

Rev. Soc. Esp. Dolor  
4: 216-229; 2006

## *Utilidad del Índice de Lattinen (IL) en la evaluación del dolor crónico: relaciones con afrontamiento y calidad de vida*

V. Monsalve<sup>1</sup>, J. Soriano<sup>2</sup>, J. De Andrés<sup>3</sup>

Monsalve V, Soriano J, De Andrés J.

**The LATTINEN INDEX (IL) for the evaluation of chronic pain: its correlation with coping and quality of life.**

### SUMMARY

#### Introduction

Lattinen Index (IL) is an instrument of measurement widely used in the area of the treatment and investigation of the chronic pain. Nevertheless its source is confused, and the reliability and validity criteria for the use of this instrument with all the scientific guarantees, don't exist. All that has generated the need of studies directed to provide information on the content of IL and its validity to allow the confirmation for the best use.

#### Material and method

A sample of 112 subjects diagnosed of chronic pain was analyzed. On one hand (study 1) the relations between the IL, coping and quality of life were analyzed by means of a correlational analysis. Secondly (study 2) discriminant capacity of IL was analyzed by means of a cluster analysis between different groups of subjects. Finally, and by means of a regression analysis (study 3) the predictive capacity of quality of life of IL was analyzed. All these studies were analyzed by means of the utilization of the IL, the visual analogical scale (EVA) for the intensity of pain, the health questionnaire SF-36 as quality of life criterion and the coping questionnaire CAD-R to evaluate coping strategies.

#### Results

The results show an index of internal consistency of  $\alpha=0,56$ . Significant correlations appear fundamentally with quality of life variables (SF-36), as well as with the intensity of the pain (EVA), and with passive coping strategies (CAD-R). As for its discriminant capacity, different values appear depending on the IL items, differences being obtained depending on the symptomatology, pain type, the sex/gender and age. As for the predictive capacity the IL shows its capacity fundamentally of these items: intensity of pain, activity self-sufficiency, frequency of pain and sleep quality.

#### Conclusions

In spite of showing a low index of reliability, the results of the study show the usefulness of the IL for the valuation of chronic pain patient, mainly due to its predictive capacity of different quality of life variables, capacity promoted when other variables of evaluation, as coping strategies, are used.  
© Sociedad Española del Dolor. Published by SED.

<sup>1</sup> Psicólogo Adjunto. Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. España.

<sup>2</sup> Profesor Titular. Dep. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. España.

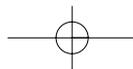
<sup>3</sup> Jefe del Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. España.

Recibido: 26/12/05  
Aceptado: 25/02/06

### RESUMEN

#### Introducción

El Índice de Lattinen (IL) es un instrumento de medida ampliamente utilizado en el ámbito del tratamiento e investi-



## UTILIDAD DEL ÍNDICE DE LATTINEN (IL) EN LA EVALUACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO: RELACIONES CON AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

217

gación del dolor crónico. Sin embargo su origen es confuso, no existiendo criterios de fiabilidad y validez que permitan utilizar este instrumento con todas las garantías científicas. Todo esto ha generado la necesidad de estudios encaminados a proporcionar datos sobre el contenido del IL y su validez que permitan confirmar su adecuada utilización.

### *Material y método*

Mediante el análisis de una muestra de 112 sujetos diagnosticados de dolor crónico se analiza, por una parte (estudio 1), las relaciones entre el IL, el afrontamiento y la calidad de vida mediante un análisis correlacional de los datos. En segundo lugar (estudio 2) se analiza la capacidad discriminante del IL mediante un análisis cluster entre distintos grupos de sujetos. Por último, y a través un análisis de regresión (estudio 3), se analiza la capacidad predictiva de calidad de vida del IL. Todos estos estudios se realizaron mediante la utilización del IL, la Escala Visual Analógica (EVA) para la intensidad del dolor, el Cuestionario de Salud SF-36 como criterio de calidad de vida y el Cuestionario de Afrontamiento al Dolor CAD-R para evaluar las estrategias de afrontamiento.

### *Resultados*

Los resultados muestran un bajo índice de consistencia interna de  $\alpha=0,56$ . Aparecen correlaciones significativas fundamentalmente con variables de calidad de vida (SF-36), así como con la intensidad del dolor (EVA) y con estrategias de afrontamiento pasivas (CAD-R). En cuanto a su capacidad discriminante aparecen distintos valores dependiendo de los ítems del IL, obteniéndose diferencias en función de la sintomatología, el tipo de dolor, el sexo/género y la edad. En cuanto a la capacidad predictiva, el IL muestra su capacidad fundamentalmente de los ítems: intensidad de dolor, autosuficiencia en la actividad, frecuencia del dolor y calidad del sueño.

### *Conclusiones*

A pesar de mostrar un bajo índice de fiabilidad, los resultados del estudio muestran la utilidad del IL para la valoración del paciente con dolor crónico, fundamentalmente por su capacidad predictiva de distintas variables de calidad de vida, potenciada cuando se utilizan otras variables de valoración como son las estrategias de afrontamiento. © Sociedad Española del Dolor. Publicado por la SED.

## INTRODUCCIÓN

La necesidad de objetivar y sistematizar el estudio del dolor ha llevado al mundo científico al diseño de instrumentos de medida que fueran útiles no sólo para caracterizar la experiencia subjetiva del dolor, sino para delimitar los criterios diagnósticos,

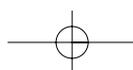
facilitar las decisiones terapéuticas y poder evaluar o medir los resultados de éstas.

Son múltiples los instrumentos de medida que se han diseñado al respecto (1). Desde los unidimensionales o más sencillos, a los más complejos o multidimensionales; desde los diseñados a evaluar la intensidad del dolor, a los diseñados a evaluar los aspectos emocionales o cognitivos del mismo; desde los diseñados para delimitar el tipo de dolor, a los diseñados para valorar la adaptación del sujeto a la experiencia algica.

Entre los instrumentos de medida que en los últimos años han sido más utilizados, tanto en el ámbito clínico como en el ámbito experimental, está el Índice de Lattinen. Este instrumento de medida (catalogado de manera diversa como test, cuestionario o índice y nombrado también de manera diferente: Lattinen, Lettinen, etc.) se caracteriza por su brevedad, recogiendo cinco ítems que a su vez agrupan cinco dimensiones del paciente con dolor crónico. Estas dimensiones son: intensidad del dolor, nivel de actividad, frecuencia del dolor, utilización de analgésicos y sueño nocturno. También se obtiene una puntuación total, configurada por la suma de las puntuaciones en cada una de las dimensiones anteriores. En el cuestionario aparece un sexto ítem que evalúa las horas de sueño del enfermo, el cual no computa en el total y se contempla como un elemento separado. La puntuación de cada ítem se realiza en una escala de cuatro puntos, que va de la menor incidencia a la mayor gravedad o distorsión.

A pesar de ser un instrumento de medida ampliamente utilizado en el ámbito del dolor crónico, su origen es confuso, siendo generalmente citado en base a fuentes que no se derivan del mismo, sino de otros trabajos donde ha sido utilizado y cuyas citas tampoco nos conducen a la fuente primaria. En otras ocasiones, las referencias utilizadas no tienen nada que ver con la descripción de dicho instrumento de medida. Sin embargo, recientemente estas referencias utilizadas para justificar el uso del IL han sido aceptadas incluso en revistas científicas internacionales de gran prestigio, como Spine (2), The Journal of Urology (3), The Clinical Journal of Pain (4) o Pain (5).

En este sentido, y tras realizar una búsqueda bibliométrica en Medline y PsycINFO de los últimos 25 años, los autores no encontraron ningún trabajo donde se facilitara ninguna cita que nos llevara a la fuente original de este instrumento de medida. En la mayoría de las ocasiones, simplemente no se cita su procedencia. El resultado de nuestra búsqueda no hace más que confirmar los resultados del trabajo publicado recientemente por Vas y colaboradores (2005) en el que, realizando una búsqueda más am-



plia en cuanto a las fuentes de información, tampoco encuentran el origen de dicho instrumento de medida (6). La única diferencia de nuestra búsqueda y la del trabajo anteriormente citado, debida a la limitación generada por el período temporal estudiado en el mismo, es el artículo de Tizick y colaboradores, publicado en el *Journal of Urology* en el año 2005 (3) y el de Reinhard Sittl publicado en el mismo año en el *Expert Review of Neurotherapeutics* (7). Nuevamente estos artículos no aportan información respecto al origen o fuente del Índice de Lattinen.

En cuanto al contenido del IL, en los últimos años ha sido utilizado como instrumento de medida de la intensidad del dolor (5). Esta es, sin duda, la variable más utilizada a la hora de evaluar el ajuste del sujeto al dolor percibido y a la hora de evaluar la eficacia de los tratamientos (8).

También se ha utilizado como criterio del control de dolor (9), como índice de capacidad funcional (10), o como indicador de calidad de vida (11,12). Dada la forma de puntuación que plantea el mismo, parece claro la necesidad de contemplarlo como un indicador de sintomatología en el enfermo con dolor crónico: las puntuaciones bajas indicarán ausencia, mientras que las altas indicarán presencia de la misma en sus diversas manifestaciones.

En este sentido, son múltiples las relaciones encontradas en diversos estudios entre la presencia de sintomatología y el empleo de estrategias de afrontamiento, así como la repercusión en la calidad de vida del enfermo. El empleo de las estrategias de afrontamiento ha tenido últimamente una gran importancia a la hora de hablar de la adaptación ante el dolor (13,14). En el modelo iniciado por Lazarus y Folkman (1984) se destacaba la importancia que tienen los procesos de afrontamiento en la adaptación de los individuos ante los estresores (15). En el caso de los enfermos con dolor crónico, el afrontamiento también se ha relacionado con la adaptación de estos enfermos, estableciendo su capacidad predictiva ante la depresión y ante la incapacidad física (13).

Por otra parte, la calidad de vida es uno de los elementos que en la actualidad más intentan potenciarse en las Unidades de Dolor. El dolor no siempre tiene solución y se pretende que el enfermo mantenga, en el mejor de los casos, su calidad de vida. Por ello suele ser un elemento muy importante para decidir si un enfermo es capaz de manejar bien o no el dolor. La calidad de vida también se ha relacionado con el afrontamiento, planteándose que determinadas estrategias de afrontamiento explican diversas facetas de la calidad de vida de los enfermos con dolor crónico (16).

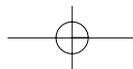
Este es el sentido en el que se plantea este estudio descriptivo, analizando la consistencia interna de este instrumento, y en qué medida el IL resulta útil como predictor que explique la adaptación del sujeto al dolor, abordando tres aspectos relacionados con el mismo, y establecidos como tres estudios: en el primer estudio se pretende identificar las relaciones existentes entre el IL, el uso de estrategias de afrontamiento y la calidad de vida (estudio 1), partiendo de la hipótesis de la existencia de relaciones entre mayor sintomatología (IL), menor uso de estrategias de afrontamiento y peor calidad de vida; en segundo lugar, se intenta comprobar si el IL actúa como una variable diferencial en la calidad de vida informada por los enfermos, así como en el tipo de dolor, sexo/género y su edad (estudio 2), partiendo de la hipótesis de que el IL puede tener capacidad discriminante (validez discriminante) en dichas variables; por último, en tercer lugar, se pretende establecer si el IL es un buen predictor de la calidad de vida (estudio 3), partiendo de la hipótesis de que el IL puede tener capacidad predictiva de la CV.

## MATERIAL Y MÉTODO

### 1. Descripción de la muestra

Se solicitó la participación en el estudio a una serie consecutiva de pacientes que acudían a la Unidad Multidisciplinar del Tratamiento del Dolor del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia por primera vez. Tras su consentimiento, y tras la evaluación del equipo médico encargado de realizar el diagnóstico del tipo de dolor, se realizó el pase de los instrumentos de medida que describimos a continuación. Participaron en el estudio 112 pacientes diagnosticados con dolor crónico de distinta etiología (todos los sujetos cumplieron el criterio de al menos 6 meses de evolución).

En cuanto a los distintos diagnósticos del síndrome de dolor, fueron establecidos por el personal médico de la Unidad de Dolor, siguiendo los criterios de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) (17). Siguiendo estos criterios, se ha definido el dolor somático como aquel que afecta a la piel, músculos, articulaciones o ligamentos. Es un dolor bien localizado y caracterizado por sensaciones descritas como profundo, opresivo, quemante o punzante. Por su parte, el dolor neuropático suele ser resultado de



lesiones a nivel del sistema nervioso central o periférico. Suele caracterizarse por una presentación espontánea y por una reducción del umbral del dolor a estímulos de baja intensidad (por ejemplo, el roce de la piel). Suele describirse como superficial, agudo y eléctrico (18).

## 2. Instrumentos de medida

Todos los sujetos de la muestra fueron evaluados mediante el IL, anteriormente descrito, contestando también los siguientes instrumentos de medida:

La Escala Visual Analógica (EVA) es un instrumento de medida clásico en el ámbito del dolor crónico. Consiste en una línea de 10 cm limitada por dos extremos, representando el cero “nada de dolor” y el 10 “el peor dolor imaginable”, estando validada para evaluar la intensidad del dolor (19-21).

El SF-36 es un cuestionario general de salud. Fue descrito por Ware y Sherbourne en 1992 y es el resultado del protocolo de investigación Medical Outcome Study (MOS) (22). En estudios posteriores ha mostrado sus propiedades psicométricas para distintos grupos de pacientes (23,24) y ha sido adaptado a distintos idiomas (25,26), estando validado para muestra española (27). Está compuesto por 36 ítems, recoge 8 escalas: funcionamiento físico (interferencia en actividades físicas como autocuidado, caminar, etc.), rol físico (interferencia laboral o actividades diarias), dolor corporal (intensidad del dolor y su efecto en actividades diarias), salud general (valoración personal de la salud actual y futura y resistencia a enfermar), vitalidad (sentimiento de energía frente al cansancio), funcionamiento social (interferencia de los problemas de salud en la vida social), rol emocional (interferencia de los problemas emocionales en el trabajo y actividades diarias), salud mental general (depresión, ansiedad, control de la conducta y emocional). Aunque es un instrumento diseñado inicialmente para la evaluación del estado general de salud, ha sido utilizado como criterio de calidad de vida en multitud de estudios de distintos problemas de salud (28,29), así como en el ámbito del dolor crónico (30,31).

El Cuestionario de Afrontamiento al Dolor (versión reducida) (CAD-R) es un instrumento de medida de estrategias de afrontamiento para pacientes con dolor crónico. Fue elaborado origi-

nalmente por Soriano y Monsalve (2002) (14) y en la versión empleada (CAD-R) está compuesto por 24 ítems que recogen seis dimensiones: autoafirmación (no rendirse ante el dolor, dándose ánimos para superarlo), búsqueda de información (búsqueda activa de consejo, asesoramiento e información para hacer frente al dolor), religión (empleo de la religión para conseguir estabilidad y consuelo), distracción (eliminar la atención prestada al dolor), catarsis (verbalización del problema y búsqueda de escucha y consuelo de otros) y autocontrol mental (esfuerzos mentales para controlar el dolor). También recoge dos factores de segundo orden, que son afrontamiento activo y afrontamiento pasivo. Ha sido validado para muestra española (32).

## 3. Método

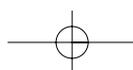
Todos los sujetos del estudio contestaron en una única sesión los cuestionarios antes mencionados en el Servicio de Psicología de la Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor.

Para analizar la fiabilidad del IL se realizó un estudio de consistencia interna mediante el Índice de Cronbach.

Para el primer estudio (análisis de las relaciones entre el IL, estrategias de afrontamiento y calidad de vida) se realizó un análisis de correlación de Pearson entre los instrumentos referidos anteriormente.

Para el segundo estudio (capacidad diferencial y/o discriminante del IL), la muestra se clasificó de cuatro diferentes maneras independientes entre sí. Para ello, y en primer lugar, la muestra se dividió en dos grupos en función de las cinco puntuaciones del IL. Esta clasificación se obtuvo mediante la aplicación de un análisis cluster (método de K medias) para establecer, posteriormente, las posibles diferencias existentes entre ambos grupos (sintomáticos y asintomáticos) en las variables de calidad de vida (SF-36), EVA y estrategias de afrontamiento (CAD-R). En segundo lugar se realizó una nueva clasificación atendiendo al tipo de dolor: somático vs. neuropático. La tercera clasificación se realizó atendiendo al sexo/ género del enfermo. Por último, en cuarto lugar, la muestra se dividió en los dos grupos extremos de edad atendiendo a los centiles 25 y 75 de la distribución.

Atendiendo al tercer estudio (capacidad predictora de calidad de vida del IL), se realizaron



ocho análisis de regresión múltiple (uno por cada una de las ocho puntuaciones obtenidas en el cuestionario SF36). En estos análisis las variables predictoras han sido los cinco valores del IL, el EVA y las ocho puntuaciones del CAD-R, actuando como variables criterio las ocho puntuaciones de calidad de vida del cuestionario SF-36.

Todos los análisis estadísticos se realizaron mediante el paquete estadístico SPSS-12.

## RESULTADOS

En cuanto a los datos generales de la muestra (112 sujetos), se evaluaron un total de 36 varones (32,14%) y 76 mujeres (67,86%), con una media de edad de 50 años (D.E. 12,12; rango entre 21 y 77 años). La distribución del nivel cultural obtenido fue el siguiente: el 2,7% (n=3) no sabía leer ni escribir, el 39,3% (n=44) tenía estudios primarios, el 48,2% (n=54) estudios de grado medio y 9,8% (n=11) estudios superiores universitarios.

En cuanto al diagnóstico del dolor crónico, y siguiendo los criterios antes descritos, en el 33,9% de los casos (n=38) se diagnosticó un síndrome de dolor neuropático, en el 58% de los casos (n=65) un síndrome de dolor somático y en los restantes 8,1% (n=9) un síndrome de dolor visceral.

La intensidad del dolor, medida evaluada mediante la Escala Visual Analógica (EVA), se situó en una puntuación media de 7,62 (D.E.=1,77) sobre una escala de 10.

Las puntuaciones obtenidas por la muestra en el IL se recogen en la Tabla I.

	Media	D.E.
Intensidad del dolor	3,00	0,80
Nivel de actividad	1,99	0,86
Frecuencia de dolor	3,32	0,91
Empleo de analgésicos	2,12	0,55
Calidad de sueño	2,70	1,27
Total Lattinen	13,14	2,75
Horas de sueño	6,12	1,91

**Tabla I.** Puntuaciones medias y desviación típica de cada ítem, puntuación total y horas de sueño del Índice de Lattinen.

### 1. Consistencia interna del IL

Previo a análisis posteriores se ha realizado un análisis de consistencia interna (alfa de Cronbach) del IL para establecer en qué medida resulta un instrumento fiable. El valor de alfa es de 0,56, lo cual indica un valor bajo. La eliminación de alguno de los cinco ítems que componen el cuestionario no supone el incremento del alfa obtenido.

### 2. Estudio 1: Relaciones entre IL, calidad de vida y estrategias de afrontamiento

Las correlaciones significativas obtenidas entre el IL, el SF-36 y el CAD-R, así como con la intensidad del dolor (EVA) aparecen recogidas en la Tabla II. Esta tabla también incluye las correlaciones entre la intensidad del dolor (EVA) y la utilización de estrategias de afrontamiento por un lado y las dimensiones incluidas en el SF-36.

Como se puede observar, existen correlaciones positivas estadísticamente significativas de la mayoría de los ítems que configuran el IL y la intensidad del dolor, excepto el ítem que hace referencia a la toma de analgésicos. Las horas de sueño correlacionan también significativamente con el EVA pero de manera negativa, así como con la puntuación total del IL.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, el IL correlaciona fundamentalmente con las estrategias de afrontamiento pasivas. En este sentido, se obtienen correlaciones positivas estadísticamente significativas del nivel de actividad del IL con las dimensiones de religión y catarsis del CAD-R (ambas estrategias de afrontamiento pasivas), así como de la puntuación total del IL con el factor de segundo orden del CAD-R referente al manejo de estrategias de afrontamiento pasivas.

Por último, es cuando correlacionamos el IL y el EVA con el SF-36 donde aparecen mayor número de correlaciones estadísticamente significativas. Como recoge la Tabla II, todos los ítems del IL correlacionan negativamente y de manera estadísticamente significativa con alguno de los factores que recoge el SF-36. Todos los factores del SF-36 correlacionan negativamente con la puntuación total del IL. Tanto la intensidad del dolor (ítem 1 del IL) como la calidad del sueño (ítem 5 del IL) correlacionan con todos los factores del SF-36. Nuevamente es el ítem 4 del IL (toma de analgésicos) el que obtiene una correla-

UTILIDAD DEL ÍNDICE DE LATTINEN (IL) EN LA EVALUACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO:  
RELACIONES CON AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

221

	Intens. en dolor (Latt 1)	Autosuf. nivel de actividad (Latt 2)	Frecuencia de dolor (Latt 3)	Toma de analgésicos (Latt 4)	Calidad de sueño (Latt 5)	Lattinen TOTAL	Horas de sueño	EVA
Autosuf. nivel actividad (Latt 2)	,246(**)							
Frecuencia dolor (Latt 3)	,405(**)							
Toma analgésicos (Latt 4)	,302(**)							
Calidad sueño (Latt 5)	,333(**)	,234(*)	,221(*)					
Lattinen TOTAL	,719(**)	,519(**)	,602(**)	,424(**)	,737(**)			
TOTAL	,719(**)	,519(**)	,602(**)	,424(**)	,737(**)			
Horas de sueño					-,246(**)	-,266(**)		
EVA	,590(**)	,256(**)	,383(**)		,357(**)	,580(**)	-,262(**)	
CAD-R								
Factores de 1 <sup>er</sup> orden: distracción								
Búsqueda de información				,273(**)				
Religión		,276(**)						,212(*)
Catarsis		,225(*)						
Autocontrol mental								
Autoafirmación								
Factores de 2 <sup>o</sup> orden								
Estrategias activas								
Estrategias pasivas		,339(**)				,226(*)		
SF-36								
SF FUNC. FÍSICA	-,468(**)	-,402(**)	-,192(*)	-,192(*)	-,356(**)	-,531(**)	,267(**)	-,479(**)
ROL FÍSICO	-,310(**)	-,246(**)			-,344(**)	-,375(**)		-,381(**)
DOLOR CORPORAL	-,627(**)	-,313(**)	-,468(**)	-,292(**)	-,369(**)	-,667(**)	,268(**)	-,617(**)
SALUD GENERAL	-,191(*)		-,197(*)		-,245(**)	-,292(**)		-,279(**)
VITALIDAD	-,474(**)	-,194(*)	-,448(**)		-,439(**)	-,583(**)	,317(**)	-,536(**)
FUNCIÓN SOCIAL	-,484(**)	-,309(**)	-,320(**)		-,429(**)	-,572(**)		-,465(**)
ROL EMOCIÓN	-,266(**)				-,296(**)	-,324(**)		-,421(**)
SALUD MENTAL	-,390(**)	-,190(*)	-,314(**)		-,261(**)	-,421(**)	,190(*)	-,417(**)

**Tabla II.** Correlaciones entre el IL, EVA, CAD-R y SF-36. Se han eliminado las correlaciones no significativas estadísticamente. (\*)  $p < 0,5$ . (\*\*)  $p < 0,01$ .

ción más pobre con el SF-36, correlacionando únicamente con los factores de salud física y dolor corporal. También el EVA correlaciona negativamente y de manera significativa con todos los factores del SF-36. Las horas de sueño recogidas en el IL obtienen correlaciones positivas tanto con la función física, el dolor corporal, la vitalidad y la salud mental del SF-36.

### 3. Estudio 2: Características diferenciales del IL

#### 3.1. Diferencias en función de la sintomatología

La muestra se ha dividido en dos grupos mediante la aplicación de un análisis cluster K me-

días, en el que se emplearon las cinco puntuaciones derivadas del IL (sin considerar la puntuación total por resultar redundante al ser la suma de las anteriores). Mediante esta técnica se obtuvieron dos grupos de enfermos, en nuestro caso, cuyos integrantes resultan ser máximamente semejantes entre sí y máximamente diferenciados entre los grupos. Dado que la variable "toma de analgésicos" (ítem 4) no resultó significativa para la clasificación de los grupos, se procedió a su eliminación para establecerlos ( $F=2,259$ ;  $p=0,136$ ). Este resultado indica que los dos grupos puntuaron de manera semejante en dicha variable, con lo que no resulta útil su empleo para diferenciar a dichos grupos. El resto de variables empleadas para la agrupación resultaron significativas para la clasificación de la muestra: intensidad del dolor ( $F=13,944$ ;  $p<,000$ ), autosuficiencia en el nivel de actividad ( $F=9,511$ ,  $p<,003$ ), frecuencia del dolor ( $F=6,999$ ;  $p<,009$ ) y calidad del sueño ( $F=701,166$ ;  $p<,000$ ).

En la Tabla III se reflejan las puntuaciones medias de cada uno de los dos grupos en las cuatro puntuaciones empleadas para su clasificación. Puede apreciarse que el grupo 1, en comparación con el grupo 2, es el que presenta menor sintomatología al dolor en todas las variables: el grupo 1 frente al 2 presenta significativamente menor intensidad de dolor, menor autosuficiencia en el nivel de actividad, menor frecuencia del dolor y peor calidad del sueño. El grupo 1 (en adelante "asintomático") está compuesto por 51 enfermos, mientras que el grupo 2 (en adelante "sintomático") lo componen los 61 enfermos restantes.

Variables	Conglomerado	
	1 asintomático	2 sintomático
Intensidad del dolor	2,71	3,25
Autosuficiencia en el nivel de actividad	1,73	2,21
Frecuencia del dolor	3,08	3,52
Calidad del sueño	1,41	3,79

**Tabla III.** Análisis Cluster. Centros de los conglomerados finales.

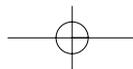
Los datos sociodemográficos de edad, sexo, tipo de dolor y nivel cultural para cada uno de los dos grupos fueron los siguientes. El denominado grupo asintomático presentó una media de edad de 49,96 años (D.E.=13,52), siendo el 64,7% ( $n=33$ ) mujeres. La distribución del tipo de dolor fue: 52,9% ( $n=27$ ) somático, 39,2% ( $n=20$ ) neuropático y 5,9% ( $n=3$ ) vascular. El nivel de estudios fue: sin estudios 3,9% ( $n=2$ ), estudios primarios 41,2% ( $n=21$ ), estudios medios 47,1% ( $n=24$ ) y estudios superiores 7,8% ( $n=4$ ).

En el denominado grupo sintomático la media de edad fue de 50,06 años (d.t. 10,94). El 70,5% eran mujeres ( $n=43$ ). El tipo de dolor se distribuyó de la siguiente manera: somático 62,3% ( $n=38$ ), neuropático 29,5% ( $n=18$ ) y vascular 8,2% ( $n=5$ ). El nivel cultural del grupo fue: sin estudios 1,6% ( $n=1$ ), estudios primarios 37,7% ( $n=23$ ), estudios medios 49,2% ( $n=30$ ) y estudios universitarios 11,5% ( $n=7$ ).

Entre los dos grupos anteriormente descritos se establecieron comparaciones en el EVA, en catarsis (estrategia de afrontamiento) y en las ocho puntuaciones obtenidas del cuestionario de calidad de vida SF-36. Puede apreciarse en la Tabla IV las diferencias significativas en el EVA inicial, siendo menor en el grupo asintomático y también se observan diferencias en todas las puntuaciones de calidad de vida, siendo éste el que puntúa más alto. También hay que indicar que el grupo asintomático emplea en menor grado la estrategia de afrontamiento de catarsis. Resulta importante destacar que no aparecieron diferencias significativas ni en edad, ni en estudios entre ambos grupos, con lo que los resultados no pueden atribuirse a estas variables sociodemográficas.

### 3.2. Diferencias en función del tipo de dolor

Prescindiendo de la clasificación anterior, la muestra se volvió a dividir en función del tipo de dolor. Se compararon los dos tipos de dolor más numerosos de la muestra de enfermos: dolor somático ( $n=65$ ) y dolor neuropático ( $n=38$ ), eliminando los nueve casos restantes con dolor visceral por ser un grupo con un número de enfermos excesivamente pequeño y difícilmente comparable con los dos anteriores. Los contrastes se han establecido entre todas las variables empleadas en este estudio: Lattinen, horas de sueño, EVA, estrategias de afrontamiento y calidad de vida (SF-36). Como recoge la Tabla V, el grupo de enfermos con



UTILIDAD DEL ÍNDICE DE LATTINEN (IL) EN LA EVALUACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO:  
RELACIONES CON AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

223

	Grupo	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	t	p
Horas de sueño	1	6,6471	1,82015	,25487	2,697	,008
	2	5,6967	1,90017	,24329		
EVA	1	6,9902	2,01119	,28162	-3,678	,000
	2	8,1639	1,34698	,17246		
Catarsis	1	9,1765	3,30881	,46333	-2,095	,038
	2	10,7541	4,44468	,56908		
Función física	1	19,2157	4,92062	,68903	3,983	,000
	2	15,7705	4,08409	,52291		
Rol físico	1	5,0000	1,38564	,19403	3,754	,000
	2	4,2459	,67468	,08638		
Dolor corporal	1	4,9608	2,03922	,28555	4,081	,000
	2	3,5902	1,50971	,19330		
Salud general	1	16,0784	3,50909	,49137	2,052	,039
	2	14,8197	2,86652	,36702		
Vitalidad	1	12,0588	4,60613	,64499	5,029	,000
	2	8,2459	3,40419	,43586		
Función social	1	7,4314	2,62492	,36756	4,838	,000
	2	5,0820	2,47854	,31734		
Rol emocional	1	4,6078	1,45710	,20403	2,794	,006
	2	3,9016	1,16483	,14914		
Salud mental	1	17,7059	6,36646	,89148	2,880	,005
	2	14,4426	5,46359	,69954		

**Tabla IV.** Diferencias de medias significativas entre el grupo asintomático (1) y sintomático (2).

dolor de tipo neuropático presenta una puntuación más alta en salud general, en vitalidad y en salud mental. En el resto de variables no aparecen diferencias estadísticamente significativas. Estos resultados indican las escasas diferencias existentes entre estos tipos de dolor.

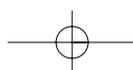
### 3.3. Diferencias de sexo/género

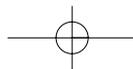
Nuevamente, y prescindiendo de las clasificaciones anteriores, la muestra se comparó en función del sexo/género de los enfermos. Se compararon los varones (n=36) y las mujeres (n=76) en todas las variables que componían el estudio: Índice de Lattinen, horas de sueño, EVA, estrategias de afrontamiento (CAD-R) y calidad de vida (SF-36) (8 puntuaciones). Únicamente aparecien-

ron diferencias entre los dos grupos en una variable: el empleo de la estrategia de afrontamiento de búsqueda de información, en la que los varones puntuaron más alto que las mujeres (media varones=11,91; media mujeres=10,21; t=2,019; p=0,046).

### 3.4. Diferencias entre grupos de edad

Por último, se realizó una nueva clasificación de la muestra. Para esta comparación se emplearon los cuartiles extremos en función de la distribución de la edad de la muestra total. El cuartil inferior comprende una franja de edad de 21 a 42 años y está compuesto por 29 enfermos (media de 35,48 años y d.t.: 6,45). El cuartil superior lo componen las edades de 59 a 77 años, estando





	Grupo	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	t	p
Salud general (SF-36)	Neuropático	16,4737	3,30223	,53569	2,554	,012
	Somático	14,9077	2,81582	,34926		
Vitalidad (SF-36)	Neuropático	11,5000	4,40362	,71436	2,851	,005
	Somático	9,0308	4,14567	,51421		
Salud mental (SF-36)	Neuropático	17,6053	5,81954	,94405	2,267	,026
	Somático	14,9538	5,67459	,70385		

**Tabla V.** Diferencias significativas entre el grupo de dolor neuropático y somático en el IL, CAD-R y SF-36. Se recogen las diferencias estadísticamente significativas.

compuesto por 30 enfermos (media de 65,6 años y d.t.: 5,17). Con estos dos grupos se volvieron a analizar las diferencias entre las variables ya descritas. Los resultados se recogen en la Tabla VI.

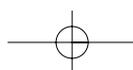
El grupo de jóvenes en relación al grupo de edad avanzada tiene un mejor nivel de actividad, emplea más la estrategia de afrontamiento de distracción y menos la estrategia de religión. También puntúan más alto en las estrategias de afrontamiento activas y menos en las pasivas. Por último, puntúan más alto en función física de calidad de vida.

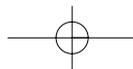
### 3.4. Estudio 3: Contribución predictiva del IL y las estrategias de afrontamiento en las dimensiones de calidad de vida del enfermo

Se realizaron ocho ecuaciones de regresión empleando como variable criterio cada una de las puntuaciones del SF-36 y como variables predictoras las derivadas del IL, horas de sueño, el EVA y estrategias de afrontamiento (CAD-R). En todos los casos el procedimiento de inclusión de variables fue el método por pasos stepwise, con probabilidad de entrada de  $F=0,05$  y de salida  $F=0,10$ . Los resultados se recogen en la Tabla VII.

	Grupo	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	t	p
Nivel de actividad (Lattinen)	Jóvenes	1,7586	,87240	,16200	-2,353	,022
	Edad avan.	2,2667	,78492	,14331		
Distracción (CAD-R)	Jóvenes	11,0345	2,78366	,51691	2,992	,004
	Edad avan.	8,0333	4,65709	,85026		
Religión (CAD-R)	Jóvenes	7,8621	5,07602	,94259	-3,783	,000
	Edad avan.	13,2333	5,79348	1,05774		
Afrontamiento activo (CAD-R)	Jóvenes	3,0043	,46319	,08601	2,015	,049
	Edad avan.	2,7146	,62622	,11433		
Afrontamiento pasivo (CAD-R)	Jóvenes	2,1767	,79093	,14687	-3,317	,002
	Edad avan.	2,9603	1,00690	,18383		
Función física (SF-36)	Jóvenes	19,6207	5,75955	1,06952	3,475	,001
	Edad avan.	15,3000	3,57337	,65240		

**Tabla VI.** Diferencias significativas en edad entre grupos extremos (cuartil 1 y cuartil 3).



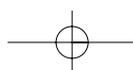


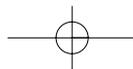
UTILIDAD DEL ÍNDICE DE LATTINEN (IL) EN LA EVALUACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO:  
RELACIONES CON AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

225

	$\beta$ final	p coef.	R <sup>2</sup> corregida	F	p
<b>Función física</b>					
EVA	-,264	,008	,333	19,472	,000
Autosuf. nivel actividad (Latt 2)	-,274		,001		
Intensidad del dolor (Latt 1)	-,244		,013		
<b>Rol físico</b>					
EVA	-,296	,002	,180	13,176	,000
Calidad del sueño (Latt 5)	-,238		,011		
<b>Dolor corporal</b>					
Intensidad del dolor (Latt 1)	-,351	,000	,548	27,866	,000
EVA	-,309		,000		
Frecuencia del dolor (Latt 3)	-,207		,005		
Autoafirmación (CAD-R)	-,177		,007		
Nivel de actividad (Latt 2)	-,151		,026		
<b>Salud general</b>					
Autoafirmación (CAD-R)	,280	,002	,163	8,224	,000
EVA	-,227		,011		
Autocontrol mental (CAD-R)	-,206		,021		
<b>Vitalidad</b>					
EVA	-,420	,000	,465	25,099	,000
Religión (CAD-R)	,273		,000		
Calidad del sueño (Latt 5)	-,251		,001		
Frecuencia del dolor (Latt 3)	-,219		,005		
<b>Función social</b>					
Intensidad del dolor (Latt 1)	-,273	,006	,325	18,775	,000
Calidad del sueño (Latt 5)	-,263		,002		
EVA	-,210		,036		
<b>Rol emocional</b>					
EVA	-,421	,000	,170	23,725	,000
<b>Salud mental</b>					
EVA	-,287	,008	,191	14,083	,000
Intensidad del dolor (Latt 1)	-,221		,039		

**Tabla VII.** Análisis de regresión sobre las puntuaciones de calidad de vida (SF-36).





La puntuación de función física (SF-36) se explica en un 33,3% a partir de tres variables que actúan negativamente y por este orden: nivel de actividad (Lattinen 2), EVA inicial e intensidad del dolor (Lattinen 1). Es decir, cuanto más autosuficiente para realizar actividades, menor valoración inicial del dolor y menor intensidad actual del dolor, mejor función física presenta el enfermo.

El rol físico se explica sólo en un 18% a partir de dos variables que actúan negativamente: el EVA inicial y la calidad del sueño (Lattinen 5). Cuanto menor valoración inicial del dolor y mejor calidad de sueño, mejor rol físico presenta el enfermo.

Como era de esperar el dolor corporal (SF-36) es la variable de calidad de vida que mejor se explica a partir de las variables predictoras del estudio, obteniendo un valor del 54,8% de la varianza explicada. Las variables que explican la dimensión de calidad de vida del dolor corporal son, por este orden: la baja intensidad de dolor (Lattinen 1), la baja valoración inicial del dolor (EVA), la menor frecuencia del dolor (Lattinen 3), el menor empleo de la estrategia de afrontamiento de autoafirmación y un menor nivel de actividad (Lattinen 2).

La valoración general del estado de salud que realiza el enfermo se explica en un 16,3% a partir de dos estrategias de afrontamiento del CAD-R y del EVA. Mientras que tanto el darse ánimos para seguir adelante y el autocontrol mental actúan positivamente, la valoración inicial del dolor (EVA) lo hace negativamente.

Los sentimientos de energía y vitalidad frente al cansancio y al desánimo llegan a explicarse en un 46,5% a partir del EVA, una estrategia de afrontamiento (CAD-R) y dos puntuaciones del Lattinen. Salvo la estrategia de afrontamiento que actúa positivamente (afrontamiento religioso), tanto el EVA como la calidad del sueño y la frecuencia del dolor lo hacen de forma negativa.

La interferencia en la vida social del enfermo se explica en un 32,5% a partir de dos puntuaciones del Lattinen y del EVA, actuando las tres variables negativamente: intensidad del dolor, calidad del sueño y EVA.

El grado en que los problemas emocionales afectan al trabajo y actividad diaria del enfermo se consigue explicar en un 17% sólo a través de la contribución negativa del EVA.

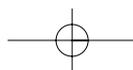
La salud mental general se explica en un 19,1% a partir del EVA y de la intensidad del dolor (Lattinen), actuando ambas de manera negativa.

## DISCUSIÓN

El Índice de Lattinen es, sin duda, un instrumento de evaluación ampliamente empleado en el ámbito hospitalario del tratamiento del dolor. Resulta evidente en la práctica clínica la importancia que el IL tiene en el ámbito del dolor crónico no sólo por los artículos publicados que lo utilizan y por la importancia de las revistas científicas que lo aceptan. Además, un gran número de Servicios de Anestesia y de Unidades de Dolor, de manera más específica, cuentan entre sus instrumentos diagnósticos este cuestionario de cinco ítems, una puntuación total y un sexto ítem añadido referido al número de horas que duerme el enfermo. Mientras que los cinco ítems que configuran el cuestionario hacen referencia a la sintomatología y a derivados comportamentales de tipo negativo, el sexto ítem tiene un enfoque contrapuesto. La intensidad del dolor, autosuficiencia en la actividad, frecuencia del dolor, toma de analgésicos y calidad del sueño, se relacionan entre sí positivamente, como un bloque relativamente compacto, al igual que con la puntuación total (suma de las cinco anteriores). Sin embargo, el sexto ítem (horas de sueño) actúa opuestamente con los anteriores.

Los cinco primeros ítems hacen referencia a diversos aspectos relacionados con la incapacidad que el dolor puede provocar en el enfermo. Este aspecto se observa en la matriz de correlación (Tabla II), en donde aparecen relaciones significativas entre la mayoría de sus ítems, así como con la puntuación total. Interesante resulta destacar la relación negativa que aparece entre el número de horas de sueño y la calidad del mismo: cuanto más duerme el enfermo, peor resulta su calidad de sueño, apareciendo la clásica oposición entre calidad vs. cantidad. Sin embargo, es de destacar la relación negativa con la puntuación total del IL y las horas de sueño; es decir, cuanto más duerme el enfermo, menor puntuación total en el cuestionario. Es indudable que la práctica clínica nos confirma esta diferenciación, siendo objetivo primordial en el tratamiento del paciente con dolor crónico un sueño de calidad, y no sólo buscar más horas de sueño.

Un elemento a destacar es la relación existente entre la intensidad del dolor (EVA) y el IL, no tanto



en el primer ítem (resultado lógico por ser variables muy semejantes), sino con el resto y el total. Este resultado puede interpretarse en el sentido de que tanto el EVA como el IL evalúan en el mismo sentido, esto es, la incapacidad del enfermo ante el dolor. De hecho, tanto el EVA como la puntuación total del IL obtienen relaciones significativas con todas las variables de calidad de vida recogidas mediante el SF-36.

En cuanto a la fiabilidad del instrumento de medida estudiado, hay que indicar en primer lugar que la consistencia interna no resulta satisfactoria, obteniendo un valor extrañamente bajo ( $\alpha=0,56$ ). Este resultado podría deberse, en parte, al ítem referido a la toma de analgésicos. Sin embargo, no hemos de perder de vista que la eliminación de ítems no mejora la consistencia interna, luego no depende sólo de un ítem. En un próximo estudio en curso abordaremos estos resultados, pero la interpretación parece apuntar más hacia la variedad de aspectos incluidos entre sus ítems. Aunque todos los ítems se relacionan con la afectación e incapacidad de la persona con dolor, sin embargo abordan aspectos claramente diferentes, razón por la cual no resulta extraña la baja puntuación en la consistencia interna. En este sentido, y a la vista de los resultados, no es recomendable la utilización de la puntuación total del IL. Resulta más interesante emplear las puntuaciones de los ítems por separado.

De los cinco ítems que componen el IL y según los resultados obtenidos, parece evidente que el más dispar es el referido a la toma de analgésicos (ítem 4). Este aspecto es el que menor relación presenta con el total. Probablemente la explicación se halle en que los enfermos se encuentran en un sistema de medicación pautada, con lo que la dimensión no tiene repercusión por encontrarse todos ellos en una situación muy semejante. Además, es el ítem que menor relación obtiene con el resto de elementos incluidos en este estudio (EVA, estrategias de afrontamiento y calidad de vida). De hecho, el EVA se relaciona significativamente con todos los ítems y con el total, salvo con el cuarto referido a la toma de analgésicos; también lo hace con el sexto ítem de horas de sueño, aunque negativamente. Ello supone un aspecto que refuerza el primer supuesto apuntado al inicio de la discusión, en donde se plantea el tinte negativo que supone una puntuación en el cuestionario Lattinen. La puntuación elevada en la valoración inicial del dolor (EVA) se ha relacionado con un peor ajuste del enfermo ante el dolor (8), lo que resulta significativo que se relacione con el Lattinen si consideramos que éste indica un peor ajuste y mayor sintomatología.

En relación con el primer estudio, la conclusión inicial es la clara relación existente entre el IL y la peor calidad de vida (SF-36) del enfermo en términos generales, destacando que el ítem referido a las horas de sueño actúa en el sentido inverso al resto.

En relación al segundo estudio, ya se ha comentado que resulta significativo que el ítem referido a la toma de analgésicos no discrimine en la muestra, siendo además el que menor relación muestra con la calidad de vida del enfermo. El hecho de tener pautada la medicación supone que la mayoría de los enfermos puntúan de manera semejante, por lo que no resulta ser un ítem demasiado útil. Así, parece que estamos ante el peor ítem del IL. Los cuatro ítems restantes del IL (intensidad de dolor, autosuficiencia en la actividad, frecuencia del dolor y calidad del sueño) manifiestan su característica diferencial, al permitir clasificar claramente a la muestra, apareciendo diferencias significativas entre los enfermos que puntúan alto y bajo en dichos ítems.

El aspecto más importante está referido a las diferencias existentes entre los que puntúan alto y bajo en estos ítems y la calidad de vida. Es decir, los cuatro ítems del cuestionario actúan como una variable diferencial en relación a la calidad de vida del enfermo. Las puntuaciones bajas se relacionan con mejor calidad de vida y viceversa. Ello indica la utilidad del IL cuando se considera la calidad de vida como criterio.

Al mismo tiempo resulta destacable el hecho de no aparecer diferencias entre varones y mujeres en ninguna de las variables del estudio, salvo en la estrategia de búsqueda de información, en donde los varones buscan información en mayor grado que las mujeres. Este resultado indica que no es necesario establecer puntos de corte diferentes a la hora de interpretar el IL entre varones y mujeres.

También resulta un elemento a destacar el hecho de que los enfermos con dolor neuropático muestren mejor calidad de vida que los que presentan dolor de tipo somático, tanto en salud general como en vitalidad y en salud mental. En cualquier caso, estas diferencias resultan pequeñas. Sin embargo, el IL no se ve afectado por el tipo de dolor en ninguna de sus variables. Las diferencias en calidad de vida entre los enfermos con dolor de tipo somático y neuropático resultan escasas, como hemos observado en un trabajo actualmente en desarrollo, cuyos resultados apuntan a que esta distinción no resulta muy útil en cuanto a la adaptación del enfermo al dolor.

Lo mismo sucede con la edad. Cuando trabajamos con grupos extremos de edad, no aparecen dife-

rencias en las variables del IL, aunque sí en el empleo de estrategias de afrontamiento y en una dimensión de calidad de vida: la función física, aspecto esperable dada la diferencia de edad existente entre los dos grupos.

En resumen, desde este segundo estudio hay que destacar que la toma de analgésicos resulta un ítem poco útil, siendo el resto muy importantes a la hora de diferenciar en la calidad de vida, no estando afectadas las puntuaciones ni por la edad, ni por el sexo/género, ni por el tipo de dolor neuropático o somático.

En tercer y último lugar, atendiendo a la capacidad predictiva de los ítems del IL (estudio 3) hay que indicar que nuevamente el ítem de toma de analgésicos no ha resultado seleccionado para explicar la calidad de vida del enfermo en ninguna de sus ocho facetas recogidas en el cuestionario de calidad de vida SF-36. En seis de las ocho puntuaciones interviene algún ítem del IL para explicar la calidad de vida del enfermo. Las excepciones son las facetas de "salud general" y "rol emocional", en donde es el EVA y las estrategias de afrontamiento empleadas por el enfermo las que intervienen para explicar estos aspectos. Dolor corporal, vitalidad, función física, función social, salud mental, rol físico, rol emocional y salud general, por este orden, se explican a partir de diversas combinaciones del EVA, IL y afrontamiento. Señalar que el dolor corporal es el aspecto que se explica en mayor grado a partir de una combinación de ítems del IL, del EVA y de afrontamiento, seguido de vitalidad, que le sucede otro tanto, y de la función física. Por tanto, y siempre considerando nuestros resultados con arreglo a los instrumentos de medida utilizados, podemos decir que la mayoría de los ítems del IL pueden ser utilizados como predictores de diversas áreas de calidad de vida, pero es la combinación de distintas medidas (IL, EVA, CAD-R) la que aporta mayor capacidad predictiva.

Otro elemento a destacar es el papel desempeñado por la intensidad del dolor medida con el EVA. La valoración inicial del dolor actúa negativamente para contribuir a explicar la calidad de vida del enfermo en los ocho ámbitos evaluados por el cuestionario SF-36. Este aspecto no resulta novedoso, y confirma nuevamente el papel relevante de la medida de la intensidad del dolor percibida por el sujeto como criterio predictivo de la calidad de vida del mismo (8).

En este tercer estudio, por último, las horas de sueño que se recogen en el IL no aparecen como predictor de ninguna de las variables de calidad de vida evaluadas mediante el SF-36. Este dato confirma de

nuevo la importancia de la calidad del sueño, más que la cantidad, en la calidad de vida percibida por el sujeto afectado de dolor crónico.

## CONCLUSIONES

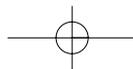
El IL es un instrumento ampliamente utilizado en el ámbito del estudio y tratamiento del dolor crónico, a pesar de su origen confuso y la inexistencia de trabajos que confirmen su idoneidad como instrumento de medida. Nuestro trabajo, que como todos los trabajos pioneros pretende aportar claridad pero sobre todo abrir nuevas vías de investigación, nos permite afirmar que el Índice de Lattinen resulta una herramienta útil en relación con la calidad de vida del enfermo afectado de un síndrome de dolor, a pesar de que es un instrumento probablemente mejorable y que requiere estudios más profundos del papel de cada uno de los ítems que lo componen. Este es, en cualquier caso, un primer paso que puede justificar su utilización en el ámbito tanto clínico como experimental.

### CORRESPONDENCIA:

Dr. Vicente Monsalve Dolz  
Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor  
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia  
Av. Tres Cruces nº 2. 46014 VALENCIA  
Tfno. de contacto: 96 197 21 81  
E-mail: monsalve\_vic@gva.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chapman CR, Syrjala KL. Measurement of pain. En Bonica JJ (Ed.). The management of pain. Lea & Febiger, 1990 (2ª Edición), pp. 580-594.
2. Levendoglu F, Ogun C, Ozerbil O, et al. Gabapentin is a first line drug for the treatment of Neuropathic Pain in Spinal Cord Injury. Spine, 2004; 29:743-751.
3. Tikiz C, Muezzinoglu T, Pirildar T, et al. Sexual



UTILIDAD DEL ÍNDICE DE LATTINEN (IL) EN LA EVALUACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO:  
RELACIONES CON AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

229

- dysfunction in female subjects with fibromyalgia, *The Journal of Urology*, 2005; 174:620-623.
4. De Andrés J, Cerdá-Olmedo G, Valía JC, et al. Use of Botulinum Toxin in the treatment of Chronic Myofascial Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 2003; 19:269-275.
  5. Guerra JA, Andrés MC, Bassas E, et al. Randomised trial of long term effect of acupuntura for shoulder pain. *Pain*, 2004; 112:289-298.
  6. Vas J, Perea-Milla E, Méndez Martínez C, et al. Una búsqueda bibliográfica fallida; ¿qué faltó por buscar? El caso del test de Lattinen. *Aten Primaria*, 2005; 36:168-170.
  7. Sittl R. Transdermal buprenorphine in the treatment of chronic pain. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2005; 5:315-323.
  8. Sriwatanakul K, Kelvie, Lasagna L. Studies with different types of visual analogue scales for measurement of pain. *Clin Pharmacol Ther*, 1983; 34:234-239.
  9. Torres LM, Calderón E, Rey RM. Fentanilo transdérmico (Durogesic): características farmacológicas y aplicación clínica. *Rev Soc Esp Dolor*, 1999; 6:121-131.
  10. Abejón D, Delgado C, Nieto C, et al. Tratamiento de la radiculopatía lumbar con radiofrecuencia pulsada. *Rev Soc Esp Dolor*, 2004; 11:345-352.
  11. Casals M, Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Rev Soc Esp Dolor*, 2004; 11:260-269.
  12. Casals M, Samper D. Efectividad, tolerabilidad y calidad de vida en el tratamiento del dolor crónico no oncológico, con tramadol de liberación controlada en dosis única diaria. *Rev Soc Esp Dolor*, 2004; 11:129-140.
  13. Turner J, Jensen M, Romano J. Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict function in patients with chronic pain? *Pain*, 2000; 85:115-125.
  14. Soriano J, Monsalve V. CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Rev Soc Esp Dolor*, 2002; 9:13-22.
  15. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. 1984, NY Springer.
  16. Lamé I, Peters M, Vlaeyen J, et al. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal of Pain*, 2005; 9:15-24.
  17. Merskey H, Bogduk N. *Classification of Chronic Pain*. IASP Press, Seattle, 1994; 39-59.
  18. Bonica JJ. Definitions and taxonomy of pain. En JJ Bonica (Ed.) (1990): *The Management of Pain*. 2ª Ed. Vol. 1. New York, Lea & Febiger, pp. 18-27.
  19. Revill SI, Robinson JO, Roses et al. The reliability of a linear analogue for evaluating. *Anesthesia*, 1976; 31:1191.
  20. Huskisson EC. Visual Analogue Scales. En R. Melzack (Ed.): *Pain Measurement and Assessment*. Raven Press, New York, 1983; pp. 33-37.
  21. Carlsson AM. Assessment of Chronic Pain I. Aspects of the Reliability and Validity of the Visual Analogue Scale. *Pain*, 1983; 16:87.
  22. Ware JE, Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 1992; 30:473-483.
  23. McHorney CA, Ware JE, Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*, 1993; 31:247-263.
  24. McHorney CA, Ware JE, Lu JFR, et al. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality. Scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care*, 1994; 32:40-66.
  25. Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, et al. International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of Life Research*, 1992; 1:349-51.
  26. Bullinger M, Alonso J, Apolone G, et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: The International Quality of Life Assessment Project approach. *J Clin Epidemiol*, 1998; 51:913-923.
  27. Alonso J, Regidor E, Barrio G, et al. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clín*, 1998; 111:410-416.
  28. Conde M, Pinto-Neto AM, Cabello C, et al. Quality of life in Brazilian breast cancer survivors age 45-65 years: associated factors. *Breast J*, 2005; 11:425-432.
  29. Jastrzebski D, Kozielski J, Banas A, et al. Quality of life during one-year observation of patients with idiopathic pulmonary fibrosis awaiting lung transplantation. *J Physiol Pharmacol*, 2005; 56 (Suppl 4.): 99-105.
  30. Jensen MP, Abresch RT, Carter GT, et al. Chronic Pain in persons with neuromuscular disease. *Arch Phys Med Rehabil*, 2005; 86:1155-63.
  31. Laursen BS, Bajaj P, Olesen AS, et al. Health related quality of life and quantitative pain measurement in females with chronic non-malignant pain, 2005; 9:267-275.
  32. Soriano J, Monsalve V. Validación del Cuestionario de Afrontamiento al Dolor Crónico Reducido (CAD-R). *Rev Soc Esp Dolor*, 2004; 11:407-414.

