la “orientación positiva hacia el problema” 2.86; para la “orientación negativa hacia el problema” 2.78; para el “estilo racional” 2.00; para el “estilo irracional” 2.71 y para el “estilo evitativo” 3.36.

Se observa en la tabla 4, una correlación positiva entre los cuatro dominios de calidad de vida y la “orientación positiva hacia el problema”, siendo más significativo para los dominios “físico” y “psicológico”. En cuanto a la “orientación negativa al problema” y los dominios de calidad de vida se obtiene una correlación positiva, siendo todas las correlaciones significativas al 1%. Por otro lado, se observa una correlación positiva no significativa entre los diferentes dominios de calidad de vida y el estilo de “solución racional de problemas”, a excepción del dominio “ambiental”, que muestra una correlación negativa que no llega a ser significativa. En cuanto al “estilo irracional de afrontamiento” se correlacionan negativamente con los dominios “físico”, “psicológico” y “social”; no obstante, existe una correlación positiva con el dominio “ambiental”. Se





aprecia además que, ninguna de las correlaciones es significativa.

Por último, se observa que existe una correlación positiva entre todos los dominios de calidad de vida, y el “estilo evitativo”, especialmente para el dominio “psicológico”, siendo todas las correlaciones significativas.

Tabla 4

*Estrategias de Resolución de Problemas Sociales y los diferentes dominios de la Calidad de Vida de los participantes, Cuenca, Ecuador, 2017*

Dominios		Físico	Psicológico	Social	Ambiental	
Rho de Spearman	PPO	Coeficiente de correlación	.526**	.356*	.262	.194
		Significación (bilateral)	.003	.054	.162	.304
		Nº sujetos	30	30	30	30
	NPO	Coeficiente de correlación	.566***	.594***	.582***	.542***
		Significación (bilateral)	.001	.001	.001	.002
		Nº sujetos	30	30	30	30
	RPS	Coeficiente de correlación	.211	.080	.224	-.135
		Significación (bilateral)	.262	.675	.234	.478
		Nº sujetos	30	30	30	30
	ICS	Coeficiente de correlación	-.229	-.050	-.127	.124
		Significación (bilateral)	.223	.792	.503	.514
		Nº sujetos	30	30	30	30
AS	Coeficiente de correlación	.339*	.456**	.363**	.338*	
	Significación (bilateral)	.067	.011	.049	.068	
	Nº sujetos	30	30	30	30	

Nota: \*\*\*. La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral). \*\*. La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral). \*. La correlación es significativa al nivel 0.1 (bilateral)

Fuente: SPSI-R (Maydeu-Olivares et al., 2002); WHOOQOL-BREF (The WHOQOL Group, 1996). Elaboración: Los autores.

### **Relación entre niveles de ansiedad y depresión y los diferentes dominios de la Calidad de Vida**

En primer lugar, se procede a efectuar el análisis de fiabilidad de la escala HAD que presentó un excelente valor ( $\alpha=0.94$ ) para el cuestionario global; para las siguientes



dimensiones el Alpha de Cronbach fue de 0.86 para “ansiedad” y 0.94 para “depresión”. Las medias identificadas fueron: para ansiedad 0.94 y para depresión 0.73

En la tabla 5 se observa una correlación negativa entre “ansiedad” y los dominios de calidad de vida analizados, además, todas las correlaciones son altamente significativas. De igual manera, se puede apreciar que existe una correlación negativa entre los dominios de calidad de vida y los niveles de “depresión”, siendo altamente significativas.

Tabla 5  
*Ansiedad y Depresión y los diferentes dominios de la Calidad de Vida de los participantes, Cuenca, Ecuador, 2017*

Dominios		Físico	Psicológico	Social	Ambiental
	Coefficiente de correlación	-.586***	-.669***	-.605***	-.615***
	Significación. (bilateral)	.001	.000	.000	.000
	Nº sujetos	30	30	30	30
Rho de Spearman	Coefficiente de correlación	-.711***	-.789***	-.648***	-.570***
	Significación (bilateral)	.000	.000	.000	.001
	Nº sujetos	30	30	30	30

Nota: \*\*\*. La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral). \*\*. La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral). \*. La correlación es significativa al nivel 0.1 (bilateral)

Fuente: HAD (Terol et al., 2007); WHOQOL-BREF (The WHOQOL Group, 1996).  
Elaboración: Los autores.

**Relación entre rasgos de personalidad y los diferentes dominios de la Calidad de Vida**

Previo al análisis correlacional, se procede a efectuar el análisis de fiabilidad de la escala EPQR-A, que presentó un valor ( $\alpha= 0.105$ ) para el cuestionario global el cual es un valor poco consistente; los valores para cada rasgo fueron de 0.13 para “extraversión”; 0.80 para “neuroticismo”; y de -0.45 para “psicoticismo”.

Las medias identificadas en los rasgos de personalidad fueron: para “neuroticismo” 1.63; para “extraversión” 3.16 y para “psicoticismo” 2.73.

En cuanto al rasgo de personalidad “neuroticismo”, se puede observar en la tabla 6, que existe una correlación negativa con todos los dominios de calidad de vida. Por otro



lado, el rasgo “extraversión”, presenta una correlación positiva con todos los dominios de calidad de vida; sin embargo, ninguna de estas correlaciones es significativa. Por último, el rasgo de “psicoticismo”, muestra una correlación positiva con todos los dominios de calidad de vida, sin embargo, solo es significativo para el dominio “físico” al 5%.

Tabla 6

*Rasgos de personalidad y los diferentes dominios de la Calidad de Vida de los participantes, Cuenca Ecuador, 2017*

Dominios		Físico	Psicológico	Social	Ambiental	
Rho de Spearman	Neuroticismo	Coefficiente de correlación	-.567***	-.710***	-.616***	-.600***
		Significación (bilateral)	.001	.000	.000	.000
		Nº sujetos	30	30	30	30
	Extraversión	Coefficiente de correlación	.427*	.199	.297	.157
		Significación (bilateral)	.019	.292	.111	.407
		Nº sujetos	30	30	30	30
	Psicoticismo	Coefficiente de correlación	.391**	.197	.289	.200
		Significación (bilateral)	.033	.296	.121	.290
		Nº sujetos	30	30	30	30

Nota: \*\*\*. La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral). \*\*. La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral). \*. La correlación es significativa al nivel 0.1 (bilateral)

Fuente: EPQR-A (Sadín et al., 2002); WHOOQOL-BREF (The WHOQOL Group, 1996).

Elaboración: Los autores.



## DISCUSIÓN

La presente investigación se planteó determinar si las variables psicológicas: estrategias de resolución de problemas sociales (PPO, NPO, RPS, ICS, AS), niveles de ansiedad y depresión y rasgos de personalidad (extraversión, neuroticismo y psicoticismo) están relacionadas con los diferentes dominios de la calidad de vida de personas que padecen dolor crónico. Debido a que aún existe escasa investigación empírica en población con dolor crónico, la discusión de los resultados obtenidos se basa en investigaciones con participantes que experimentan distintos tipos de enfermedades crónicas, lo cual ha permitido desarrollar un análisis de la relación entre las variables psicológicas planteadas en nuestro estudio y la calidad de vida.

En primer lugar, cabe resaltar que se comprobó las adecuadas propiedades psicométricas de las escalas empleadas, las cuales fueron: WHOQOL-BREF, SPSI-R, HAD, concordando con investigaciones realizadas a nivel internacional (Cardona-Arias, 2011; Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas-Carrasco y Bunout, 2011; Lucas-Carrasco, Laidlaw y Power, 2011; Galindo Vázquez et al., 2015; Husson et al., 2017; López-Roig et al., 2000; Power, Quinn, Schmidt, y the WHOQOL-OLD Group, 2005; Quiroz, García, Castro, Encinas y Flores, 2013; Rico, Restrepo, y Molina, 2005; Sandín et al., 2002). En cuanto al inventario de personalidad EPQR-A, se observó para el rasgo de “neuroticismo” un valor de consistencia interna adecuado, no así para los rasgos de “psicoticismo” y “extraversión”, lo cual concuerda con otros estudios que señalan que es más recomendable utilizar la versión original EPQR si se desea medir con precisión todos los rasgos (Husson et al., 2017; Sandín et al., 2002), no obstante, es recomendable llevar a cabo nuevos estudios que permitiesen corroborar estos resultados ya que en nuestro estudio el tamaño de la muestra es pequeña.

Por otro lado, en el presente estudio se identifican niveles medios de calidad de vida en pacientes con dolor crónico, particularmente en el dominio “físico”, que fue el que obtuvo la puntuación más baja, este dominio está vinculado con la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas; lo que lleva a indicar que en los pacientes con dolor crónico la enfermedad tiene un impacto estresante, que produce un desequilibrio en la vida de la persona en las áreas mencionadas (Delgado-Sanz et al., 2011); lo cual concuerda con otros estudios realizados en pacientes con enfermedades crónicas diversas que experimentan dolor crónico y corroboran que



los problemas crónicos de salud influyeron negativamente y de manera especial en el dominio “físico” (Arrarás, Lainez, Asín, y Rico, 2016; Silva Fernández y Agudelo Vélez, 2011). Además, cabe resaltar que el dominio “ambiental” de la calidad de vida no se vio afectado negativamente en los participantes del estudio, el cual puede deberse a que las personas perciben que cuentan con recursos económicos, accesibilidad y calidad de cuidados de salud y sociales, oportunidades de adquirir nueva información y de recreación y ocio, así mismo como la percepción de un adecuado entorno físico, hallazgo que concuerda con otras investigaciones (Arrarás et al., 2016; Infante, Subirá y García, 2003).

Al analizar la relación entre las estrategias de resolución de problemas sociales y los niveles de calidad de vida se observa una correlación positiva en los dominios de calidad de vida y la “orientación positiva hacia el problema” siendo especialmente significativa para los dominios “físico” y “psicológico”; estos hallazgos coinciden con investigaciones revisadas, que explican que los participantes que refieren tener esta orientación al problema perciben un mayor apoyo social, ven sus problemas como retos y no como castigos o desgracias, además de percibir menos amenazante o limitante su entorno lo que permitiría que se adapten mejor a la enfermedad (Rini, Symes, Campo, Wu y Austin, 2016; Heydari, Razban, Mirzaei y Heidari, 2017).

Además se encuentra que la “orientación negativa hacia el problema” muestra una correlación positiva lo cual no se esperaría, siendo además significativa para todos los dominios; si bien no coincide con los estudios, en los cuales, una “orientación negativa al problema” es predictor de bajos niveles de calidad de vida en todos sus dominios, cabe resaltar que esta correlación estaba mediada parcialmente por una percepción pobre de apoyo e intercambios sociales negativos, lo que no ocurre con los participantes del estudio quienes reportaron en la entrevista satisfacción con las redes de apoyo social lo cual podría estar atenuando los efectos de la “orientación negativa hacia el problema” revisados (Rini et al., 2016; Heydari et al., 2017).

Adicionalmente, cabe señalar que la elección de estilos de solución de problemas tiene una fuerte influencia étnica (Burns y D'zurilla, 1999; D'Zurilla y Chang, 1995); aunque las personas refieren su preferencia por la “orientación negativa hacia el problema” esto no determina la elección del estilo de afrontamiento hacia los problemas en general. También se han mostrado, que los tipos funcionales o disfuncionales de solución de problemas variaban según la etnia, lo cual puede explicar que personas que



tienen una “orientación negativa hacia el problema” pueden elegir estilos de afrontamiento funcionales en un modo dado lo que les permite tener una mejor percepción de su calidad de vida (Burns y D'zurilla, 1999; D' Zurilla y Chang, 1995).

Por otra parte, se aprecia que el “estilo evitativo” muestra una correlación positiva con todos los dominios siendo significativa para el dominio “psicológico”. No es un resultado esperado, sin embargo, se puede explicar ya que existen investigaciones que señalan que las personas con discapacidad física tienden a utilizar con mayor frecuencia estrategias de resolución de problemas enfocadas en la emoción, especialmente la evitación; esto puede estar relacionado con la manera como los sujetos con discapacidad son tratados por su familia y por la sociedad en general, con un patrón de sobreprotección paternalista y asistencialista, que genera evasión de los problemas el cual dificultaría asumir las consecuencias de sus actos (Botero Soto, y Londoño Pérez 2013; Burn y D'zurilla, 1999).

En el presente estudio se encontró que los participantes reportaron niveles leves de sintomatología ansiosa y depresiva, el cual está correlacionada de forma negativa con cada uno de los dominios de calidad vida; estos resultados concuerdan con otras investigaciones realizadas con pacientes que padecían diversas enfermedades crónicas (Krikorian y Bringas, 2016; Molina, Figueroa y Uribe, 2013). Sin embargo, en esta población que padece dolor crónico el nivel de afectación (leve) no es el esperado según otros estudios revisados, los cuales aseguran que altos niveles de ansiedad y depresión están inmersos en el padecimiento de una enfermedad crónica, las mismas que agravan y cronifican su curso, afectando en un nivel significativo a los dominios de la calidad de vida (Soucase et al., 2005). Este hallazgo puede deberse a otros factores de protección, tales como la resiliencia, la autoeficacia, la efectividad y satisfacción del tratamiento recibido, redes de apoyo o adaptación de enfermedad que no fueron analizados en este estudio pero que en otros se ha ratificado su importancia (Alcedo y Angulo, 2015; Vega Angarita y González Escobar, 2009).

Finalmente al analizar la relación entre rasgos de personalidad y los diferentes dominios de la calidad de vida, se observó que el rasgo de “neuroticismo”, tiene una correlación negativa altamente significativa con los dominios “físico”, “psicológico”, “social” y “ambiental” de la calidad de vida, lo cual concuerda con otros estudios



revisados, ya que en general, las personas con altos niveles de neuroticismo tienden a experimentar un efecto más negativo y centrarse en los síntomas siendo menos flexibles en el cambio. Además, estas personas suelen utilizar métodos no adaptativos de estrategias de resolución de problemas cuando se enfrentan a una situación estresante, como es el padecimiento del dolor crónico, siendo más difícil adaptarse al proceso de enfermedad (Husson et al., 2017; Paredes y Pinelo, 2013; Vinaccia et al., 2014).



## CONCLUSIONES

Los pacientes con dolor crónico que participaron en nuestro estudio, reportan niveles “medios” de calidad de vida, en los dominios analizados (físico, psicológico, social y ambiental), siendo más afectado en primer lugar el dominio “físico”, seguido del “social”, después el “psicológico”, el dominio menos afectado fue el “ambiental”.

En cuanto a las estrategias de resolución de problemas sociales, la “orientación positiva al problema” tiene una asociación positiva con todos los dominios de la calidad de vida, siendo significativo para el “físico” y “psicológico”. Por otro lado, la “orientación negativa al problema”, también se relaciona positivamente con todos los dominios de la calidad de vida. Por último, en el “estilo evitativo”, hay un efecto positivo con todos los dominios, siendo significativo para el “psicológico”.

Por otro lado, se identifica niveles leves de sintomatología ansiosa y depresiva, el cual se correlaciona negativamente con todos los dominios de la calidad de vida, sin embargo, esta relación no llega a ser significativa.

Por último, en cuanto a la influencia de los rasgos de personalidad en la percepción de la calidad de vida, se identifica que el rasgo de “neuroticismo”, afecta negativamente a todos los dominios de la calidad de vida, ya que se halló una correlación negativa significativa.





## **RECOMENDACIONES**

Considerando que existen pocas investigaciones sobre el tema, es recomendable llevar a cabo nuevos estudios que involucren un mayor número de participantes, de tal manera que permita obtener resultados con mayor confiabilidad, sin ocasionar una variabilidad y sesgos el cual pueda poner en riesgo la capacidad de generalización de los resultados conseguidos.

Por otro lado, en base a los resultados obtenidos, al evidenciar la presencia e influencia de diversas variables psicológicas relacionadas con el dolor crónico, se sugiere que los servicios de atención a las personas con dolor crónico dispongan de un abordaje integral, que permita la cobertura de las necesidades de los sujetos en todos los ámbitos. Este abordaje permitirá generar una intervención oportuna, que garantice la mejora en todos los dominios de la calidad de vida para un mayor bienestar general del paciente.

Por último, sería oportuno analizar otros factores o variables que se encuentran inmersos en el análisis del dolor crónico y la calidad de vida, tales como factores de protección y factores de riesgo, que podrían influir en el padecimiento de una enfermedad crónica y que determinarían el bienestar percibido y la satisfacción con la vida.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcedo, J. M. G., y Angulo, J. G. S. (junio de 2015). *Factores protectores, estilos de vida saludable y riesgo cardiovascular*. Obtenido de Psicología y Salud: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1339>
- Arrarás, J.I., Lainez, N., Asín, G., y Rico, M. (2016). *Calidad de vida de pacientes con cáncer de próstata: estudio prospectivo mediante la aplicación del cuestionario CAVIPRES*. Obtenido de: Anales del Sistema Sanitario de Navarra: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272016000200019&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200019&lng=es&tlng=es).
- Bell, A.C. y D'Zurrilla, T.J. (junio de 2009) *Problema solving therapie for depression: A meta-analysis*. Obtenido de Clinical Phychology Review: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735809000269>
- Botero Soto, P. A. y Londoño Pérez, C. (2013). Factores psicosociales predictores de la calidad de vida en personas en situación de discapacidad física. *Acta Colombiana de Psicología*, 16(2), 125-137. doi: 10.41718/ACP.2013.16.2.12
- Burns, D. (2007). *Adiós, ansiedad: cómo superar la timidez, los miedos, las fobias y las situaciones de pánico*. Barcelona: Paidós (edición original de 2006).
- Burns, L. R., y D'zurilla, T. J. (agosto de 1999). *Individual differences in perceived information processing styles in stress and coping situations: Development and validation of the Perceived Modes of Processing Inventory*. Obtenido de Cognitive Therapy and Research: <https://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1018799700207?LI=true>
- Cardona-Arias, J. (diciembre de 2011). *Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA: Comparación del MOSSF-36, WHOQOL-BREF y WHOQOL-HIV-BREF, Medellín, Colombia, 2009*. Obtenido de Colombia Médica: <http://www.redalyc.org/html/283/28321543004/>
- Carrobles, J.A. (2011) Trastornos depresivos. En V.E. Caballo, I.C. Salazar y J. A. Carrobles. *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 311-337). Madrid: Pirámide.
- Castaño, M.E., y León, B. (junio de 2010). *Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal*. Obtenido de International journal of psychology and psychological therapy: <http://www.redalyc.org/html/560/56017095004/>



- D'Zurilla, T. J., y Chang, E. C. (octubre de 1995). *The relations between social problem solving and coping*. Obtenido de Cognitive therapy and research: <https://link.springer.com/article/10.1007%2F02230513?LI=true>
- D'Zurrilla, T.J. y Nezu, A.M. (agosto de 2010). *Problem solving*. En K.S. Dobson. Obtenido de Handboock of cognitive-behavioral therapies: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735810000504>
- Del Mónaco, R. (junio de 2013). *Chronic pain and narrative: everyday experiences and trajectories of care in suffering from migraine*. Obtenido de Physis: Revista de Saúde Coletiva: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000200009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000200009&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Delgado-Sanz, M., Prieto-Flores, M., Forjaz, M., Ayala, A., Rojo-Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., y Martínez-Martín, P. (diciembre de 2011). *Influencia de los problemas crónicos de salud en las dimensiones del cuestionario EQ-5D: estudio en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas*. Obtenido de Revista Española de Salud Pública: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272011000600005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000600005)
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas-Carrasco, R., y Bunout, D. (mayo de 2011). *Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos*. Obtenido de Revista médica de Chile: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000500003&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000500003&script=sci_arttext&tlng=en)
- Evrard, E, Escobar, E, y Tevar, J (2010). Depresión, Ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17 (7), 326-332.
- Francis, L. J., Brown, L. B., y Philipchalk, R. (1992). The development of an abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): Its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Personality and individual differences*, 13(4), 443-449.
- Galindo Vázquez, O., Benjet, C., Juárez García, F., Rojas Castillo, E., Riveros Rosas, A., Aguilar Ponce, J. L., y Alvarado Aguilar, S. (agosto de 2015). *Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos*. Obtenido de Salud mental: [Marlon Ismael Campos Mendieta  
Daniela Anabel Matovelle Quiroz](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-</a></p></div><div data-bbox=)



33252015000400253&script=sci\_arttext&tlng=pt

- García, V., Hoover, J., y Gil Obando, L. M. (2007). La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 51-61.
- Heydari, M., Razban, F., Mirzaei, T. y Heidari, S. (enero de 2017). *The Effect of Problem Oriented Coping Strategies Training on Quality of Life of Family Caregivers of Elderly with Alzheimer*. Obtenido de Asian Journal of Nursing Education and Research:  
<http://ajner.com/HTMLPaper.aspx?Journal=Asian%20Journal%20of%20Nursing%20Education%20and%20Research;PID=2017-7-2-7>
- Husson, O., Zebrack, B., Block, R., Embry, L., Aguilar, C., Hayes-Lattin, B., y Cole, S. (junio de 2017). *Personality Traits and Health-Related Quality of Life Among Adolescent and Young Adult Cancer Patients: The Role of Psychological Distress*. Obtenido de Journal of Adolescent and Young Adult Oncology:  
<http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jayao.2016.0083>
- Infante Vargas, P., Subirá Álvarez, S., y García Parés, G. (mayo de 2003). *Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico*. Obtenido de Universitat Autònoma de Barcelona: <https://ddd.uab.cat/record/37711>
- Krikorian, A., y Bringas, S. (2016). Calidad de vida y experiencia emocional de pacientes que se van a someter a cirugía torácica: resultados preliminares. *Informes Psicológicos*, (6), 73-83.
- López-Roig, S., Terol, M. C., Pastor, M. A., Neipp, M. C., Massutí, B., Rodríguez-Marín, J., y Sitges, E. (2000). Ansiedad y depresión. Validación de la escala HAD en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología de la Salud*, 2(12), 127-57.
- Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K. y Power, M. (junio de 2011). *Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults*. Obtenido de Aging & Mental Health:  
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2010.548054>
- Maydeu-Olivare, A. y D'Zurrilla, T.J. (abril de 1996). *A Factor-analytic study of the Social Problem-solving Inventory: An integration of theory and data*. Obtenido de Cognitive Therapy and Research:  
<https://link.springer.com/article/10.1007%2FBF02228030?LI=true>



- Maydeu-Olivares, A., Rodríguez-Fornells, A., Gómez-Benito, J. y D'Zurilla, T. J. (2000). Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R). *Personality and Individual Differences*, 29, 699-708. doi:10.1016/S0191-8869(99)00226-3
- Molina Linde, J M; Figueroa Rodríguez, J y Uribe Rodríguez, A F; (marzo de 2013). *El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados*. Obtenido de Universitas Psychologica: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64728729006>
- Morales-Vigil, T., del Castillo, O. I. A. R., Sánchez-Román, S., Guevara-López, U., y Vázquez-Pineda, F. (septiembre de 2008). *Ansiedad y depresión por dolor crónico neuropático y nociceptivo*. Obtenido de Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social: <http://www.redalyc.org/html/4577/457745523004/>
- Paredes A, G., y Pinelo Navarro, D. B. (2013). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Revista de Investigación Psicológica*, 23.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S. y the WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214.
- Quiroz, C. O. A., García, J. J. V., Castro, S. B. E., Encinas, D. M. S., y Flores, R. G. (diciembre de 2013). *Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos*. Obtenido de Psicología y Salud: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/505/837>
- Rico, J. L., Restrepo, M., y Molina, M. (febrero de 2005). *Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia*. Obtenido de Avances en medición: [https://www.researchgate.net/profile/Javier\\_Rico2/publication/281334144\\_Adaptacion\\_y\\_validacion\\_de\\_la\\_escal\\_hospitalaria\\_de\\_ansiiedad\\_y\\_depresion\\_HAD\\_en\\_una\\_muestra\\_de\\_pacientes\\_con\\_cancer\\_del\\_Instituto\\_Nacional\\_de\\_Cancerologia\\_de\\_Colombia/links/56ba2aed08ae3af6847d6666.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Javier_Rico2/publication/281334144_Adaptacion_y_validacion_de_la_escal_hospitalaria_de_ansiiedad_y_depresion_HAD_en_una_muestra_de_pacientes_con_cancer_del_Instituto_Nacional_de_Cancerologia_de_Colombia/links/56ba2aed08ae3af6847d6666.pdf)
- Rico, P. (junio de 2013). *El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados*. Obtenido de Universitas psychologica: <http://www.redalyc.org/html/647/64728729006/>
- Rini, C., Symes, Y., Campo, R. A., Wu, L. M., y Austin, J. (2016). I keep my problems to myself: negative social network orientation, social resources, and health-related



- quality of life in cancer survivors. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 50(3), 385.
- Rodríguez-Sánchez, S., González-García, E., Vicente-Fatela, L., y Samper-Bernal, D. (2013). Codificación clínica con la CIE9MC. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 20 (2), 69-88.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Montes, M. O., y Germán, M. A. S. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A) (I): Análisis exploratorio de la estructura factorial. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(3), 195-205.
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., Olmedo, M. y Santed, M.A. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A) (I): Análisis exploratorio de la estructura factorial. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(3), 195-205. doi:10.5944/rppc.vol.7.num.3.2002.3933
- Silva Fernández, C S y Agudelo Vélez, D M; (abril de 2011). Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. Obtenido de Acta Colombiana de Psicología: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79822602005>
- Soucase, B., Monsalve, V., y Soriano, JF (2005). Afrontamiento del dolor crónico: Variables el papel de las de Valoración y Estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión En Una Muestra de Pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12 (1) 8-16.
- Terol, M.C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M. A. y Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Estrés (HAD) en población española. *Ansiedad y Estrés*, 13, 163-176.
- The WHOQOL Group, (noviembre de 1995) *The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization*. Obtenido de Social Science and Medicine: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369500112K>
- The WHOQOL Group (1996). Versión Española del WHOQOL-Bref, Versión Barcelona. *División de Salud Mental*. Organización Mundial de la Salud (OMS). [Spanish language version of the WHOQOL-Bref. Mental Health Division. World Health Organization.] Ginebra.



- Torre, F., Martín-Corral, J., Callejo, A., Gómez-Vega, C., La Torre, S., Vallejo, R., y Arízaga, A. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 15 (2), 83-93.
- Urzúa, A. y Jarne, A. (2008). Calidad de vida y factores biopsicosociales en patologías médicas crónicas [Quality of life and bio-psycho-social factors in chronic medical pathologies]. *Terapia Psicológica*, 26, 207–214.
- Vega Angarita, O. M., y González Escobar, D. S. (junio de 2009). *Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica*. Obtenido de Enfermería global: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000200021&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000200021&script=sci_arttext&tlng=en)
- Vera-Villaruel, P., Cordova-Rubio, N., y Celis-Atenas, K. (abril de 2009). *Optimism evaluation: Preliminary analysis of the Life Orientation Test Revised Version (Lot-R) in Chilean population*. Obtenido de Universitas Psychologica: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672009000100005&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672009000100005&script=sci_arttext&tlng=es)
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., y Zapata, M. (2014). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*, 15(2), 207-220.





**ANEXOS**

**Anexo 1: consentimiento informado**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO.  
“CALIDA DE VIDA DE PERSONAS DE ECUADOR CON  
DISCAPACIDAD FÍSICA Y VARIABLES ASOCIADAS; UN ESTUDIO DESDE  
LA PERSPECTIVA DE GÉNERO”.**

**Directora del proyecto:**  
Mgt. Sandra Lima Castro  
**Coordinadora del proyecto**  
Mst. Eva Peña.

**Tesistas:** Daniela Matovelle – Ismael campos

**Investigadores Principales:**  
**UNIVERSIDAD DE CUENCA.**  
Facultad de Psicología  
Teléfono: 4051000 ext. 2831

Mst. Mónica Narváez  
Mst Marcela Cabrera

**Descripción del Proyecto.**

Investigadores de la facultad de psicología de la universidad de Cuenca, están realizando un estudio con el fin de conocer factores relacionados con el bienestar en adultos con o sin discapacidad para apoyar con información para fortalecer los servicios de prevención, promoción y protección de la calidad de vida para personas con o sin discapacidad.

**Consentimiento voluntario del Participante.**

Si participo en este estudio. Entiendo que se llevara a cabo en aproximadamente 10 minutos para completar cuestionarios. Toda la información obtenida en este estudio es completamente confidencial. La investigación propuesta respeta los principios fundamentales de la Declaración de Helsinki, de la Declaración Universal de la UNESCO sobre derechos humanos.

Si tengo cualesquier en el futuro sobre este estudio puedo contactar con la directora del proyecto en el teléfono indicado arriba.

He leído el documento precedente del consentimiento, o me lo han leído, y entiendo completamente el contenido de este documento. Por ello acuerdo por este medio participar en este estudio de investigación y recibiré una copia de este documento.

Firma del Entrevistado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Numero de celular: .....

**Firma del Encuestador:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_