

Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana

Volumen 12 No.1 - 2015

Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hernia discal lumbosacra Life Quality Related to the Health of Patients Suffering from Lumbosacral Disc Hernia

MSc. Yanisleidy Hernández Romero,^I Dra. C. Carmen Regina Victoria García-Viniegras,^{II}

I Máster en Psicología de la Salud. Hospital Docente Clínico Quirúrgico Dr. Miguel Enríquez. Profesora Asistente. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Miguel Enríquez. Municipio 10 de Octubre. La Habana, Cuba.

II Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora e Investigadora Titular. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Miguel Enríquez. Municipio 10 de Octubre. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: El estudio de la calidad de vida, y en particular la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), ha cobrado especial relevancia en las últimas décadas. La calidad de vida está vinculada a un nivel de salud general, y muy particularmente a las condiciones en que una persona vive de acuerdo a las limitaciones que una enfermedad crónica le impone.

Objetivo: El presente reporte expone los resultados encontrados al estudiar la CVRS que presentan los pacientes con hernia discal lumbosacra que acudieron a consultas especializadas de neurocirugía y ortopedia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Dr. Miguel Enríquez en el período comprendido de septiembre a diciembre de 2012.

Resultados: Los pacientes tenían una edad promedio de 49 años y presentaban en su mayoría un estadio moderado de la enfermedad y menos de un año de evolución. Se aplicó la escala SF-36 que evalúa las dimensiones las siguientes dimensiones: rol físico, dolor, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental. Además evalúa dos indicadores globales: la evolución declarada de la salud y la salud general. Las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud más afectadas en los pacientes estudiados fueron, la evolución declarada de la salud, la salud general y la función física. Se constató que la ocupación y el estadio de la enfermedad son variables que parecen condicionar, en alguna medida, los niveles de calidad de vida de estos pacientes.

Conclusiones: Las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud que mostraron más afectación fueron, la evolución declarada de la salud, la salud general y la función física. La ocupación y el estadio de la enfermedad parecen guardar alguna relación sobre los niveles de calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave: calidad de vida, dimensiones de la calidad de vida, hernia discal lumbosacra.

ABSTRACT

Introduction: The study about life quality and mainly related with the health (CVRS) has a relevant importance in the last decades. Quality of life is related to a general health level and mainly to the living conditions in which a person lives according to the limitations that a chronic disease imposed to him/ her.

Objective: The present paper describes the found results when the CVRS were studied and that present the patients with lumbosacral disc hernia that came to the clinical surgery hospital "Miguel Enriquez" to the Neurosurgery and Orthopedic services during the period September – December, 2012.

Results: The patients had as an average 49 years old and a moderate stage of the disease in the majority of the cases and less than a year of evolution. SF- 36 Scale that assesses the following dimensions: physical roll, pain, general health, vitality, social function was applied.

Conclusions: The dimensions of life quality related to health that showed more affectedness were the health declared evolution, the general health and the physical function. The occupation and the level of the disease seem to keep a relation on the levels of life quality of these patients.

Keywords: Life quality, dimensions of life quality, lumbosacral disc hernia.

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud cubano tiene como objetivo supremo la elevación de los niveles de salud y de calidad de vida del pueblo. El afán de perfeccionar la calidad de los servicios brindados, ha favorecido una renovada consideración de elementos humanistas que tomen en cuenta al ser humano como ser social. Esto ha favorecido un auge del abordaje de las enfermedades dentro de un contexto más "personal", en el que se considera tanto los factores psicológicos, como los sociales, y la implicación que la presencia de la misma tiene en la vida del paciente, o más concretamente en su "calidad de vida", el deterioro o pérdida de calidad de vida causado por la presencia de la enfermedad. Esta nueva perspectiva intenta considerar el importante papel que tiene el punto de vista del paciente y, lógicamente, donde cobra más importancia es en aquellas enfermedades de carácter crónico.¹⁻³

Sin dudas, la consideración de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en enfermos crónicos se ha convertido en una variable de salida a medir en ensayos clínicos y en estudios epidemiológicos, así como en los procesos de tratamiento psicológico a estos pacientes. Esto permite esclarecer la necesidad de apoyo o soporte que requieren los mismos, en cualquier estadio de la enfermedad, llegando inclusive a incorporarse como medida en estudios de sobrevida.^{4,5}

En el contexto de toda enfermedad crónica, la CVRS, es una evaluación subjetiva que está basada primeramente en el funcionamiento psicológico y en el grado de daño percibido del funcionamiento físico del paciente.^{6,8}

Distintos autores enfocan la CVRS como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente. De acuerdo con este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad.⁵ Este concepto se define como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en estos tiene su estado de salud.

La calidad de vida percibida, condiciona no solo un nivel de salud general, sino un nivel de funcionamiento psicológico, un determinado modo de afrontar las situaciones de estrés de la vida y en particular las situaciones vinculadas con las limitaciones que imponen las enfermedades crónicas. Sin embargo, la enfermedad por sí misma no explica un determinado nivel de calidad de vida, pues cada persona reacciona a las limitaciones de una manera particular acorde a sus condiciones, a sus valoraciones de la situación y a la significación que

atribuye a las limitaciones.⁹

Por todo lo anterior es evidente la necesidad de estudiar la calidad en vida en enfermos crónicos.¹⁰

Tal es el caso de las enfermedades degenerativas del raquis, entre las que predomina la localización lumbosacra, con un elevado porcentaje perteneciente a las discopatías y la estenosis del canal raquídeo. La hernia discal lumbar es causa de sacrolumbalgia y en muchos de los casos llega a invalidar al paciente, constituyendo un problema de salud importante en el mundo actual.¹¹ La sintomatología habitual de los casos empeora con la práctica de esfuerzos físicos y el mantenimiento de condiciones higiénico-sanitarias y laborales inadecuadas llegando a ser una condición muy invalidante.^{12,14} La lumbalgia aguda es responsable de costos sustanciales en los sistemas de salud, cuyos valores totales son difíciles de calcular, pero la evidencia indica que los costos directos e indirectos, así como los relacionados con la calidad de vida son muy importantes.

El término lumbalgia define un dolor localizado en la región lumbar, vivo e intenso, que aumenta con los movimientos, por lo que el paciente permanece inmóvil en una posición antiálgica, pudiendo la bipedestación y la marcha llegar a ser imposibles, referido a la zona lumbar, que se suele acompañar, en mayor o menor grado, de impotencia funcional, irradiación a miembros inferiores y contractura muscular, siendo su etiología diversa. Esta situación se agudiza en los adultos mayores, en los que se presenta con frecuencia esta enfermedad y en los cuales se torna muy importante la optimización de sus capacidades funcionales, existiendo estudios que intentan probar la efectividad de determinados tratamientos rehabilitatorios.^{15,17}

En el Hospital Clínico Quirúrgico Miguel Enríquez, más del 41 % de casos vistos en un año por los especialistas de neurocirugía y ortopedia, son casos de hernia discal lumbosacra. Si se toma en cuenta el carácter progresivamente invalidante de esta enfermedad y la necesidad de tomar en cuenta la dimensión psicológica para lograr una atención de excelencia a estos enfermos crónicos, es imprescindible tener en cuenta la calidad de vida relacionada con la salud que presentan dichos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo sobre la calidad de vida relacionada con la salud con 37 pacientes con hernia discal lumbosacra, que acudieron a las consultas especializadas de neurocirugía y ortopedia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Dr. Miguel Enríquez en el período comprendido de septiembre a diciembre de 2012. Se solicitó el consentimiento informado a cada paciente a fin de cumplir con las normas éticas. A cada paciente se le aplicó una encuesta de datos generales y sociodemográficos, así como el Cuestionario de Salud SF-36.¹⁸

Los ocho conceptos de salud (dimensiones) determinados en el SF-36 se resumen en la siguiente tabla:

Dimensión	Significado
Función física	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
Rol físico	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
Dolor corporal	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
Salud general	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.

Función social	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
Salud mental	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

También esta técnica ofrece dos indicadores globales, la evolución declarada de la salud y la salud general.

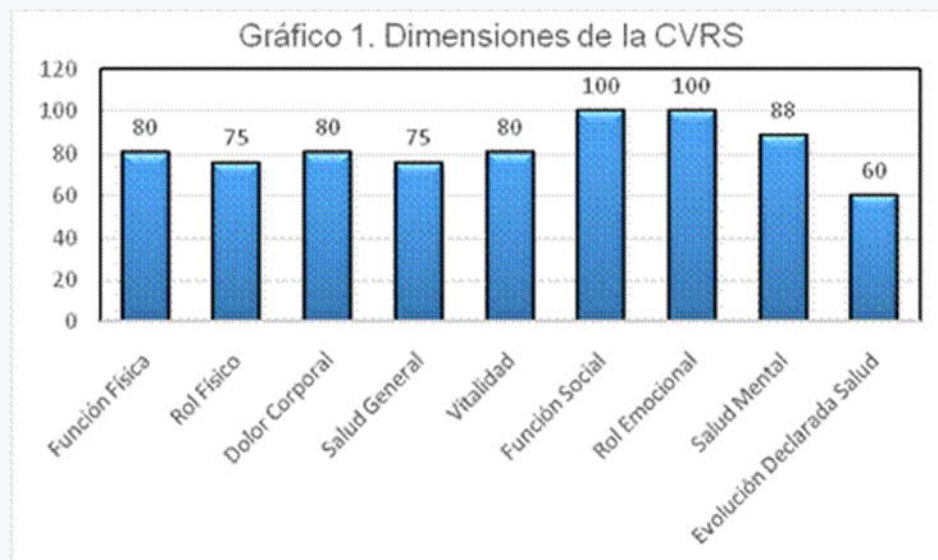
Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas para resumir las variables, para lo cual se empleo el programa SPSS, versión 10.1 para Windows.

RESULTADOS

De los 37 pacientes estudiados 19 pertenecen al sexo al masculino y 18 al femenino. La edad media fue de 49 años y el 67 % tenía pareja estable. La mayoría tenía un nivel escolar medio o superior. En relación al estadio de la enfermedad, 6 casos presentaron un estadio severo, 29 casos (54.1 %) un nivel moderado y 11 (29.7 %) un estadio leve. La mayoría de los pacientes tenía menos de 1 año de evolución de la enfermedad.

Las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) pueden observarse en el **Gráfico 1**, destacándose puntajes altos en la función social y el rol emocional, y más bajos en la evolución declarada de la salud, la salud general y el rol físico.

Gráfico 1. Distribución de los pacientes según dimensiones de la CVRS



En el sexo femenino se encontró mayor frecuencia de valores altos en la dimensión evolución declarada de la salud del SF-36 (7 casos de mujeres con valor de 8, mientras hubo 5 en hombres). En la dimensión salud general se obtuvo también mayor frecuencia de casos del sexo femenino con 12 (63.2 %) sobre el sexo masculino con 7 (36.8 %).

Con respecto a la edad, la evolución declarada de la salud mostró baja frecuencia de casos con valores altos en esta dimensión, en el grupo de 45 a 54 años (**Tabla 1**), donde aparecen solo 2 casos con alta percepción de su evolución de salud, que representan un 12,5% del total de casos de esa categoría de edad.

Tabla 1. Distribución de pacientes según grupo de edades y evolución declarada

Edades	Evolución declarada de la salud		Total
	Baja	Alta	
35 a 44	4 (44%)	5 (56%)	9
45 a 54	14 (87.5%)	2 (12.5%)	16
55 a 64	7 (58.3%)	5 (41.7%)	12
Total	25 (67.6%)	12 (32,4)	37

También en este grupo se encontró una frecuencia relativamente menor de casos con percepción de la salud general alta (Tabla 2) apareciendo 6 casos (37.5%) de un total de 16

Tabla 2. Distribución de pacientes según grupo de edades y salud general

Edades	Salud General		Total
	Baja	Alta	
35 a 44	4 (44%)	5 (56%)	9
45 a 54	10(62.5%)	6(37.5%)	16
55 a 64	4 (33.3%)	8(66.6%)	12
Total	18(48.6%)	19(51.4%)	37

En cuanto al nivel escolar y la evolución declarada de la salud (**Gráfico 2**) se observa que en los casos de la evolución declarada de la salud baja la mitad de los casos tiene una escolaridad superior (13 de 25 casos), contra solo 4 de los 12 casos de evolución declarada de la salud alta.

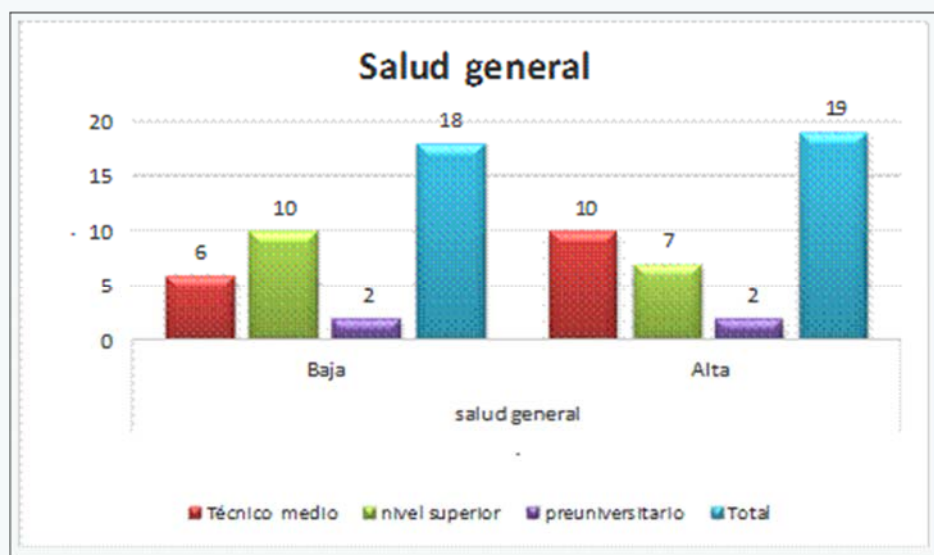
Gráfico 2. Distribución de pacientes según evolución declarada de la salud y nivel escolar



Otra dimensión en la que también se evidenció mayor representación del nivel escolar superior en los casos de valores más bajos, fue la salud general. De los 18 casos con salud general baja,

10 de ellos eran universitarios, mientras solo 7 de los 19 de salud general alta lo eran (**Gráfico 3**).

Gráfico 3. Distribución de casos según salud general y nivel escolar



Atendiendo a la ocupación y la evolución declarada de la salud baja (**tabla 3**) se encontró que de los 27 pacientes vinculados laboralmente, el 85 %, es decir, 23 casos refirieron una evolución declarada de la salud baja, mientras solo 2 de los 10 casos no ocupados, la refirieron así.

Tabla 3. Distribución de pacientes según ocupación y evolución declarada de la salud

Ocupación	Evolución declarada de la salud		Total
	Baja	Alta	
No ocupado	2 (20%)	8 (80%)	10
Ocupado	23 (85%)	4 (25%)	27
Total	25	12	37

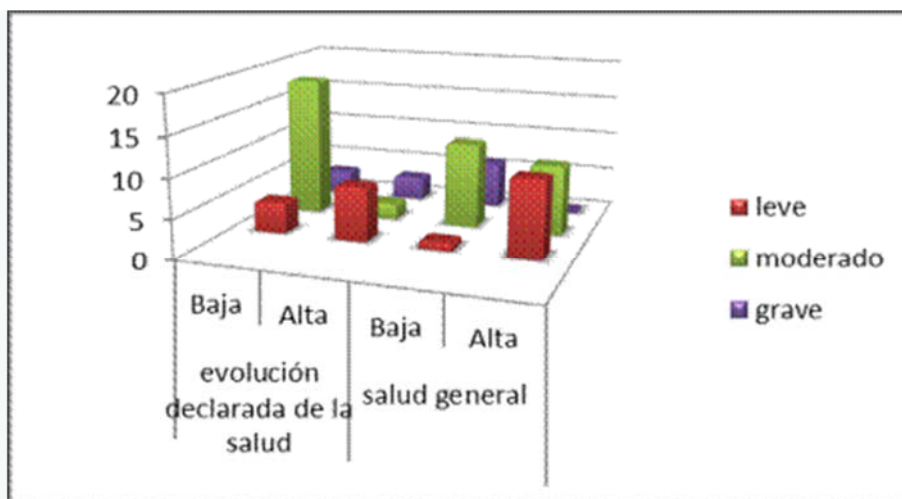
En cuanto a la salud general, el 63 % de los ocupados (17 de 27 casos) presentaron una salud general baja (**tabla 4**).

Tabla 4. Distribución de los pacientes según ocupación y salud general

Ocupación	Salud general		Total
	Baja	Alta	
no ocupado	1 (10%)	9 (90%)	10
ocupado	17 (63%)	10 (37%)	27
Total	18	19	37

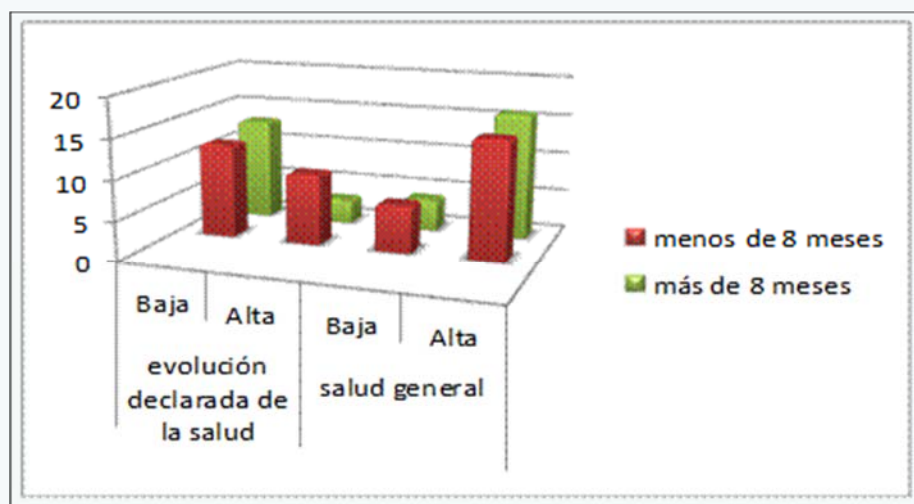
Por otra parte, el estado civil, la evolución declarada de la salud y la salud general presentaron valores más bajos entre los pacientes con pareja.

En el estadio de la enfermedad moderado, en el cual se encontraba más del 50 % de los casos estudiados, fueron más frecuentes los pacientes que reportaron niveles bajos de evolución declarada de la salud, y también de salud general (**gráfico 4**).



En cuanto a la evolución declarada de la salud según tiempo de evolución (gráfico 5), se encontró que en la categoría baja salud se observa relativamente mayor frecuencia de casos de más tiempo de evolución (más de 8 meses), pues este ítem explora la percepción del paciente comparando su salud con la de hace un año.

La salud general alta o baja se distribuye de manera similar en los grupos de más o menos tiempo de evolución de la enfermedad (**gráfico 5**).



Referente a las enfermedades concomitantes y su relación con la evolución declarada de la salud y la salud general se encontró que la presencia de otras enfermedades no parece relacionarse con la calidad de vida percibida por el grupo estudiado.

DISCUSIÓN

El presente estudio se corresponde lo encontrado por Hoffman y Dukes¹⁹ en un estudio en el que se valora el efecto sobre la CVRS de distintas enfermedades causantes de dolor crónico. En su reporte plantean que en todos los procesos considerados se afectan las 8 dimensiones del cuestionario SF-36.

En España, un estudio llevado a cabo bajo los auspicios de la Sociedad Española de Reumatología y centrado en la patología músculo esquelética,²⁰ principal causa de dolor crónico, refiere que en todas las enfermedades estudiadas (artritis reumatoide, lumbalgia, artrosis de rodilla y fibromialgia) existe un mayor efecto sobre el componente físico que sobre el componente mental de la CVRS.

La CVRS está seriamente afectada en los pacientes con dolor crónico. Sin embargo, la percepción subjetiva que cada individuo tiene de su salud va a variar en función del origen del dolor. Núñez y cols²¹ en un trabajo en el que utilizan una técnica de investigación cualitativa de análisis de datos de texto para estudiar la percepción de la CVRS en pacientes con artritis reumatoide y con lumbalgia, observaron que estos pacientes utilizan términos marcadamente distintos para describirla, y así, mientras que los enfermos de artritis centran su CVRS en áreas relacionadas con la capacidad funcional y la función social, a los pacientes con lumbalgia les preocupaba más el estado de salud general y el rol físico.

Los valores altos en las dimensiones evolución declarada de la salud y salud general son menos frecuentes en hombres que en mujeres, en el presente estudio. En el sexo femenino se encontró mayor frecuencia de valores altos en la dimensión evolución declarada de la salud del SF-36 (7 casos de mujeres con valor de 8, mientras hubo solo 5 en hombres). En la dimensión salud general se obtuvo también una mayor frecuencia de mujeres con 12 (63.2 %) sobre el sexo masculino con 7 (36.8 %). Este resultado pudiera estar en relación con la mayor carga de trabajos pesados que habitualmente realizan los hombres y que puede incidir en un mayor deterioro de la salud.

Se observa que la evolución declarada de la salud muestra valores más bajos en el grupo de 45 a 54 años, lo cual puede guardar relación con el hecho de que a partir de estas edades el organismo tiende a envejecer de forma marcada y esta es la causa principal de dolor en las patologías de columna, situación que posteriormente no empeora sino que mantiene su cronicidad.

Por otra parte, la evolución declarada de la salud y la salud general que se presentan con relativa frecuencia evaluadas de bajas en personas de alta escolaridad, puede asociarse al hecho de que, por lo general, las personas con alto nivel de escolaridad suelen desempeñar labores de oficina, permaneciendo la mayor parte del tiempo en posturas inadecuadas que favorecen las crisis lumbares y la aparición de hernias de disco.

Los pacientes con pareja, que asumen labores domésticas y familiares, presentaron valores más bajos en cuanto a la evolución declarada de la salud y la salud general posiblemente debido al doble rol en individuos laboralmente activos y con responsabilidad en el desempeño de las labores del hogar.

Los casos de poco tiempo de evolución de la enfermedad, no ven que el momento de comparación sea tan diferente al actual, mientras los de más tiempo de evolución de la enfermedad, percibirán cambios más notables.

En el estadio de la enfermedad moderado (más del 50 % de los casos) abundaron las personas que reportaron niveles bajos de evolución declarada de la salud, y también de salud general, como se comentaba en el gráfico 4, apuntando al hecho de que un estadio moderado de la enfermedad conlleva, en muchos casos, cambios importantes en la calidad de vida relacionada con la salud.

Como se señaló, la presencia de otras enfermedades no parece vincularse con la calidad de vida del grupo estudiado. Este resultado concuerda con otros estudios como los de Wahl y cols²² que plantean que el efecto del dolor crónico es incluso más marcado en pacientes que no padecen otras enfermedades crónicas concomitantes.

De lo anterior se puede asumir que las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud más afectadas en los pacientes estudiados fueron, la evolución declarada de la salud, la salud general y la función física. Por otra parte, la ocupación y el estadio de la enfermedad son variables que parecen guardar alguna relación sobre los niveles de calidad de vida de estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Verdugo MA, Caballo C, Peláez A, Prieto G. Calidad de vida en personas ciegas y con deficiencia visual. Unpublished manuscript, Universidad de Salamanca/Organización Nacional de Ciegos de España. Salamanca, 2000.
2. Victoria CR. Calidad de Vida. Aspectos teóricos y metodológicos. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2008.
3. Victoria CR, Rodríguez G. Calidad de vida en enfermos crónicos. Rev. Habana. Cienc. Méd. [Internet]. 2007 Nov [citado 2015 Mar 19]; 6(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2007000400002&lng=es.
4. González Pérez U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2002 Dic [citado 2015 Mar 18]; 28(2): 157-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662002000200006&lng=es.
5. Grau J, Victoria CR, Hernández E. Calidad de vida y Psicología de la Salud. En Psicología de Salud. Fundamentos y aplicaciones. Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara: Editorial Guadalajara; 2005.
6. Fernández JA, Hernández R, Siegrist J. El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos: un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. Atención Primaria 2001; 28: 680-9.
7. Soto J. Incorporación de estudios de calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos: bases y recomendaciones prácticas. Uso de una lista guía para su correcto diseño y evaluación. Anales de Medicina Interna (Madrid) 2003; 20: 633-44.
8. Aedo C, Porcile A, Iribarra C. Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2006; 71: 402-9.
9. Rabini A. Assessment and correlation between clinical patterns, disability and health-related quality of life in patients with low back pain. Eura Medicophys. 2007 Mar; 43 (1): 49-54.
10. Hernández Y, Victoria CR. Calidad de Vida en pacientes con Diabetes mellitus Tipo II. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana [Internet] 2011; [citado 2015 Mar 18]; 8 (3). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph3-2011/hph02311.html>
11. Calunga JL, Ramos TL, Castillo P, Menéndez S, Carballo A, Céspedes J. Ozonoterapia combinada en el tratamiento del paciente portador de hernia discal lumbar: estudio preliminar. Rev. Cubana Invest. Bioméd. [Internet] 2007 [citado 2015 Mar 18]; 26(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002007000100003&lng=es.
12. Miralles RC, Rull M. Valoración de resultados del tratamiento del dolor lumbar y de las secuelas. Rev. Soc. Esp. Dolor 2001; 8: (2): 131-9.
13. García F, Bumbiedro S. Importancia del ejercicio físico en el tratamiento del dolor lumbar inespecífico. Rehabilitación Mad. 2003; 37 (6): 323 - 32.
14. Gil-Salú JL, Benítez E. Resultados del tratamiento quirúrgico en una cohorte de pacientes con patología lumbar degenerativa Rev. Soc. Esp. Dolor 2001; 8: 547-54.
15. **Méndez A**, Puente Martínez C, Domínguez EL, Moirón V. **Calidad de vida en adultos mayores con hernia discal lumbar**. Rev. Hospital Psiquiátrico de la Habana [Internet] 2011; [citado 2015 Mar 18]; 8 (1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph1-2011/hph02311.html>
16. Unzu Olaiz A. Eficacia del tratamiento conservador en la hernia discal lumbar mecánica en comparación con el tratamiento quirúrgico. Tesis en opción al grado de Máster en fisioterapia. Universidad de Valladolid. Valladolid, 2014 <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/5619>.
17. Saban L, Penckofer S, Androwich I, Bryant F. Health related quality of life of patients following selected types of lumbar spinal surgery: a pilot study. Health Qual Life Outcomes. 2007; 5: 71. doi: 10.1186/1477-7525-5-71.
18. Ware J. and Sherbourne C. The MOS 36 item short form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Med. Care 1992; **30**: 473-83.

19. Hoffman DL, Dukes EM. The health status burden of people with fibromyalgia: a review of studies that assessed health status with the SF-36 or the SF-12. *Int. J. Clin. Pract.* 2008; 62:115-26.
20. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A; EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann. Rheum. Dis.* 2001; 60:1040-5.
21. Núñez M, Sánchez A, Nuñez E, Casals T, Alegre C, Muñoz-Gomez J. Patients' perceptions of health related quality of life in rheumatoid arthritis and chronic low back pain. *Qual. Life Res.* 2006; 15:93-102.
22. Wahl AK, Rustoen T, Rokne B, Lerdal A, Knudsen O, Miaskowski C. The complexity of the relationship between chronic pain and quality of life: a study of the general Norwegian population. *Qual Life Res.* 2009; 18 (8): 971-80.

Recibido: 06 de Noviembre de 2014
Aceptado: 19 de marzo de 2015

Yanisleidy Hernández Romero. Hospital Docente Clínico Quirúrgico Dr. Miguel Enríquez. Profesora Asistente. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Miguel Enríquez. Municipio 10 de Octubre. La Habana, Cuba. Correo electrónico: yanihdez@infomed.sld.cu