



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
IZTACALA

**AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE  
OSTEOMIELITICO**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A :  
**MARIA CLAUDIA ROJAS HUERTA**

ASESOR TESIS: MTR. LEONARDO REYNOSO ERAZO



LOS REYES IZTACALA

1995



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Quiero dar las gracias, principalmente, a Dios, por haberme dado la fuerza necesaria y proporcionar los medios para alcanzar una de las metas más anheladas de mi vida.

Agradezco, también, a la memoria de mi padre, Esteban Rojas y mi tío, Alberto Martínez, por darme valor espiritual en la realización de la presente tesis.

Quiero hacer extensivas las gracias para el más sincero amor, mi madre, María Concepción Huerta Yllarza, que con su gran amor y sacrificio económico, hicieron posible la culminación de la presente tesis.



Especialmente, agradezco el gran apoyo material y moral que me brindo mi padrino José Sans Pérez, en el transcurso de mis estudios.

Mi entero agradecimiento a la mejor de mis amigas, Blanca Mónica López Cosme, por su esmerada ayuda moral y material en el desarrollo de la tesis.

Gracias sinceras, a todo el grupo docente del plantel de Iztacala, generación 87-90; en especial, al Dr. Leonardo Reynoso, Lic. José E. Vaquero y Dr. Isaac Seligson, quienes cooperaron enormemente en el desarrollo y conclusión de la tesis actual.

Mil gracias, a mis antiguos jefes y compañeros, así como a los amigos de los hospitales de Ortopedia, como el Dr. Fernando Colchero R., Dr. Emilio Ramos, Psic. Martha Vázquez, Dr. Felipe Sánchez y Dr. Víctor Valdespino.

# I N D I C E

## PAGINAS

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	3

## CAPITULOS

1.	ANTECEDENTES DE LA MEDICINA CONDUCTUAL...	6
2.	ESTRES.....	29
2.1.	Modelos de estrés.....	30
2.1.1.	El modelo conductual.....	32
2.1.2.	El modelo transaccional o cognitivo.....	34
2.2.	Interacción estrés-enfermedad.....	37
3.	AFRONTAMIENTO.....	50
3.1.	Tipos de intervenciones terapéuticas.....	67
4.	EL PACIENTE OSTEOMIELITICO.....	69
5.	DESARROLLO DE LA INVESTIGACION.....	85
5.1.	Planteamiento del problema.....	85
5.1.1.	Metodología.....	88
5.1.2.	Resultados.....	97
	CONCLUSIONES.....	113
	BIBLIOGRAFIA.....	120
	ANEXOS.....	130

## R E S U M E N

La presentación frecuente de conductas de escasa o poca cooperación a los tratamientos médicos de parte de enfermos crónicos osteomielíticos en el ambiente hospitalario del Instituto Nacional de Ortopedia (I.N.O.) en el pabellón cuatro de infecciones óseas, despertó el interés en la realización de la presente investigación que tuvo como objetivo principal identificar como influían los factores ambiental y biológico en el factor psicológico.

Específicamente, en la presentación de conductas negativas como estilos de afrontamiento, que generaban la mencionada falta de cooperación. Con la utilización de las técnicas de observación-registro, entrevistas y la aplicación de pruebas psicológicas proyectivas y cuestionarios. La investigación en su desarrollo, fue dividida en una primera fase de exploración con la finalidad de detectar los factores y sujetos que producían la conducta problema (escasa cooperación), y una segunda fase determinada de encuesta descriptiva por tener la finalidad de evaluar toda la población y componentes previamente detectados en la fase I para, posteriormente, describir y analizar los hallazgos encontrados. Fundamentalmente, los resultados arrojaron datos muy

significativos en relación con la conducta problema. En el componente ambiental se demostró que una inadecuada adherencia terapéutica o una mala relación equipo médico-paciente incrementa el riesgo de la manifestación de conductas poco cooperativas; así como también el inadecuado manejo institucional en la asistencia a la enfermedad.

No obstante, se encontró que en el factor psicológico primordialmente los enfermos respondieron en el manejo de su enfermedad con comportamientos de depresión, ansiedad-angustia (distres) y agresión mayormente, que obedecían, particularmente, a sus propios estilos de afrontamiento (conducta cognitiva), sin importar que tanto estos favorecían o perjudicaban a la cooperación ante las intervenciones médicas y clínicas.

Es así como a partir de los hallazgos encontrados, que se hace necesario que el equipo médico se desarrollen programas de entrenamiento para dotarlos de habilidades para el establecimiento de una adherencia terapéutica y una reestructuración eficaz en el manejo institucional y finalmente con la población de enfermos problemáticos, dar entrenamiento para la formación y desarrollo eficaces de patrones de afrontamiento, para fomentar la cooperación y, por supuesto, la adaptación ambiental.

## I N T R O D U C C I O N

La alta incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas hace que en el medio hospitalario, los médicos se enfrenten a un sin número de problemáticas que no solo pertenecen al orden biológico sino al psicológico y social. Pero la negligencia de los profesionales y la alta complejidad para asistir al enfermo en el aspecto integral hace que más que se resuelva, se agrave y agudice esta problemática, produciéndose intervenciones ineficaces y erróneas para su control.

Por su parte, la disciplina psicológica ha mostrado mayor preocupación en las últimas décadas por este tipo de problemas en la salud. Inicialmente, parte con la intervención de la modificación de la conducta que se interesa por atender problemas de alcoholismo, obesidad y tabaquismo, bajo una corriente conductual experimental.

Es más tarde que con la introducción de enfoques conceptuales más completos se introducen el papel activo del individuo en el paradigma ortodoxo conductual y se abren nuevas corrientes que consideran todo el aspecto cognitivo individual en la formación de conductas problemas que afectan

la salud, no sin excluir los principios teóricos y metodológicos del conductismo experimental (ver capítulo 1).

Una de estas corrientes fue la teoría del afrontamiento que, además de estudiar detalladamente como influye el componente cognitivo en el desarrollo de comportamientos para afrontar, también se interesó en analizar como funcionan estas conductas y cogniciones bajo situaciones estresantes, como tal es el caso de las enfermedades de tipo crónico o terminal que someten a los enfermos a fuertes eventos estresantes propios de las enfermedades de este tipo (ver capítulos 2 y 3).

Es así que conocer los estilos de afrontar a las enfermedades crónicas resulta una tarea interesante e importante para que el psicólogo comprenda y modifique comportamientos que atacan el beneficio o mantenimiento de la salud integral, razón por la cual se realizó la presente investigación con pacientes crónicos con osteomielitis (ver capítulo 4), para analizar comportamientos problemas que sirven como estrategias de afrontamiento ante la severidad de la enfermedad, como se observó en dicha población (ver capítulo 5).

La información arrojada en la presente investigación

nos ofrece datos que resultan por demás significativos en la comprensión de conductas en apariencia negativas que sirven como mecanismos de afrontamiento a el medio ambiente severo en la población osteomielítica, por otro lado, también ofrece información para la elaboración y desarrollo de programas cognitivos terapéuticos para los pacientes, así como también para el desarrollo de programas de entrenamiento para el equipo médico en general (ver resultados, conclusiones y anexos).

Es por lo cual, que el papel del psicólogo en la contribución del restablecimiento o el control de las enfermedades crónicas debe de enfocarse a el estudio de las diferentes maneras de afrontamiento que utilizan los enfermos para seleccionar y orientar cuales son benéficas para la adaptación correcta a la enfermedad.



## C A P I T U L O      U N O

### ANTECEDENTES DE LA MEDICINA CONDUCTUAL

La conceptualización de enfermedad fue cambiando a través del tiempo; por ejemplo, antiguamente, la presentación de alguna manifestación orgánica ejecutada o expresada verbalmente, era motivo de sospechas de influencias de malos espíritus (animismo). Bajo estas creencias, la gente practicó, durante varios años, actos mágico-religiosos para la recuperación de la salud. Bastante tiempo transcurrió para que Hipócrates (460 antes de Cristo), describiera a la enfermedad como un fenómeno natural, enfatizando la observación y el razonamiento lógico para el análisis de la enfermedad, creando los términos de diagnóstico y pronóstico (Braunstein y Toister, 1981). Con este primer acercamiento científico, se tuvo que empezar a definir los conceptos de enfermedad y salud, los cuales han ido variando, como se observará en las siguientes definiciones.

El Diccionario Médico cita: "la enfermedad (del latín infirmitas,-atis), es la pérdida de la salud. Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del

cuerpo, de etiología en general conocida, que se manifiesta por signos y síntomas característicos y cuya evolución es más o menos previsible de Abrami-". Pero la comunidad médica define a la enfermedad como la alteración morfológica, fisiológica y bioquímica en el cuerpo (Braunstein y Toister, 1981).

La opinión de la población, en general, es referida, que cuando existe enfermedad en el organismo se sienten impedidos para la realización de sus actividades cotidianas por la presencia de malestares físicos; pero, el concepto de enfermedad, fue ampliado por Weiner en 1977, quien consideró "la enfermedad" como una desadaptación biológica del organismo que interactuaba con ambientes culturales y sociales, (Blumenthal, 1982).

Esta definición, comprometió a los investigadores a considerar los factores no biológicos en la enfermedad. Así, más tarde, (Braunstein y Toister, 1981), dicen que la enfermedad puede ser percibida como aquel estado de sentimiento anormal o como la pérdida de alguna función física, psicológica o anormal; incluso, y aunque los anteriores autores reconocieron el aspecto psicológico de la enfermedad, también señalaron, junto con Vargas (1991), que es importante diferenciar entre padecimiento y enfermedad,

que comúnmente se toman como un mismo concepto.

Para ellos, el padecimiento físico está formado por aspectos sociales y culturales que influyen en las percepciones, explicaciones y comportamientos de personas con experiencias de enfermedades. En contraste, la enfermedad es un proceso únicamente biológico, que afecta los órganos y estados individuales, observándose cambios estructurales, funcionales y bioquímicos, caracterizados por la etiología de un determinado agente patológico. Más, sin embargo, la diferenciación de los términos es provechosa en el sentido de que esclarece el uso indiscriminado de ambos conceptos; pero en la práctica médica podemos encontrar que, la Revista de Salud Pública, en 1990, señaló que la presencia de una enfermedad física está determinada por:

- a) Declaraciones subjetivas del individuo en las entrevistas médicas,
- b) Signos y manifestaciones de alteraciones en las estructuras y/o funciones de partes del cuerpo, y
- c) Alteraciones ocultas que no siempre pueden detectarse con el equipo necesario, ya sea por la carencia material o presupuestal.

El análisis de lo anterior, nos hace reflexionar que,

en la enfermedad y/o el padecimiento, tienen que estudiarse, tanto factores internos (biológicos), como externos (conductuales y sociales), por lo que, si partimos de lo señalado por Braunstein, Toister y Vargas, encontraremos que la enfermedad y el padecimiento, si bien creemos que no es lo mismo, si estaremos seguros que están estrechamente relacionados en la carencia de la salud. Por otra parte, los términos de normalidad y anormalidad van implícitos en los anteriores conceptos de enfermedad; también, no podemos entender lo anormal (enfermedad) sin entender lo normal (salud). Pues bien, el Diccionario Médico, dice que: la salud (del latín salus-utis), es un estado normal de las funciones orgánicas y psíquicas.

Similarmente, Braunstein y Toister (1981), manifiestan que The World Health Organisation, en 1948, definió a la salud como: un estado de completa normalidad social-biológica-mental, y no solamente como la carencia de enfermedad o invalidez, como antiguamente se reconocía. Apoyando este concepto, Feinten (s/a), afirma que la buena salud está determinada por algunos factores, como son:

- a) Ambientes de trabajo y vivienda,
- b) Estilo de vida,
- c) Relaciones interpersonales,

- d) Hábitos personales,
- e) Cuidado de la salud, y
- f) Ocupación, (Braunstein y Toister, 1981).

Finalmente, conociendo los conceptos de enfermedad y salud, se establecerá el proceso de salud-enfermedad. Primeramente, la presencia de algún síntoma desconocido y doloroso en nuestro organismo, nos lleva a pensar y relacionarlo, inmediatamente, con alguna experiencia pasada, para formar un constructo o representación cognitiva, la cual, funge como una clase de auto-diagnóstico que, frecuentemente, es incongruente con la objetividad de los síntomas, que dependen del grado de naturaleza difusa y ambigua, notándose mayor grado de error, cuando la inferencia es elaborada en síntomas confusos, encontrando, Leventhal, et. al., 1984, que "la influencia entre síntoma y las representaciones cognitivas son recíprocas", (citado en Snyder, 1989), por ejemplo, aquella persona que tiene un fuerte dolor de cabeza, puede sentirlo más intenso por la tensión o estrés que le produce pensar en la causa y trascendencia del síntoma, pudiendo, frecuentemente, confundir las sensaciones reales del síntoma.

Entonces, la distorsión de los síntomas reales y las representaciones cognitivas facilitan que el individuo busque mejorar el síntoma por diferentes medios, que, posiblemente,

iniciarán con la decisión de ignorar el síntoma (pensando que se pasará), y/o documentándose leyendo con respecto a su malestar, pedir ayuda a amigos o familiares merecedores de su confianza, a los cuales explicará su problema de salud, para, posteriormente, ejecutar el tratamiento recomendado. Este tipo de acción, usualmente, acarrea fuertes consecuencias negativas, ya que si el individuo se identifica fuertemente con el grupo, difícilmente pedirá y/o buscará ayuda profesional, aunque su enfermedad lo requiera y, finalmente, la seriedad o gravedad del padecimiento, en otros casos, lo obligará a solicitar la atención médica. Estas acciones pueden realizarse secuencial o simultáneamente, de acuerdo a la ineffectividad de alguna alternativa elegida.

Hasta aquí, tenemos que las respuestas a la enfermedad son influenciadas por variables de la naturaleza de los síntomas (duración, intensidad y frecuencia), comprensión de los síntomas, sugerencias y/o recomendaciones sociales y la anticipación de los beneficios y costos de la acción, en donde Snyder, 1989, agregó que "la definición de los síntomas es un proceso que está influenciado por el ambiente social, afectivo y cultural y la historia del aprendizaje y, por lo tanto, para ejecutar diagnósticos, evaluaciones e intervenciones efectivas, es necesario, observar variables biológicas y no biológicas" (ver Braunstein y Toister, 1981 y Snyder,

1989), porque la presencia de una enfermedad es experimentada, expresada y atendida desde niveles subjetivos.

Actualmente, ya se conoce que el proceso de salud-enfermedad es un sistema complejo donde intervienen factores biológicos y conductuales, principalmente, dentro de los biológicos se han estudiado los agentes endógenos y en los factores conductuales se han estudiado los agentes exógenos, esto, por ejemplo, indica que en el inicio de una enfermedad está influyendo la predisposición genética y el estilo de vida del individuo. Pero, antiguamente, la enfermedad era estudiada y atendida en su faceta biologicista, únicamente.

Para entender, claramente, esto, analizaremos, brevemente, la historia de los modelos de la salud estadounidenses. En la ciencia es de gran utilidad sistematizar el conocimiento, diseñando modelos con principios y reglas. Estos modelos tienen la finalidad de investigar, entender, explicar y resolver situaciones complejas que van desde fenómenos sociales hasta problemas individuales del estrés.

El uso de paradigmas es observado en diversas disciplinas, como es el caso de la medicina que ha utilizado el tradicional modelo médico para entender las diferentes enfermedades físicas.

Este modelo biomédico es materialista y reduccionista, caracterizándose por observar, herméticamente, las funciones y alteraciones anatómicas, fisiológicas y bioquímicas del cuerpo humano, no considerando el aspecto social y psicológico, tal como lo señalaron Cohen y Stone (1979), "los médicos desde su formación profesional se enfocan al manejo de enfermedades biológicas del ser humano, conceptualizándolo como ente físico, olvidando las reacciones mentales y emocionales que subyacen en las enfermedades".

Con la inconformidad de los anteriores y otros autores más, se propició que surgiera otro modelo médico llamado Paradigma Médico de Ayuda, el cual se enfocó a observar diferencias individuales y patológicas entre los pacientes, para detectar y canalizarlos a servicios profesionales para dar una solución efectiva.

Snyder (1989), señaló "que el modelo biomédico y el de ayuda son congruentes y complementarios, ya que en ambos se observa el papel pasivo y dependiente del paciente", y, aunque, estos paradigmas limitan el desarrollo de habilidades personales y minimizan aspectos conductuales y psico-sociales de las patologías, en bastantes culturas siguen prevaleciendo las creencias de poderes especiales de los médicos, esto, porque la sociedad ha establecido fuertes lazos afectivos y



estereotipados; así como, también, el avance tecnológico de la medicina ha sorprendido a la sociedad con la medición y estudio de enfermedades.

Pero, afortunadamente, existen otras culturas que han diseñado paradigmas o modelos alternativos que intentan resolver las necesidades expuestas de que en el ser humano, al contraer una enfermedad, intervienen e interactúan diversos elementos. Bajo la comprensión de lo anterior, se buscará el integrar al paciente con un papel activo en los paradigmas alternativos de solución, observándose en los siguientes modelos:

El Modelo Moral de Ayuda propone que los pacientes o clientes son los responsables de su propia conducta dañina hacia su salud y que los profesionales pueden ofrecer poca ayuda para el cambio. La conducta es vista como una fuerza de voluntad que tiene que ser entrenada por el propio sujeto y con la información ofrecida por el profesional. Este paradigma ha trabajado en los Estados Unidos en campañas contra los fumadores, observándose inconvenientes, como, por ejemplo:

- a) La información es superflua y concreta, siendo insuficiente para el adecuado automanejo del cliente, y

- b) La excesiva carga de responsabilidad provoca que el paciente no asimile y ejecute correctamente sus acciones, aunque tienen estrategias efectivas para cuando el cliente presenta incapacidad y/o resistencia al cambio.

Otro modelo existente es el Modelo de Instrucción que, similarmente, al Modelo Moral de Ayuda, admite la importancia del rol activo del paciente para cambiar sus conductas relacionadas con la salud. Pero, en su reconocimiento de responsabilidad y cooperación del cliente, sólo lo hacen consciente de su responsabilidad en la causa de su problemas, más no en la solución del mismo, partiendo del supuesto de que si el cliente fue en búsqueda de ayuda, necesita asesoría. Fundamentalmente, este modelo tiene amplia extensión en diversas problemáticas, como pueden ser casos de violación, de maltrato y derechos legales. El inconveniente de este modelo es que existe todo manejo del poder de parte de los profesionales, y esto, en muchos casos, han resultado abusos y fraudes.

El Modelo de Comprensión y de Ayuda parte de conceptualizar a la enfermedad o padecimiento como el resultado de circunstancias y/o situaciones que son responsabilidad del individuo, a los cuales él tiene que dar solución. El papel

de experto consiste, entonces, en dotar al paciente de una serie de debilidades que, a juicio del profesional, dieron origen al problema. Este paradigma busca fomentar en sus paciente la independencia, la cooperación y participación para el cambio de conducta que atenta contra su buena salud. Posiblemente, éste sea el paradigma más utilizado y que tiene mayor auge, ya que busca enfrentar al paciente a las situaciones conflictivas de su enfermedad.

Además, de el reconocimiento e importancia práctica a las variables psico-sociales, especializándose en la relación individuo-ambiente, tomando una actitud humanizada y personalizada, y sus técnicas frecuentemente utilizadas son las de auto-control y las de afrontamiento. "En este tipo de paradigma, la intervención ha demostrado tener éxito en la reducción de resistencias de los pacientes para la aceptación al tratamiento", (Brickman, et. al., 1983, citado en Snyder, 1989). La razón, seguramente, se debe al juego de roles igualitarios que pretende ver al paciente como un socio en determinados negocios, encontrándose resultados satisfactorios.

Todos los paradigmas alternativos surgen para ayudar a la comprensión e intervención de enfermedades, teniendo el mérito de razonar el dualismo mente-cuerpo, para entender

cuestiones conductuales que afectan el mejoramiento de la salud o, más aún, la etiología de la enfermedad. El éxito y fracaso de los paradigmas, depende de su alcance de aplicación de hechos reales. Asimismo, a pesar de que todos tienen ventajas y desventajas, el que más ha cumplido, satisfactoriamente, es el Modelo de Comprensión, que, aunque no tiene un carácter universal, si representa un método que ayuda, que abstrae y que cumple con patrones relevantes para el conocimiento de enfermedades.

Los anteriores modelos de salud son las aproximaciones médicas que muestran el tipo de auxilio profesional para resolver conflictos en enfermedades. Pero, específicamente, el intento de ayudar en situaciones conflictivas, parte de la Psicología, que durante años se ha ocupado en estudiar al humano. Concretamente, el desarrollo de la Psicología en ambientes hospitalarios se originó con la Psicología Clínica, que es la especialidad de la Psicología que auxilia en la investigación y aplicación de técnicas y principios metodológicos para ayudar al sujeto a una adaptación ambiental.

La Psicología Clínica parte de dos vertientes, psicodinámica y psicodinámica y psicométrica (Watson, 1953; Korchin, 1976, citado en Korchin, s/a). En la psicometría se enfatizaron las diferencias individuales en el funcionamiento mental.

De aquí que los primeros psicólogos que laboraron en hospitales fueron evaluadores que al finalizar la Segunda Guerra Mundial, atendieron a soldados que presentaron lesiones corporales (por ejemplo, miembros amputados), y que acarrearón, como consecuencias, trastornos conductuales, considerados como alteraciones en su personalidad por la teoría psico-dinámica. Donde, además, se observó el florecimiento del estudio de enfermedades psico-somáticas (relación mente-cuerpo).

Por otra parte, Lighter Witmer fue el primero en darle el término de Psicología Clínica, que, más tarde, él, junto con Alfred Binet, Cattell y Stern, ayudaron a la formación de la Psicometría en Clínica. Con respecto a la Psicodinámica, parte con Charcot, Janet y otros psicopatólogos franceses que estudiaban la hipnosis y la histeria como síntoma psicósomático y que fue el fundamento del estudio posterior del inconsciente bajo la teoría del Psicoanálisis Freudiano.

Pero, la insatisfacción por la subjetividad de las anteriores posturas teóricas existentes, suscitó la aparición de el Conductismo, corriente psicológica que fundamentó sus bases en el estudio de la conducta, con el propósito de establecer bases científicas. De tal manera que, parte de la Fisiología y Reflexología Rusa, teniendo como expositores a

I. M. Sechenov (1829-1905) e I. P. Pavlov (1849-1936), los cuales se centraron, básicamente, en el funcionamiento de los organismos en relación con su ambiente, que, posteriormente, influenciarían a la Psicología Conductual.

El Conductismo Americano tuvo mayor auge que el Europeo. Fundamentalmente, por el arduo y vigoroso trabajo de B. Watson (1873-1953), que lo introduce para excluir el estudio de la conciencia e inconciencia y se promulga a favor de estudiar la conducta, concretamente, analizando los estímulos (E), estableciendo las primeras consideraciones sobre el Aprendizaje. Más tarde, aparece B. F. Skinner, quien elaboró el Paradigma del Condicionamiento Operante, que consistió en analizar y observar comportamientos, tomando en cuenta el ambiente como factor potencial en el desarrollo y aprendizaje de conductas, como lo consideraba el Conductismo. El hallazgo de Skinner, fue la realización del paradigma operante E-R-E, donde:

- 1) E es estímulo discriminativo,
- 2) R es una respuesta del organismo humano o infrahumano,  
Y
- 3) E es estímulo reforzante o aversivo.

Skinner explicó que todo organismo, ante la presencia

de estímulos ambientales, discrimina, primeramente, para otorgar una respuesta motora que le proporcionará un premio o un castigo y, conforme el organismo va aprendiendo, empieza a identificar aquellas respuestas que le traen consecuencias positivas para repetir las y empieza a evitar aquellas respuestas que le traen consecuencias negativas. El alcance de este modelo propició, en 1953, que Skinner y Lidsley ampliaran la aplicación del condicionamiento operante al ámbito clínico, teniendo como objetivos modificar conductas de psicosis con medidas experimentales en hospitales. Con este primer análisis de conducta se empieza a olvidar el concepto de enfermedad por el de conducta desadaptada, generalizando que estas conductas se adquieren por las mismas leyes básicas del condicionamiento y/o aprendizaje.

Así, los aportes del desarrollo e investigación de la teoría de la conducta y la entrada del Condicionamiento Operante en el terreno clínico, cambió modelos conceptuales de la psicopatología y de la personalidad del modelo dominante de la psiquiatría y de la Psicología Clínica, basados en el modelo de enfermedad. Del mismo modo, también, el cambio metodológico aplicado en poblaciones con conductas desadaptadas. Así como el Condicionamiento Operante nació dentro de la corriente conductista, el resultado obtenido fueron investigaciones basadas en la tecnología y metodología

de laboratorios sofisticados. Tal es el ejemplo del trabajo realizado por Ayllon, quien aplicó las técnicas operantes en un hospital psiquiátrico con el fin de modificar diversas conductas, previamente estudiadas y ensayadas.

Otro ejemplo, es el Método de "la Economía de Fichas", diseñado por Ayllon y Azrin como tratamiento, que tendría a futuro un amplio uso en grandes investigaciones. Esta aplicación de técnicas operantes en ambientes naturales, fue llamada el conocido ANALISIS CONDUCTUAL APLICADO, que sería ampliamente explotado con pacientes drogadictos, alcohólicos, deficientes mentales, pacientes psiquiátricos y pacientes con enfermedades físicas en general. Los objetivos principales del A. C. A. son el mantenimiento y la transferencia del cambio de conducta, conocido, específicamente, como LA MODIFICACION DE LA CONDUCTA. La Modificación de la Conducta, para una adecuada intervención metodológica, fue dividida en:

Diagnóstico conductual, que se ubica en las conductas y condiciones específicas en las que se realizan los comportamientos para evaluar el Cambio Conductual. La evaluación, que centra en la conducta problemas, utilizando, como instrumento fundamental, la observación directa en ambientes naturales preparados, aunque también se evalúan acontecimientos y/o



respuestas cognitivas (pensamientos, sentimientos, alucinaciones, etc.), en este caso, se ocupa el auto-informe, comúnmente. El tratamiento o intervención, se basa, principalmente, en la aplicación de las siguientes técnicas de: desensibilización sistemática, la inundación, la terapia aversiva, el castigo, el reforzamiento, el modelamiento, el moldeamiento y el biofeedback, entre otras.

Por otro lado, primeramente, el Análisis Conductual Aplicado y, posteriormente, la Modificación de la Conducta en el Ambito Clínico, ayudó al mejoramiento de diferentes clases de enfermedades físicas que eran motivo de preocupación por la carencia de resoluciones satisfactorias de profesionales dedicados a la atención de la salud. Es entonces, como el interés de científicos conductuales de Applied Association (APA), formada en 1921 por Loutlit, en la sección de Psicología Clínica, se reúnen en el año de 1943, para analizar la acción de la Asociación, encontrando, que el rol de la psicología en estos ambientes, de 1966 a 1973, fue la participación en investigaciones de: actitudes, prevención, rehabilitación y el mantenimiento de la salud. Sin excluir las actividades de Enseñanza, Intervenciones y Evaluaciones.

Pero, quizá, el papel más activo del psicólogo ha sido el de rehabilitador, que consiste en auxiliar al cuerpo de

salud (médicos, enfermeras y terapeutas), en casos especiales que presentan falta de cooperación a los tratamientos. Es entonces, como la amplia revisión documental y la observación del rol en la Psicología en los campos clínicos, permitió que Birk, en 1973, fuera el primero en otorgar el término de Medicina Conductual a un campo específico de acción de la Psicología Conductual, que, más tarde, en el año de 1977, en la Ciudad de Yale, sería definida por Psicólogos Conductuales y Biomédicos, como: "aquel terreno en que se desarrollan las ciencias de la Conducta, aplicando conocimientos y técnicas relevantes para la comprensión de enfermedades y de salud física para prevenir diagnosticar, así como para ofrecer tratamiento", (Keefe y Blumenthal, 1982), quedando la Medicina Conductual integrada al Campo de Salud oficialmente en 1978 por la APA.

Posteriormente, en ese mismo año, sufriría pequeños cambios en su definición por Schwartz y Weiss, manifestando que: "es un campo interdisciplinario con el desarrollo e integración de la conducta para la salud-enfermedad y la aplicación de estos conocimientos y técnicas para la prevención, diagnósticos, tratamientos y rehabilitación", (p. 2, 1978,...citado en Prokop y Bradley, p. 2, 1981). Un año después, Pormealeu y Brady, esto es en 1979, modifican la definición, señalándola como:

- a) El uso clínico de las técnicas del análisis experimental de la conducta para la prevención, manejo y tratamientos de padecimientos físicos o disfunciones fisiológicas,  
y segundo, como:
- b) El conducto de la investigación reunida para el análisis funcional y la comprensión de la conducta asociada con padecimientos médicos y problemas en el cuidado de la salud, (p. 1, 1981, citado en Prokop y Bradley).

Por lo que concierne a las condiciones en las que surge la medicina conductual, Mchamara, 1979, plantea las siguientes:

- a) Frustración de los teóricos psicométricos para la solución de problemas.
- b) Limitaciones de la Psiquiatría.
- c) Carencia de un modelo de concepciones metodológicas, objetivas y prácticas para dar solución a problemas viejos en el ambiente clínico.

Y, tal vez el factor más importante, según Mchamara, fue el trabajo de Miller y asociados de la retroalimentación (biofeedback) en el S.N.C., basado en el Condicionamiento Operante y Condicionamiento Clásico, ofreciendo esta técnica,

miles de posibilidades para el desarrollo de sistemas de autoregulación, monitoreo y modulación fisiológica, colaborando con la comunidad biomédica y, como consecuencia, el último factor, la aplicación total de la tecnología conductual en ambientes clínicos.

Otros teóricos enfatizan que el surgimiento de la Medicina Conductual fue por la inconformidad con métodos tradicionales y la necesidad rotunda de cambios conceptuales y metodológicos. Por otro lado, Acosta y Castillo, 1987, sintetizan que la Medicina Conductual ha desarrollado, principalmente, dos puntos a seguir como estrategias metodológicas, las cuales son:

- a) Su intervención para modificar una conducta manifiesta o una respuesta fisiológica que constituye un problema.
- b) Su intervención práctica para modificar conductas aprendidas o respuestas fisiológicas que constituyen factores de riesgo para la salud.

Añadiendo más, Becerra, Mendoza y Rodríguez, 1991, señalan que la metodología de la Medicina Conductual inicia por establecer todos los problemas en conductas, identificando variables objetivas que influyen en la conducta para formular programas de intervención, para finalizar exponiendo

los resultados.

Pero la aparición de la Medicina Conductual, acarrió polémicas en el terreno médico, citan Prokop y Bradley, 1981, ya que diversos autores plantearon que existía la Psicología Médica que llenaba el terreno que la M.C. intentaba cubrir, dado porque la Psicología Médica se dedica al estudio de los factores psicológicos relacionados con alguno o todos los aspectos de la salud física, enfermedad y otros tratamientos en grupos individuales y nivel de sistemas.

Mientras que para Schwartz y Weiss, sólo la Psicología Médica ha sido empleada para describir el uso de principios psicológicos y técnicas en el diagnóstico y evaluación de enfermedad física y el uso de ciertas estrategias de investigación en la evaluación del tratamiento (con pruebas proyectivas y teorías de la personalidad). La importancia del enfrentamiento entre la Psicología Médica y la Medicina Conductual para delimitar el campo de acción de cada una de ellas, obligó a los seguidores de la Medicina Conductual a analizar y reconsiderar los siguientes puntos:

- a) El papel del Psicólogo es inespecífico en la Medicina Conductual.

- b) El término de Medicina puede confundirse con la medicina psicosomática tradicional, confundiendo a los profesionistas que practican la Psicología Conductual en ambientes hospitalarios; no siendo representativo de esta disciplina.
- c) La Medicina Conductual se enfoca, únicamente, al tratamiento y prevención de las enfermedades, excluyendo la etiología y patogénesis de la enfermedad.

Este análisis marcó el inicio de la Psicología de la Salud, que fue dado por el Comité de Información Pública en 1985, con 3,000 miembros de APA, definiéndola como: un conjunto específico de contribuciones educacionales, científicas y profesionales en la disciplina psicológica para la promoción, el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades.

Así como, también, la identificación de la etiología y el diagnóstico, correlacionándolo con la salud y la enfermedad para el análisis de el mejoramiento de la salud en el sistema del cuidado de la salud y la formación política de la salud, (p. 3, citado en Prokop y Bradley, 1981). Finalmente, Gentry, 1984, nos enumera, hipotéticamente, los antecedentes que propiciaron el surgimiento de la Psicología de la Salud:

- a) Incapacidad de modelos bio-médicos para explicar, adecuadamente, el proceso de salud-enfermedad.
- b) El incremento de enfermedades infecciosas por crónicas, relacionándolo con las influencias de los estilos de vida.
- c) El deseo del incremento de calidad de vida en la prevención de enfermedades.
- d) El incremento del costo del cuidado de la salud y de la investigación de alternativas tradicionales del cuidado de la salud.
- e) Los éxitos de las investigaciones en las ciencias de la conducta, incluyendo la aplicación de teorías del aprendizaje para ver la etiología y conductas de las enfermedades.

## C A P I T U L O      D O S

### E S T R E S

El estrés en el ámbito hospitalario ha sido objeto de múltiples investigaciones en los últimos años del actual siglo, al habersele encontrado una alta conexión con enfermedades físicas que repercuten negativamente en la esfera cognitivo-conductual de los individuos.

En términos conocidos, estrés significa: tensión, alteración, desequilibrio o presión ejercida por nuestras actividades y problemas cotidianos, pero en su conceptualización y valoración sistemática no se ha encontrado un carácter universal, como lo observamos al nombrarlo e identificarlo.

El problema radica básicamente en la alta complejidad de factores interrelacionados con el propio estrés, problema que ha llevado a la medicina, primeramente, y a la psicología, posteriormente, a investigarlo desde diversos enfoques conceptuales y metodológicos. Enfoques que a continuación se muestran.



## MODELOS DE ESTRES

Los estudios pioneros realizados acerca del estrés tuvieron su origen netamente biológico basados en el concepto de Claudio Bernard (1865), quien señaló que: "El organismo es un conjunto de sistemas que reacciona automáticamente a la información biológica", (en Valdéz y Flores, 1985). Diversas investigaciones estudiaron todo lo referente a las reacciones que tienen los organismos, como las de Cannon y Selye, que fueron los más sobresalientes en esta área, aportando las primeras definiciones. Cannon, 1932, definió al estrés como una reacción de alarma vehicular a través de la actividad simpático-adrenal, que perturba el equilibrio interno.

Por su parte, Selye, 1953, dio una definición más completa, al definirlo como: "Un síndrome que tiene cambios dentro del sistema biológico, registrándose respuestas fisiológicas inespecíficas en causa y efecto, pero que sirven para una adaptación de orden pasivo", (en Kenneth, a/d). Selye desarrolló esta definición, cuando observó un grupo de respuestas fisiológicas generalizadas en organismos que fueron expuestos a estímulos nocivos, por ejemplo, gentíos, altas temperaturas o toxinas, llamando a estas respuestas: "Síndrome de adaptación general". Que son todas aquellas actividades neuronales y endocrinas que permiten que el

organismo soporte estímulos fisiológicamente nocivos, que son divididos en tres fases: alarma, resistencia y agotamiento. En la reacción de alarma o período inicial, el organismo presenta una activación inicial de muchas respuestas a consecuencia de la exposición súbita del organismo a los estímulos estresores, período que Cannon reconoce como la huida y la pelea, registrándose:

- a) Incremento en la presión sanguínea,
- b) Alteración en la tasa cardíaca, y
- c) Incremento en la glucosa, esto con el fin de prepararse a combatir o escapar ante la amenaza del enemigo, (conocido como el periodo de alerta).

Secuencialmente, el período de resistencia muestra una secreción de hormonas de la glándula de la adrenalina, la cual funge para proteger al organismo del estímulo nocivo; y, si este último continúa persistiendo, estas hormonas empiezan a deteriorar los sistemas circulatorio y digestivo, adquiriendo su adaptación máxima. Por último, el período de agotamiento es el cual en el que se ha presentado la sobre-estimulación por bastante tiempo, causando la muerte del organismo animal y, en el humano, este tipo de patrón de respuestas sin coordinación acarreará, probablemente, lesiones cardiovasculares, alteraciones renales, hipertensión, úlceras pépticas,

migrañas o infartos.

En general, el modelo médico sostiene que el estrés es como un proceso adaptativo, que cual mecanismo regulador, si actúa exageradamente, posibilitará la aparición de problemas orgánicos en diferentes territorios, de acuerdo a la intensidad y duración de este proceso. Estas conceptualizaciones aportaron notables avances, tanto a los conocimientos de las reacciones fisiológicas desencadenadas por el estrés, como al surgimiento de modelos de explicación. Sin embargo, este modelo únicamente se enfocó a analizar todos los cambios ocurridos a nivel biológico, sin considerar qué originaba esos cambios, ignorando la importancia de la fuente de estimación. Esta negligencia obligó a los investigadores del modelo psicológico conductual a integrar los aspectos psicológicos y conductuales en un nuevo modelo.

### El modelo conductual

Observar cómo la estimulación externa ejerce una fuerte influencia en las respuestas estresantes, fue el motivo de estudio de la postura conductista, la cual se centra en analizar al estrés como un evento ambiental, más que en observar los cambios fisiológicos internos, como lo realizó el modelo médico. Este interés surgió al encontrar una fuerte

relación entre los trastornos biológicos y conductuales en individuos sometidos a demandas ambientales severas, (caso de los soldados de la II Guerra Mundial).

La identificación de cómo el ambiente demandante desequilibra al individuo, física y comportamentalmente, llevó a Holmes y Rahe, 1966, a diseñar en E.U., The Schedule of recent events (S.R.E.), que consistió en una lista de eventos estresantes cotidianos, incluyendo preguntas referentes a muertes, divorcios, casamientos, nacimientos, etc. Además, el S.R.E., fue utilizado para valorar la relación entre el estrés y la enfermedad, buscando en esta herramienta, un carácter de predictibilidad, que nunca fue posible obtener, a pesar de los numerosos seguidores que crearon diversas metodologías similares para obtener resultados positivos, aunque el desarrollo de enfermedades, como cardiopatías, úlceras pépticas, migrañas e hipertensión, se observan en individuos que viven en ambientes circundantes drásticos.

Fracaso que Snyder, 1991, atribuye a la limitación que tiene su postura al encasillarse en el paradigma unicausal E-R operante, en donde se ignora el papel activo del organismo, pero, que pese a esto, siguen intentando explicar el comportamiento alterado únicamente por el factor ambiental, como en el caso del estrés.

Otros investigadores ampliaron su visión acerca de la relación estrés-enfermedad, involucrando el papel del organismo como mediador, quizá se debió a la aportación por Mason (1968 - 1971, en Kenneth s/m), quien encontró, que las influencias psicológicas son el más potente estímulo para efectuar la actividad de la corteza pituitaria-adrenal cortical, presentando datos, en los cuales, se veía que los estresores físicos fallaban al elicitar las respuestas hormonales de adaptación, cuando el estrés emocional, que típicamente acompañaba su administración, era eliminado, también Selye, 1976 - 1981, (en Reynoso s/a), encontró, en estudios posteriores, que el inicio del estrés, que, si bien es cierto, que se debe a una estimulación por eventos físicos, también es cierto que su agudización es causada por un factor emocional.

#### El modelo Transaccional o Cognitivo

El considerar la emocionalidad como un aspecto importante en el estrés, significó el reconocimiento del papel fundamental que desarrolla el individuo en ambientes demandantes que le exigen ciertas habilidades cognitivas, adecuadas para su adaptación y, si no, de lo contrario emergerá un desequilibrio en la emoción del individuo.

Por emoción entendemos un: "sentimiento agradable o desagradable que no tiene tiempos determinados de duración y que influye poderosamente en órganos, cuya función aumenta o disminuye", (Diccionario Médico), que el sujeto fuera interés en el inicio o incremento del estrés, originó la formación de un tercer modelo llamado transaccional o cognitivo, el cual se centró en conocer cuales son los procesos cognitivos con los que cuenta un individuo para analizar y resolver una situación ambiental que le parece aversiva.

Tópico que fue investigado detalladamente por su principal seguidor, Lazarus, a pesar que se tiene como antecedente bibliográfico la participación de Wolff, 1950, que presentó un modelo rudimentario del actual modelo transaccional, en donde se enfatiza a las evaluaciones cognitivas individuales, ante la amenaza y patrones de respuestas fisiológicas adaptativas al estrés, pero pasando por alto las respuestas cognitivo conductuales de Lazarus y cols., 1966, 1976, 1978, (en Kenneth, s/m).

Más tarde, articularon la conceptualización más completa del estrés, centrándose en dos principios de análisis: las evaluaciones cognitivas y lo más transcendental las formas de afrontamiento, explicándose, que la valoración cognitiva: son todas aquellas interpretaciones negativas, en

este caso, extraídas del medio ambiente y por estilos de afrontamiento, todas aquellas respuestas conductuales (motoras, verbales), para combatir el evento ambiental aversivo, siguiendo este secuencial proceso en fracciones de segundo, automáticamente.

El individuo se encuentra dentro de una situación amenazante para él, valorándola inmediatamente como dañina o nociva (evaluación primaria), después el individuo valora sus propios recursos u opciones para adaptarse (valoración secundaria), finalmente, el ejecuta acciones para manejar o controlar el estrés (Afrontamiento). Con esto, este modelo define al estrés como aquel estado que altera el equilibrio fisiológico, afectivo, cognitivo y conductual y, que, por lo tanto, afecta al individuo de una forma integral en sus componentes bio-psico-social.

Hasta aquí, podemos ver, que tanto el modelo biológico como el conductual, fragmentaron el estudio del estrés al atender una área específica. Mientras que el modelo cognitivo fue más completo al considerar la transacción existente entre el individuo y su contexto físico-conductual-social, por lo cual, este modelo será más desarrollado junto con las técnicas de afrontamiento en un capítulo posterior.

### Interacción estrés-enfermedad

Ahora, conociendo que el estrés es un estado que provoca cambios en nuestra esfera integrativa bio-psico-social y que está latente en la vida diaria, por la tensión que provocan la realización de las labores cotidianas. Más aún, para los individuos (patrón conductual tipo A), que tienen un ritmo de vida, que les exige un cúmulo de habilidades para cubrir, satisfactoriamente, todas sus actividades. Nos resta, entonces, conocer que existen diferencias entre el estrés a bajo nivel, que sirve para desarrollar estrategias para adaptarse a las constantes demandas ambientales y, por otra parte, el estrés en alto grado, que es fuerte en su frecuencia, intensidad y duración y agota los recursos cognitivos existentes, dando paso al inicio o desarrollo del estrés como enfermedad, originando alteraciones cardiovasculares, digestivas, respiratorias, cutáneas, urinarias, musculares y genitales, Selye, 1976, (en Reynoso, s/a).

No obstante, Mechanic, 1974, encontró que este tipo de enfermedades se desarrollaban, principalmente, cuando el organismo no cuenta con las estrategias de afrontamiento para adaptarse a los eventos ambientales severos y enfatizando que estas variables deben analizarse cuando se observe el estrés en alto grado. Otros tipos de estudios primogénitos, (Cannon,



1929, Meyer y Lief, 1948, Selye, 1956, en Karoly, 1985), (Holmes y Rahe, 1966, en Kenneth, s/a), que se avocaron a observar la relación estrés-enfermedad, fallaron al no identificar las técnicas de afrontamiento individuales localizadas para Lazarus y cols., que se tratará más adelante.

Por otra parte, tenemos que señalar que en la relación estrés-enfermedad, el estrés puede ser previo a una enfermedad o posterior a una enfermedad, esto es, como causa o como efecto. Arnold y Burchfield, 1979, (en Reynoso, s/a), lo clasifica en el estrés psicológico y en el estrés físico, señalando que el estrés psicológico se inicia por conflictos, pérdidas, frustraciones, etc., (eventos aversivos), que se ha venido tratando a lo largo de este capítulo y, por otro lado, el estrés físico, que se origina a partir de quemaduras, infecciones, lesiones, etc., es decir, como consecuencia de una determinada enfermedad adquirida o congénita. Al cual nos vamos a centrar.

Todos sabemos que la enfermedad nos genera altos niveles de estrés, porque su introducción o llegada por sencilla que parezca, interviene poco o mucho en las actividades rutinarias, por ejemplo, la gripa es una enfermedad que no tan solo viene a trastornar nuestros sentidos y dejarnos

malestares (dolor muscular, fluidos nasales, temperaturas y/o escalofríos), sino que, también interviene en nuestra emocionalidad dejando sensaciones de irritabilidad e incomodidad.

La enfermedad por sí misma altera y predispone a sentir ansiedad por la involucración directa en las actividades, repercutiendo mayormente en la vida cotidiana, si la enfermedad es de mayor gravedad y duración. Ahora, piénsese cuando la enfermedad no puede ser curada o controlada en un despacho médico, y se tiene que ser canalizado a una institución hospitalaria para el manejo de el padecimiento.

Al ingresar al hospital, el individuo está incapacitado físicamente y desajustado psicológicamente al tener que enfrentarse a los cambios de estilos de vida temporal o permanentemente, dependiendo de su estado físico, de las relaciones interpersonales (amigos, familiares y compañeros de empleo), y de su rol social desempeñado en la sociedad, agregase las molestias y dolores físicos del cuidado clínico, Gruen, 1975, (en Stone, 1979).

Así, todo lo concerniente al hospital, como lo son: los ambientes físicos, tratamientos, evaluaciones, cuidados relacionados e intervenciones quirúrgicas, han sido

detectados e investigados por varios investigadores como eventos altamente estresantes y elicitadores de enfermedades colaterales.

Por otra parte, siendo el hospital un lugar que se le asocia con el dolor, sufrimiento y muerte, Philip C. Kendall, s/a, (en Meichebam, a/n), se avocó al estudio de los ambientes físicos del hospital, quien encontró, en sus varios estudios, que los cuartos de cuidados intensivos, recuperación y los quirófanos, fueron las principales zonas de presentación de estrés.

En la sala de cuidados intensivos, los pacientes, después de un tiempo relativamente largo, empezaron a mostrar alteraciones psíquicas como: desorientación de tiempo, personas y lugar, asociados, según diversos autores, a las reacciones de estrés excesivo, conocido, posteriormente, como el síndrome de cuidados intensivos, atribuyéndolo al aislamiento al que se someten a los pacientes. Señalándose un paralelismo entre la experiencia del paciente en una unidad de aislamiento y lo que se sabe sobre las experiencias de derivación sensorial.

Por lo concerniente al cuarto de cirugía o quirófano, es un lugar en el cual se observan una amplia diversidad de

aparatos y materiales desconocidos que desprenden olores extraños y desagradables, que desencadenan temor y tensión por la incertidumbre de pensar en el éxito o fracaso de la cirugía y, por si fuera poco, por poner la vida en manos de un extraño.

El cuarto de recuperación tiene la finalidad de atender y observar las complicaciones o reacciones post-quirúrgicas antes de regresarlos a sus áreas, pero, como la atención es masiva, los pacientes a veces son testigos de las complicaciones o efectos colaterales post-quirúrgicos de la anestesia o de la propia intervención de algunos pacientes que presentan estrés al relacionarse entre ellos.

#### Atención hospitalaria

Con el avance de la tecnología médica, se han implementado procedimientos sofisticados en las evaluaciones, diagnósticos, tratamientos e intervenciones quirúrgicas que auxilian enormemente al equipo de la salud para dar atención de mayor calidad. A pesar de la severidad y agresividad que representan para la psique del individuo enfermo, que al someterse a ciertas exploraciones especializadas en órganos, se transgrede la integridad y privacidad personal, como los cateterismos, sigmoidoscopia, protoscopia o anoscopia,

(Kendall, en Meichebaum).

Para ejemplificar, la anoscopia sirve para examinar la parte inferior del intestino grueso, siendo una exploración penosa e incomoda, requiriéndose que el paciente pegue las rodillas al pecho para que sobresalga el ano, posición que es delicada, por lo que en su duración, se sienten ganas de defecar y sentir vértigos al recuperarse la posición vertical, agregándose la subsecuente tensión al esperar los resultados.

### Tratamientos

Aunque en medicina se sabe que tratamiento es: todo un conjunto de medios farmacológicos (método en el cual se tiene el conocimiento de medicamentos y su acción en el organismo), higiénicos (método que ayuda al conocimiento de la salud y su conservación) y quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de los enfermos.

Es posible observar, que, los tratamientos hospitalarios, curiosamente, se enfocan a todo lo concerniente al tratamiento quirúrgico, olvidándose de un adecuado tratamiento global, que bien llevado ayudará a resultados positivos post-quirúrgicos, fuera o dentro de la atención hospitalaria. Más, no obstante, cierto es, que, lo delicado

de las intervenciones obliga a centrarse en todo lo implicado con ellas, motivo por el cual también los pacientes sienten un gran peso emocional al esperar erradicar con el mal.

Las intervenciones quirúrgicas, consecuentemente, han sido calificadas como los eventos más estresantes durante la hospitalización al tener una alta conexión con el dolor, sufrimiento y la incertidumbre de fracaso y muerte. Hecho por el que diversos autores se dieron a la tarea de analizar las actitudes que tienen los pacientes antes de entrar al quirófano, observando las reacciones de estrés cognitivas y conductuales, observándose que la falta de información es un factor que provoca reacciones de estrés, manifestándose como temor, ansiedad, inseguridad, angustia y hasta reacciones aversivas a los tratamientos y negación a la cirugía.

Con este interés, Volicer y Bohano, (Snyder, 1991), detectaron los sucesos que mayor estrés se provocaron por la falta de información, por medio de una lista de 49 reactivos, previamente localizados, ellos encontraron que:

- a) La partida o pérdida de los sentidos en la cirugía,
- b) La posibilidad de otras enfermedades relacionadas con el mal, y

- c) El desconocimiento de su propia condición física durante su internamiento, alteraba la estabilidad cognitiva de los individuos, previo a la cirugía.

Aunándose a este estudio, otras aportaciones afines fueron destacando la importancia de por qué el paciente presenta temor y falta de cooperación a los tratamientos hospitalarios, notándose, repetidamente, que era la poca o nula información de los procedimientos, Gruen, 1975; Schimitt, Wooldrige, 1973; Vernon, Bigelow, 1974, y Leventhal, 1974, como principal exponente en esta área, (en Prokop y Bradley, 1981).

Por su parte, se preocuparon por probar la efectividad de las preparaciones psicológicas antes de ingresar al quirófano con las técnicas de información procedural y sensitiva. La procedural consistía en explicar, en rasgos generales, la finalidad y el método de la cirugía. La sensitiva consistía en señalarles los síntomas y sensaciones que tendrían después de la cirugía. Los resultados encontrados, en general, mostraron poca relación significativa entre la población preparada a la cirugía.

Keisler, 1966, señaló que el problema radicaba en que se insistía en generalizar o creer en el mito de la uniformi-

dad entre los pacientes, argumentando que no todos los pacientes responden igualmente a la intervención psicológica, dado que, la cantidad y calidad, dependería de su estilo de afrontamiento, variable y término que nos suena familiar por la amplia y vasta investigación proporcionada por Lazarus.

No obstante, los anteriores estudios sirvieron como referencia para otras investigaciones que se enfocaron en analizar los puntos que deben de contemplarse en una entrevista psicológica pre-operatoria, o bien, al ingreso del paciente al hospital con el fin de prevenir, tratar resistencias y manifestaciones estresantes a los tratamientos e intervenciones, recomendándose que las entrevistas deben de contemplar estos puntos:

- a) Historia del paciente.- Obtener información de previas cirugías, incluyendo reacciones a las anestésicos y complicaciones existentes.
- b) Relaciones interpersonales.- Conocer, detalladamente, experiencias quirúrgicas de amigos o familiares cercanos, sobre todo de aquellos que presentaron complicaciones.
- c) Concepto de enfermedad.- Conocer como ven la enfermedad y su relación con su vida.



- d) Información de tiempos y afectos.- Explicar los efectos y tiempos de la recuperación post-operatorios.

Otros puntos, serían informar del funcionamiento y de las normas del cuidado hospitalario, así como la realización de entrevistas evaluativas interhospitalarias, para prevenir y tratar posibles alteraciones cognitivo-conductuales, buscando el decremento del estrés para la ubicación y adaptación al ambiente hospitalario, aunado con la localización de los anteriores estresores hospitalarios, se detectó una inadecuada interacción médico-paciente del tradicional modelo Médico (Braunstein y Toister, 1981), situación donde el médico asume el rol activo y autoritario, tomando el manejo total y absoluto del padecimiento, ignorándose las funciones psicológicas, sociales y culturales, involucradas en la enfermedad (Tumulty, s/a), Braunstein, 1981.

Al conceptualizar al enfermo como un ente biológico (Stone, 1979), se observa la ausencia o decremento de una adherencia terapéutica (seguimiento de instrucciones médicas), por causa de no atender los siguientes puntos: no observar percepciones, actitudes, expresiones y creencias acerca de la enfermedad, no sostener una buena comunicación, no considerar características demográficas de sus pacientes (religión, edad, sexo, economía, raza, escolaridad y estado

civil), no empatizar con la situación emocional del paciente con referencia a sus tratamientos. Esta negligencia médica provoca tanto que el paciente, aparte de estar impedido físicamente, se le debilite psíquicamente, al introducirlo a un ambiente hostil, como pagar caros costos por el incremento de readmisiones en el sector salud, notándose, indudablemente, repercusiones psico-sociales, que otras investigaciones han tratado de solventar, probando la eficacia de una buena interacción médico-paciente.

Como lo que Durband y Stunkard, 1976, (en Domínguez, 1984), al estudiar, minuciosamente, las diferencias entre estas interacciones, concluyeron que se crea una mejor adherencia cuando los clínicos se muestran cálidos, empáticos y se involucran en una conversación social y en intercambios de roles específicos. Además, para que el médico sostenga una buena relación con su paciente y se solidifique una adherencia terapéutica, Ley y Spellman, 1967, Ley, 1977, (en Snyder, 1991), recomiendan que en cada entrevista se deben de seguir estos pasos:

- a) Presentar la información de las acciones recomendadas al principio y al final de la entrevista.
- b) Explicar los tópicos a tratar en orden de importancia.
- c) Dar las indicaciones específicas y concretas.

- d) Usar palabras y oraciones cortas.
- e) Pedir al cliente que repita las instrucciones dadas al final de la entrevista.

Así como también deben agregarse el grado de satisfacción que siente el paciente al ver cumplidas sus expectativas particulares y lo que Prokop, Bradley; Snyder, 1991; Braunstein y Toister; Puente-Silva, coinciden en afirmar que hay que considerar las diferencias culturales, que el médico comúnmente ignora.

Por el contrario, la medicina conductual ha fomentado que los pacientes adquieran un rol activo, buscando que el médico o terapeuta sea un educador-consejero para que satisfaga todas las preguntas y observaciones que tenga el paciente, para que, de esta forma, el paciente se responsabilice de sus padecimientos, porque la naturaleza de una enfermedad adquirida, está determinada por los estilos de vida y hábitos personales del propio enfermo, que el mismo puede resolver por sus esfuerzos por cambiar su patrón conductual en el hogar y su ambiente de trabajo. Con lo anterior, se logra equilibrar la relación de igualdad de roles, no sin dejar el básico papel que tiene el médico de diagnosticar, valorando la condición física del paciente en sus exploraciones y buscar técnicas de tratamientos.

El estrés intenso sobreviene por la falta de adecuación entre las demandas del medio (interno y/o externo), y los recursos del propio organismo (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1984). Sarason, 1980, en Fierro, 1988, resume que los factores que intervienen en el desarrollo de respuestas al estrés son:

- a) Demandas del medio, la naturaleza de la tarea a desarrollar.
- b) Habilidades específicas del organismo para llevar a cabo esa tarea o cumplir con esas demandas.
- c) Características personales generales (fisiológicas, cognitivas y motoras).
- d) Apoyos sociales y ambientales.
- e) Historia de la persona y experiencias anteriores en situaciones de estrés.

Cuando el estrés es excesivo aparecen trastornos fisiológicos, como hipertensión, cefaleas, asma, taquicardias, espasmos, úlceras, insomnio, disfunciones sexuales, etc. El desarrollo de un trastorno es más perdurable y frecuente o duradero

## CAPITULO TRES

### AFRONTAMIENTO

Comprender el comportamiento de adaptación en los humanos ha sido y será un tema de importante interés para los profesionales encargados en conocer más acerca de ello. Fundamentalmente, los estudios se realizan con los individuos que están o estuvieron sometidos a cambios ambientales naturales, como lo son los eventos o circunstancias de la vida inesperados o esperados. Por ejemplo, el matrimonio, la muerte, la paternidad, el desempleo, los desastres fenomenológicos y la enfermedad crónica, que frecuentemente producen diferentes niveles de estrés, permitiendo valorar el desempeño de los individuos ante ellos, punto central del presente capítulo, ya que estos análisis, específicamente en el área clínica, arrojaron información de la diferencia significativa en la ejecución personal para adquirir la adaptación ante eventos estresantes.

Así, con el análisis de estos eventos externos, se observa y se encuentra, que no todos los individuos reaccionan de igual forma o condicionalmente a los eventos

ambientales amenazantes. Con este hallazgo, se pone en tela de juicio la universalidad de la teoría conductual que más tarde (Hull, Mowrer y Tolman, al enfrentarse a esta limitante), incluirían en el paradigma E - R, las variables del organismo en el área del aprendizaje de laboratorio. Pero, sin considerar, las variables del organismo en un tipo dinámico y activo, es decir, excluyendo totalmente el aspecto cognitivo del mismo.

No obstante, Bolles, Bower, Gordon y Neisser estudiarían bajo la misma concepción el pensamiento, la percepción, los procesos motivacionales y la mediación general hasta entonces ignorados en la línea conductual. Más, sin embargo, ciertos teóricos seguían fieles a la teoría Skinneriana y Watsoniana, afirmando que "las cogniciones siguen las mismas leyes que las conductas motoras" (Kazdin, 1983). Así, finalmente, con la aceptación del papel dinámico y activo en la relación ambiental por parte de algunos conductistas ortodoxos, se deriva otra rama teórica nombrada cognitivo-conductual, la cual se dedicó a comprender e investigar como los pensamientos, ilusiones, fantasías, emociones y creencias (conocida también como conducta encubierta), influyen directamente en el comportamiento para ser reconocida, posteriormente, como LA MODIFICACION COGNITIVA o bien TERAPIA COGNITIVA.

Aunque, cabe mencionar, que el aspecto cognitivo relacionado en problemas de salud fue ampliamente trabajado y analizado desde décadas pasadas por el psicoanálisis freudiano; el cual, identificó la dualidad mente-cuerpo en enfermedades, llamadas, posteriormente, como psicósomáticas, que en un principio, se presentó con un gran escepticismo del modelo médico-biológico, como, similarmente, se enfrentaría la psicología cognitiva al tratar de involucrarse en la teoría conductual. Con las innovaciones y el éxito de la modificación cognitiva de la conducta, junto con la identificación del estrés y el papel humanístico en el área clínica. Señalando, que el individuo enfermo no es solo un órgano, el cual debe ser atendido biológicamente, sino que es un ente racional con sentimientos y emociones, que debe ser involucrado y responsabilizado en el manejo y curación de su propio mal. Planteó las condiciones necesarias para el surgimiento de la teoría del afrontamiento.

Generalmente, el término de afrontar en un sentido común indica aceptar y resolver, con nuestros propios medios, una situación difícil que nos incomoda y preocupa, compartiendo en el mismo sentido, los sinónimos de encarar y enfrentar. Con un punto de vista más científico, tenemos que el afrontar, en la teoría psicoanalista, es la elaboración de una serie de pensamientos y acciones realistas y flexibles

para solucionar una situación conflictiva que genera estrés; logrando así, una adecuada adaptación.

El afrontamiento, para el teórico con postura analista, como lo son Menninger, 1975, Hann, 1977 y Vaillant, 1977, significa el estado o la etapa de maduración con mayor probabilidad de adaptación a la realidad. Conceptualización que viene a diferir grandemente de la aproximación de la conducta experimental animal, dado que, basada, primordialmente. en la teoría de Darwin, se enfatiza el carácter de predictibilidad y control ambiental, evitando, escapando o sometiéndose a los agentes nocivos. Con esto, N. E. Miller, 1981, diría que "El afrontamiento consistía en el aprendizaje de conductas que son exitosas para decrementar la activación de peligros o condiciones nocivas", (en Lazarus y Folkman, 1984).

Con las anteriores aproximaciones, se aportó las reconceptualizaciones y la subsecuente construcción hipotética y metodológica de la teoría del afrontamiento, donde esta teoría sería una área de la psicología cognitiva-conductual, que se enfocaría, exclusivamente, a estudiar a los individuos enfermos que padecen enfermedades crónicas y terminales, como el cáncer, el sida, la diabetes, la artritis y la hipertensión, para conocer cómo combaten el estrés que



está presente en este tipo de enfermedades. Con el reconocimiento de la importancia de la cognición en el manejo del estrés relacionado con la incidencia o mejoramiento de las enfermedades.

Posteriormente, se busca analizar, profundamente, qué piensan, qué sienten y qué hacen los enfermos ante cada una de las situaciones demandantes propias de las enfermedades, es decir, qué estrategias de afrontamiento (en términos de esta teoría), utilizan los enfermos para hacerle frente a las demandas ambientales y encontrar, nuevamente, una adaptación integral. Sin calificar si los resultados de las estrategias fueron exitosos o de fracaso. Esta teoría entendería como afrontamiento, todos los mecanismos que tienen los individuos de tipo cognitivo y conductual para enfrentarse a una situación aversiva que le incita a presentar cambios fisiológicos, como son: aumento de presión sanguínea, sudor, temblor, etc.; así como la presentación de miedo y ansiedad, entre otros cambios emocionales.

Ya para 1984, Lazarus y Folkman, tras varios años de estudios, definirían, formalmente, a las estrategias de el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio para manejar demandas internas y/o externas que son evaluadas como impuestas o excedentes a los recursos

de las personas. Con la formulación de este concepto, se avanzaría y se superarían algunas limitaciones de anteriores aproximaciones tradicionales en la conceptualización del afrontamiento.

Lazarus y Folkman, principales exponentes de esta teoría, enfatizarían cuatro limitantes principalmente. En la primera aclararían que el afrontamiento es un proceso cognitivo y no un rasgo de personalidad, que incitan a actuar de determinada forma, dado que las evidencias de varios estudios en el área clínica. Entre ellos, el de Cohen y Lazarus, 1973, al evaluar el afrontamiento como un rasgo o estilo en pacientes candidatos a cirugía, por medio de la realización de entrevistas pre-quirúrgicas. Para saber, cuantos pacientes querían conocer más acerca de la enfermedad y tratamientos, incluyendo las cirugías y cuantos evitaban todo lo concerniente acerca de su enfermedad.

Esto arrojó la información de que, por una parte, se encontraban aquellos pacientes que evitaron todo lo concerniente a su padecimiento en un gran porcentaje, siendo caracterizado por tener poco conocimiento y no querer tenerlo y, por el otro extremo, que fue la minoría, se encontraron los pacientes llamados vigilantes, los cuales buscaban bastante información y se mostraron interesados en escucharla

La medición corrió en base a la escala represión-sensibilización. Lo novedoso de la investigación fue, que con el seguimiento de los pacientes, se observaría y se evaluaría, en otras investigaciones de este género, que el rasgo o estilo de afrontamiento varió de un extremo a otro, según ante la situación amenazante. A lo que Moos y Tsu, 1977, agregarían, más tarde, que efectivamente el afrontamiento varía enormemente y más en los pacientes crónicos y terminales que tienen que manejar aspectos más severos, como son:

- a) El dolor e incapacitación,
- b) El ambiente hospitalario, junto con las demandas del equipo médico, y
- c) Mantener un estado emocional equilibrado para satisfacer las necesidades de cooperación que esperan el equipo médico y sus familiares.

Dichas situaciones requerirán de múltiples tareas y por lo consiguiente de diversas estrategias o formas de afrontamiento que no pueden ser capturadas en una evaluación de rasgo de personalidad, por su característica unidimensional. Por otro lado, el afrontamiento, como todo proceso en general, tiene la característica de tener etapas y cambios. Cuestión que se complica, aún más, por su carácter de subjetividad que nos enfrenta a una fuerte limitante al

tratar de valorarle. Como fue el caso de los estudios de Cohen y Lazarus y otros similares, que se encontraron con una amplia variedad de cambios de actitudes y acciones post-evaluaciones.

Lazarus manifiesta que este error puede decrementar si se tiene especial cuidado en medir que los pensamientos, sentimientos, observaciones, interpretaciones y juicios realizados por los individuos sean en contextos y situaciones demandantes lo más específicas posible. Para vincular, en el momento actual y real, qué piensa, qué siente y qué hace concretamente y no lo que hubiera o lo que haría en esa determinada situación. Considerando, que el individuo constantemente realiza revaloraciones e interpretaciones que cambian, ocasionalmente, del todo el significado del evento, obligándolo a actuar de diferente manera; de ahí sirve para recordar, que el afrontamiento no es influenciado, únicamente, por un rasgo de personalidad.

Ahora con lo concerniente a las etapas contenidas en este proceso, Lazarus señala tres etapas o estados. La primera es la anticipación: que es la espera de un evento dañino no ocurrido aún, en el cual el individuo se cuestiona cómo, cuándo y con cuáles recursos contara para la presentación del posible evento amenazante, que generalmente son de

tres tipos:

- a) Evitan y/o frenan pensamientos acerca de la posible amenaza,
- b) Rechazan los efectos dañinos posibles, o
- c) Se previenen buscando información del evento amenazante.

La segunda es el impacto: que, ocasionalmente, cuando éste no ocurre, deja un fuerte desgaste emocional y cognitivo, pero cuando éste efectivamente se presenta, se evalúa su significancia con las revaloraciones de la situación real. Finalmente, la tercera etapa es el post-impacto: en el cual se analiza como recuperarse de los daños psicológicos y materiales del evento estresante. Este estado resulta muy importante, porque de él se obtiene el aprendizaje para la generalización de situaciones similares que pueden ser combatidas.

En la segunda limitante, se aclara que existe confusión entre las respuestas automáticas y las respuestas de afrontamiento porque, según la explicación de Lazarus y cols., las respuestas automáticas, si bien es cierto que tuvieron la peculiaridad en primera instancia de exigir algún tipo de esfuerzo para alcanzar la adaptación a la demanda ambiental,

como el comer, caminar, correr, etc., también es cierto, que estas conductas pertenecen a un repertorio básico que tienen que contener los seres humanos para alcanzar la sobrevivencia y las necesarias relaciones sociales.

Mientras que las respuestas de afrontamiento son siempre cogniciones y conductas que requieren de un esfuerzo extra para combatir situaciones que son evaluadas como novedosas y nocivas; y, por lo tanto, se tratan de resolver en algunos casos con los recursos disponibles, aunque, cabe señalar, que Lazarus reconoce que existen ciertas conductas en la vida real que pasan del orden del afrontamiento a la automatización, sin ser percibidas como tales, siendo así difíciles de distinguir.

En la tercera limitante, se expone que tanto en el sentido común como en la teoría psicoanalista, el término afrontar es dar solución a una problemática con resultados exitosos. Punto de vista erróneo para la teoría del afrontamiento, que aclara que afrontar: es cualquier conducta emitida únicamente en favor de decrementar o minimizar el estrés sentido, no importando qué tan positivos o negativos son los resultados, en este caso en particular en beneficio de la salud. Recordando que en la elección de la estrategia intervienen por lo menos la valoración del episodio

estresante y lo más importante, la valoración y la habilidad individual para el manejo de éste.

No obstante, si se puede hacer una clara distinción entre los efectos de un tipo de "mal afrontamiento" y de otro tipo de "buen afrontamiento", o bien, lo que Roskies y Lazarus, 1980, han identificado como lo adecuado o inadecuado, o lo que Lazarus, Cohen, Folkman, Kanner y Shaefer, han reconocido como el afrontamiento efectivo o inefectivo. En el tipo de afrontamiento inefectivo han clasificado tres categorías:

- a) La gente que enfrenta su insatisfacción a través de vicios de fumar, drogarse, o beber excesivamente, incrementando la vulnerabilidad a las enfermedades,
- b) El segundo camino es más indirecto e implica el dañarse en el componente fisiológico como el aumento en la presión arterial por el estrés vivido, y
- c) Si se encuentra una relación emocional negativa, la forma de afrontamiento por consiguiente incrementará el riesgo, tanto a una enfermedad física como psico-social, interfiriendo en la conducta de adaptación y afectando la salud en el aspecto integral.

En el segundo tipo de afrontamiento, llamado efectivo,

se encuentran todas aquellas conductas benéficas para la salud, observándose una alta adherencia terapéutica, que los investigadores han estado buscando la relación entre los patrones de afrontamiento y los resultados efectivos. Esto despertó el interés de cuestiones que están aún sin aclararse, como lo son:

- 1) Qué funciones sirven para afrontar y cuáles son las reglas que gobiernan la emergencia y manifestaciones del afrontamiento, y
- 2) Cómo y por qué la gente difiere en los patrones de afrontamiento y cómo estas variaciones se relacionan con los resultados efectivos e inefectivos (en Riskies y Lazarus, 1980).

No obstante, Berger, Freeman y Sack, 1988, argumentan que en la selección y efectividad de las técnicas de afrontamiento ante la enfermedad son influenciadas por dos grandes grupos de factores:

- a) Antecedentes y características personales, como lo son: la edad, inteligencia, cognición, desarrollo emocional, filosofía o ciencias religiosas previas a las experiencias de afrontamiento.



b) Características de la enfermedad física y el ambiente socio-cultural.

Finalmente, la cuarta limitante se encuentra en la postura tradicional conductista-operante que enfatiza el dominio ambiental ejercido por el organismo, factor externo que la teoría del afrontamiento identifica como no siempre sujeto a control, dado que existen situaciones o eventos ambientales inesperados o inevitables, que están, por lo tanto, fuera del alcance humano para intentar prevenirlos o evitarlos, como, por ejemplo, los desastres fenomenológicos o naturales (terremotos, incendios, huracanes, inundaciones, etc.), o simplemente las enfermedades crónicas o terminales. Punto de estudio de esta teoría cognitiva, que por esta razón, se utiliza la palabra manejo para hacer explícito que el individuo, ante un evento dado, sólo podrá ejecutar acciones para minimizar, decrementar o tolerar el efecto del daño experimentado.

Por otro lado, en el área clínica, la teoría del afrontamiento ha distinguido que entre la población afectada las técnicas o estrategias más utilizadas para enfrentar el distres hospitalario, se encuentran dos grandes categorías: una es la de evitación, rechazo o negación: las cuales se presentan con reacciones evasivas y esquivas ante situaciones

concernientes a el padecimiento, ocasionando a nivel general, comportamientos poco cooperativos que atentan contra la salud y las expectativas de médicos y familiares. La otra es la aceptación: esquema cognitivo que se caracteriza por tratar de resolver la problemática amenazante, esto es, como el individuo se cuestiona, ¿qué puedo hacer yo?, contrariamente a lo que sucedería en la técnica de afrontamiento de negación o de rechazo.

De esta manera, él ocupará todas sus habilidades para buscar y analizar la información situacional con el firme propósito de identificar el problema para generar las alternativas de acción. Reflexionando en los deseos, anhelos y resultados de estas mismas acciones, influenciadas por una buena parte de la experiencia, habilidad cognitiva e intelectual y a la capacidad de autocontrol. Estrategia que, indudablemente, favorece a la adherencia terapéutica y los esperados comportamientos cooperativos en favor de la salud.

Es por este motivo, que la teoría del afrontamiento, ha puesto especial interés y cuidado para analizar qué y cómo se utilizan los recursos de esta naturaleza para que sirvan de base de técnicas terapéuticas futuras. Sin excluir, también, su interés por el otro tipo de estrategia, que por su constante presentación, se vuelve la forma más común utili-

zada en los individuos enfermos y por sus implicaciones negativas en el proceso salud-enfermedad, aunque, no sin parar por alto los aspectos positivos y negativos de esta estrategia marcados por la literatura. Rechazar, negar o evitar como una manera de atacar al distress de índole hospitalario ha despertado polémica entre varios teóricos clínicos psicodinámicos. Debido a que, mientras para algunos, esta manera muy particular perjudica a la adaptación ambiental, para otros, ésta la beneficia.

Apoyando este punto de vista se encuentran Lindemann, 1944, Lipowki, 1971, quienes establecen que los individuos que realizan la elección, por este tipo de estrategia, son aquellos que al experimentar una terrible tensión niegan o evitan determinada situación, para resistir el peso amenazante y así sentir una gran tranquilidad. Agregando, además, Lipowki que con esta estrategia se es capaz de construir mecanismos cognitivos positivos para contrarrestar el repudio a esa realidad atacante. Pudiéndose entender, que de esta forma, funge como un soporte para ir paulatinamente, encontrando la readaptación y no enfrentarse de lleno a el impacto, como lo realizan los individuos llamados vigilantes o confrontadores, como lo señalan los estudios de los anteriores investigadores.

Con el punto de vista en contra, se encuentran otros teóricos que enfatizan que el evitar o negar una situación real significa una desorganización, distorsión y una noción equivocada de tal realidad, que tiene como consecuencias, en algunos casos verdaderamente trágicos, la presentación de un fenómeno de falta de cooperación y el no seguimiento o de instrucciones médicas. Lo cual desemboca en que el desarrollo de la enfermedad, tanto crónica como terminal, se agudiza más al no tener una atención profesional y cuando ésta se otorga, ya el padecimiento está tan avanzado, que su tratamiento resulta más doloroso y costoso y en ocasiones de muertes seguras. Es por esto, que con estas discrepancias de criterio en favor y en contra, se señalaría que no se puede calificar a la estrategia de negación como una manera de afrontar buena o mala, porque, analizando, la ineffectividad o efectividad de los resultados dependerá exclusivamente del éxito personal en la mayoría de los casos. Con lo anterior, los estudios se realizarán más profundamente llegando a la conclusión en rasgos generales, que existen condiciones bajo las cuales la técnica de afrontamiento de rechazo o negación, pueden ser o tener resultados favorables a la salud, como lo son:

- 1.- Cuando el distres es evaluado como excesivo, la negación como un proceso es potencialmente facilitador para mejorar el distres y no causar más daño.

2.- Cuando la negación, al ser vista como un proceso, sirve como adaptación, pasando por diversas fases de la situación demandante, no sin evaluar totalmente la seriedad de la enfermedad, cuando ésta lo es realmente.

Finalmente, se concluye que la negación como afrontamiento por ser un proceso delicado y riesgoso, tienen que evaluarse detenidamente las circunstancias bajo las cuales se está dando, buscando siempre el mejoramiento a la atención a la salud. Ahora, por otro lado, cabría ya preguntarse, ¿para qué o cuál es la función de afrontamiento?, y aunque se ha venido tocando implícitamente la respuesta, cabe resaltar que ella varía de acuerdo a cada postura teórica, pero Mechanic engloba las funciones más expuestas en la literatura.

Estas son:

- a) Tratar con demandas sociales y ambientales,
- b) Conocimiento y creación de motivación por este tipo de demandas novedosas y amenazantes, y
- c) Mantener un estado de equilibrio psicológico para obtener energía y habilidad hacia las demandas externas.

### Tipos de intervenciones terapéuticas

La teoría del afrontamiento enfocada con un punto de vista cognitivo, ha identificado por un lado que la percepción, valoración y juicio personal de los enfermos influyen para la elección de la técnica de afrontamiento y, por el otro lado, ha determinado que este tipo de estrategias son de dos tipos, unas dirigidas al interno (emocionalidad) y las otras orientadas al problemas netamente ambiental (Kahn, 1964). Por lo cual, ha decidido manejar el tipo de intervención terapéutica de acuerdo a la cognición específica de cada enfermo para lograr la modificación cognitiva-conductual en favor de la salud. Así Fierro muestra, 1988, una recopilación de ejemplos de esquemas cognitivos, para elegir el tipo de intervención.

- a) Desorganización ante el estrés.- No sabe interpretar la información, ni identifica los estímulos relevantes, ni seleccionar las respuestas adecuadas; se utilizan técnicas de autodiálogo para que el sujeto aprenda y memorice una serie de pasos para cuando el problema se presente y/o técnicas de autocontrol para disminuir la ansiedad, pudiendo centrar la atención en un objeto o lugar y realizando ejercicios de respiración y relajación.

- b) El sujeto no identifica la situación problemática y cuando ésta se presenta el sujeto contesta equivocadamente.- Aquí se le enseña resolución de problemas para que después generalice, analice e identifique la llegada de un problema.
- c) El pensamiento negativista y atemorizante altera el estado afectivo-emocional, desgastando las formas idóneas de afrontamiento.- Aquí fundamentalmente se le enseña la técnica de detención de pensamiento dirigida a cortar de manera automática los pensamientos, entrenándolo a que identifique la aparición de este tipo de pensamientos que en general es un hábito cognitivo negativo.
- d) La existencia de creencias, valores y supuestos inadecuados, con lo que evalúa y organiza su comportamiento.- Será utilizar técnicas de terapia racional emotiva o la reorganización cognitiva para cuestionar, relativizar y modificarlos para hacerlos más flexibles y adaptativos.
- e) La identificación de problemas amenazantes y que no lo son, provocando estrés.- Se utiliza técnicas que permitan modificar el valor de los estímulos o la atención diferencial que se presta a éstos, como inculación del estrés, desensibilización sistemática, la inundación o el modelado encubierto.

46.49

C A P I T U L O      C U A T R O

EL      P A C I E N T E      O S T E O M I E L Í T I C O

Salud, no es solamente la ausencia de enfermedad, como se visualiza en un sentido común, sino es un estado de completo bienestar físico y mental en un contexto ecológico y social para su mantenimiento y desarrollo favorable; interrelacionándose con componentes culturales, económicos y sociales.

La pérdida de la salud puede deberse a factores etiológicos endógenos, en los cuales se clasifican las enfermedades que se adquieren por un orden genético-hereditario, también a factores exógenos, en donde se encuentran todas las enfermedades que, ya sea que se adquirieran por inadecuados patrones o estilos de vida, o bien, por una amplia variedad de accidentes de tipo automovilísticos, caseros, laborales u otros. Registrando una mayor tasa de incidencia, con respecto a las endógenas, pudiéndose observar, claramente, en las enfermedades que dañan a el sistema musculoesquelético, producidas, en un alto porcentaje, por severos traumatismos ambientales, que dejan algún tipo de invalidez temporal o permanente.



Para tener claro que es la invalidez, El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en su más reciente exposición (1990), promulgó que la invalidez se produce cuando una incapacidad interactúa con el ambiente para evitar el funcionamiento en alguna área de la vida. Así, que aquel individuo que sufra una pérdida física y/o psicológica, se le reconocerá, socialmente, como lisiado o minusválido, por estar incapacitado para laborar de forma funcional en cualquier ambiente (hogareño, educativo y laboral), ocasionando serios problemas de marginación.

Fenómeno que ha tomado diferentes matices de gravedad a través del tiempo y, que, por lo cual, las intervenciones, únicamente médicas, en el inicio de un tratamiento asistencial biológico, tomaría otro tipo de carácter, de acuerdo a las características sociales y económicas de la población afectada en el sistema musculoesquelético. Situación que ha variado y mejorado con el correr de las décadas.

A principios del actual siglo, los lisiados por la Revolución Mexicana, recibieron una atención estrictamente biológica en el Hospital de Tlalpan que, posteriormente, para los treinta se mejoraría el servicio, al considerarse aspectos más globales y, que, ya para los años cuarentas, se tornaría con características más profesionales y sistemáticas

en vías de desarrollar planes y programas de rehabilitación.

Por lo que, junto con el incremento de población con alteraciones locomotoras y la presentación de la gran epidemia de poliomielitis de los años cincuenta, se estimularía a la fundación de la Dirección General de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A.).

Este hecho, marcaría los principios de otras fundaciones de instituciones médicas mexicanas, debidas también, a la introducción de los obreros en el campo capitalista de producción, que requerían de atención médica y amparo de la ley federal, cuando existían accidentes de trabajo. Estas instituciones son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Hospital Militar, para la protección y apoyo económico de los individuos lisiados. Centros en los que, con el aumento demográfico de la población mexicana, se incrementarían los individuos con necesidades de atención médica en especialidades locomotoras y ortopédicas. Saturándose los servicios públicos del IMSS, ISSSTE y, en especial, las dependencias de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por ser las instituciones que atienden a la población de bajos

recursos y que no son derechohabientes de las otras instituciones ya mencionadas.

Situación que se venía contemplando, porque estadísticamente, el IMSS informó que el 7% de la población nacional, según los expertos, sufren de algún tipo o grado de invalidez. Además, se estiman que serán unos 600 millones de inválidos para el año 2000, de no tomarse las medidas preventivas. Por lo que, en Octubre de 1981, designado el año internacional de los impedidos, la O.I.T. señaló diversos objetivos. Dentro de los cuales se enlistan, fundamentalmente, el reforzar y continuar auxiliando a los impedidos a su readaptación física, social, económica, psicológica, para reintegrarlos, de la mejor manera posible, a los medios de producción socio-económica. Meta que, entre otras, se ha venido desarrollando desde décadas pasadas en diversas instituciones.

El Instituto Nacional de Ortopedia (I.N.O), perteneciente a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A.), ha sido una de las instituciones que han realizado un importante rol social, desde 1978, en el Distrito Federal, con el firme propósito de otorgar una alta atención de calidad en las especialidades de Ortopedia y Traumatología y rehabilitación musculoesquelética, la cual ha asegurado la

asistencia médica para toda aquella población adulta e infantil que padece, por citar algunas: malformaciones congénitas, parálisis cerebrales, lesiones traumáticas, artritis, infecciones óseas y, en general, todas la enfermedades degenerativas del sistema neuromusculoesquelético, y que no son derechohabientes del IMSS y del ISSSTE.

Contando en la Dirección General con el Doctor Luis G. Ibarra Ibarra y en la Subdirección de Investigación y Enseñanza con el Doctor Braulio Hernández, además de, hasta hace poco tiempo, de la presencia del Doctor Cirujano e Investigador Fernando Colchero Rozas.

Con referencia a los servicios, el I.N.O., ofrece los de: quirófano, central de equipos, sala de recuperación, terapia intensiva, inhaloterapia y consulta externa. Asimismo, en rehabilitación, se encuentran: terapia física, medicina física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, electromiografía y psicología.

Por otra parte, la alta incidencia y prevalencia de las lesiones de este tipo en el sistema musculoesquelético, causan grandes pérdidas económicas a nuestros países subdesarrollados. Causa por la que el I.N.O. también fue creado para la prevención y la búsqueda de nuevas técnicas, a través del

Departamento de Investigación, para combatir la evolución y presentación de dichas lesiones. Utilizándose laboratorios de: investigación de fisiología neuromuscular, genética, anatomía patológica y bioquímica, que abren paso a diversas publicaciones nacionales e internacionales; cumpliendo de esta manera, paralela y eficazmente, actividades de asistencia e investigación.

Asistencialmente, la población afectada en el aparato locomotor ha sido tratada desde antaño por el médico ortopédico, quien es el encargado de corregir, investigar y prevenir, las deformidades del aparato locomotor de tipo congénito o adquirido, con técnicas que van desde intervenciones quirúrgicas hasta métodos tradicionales (medicamentos y ejercicios). Sin excluir a los médicos de rehabilitación y terapeutas que realizan el tratamiento, frecuentemente terminal, para la incorporación a la vida social y sus funciones cotidianas.

Desgraciadamente, esta meta no se logra del todo porque, aunque existen epidemiólogos, sociólogos, trabajadores sociales y psicólogos, como parte del equipo profesional para la atención del minusválido, el trabajo de cada uno se realiza de manera individual, desatendiendo el aspecto integral del individuo. Todo esto, a pesar de los esfuerzos y

proyectos del sector salud para atender las necesidades psico-social y culturales de los discapacitados.

Una de las causas por las que, posiblemente, no se concreticen los proyectos de atención interdisciplinaria, es porque se requieren de múltiples estudios (exploratorios, transversales, longitudinales, proyectivos, etc.), que valoren exactamente el grado y las áreas de afectación que se desencadenan por la enfermedad. Investigaciones que generan fuertes gastos económicos y recursos profesionales, que las instituciones médicas no están dispuestas a solventar, dado que se atiende, primordialmente, la gravedad de la enfermedad, cubriendo la necesidad urgente de frenar el avance de la patología.

Ahora que, si por otro lado, consideramos que un alto porcentaje de las enfermedades ortopédicas son progresivas y degenerativas, nos daremos cuenta que las intervenciones se estarán realizando con un tiempo indeterminado en el área biológica y, que, consecuentemente, se abandonarán aspectos psicológicos y sociales, que tienen la misma importancia que el propio aspecto asistido, porque, cabe recordar, que el individuo no es un ente meramente orgánico, y que al tratarse como tal, se omiten otros componentes que no permiten observar, claramente, el problema o fenómeno (enfermedad), y

esto producirá, a la larga, más gastos económicos.

Para apoyar y explicar este argumento, se tomará el caso específico de la población con osteomielitis o conocida, mayormente, como los enfermos con infección ósea en el I.N.O., los cuales, al igual que muchos enfermos crónicos, presentan una problemática psicológica-conductual con su enfermedad; sólo con la diferencia, que la inquietud de parte del profesional médico, otorgó la posibilidad de estudiarla desde el mismo punto de vista psicológico. Cuestión que irá desarrollando más adelante.

Por otro lado, algunos médicos, conscientes de lo que representa la cronicidad en la vida de los individuos, han argumentado que la calidad de vida debería de ser el objetivo primario en el cuidado de la salud referente al tratamiento individual de pacientes con enfermedades crónicas. A pesar de que las metas de los cuidados médicos son de reducir las tasas de mortalidad, decrementar el dolor y minimizar los defectos de secuelas de las enfermedades.

La infección ósea, o según los de habla inglesa "la osteomielitis", es una enfermedad de orden crónico, que, en un considerable porcentaje, es sufrido, mayormente, por hombres que por mujeres, tanto de una etiología no

traumática, que penetra por vía hematológica en un bajo porcentaje, como de origen traumático, que penetra por vía directa, como lo son los accidentes laborales, caseros, automovilísticos y por armas en un elevado índice, ocasionando los padecimientos de fractura-seudoartrosis infectadas diafisarias, fracturas seudoartrosis y artrodesis infectadas metaepifisarias, osteitis en hueso integro, osteomielitis hematológica, prótesis infectadas e infecciones articulares que, comúnmente, se ubican en tibia y/o fémur, entre la población osteomielítica.

Por otra parte, la carencia de un tratamiento global, 100% efectivo medicamente a nivel mundial, convierte a la osteomielitis en una enfermedad que es difícil de controlar en su evolución patológica y en sus recidivas, tocándose la imposibilidad de la curación total, la consecuente pérdida o amputación del miembro afectado y la inconsciencia de la aplicación de tratamientos médicos insistemáticos y erróneos.

Hechos, que lejos de ser beneficiosos, alteran, complican y dejan daños irreversibles en el aparato locomotor para su subsecuente atención clínica. La búsqueda de técnicas alternativas para la curación de las infecciones óseas o huesos y el interés del Cirujano Ortopédico Colchero R., lo llevaron a investigar, documental y prácticamente en



instituciones mexicanas, métodos quirúrgicos y procedurales para minimizar tiempos en la erradicación de la sepsis o infección.

Tras esta amplia investigación, el Doctor Colchero diseñó el método llamado de escarificación. Método que consiste en: eliminar, por medio de una acción mecánica, delgadas capas de hueso y en los tejidos blandos, para vascularizar y obtener el sangrado en la región en donde existe la zona necrótica. Partiendo de su hipótesis, de que, para erradicar la sepsis, es necesario, únicamente, vascularizar todos los tejidos del foco infeccioso, porque de esta manera se eliminaba la necrosis, parámetro fundamental de la infección del hueso, y, con ello, los gérmenes con la ayuda de las defensas inmunológicas del organismo presentes en tejidos vasculares (Colchero, 1991).

El doctor, desde 1970 hasta la fecha actual, ha estado aplicando y perfeccionando el método de escarificación en las diferentes instituciones de salud donde ha laborado, consiguiendo, en un 90%, erradicar las infecciones en menos tiempo y logrando ahorrar gastos institucionales. El método de escarificación ha sido aplicado, principalmente, en servicios independientes y profesionales del Hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas (HOMS) del Seguro Social y

en el I.N.O. de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Obteniendo mejores éxitos que los tratamientos tradicionales de atacar la sepsis con antibióticos, dado que la escarificación cuenta con ciertas características que le hacen eficaz: por ser repetitivo, de corta duración y ser sangrante, que es lo que busca el Cirujano para encontrar la granulación.

Dentro de ortopedia y traumatología óseas, las complicaciones más graves son: la infección y la pseudoartrosis, por su alta incidencia y por la dificultad de su tratamiento (Colchero, 1991). Considerando esto, actualmente, en el I.N.O., el manejo del padecimiento de infecciones es realizado por el Doctor Colchero y el equipo médico, que en rasgos generales se realiza de la siguiente manera: la primera atención, otorgada al paciente después de ser hospitalizado, es la implementación de una cirugía de desbridamiento, que consiste en explorar y retirar todos los focos de sepsis de forma profunda y minuciosa en los tejidos blandos y en el hueso del miembro afectado. Después de tres días de reposo, se inicia en el pabellón, diariamente, el tratamiento de escarificación, o cada tercer día, dependiendo de la gravedad de éste, con el fin de retirar la necrosis de las áreas afectadas. Si al hacer estas curaciones, resulta doloroso, se pondrá a la herida infectada la lidocaína en aerosol para anestésicar la herida localmente. Si la infección

persiste, se realizarán los desbridamientos y escarificaciones necesarias de acuerdo tanto al criterio del cirujano como a los parámetros siguientes:

- a) La antigüedad de la sepsis,
- b) La invasión de la sepsis en los tejidos blandos y el propio hueso, y
- c) La complicación con otro tipo de padecimientos (fracturas de huesos, acortamientos, pseudoartrosis, luxaciones, etc.), que ameritan el manejo de otros tipos de tratamientos extras, para la corrección de los huesos mal consolidados, la unión de huesos fracturados con clavos tipo Colchero, diseñados por él mismo.

Finalmente, el plan de alta se dará cuando, principalmente, la sepsis esté erradicada y se haya concluido con el tratamiento médico global. El paciente con osteomielitis puede ser clasificado en dos grandes grupos:

- a) El grupo del lisiado tipo temporal y, dependiendo de la gravedad, sino hasta permanente.
- b) El grupo de enfermos con lesiones crónicas-degenerativas.

El arduo trabajo de la medicina conductual, en lo que

respecta a las enfermedades crónicas, nos informa que desde el conocimiento del diagnóstico, el carácter de incurable, la pérdida gradual de las funciones biológicas, el ambiente hospitalario severo, como lo es:

- a) Los frecuentes ingresos y largos períodos hospitalarios,
- b) Las múltiples exploraciones, tratamientos e intervenciones quirúrgicas, y
- c) La alta ingesta de medicamentos para controlar la evolución y el dolor de la enfermedad e incluso la falta de una adecuada adherencia terapéutica.

Los cuales ocasionan fuertes desajustes psicológicos al encontrarse todos los eventos anteriores relacionados con altos índices de estrés, al no ser atendidas profesionalmente. Es como el estrés en un elevado grado (distres) en la adaptación psicológica que, frecuentemente, se manifiesta en patrones conductuales de difícil manejo para el equipo dedicado a la asistencia clínica de la enfermedad que, aunque con la observación de una amplia variedad de conductas alteradas en su práctica, sólo se interesa, mayormente, por aquellas que se presentan como resistencias, negaciones y escasa o falta de cooperación al inicio o seguimiento de los tratamientos, particularmente en la hospitalización.

Apoyo que se manifiesta por Pilowby, 1990, (en Bauer, et. al.), al señalar que el enfermo tiene tanto el derecho de no continuar con sus labores sociales, como tiene la obligación de obedecer y cooperar con su médico para su curación. Con tal supuesto, aquel individuo que reacciona negativamente a lo tratamientos, es denotado como un paciente rebelde, problemático o desobediente, al no mantener un estado de tranquilidad y pasividad.

Por otro lado, cabe señalar que en las expectativas que tienen los médicos de cooperación de parte de sus pacientes, no han valorado, por lo que concierne al caso específico del infectado óseo, que la adquisición de una minusvalía locomotora en un alto porcentaje, se originó una traumatología, ya que, en la mayoría de los casos, se manifiestan crisis, estrés post-traumático o colapsos nerviosos, posteriores a accidentes de diversa clase etiología exógena. Esto, aunado con la atención clínica especializada (de acuerdo a la cronicidad), propiciarían, en la mayoría de los casos, conductas conflictivas a corto o largo plazo, que interferirán directa o indirectamente en algún momento con los tratamientos.

No obstante, no se puede negar la gran importancia que representan las conductas cooperativas en determinadas

intervenciones médicas, que requieren de un alto porcentaje de participación activa de los pacientes para el control o la rehabilitación de la salud. Como son las lesiones en el aparato locomotor, en que se trabaja arduamente en la capacitación de ejercicios terapéuticos para alcanzar una eficaz readaptación musculoesquelética. Pero, tampoco se puede negar, que el desequilibrio bio-psico-social por el apareamiento súbito de una enfermedad crónica (osteomielítica), en etapas de crecimiento y reproducción, no impedirá una adecuada disposición a cooperar, exigiéndose a los pacientes un equilibrio emocional. Por lo tanto, este tipo de población necesitará de ayuda profesional para evaluar el daño psicológico adquirido a partir de la enfermedad contraída.

La medicina conductual con su experiencia e investigación en la aplicación de técnicas cognitivas en las enfermedades crónicas y terminales, facilitó para que se originara, dentro de el enfoque conductual-cognitivo, el modelo transaccional. Modelo que se ocuparía de investigar las valoraciones, interpretaciones y acciones que realiza el enfermo para encarar el evento estresante, (recuérdese las técnicas de afrontamiento desarrolladas en el capítulo tres).

Es, por lo cual, que por medio de el modelo transaccional de Lazarus, se fundamentará que el estudio del paciente

infectado óseo requiere de un adecuado análisis de los inadecuados estilos de afrontamiento. Estilos que se observan entre la población osteomielítica, como conductas de agresión, depresión y consecuentes reacciones de falta de cooperación a los tratamientos e intervenciones clínicas. Partiendo del supuesto de que las particulares formas de afrontamiento, dependerán de la adaptación ambiental, evaluadas por las conductas positivas, emitidas hacia el manejo de la enfermedad, para el autocuidado de la salud física y psicológica y las conductas negativas o de rechazo, se evaluarán como las reacciones que ataquen la salud, como lo es la falta de cooperación. De esta manera, se partirá para realizar la siguiente investigación, con la población osteomielítica, que pretenderá, de alguna forma, dar a conocer como influyen el aspecto psico-cognitivo en el proceso salud-enfermedad.

## C A P I T U L O      C I N C O

### DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Instituto Nacional de Ortopedia (I.N.O.), se mostró interés por parte de el Jefe de Investigación y Enseñanza, Doctor Fernando Colchero Rozas, por saber la razón psicológica debido a la cual un porcentaje de pacientes con osteomielitis en alguna extremidad inferior, ya mejorada, se negaban a apoyar y caminar con la misma cuando finalizaba su tratamiento ortopédico-hospitalario ya que se encontraban en el estado óptimo para realizarlo y así completar su rehabilitación musculoesquelética satisfactoriamente.

La repercusión de este fenómeno en la recuperación de la salud, planteó la necesidad de realizar un estudio exploratorio en la primera parte y un estudio de encuesta descriptiva en la segunda parte, en el pabellón cuatro del I.N.O., con todos los enfermos que ingresaron al servicio de infecciones óseas.



En la primera parte, el estudio exploratorio tuvo como objetivo el identificar en las condiciones hospitalarias a los sujetos y factores que provocaban la actitud problemática.

En el desarrollo de esta investigación se entrevistaron, observaron y analizaron veintiocho pacientes internados que, en general, reunieron las siguientes características demográficas, médicas y psicológicas:

#### Demográficas

- a) Nivel socio-económico bajo.
- b) Procedentes de provincia.
- c) Desempleados.
- d) Bajo nivel escolar.
- e) Ambos sexos.
- f) Adolescentes y adultos.
- g) Carentes del servicio del IMSS e ISSSTE.

#### Médicas

Antecedentes:

- a) El 100% de la población sufrieron una lesión traumática

previa.

- b) Fracturas e infecciones en tibia y/o fémur.
- c) Presencia de diabetes, tabaquismos o alcoholismo.
- d) Diagnósticos de osteomielitis, osteítis o pseudoartrosis añejas.
- e) Atención médica sin éxito en otras instituciones de beneficencia.
- f) Intensos dolores crónicos, dependiendo de la evolución y tipo de padecimiento.
- g) Alta ingesta de medicamento.

Manejo institucional:

- a) Periódicos y largos tiempos de hospitalización.
- b) Múltiples tratamientos y cirugías.
- c) Constantes visitas e interacciones con el equipo médico.

#### Psicológicas

- a) Falta de cooperación a los tratamientos.
- b) Reacciones de depresión, ansiedad, frustración y agresión.

## M E T O D O L O G I A

**Objetivo General:** Detectar la influencia de los componentes ambiental y físico en la presentación de conductas, como estilos de afrontamiento, que generan falta de cooperación.

**Objetivos específicos:**

### PRIMERA FASE (EXPLORACION).

- 1.0. Identificar a los pacientes hospitalizados que presentan conductas rebeldes y especialmente relacionadas con la escas o falta de cooperación al régimen médico, por medio de las técnicas de observación-registro, entrevistas y revisión de expedientes.
- 1.1. Determinar que factores internos y/o externos del ambiente hospitalario influyen para la formación de determinados estilos de afrontamiento, utilizando las técnicas de observación-registro, entrevistas y revisión de expedientes.

- 1.2. Determinar como los estilos de afrontamiento influyen en la presentación de la conducta problema por medio de las técnicas ya mencionadas.
- 1.3. Diseñar, elaborar y seleccionar cuestionarios, entrevistas y pruebas psicológicas para la medición de las conductas rebeldes o problemáticas.

#### SEGUNDA FASE (ENCUESTA DESCRIPTIVA)

- 2.0 Evaluar a toda la población y los factores previamente detectados en la fase 1 con la aplicación de pruebas psicométricas, la observación-registro, la realización de entrevistas y la revisión de expedientes.
  - 2.1. Analizar los resultados obtenidos de las evaluaciones e información para formular las discusiones y conclusiones de la investigación.
- V.I. Falta o escasa cooperación.
- V.D. Estilos de afrontamiento.

## HIPOTESIS

- Si el manejo institucional es severo, entonces se presentarán conductas de falta de cooperación.
- Si el estado físico es delicado, entonces se presentarán conductas de baja o escasa cooperación.
- Si existen conductas de ansiedad, depresión, agresión u otras, entonces se presentará la conducta problema (falta de cooperación).

## FACTOR EXTERNO

- Componente ambiental -

Manejo institucional

- a) Número y tipo de cirugías y tratamientos aproximados realizados en este servicio.
- b) Relación equipo médico-paciente (terapistas), cirujanos y enfermeras).
- c) Tiempo de hospitalización.

- Componente biológico -

Condición física

- a) Presentación de otras enfermedades.
- b) Inicio y evolución del padecimiento.
- c) Magnitud de lesión (leve, moderada y profunda).

FACTOR INTERNO

- Componente psicológico -

Conductas

- a) Agresión, depresión y ansiedad.

Cognitivo

- b) Formas o estilos perceptivos del padecimiento y su manejo clínico.

Método

## Población:

28 pacientes con osteomielitis adultos de ambos sexos hospitalizados en el pabellón de infecciones óseas.

## Espacio:

Pabellón de infecciones óseas del Instituto Nacional de Ortopedia (I.N.O.), de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A).

## Tiempo:

7 meses.

## Recursos materiales:

- Prueba psico-motriz y emocional Bender.  
(Consta de 9 tarjetas con figuras geométricas).
- Prueba de personalidad Figura Humana (F.H.) de Machover.
- Prueba proyectiva de House, Tree and Person (H.T.P.).
- Prueba proyectiva del dibujo libre.

- Artículos de papelería en general (lápiz, hojas blancas, plumas, colores, etc.).

Tipo de diseño:

Encuesta descriptiva por ser observacional descriptivo, proyectivo y transversal.

Recursos humanos:

Médicos, cirujanos, terapeutas, enfermeras y pasante de psicología.

Consideraciones éticas:

- Informar al paciente que su participación dentro de la investigación tendrá su carácter confidencial y de ningún tipo de intervención en su vida privada.
- Informar al paciente de sus derechos de decidir participar y continuar en el estudio.
- Informar al paciente de que el riesgo es mínimo, dado que su carácter es únicamente de información y exploración y más no de experimentación.

Definición de la variable dependiente. Las técnicas de



afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son valoradas como impuestas o excedentes a los recursos de las personas (Lazarus y Folkman, 1984, p. 141).

#### PROCEDIMIENTO

La investigación se realizó con todos los 28 pacientes que se hospitalizaron y capturaron en un periodo de 7 meses en el horario matutino, por tener mayor actividad clínica que el resto del día, y convenir a los objetivos de la investigación.

El estudio se inició con una primera fase que duró, aproximadamente, tres meses, en la cual se registró y observó entre los pacientes hospitalizados y los que ingresaron, la presentación de conductas resistentes o escasa cooperación a alguna clase de intervención médica en situaciones específicas de curaciones, la administración de medicamentos, ejercicios físicos terapéuticos y en condiciones pre-postquirúrgicas, auxiliándose con la realización de entrevistas y apuntes de comentarios del equipo médico y la población de enfermeras.

Así como también, se revisaron los estudios socio-económicos de trabajo social y las notas de enfermería, rehabilitación y de cirugía en los pacientes clínicos para, igualmente, anotar los reportes de reacciones negativas del paciente durante su estancia hospitalaria, con la finalidad de ubicar y evaluar, posteriormente, en la segunda fase, los factores/componentes y sujetos que propiciaban la conducta problema, así como la selección y el diseño de los instrumentos apropiados para su medición.

En la segunda fase, que tuvo una duración de cuatro meses, aproximadamente, se formó el grupo No. 1, llamado el de detección, por encontrarse los tratamientos con mayor complejidad, rudeza y duración, ya que los pacientes permanecieron hospitalizados de cuatro a siete meses, con egresos esporádicos y breves por la gravedad de su enfermedad, en riesgo de amputación. Notándose, consecuentemente, estados emocionales disturbios y conductas aversivas hacia el régimen médico o clínico.

El grupo No. 2, llamado el de control, se ubicaron aquellos pacientes que tenían un tratamiento más sencillo y de corta duración, por lo que egresaban prontamente y su revisión periódica se les otorgaba en consulta externa, lugar donde se les realizaba el seguimiento mientras reingresaban,

posiblemente a la continuación de su tratamiento quirúrgico y mostraban mayor adaptación aparente a los tratamientos.

En ambos grupos se evaluaron los componentes bio-psico-ambiental, detectados en la fase 1 (detallados más adelante), como posibles influyentes de la conducta problema o reacciones negativas; con las mismas técnicas de observación-registro en situaciones específicas, entrevistas, revisión de expedientes.

Sólo que con la diferencia de que al adquirir un carácter evaluatorio se harían más específicas para la medición de la conducta objetivo y otras conductas observadas y se agregaría la selección y la aplicación de cuestionarios, entrevistas y pruebas psicométricas de personalidad, proyectivas y de emocionalidad (F.H., T.A.T., Dibujo libre, H.T.P. y Bender).

Con la finalidad de analizar, finalmente, la relación de los componentes y los estados emocionales y conductuales rebeldes como mecanismos cognitivos afrontadores de los eventos estresantes de la enfermedad.

Los componentes evaluados, como ya se mencionó, fueron el ambiental, el biológico y el psicológico, especificados en

las páginas 90 Y 91, delimitados como factor externo e interno.

## RESULTADOS

La población total de 28 enfermos divididos en un grupo de 13 pacientes con mayor tiempo de cronicidad séptica ósea (No. 1) y otro grupo de 15 pacientes con menor tiempo de cronicidad séptica ósea (No. 2); obtuvieron resultados significativos en el factor externo e interno, en cada uno de los componentes (psicológico y ambiental), para la comprensión de la utilización de las estrategias de afrontamiento del paciente, no obstante el componente psicológico se le ubicó como el componente de interés fundamental para el análisis del afrontamiento.

Para iniciar en el componente ambiental, se valoró por medio de la consulta de expedientes, la observación de las visitas médicas y el registro de tratamientos clínicos, el manejo institucional, encontrándose que el departamento de infecciones óseas asiste a una población con una amplia diversidad de problemas esqueléticos, de entre los que se encuentran: dismetrias, luxaciones, fracturas y contracturas

por determinadas enfermedades, que tienen en común la presentación de algún tipo de infección ósea que en alto porcentaje se originó por un traumatismo accidental (automovilístico, laboral, casero u otro), consultar las tablas 1 y 2; esto les ocasionó dicha infección a corto, mediano o largo plazo.

La asistencia médica se realiza por la aplicación de dos tipos de tratamientos originales de su autor Colchero, que tienen la prioridad ante cualquier otro tratamiento de tipo ortopédico que tenga la finalidad de corregir deformidades corporales para mejorar los malestares físicos y funcionales, ocasionados por X enfermedad, la razón es porque estos tratamientos tienen la finalidad de evitar que se siga propagando la infección en tejidos blandos sanos.

La escarificación es uno de estos métodos que se realizan rutinariamente y de corta duración como tratamiento de curación en el pabellón, el otro es el llamado desbridamiento de técnica quirúrgica más compleja y de larga duración en las salas de cirugías (ver capítulo 4).

La cantidad de ambos tratamientos depende del tiempo en que se logre erradicar la sepsis y que ésta a su vez también depende del tiempo de cronicidad de la misma; observándose

que infecciones añejas eran muy difíciles de combatir como en el grupo 1, en donde se sacrificó a un paciente hasta 7 meses de hospitalización, por la cronicidad de su sepsis sostenida desde hacia 16 años. Como este paciente, se encontraban 12 casos más, que le seguían de un tiempo de cronicidad de 12 años a un mínimo de 3 años; cabe mencionar que este grupo recibía, aproximadamente, un mínimo de 4 escarificaciones semanalmente y 3 cirugías de desbridamiento por mes. Ahora, considerando que el período de hospitalización varió de 3 a 7 meses, se puede calcular la cantidad de cirugías y curaciones realizadas. Pese a lo anterior, el paciente que había superado la sepsis (independientemente del grupo a que perteneciera), pasaba a otro tipo de tratamiento para corregir su deformación física particular, agregándose, por lo tanto, un número extra de intervenciones. Este tipo de tratamiento, específicamente en el grupo 1, era, frecuentemente, la implementación de un clavo tipo Colchero, dado que existía la necesidad; con esto, dentro del grupo 1, se da por terminado el tratamiento dentro del período de hospitalización, aunque después de este período se realizan revisiones y consultas externas por un tiempo indeterminado, obedeciendo a su cronicidad.

Por otro lado, se encontraron diferencias en la asistencia médica entre ambos grupos, atribuyéndose a lo

siguiente:

- a) La erradicación pronta de la sepsis y el lento avance patológico de las disfunciones ortopédicas, permitían que las intervenciones futuras se programaran en distintos períodos cortos de hospitalización en el grupo No. 2.
- b) La inadecuada atención médica de otras instituciones aumentaron la propagación de la sepsis en otros puntos de la área sana, produciéndose más complicaciones con la enfermedad ortopédica en el grupo No. 1, haciéndose el tratamiento actual, más severo y doloroso.

Dentro del mismo componente ambiental, se valoró, también, la interacción equipo-médico-paciente, donde se mostró que existía el trato tradicional del modelo bio-médico, en el cual, los profesionales se enfocan a la asistencia biológica, sin tomar en consideración aspectos psico-culturales para una adecuada atención integral (ver capítulo 1), observándose a los pacientes limitados en la expresión de dudas, temores y expectativas, con respecto a todo lo relacionado con su enfermedad, entorpeciendo así, la formación adecuada de una adherencia terapéutica, por lo cual se exploró más la relación del médico-cirujano por medio de un cuestionario especialmente diseñado (ver cuestionario

de adherencia terapéutica en anexos).

Los resultados del cuestionario revelaron que, efectivamente, existía una escasa información de todo lo relacionado a el manejo clínico de la enfermedad, así como una relación autoritaria y poco afectiva desde el establecimiento inicial de la interacción médico-paciente en la consulta externa. Esto, posteriormente, mostraría como la ausencia de una buena adherencia terapéutica influiría, junto con la condición o estado físico del individuo, a el desarrollo de estrategias inefectivas de afrontamiento.

La condición física, como ya se mencionó anteriormente, viene a afectar los adecuados patrones de afrontamiento, esto porque si existe la presencia de otras enfermedades, la condición es más invalidante, será más difícil confrontar eventos ambientales para lograr adaptación. Este fue el caso de los individuos del grupo 1, que los datos extraídos de los expedientes revelaron que una parte del mismo, tenían el problema de alcoholismo, la diabetes y la hipertensión que, sin embargo, entrevistas psicológicas posteriores mostrarían que casi en su totalidad la población de este grupo mantuvo una alta ingesta de bebidas embriagantes (11 casos), (ver la tabla 1 en anexos). Contrariamente, en el grupo 2, existió un bajo nivel de aparición de otras enfermedades no relacionadas



con la enfermedad esquelética. Así se notó que este grupo tuvo un mejor restablecimiento de la salud, debido, principalmente, a la condición física y también a el menor número de años (ver tabla 2 en anexos).

Pasemos ahora, a conocer los datos obtenidos en el factor interno, valorados en el componente psicológico.

Las conductas cognitivas y motoras de afrontamiento, tanto positivas (favorables), como negativas (perjudiciales), para la valoración del comportamiento cooperativo e incooperativo, fueron divididas de la manera siguiente: como conductas inadecuadas o negativas para la cooperación, se determinaron la depresión, angustia-ansiedad (distres), agresión y frustración y, como adecuadas o positivas para la cooperación, se determinaron todos los comportamientos en favor de la aceptación de los tratamientos médicos (detallados más adelante).

Los comportamientos negativos tuvieron un nivel de presentación más alto con respecto a los positivos en el período de hospitalización, con las técnicas de observación-registro y entrevistas, se pudo encontrar que entre ellos el comportamiento depresivo fue el más predominante, porque, en total de la población de 28 enfermos, todos pasaron fuertes

momentos o crisis de depresión, sobre todo de manera más aguda en cuatro varones en edad productiva y reproductiva del grupo 1. Mostrándose por repertorios conductuales específicos de falta de apetito, escaso interés en las relaciones interpersonales, exceso de sueño, debilidad y fatiga corporal, elaboración de procesos cognitivos pesimistas erróneos, expresados por comentarios de inseguridad y desvaloración personal, apareciendo con frecuencia durante los períodos de inactividad médica, en que se pueden desarrollar conductas cognitivas sin la interrupción o distracción de agentes o eventos externos.

El incremento y mantenimiento de la depresión, se debió, principalmente, a la cronicidad de la sepsis y sus efectos colaterales sostenidos; como por ejemplo: la erradicación de la sepsis es impredecible y es, por lo tanto, que aunque existan ciertas evidencias aparentes que reafirmen el control de la misma, no se deben de realizar juicios falsos que lleven, posteriormente, a la desesperanza al enfrentarse con la realidad.

Con el descubrimiento de hipótesis erróneas y el no decidir que realizar concretamente para acabar con el evento estresante, los enfermos caen víctimas de la depresión. El decremento de la conducta depresiva, tuvo relación con la

variable de la edad más que de la variable tiempo de cronicidad (grupo 1 y 1), porque en los pacientes adultos, en general, cedía la depresión cuando recibían la visita de amigos y familiares que les proporcionaban muestras de apoyo moral y, ocasionalmente, económico. Mientras que en los adolescentes, 4 mujeres del grupo 2 y un varón del grupo mismo y otro adolescente masculino del grupo 1, cedía fácilmente, cuando recordaban o imaginaban eventos placenteros, por ejemplo: la corrección de la belleza estética (ver la figura 4 de una adolescente en anexos). No obstante, el restablecimiento de salud o iniciación de la erradicación de la sepsis decrementó en ambos grupos la depresión.

La conducta de agresión fue otra conducta que se observó, frecuentemente, en el período de hospitalización, generalmente en 9 adultos varones del grupo 1, en el tiempo utilizado de terapia física para la ejercitación de los miembros. La agresión tuvo como manifestaciones motoras, el insulto verbal, manifestaciones de inconformidad por realizar ejercicios que, según su juicio, producían dolor innecesario, retiros bruscos por contactos con terapeutas y/o enfermeras, mayormente, o por la presión verbal o física de la realización de los ejercicios. Posteriormente, con el análisis detallado, se encontró que la agresión tenía una estrecha relación con reacciones de frustración; esto porque algunos

pacientes, al tener experiencia y conocimiento de la ineffectividad en la mejoría y el estancamiento en el progreso de la salud, se predisponían a sentirse obstaculizados para lograr su recuperación y preferían entonces no realizar ningún esfuerzo extra que les parecía doloroso e innecesario.

Cabe señalar que, aparte de los sentimientos de frustración, el dolor físico venía a repercutir en la presentación de conductas agresivas, ante el equipo médico, cuando se les insistía a cooperar, aún cuando el dolor era intolerable (según reportes de los enfermos).

Por otro lado, las conductas de angustia y ansiedad tuvieron una íntima relación, caracterizándose por cambios fisiológicos en la aceleración de palpitaciones, palidez, sudoración y un estado de intranquilidad emocional en general. La aparición de estas conductas se dieron bajo situaciones específicas, como las visitas médicas, las curaciones médicas, la información e intervenciones quirúrgicas no programadas y programadas, la preparación a cirugías y cuando existía la presencia de malestares y dolores físicos en la extremidad afectada. Esta clase de conductas se observaron más en todo el grupo 1 y en 7 enfermos del grupo 2. Esto por el desconocimiento de los resultados obtenidos después de cada intervención quirúrgica y de los tratamientos

en general para la erradicación de la sepsis que tienen un carácter impredecible, haciéndose del periodo de hospitalización un tiempo de latente incertidumbre.

También en este mismo grupo (1), en más de la mitad; 10 enfermos y en 14 enfermos del otro grupo (2), que conforman la mayoría; el desconocimiento de los efectos de la anestesia post-quirúrgica y de ciertos tratamientos, generaban estados de tensión y ansiedad (distres), por conocer más acerca de su desarrollo patológico infeccioso que, desafortunadamente, el tipo de asistencia médica (recuerde adherencia terapéutica), no facilitaban los medios para que se formará un ambiente armonioso en el cual el paciente pudiera liberar temores y dudas con todo lo relacionado a su padecimiento.

Por si fuera poco, añádase que el tiempo de la cronicidad es un factor determinante para la aparición de complicaciones físicas que aumentaban el grado de severidad y cantidad de las intervenciones médicas y, consecuentemente, el incremento de estados de ansiedad-angustia (distres). Bajo esta situación, fuertemente estresante, los pacientes por momentos desean terminar con todo el tratamiento médico hospitalario, reflexionando en lo siguiente:

a)     Buscar tratamientos alternativos en la medicina conduc-

tual, olvidándose de los tratamientos ortopédicos.

- b) Sugerir al médico la amputación del miembro afectado.
- c) Pedir el plan de alta voluntario y después resolver su problema de salud con el apoyo de su familia.

Pero, desgraciadamente, la elección de estas u otras nuevas opciones, enfrentaba a los enfermos a la reflexión de eventos y vivencias desconocidos, que les generaban, nuevamente, el distres experimentado. Principalmente, perder el miembro o la extremidad corporal les hace valorar la dificultad para integrarse a los medios de producción en los cuales laboraban, como: plomeros, mecánicos, campesinos, etc. Con la valoración cognitiva errónea de una condición invalidante permanente, optan por permanecer en la lucha de salvar y curar la extremidad que, a su vez, esta elección se ve reforzada cuando existen períodos de decremento del distres, porque el paciente, satisfactoriamente, encuentra estos cambios.

- a) Una erradicación paulatina de la sepsis en los tejidos blandos de la herida externa.
- b) Disminución de malestares y dolores físicos.
- c) La recuperación gradual de movimientos perdidos en la extremidad afectada.

Por otro lado, los resultados de la aplicación de pruebas psicométricas de tipo proyectivo (Bender, F.H., H.T.P.), reafirmaron lo encontrado en los estados de distres, básicamente. Los resultados fueron muy significativos, especialmente en el test de la figura humana, donde los individuos de ambos grupos realizaban en un alto porcentaje figuras corporales desintegradas (como se muestra en la figura 1), o de formas de monstruos o robóticas (figura 2), o bien cuerpos segmentados a la mitad, resaltándose el tronco superior (figura 3), (ver estas figuras en la parte de anexos).

En cuanto a los datos obtenidos en las restantes pruebas psicométricas, aunque hubieron similitudes en señalar rasgos de agresión, depresión y ansiedad, el carácter de interpretación simbólica y subjetivo, no permitió probarse en condiciones concretas, por lo que se omitirán estos resultados. No obstante, las redacciones o narraciones de historias de estas pruebas, junto con entrevistas permitieron analizar las expectativas, sentimientos, pensamientos y juicios que realizaban los individuos de su entorno ambiental clínico.

Básicamente, las expresiones y sentimientos de los enfermos con infecciones óseas añejas (grupo 1), mostraban inquietudes en no poder laborar, funcionalmente, en el campo

industrial, para poder sostener los gastos propios y familiares; así, la economía desequilibrada aumentaba el distres, ya sostenido por una situación invalidante.

Por otro lado, opuestamente, se observaron conductas valoradas como adecuadas de afrontamiento, éstas son, todas aquellas conductas de cooperación durante y después de la hospitalización, como fue el caso de los pacientes del grupo 2. Durante el transcurso de la hospitalización, existieron conductas de este tipo en ambos grupos, aunque tuvieron mayor nivel de ocurrencia en el grupo 2. Las conductas emitidas fueron: no mostrar resistencias en todo tipo de tratamiento y/o de curaciones, ingerir todos los medicamentos prescritos y, a nivel general, realizar todo lo establecido en un compromiso implícito acordado con el médico y las reglas hospitalarias.

Con el seguimiento de los pacientes del grupo 2, se pudieron observar conductas de cooperación después de su egreso, éstas son:

- a) Asistencia periódica a las citas de revisión médica.
- b) Asistencia a los tratamientos de rehabilitación.
- c) Cumplimiento de los ejercicios programados en el caso.
- d) Seguir todas las indicaciones médicas, incluyendo la



ingesta del medicamento autorizado.

Cabe señalar que la presentación de una conducta cooperativa con otro no cooperativa o viceversa (o bien de otra índole, ya mencionadas), son temporales y cambiantes, dado que responde a los particulares patrones perceptuales cognitivos de cada individuo (ver capítulo 3). No obstante, se pudieron detectar, estilos de afrontamiento que favorecían o perjudicaban la conducta cooperativa.

- a) Las experiencias negativas de los enfermos, en la falta de atención profesional eficaz y de empatía, por parte del personal médico, producen que en el actual contexto hospitalario se den conductas de frustración y agresión (no cooperativas), cuando evalúan que existen similitudes entre este contexto y el anterior contexto dañante.
- b) El conocimiento de que las técnicas de tratamiento aplicado en el I.N.O. en contra de la sepsis, son unos de los más eficaces a nivel mundial y que existe un alto índice en la reducción del tiempo en la erradicación de la sepsis.
- c) Con la realización de amplias auto-observaciones corporales de su condición física en el enfermo, se centra en atender sus malestares físicos de los cambios biológicos sufridos desde el inicio de su enfermedad y el

desarrollo de tratamientos efectivos o inefectivos, con lo anterior, de acuerdo a una valoración personal que, en general, rechaza y, consecuentemente, se observan conductas de agresión (poca cooperación), por otro lado, de este tipo de paciente, también muestra distres al imaginar que puede contraer otro tipo de infecciones por medio del material clínico (durante la implementación del clavo colchero), o el de lavandería y de cocina.

Finalmente, en la tabla 1 (ver anexos), se encuentran 13 casos, que representaron la muestra de la población con mayor tiempo de cronicidad, donde el análisis observacional, arrojó la siguiente información: la edad promedio de este grupo fue de 46 años, encontrándose, por lo tanto, en un período de adultez productivo. El sexo masculino fue el que más predominó (10 de 13 casos), así como la presentación del problema de alcoholismo, seguido por las enfermedades de la diabetes y la hipertensión, que tuvieron un alto índice de aparición, comparado con el grupo 2.

El tiempo de cronicidad fue arbitrariamente categorizado de acuerdo a los datos, quedando que el nivel más alto fue de 16 a 11 años, el medio fue de 10 a 8 años y el más bajo de 6 a 4 años, pudiéndose determinar también como

severa, media y baja o leve cronicidad. Con respecto a los oficios practicados antes de la enfermedad, puede notarse, que todos ellos requieren de una fuerte destreza manual y motora, para su ejecución que, tal vez, a futuro, los pacientes no podrán nuevamente realizar por la incapacidad sufrida.

En la tabla No. 2, se muestra 15 casos que sufrían, contrariamente al grupo 1, un tiempo de cronicidad menor que no rebasó el año y que la edad promedio fue de 32 años, dado porque se encontraban 10 de ellos por abajo de los 30 años, en períodos de adolescencia y juventud-adulta. No obstante, aunque no tenían infecciones añejas, si padecían otro tipo de alteraciones musculoesqueléticas que, al igual que en el grupo 1, tenían un origen traumático, que les ubica en el orden de pacientes crónicos severos.

## CONCLUSIONES

La osteomielitis es una enfermedad que en un casi 100% se encuentra apareada a una alteración en el aparato musculoesquelético por una etiología traumática de tipo accidental, produciéndose alteraciones comportamentales debidas tanto al impacto psicológico inicial del traumatismo físico, como a los consecuentes efectos crónicos de la misma. Aunque cabe señalar que esta clase de conductas, usualmente, obedecen a las características psico-socio-demográficas y médicas de los pacientes osteomielíticos.

La presentación de estas conductas suelen tomarse en cuenta solo cuando impiden el proceso de intervención médica, siendo denotadas en Medicina como conductas problema.

Erróneamente la conducta poco cooperativa es visualizada por el equipo médico como el impedimento para cubrirse con la asistencia clínica, pasándose por alto la existencia de otro tipo de conductas mostradas en las visitas y consultas internas y/o externas que no son valoradas como problemáticas y que, más tarde, interferirán directamente en algún momento con el restablecimiento o control de la salud asistida, como pudo apreciarse con la población

osteomielítica capturada en el período de hospitalización, que al ser una clase de intervención especial y temporalmente larga, permitió evaluar los procesos psicológicos y comportamentales subyacentes en este tipo de padecimientos crónicos.

Los comportamientos de ansiedad, angustia, depresión, agresión, frustración y, finalmente, las resistencias al seguimiento del régimen médico, fueron lo detectado y conceptualizado en el presente estudio como el surgimiento de patrones o estilos de afrontamiento inadecuados para combatir el distress experimentado en el medio ambiental hospitalario. El término de inadecuado se refiere a la incapacidad de presentación de conductas adaptativas al contexto.

Como ya se mencionó, anteriormente, en la formulación o realización de técnicas o estilos de afrontamiento con resultados positivos o negativos, intervienen, entre otros, la edad, ciclo de vida, religión e intelectualidad; pero que en los pacientes osteomielíticos, estos factores se minimizan, particularmente, en la ineficacia del afrontamiento debido a que responden, principalmente, a dos situaciones aversivas y sucesivas:

La primera es la llegada súbita de un trauma físico que

les propició un cambio de vida leve o, en la mayoría de los casos, severo, dejando secuelas de invalidez en el aparato locomotor y la segunda aparición de una sepsis con tendencia a la cronicidad en corto, mediano o largo plazo que, en otros casos, en especial, se agudizaba más al tratar de curar o controlar, por otros problemas de salud, como el alcoholismo, diabetes, o bien hipertensión, detectados en esta población, que interferían, directamente, con la sepsis, produciendo, en general, a los pacientes osteomielíticos, una gran dificultad para manejar, asimilar y procesar cognitivamente y emocionalmente, la problemática de salud experimentada y que, paralelamente, daba paso, también, al surgimiento de otra problemática socio-económica que, en conjunto, impedían el desarrollo de procesos naturales de afrontamiento para la adaptación ambiental.

No obstante, la problemática social y económica viene a detectarse desde antes de la adquisición de la sepsis, dado porque la presencia del alcoholismo o de una invalidez antigua en algún miembro de la familia, deteriora las relaciones interpersonales, produciéndose núcleos familiares desintegrados por los fuertes conflictos internos y por la improductividad del enfermo, incapacitando a los individuos a desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas, tanto para la resolución de problemas de la vida cotidiana, como

para la adaptación a la enfermedad crónica actual.

Es así que la Medicina Conductual, además de considerar los estímulos hospitalarios evocadores del distres, también debe de estudiar que el factor social en desequilibrio, es un componente con igual importancia que los anteriores para el bloqueo de estrategias de afrontamiento con resultados satisfactorios.

A partir de los factores detectados en este estudio como causantes de la incapacidad de afrontamiento positivo, se plantea la necesidad de desarrollar programas individuales cognitivo-conductuales, para los pacientes y de entrenamiento para el equipo médico.

La realización de estos programas debe de contener los siguientes lineamientos generales de evaluación:

- a) Conocer las expectativas del paciente con respecto a su enfermedad,
- b) Conocer las experiencias negativas o positivas de las intervenciones médicas realizadas,
- c) Detectar otros estímulos ambientes estresores particulares de la propia institución,

- d) Identificación de formas de afrontamiento cognitivo/conductual vinculados con el ambiente hospitalario,
- e) Obtención de información de la atención hospitalaria, incluyendo, principalmente, las intervenciones del servicio de interés,
- f) Detección oportuna de cambios comportamentales que afectan la adaptación a la enfermedad y,
- g) Considerar la edad, período de vida, religión y, más aún, la severidad de la minusvalía, forma de adquisición de la enfermedad y tiempo de cronicidad de la misma.

Los programas tienen la finalidad de dotar de habilidades de afrontamiento positivas para la adaptación ambiental y la autoindependencia en la vida social y funcional, para liberarlos de la marginación en que se sienten sometidos.

Concerniente a los programas de entrenamiento para el equipo médico, tendrán la finalidad de desarrollar eficaces adherencias terapéuticas, enfatizándose en la dotación de repertorio de conductas asertivas para el manejo de los pacientes.

Cabe señalar, que el psicólogo tiene que tener o



desenvolverse en los siguientes papeles:

De mediador entre el equipo médico y los pacientes, orientador de la asistencia médica, entrenador en programas cognitivo/conductuales e investigador de nuevos programas terapéuticos que satisfagan las necesidades de los enfermos, con la exclusiva finalidad de tener éxito y resultados favorables en el entrenamiento de cada programa.

Por otra parte, el paciente osteomielítico representa sólo una clase de padecimiento del aparato locomotor que pertenece al género de enfermedades crónicas y, consecuentemente, a un tipo de minusvalía, que requiere de la participación de un grupo multidisciplinario de profesionales en el área social, médica y psicológica para su rehabilitación integral.

Con el apoyo de este grupo en la realización de programas de investigación, evaluación e intervención, no tan solo se estarán cubriendo las necesidades reales de este sector de enfermos crónicos osteomielíticos, sino se podrán extrapolar fundamentos teóricos y metodológicos generales a otra clase de padecimientos crónicos que tengan características muy comunes, como la que conocemos en rasgos generales de la pobreza intelectual y económica de los pacientes y de las

incapacidades profesionales y deficiencias institucionales para asistir a las enfermedades crónicas.

Finalmente, el presente estudio pretende, humildemente, ser el primero en la realización de posteriores estudios que, por sí lo menos no logran establecer una vinculación entre la ortopedia y la psicología como un equipo de trabajo para el apoyo asistencial del minusválido, si por lo menos sea un reflejo del interés de la psicología conductual mexicana por contribuir en el conocimiento sistemático de problemas de la salud en el terreno clínico.

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- Abbagnano,  
Diccionario de Filosofía,  
Fondo de Cultura Económica,  
México,  
1985,  
pp. 1206.
- 2.- Acosta y Castillo,  
Estrés en el trabajo en relación a los estilos de vida,  
E.N.E.P.I.,  
México,  
1987.
- 3.- Arias y Ayala,  
Entrenamiento de habilidades de los pacientes oncológicos,  
E.N.E.P.I.,  
México,  
1990.
- 4.- Atención a la salud,  
Revista de Salud Pública de México,  
Marzo-Abril, 1990,  
Vol. 32, No. 2,
- 5.- Becerra et. al.,  
Estudio piloto comparativo a nivel psicológico en dos poblaciones con daño en columna vertebral,  
E.N.E.P.I.,  
México,  
1991,  
pp. 140.
- 6.- Bender L.,  
Test questaltico visomotor,  
Paidós,  
México,  
1990,  
pp. 260.

- 7.- Bernstein y Nietzel,  
Introducción a la psicología clínica,  
Mc Graw-Hill,  
México,  
1989,  
pp. 662.
- 8.- Brantley P. J. et. al.,  
Inventario de stress cotidiano (I.S.C.),
- 9.- Braunstein J. y Toister R.,  
Medical applications of the behavioral sciences,  
Medical publisher Inc.,  
U.S.A.,  
1981,  
pp. 528.
- 10.- Briones G.,  
Métodos y técnicas de investigación,  
Trillas,  
México,  
1987,  
pp.288.
- 11.- Bueno M.D.,  
Estudio paralelo sobre frustración y agresión,  
Facultad de Psicología, U.N.A.M.,  
1974.
- 12.- Burish G. y Bradley L.,  
Coping with chronic disease,  
Academic press,  
U.S.A.,  
1983.
- 13.- Colchero R. F.,  
Tratamiento integral del paciente con infección osea,  
Trillas,  
México,  
1990.
- 14.- Davidson P. y Davidson S.,  
Behavioral medicine,

Brunner/Mazzed publishers,  
U.S.A.,  
1980.

- 15.- Dohrenwend y Dorenwed,  
Guide to stress research,  
Public Health Service,  
U.S.A.,  
p. 1-20.
  
- 16.- Fahrsthal,  
Memorias de las Jornadas Nacionales de Medicina en  
Rehabilitación,  
México,  
1977,  
pp. 136.
  
- 17.- Fierro A.,  
Psicología Clínica,  
Pirámide,  
España,  
1988,  
pp. 239.
  
- 18.- Freeman et. al.,  
Psychiatry for the primary care,  
Williams-Wilkins,  
Londres,  
1988.
  
- 19.- Gaillard F.,  
Orientación a los minusválidos físicos,  
Mapfre,  
España,  
1983.
  
- 20.- Genest M. y Genest S.,  
Psychology and health,  
Research Press,  
U.S.A.,  
1987.
  
- 21.- Hammer E. F.,

- Test proyectivo gráficos (psicometría y psicodianoóstico),  
Paidós,  
Argentina,  
1989,  
pp. 397.
- 22.- I.M.S.S.,  
Solidaridad con la Población Minusválida,  
México,  
1990.
- 23.- Insua J.,  
Introducción a la psicología médica,  
Promed,  
Argentina,  
1985,  
pp. 407.
- 24.- Karoly P.,  
Measurement strategies in health psychology,  
Wiley,  
U.S.A.,  
1985.
- 25.- Kazdin A.E.,  
Historia de la modificación de la conducta,  
DDB,  
España,  
1983,  
pp. 378.
- 26.- Keefe F.J. et. al.,  
Assessment strategies in behavioral medicine,  
Grn Grune,  
U.S.A.,  
1982,  
pp. 514.
- 27 Kendall P. C. y Hollon S. D.,  
Assessment strategies for cognitive,  
Academic Press,  
U.S.A.,  
1981,  
pp. 425.

- 28.- Korchin J.,  
The history of clinical psychology,  
FOTOCOPIADO,  
A personal view.
- 29.- Krueger D. W.,  
Psicología de la rehabilitación,  
Herder,  
España,  
1988,  
pp. 467.
- 30.- Lazarus R. y Folkman S.,  
Stress appraisal and coping,  
Springer,  
U.S.A.,  
1984,  
pp. 445.
- 31.- Lerner et. al.,  
Psychosocial, funcional and quality of life,  
Arch. Psy. Med. Rehabilitation,  
February, 1991,  
Vol. 72.
- 32.- López Ruiz M.,  
Elementos metodológicos y ortográficos básicos,  
U.N.A.M.,  
México,  
1989,  
pp. 163.
- 33.- Martin D. Cheadle,  
The effect of chronic orthopedic infection on quality  
of life,  
Orthopedic Clinics of North America,  
July, 1991,  
Vol. 32, No. 3.
- 34.- Martinez G.,  
Aspectos conceptuales y metodológicos para el estudio  
del estrés ambiental,  
E.N.E.P.I.,  
México,  
1992.

- 35.- Mchamara J. R.,  
Behavioral approaches to medicine application and analysis,  
Plenum Press,  
U.S.A.,  
1949,  
pp. 311.
- 36.- Meichembaum y Jarenko,  
Stressful medical procedures,  
Plenum Press,  
U.S.A.,  
1983.
- 37.- Méndez et. al.,  
El protocolo de investigación,  
Trillas,  
México,  
1990,  
pp. 210.
- 38.- Moos R. H. y Shaefer J. A.,  
The crisis of psysical illness,  
Cap. 1
- 39.- Olea y Sánchez,  
Manual de técnicas de investigación documental,  
Esfinge,  
México,  
1984,  
pp. 231.
- 40.- Pearce S. y Wardle J.,  
The practice of behavioral medicine,  
Oxford University Press,  
Gran Bretaña,  
1989,  
pp. 312.
- 41.- Penzo W.,  
El dolor crónico,  
Mtz. Roca S.A.,  
España,  
1989,  
pp. 226.



- 42.- Pinkerton et. al.,  
Behavioral medicine,  
Willey and Sons,  
U.S.A.,  
1982,  
pp. 376.
- 43.- Portuondo Juan A.,  
Test proyectivo de Machover (Figura Humana),  
Biblioteca Nueva,  
España,  
1983,  
pp. 150.
- 44.- Prentice-Hall,  
Diccionario Cuyas de Appleton,  
Inglés-Español y Español-Inglés,  
5a. edición,  
U.S.A.,  
1982,  
pp. 589.
- 45.- Prokop y Bradley,  
Medical psychology,  
Academic Press,  
U.S.A.,  
1981,  
pp. 530.
- 46.- Promeleau y Brady,  
Behavioral medicine,  
Waverly Press,  
U.S.A.,  
1979,  
pp. 308.
- 47.- Puente-Silva F.,  
Adherencia terapéutica,  
U.N.A.M.,  
México,  
1984.
- 48.- Revista de Salud Pública de México,  
Marzo-Abril, 1986,

Vol. 28, No. 2.

- 49.- Revista Latinoamericana de Psicología,  
1981,  
Vol. 13, No. 1,  
p. 75-83.
- 50.- Reynoso L.,  
Estrés,  
FOTOCOPIADO,  
México,  
p. 1-17.
- 51.- Rivera E.,  
El papel de la familia ante el problema de la  
inválidez,  
Trabajo Social, U.N.A.M.,  
México,  
1990.
- 52.- Rodríguez A.,  
Psicología Social,  
Trillas,  
México,  
1985,  
pp. 508.
- 53.- Salvat,  
Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas,  
12a. edición,  
México,  
1991,  
pp. 1209.
- 54.- Sarason I. G. et. al.,  
Journal of consulting and clinical psychology,  
1978,  
p. 932-946.
- 55.- Snyder J.,  
Health psychology and behavioral medicine,  
Prentice Hall,  
U.S.A.,  
1989,

pp. 414.

- 56.- S.S.A. Salubridad,  
Grupo de estudio sobre rehabilitación del inválido social en México,  
Dirección General de Rehabilitación,  
México,  
1977.
- 57.- Stanley R.,  
Contributions to medical psychology,  
Pergamon Press,  
Gran Bretaña,  
1980,  
pp. 333.
- 58.- Stone G. y Cohen F.,  
Health psychology,  
Joddy-bass,  
U.S.A.,  
1979,  
pp. 729.
- 59.- The practice of clinical health psychology,
- 60.- Ulrich et. al.  
Control de la conducta humana,  
Trillas,  
México,  
1983,  
pp. 559.
- 61.- Varela B.,  
El aprendizaje de las habilidades de afrontamiento,  
E.N.E.P.I.,  
México,  
1990.
- 62.- Vargas, Luis A.  
Una mirada antropológica a la enfermedad,  
Gaceta Médica de México,  
Enero-Febrero, 1991,  
Vol. 127. No 1.

- 63.- Vidal Acosta,  
Conducta emocional del adolescente con problemas del  
músculo esquelético,  
E.N.E.P.I.,  
México,  
1988.
- 64.- Zarate y Miranda,  
Osteoporosis y menopausia,  
Gaceta Médica de México,  
Enero-Febrero,  
Vol. 127, No. 1.

**A N E X O S****CUESTIONARIO DE ADHERENCIA TERAPEUTICA**

Con el fin de elevar la calidad de atención médica, el presente cuestionario investigará, con las siguientes preguntas, la relación entre el médico-cirujano y usted, por lo que es importante que sus respuestas sean escritas claras, cortas y sinceras, por su colaboración muchas gracias.

- 1.- Durante las consultas o visitas médicas, cómo es el trato del doctor hacia usted:

---

---

- 2.- El doctor le informó en general qué tratamientos quirúrgicos y de curaciones se le realizarían durante su hospitalización:

---

---

3.- El doctor le explicó o informó cuánto tiempo estaría usted hospitalizado:

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Qué le dijo \_\_\_\_\_

4.- El doctor le pregunta cómo se siente durante su hospitalización:

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Qué le dice \_\_\_\_\_

5.- El doctor le informa qué síntomas puede sentir después de una operación o una curación de escarificación:

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Qué dice \_\_\_\_\_

6.- El doctor le informa en qué consisten las operaciones o curaciones que se le realizan:

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Qué le dice \_\_\_\_\_

7.- El doctor le informa de cómo reacciona su enfermedad ante los tratamientos:

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Qué le dice \_\_\_\_\_

8.- El doctor le pregunta cómo se siente de carácter después de una cirugía o tratamiento de escarificación:

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Qué le dice \_\_\_\_\_

9.- Cuando usted está triste o de mal humor y el doctor se da cuenta o le comentan qué dice el

\_\_\_\_\_

10.- Cuando por algún motivo usted se resiste a seguir o cumplir las ordenes de el médico, que le dice

\_\_\_\_\_

11.- Explique si piensa usted que los tratamientos y operaciones del doctor le ayudan a atacar la enfermedad:

\_\_\_\_\_

Roberto Cancho Reyes



FIGURA 1



Arts. Adell. F.G.  
23/10/1951

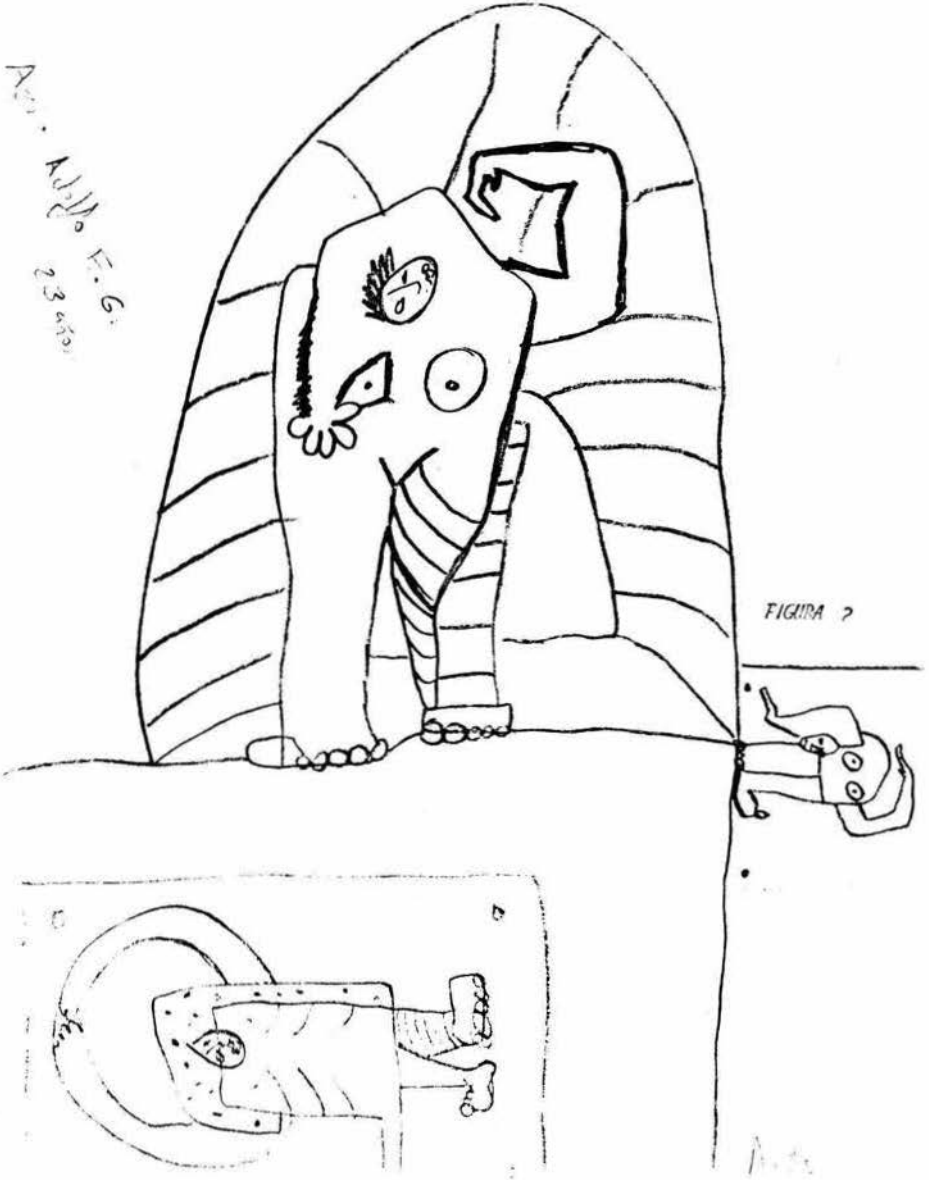


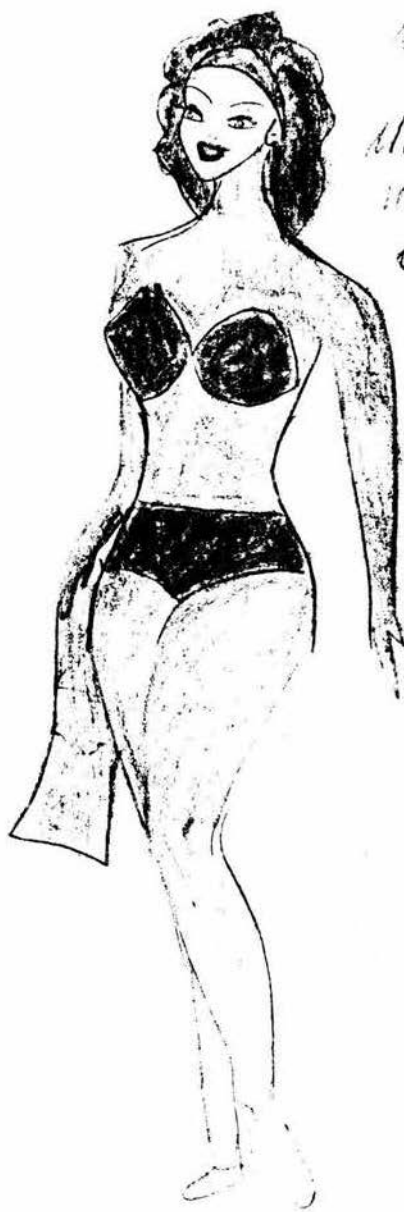
FIGURA 2

Arts

MARCELINE BLONDE (67)  
42 ANOS



FIGURA 3



Nelly Hdez. 1, 11a

Micela luce un  
nuevo traje de  
baño, en las  
playas de Coa-  
cui.

FIGURA 4

## GRUPO NO. 1.-Casos con mayor tiempo de cronicidad infecciosa.

T A B L A 1

CASO NUMERO	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	OFICIO	PADECI- MIENTO	ETIOLOGIA	DURACION DEL PADECI- MIENTO	OTRAS ENFER- MEDADES
1.- (A.B.H.)	M	43	Casado	Mecánico	Pseudoar- tritis en tibia iz- quierda	Traumatismo accidente automovi- lístico	16 años	Alcoholismo y tabaquismo
2.- (E.A.S.)	F	48	Casada	Ama de casa	Osteomie- litis en tibia iz- quierda	Accidente casero	12 años	Diabetes
3.- (R.A.M.)	M	56	Casado	Campe- sino	Osteitis en tibia izquierda	Accidente con arma de fuego	10 años	Alcoholismo
4.- (R.A.R.)	M	38	Casado	Plomero	Osteomie- litis en tibia iz- quierda	Atropella- miento	4 años	Alcoholismo y drogadic- ción
5.- (P.C.A.)	F	61	Viuda	Repos- tera	Seudoar- tritis con osteitis en tibia izquierda	Atropella- miento	6 años	Hiperten- sión
6.- (M.A.T.)	M	54	Casado	Tendero y panade- ro	Seudoar- tritis septica en tobi- llo iz- quierdo	Accidente casero	6 años	Diabetes

## T A B L A 1

(Continuación)

CASO NUMERO	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	OFICIO	PADECI- MIENTO	ETIOLOGIA	DURACION DEL PADECI- MIENTO	OTRAS ENFER- MEDADES
7.- (I.V.O.)	F	36	Divor- ciada	Ama de casa	Osteomielitis crónica hematógena tibia izquierda	Traumatismo accidente casero	4 años	Hipertensión
8.- (C.P.J.)	M	71	Viudo	Albañil	Seudoartritis osteomielítica en tibia izquierda	Accidente automovilístico	8 años	Alcoholismo
9.- (R.C.R.)	M	15	Soltero	Estudiante	Politraumatizado osteitis en fémur izquierdo y derecho	Accidente de atropellamiento	3 años	
10.- (A.O.V.)	M	28	Casado	Taxista	Seudoartritis hipertrófica de fémur derecho	Accidente con arma de fuego	5 años	Alcoholismo

## T A B L A 1

(Continuación)

CASO NUMERO	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	OFICIO	PADECI- MIENTO	ETIOLOGIA	DURACION DEL PADECI- MIENTO	OTRAS ENFER- MEDADES
11.- (G.V.P.)	M	71	Viudo	Campe- sino	Politrau- matizado osteomie- litis en fémur de- recho e izquierdo	Accidente automovi- lístico	4 años	Alcoholismo
12.- (J.C.M.)	M	38	Divor- ciado	Coci- nero	Osteomie- litis en fémur y tibia iz- quierda	Accidente laboral	11 años	Diabetes
13.- (F.L.A.)	M	45	Divor- ciado	Campe- sino	Osteomie- litis en tibia iz- quierda y fémur de- recho	Accidente con arma	7 años	Alcoholismo

## GRUPO NO. 2.- Casos con infecciones leves

T A B L A 2

CASO NUMERO	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	OFICIO	PADECI- MIENTO	ETIOLOGIA	DURACION DEL PADECI- MIENTO	OTRAS ENFER- MEDADES
1.- (L.N.M.)	M	48	Casado	Panadero	Osteotís en fémur derecho	Accidente casero	1 mes	
2.- (A.P.P.)	F	28	Solte- ra	Esti- lista	Pseudoar- trosis fémur derecho	Congénito	4 meses	Hiperten- sión
3.- (L.M.D.)	F	19	Solte- ra		Acorta- miento de tibia derecha	Accidente automovi- lístico	1 año	Alcoholismo
4.- (R.A.R.)	F	17	Solte-	Estu- diante	Osteitis en tibia derecha	Accidente casero	9 meses	
5.- (L.R.G.)	F	14	Solte-	Estu- diante	Osteitis en fémur izquierdo	Accidente automovi-	2 meses	
6.- (A.S.M.)	F	19	Solte- ra	Estu- diante	Osteomie- litis en tibia iz- quierda	Accidente automovi-	5 meses	
7.- (M.R.C.)	F	27	Solte- ra	Tendera	Osteomie- litis en tobillo derecho	Accidente automovi- lístico	2 meses	

## T A B L A 2

(Continuación)

CASO NUMERO	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	OFICIO	PADECI- MIENTO	ETIOLOGIA	DURACION DEL PADECI- MIENTO	OTRAS ENFER- MEADES
8.- (J.H.O.)	M	17	Solte- diante	Estu- diante	Osteitis en tibia derecha	Accidente automovi- lístico	1 mes	
9.- (F.S.B.)	M	61	Viudo	Campe- sino	Osteitis en tibia izquierda	Accidente con arma de fuego	1 año	
10.- (J.G.S.)	M	54	Casado	Cerra- jero	Osteomie- litis en tobillo y fémur derecho	Accidente laboral	1 año	
11.- (J.I.L.)	M	49	Casado	Taxista	Seudoar- trosis de fémur izquierdo	Accidente automovi- lístico	8 meses	
12.- (N.H.A.)	F	40	Casada	Secre- taria	Seudoar- trosis hemató- gena en fémur iz- quierdo	Atropella- miento	9 meses	
13.- (D.P.S.)	M	20	Solte- ro	Albañil	Osteitis en tibia y fémur izquierdo	Accidente con arma de fuego	4 meses	



## T A B L A 2

(Continuación)

CASO NUMERO	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	OFICIO	PADECI- MIENTO	ETIOLOGIA	DURACION DEL PADECI- MIENTO	OTRAS ENFER- MEDADES
14.- (A.E.G.)	M	28	Solte- ro	Estu- dian- te	Osteomie- litis en tibia de- recha y fémur izquierdo	Accidente automovi- lístico	3 meses	
15.- (A.T.M.)	F	44	Divor- ciada	Ama de casa	Osteitis en tobí- llo iz- quierdo	Accidente casero	3 meses	Hiperten- sión

G L O S A R I O

- Adaptación.- Acomodación//Ajustamiento de un organismo cualquiera al ambiente.
- Agresión.- Es la acción que tiene como propósito causar daño o ansiedad a otros, pudiéndose manifestar en forma verbal y/o física. Considerada como una resultante de los sentimientos de frustración.
- Alcoholismo.- Intoxicación por el alcohol-agudo. Embriaguez, trastorno temporal causado por el alcohol-crónico. Estado producido por el repetido y continuado abuso del alcohol.
- Agudo.- Que tiene un curso breve y relativamente grave//Sutil penetrante.
- Amputación.- Operación quirúrgica de seccionar circularmente un miembro en todo su diámetro, incluyendo el eje óseo, para extirpar la parte distal a la sección.

- Angustia.- Estado afectivo de carácter displacentero que suele acompañarse de ciertos síntomas somáticos (palpitaciones, palidez, sudoración, etc.) y que se produciría como respuestas a situaciones traumáticas de origen interno o externo experimentados por el individuo.
- Ansiedad.- Término utilizado habitualmente para designar el temor de un sujeto ante un peligro real o imaginario.
- Artritis.- Inflamación aguda o crónica de una articulación.
- Cáncer.- Tumor maligno en general y especialmente el formado por células epiteliales.
- Conducta.- Forma como se ordenan y dirigen los elementos para la ejecución de determinados actos.
- Consolidación.- Solidificación o unión del hueso fracturado.

- Cronicidad.- Carácter de un estado de extrema prolongación por mucho tiempo, opuesto a agudo.
- Depresión.- Disminución de la actividad vital en una parte o en la totalidad de la actividad de un organismo.
- Desbridamiento.- Término adoptado para el tratamiento de las heridas infectadas que consiste en la escisión de todos los tejidos que rodean inmediatamente la herida y la extracción de cuerpos extraños y esquirlas.
- Diabetes.- Término genérico que se refiere a un grupo de afecciones caracterizadas por excesiva secreción de orina y sed interna.
- Diáfisis.- Lo que separa dos partes o está situado entre ambas// Cuerpo o tallo de un hueso largo, comprendido entre los dos extremos o epífisis.
- Erradicación.- Arrancamiento o avulsión.

- Escarificación.- Producción accidental o quirúrgica de una escara// Serie de incisiones pequeñas y superficiales practicadas con el bisturí o lanceta.
- Escisión.- Extirpación de un tejido u órgano.
- Extremidad.- Cabo o extremo de una cosa// Miembro// Inferior o superior, miembros abdominal y torácico, respectivamente.
- Fractura.- (Romper) Solución de continuidad de un hueso determinada por una violencia exterior o una contracción muscular exagerada.
- Fractura articular.- Fractura de uno de los huesos que constituyen una articulación, cuyo trazo de fractura se extiende hasta la superficie articular del o de los huesos traumatizados.
- Granulación.- Reducción de un cuerpo o masa a partículas pequeñas o gránulos.

- Hematógeno.- Adj. producido de la sangre o derivado de ella// Que produce sangre.
- Hipertensión.- Aumento de la tono o tensión en general; especialmente aumento de la presión vascular o sanguínea.
- Incapacidad.- Falta de potencia, para el trabajo especialmente// Estado en que queda la víctima de una enfermedad o accidente que ha perdido completamente su actitud para el trabajo.
- Incidencia.- Acto o modo de caer// Proporción de enfermos nuevos de una enfermedad por 1,000 habitantes en un espacio de tiempo, generalmente un año// Frecuencia.
- Incisión.- División metódica de la parte blanda con un instrumento cortante.
- Infección.- Implantación y desarrollo en el organismo de seres vivientes patógenos, y acción morbosa de los mismos y reacción orgánica consecutiva.

- Invalidez.- Inválido, que no tiene fuerza ni vigor//  
Persona incapacitada por enfermedad o  
lesión.
- Luxaciones.- Dislocación permanente de una parte,  
especialmente de las superficies articula-  
res de los huesos.
- Miembro.- Cada una de las cuatro extremidades o  
apéndices del cuerpo articuladas con éste,  
destinadas a los grandes movimientos,  
locomoción, presión, etc.
- Minusválido.- Dícese de la persona que adolece de invali-  
dez parcial.
- Necrosis.- Mortificación de un tejido en general  
gangrena, la parte necrosada se llama  
secuestro.
- Obesidad.- Acumulación excesiva de grasa en el cuerpo;  
hipertensión general del tejido adiposo.
- Oseo.- Relativo al hueso o compuesto de él.

- Osteítis.- In inflamación aguda o crónica de un hueso y generalmente de su cavidad.
- Osteomielitis.- Infección piógena del hueso y medula ósea.
- Piógena.- Que produce pus (supuración).
- Prevalencia.- En estadística sanitaria, proporción de enfermos nuevos y viejos por 1,000 habitantes, de una determinada enfermedad.
- Prótesis.- Objeto o aparato que reemplaza la falta de un órgano o miembro.
- Recidivas.- Reparición de una enfermedad más o menos tiempo después de transcurrido un período de salud completa, p.e. reproducción de un tumor en el mismo punto del que fue extirpado.
- Sepsis.- (Putrefacción) Infección por microbios.
- Seudoartrosis.- Falsa articulación, especialmente la formada entre los extremos óseos no consolidados de una fractura.



Traumatismo.- Término general que comprende todas las lesiones externas o internas provocadas por una violencia exterior// Estado del organismo afecto de una herida o contusión graves.

Vascularización.- Producción de vasos sanguíneos o aumento del número de éstos.