

01968
3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**REPORTE DE EXPERIENCIA
PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGIA
PRESENTA:
ADRIANA BALTAZAR FLORES**



DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
COMITE TUTORAL: MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS
MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA
DRA. DOLORES MERCADO CORONA
MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA
DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA
DRA. LAURA HERNANDEZ GUZMAN

MEXICO, D. F.

2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA SEDE	3
2.1 Hospital Juárez de México	3
2.1.1 Actividades profesionales desarrolladas	6
2.2 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran	8
2.2.1 Actividades profesionales desarrolladas	12
2.2.2 Resultados obtenidos	14
2.3 Programas específicos desarrollados	17
2.3.1 Programa conductual de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama	17
2.3.2 Patrón de conducta tipo A en médicos del Hospital Juárez de México	18
2.3.3 Evaluación cognitivo-conductual de pacientes con dolor crónico	20
2.3.4 Publicación del capítulo "Técnicas psicológicas para el manejo del dolor crónico"	21
2.4 Asistencia a eventos académicos	21
3. EVALUACIÓN	22
3.1 Programas desarrollados en las Sedes	22
3.2 Sistema de Supervisión	24
3.2.1 Supervisión In Situ	24
3.2.2 Supervisor académico	25
4. SUGERENCIAS Y CONCLUSIONES	25
REFERENCIAS	27
ANEXOS	29

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo receptor.

NOMBRE: Adriana Ballerín Flores

FECHA: 10 - ENERO - 2003

FIRMA: [Firma manuscrita]

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2

1. INTRODUCCIÓN

El Programa de Residencia en Medicina Conductual tiene como propósito desarrollar habilidades, destrezas, competencias profesionales, actitudes y comportamiento ético, a través de las acciones profesionales con las instituciones de salud y la comunidad del área de influencia. El desarrollo de las actividades profesionales tiene un enfoque teórico y práctico dirigido al manejo de las siguientes áreas:

- Detección de factores de riesgo y modificación de estilos de vida;
- Prevención de algunas enfermedades crónico degenerativas;
- Manejo general de problemas de índole crónico-degenerativo;
- Manejo de estrategias de afrontamiento para el control y mantenimiento de la calidad de vida;
- Manejo del paciente para favorecer la adherencia terapéutica
- Manejo del estrés;
- Manejo de la depresión, ansiedad y déficit en habilidades sociales que acompañan a las enfermedades y;
- Rehabilitación a través del establecimiento de nuevas conductas alternativas

La residencia se ubica en instalaciones hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención desde una perspectiva multidisciplinaria y con un enfoque cognitivo-Conductual. Las sedes de entrenamientos son Hospital General de Atizapán, Hospital de la mujer, Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Pediatría, Hospital Juárez de México y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubiran; estas dos últimas instituciones fueron la sedes de trabajo en donde realicé la residencia durante el primer y segundo año respectivamente.

El **Hospital Juárez de México** es una institución de tercer nivel de atención a la salud, cuenta con Servicios de Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Medicina Interna; así como Servicios especializados como Nefrología, Urología, Neopología, Ortopedia y Oncología en donde se ofrece consulta externa y hospitalización. El primer año de residencia se desarrollo en el Servicio de Oncología en el área de consulta externa y hospitalización adaptándose a las políticas, reglas, normas, horarios y actividades del Hospital y del Servicio.

El Servicio de Oncología esta constituido por el Jefe de Servicio, 7 médicos adscritos a las distintas clínicas, 3 técnicos en radioterapia, 27 enfermeras (13 en consulta externa y 14 en hospitalización), 4 trabajadoras sociales (2 en hospitalización y 2 en consulta externa), 2 secretarías, 2 receptionistas y 3 camilleros. 10 residentes que estudian la especialidad de cirujano oncólogo, 2 residentes de Cirugía General, 1 residente de Ginecología. Asimismo cuenta con 4 residentes de Medicina Conductual, 2 ubicadas en hospitalización y 2 en consulta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

externa. En el hospital existe un Departamento de Psicología y Psiquiatría, donde laboran 8 psicólogos, 6 de los cuales tienen orientación psicoanalítica y 2 con enfoque cognitivo-Conductual; 2 psiquiatras, 1 trabajadora social, encargada de proporcionar terapia familiar y de pareja.

En el área de consulta externa son atendidos aproximadamente 500 pacientes a la semana y cuenta con 5 consultorios, 2 salas de radioterapia, 1 de quimioterapia, 1 de urgencias, 2 quirófanos, sala de espera, recepción, área de trabajo social y el almacén. En el área de hospitalización aproximadamente se atienden 50 pacientes por semana y abarca 6 salas con 6 camas cada una y se internan aquellos pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente, que recibirán quimioterapia, pacientes con deterioro general a expensas de la enfermedad o pacientes que necesiten atención oncológica especial de manera urgente.

El segundo año de residencia fue desarrollada en el *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*, considerado como una unidad hospitalaria altamente especializada, operada por especialistas con excelencia académica, considerados como los mejores en su área.

El Instituto cuenta con las especialidades de Anestesiología, Biología de la Reproducción, Cirugía Experimental, Clínica de evaluación Geriátrica, Dermatología Endocrinología, Endoscopia, Médica Gastroenterología, Medicina Interna, Genética, Hematología, Trasplantes, Infectología, Inmunología, Reumatología, Medicina Psicológica, Nutrición, Terapia Intensiva, Urgencias, Urología y Clínica del dolor además de ser considerada una Institución dedicada a la investigación.

El programa de residencia en Medicina Conductual fue asignado al Departamento de Clínica del Dolor y Cuidados paliativos. La estructura Jerárquica del Departamento se inicia con el Jefe de Servicio y un médico adscrito especialista en Cuidados paliativos, así mismo el Servicio cuenta con una enfermera, una secretaria, una trabajadora social, un médico algólogo voluntario, una psicóloga voluntaria (con enfoque psicodinámico), seis médicos anestesiólogos que realizan su especialidad en Algología y dos residentes de Medicina Conductual que son asignados anualmente.

El Servicio de Clínica del dolor y cuidados paliativos brinda Servicios en las áreas de consulta externa, hospitalización, urgencias y estancia corta. El departamento es considerado como Servicio interconsultante, por lo que todos los pacientes atendidos son canalizados por las diferentes especialidades que brindan Servicio en el Instituto.

La consulta externa de la Clínica diariamente atiende 30 pacientes en promedio, con excepción de los días miércoles (día académico), tiene asignada una sala en la que se da simultáneamente 4 consultas, cuenta con un espacio de exploración

clínica. El área de hospitalización cuenta con cuatro niveles y los Servicios de la Clínica se solicitan a través de interconsultas atendiéndose en promedio 6 pacientes diariamente, de igual manera funciona el Servicio de urgencias que cuenta con 8 cubículos y en promedio se atienden 2 pacientes al día. El área de estancia corta del Departamento cuenta con dos camas en donde se realizan procedimientos intervencionistas, es decir, bloqueos neurolíticos que tienen como base la introducción de medicamentos anestésicos locales para el manejo y/o control del dolor, atendiéndose diariamente 5 pacientes en promedio.

El Instituto cuenta con el área de Medicina Psicológica, dirigida por un médico Psiquiatra, y constituida por Médicos Psiquiatras y Psicólogos que atienden interconsultas de todas las especialidades brindando Servicio en consulta externa, hospitalización y urgencias.

El Residente de Medicina Conductual lleva a cabo una evaluación inicial de las características y necesidades del Servicio en el área psicológica en cada Institución, permitiendo así el desarrollo de las acciones profesionales programadas. Durante el período anual de residencia se llevan a cabo investigaciones en beneficio de la población y del Servicio.

Cada sede cuenta con un Supervisor In Situ que se encarga de dirigir supervisión grupal de casos clínicos, discusión de diagnósticos y sesiones bibliográficas. Cada residente cuenta con el apoyo de un Supervisor académico, con el que se realizan de manera individual supervisión de casos clínicos, apoyo bibliográfico y de investigación; así como apoyo en la solución de cualquier situación emergente en las Instituciones hospitalarias.

Como complemento al desarrollo académico anualmente se da la oportunidad de asistir a dos Congresos o actividades académicas de interés, con la autorización del Jefe de Servicio, sin interferir con las actividades desarrolladas en el Servicio

2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA SEDE

Antes de iniciar formalmente con las actividades de residencia durante aproximadamente dos meses se visitaron cada una de las Instituciones Sedes, con el objetivo de conocer de manera general las actividades que desempeña el residente de Medicina Conductual.

2.1 Hospital Juárez de México

El primer año de residencia fue asignado a esta sede hospitalaria, cuatro residentes de Medicina Conductual fuimos adscritos al Servicio de Oncología. El Jefe de Servicio desde el primer día brindó todo el apoyo a cada uno de los

integrantes de la residencia, respetando y respaldando el trabajo que el psicólogo ha desarrollado en el Servicio.

El Servicio de Oncología atiende aproximadamente a 600 pacientes en una semana, la demanda del Servicio ha ido en aumento y los profesionales de la salud han tenido que adaptarse a las necesidades de la población, sin embargo esto representa la atención de un gran número de pacientes durante un período muy corto; además de ser un hospital de formación profesional que tiene la responsabilidad en cada uno de sus integrantes de apoyar la preparación académica y práctica de médicos especialistas.

El Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México se encuentra dividido en las siguientes clínicas: 1) clínica de mama; 2) clínica de Ginecología; 3) clínica de cabeza y cuello; 4) clínica de tumores mixtos, (esta clasificación se dio específicamente para tratar aquellos tumores que no entren en las clasificaciones anteriores). Cada clínica es responsable de brindar atención en el área de consulta externa y hospitalización.

Consulta Externa. Diariamente se brindan aproximadamente 30 consultas en cada clínica. Realizando la valoración, diagnóstico y tratamiento de cada paciente. Las consultas se dan en aulas didácticas dirigida por dos médicos adscritos, apoyados por dos médicos residentes, una enfermera y un residente de Medicina Conductual.

Hospitalización. Los pacientes son hospitalizados para recibir tratamiento propuesto por su médico tratante, como quimioterapia, radioterapia, cirugía, por deterioro del estado general de salud originado por su enfermedad, ó aquellos pacientes que necesitan atención oncológica especializada de manera urgente.

El promedio de estancia de los pacientes hospitalizados es de 3 a 4 días, dependiendo del tratamiento que se encuentran recibiendo y de la recuperación; este período en ocasiones puede prolongarse por semanas cuando el tratamiento lo amerita. El nivel de avance de la enfermedad varía en cada paciente; por lo que en el área de hospitalización se atienden pacientes cuyo pronóstico de vida es favorable, hasta pacientes que se encuentran fuera de manejo oncológico.

Las actividades que se realizan diariamente en el Servicio son las siguientes:

a) *Visita diaria a pacientes hospitalizados.* Durante este recorrido todos los integrantes del Servicio deben estar presentes, encabezados por el Jefe de Servicio quien dirige la visita, médicos adscritos, médicos residentes, trabajadora social y psicólogos. Los médicos residentes exponen un resumen de la historia médica y el desarrollo de la enfermedad de cada uno de los pacientes hospitalizados. La visita tiene fines didácticos y de mejorar la calidad de atención al paciente ya que todo

el personal puede brindar su punto de vista con respecto al mejor tratamiento del paciente. Durante esta visita el residente de Medicina Conductual informa al Jefe de Servicio (cuando éste lo solicita), la evaluación desde el punto de vista psicológico del paciente, por lo que se describen las principales estrategias de trabajo a seguir.

b) Atención psicológica a nivel individual. Al término de la visita diaria, los residentes de Medicina Conductual se integran a sus actividades en cada clínica. Los pacientes que deben ser atendidos de manera inmediata son pacientes que reciben su diagnóstico de cáncer, ó aquellos que reciben un pronóstico de vida desfavorable, pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica; ó pacientes que solicitan la atención. En primera instancia se evalúa a través de una entrevista semi-estructurada el estado de ánimo del paciente; una vez detectada alguna alteración emocional se utilizan técnicas de intervención cognitivo-conductuales, de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

En algunos casos el personal médico o de enfermería solicita el Servicio del residente de Medicina Conductual, por lo que estos pacientes tienen prioridad en la atención inmediata. Asimismo el Jefe de Servicio ocasionalmente solicita un informe psicológico detallado en los considerados casos especiales; por lo que se realiza una valoración completa a través de una entrevista semi-estructurada, aplicación de inventarios, descripción de alteraciones emocionales y propuesta de tratamiento.

Cuando se concluye la intervención psicológica con el paciente, se realiza la nota psicológica en el expediente clínico correspondiente, ya sea de primera vez o de seguimiento describiendo en términos generales la demanda del paciente y la intervención cognitivo-conductual del psicólogo.

El trabajo en la atención psicológica se extiende a los familiares del paciente que solicitan apoyo psicológico, frecuentemente se detectan alteraciones emocionales por la situación de enfermedad del paciente. El promedio de pacientes que son atendidos diariamente por cada residente es de seis a ocho.

c) Capacitación Permanente. El equipo de residentes de Medicina Conductual se organizó para revisar temas relacionados con cáncer y aspectos psicosociales semanalmente, este tema es preparado y expuesto por uno de los integrantes, utilizando una revisión de los últimos años sobre el tema. Asimismo de manera quincenal se asiste a una sesión grupal en la Facultad de Psicología, dirigida por el Coordinador de la Residencia; en esta sesión todos los residentes de primero y segundo año exponían casos clínicos y sus actividades profesionales desarrolladas en el Servicio al que se encuentran adscritos.

d) *Supervisión.* La supervisión consiste en una relación entre un supervisor con habilidades clínicas avanzadas y una serie de alumnos supervisados con el propósito de desarrollar competencias en ellos. Existen dos tipos de supervisión: la supervisión In Situ, en donde el supervisor labora en la sede hospitalaria, reúne a los residentes y de manera grupal se lleva a cabo supervisión de casos clínicos, revisión de programas de intervención, apoyo bibliográfico, manejo de la nota clínica y se discuten eventualidades que surgen en el ejercicio diario de la residencia. Existe también la supervisión académica, que se encarga de supervisar y asesorar a los alumnos en el escenario clínico; semanalmente acude a la sede y realiza de manera grupal la revisión de casos clínicos, apoyo bibliográfico y revisión de programas de intervención.

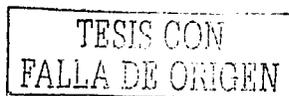
2.1.1 ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS

2.3 Siguiendo con los objetivos planteados del Programa de Residencia en Medicina Conductual y respetando la organización establecida por el Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México, se llevaron a cabo las siguientes actividades profesionales, dirigidas por el supervisor In Situ, el supervisor académico y el Jefe del Servicio.

a) *Actividades profesionales en consulta externa.* Los residentes de medicina Conductual se encontraban durante toda la consulta para brindar atención psicológica, ya que muchas pacientes recibían su diagnóstico, pronóstico de vida o recibían información sobre recidivas de la enfermedad. El trabajo más frecuente con este tipo de pacientes fue la reestructuración cognoscitiva, detención del pensamiento, preparación para procedimientos invasivos (información, relajación).

En general el trabajo que se desarrolla con más frecuencia es la intervención breve o de emergencia, encaminada a proporcionar información pertinente sobre la enfermedad, a promover el uso de estrategias de afrontamiento eficaces, a resolver crisis de angustia. Esta intervención se fundamentaba en una evaluación inicial de la situación de cada paciente por medio de entrevistas semiestructuradas. La eficacia de la intervención era evaluada principalmente mediante la observación de cambios conductuales inmediatos (remisión de síntomas, relajación, normalización de reacciones, control de vómito anticipatorio, etc.) o a largo plazo (adherencia a los tratamientos, reducción de complicaciones médicas, mantenerse en seguimiento) y con el reporte del paciente, de los familiares o del personal de salud.

El trabajo aportó aspectos de gran importancia para el apoyo a su tratamiento, al facilitar la adherencia de los pacientes a los tratamientos médicos, al modificar su comportamiento evitando mayores complicaciones y al proporcionarle estrategias para afrontar su padecimiento, disminuyendo así factores de riesgo que complican su rehabilitación, al mejorar su calidad de vida, al modificar hábitos y estilos de



vida que podrían producir mayor deterioro y al favorecer su independencia y readaptación.

Las actividades específicas desarrolladas durante este período abarcan:

- Entrevista semiestructurada de exploración con cada paciente
- Planeación de las metas de la intervención
- Desarrollo de programas de intervención adaptados a las necesidades de cada paciente.
- Aplicación de técnicas cognitivo-Conductuales específicas para el tratamiento de los problemas de cada paciente.
- Seguimiento de pacientes
- Evaluación del impacto de los tratamientos
- Canalización de casos

Las alteraciones emocionales que encontramos más comúnmente en pacientes con cáncer son ansiedad y depresión. Aunque puede considerarse normal que la alteración emocional acompañe al cáncer y a su tratamiento, muchos pacientes experimentan niveles clínicamente significativos. La prevalencia de alteraciones psicológicas significativas en la población de pacientes con cáncer se ha estimado en un rango de 23 a 66% (Neeleman J, Ormel, 2001).

La depresión mayor y el trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, son los trastornos depresivos más comunes en esta población. Los reportes sobre la incidencia de suicidio en pacientes con cáncer varían considerablemente desde aquellos en que el porcentaje es igual al de la población general hasta los que indican que es de 2 a 10 veces mayor. Existe evidencia que sugiere que el suicidio es mayor en pacientes con cáncer oral, de faringe y de pulmón (Neeleman J, et al, op. cit.). Como se ha asociado causalmente la depresión y la desesperanza con el suicidio, es posible considerar que el grado en que los pacientes con cáncer experimentan estos sentimientos incrementa la vulnerabilidad al suicidio como una opción para lidiar con el cáncer (Hickman, Tilden, Tolle 2001)

La forma más común de ansiedad en pacientes con cáncer es de naturaleza reactiva, producto del diagnóstico, dolor, efectos colaterales de la medicación, condición física y problemas psicosociales relacionados. Entre los trastornos de ansiedad más frecuentes en este grupo se encuentran las fobias, el estrés postraumático y el vómito anticipatorio (Dunkel-Schetter et al, 1992).

El cáncer y sus tratamientos se asocian también con otros problemas. Por ejemplo, en estadios avanzados de todo tipo de cáncer, aproximadamente el 70% de los pacientes presentan dolor significativo durante su tratamiento (Cohen, J., Cullen, J. & Martin, L., 1982). Otros problemas incluyen disfunciones sexuales, fatiga,

pérdida del cabello, abandono, dificultades alimenticias, alteraciones en la imagen corporal, disminución de autoestima.

Asimismo, se presentan una gran diversidad de problemas Interpersonales con la pareja, la familia, los hijos, los amigos y en diferentes situaciones (trabajo, profesión, educación, religión, dinero, sexo, diversión y fijación de metas). La mayoría de los pacientes abandonan su trabajo o son despedidos. Muchos de ellos deben depender de los demás para satisfacer incluso sus necesidades básicas.

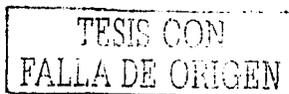
2.2 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran (INCMNSZ)

El Instituto cuenta con el Departamento de Clínica del dolor y Cuidados Paliativos dirigido por el Dr. Uriah Guevara, Jefe del Departamento; Dra. Argelia Lara Solares, Médico adscrito; Dra. Paola Díaz, Supervisor voluntario; Mtra. Lou González Muñoz, psicóloga voluntaria; en donde se desarrollan las siguientes actividades:

a) Curso de dolor crónico. De Lunes a Jueves se recibe un curso de "Manejo de pacientes con dolor crónico", organizado por el departamento de Clínica del dolor y Cuidados paliativos. En este curso participan como ponentes los residentes de Algología y de Medicina Conductual del INCMNSZ, así como residentes del Instituto Nacional de Cancerología (INC). Cada mes se invita a Profesionales de la Salud externos a las Clínicas, para brindar clases con temas especializados. Estas clases se imparten de 7:00 a 8:00 a.m., y son coordinadas por Médicos adscritos de ambas clínicas. Los temas seleccionados son los propuestos por la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP), supervisado por el Jefe de la Clínica del dolor del INCMNSZ.

Cada mes son programados de dos a tres temas de área psicológica en donde participan los Residentes de Medicina Conductual de ambas clínicas, así como invitados externos, cada tema impartido es revisado por el Supervisor InSitu. La preparación de los clases requiere una búsqueda bibliográfica de los últimos cuatro años del tema a exponer, se utilizan artículos en inglés solamente. Cada trimestre se realiza una evaluación escrita acerca de los temas revisados durante el curso y cada seis meses se realiza una evaluación general de los conocimientos adquiridos en el desarrollo del curso.

b) Hospitalización. En la clínica del dolor y cuidados paliativos se atienden solo interconsultas de los Servicios que brinda el Instituto. Cada paciente es asignado a un residente de Algología y un residente de Medicina Conductual, quienes son los responsables de valorar y atender al paciente desde el momento de la interconsulta, hasta su alta o recuperación. La atención del paciente hospitalizado es supervisada por el Jefe de la Clínica (martes y jueves) y por el Médico adscrito



(lunes, miércoles y viernes). En el caso de Medicina Conductual el supervisor InSitu es el que realiza la supervisión correspondientes (martes y viernes).

Además de la atención al paciente se entrevista a los familiares, ya que se han detectado alteraciones emocionales desencadenadas por el estado de salud del paciente, con esta atención se previene o atiende lo que se conoce como "Claudicación familiar".

Diariamente se atiende un promedio de seis pacientes hospitalizados, la atención del paciente se realiza diariamente, en la mañana, tarde y los fines de semana. En caso necesario el psicólogo tiene que acudir a cualquier hora del día a solicitud del propio paciente o del Servicio interconsultante.

c) Consulta externa. La consulta externa se brinda los días lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a.m. a 17:00 p.m.. Se atienden de 25 a 30 pacientes con dolor crónico diariamente; los pacientes son referidos por sus Servicios de base. La atención se brinda en un consultorio general, en donde se puede atender a 4 pacientes de manera simultánea. Cuenta con área de exploración clínica. En este mismo espacio se brinda la atención psicológica.

Los días lunes específicamente además de la atención de pacientes subsecuentes, se atienden 10 pacientes que acuden por primera vez al Departamento, este día se abre un expediente para manejo exclusivo de la Clínica; en donde se incluye la valoración médica, psicológica y de trabajo social. Los días restantes se atienden a pacientes que acuden de manera subsecuente, para manejo y/o control del dolor. Como apoyo para los residentes diariamente se cuenta con la supervisión de algún médico adscrito al Departamento.

d) Cuidados paliativos. El objetivo de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida del paciente en el final de la vida, recuperando, el acercamiento a una muerte tranquila, donde la familia tiene un papel primordial con el cuidado del paciente.

Los pacientes que ingresan a Cuidados paliativos tienen las siguientes características:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento médico
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Por lo que lo más importante en esta área es la atención del control de síntomas, siendo el confort y la calidad de vida los principales objetivos. Al ingreso del paciente a Cuidados paliativos se abre un expediente que debe tener lo siguiente:

a) nota del Servicio tratante, b) historia clínica, c) evaluación social y psicológica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La organización para la atención del paciente paliativo se da de la siguiente manera: a) cada mes un médico residente de la Clínica es responsable de la atención del paciente, b) las consultas se brindan los días martes y jueves, atendiendo a tres pacientes en promedio cada día, c) en caso de ser necesario, el paciente paliativo y su familia tienen la libertad de llamar por teléfono o acudir a consulta aún sin cita; para exponer al médico sus dudas acerca del tratamiento o la evolución del paciente.

La atención del paciente paliativo se realiza de manera multidisciplinaria, por lo que el paciente y su familia recibe además de la atención médica, apoyo emocional continuo, intervención de trabajo social y psiquiatría. Lo que permite satisfacer de manera más adecuada las demandas del enfermo.

Generalmente se realiza una reunión familiar en donde acuden los familiares que son responsables directos de la atención del paciente; esta reunión es dirigida por el médico residente responsable del paciente, el médico adscrito responsable del área de Cuidados Paliativos, el psicólogo de Medicina Conductual y la trabajadora social. La finalidad de esta reunión es que la familia exponga sus dudas acerca de la enfermedad y el tratamiento del paciente, conocer la evolución de la enfermedad y así mismo se pretende aliviar el sufrimiento emocional de la familia causado por la situación de enfermedad del paciente.

Cuando el paciente paliativo ya no puede trasladarse al hospital por su estado de salud, el personal de la clínica realiza visitas domiciliarias para valorar y atender el estado de salud del paciente. A este tipo de visitas acude un médico residente, un psicólogo y la trabajadora social. Sin embargo estas visitas están condicionadas por el transporte que se proporcione por parte del INCMNSZ. Cuando sucede el fallecimiento del paciente, la trabajadora social por vía telefónica realiza una evaluación final, con ayuda de los familiares, acerca de la calidad de muerte del paciente; respetando el sufrimiento de la familia.

e) Urgencias. El Servicio de urgencias labora las 24 horas del día, los 365 días del año, cuenta con 10 consultorios individuales y una sala con capacidad para 4 personas, esta a cargo de Médicos Internistas. Funciona a través de interconsultas, de las diversas especialidades quienes valoran y atienden al paciente.

Cuando se solicita interconsulta al Departamento de dolor, la atención del paciente está a cargo de un médico y un psicólogo residente, en ese momento se realiza la valoración del paciente. Una vez terminada la exploración y valoración del paciente, el médico algólogo da las indicaciones médicas y terapéuticas pertinentes al residente responsable del Servicio de Urgencias y se cita de manera subsecuente al paciente.

En caso de ser necesario se brinda en ese momento atención psicológica al paciente, sin embargo, por la demanda del Servicio de urgencias la intervención debe ser corta; en la mayor parte de los casos se da cita abierta al paciente para que asista a consulta psicológica. Diariamente se atiende de 2 a 3 pacientes en promedio por parte del Departamento de Dolor.

f) Día académico. Los miércoles de cada semana se desarrollan actividades académicas en donde participan los médicos y psicólogos residentes del INCMNSZ y del INC. Este día en especial se programan dos clases del curso de dolor crónico, impartidas a las 7:00 y 9:00 hrs. respectivamente. A las 8:00 hrs. cada departamento pasa la visita matutina, para posteriormente realizar la revisión de pacientes hospitalizados. Una vez terminada la actividad se prosigue con el día académico.

A las 10:00 hrs. Se inicia la discusión de un caso clínico que es expuesto por un médico residente de Algología y un psicólogo de Medicina Conductual, cada semana se alterna la exposición entre el INCMNSZ y el INC. La finalidad de esta actividad es desarrollar habilidades de evaluación, diagnóstico y tratamiento en el residente.

Esta actividad se desarrolla de la siguiente manera:

- Una semana antes de la exposición se proporciona el caso clínico a los miembros de ambas clínicas, para que se analicen de manera individual los datos presentados en la historia clínica y psicológica.
- El día de la presentación del caso clínico se resuelven dudas acerca de los datos proporcionados en la historia clínica y psicológica con el objetivo de realizar un diagnóstico presuncional.
- Una vez que se han respondido las dudas, cada uno de los residentes concluye con su diagnóstico algológico propuesto en base a los datos presentados y discutidos.
- Posteriormente cada miembro propone un tratamiento algológico específico para el caso expuesto.
- El psicólogo residente expone la valoración y tratamiento psicológico que realizó con el paciente.
- El caso concluye con el diagnóstico y tratamiento utilizados para la atención del paciente expuesto.
- El médico residente finalmente realiza una breve revisión bibliográfica

La última actividad de este día es la revisión de artículos de dolor crónico, publicados en los últimos cuatro años. Se debe entregar un resumen del artículo presentado, con la bibliografía correspondientes. Algunos artículos son expuestos al grupo en donde se discute brevemente los antecedentes, objetivo, metodología utilizada, resultados y conclusiones obtenidos; en promedio se exponen y discuten de cuatro a cinco artículos por día.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Todas las actividades se desarrollan bajo la supervisión de algún médico responsable del Departamento, quien además de dirigir y supervisar las actividades del día realizan aportaciones de gran importancia para el conocimiento y análisis del tema.

OBJETIVOS

1. Detectar problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema de dolor crónico
2. Desarrollar programas de intervención en pacientes con dolor crónico a nivel individual.
3. Aplicar estrategias de intervención que apoyen a la solución de problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema orgánico.
4. Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas.
5. Favorecer en los pacientes la adherencia a la terapéutica médica.
6. Entrenar a los pacientes en técnicas de manejo de estrés, depresión y habilidades de afrontamiento.

2.2.1 ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS

1. CURSO DE DOLOR CRÓNICO. La estructura de este curso se encuentra dirigida exclusivamente al personal médico, sin embargo la participación académica del residente de Medicina Conductual fue la exposición de clases impartiendo temas relacionados con el impacto psicológico causado por el dolor crónico. La exposición de cada clase debía tener una revisión actualizada (últimos cuatro años) del tema asignado, utilizando material de apoyo, la duración de la misma es de 50 minutos con 10 minutos de preguntas y respuestas.

Las clases que presente durante el año de residencia fueron:

- Síndrome de Burnout
- Adaptación y Desadaptación en el fenómeno de duelo
- Dolor en niños
- Disfunciones sexuales y dolor crónico
- Factores psicosociales, emocionales e individuales en el dolor crónico

2. CONSULTA EXTERNA. El trabajo de las residentes de Medicina Conductual en la consulta externa consistía en lo siguiente:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- a) El día lunes se realizaba una valoración psicológica a los pacientes que acudían por primera vez al Servicio de Clínica del dolor. Una vez que el médico terminaba su valoración se explicaba al paciente el objetivo de la valoración psicológica y obteniendo su autorización se procedía a la entrevista.
- b) Todos los días de la semana (excepto el día académico) se brindaba atención psicológica a pacientes que acudían de manera subsecuente al Servicio. La ubicación del psicólogo en la misma área de la evaluación médica permitía detectar a los pacientes que necesitaran intervención psicológica. La intervención se realizaba en el momento, de acuerdo a la demanda del paciente. Esta intervención se fundamentaba en una evaluación inicial de la situación de cada paciente por medio de la entrevista semiestructurada. La eficacia de la intervención era evaluada principalmente mediante la observación de cambios Conductuales inmediatos (remisión de síntomas, relajación, normalización de reacciones, etc.) o a largo plazo (adherencia a los tratamientos, reducción de complicaciones médicas, mantenerse en seguimiento) y con el reporte del paciente, de los familiares o del personal de salud.
- c) Cuando se consideraba necesario se programaba una cita para valoración psiquiátrica.
- d) Todos los pacientes tenían un seguimiento y este se realizaba en cada una de sus consultas al Servicio de clínica del dolor.

3. HOSPITALIZACIÓN. Las actividades desarrolladas por el psicólogo residente de Medicina Conductual en Hospitalización son las siguientes:

- a) Una vez que el médico residente brindaba la atención pertinente al paciente, se procedía a realizar la valoración psicológica. El psicólogo residente realizaba una evaluación psicológica inicial, con una entrevista semiestructurada, observación directa del psicólogo, familiares, personal médico y de enfermería. En ocasiones las condiciones de salud del paciente no eran las más convenientes, por lo que se trabajaba con el familiar más directo.
- b) Diariamente se pasaba visita matutina y vespertina. En cada visita se realizaba la intervención psicológica, de acuerdo a los objetivos planteados.
- c) Cada paciente en promedio se encontraba una o dos semanas hospitalizado, por lo que se contaba con tiempo para realizar una intervención breve.

4. CUIDADOS PALIATIVOS. En esta área del Departamento la atención de cada paciente requería de una participación multidisciplinaria. Las actividades profesionales específicas del psicólogo residente eran las siguientes:

- a) El paciente era entrevistado desde su primera visita al Servicio (si su condición física lo permitía), enfocada básicamente a las necesidades esenciales del paciente. En ocasiones era necesario realizar una intervención psicológica en el

momento brindando terapia de apoyo o intervención en crisis, por la situación emocional extrema en la que se encontraba.

- b) A los familiares que acompañaban al paciente se les brindaba una orientación por parte del residente de psicología acerca del manejo de los cambios conductuales que el paciente pudiera presentar. En caso de ser necesario se brindaba atención psicológica, intervención en crisis y terapia de apoyo principalmente.
- c) En cada caso se realizaba una reunión familiar dirigida por el personal médico. La participación del área psicológica fue principalmente la prevención de claudicación familiar, proporcionando información acerca de los cambios conductuales que pudieran presentarse en el paciente o algún miembro de la familia; en caso de que ya existiera alguna adaptación conductual se ofrecía atención inmediata.

5. DIA ACADEMICO. Las actividades profesionales desarrolladas durante este día se describen de la siguiente manera:

- a) Actualización bibliográfica acerca del aspecto psicológico en pacientes con dolor crónico. Esto se desarrollaba con la búsqueda semanal de artículos relacionados con el tema.
- b) Exposición de la evaluación psicológica del paciente en el caso clínico, se realizaba una revisión bibliográfica sobre la intervención cognitivo conductual en ese tipo de pacientes y revisión hemerográfica de las intervenciones psicológicas más eficaces el caso expuesto.

2.2.2 RESULTADOS OBTENIDOS

Durante el período comprendido de marzo del 2001 a febrero del 2002 se atendieron 511 pacientes, con un promedio de edad de 52.50, el paciente más joven atendido fue de 15 años y el paciente mayor fue de 88 años de edad, los pacientes que con más frecuencia se atendían se encontraban en lo 35 años (ver anexo 1, cuadro 1).

Durante el año de residencia se brindó intervención psicológica con mayor frecuencia en el área de hospitalización (f=192, 38%), en pacientes subsecuentes (f=138, 27%) y pacientes que acudían por primera vez al Servicio de Clínica del dolor (f=130, 25%), cabe destacar que los pacientes atendidos en cuidados paliativos son relativamente pocos debido a que la Clínica tiene un límite de pacientes que se atienden en el área, por lo difícil que resulta trabajar con estos pacientes. El área psicológica atendió a 51 pacientes paliativos (10%) (ver anexo 1, cuadro 2).

Los trastornos psicológicos diagnosticados en relación con el tipo de consulta fueron los siguiente: en primera instancia los pacientes que asistieron por primera vez al Servicio de Clínica del dolor presentaron con mayor frecuencia trastornos de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

personalidad (30%), trastorno adaptativo (26%), trastorno depresivo (23%) y trastornos somatomorfos (22%), cabe resaltar que en un porcentaje importante (40%) se consideró sin alteración aparente (ver anexo 1, cuadro 3).

Con respecto a los pacientes que acudían de manera subsecuente al Servicio se puede determinar que el trastorno adaptativo se presentó con mayor frecuencia (32%), pacientes que se encontraban en proceso de duelo (31%), trastorno depresivo (29%) y trastornos de personalidad (27%) (ver anexo 1, cuadro 3).

En pacientes hospitalizados se observó con mayor frecuencia trastornos somatomorfos (56%), trastorno de ansiedad (43%), trastornos de personalidad (41%) y el trastorno adaptativo (40%), cabe resaltar que un gran porcentaje de paciente no presentaba de manera aparente alguna alteración psicológica (42%). En los pacientes paliativos se presentó con mayor frecuencia el trastorno depresivo (19%) el proceso de duelo (18%) y el trastorno por ansiedad (18%) (ver anexo 1, cuadro 3).

Realizando un análisis de los pacientes atendidos por género durante el año de residencia se atendieron más pacientes del género femenino ($f=350$), en comparación con el género masculino ($f=161$) (ver anexo 1, cuadro 4). Analizando la relación entre género y diagnóstico psicológico se puede observar que en el género femenino la depresión ($f=137$), trastorno adaptativo ($f=66$), trastorno de ansiedad ($f=36$) y el proceso de duelo ($f=32$) son de las alteraciones psicológicas más frecuentes. De manera similar se comportó el género masculino presentando con mayor frecuencia trastorno depresivo ($f=52$), trastorno adaptativo ($f=36$), proceso de duelo ($f=19$) y trastornos de personalidad ($f=14$) (ver anexo 1, cuadro 4).

Estos resultados obtenidos de un año de trabajo en el Departamento de Clínica del dolor y cuidados paliativos concuerdan con la bibliografía reportada en los últimos 4 años. Por ejemplo en Norte América, las mujeres reportan alta incidencia de dolor temporal y persistente en comparación con los hombres 9-11. Las mujeres presentan más desórdenes histriónicos, depresión y desórdenes de somatización (Weir R. et al 1996).

En diversas investigaciones se fundamenta que las madres enfermas dependen más de la atención médica que otros miembros de la familia, los hombres reportan más dolor en la actividad física, más incapacidad, y mayor uso de Servicios hospitalarios (McCracken LM, 1998).

En investigaciones recientes se reporta que en las mujeres, a) es mas probable que dediquen más atención en su salud, b) es más probable que sufran de síndromes dolorosos y de mayor duración, c) reportan más prevalencia y persistencia de dolor, d) reportan gran dolor con algunas patologías específicas, e)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

se observa más tratamiento en general, y f) más frecuentemente se observa tratamiento de dolor crónico (Oliveira JT, 2000).

La relación-dolor incapacidad se reporta más común en mujeres y poco común en hombres. Algunos estudios realizados en laboratorio, con dolor inducido, concluyen que a pesar de que los resultados no son generalizables, las mujeres tienen menos tolerancia al dolor (Dworkin RH; Cooper EM; Siegfried RN, 1996).

Con respecto al estado de ánimo, existe un alto grado de asociación entre dolor crónico y depresión. Por ejemplo, muchos de los estudios fundamentan que la depresión interfiere con el tratamiento del dolor crónico. Existen evidencias de que la depresión esta fuertemente relacionada con el impacto que el dolor tiene sobre el estatus funcional de pacientes con dolor crónico, asimismo existe una relación entre dolor y depresión que es mediada por la interferencia de vida y la percepción de control de vida (Holzberg et al, 1996).

El dolor y la depresión tienen alta prevalencia en población general y la relación puede ser coincidental, evidencias más recientes sugieren que a mayor sufrimiento hay más probabilidad de dolor y mayor alteración emocional desencadenados por el mismo. El tipo de dolor más frecuente en población femenina son: dolor orofacial, fibromialgia, dolor de cabeza (Holzberg et al, op.cit.)

Las competencias profesionales desarrolladas con estas actividades permitieron:

- Evaluar y diagnosticar problemas y necesidades en el área de la salud.
- Adaptar técnicas y procedimientos de intervención cognitivo- conductuales.
- Evaluar la eficacia de los programas de intervención psicológica en el área de la salud.
- Perfeccionar la intervención psicológica a partir de los resultados obtenidos con los pacientes atendidos.
- Trabajar en equipo multidisciplinario
- Integrar la teoría y la práctica en el área de la salud.
- Identificar, manejar y construir las carencias metodológicas a partir de la practica.

2.3 PROGRAMAS ESPECIFICOS DESARROLLADOS

2.3.1 PROGRAMA CONDUCTUAL DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA

Debido a la necesidad observada en el trabajo diario de pacientes con cáncer en el Hospital Juárez de México, el presente Programa adaptó el trabajo realizado por Seligson y Reynoso (1999), en pacientes con cáncer de mama, atendidos en el Hospital Juárez de México. En su estudio Seligson y Reynoso (et al) trabajaron con seis sujetos diagnosticados con cáncer gástrico, sin metástasis, no hospitalizados, durante 12 sesiones. Los resultados del presente programa fueron que las estrategias de solución de problemas y manejo de contingencias ayudaron a mejorar las conductas problemáticas que se les presentaron a los sujetos a raíz del diagnóstico médico de su enfermedad y la iniciación de la intervención Conductual. Así mismo se observó que el entrenamiento en relajación funciona en la medida de reducir sensiblemente los niveles de estrés de los sujetos.

Existen datos que permiten afirmar que los déficit en las habilidades de afrontamiento y en la solución de problemas son factibles de ser tratados bajo un programa de intervención desarrollado para ese propósito.

Este programa pretende beneficiar a la población de cáncer de mama atendida en el hospital Juárez de México demostrando que se pueden aplicar técnicas cognitivo-Conductuales en pacientes con cáncer. El programa de entrenamiento consiste en una intervención estructurada a corto plazo basada en las habilidades de afrontamiento y en la solución de problemas con el fin de ayudar a mejorar y/o mantener la calidad de vida del individuo (ver anexo 2).

El propósito de esta intervención es generar un Programa Conductual de habilidades de afrontamiento con el fin de que apoye a las pacientes con cáncer de mama a dar solución a las demandas que exige la enfermedad; de esta manera se puede apoyar a: a) disminuir los niveles de estrés de los sujetos y b) entrenar a los sujetos en técnicas conductuales con el fin de afrontar los problemas que pueden presentar en el transcurso de su enfermedad.

Los población a la que está dirigido el programa son mujeres diagnosticadas con cáncer de mama cuya etapa clínica sea I, II, o III., con una edad comprendida entre 25 y 40 años y que puedan leer y escribir.

Se realizará la evaluación antes de iniciar el programa y después de su aplicación utilizando los siguientes inventarios: Desarrollo del Problema (Seligson y Reynoso, 1988) (ver anexo 3), Escala de ansiedad-tensión (Reynoso y Seligson, 1989) (ver anexo 3); Listado de síntomas de estrés en pacientes cancerosos (Golden, Gerch y

Robbins, 1992) (ver anexo 3) y Modos de afrontamiento al estrés (Lazarus y Folkman, 1986) (ver anexo 3)

El programa se desarrolla en 10 sesiones (ver anexo 2) aplicando las siguientes estrategias de intervención.

1. Relajación muscular progresiva (Bernstein y Borkoveck, 1973). La relajación tiene como objetivo primordial favorecer un estado físico y emocional placentero al paciente, trabajando la tensión-distensión de todos sus músculos y el alejamiento de pensamientos, sentimientos y emociones negativas durante el momento de relajación, para que en un futuro este estado placentero pueda ser generalizado.

2. Detención del pensamiento. En donde se entrena al individuo a identificar todos aquellos pensamiento que a su forma de ver están incrementado su respuesta de ansiedad, una vez identificados, se pretende eliminarlos introduciendo pensamientos positivos, o simplemente pensado qué tan reales son esas preocupaciones.

3. Programación de actividades placenteras. La implementación de esta técnica tiene como objetivo realizar aquellas actividades que proporcionan placer o bienestar en el individuo.

4. Solución de problemas (D' Zurilla y Godfried, 1971). Los autores de esta técnica idearon esta estrategia en cinco pasos para hallar soluciones nuevas a cualquier tipo de problemas. La persona aprende a identificar la raíz del problema, proporcionando el mismo alternativas de solución, esto requiere un entrenamiento más profundo, sin embargo el objetivo principal es que el individuo aprenda a dar por sí mismo la solución a los problemas.

El desarrollo de este programa inicia en el momento en que la paciente reciba el diagnóstico de cáncer de mama, por parte del personal médico responsable, se solicitará a la paciente pasar con la Psicóloga y en ese momento iniciará la intervención. La programación de las sesiones dependerá de las citas que la paciente tenga programadas en su Servicio correspondiente, el Programa tendrá que adaptarse a las citas médicas del paciente.

2.3.2 PATRON DE CONDUCTA TIPO A EN MEDICOS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

La línea de conducta tipo A (PCTA) es un complejo emotivo-activo que se observa en toda persona agresivamente implicada en una crónica e incesante lucha por conseguir cada vez más en menos tiempo, en contra de las personas o de las cosas si ello fuera necesario. (Friedman y Rosenman, 1976). Es un síndrome

Conductual caracterizado por excesiva competitividad, esfuerzos por ejecutar muchas tareas, agresividad urgencia de tiempo y aceleración de las actividades comunes.

Las personas que tienen este síndrome no quieren descansar, suelen ser hostiles, se encuentran en estado hiperalerta, son explosivos al hablar con tensión de los músculos faciales y muestran sentimientos de lucha contra las limitaciones del tiempo y la insensibilidad del ambiente.

Las personas con PCTA generalmente buscan una actividad laboral que les permita canalizar todos sus esfuerzos, aceleración, excesividad, en su trabajo, lo hacen con tal dedicación que a veces hacen aún lado sus demás áreas tales como la familia, actividades recreativas, reuniones sociales, llegando a omitirlas por completo.

En este estudio se utilizó una muestra de 60 sujetos (13 mujeres y 47 hombres). La población que se utilizó fueron médicos residentes que se encontraban realizando una especialidad o subespecialidad en el Hospital Juárez de México. La selección de los sujetos fue no probabilística, cada sujeto fue entrevistado individualmente en el Hospital, se encontraba a solas con el entrevistador, dispuso del tiempo necesario para la resolución del cuestionario, la resolución de dudas y el plantear comentarios. Se utilizó el Cuestionario de Detección de Patrón Conductual tipo A (Reynoso y Seligson, 1997).

Se observó que 10 médicos obtuvieron puntajes altos (56, 58, 57, 60, 61, 62, 57, 61, 58 y 56) seis de ellos están en una especialidad quirúrgica. Dentro de los estudios epidemiológicos se observa que los cirujanos tienen la incidencia más elevada de morbilidad por infartos (Seligson, Reynoso y Nava, 1993). La mayoría de los médicos con puntajes elevados son casados, por lo que además de la profesión se deben tomar en cuenta otros factores que pueden generar estrés en el profesional como son sus relaciones familiares, economía, actividades recreativas, relaciones interpersonales (ver anexo 2). Se debe tomar en cuenta que durante la residencia los médicos se encuentran sometidos a estrés laboral y plantearnos si ¿su patrón conductual se mantendrá estable en el tiempo?.

Un dato que es importante resaltar es el observado con la población femenina, ya que a pesar de ser minoritaria presentan puntajes elevados casi a al igual que la población masculina, lo que hace pensar en que otros factores de riesgo presentan estos sujetos (ver anexo 2). Con este estudio se puede concluir que se debe estudiar los estilos de vida de los médicos residentes, con el fin de prevenir detectar e intervenir con esta población, considerada de alto riesgo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3.3 EVALUACIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL DE PACIENTES CON DOLOR

El dolor crónico se considera una compleja experiencia multidimensional que involucra no solo elementos sensoriales y emocionales, sino motivacionales y cognoscitivos, que en los casos agudos no son tan evidentes. El modelo cognitivo-conductual ha tenido un papel significativo en la comprensión y tratamiento del dolor crónico. De acuerdo a este modelo, las creencias de los pacientes y sus conductas de afrontamiento juegan un papel central en el ajuste al dolor crónico.

En base a este modelo y debido a la falta de datos sobre las características psicológicas de los pacientes con dolor crónico en México, se considero importante evaluar los factores cognitivos y conductuales que rodean la experiencia de dolor en pacientes que asisten a la Clínica de Dolor y Medicina Paliativa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Las variables evaluadas en este estudio fueron las siguientes: conciencia de enfermedad, conductas de dolor, estado afectivo, distorsiones de pensamiento, locus de control, estilos de afrontamiento, autoeficacia, intervención familiar, estrés, atención somática, adherencia a los tratamientos médicos y repercusión del dolor. Se realizó un estudio descriptivo con una muestra intencionada de 100 pacientes con dolor crónico. Se utilizó un formato de entrevista semiestructurada.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables: conciencia de enfermedad, conductas de dolor, estado afectivo, distorsiones de pensamiento, autoeficacia, intervención familiar, estrés, atención somática, adherencia a los tratamientos médicos y repercusión del dolor.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables "locus de control" y "estilos de afrontamiento". Los diagnósticos psicológicos más frecuentes en esta población fueron: trastorno depresivo leve, moderado o severo (32%) y trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, con ansiedad, mixto, de comportamiento, con alteración mixta de las emociones y el comportamiento (30%); el 21% de pacientes no tuvo ninguna alteración psicológica aparente.

Las variables evaluadas en el presente estudio mostraron ser representativas de la población de pacientes con dolor crónico, por lo que se considera conveniente incluirlas en una evaluación estructurada cognitivo conductual, ya que se comprobó que aportan información relevante sobre el estado psicoafectivo de los pacientes.

En cuanto a las variables "locus de control" y "estilos de afrontamiento", se recomienda una evaluación independiente con pruebas estandarizadas, ya que en la literatura se ha demostrado que estas variables son importantes para el diseño de tratamientos psicológicos dirigidos a pacientes con dolor crónico que favorezcan la adaptación del paciente a su problema de salud.

2.3.4 PUBLICACION DEL CAPITULO "TECNICAS PSICOLÓGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO"

Una de las principales aportaciones realizadas por las Residentes de Medicina Conductual del INCMNSZ fue la realización del capítulo "Técnicas psicológicas para el manejo del dolor crónico", para el libro Medicina del Dolor y Paliativa dirigido por el Dr. Uriah Guevara López, editado en el presente año.

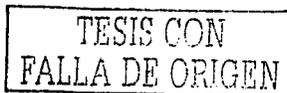
2.4 ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS

1. SIMPOSIO SALUD MENTAL, PACIENTE PEDIÁTRICO Y FAMILIA. Dentro de los objetivos del Simposio se encontraban: a) analizar la importancia del apoyo familiar para la Intervención, Tratamiento y Rehabilitación del Paciente Pediátrico Hospitalizado, b) mostrar la importancia del apoyo familiar en la atención y rehabilitación del paciente pediátrico hospitalizado, c) presentar un amplio panorama de la pediatría, sus antecedentes, desarrollo y situación actual y d) identificar el trabajo del psicólogo en la atención pediátrica hospitalaria. Dentro de los temas que se abordaron se encuentran; Retos de la Salud Mental Infantil y Familiar para el Nuevo Milenio; la Pediatría y la Familia en los umbrales del siglo XXI; Sistema Nervioso y Patología Sistémica; Evaluación Neuropsicología del Paciente Pediátrico; Salud Mental en Problemas de Alto Riesgo entre otros.

2. Foro: "Reflexiones sobre el enfermo terminal y la muerte. Los días 28, 29 y 30 de septiembre se asistió al presente foro que fue organizado por el Instituto Estatal de Cancerología y la Fundación Alejandro Cervantes Delgado A.C.. Este foro se desarrolló en Acapulco, Guerrero y tuvo una duración de 24 horas.

3. IV Curso de Psicooncología. Del 23 al 25 de agosto del 2000 se asistió al IV curso de Psicooncología que fue organizado por el Instituto Nacional de Cancerología de México y la Asociación Psiquiátrica de México.

4. Quinto Congreso Internacional sobre conductismo y Ciencias de la Conducta. Del 5 al 8 de octubre del 2000 se participó en el presente Congreso como ponente presentando la investigación realizada durante el primer año de residencia en el Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México, titulado "Detección de Patrón Conductual tipo A en médicos del Hospital Juárez de México".



5. *Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud.* Este Congreso se llevó a cabo en la Ciudad La Habana, Cuba, durante el mes de noviembre del 2000, tuvo una duración de 5 días, asimismo previo al Congreso se llevaron a cabo diversos cursos, talleres y visitas a las distintas Instituciones de Salud que brindan Servicio en esta Ciudad. El objetivo de este Congreso fue dar a conocer los avances que la Psicología de la Salud ha tenido en Latinoamérica.

6. *IX Congreso Mexicano de Psicología.* En febrero del 2001 se asistió al IX Congreso Mexicano de psicología cuyo objetivo fue: la aplicación de los hallazgos de la investigación científica a la practica profesional del psicólogo en la década de la conducta. Este Congreso se desarrolló del 5 al 7 de febrero en la Unidad de Congresos del Centro Médico siglo XXI.

7. *Aspectos Psicológicos en Cuidados paliativos.* La comunicación con el enfermo y la familia. Durante el segundo año de residencia realizada en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran se realizó el presente curso a distancia que fue certificado por el Aula de Estudios Sanitarios (ADES) que está acreditado por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud. Este Curso se realizó en los meses de Julio, Agosto y Septiembre del 2001, con un total de 138 horas lectivas. A este curso se asistió junto con 9 profesionales de la salud, entre los que se encontraban trabajadoras sociales, médicos algólogos, médicos psiquiatras y los residentes de Medicina Conductual. En este grupo se discutían los temas incluidos en el curso. El curso finalizó con la aplicación de un examen el cual fue acreditado por todos los participantes.

8. *Intervención de enfermería en el alivio del dolor y cuidados paliativos.* Los días 22, 23 y 24 de noviembre del 2001 se asistió al presente curso monográfico, participando asimismo como ponente con la platica: "Aspectos psicoafectivos del dolor". Este curso se desarrollo en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran, dirigido principalmente a Enfermería y a profesionales de la salud.

3. EVALUACIÓN

3.1 Programas desarrollados en las Sedes.

Es importante destacar que la necesidad de la Medicina Conductual en el Sector Salud es innegable, desde el inicio de la residencia el trabajo con pacientes, familiares y profesionales de la salud fue interminable; la demanda que existe en este tipo de Hospitales sobrepasa el limite de lo establecido, en cuanto atención se refiere. Esto compromete más aún a los profesionales de la salud para dar un Servicio de calidad, ya que la mayor parte de trabajo se realiza bajo presión por la gran demanda que existe del Servicio.

El trabajo diario con pacientes que padecen alguna enfermedad crónico degenerativa es difícil, sobre todo trabajando en situaciones de sobredemanda, tiempo de intervención limitado, sin un espacio privado en el que se realice la intervención y la negativa del personal médico de aceptar el trabajo del psicólogo.

Los Programas que desarrolle el Psicólogo de la Salud en su Sede Hospitalaria cobran gran relevancia para la población, con ellos se puede realizar la detección de alteraciones emocionales, realizar una intervención psicológica rápida y eficaz; además del desarrollo de intervenciones preventivas y de proyectos de investigación Cognitivo Conductuales. El seguimiento de estos Programas por los residentes de nuevas generaciones será de gran importancia ya que siempre se avanzará hacia un mismo objetivo que es brindar atención psicológica de calidad.

Dentro de las dificultades que se encuentran para desarrollar y aplicar un Programa es la gran demanda del Servicio, como ya se dijo, durante la residencia es difícil tener un espacio libre para planear y desarrollar una investigación o Programa; ya que además de realizar las actividades propias de la Sede Hospitalaria, el residente debe cumplir con las exigencias académicas de la Maestría. Pero a pesar de todo se cumplió con todos los requisitos académicos y se logró realizar por lo menos un programa o investigación en cada sede.

El apoyo por parte del Jefe de Servicio es uno de los factores más importantes para poder realizar un proyecto de investigación, por medio de su ayuda se obtienen recursos para poner en práctica el proyecto. Afortunadamente en ambas Sedes Hospitalarias se contó con el apoyo incondicional del Jefe de Servicio, por lo que gracias a ellos se logró cumplir con una de las metas académicas planteadas desde el inicio.

Asimismo, la supervisión y el apoyo del Supervisor Académico, tuvo un papel fundamental para la realización de cada proyecto, ya que además de analizar, sugerir y apoyar cada proyecto, brindaba diversas alternativas metodológicas y bibliográficas para lograr desarrollar un trabajo de calidad.

Por lo tanto a manera de conclusión, los programas desarrollados en cada Sede cobran un papel importante y fundamental, su objetivo principal es generar, adaptar y desarrollar programas de intervención en los diferentes niveles de atención a la salud. A través de estos programas se puede evaluar la eficacia de los programas de intervención en el área de salud. Asimismo la población con la que se trabaja resultará beneficiada con la aplicación de los mismos, con su aplicación se podrá prevenir o tratar diferentes alteraciones emocionales que presenten al enfrentar alguna enfermedad crónico degenerativa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.2 SISTEMA DE SUPERVISIÓN

El principal objetivo de la supervisión es asegurar que el estudiante adquiera competencias, académicas, de evaluación, diagnóstico e intervención. Por lo que el sistema de supervisión constituye un pilar importante en la formación del residente.

El supervisor tiene la responsabilidad de:

- a) Encontrar, valorar y apoyar las habilidades inherentes del supervisado
- a) Determinar el déficit de habilidades en el supervisado y ayudarlo a adquirirlas
- b) Apoyar el desarrollo natural, fomentar la autonomía del supervisado en su trabajo clínico y la confianza en su propio juicio e inculcar la honestidad para solicitar la consulta

3.2.1 Supervisión In Situ

Este tipo de supervisión tiene el objetivo de apoyar al entrenamiento del residente en el escenario clínico, siguiendo los horarios, políticas y reglamentos de la institución sede. El supervisor, se encuentra ubicado físicamente en el escenario hospitalario, lo que permite que además de los horarios planteados para realizar la supervisión, el residente tenga la oportunidad (cuando sea necesario) de solicitar el apoyo inmediato.

Durante el primer año de residencia en el Hospital Juárez de México, se contaba con el nombramiento del Supervisor In Situ, sin embargo, desafortunadamente nunca se contó con este sistema de supervisión.

Durante el segundo año de residencia este sistema de supervisión se desarrolló desde el primer día, la organización de horarios de supervisión fue la siguiente: martes y viernes de 9:30 a 10:30. Los días martes se realizaba una revisión bibliográfica propuesta por todos los asistentes y los viernes se dedicaba a la supervisión de casos clínicos o al proyecto de investigación.

Este sistema de supervisión siempre estuvo pendiente del trabajo de cada uno de los residentes, tratando de atender a sus necesidades e intereses, cada residente tenían participación activa dentro de la misma. La Supervisora In Situ tuvo gran relevancia en la formación académica del residente, ya que no se limitó a cumplir con los objetivos académicos, superando las expectativas y objetivos planteados, sino apoyo el crecimiento profesional del residente, respaldándolo con sus conocimientos y experiencia.

Es importante destacar que la supervisión In Situ es de gran importancia para la formación y el desarrollo profesional del residente, uno de los aspectos más útiles es que la supervisión se da en el escenario clínico, esto permite una mayor

comprensión entre el supervisor y el supervisado. Este tipo de contacto y orientación son las que permite que el residente logre alcanzar los objetivos planteados, en todo momento se cuenta con el apoyo de un profesional en el área, que además está dispuesto a respaldar el trabajo diario.

3.2.2 SUPERVISOR ACADEMICO

El objetivo de la supervisión académica es asesorar a los alumnos en el escenario clínico. El trabajo se realizó semanalmente, en esta supervisión se trabaja de manera grupal casos clínicos o revisiones bibliográficas que apoyan el trabajo del residente en la sede hospitalaria, asimismo se informaba las dificultades que entorpecían el trabajo del residente, para que en conjunto se encontraran soluciones pertinentes.

El supervisor estuvo en contacto con el Jefe de Servicio para conocer el impacto de la residencia, con la población y el personal, con el objetivo de mejorar el trabajo del residente y cubrir la necesidades del Servicio, para que en conjunto se brinde un Servicio de calidad.

El supervisor académico es una de las personas que mayor importancia tiene en la formación del residente, ya que desde un inicio se encuentra apoyando a su desarrollo académico, realizando todas las actividades mencionadas. Finalmente, es el quien ayuda a la conclusión del desarrollo académico, ya que debido a su orientación y supervisión se realiza el reporte de actividades profesionales.

El supervisor académico cuenta con una gran experiencia docente, por lo que la supervisión siempre busco la excelencia académica, aportando no solamente conocimientos teóricos sino prácticos que sirven para el desarrollo completo del supervisado. Esta supervisión constituye una de las actividades más importantes ya que en el supervisor académico no se limita a los objetivos planteados, sino que siempre mostró interés en el desarrollo profesional de su residente.

5. SUGERENCIAS Y CONCLUSIONES

La Maestría en Psicología Profesional, con residencia en Medicina Conductual, tiene una estructura cuyo objetivo es lograr la excelencia académica en los alumnos. Con el sistema de residencia y la supervisión constante pueden desarrollarse habilidades en el alumno que lo formen como un Psicólogo de la salud especialista en el área. Sin embargo la funcionalidad de esta estructura no siempre se pudo llevar a cabo debido a que los supervisores asignados son profesionales que deben cubrir con una gran cantidad de responsabilidades, que obstaculizaban su asistencia a los escenarios clínicos. De hecho considero que una de las grandes aportaciones en la formación del residente es la retroalimentación en la práctica,

ya que es muy diferente la exposición de un caso clínico a la observación directa del residente en el trabajo con el paciente. A pesar de esto, cada uno de los supervisores siempre se esforzaron por darnos el mayor tiempo posible y poder apoyar en el trabajo cotidiano del residente en su sede hospitalaria.

Considero importante se implemente de manera permanente un día de cada semana, para que todos los residentes se reúnan (con el apoyo de algún supervisor) a discutir los problemas metodológicos, funcionales y de trabajo que se presentan en cada sede, con el fin de conocer las actividades que realiza cada uno de nuestros compañeros en cada sede, el tipo de problemas que enfrentan diariamente y como se puede dar solución a los mismos. Esta sugerencia es debido a la falta de contacto que se tiene con los compañeros, una vez que el residente es asignado a la sede, cada uno se dedica a cumplir con sus responsabilidades, sin tener contacto e información de las actividades en otras residencias.

Una de las actividades que se implementaron de manera quincenal pero no tuvo un seguimiento, fue la presentación de casos clínicos por parte de los residentes obteniendo a su vez retroalimentación por parte de los supervisores, esta actividad nos permite adquirir habilidades de intervención y evaluación del paciente con alguna enfermedad crónica degenerativas, no solo con la población que trabajamos cotidianamente, sino con la población de otras especialidades, esto enriquece aún más nuestra experiencia y aprendizaje.

Con respecto a la parte de la teoría, considero importante incluir dentro de la formación académica, clases de intervención clínica en ambientes hospitalarios, esto sería de gran utilidad, porque la demanda de atención clínica en cada sede es demasiada, y perfeccionar esta intervención sería muy provechoso tanto para el residente como para la población.

En conclusión considero que la Maestría me ha dado las herramientas necesarias para ejercer con profesionalismo y calidad la Medicina Conductual en cualquier escenario clínico, además me ha formado como un investigador con capacidad para desarrollar trabajos en el área que sean de gran utilidad para la población.

Considero que la Maestría ha fortalecido y perfeccionado las habilidades de evaluación e intervención en pacientes con enfermedades crónico degenerativas. Ha fortalecido en mi una actitud ética hacia el ejercicio de la disciplina. Algo que me gustaría resaltar es la sabiduría y experiencia de mis profesores y supervisores que a pesar de todas sus actividades y responsabilidades, siempre mantuvieron una actitud de apoyo y comprensión incondicional. Todo el aprendizaje y experiencia que he adquirido en la Maestría tiene un valor incalculable y ha desarrollado en mi un compromiso de brindar día con día atención y Servicio de excelencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS

- Bernstein, D. A. y Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training*. Research Press, Illinois.
- Cohen, J., Cullen, J. & Martin, L.(1982). *Psychological aspects of cancer*. New York: Raven Press.
- D´Zurrilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78,107-126
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L., Taylor, S. & Falke, R.(1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11, 79-87.
- Dworkin RH; Cooper EM; Siegfried RN. (1996) Chronic pain and disease conviction. *Clin J Pain*. Jun;12(2):111-7
- Friedman, M. y Rosenman, R. H. (1976). *Type A Behavior and your heart*. Greenwich, Conn. A Fawcett Crest Book.
- Golden, W. L., Gerch, W. D., & Robbins, D. M. (1992). *Psychological treatment of cancer patients: A cognitive-behavioral approach*. Boston: Allyn & Bacon.
- Guise BJ. (2000). Behavioral medicine strategies for heart disease prevention: the example of smoking cessation. *Prev Cardiol*. Winter; 3(1):10-15.
- Hickman SE, Tilden PV, Tolle SW. (2001). Family Reports of Dying Patient´s Distress: The Adaptation of a Research Toll to Assess Global Symptom Distress in the Last Week of life. *J Pain Symptom Manage*. 22:565-574.
- Holzberg AD; Robinson ME; Geisser ME; Gremillion HA., (1996) The effects of depression and chronic pain on psychosocial and physical functioning. *Clin J Pain Jun*. 12(2):118-25
- Jenkins, C.D. (1978). A comparative review of the interview and questionnaire methods in the assesment of the coronary-prone behavior. EE.UU: Springer-Verlag.
- Jenkins, C.D., Zyzanski, S.J. y Rosenman, R.H. (1979) *Jenkins Activity Survey Manual*. New York:Corporation
- Jiménez PJ, Grau J, Noriega P, et al. (1995) Calidad de vida en el enfermo oncológico en etapa terminal: un estudio de intervención. *Psicología y salud*. 6:59-74.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, Martínez Roca
- Mc Kay M, Davis M, Fanning P. (1995). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- McCracken LM. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*. Jan;74(1):21-7
- Neeleman J, Ormel J, Bijl V. (2001). The distribution of psychiatric and somatic ill healt: associations with personality and socioeconomic status. *Psychosomatic medicine* 63:239-47.
- Oliveira JT. (2000) Behavioral aspects of chronic pain syndromes. *Arg Neuropsiquiatr* Jun;58(2A):360-5

- Quiroga A., Sánchez M. R. y Barrera, (1994) Modelo Psicológico de prevención, orientación y tratamiento de conductas adictivas para estudiantes y trabajadores Universitarios. Psicología. UNAM.
- Redd HM, Montgomery HG, DuHamel NK. (2001). Behavioral Intervention for Cancer Treatment side Effects. *J Natl Cancer Inst* 93:810-23.
- Reynoso, E. L. (1999) *Enfrentamiento y estrés*. Facultad UNAM. México. Inédito.
- Reynoso-Eraza, L., y Seligson, I. (1989). Fotocopiado. *Desarrollo de una Escala de ansiedad-tensión*. México: U.N.A.M.
- Reynoso-Eraza, L., y Seligson, I.(1997): Patrón conductual tipo A en México: Aplicación de un nuevo instrumento de evaluación. *Archivos del Instituto de Cardiología de México*, 67, 419-427
- Seligson, I. y Reynoso-Eraza, L.(1988). Fotocopiado. *Construcción de la escala conductual sobre Desarrollo del problema y su uso en poblaciones clínicas*. México: U.N.A.M.
- Seligson, I. Y Reynoso-Eraza, L. (1999) *Aplicación de un Programa conductual de afrontamiento en pacientes cancerosos*. Facultad UNAM. México.
- Seligson, I., Reynoso-Eraza, L. y Nava, C. (1993) Psicología de la salud. *Salud y Sociedad*, vol. 2, No 1.
- Seligson, M. Y Reynoso, E. (1993) La psicología de la salud y sus diferentes campos de aplicación. *Salud y sociedad*. Vol. 2, No. 1, p.p. 37- 58.
- Wallan, T. (2000) Treatment of cancer. Pagina de internet. (<http://www.ymac.com>)
- Weir R; Browne G; Tunks E; Gafni A; Roberts J.(2001). Families, Systems & Health. Vol 19, No. 2
- Weir R; Browne G; Tunks E; Gafni A; Roberts J. (1996). Gender differences in psychosocial adjustment to chronic pain and expenditures for health care services used. *Clin J Pain* Dec;12(4):277-90.

ANEXO 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 1. Estadísticas de la variable edad

ESTADÍSTICAS	EDAD
N. de casos	511
Media	52.50
Mediana	50.00
Moda	35
Minimo	15
Maximo	88

Cuadro 2. Tipo de consulta durante el período de marzo del 2001 a febrero del 2002

TIPO DE CONSULTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMERA VEZ	130	25%
SUBSECUENTE	138	27%
HOSPITALIZACION	192	38%
PALIATIVO	51	10%
TOTAL	511	100%

Cuadro 3. Porcentaje de Trastornos psicológicos en relación con el tipo de consulta

DIAGNÓSTICO	1ª. vez	Subsecuente	Hospitalización	Paliativos
Trastorno Depresivo	23%	29%	29%	19%
Trastorno Adaptativo	26%	32%	40%	2%
Trastorno de Personalidad	30%	27%	41%	0%
Duelo	20%	31%	31%	18%
Trastorno de Ansiedad	25%	20%	43%	11%
Trastorno Somatomorfo	22%	22%	56%	0%
Sin alteración aparente	40%	18%	42%	0%
Delirium	16%	20%	68%	4%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 4. Diagnóstico psicológico en relación con género

DIAGNÓSTICO	FEMENINO	MASCULINO
Trastorno Depresivo	137	52
Trastorno Adaptativo	66	36
Trastorno de Personalidad	23	14
Duelo	32	19
Trastorno de Ansiedad	36	8
Trastorno Somatomorfo	10	8
Sin alteración aparente	30	15
Delirium	16	9
TOTAL	350	161

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROGRAMA CONDUCTUAL DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA

El Cáncer representa un grupo de enfermedades caracterizadas por la multiplicación incontrolada y anárquica de ciertas células en el organismo, produce un crecimiento anormal de las células, hasta convertirse en masas de tejidos llamados tumores.

Las células del cáncer atacan el tejido sano y nunca dejan de multiplicarse, esta enfermedad tiene un comportamiento distinto en cada persona, según su tipo; puede darse a cualquier edad, pero es más probable que afecte a personas de edad avanzada; por lo general a partir de los 55 años. El cáncer también puede presentarse en niños, y de hecho, es la segunda causa principal de muerte en niños de edades comprendidas entre 1 y 15 años. Las posibilidades de supervivencia al cáncer dependen del lugar del cuerpo en que se encuentre y las clases de tratamiento utilizadas.

El cáncer aumentó su incidencia en las últimas décadas hasta ocupar uno de los diez primeros lugares como causa de muerte, se considera altamente deteriorable, tanto a nivel interno como externo. Estudios epidemiológicos recientes de Norteamérica indican que de cada 4 personas una recibirá diagnóstico de cáncer alguna vez en su vida (Seligson y Reynoso, 1999).

Los avances médicos han logrado que el paciente tenga un pronóstico de vida más prolongado; lo que implica una necesidad del individuo para adaptarse al impacto emocional de afrontar el diagnóstico y tratamiento; ya que además de las perturbaciones fisiológicas propias de la enfermedad, el paciente puede afrontar una serie de alteraciones emocionales debido al estrés que genera enfrentar la enfermedad. Dificilmente puede conseguirse un estado psicológico adecuado cuando el sufrimiento físico, uno de los temores fundamentales del paciente, acapara toda su atención y aumenta su aislamiento (Jiménez PJ, Grau J, Noriega P, et al, 1995).

El diagnóstico de cáncer puede ser visto como una experiencia que envuelve sentimientos de tristeza, enojo y miedo, desafortunadamente estos sentimientos pueden agudizarse. Algunas de las secuelas psicológicas y emocionales más comunes son depresión, ansiedad, estrés, decremento en la autoestima, disminución de sensación de autocontrol y disminución en el funcionamiento psicológica y emocional.

Una de las formas de cáncer más frecuentes en la población femenina es el cáncer de mama, una enfermedad en la cual se desarrollan células malignas en los tejidos de la mama.

Un reciente estudio epidemiológico realizado en los Estados Unidos concluyó que una de cada ocho mujeres en algún momento de su vida será diagnosticada con cáncer de

mama, el cáncer es la primera causa de muerte entre mujeres de 35 a 54 años, una mujer es diagnosticada con cáncer mamario cada tres minutos, cada doce minutos una mujer muere a causa de esta enfermedad, 184.000 mujeres serán diagnosticadas con cáncer mamario este año en Estados Unidos, 44.000 mujeres morirán este año en este país a causa del cáncer mamario, desde 1960, más de 960.000 mujeres han muerto a causa de cáncer mamario, el 70% de los casos nuevos de cáncer mamario son diagnosticados en mujeres que no tienen historia familiar de esta enfermedad, el cáncer mamario cuesta más de un billón de dólares cada año en gastos médicos y pérdida de productividad, la sobrevivencia relativa es de 5 años (Wallan, 2000).

Desde un punto de vista psicológico, el cáncer de mama puede desarrollar cambios conductuales en los pacientes, debido a los eventos que enfrentan como, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de vida, los pacientes tratan de conservar la salud y/o evitar la propagación de la enfermedad. Cuando el paciente con cáncer experimenta ansiedad, éste puede acompañarse después de dolor agudo y esto puede desencadenar síntomas depresivos hasta llegar a convertirse en un trastorno.

Existen diversos factores que influyen en la forma de afrontar la enfermedad de un individuo como son las características de personalidad, apoyo social, variables médicas como las etapas, resultados, sitios del cáncer y tratamiento. La prevalencia de desordenes psiquiátricos puede ser común y es importante que el personal médico las conozca para tratar adecuadamente al paciente apoyándolo en las áreas que sean necesarias.

La tarea del personal de la salud es evaluar las respuestas psicológicas y diferenciar aquellas respuestas que se consideran como "normales" y apoyar aquellas que sean patológicas y pueden interferir substancialmente con el confort de los pacientes, la calidad de vida y la capacidad para aceptar el tratamiento adecuado y adherirse al tratamiento ya que esto puede tener un efecto en su vida.

Los pacientes con cáncer se encuentran ante la necesidad de utilizar y/o desarrollar estrategias de afrontamiento para dar respuesta a todo lo que conlleva la enfermedad.

Se considera que el afrontamiento son todos aquellos recursos cognitivos, conductuales y emocionales utilizados por el individuo para dar respuesta a una situación amenazadora, cambiante o generadora de estrés (Lazarus y Folkman, 1986).

En el caso de los pacientes con deficiencias en su salud biológica el afrontamiento es considerado como: Un proceso que solo ocurre en quien padece la enfermedad e, incluye solo aquellas acciones del paciente que le son útiles para recuperar la salud o sobrellevar la enfermedad que padece (Seligson, I. y Reynoso, E., 1999). El afrontamiento debe considerarse como un proceso conductual que facilita al sujeto el mejorar, estabilizar o impedir la agudización de su enfermedad.

La forma en que una persona afronta una situación estresante depende principalmente de los recursos de que dispone y de las limitaciones que dificulten el uso de dichos recursos en el contexto de una interacción determinada. El que una persona tenga muchos recursos no sólo significa que dispone de un gran número de ellos sino que tiene habilidad para aplicarlos ante las diferentes demandas de su entorno, los recursos se obtienen de uno mismo, ya sea como tales o como un medio para hallar otros recursos necesarios pero no disponibles.

Una característica generalizada de afrontamiento a la enfermedad es el grado en que conductas diseñadas para hacer frente a episodios presentes de la enfermedad repiten acciones más apropiadas para episodios anteriores. Los pacientes aprovechan una gran variedad de recursos para hacer frente a las demandas de las enfermedades graves; entre ellos resulta esencial su propia capacidad para generar respuestas de afrontamiento.

Este programa de entrenamiento entra en un paradigma educacional en el que se enseña a pensar el cómo reconocer, afrontar y resolver los problemas que puede encontrar en el transcurso de su enfermedad. A cada sujeto se le da la oportunidad de aprender la técnica de solución de problemas, después practicarla con el terapeuta y finalmente aplicar los procedimientos a problemas personales relacionados con la enfermedad.

METODO

Objetivo General. Generar un programa conductual de habilidades de afrontamiento con el fin de que apoye a las pacientes con cáncer de mama a dar solución a las demandas que exige la enfermedad

Objetivos Específicos.

1. Disminuir los niveles de estrés de los sujetos.
2. Entrenar a los sujetos en técnicas conductuales con el fin de afrontar los problemas que pueden presentar en el transcurso de su enfermedad.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Mujeres diagnosticadas con cáncer de mama,
3. Edad comprendida entre 25 y 40 años,
4. Saber leer y escribir y,
5. Etapas de extensión, se trabajará con pacientes cuya etapa clínica sea I, II, o III.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Cuasiexperimental, Pretest-Posttest.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

1. Desarrollo del Problema (Seligson y Reynoso, 1988)
2. Escala de ansiedad-tensión (Reynoso y Seligson, 1989)
3. Listado de síntomas de estrés en pacientes cancerosos (Golden, Gerch y Robbins, 1992)
4. Modos de afrontamiento al estrés (Lazarus y Folkman, 1986)

PROCEDIMIENTO

El programa consiste en 10 sesiones aplicando las siguientes estrategias de intervención.

1. Relajación muscular progresiva (Bernstein y Borkoveck, 1973). La relajación tiene como objetivo primordial favorecer un estado físico y emocional placentero al paciente, trabajando la distensión de todos sus músculos y el alejamiento de pensamientos, sentimientos y emociones negativas durante el momento de relajación, para que en un futuro el estado placentero pueda ser generalizado.
2. Detención del pensamiento. En donde se entrena al individuo a identificar todos los pensamiento que a su forma de ver están incrementado su respuesta de ansiedad, una vez identificados, se pretende eliminarlos introduciendo pensamientos positivos, o simplemente pensado qué tan reales son esas preocupaciones.
3. Programación de actividades placenteras. La implementación de esta técnica tiene como objetivo, realizar aquellas actividades que proporcionan placer o bienestar en el individuo.
4. Solución de problemas (D' Zurilla y Godfried, 1971). Los autores de esta técnica idearon esta estrategia en cinco pasos para hallar soluciones nuevas a cualquier tipo de problemas. La persona aprende a identificar la raíz del problema, proporcionando él mismo alternativas de solución, esto requiere un entrenamiento mayor, sin embargo el objetivo principal es que el individuo aprenda a dar por sí mismo la solución a los problemas.

PROGRAMACIÓN Y ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El desarrollo de este programa iniciará en el momento en que la paciente reciba el diagnóstico de cáncer de mama, por parte del personal médico responsable, se solicitará a la paciente pasar con la Psicóloga y en ese momento iniciará la intervención.



La programación de las sesiones dependerá de las citas que la paciente tenga programadas en su servicio correspondiente. Esto es debido a que los pacientes atendidos (en su mayoría) son de escasos recursos económicos y su traslado al hospital implica atravesar grandes distancias, por lo que el programa tendrá que adaptarse a las necesidades del paciente. De igual manera puede contemplarse una mejor adherencia al tratamiento, incorporando las sesiones, a las actividades del paciente.

SESION I

1. Entrevista Inicial. Se llevará a cabo una entrevista semi-estructurada, con el objetivo de conocer datos generales y antecedentes psicológicos que ayuden a la implementación del Programa conductual.
2. Información General. En diversas investigaciones se ha sugerido que la necesidad primaria del paciente es tener suficiente información para considerar los pros y los contras para tomar las decisiones con respecto a su tratamiento. Por lo que se proporcionará a la paciente información acerca de las dudas que surjan con respecto a su enfermedad o al tratamiento propuesto por el personal médico.
3. Información del Programa. Una vez que se agoten las dudas con respecto a su enfermedad, tomando en cuenta los criterios de inclusión del presente programa, se propondrá a la paciente ser parte del mismo explicándole el objetivo, así como los beneficios que obtendría.
4. Respiración Profunda. Como primer paso del presente entrenamiento se trabajará la respiración diafragmática, explicando el objetivo de la técnica, los beneficios de la misma, se explicarán el procedimiento.

SESION II.

La sesión se iniciará con un repaso del entrenamiento en respiración profunda.

1. Aplicación de Inventarios. Se aplicarán, los cuatro inventarios programados para la presente investigación aplicada.
2. Inicio del entrenamiento en relajación. Este día se encuentra destinado en aprender a relajar músculos de las manos, antebrazos y bíceps. Se debe aclarar al paciente que estos ejercicios se deben realizar tres veces durante el día.

SESION III.

1. Continuación del entrenamiento en relajación. En esta sesión se entrenará la relajación en cabeza, cuello y los hombros.
2. Inicio del entrenamiento en detener el pensamiento.

SESION IV.

1. Continuación del entrenamiento en relajación. En esta sesión se entrenará en relajación en pecho, estomago y la parte baja de la espalda.
2. Continuación del entrenamiento en detener el pensamiento.

SESION V

1. Continuación del entrenamiento en relajación. Finalmente se trabajará el entrenamiento en relajación de los muslos, nalgas, pantorrillas y pies.
2. Continuación del entrenamiento en detener el pensamiento.
3. Planeación de actividades placenteras. Durante esta sesión se llevará a cabo una lista de todas aquellas actividades placenteras que le gustaría realizar y que nunca ha realizado o ha dejado de realizar a raíz de haber recibido el diagnóstico de su enfermedad. Una vez creada la lista se elegirá una de las actividades que sea más factible realizar y como tarea la paciente tendrá que realizarla.

SESION VI

1. Esta sesión inicia con el análisis de la tarea de la sesión anterior, discutiendo los inconvenientes o beneficios que se obtuvieron con la realización de la actividad.
2. Se llevará a cabo un repaso acerca de las técnicas aprendidas hasta el momento, con el objeto de analizar dudas con respecto de la aplicación de las mismas, beneficios alcanzados (en palabras del paciente) a través de este repaso se pretende mejorar la calidad en su ejecución; por lo que se repasaran las técnicas de relajación, detención del pensamiento y actividades placenteras.

SESION VII

1. Se iniciará el entrenamiento en solución de problemas. Se explicará a la paciente el objetivo de esta técnica, describiendo su utilidad y aplicabilidad para su vida diaria. Esta técnica consiste en cinco pasos que serán desglosados a lo largo de las sesiones.



En esta sesión se entrenará al paciente para identificar las situaciones problemáticas a través de una lista de problemas que se proporcionará al paciente, esta lista consiste en determinar si una situación es un problema significativo, el paciente tendrá que indicar si es molesto para ella o no, tomando en cuenta su intensidad.

2. Posteriormente la paciente tendrá que describir con detalle algún problema surgido a raíz de su enfermedad que quiera, proporcionando la respuesta habitual que daría a dicho problema, de la lista de problemas que se realizó anteriormente, se debe determinar el área general que causa mayor molestia. Para terminar con esta sesión se formularán una serie de objetivos alternativos para pasar al siguiente paso

SESION VIII.

1. En esta sesión se continuará con el entrenamiento en solución de problemas, en el siguiente paso se utilizará la estrategia denominada "lluvia de ideas", con el fin de dar respuesta a los objetivos formulados en la sesión anterior. Esta estrategia consiste en que el propio sujeto propondrá la forma en que puede llevar a cabo sus objetivos planteados anteriormente, excluyendo críticas.

2. El siguiente paso consiste en seleccionar las estrategias más prometedoras y evaluar las consecuencias de ponerlas a la práctica; este es un proceso de ponderación e imaginación que se debe realizar de manera cuidadosa y razonada.

SESION IX

1. Para finalizar el entrenamiento en la técnica de solución de problemas se trabajará el último paso que es de los más difíciles, ya que en este momento se ponen en práctica las decisiones tomadas hasta el momento.

2. Se realizará un repaso final acerca de la técnicas entrenadas hasta el momento.

SESION X

1. Aplicación de Inventarios. Se aplicarán los cuatro inventarios programados para la presente investigación aplicada.

2. Cierre del Programa

PATRON DE CONDUCTA TIPO A EN MEDICOS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Este patrón de conducta no es un rasgo de personalidad, ni una reacción de estrés, sino la conducta observable que emerge cuando una persona predispuesta es confrontada con una situación crítica, este patrón puede ser observado en situaciones placenteras o problemáticas y se dispara particularmente ante eventos que se perciben como retos relevantes (Seligson, Reynoso y Nava, 1993).

En realidad este patrón de conducta ha generado poca atención, sin embargo se puede considerar como un factor de riesgo para la salud ya que la combinación de inmunosupresión, un estilo de vida apresurado y redes de apoyo social deficientes contribuyen a elevar el riesgo de padecer alguna enfermedad física, sobre todo enfermedades cardiovasculares.

Resumiendo las personas con un patrón de conducta tipo A presentan las siguientes características:

- Hablar rápidamente y en ocasiones de modo explosivo
- moverse y caminar rápidamente
- comer rápidamente
- irritación injustificada por los retrasos (por ejemplo por tener que esperar su turno al hacer fila)
- tratar de programar más y más actividades en menos tiempo
- sentirse vagamente culpables mientras descansan
- hacer dos cosas al mismo tiempo

(Jenkins 1978; Jenkins, Zyzanski y Rosenman 1979)

Los profesionales de la salud, específicamente el personal médico, debido a su actividad diaria y al estrés al que están sometidos constantemente, pueden ser una población de alto riesgo para presentar este síndrome, por lo que la finalidad de este estudio fue detectar la presencia del Patrón de conducta tipo A (PCTA) en una muestra de médicos del Hospital Juárez de México.

METODO

Sujetos.

Se utilizó una muestra de 60 sujetos (13 mujeres y 47 hombres). La población fue de médicos residentes que se encontraban realizando una especialidad o subespecialidad en el Hospital Juárez de México. La selección de los sujetos fue no probabilística



Instrumentos.

Se utilizó el Cuestionario de detección de Patrón Conductual tipo A (Reynoso y Seligson, 1997).

Procedimiento

1. Cada sujeto fue entrevistado individualmente en el Hospital
2. Se encontraba a solas con el entrevistador
3. Se dispuso del tiempo necesario para la resolución del cuestionario, la resolución de dudas y el plantear comentarios

Resultados.

Con respecto al estado civil de los participantes 27 eran solteros y 33 casados (ver cuadro 5). De acuerdo a los resultados obtenidos, se observó que 10 médicos obtuvieron puntajes altos, 6 de ellos están en una especialidad quirúrgica (ver cuadro 6). Dentro de los estudios epidemiológicos se observa que los cirujanos tienen la incidencia más elevada de morbilidad por infartos (Seligson et al op cit. 1993).

La mayoría de los médicos con puntajes elevados son casados (ver cuadro 6), por lo que además de la profesión se deben tomar en cuenta otros factores que pueden generar estrés en el profesional como son sus relaciones familiares, economía, actividades recreativas, relaciones interpersonales. Se debe tomar en cuenta que durante la residencia los médicos se encuentran sometidos a estrés laboral y plantearnos si ¿su patrón conductual se mantendrá estable en el tiempo?.

Un dato que es importante resaltar es el observado con la población femenina, ya que a pesar de ser minoritaria presentan puntajes elevados casi a al igual que la población masculina (ver cuadro 6), lo que hace pensar en que otros factores de riesgo presentan estos sujetos. Con este estudio se puede concluir que se debe estudiar los estilos de vida de los médicos residentes, con el fin de prevenir detectar e intervenir con esta población, considerada de alto riesgo.

Cuadro 5. Descripción de la muestra por sexo y estado civil

SEXO	Masculino	47
	Femenino	13
ESTADO CIVIL	Soltero	27
	Casado	33

Cuadro 6. Descripción de los puntajes más altos obtenidos con la aplicación del instrumento por especialidad, edad, sexo y estado civil.

RESIDENTE	EDAD	S	E.C.	PUNT
Oncología	29	M	S	56
Urología	31	M	C	58
Urología	27	M	C	57
Anestesiología	28	F	C	60
Cirugía General	22	M	C	61
Oncología	28	F	C	62
Pediatría	26	F	C	57
Pediatría	22	F	C	61
Cirugía General	26	M	C	58
Cirugía General	28	M	C	56

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUESTIONARIO SOBRE SINTOMAS DE ESTRES

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrará una lista de síntomas. Marque con una X si actualmente presenta o no el síntoma.

Dolores musculares	SI	NO
Cambios de apetito	SI	NO
Insomnio y pesadillas	SI	NO
Sudoración profusa	SI	NO
Náusea, dolor de estómago e indigestión	SI	NO
Dolores de cabeza, mareos	SI	NO
Constipación o diarrea	SI	NO
Pérdida del deseo sexual	SI	NO
Presión alta	SI	NO
Garganta y boca seca	SI	NO
Irritabilidad	SI	NO
Letargo para trabajar	SI	NO
Manos frías	SI	NO
Depresión	SI	NO
Miedo, pánico o ansiedad	SI	NO
Fatiga, dormir en exceso	SI	NO
Hiperventilación o disnea	SI	NO
Incremento en el número de accidentes menores	SI	NO
Falta de concentración	SI	NO
Incremento en la frecuencia de los errores	SI	NO
Cambio en las conductas cotidianas	SI	NO
Falta de ganas de jugar o trabajar	SI	NO
Sentimiento de desesperación o de inutilidad	SI	NO
Pensar constantemente en cosas que no puede cambiar	SI	NO
Taquicardia	SI	NO
Tensión muscular y tics	SI	NO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DESARROLLO DEL PROBLEMA

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Marque con una X si está de acuerdo o no con ellas.

Mi enfermedad ha destruido mi vida social	SI	NO
pesar de mi enfermedad, cuando puedo asisto a espectáculos	SI	NO
Desde que supe de mi enfermedad, soy menos eficiente en el trabajo	SI	NO
Desde que supe de mi enfermedad, me he vuelto una persona triste	SI	NO
Desde que supe de mi enfermedad, he dejado de hacer todos los deportes que acostumbraba	SI	NO
A pesar de mi enfermedad, continúo realizando algunos ejercicios	SI	NO
Desde que supe de mi enfermedad, ya no tengo deseos de hacer nada	SI	NO
Desde que estoy enfermo, la gente me trata como a un ser raro	SI	NO
A causa de mi enfermedad, he dejado de asistir a espectáculos	SI	NO
Cuando supe de mi enfermedad, sentí que no valía la pena luchar ni seguir tratamiento	SI	NO
En la actualidad, me sigo esforzando por realizar mi trabajo como antes	SI	NO
Mi enfermedad no me hace distinto a las demás personas	SI	NO
Después de saber de mi enfermedad, sigo teniendo deseos de llevar una vida activa	SI	NO
Desde que supe de mi enfermedad, me he vuelto una persona aislada y retraída	SI	NO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO CLINICO 1

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: A.M.D.

Edad: 64 años

Género: Femenino

Estado civil: Casada

Situación Laboral: Ama de casa

Interconsulta solicitada por: Residente de algología tratante

Motivo de interconsulta: síntomas depresivos

Descripción de diagnóstico médico: La paciente presenta una alteración en su columna. Esto le causa dolor autovalorado con un EVA de muy intenso o insoportable y un EVA de 8 a 10., que origina incapacidad para realizar sus actividades diarias.

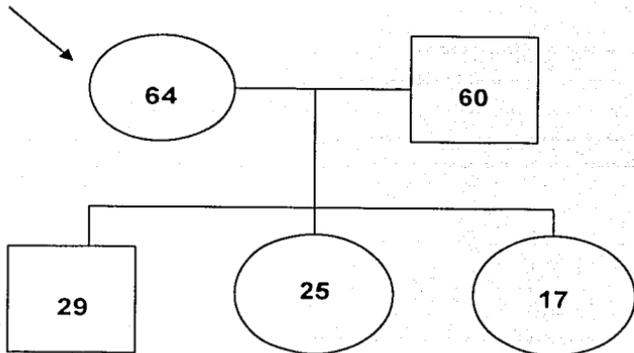
Diagnostico algológico: Dolor tipo somático

Fecha de entrevista inicial: 10 de septiembre del 2001

Fecha de entrevista final: 19 de noviembre del 2001

FAMILIOGRAMA

Paciente objetivo



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MOTIVO DE CONSULTA

1. Se siente deprimida porque considera que el dolor y su enfermedad han deteriorado su relación familiar
2. La relación con su pareja se ha deteriorado volviéndose hostil
3. Sus actividades en el hogar han disminuido ya que el dolor tan intenso no le permite realizarlas
4. Su vida social actualmente es casi nula ya que no puede salir por miedo a sufrir una recaída
5. Preocupación por el gasto en medicamentos que se realiza semanalmente

HISTORIA DEL PROBLEMA

Primera vez que se presentó el problema: La situación empezó cuando la paciente asumió que debido a su enfermedad debía dejar de realizar sus actividades con normalidad, el médico (de acuerdo a las propias palabras de la paciente) nunca prescribió reposo o alguna restricción en sus actividades; sin embargo el temor de la paciente de volver a tener un infarto era constante, lo que ocasiono que modificara sus actividades, guardando reposo la mayor parte del día, dedicándose específicamente a seguir fielmente los horarios para consumir sus medicamentos; la inactividad ha modificado su estado de animo y al mismo tiempo sus relaciones familiares.

Descripción del problema: La paciente se siente sola, su familia se ha distanciado y siente que tiene demasiado tiempo libre, esto se convierte en un sentimiento constante de inutilidad. La mayor parte del día no tiene actividades que realizar, por lo que su estado de ánimo es de tristeza la mayor parte del tiempo. La situación empeora cuando trata de que su familia este más al pendiente de ella y a la hora de la cena (cuando están todos juntos) es cuando empiezan los reclamos por parte de ella. La actitud de la familia es de rechazo, reprochando constantemente su actitud controladora; la situación ha llegando a un punto en que la familia prefiere no llegar a la hora de la cena. Por lo que ella no ha encontrado una forma de desahogar sus sentimientos de impotencia e inutilidad y por el contrario recibe de su familia rechazo.

Cuántas veces se ha presentado el problema: Diariamente desde hace seis meses aproximadamente, provocando una situación de tensión en la familia, cada vez más la situación parece irremediable porque ninguna de las partes quiere negociar o se muestra dispuesta al diálogo.

Qué se ha hecho para resolverlo: La paciente trata durante la cena o en la noches expresar a su familia su sentir, sin embargo los miembros de la familia consideran este acto como reproches, por lo que se sienten agrudidos y como tal reaccionan, por lo que cada vez que la paciente intenta expresar sus sentimientos, se convierte

en una situación hostil, que los miembros de la familia no pueden tolerar, por lo mismo tratan de evitar la situación estando el menor tiempo posible en casa y estableciendo el menor contacto con la paciente. Ella se ha dado cuenta que el problema puede estar en la actitud que ha tomando frente a su enfermedad, por tal motivo decidió solicitar una consulta psicológica.

Qué áreas de su vida se han afectado:

Familiar: Esta una de las áreas que más se ha deteriorado, ya que su familia se encuentra en una actitud negativa, por la conducta que ha tomado la paciente, su relación con sus hijos y esposo se ha vuelto hostil y cada vez tienen menos momentos para estar juntos. Inclusive los fines de semana la familia, sobre todo los hijos, tratan de salir de casa o se la pasan todo el día en el negocio familiar. Al parecer en el que encuentra más apoyo es en el hijo mayor, quien vía telefónica llama para saber su estado de salud dos o tres veces al día, sin embargo su hijo trabaja y sale muy temprano de su casa, llegando muy tarde; los fines de semana visita a su novia, atiende el negocio familiar y duerme. La peor relación es con su hija menor, que es con quien tiene mayor contacto ya que no estudia, ni trabaja, su hija tiene problemas de aprendizaje y solicitó a sus padres dejar de estudiar ya que era muy frustrante para ella reprobar las materias; constantemente reprocha a su madre "el chantaje" que realiza utilizando su enfermedad.

Social: La paciente se desempeñaba en un grupo de amigas que cada semana se reunían, esto representaba para ella una forma de desahogo y un ambiente que le permitía distraerse y divertirse al mismo tiempo. Sin embargo a raíz de su enfermedad la paciente decidió ya no asistir más a sus reuniones por el miedo a sufrir un infarto mientras maneja. Sus amigas al principio insistían para que la paciente acudiera a dichas reuniones, sin embargo ante su negativa constante se han alejado, por lo que las invitaciones cada vez se vuelven menos frecuentes.

Sexual: A partir del infarto que tuvo no ha tenido relaciones sexuales con su esposo, la paciente manifiesta que al principio su esposo le insistía con mucha frecuencia, pero ante la negativa de la paciente decidió no presionarla más. Ahora viven en recamaras separadas, la paciente lo aceptó ya que ella decidió no tener ningún contacto sexual con él por miedo a que se infarte durante el acto. Esto lo consultó con su doctor, pero el médico le informó que el peligro que tenía de sufrir un infarto era mínimo, por tal motivo el no veía ninguna contraindicación; sin embargo ella prefirió continuar con su decisión.

Laboral: Antes de su infarto la paciente disfrutaba de sus labores domésticas y tomaba clases de pintura, esto la satisfacía y consideraba que sus pinturas eran verdaderas obras de arte, estas actividades ya no las practica, por lo que pasa la mayor parte del día ocupada únicamente en el horario de consumo de sus medicamentos.

Salud: Su dolor se ha intensificado por problemas de sobrepeso y problemas propios de su edad, comenta que para ella es casi imposible bajar de peso porque cuando inicia una dieta todo el día piensa en comida. La paciente sigue las indicaciones médicas al pie de la letra, pero se queja constantemente que su dolor no ha sido controlando. Conversando con los médicos, le informaron que el dolor podrá disminuir pero no quitarlo por completo, ya que su problema necesita tratamiento quirúrgico, aunque el dolor puede disminuir si la paciente logra bajar de peso.

DESCRIPCION DE TRATAMIENTO

Para la paciente era importante iniciar con un programa de tratamiento psicológico, por lo que de inmediato se inició el contrato terapéutico y se procedió a realizar la evaluación psicológica correspondiente

EVALUACIÓN PSICOLOGICA

1. Entrevista semi-estructurada cognitivo-conductual (Quiroz, Sánchez y Barrera,1994)
2. Inventario de Depresión de Beck
3. Inventario de ansiedad de Beck
4. Lista de problemas

Objetivo: Entrenar a la paciente en la técnica de solución de problemas

PASO I

1. Entrevista Inicial. Se llevó a cabo una entrevista semi-estructurada, con el objetivo de conocer datos generales y antecedentes psicológicos que ayuden a la implementación del Programa conductual.
2. Información General. En diversas investigaciones se ha sugerido que la necesidad primaria del paciente es tener suficiente información para considerar los pros y contras para tomar la decisiones con respecto a su tratamiento. Por lo que se proporcionó a la paciente información acerca de su enfermedad o tratamiento propuesto por el personal médico. Para lograr esto se solicitó al médico tratante que le explicara de manera detallada el origen de su dolor y sus efectos colaterales.
3. Respiración Profunda. Como primer paso del entrenamiento se inició un entrenamiento en relajación trabajando en primera instancia la respiración profunda, explicando el objetivo de la técnica y los beneficios de la misma.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PASO II.

La sesión se inició con un repaso del entrenamiento en respiración profunda.

1. Evaluación psicológica. Se aplicaron los inventarios planteados para el desarrollo del presente programa.
2. Entrenamiento en relajación. Este día se destinó a la relajación de músculos de las manos, antebrazos y bíceps, aclarando a la paciente que los ejercicios se deben realizar tres veces durante el día, o cuando lo necesite.

PASO III.

1. Entrenamiento en relajación. En esta sesión se entrenó la relajación en cabeza, cuello y los hombros.
2. Entrenamiento en solución de problemas. Como primer paso se realizó la evaluación del problema, en donde se realizó una lista de todo lo que ella consideraba como problemas, tomando en cuenta todas las situaciones de su vida, en el que se valoraron:

- a) que es lo que las desencadenaba
- b) que reacción tenían los demás
- c) que hacía ella para solucionar los conflictos
- d) que reacción tenían ante su comportamiento de solución.

Una vez que se estableció cada una de las situaciones problemáticas se procedió a jerarquizarlas, es decir que situación consideraba ella la más importante para modificar.

PASO IV.

1. Continuación del entrenamiento en relajación. En esta sesión, se entrenó en relajación de pecho, estómago y la parte baja de la espalda.
2. Entrenamiento en Solución de Problemas. Como paso siguiente se procedió a la Generación de alternativas por lo que una vez que se eligió la situación objetivo se procedió a analizar la situación realizando:
 - a) una lista de las posibles alternativas que ella misma piensa para solucionar la situación
 - b) pensar las posibles reacciones que su familia tendría ante ellas
 - c) elegir cual de las alternativas sería la mejor.

PASO V

1. Continuación del entrenamiento en relajación. Finalmente se trabajó el entrenamiento en relajación de los muslos, nalgas, pantorrillas y pies
2. Entrenamiento en Solución de Problemas. Se continuó con el paso de la decisión para ejecutar las alternativas, en donde se trabajó con la paciente las consecuencias que su decisión y sus actos pudiesen tener en su familia, haciéndola conciente que pueden funcionar o no y entonces dependiendo de las consecuencias se tomarían decisiones.

PASO VI

1. Entrenamiento en Solución de Problemas. Por último se llevó a cabo la implementación de la solución y verificación. La paciente fue muy adherente al tratamiento, la mayor parte de la veces realizaba las tareas que se acordaban en cada una de las sesiones, lo que originó un gran avance en cuanto a su relación familiar.
2. Planeación de actividades placenteras. Se llevó a cabo una lista de todas aquellas actividades placenteras que le gustaría realizar y que nunca ha realizado o ha dejado de realizar a raíz de su enfermedad. Una vez creada la lista se elegiría una de las actividades que sea más factible realizar y como tareas la paciente las llevó a cabo.

Resultados. Los resultados se basan únicamente en el auto-reporte de la paciente en cada una de las sesiones. Una de las ventajas que desde el principio se observó, es que la paciente es muy adherente y estableció un compromiso de hacer todo lo posible para poder solucionar los problemas que de acuerdo a su punto de vista se han iniciado a raíz de su enfermedad.

La paciente comenzó con un deseo de recuperar algunas de sus actividades que disfrutaba antes de sufrir el infarto. Inicio con una de las actividades que mas disfrutaba, la pintura en vitrales, inclusive al término del programa pensaba en comercializar su actividad ya que las consideraba como verdaderas obras de arte.

Su relación con su familia empezó a mejorar ya que los reproches y exigencias hacía su familia fueron disminuyendo, al termino del programa su familia comenzaba a conversar más con ella sin alterarse. Si vida social empezaba a reiniciar ya que hablaba vía telefónica con sus amigos y habían acordado reunirse en su casa.

El trabajo con la paciente fue muy grato ya que es una persona que estaba dispuesta a modificar aquellas conductas que le estaban causando problema y desde el inicio se comprometió con el tratamiento psicológico para obtener resultados satisfactorios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

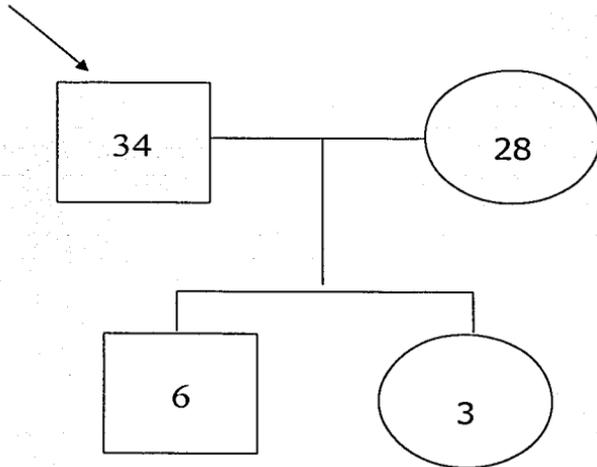
CASO CLINICO 2

ENTREVISTA PSICOLÓGICA

NOMBRE: JOG
Edad: 34 años
Género: Masculino
Estado civil: Casado
Situación Laboral: Comerciante
Interconsulta solicitada por: Médico tratante
Motivo de interconsulta: Proceso de duelo: etapa-negación
Descripción de diagnóstico médico: Cáncer retroperitoneal
Fecha de entrevista inicial: 16 de julio del 2000
Fecha de entrevista final: 20 de octubre del 2000

FAMILIOGRAMA

Paciente objetivo



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MOTIVO DE CONSULTA

1. El paciente no logra aceptar su situación de enfermedad, a pesar de haber recibido información del médico tratante en tres ocasiones
2. Al iniciar su tratamiento con quimioterapia, se presentaron algunos síntomas de ansiedad
3. Tiene dificultades para plantear metas a corto plazo

HISTORIA DEL PROBLEMA

Primera vez que se presentó el problema: El paciente ha acudido hace dos meses al servicio de oncología, hace tres semanas le dieron el diagnóstico de cáncer en el retroperitoneo, por lo que el paciente recibirá tratamiento de quimioterapia. El paciente solicita el apoyo del residente de psicología porque comenta que aún no le queda claro cual es el problema que tiene, en ese momento dos médicos le habían explicado de lo que se trataba la enfermedad; sin embargo se solicitó al residente del área de quimioterapia que explicara al paciente el tipo de cáncer, su tratamiento y las expectativas del mismo. Ese mismo día estuvo presente la esposa del paciente.

Descripción del problema: El paciente ha recibido en tres ocasiones información médica y aún no logra entender lo grave del problema, lo que hace pensar que puede estar pasando por un proceso de duelo. Cuando la psicóloga habla directamente de la enfermedad con el paciente inicia con síntomas de ansiedad, por lo que se tiene que interrumpir la información y proceder a brindar técnicas de relajación para lograr controlar la crisis. El paciente argumenta que su fuerza no se ha visto disminuida ya que sus actividades las puede realizar de manera normal, por lo que considera que su problema no puede ser tan grave.

Cuántas veces se ha presentado el problema: Cada vez que se quiere hablar con el paciente de la gravedad de la enfermedad comienza con síntomas de ansiedad, por lo que se debe proceder a resolver la emergencia psicológica, es difícil retomar la información ya que el entrenamiento en relajación se prolonga. Los médicos se encuentran desesperados ya que en tres ocasiones se le ha brindado información y aún así el paciente no logra tener claro de lo delicado del caso.

Qué se ha hecho para resolverlo: Prácticamente el paciente ha tratado de continuar con su vida normal, acude de manera puntual a sus citas médicas, sin embargo no ha podido hablar de su enfermedad con su esposa y sus padres. Esto aparentemente no representan ningún problema para el paciente ya que su organismo no ha tenido alteraciones aparentes y él se siente bien para seguir trabajando, por lo que ha tratado de poner su enfermedad en segundo termino.

Qué áreas de su vida se han afectado:

Familiar: La vida familiar del paciente se ha visto afectada a raíz de su enfermedad, sin embargo, el paciente ha tratado en todo momento de continuar con sus actividades normales, su esposa ha comentado que lo notan diferente, más retraído, pensativo y quiere pasar más tiempo solo; sin embargo a pesar de esto, sigue siendo cariñoso con sus hijos y su esposa. De hecho el paciente cuenta con el apoyo de sus padres que han estado con él durante todo su tratamiento.

Social: La vida social del paciente ha disminuido desde que se casó, ya que se ha dedicado a trabajar para sostener a su familia, los días que tiene libres los dedica para descansar y convivir con sus hijos y su esposa; por lo que su vida social no se ha visto afectada a raíz de su enfermedad.

Sexual: La frecuencia en las relaciones sexuales han disminuido ya que cuando inicio la quimioterapia su deseo sexual y fuerza física disminuyó, además su estado de ánimo va de lo normal a la tristeza alterando el deseo de acercarse sexualmente a su esposa.

Laboral: El trabajo es una de las áreas que más se ha visto afectada, ya que debido a su tratamiento médico tiene que dejar de trabajar cuatro o cinco días por los efectos colaterales del medicamento. Esto es una de las cosas que más preocupan al paciente ya que de él depende no solo su esposa y sus hijos, sino sus padres; el paciente trabaja en el comercio y sus ganancias dependen del trabajo diario, toda su familia se encuentra apoyándolo emocionalmente, sin embargo del área económica se responsabiliza el solamente.

Salud: Su estado de salud desgraciadamente no ha mejorado de hecho, el médico tratante ha reportado que la quimioterapia no esta siendo de gran ayuda y el tumor ha crecido al grado que es inoperable, por lo que las expectativas de vida del paciente son desfavorable, de hecho se espera que el tumor siga creciendo aún con la ayuda la quimioterapia brindando una expectativa de vida de menos de un año.

DESCRIPCION DE TRATAMIENTO

Desde el inicio de su tratamiento se empezó a trabajar con el paciente, de hecho antes de que recibiera la noticia de sus expectativas de vida menor a un año. El paciente expresó a la psicóloga residente tener mucha confianza en ella y le solicitó atención psicológica, por tal motivo se planeó el siguiente programa de trabajo.

Objetivo: Fortalecer las estrategias de afrontamiento del paciente

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

1. Entrevista semi-estructurada cognitivo-conductual (Quiroz, Sánchez y Barrera, 1994)
2. Inventario de ansiedad de Beck
3. Auto-reportes, reportes de familiares y del personal de salud

PASO I

1. Intervención en crisis. Una de las primeras intervenciones que se realizó con el paciente fue atender la crisis psicológica en la que se encontraba en el momento de recibir su diagnóstico, ya que poco a poco fue aceptando su realidad y en ese momento habría que intervenir de emergencia. Así mismo se utilizó cuando el paciente recibió su pronóstico de vida inferior a un año. Este procedimiento se utilizó en cada momento en que el paciente pasaba por una crisis emocional originado por su estado de salud.

PASO II

1. Entrevista Inicial. Se llevó a cabo una entrevista semi-estructurada, con el objetivo de conocer datos generales y antecedentes psicológicos que ayuden a la implementación del Programa conductual.
2. Información General. En diversas investigaciones se ha sugerido que la necesidad primaria del paciente es tener suficiente información para considerar las ventajas y desventajas para tomar las decisiones con respecto a su tratamiento. Por lo que se proporcionó al paciente información acerca de su enfermedad o al tratamiento propuesto por el personal médico. Para lograr esto se solicitó al médico tratante la naturaleza de su enfermedad.

PASO III

En este programa se utilizaron diversas estrategias de intervención.

1. Relajación muscular progresiva (Bernstein y Borkoveck, 1973). La relajación tiene como objetivo primordial favorecer un estado físico y emocional placentero al paciente, trabajando la distensión de todos sus músculos y el alejamiento de pensamientos, sentimientos y emociones negativas durante el momento de relajación, para que en un futuro este estado placentero pueda ser generalizado.
2. Detención del pensamiento. En donde se entrenó al individuo a identificar todos aquellos pensamientos que a su forma de ver están incrementado su respuesta de ansiedad, una vez identificados, se pretende eliminarlos introduciendo pensamientos positivos, o simplemente pensado que tan reales son esas preocupaciones.

3. Solución de problemas (D' Zurilla y Godfried,1971). Los autores de esta técnica idearon esta estrategia en cinco pasos para hallar soluciones nuevas a cualquier tipo de problemas. La persona aprende a identificar la raíz del problema, proporcionando él mismo alternativas de solución, esto requiere un entrenamiento más profundo, sin embargo el objetivo principal es que el individuo aprenda a dar por sí mismo la solución a los problemas.

RESULTADOS.

Los resultados se obtuvieron de la información del propio paciente y su esposa, reportando su estado de ánimo y los avances para enfrentar su enfermedad, así mismo de la presencia o ausencia de los síntomas de ansiedad.

Con el entrenamiento en relajación el paciente disminuyó la presencia de síntomas de ansiedad, de hecho cuando sucedía una crisis en el hospital se realizaban ejercicios de relajación y en ese momento se lograba controlar la crisis de ansiedad. Al final del programa el paciente reportó que en ese momento no se había presentado ninguna crisis de ansiedad.

Uno de los procesos más difíciles de resolver es el duelo, ya que su resolución es un proceso natural que se da de manera individual al tiempo en que el paciente está listo, sin embargo en este caso se apoyó al paciente para que el proceso no se prolongara, esto es por lo delicado de su estado de salud y las decisiones que tenía que tomarse de manera inmediata. Por lo que la información brindada por el personal médico y la psicóloga, resulto importante para que el paciente pasara de una etapa de negación a la aceptación.

Al final del programa el paciente había platicado con su familia para que de manera conjunta organizaran una forma para continuar con el negocio del paciente, de modo que los ingresos económicos continuaran. Para el paciente uno de los momentos más difíciles fue cuando se le dio su pronóstico de vida inferior a un año. El decidió hablar con el Jefe de Servicio para convencerse de que no había tratamiento alguno para resolver su problema de salud; por lo que en ese momento se brindó intervención en crisis.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

MAESTRIA EN PSICOLOGIA PROFESIONAL

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR
ZUBIRAN

EVALUACIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL
DE PACIENTES CON DOLOR CRONICO

ELABORADO POR:

PSIC. ADRIANA BALTAZAR FLORES
PSIC. I. GABRIELA OLASCOAGA ORTEGA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

59

INDICE

I. INTRODUCCIÓN

1. Conciencia de enfermedad	3
2. Conductas de dolor	4
3. Estado afectivo	5
4. Distorsiones de Pensamiento	6
5. Afrontamiento	9
6. Autoeficacia	10
7. Atención Somática	12
8. Estrés	12
9. Adherencia al tratamiento	13
10. Repercusión del dolor	15
11. Estrategias de Intervención	16

II. METODOLOGIA

Objetivo	18
Variables	18
Justificación	18
Diseño de investigación	19
Metodo	19
1. Sujetos	19
2. Material	19
3. Procedimiento	20
Análisis de Datos	20

III. RESULTADOS

CONCLUSIONES 35

REFERENCIAS 38

ANEXO 1

ANEXO 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

El dolor crónico se considera una compleja experiencia multidimensional que involucra no solo elementos sensoriales y emocionales, sino motivacionales y cognoscitivos, que en los casos agudos no son tan evidentes. El modelo cognitivo-conductual ha tenido un papel significativo en la comprensión y tratamiento del dolor crónico. De acuerdo a este modelo, las creencias de los pacientes y sus conductas de afrontamiento juegan un papel central en el ajuste al dolor crónico. Con base en este modelo y debido a la falta de datos sobre las características psicológicas de los pacientes con dolor crónico en México, se considero importante evaluar los factores cognitivos y conductuales que rodean la experiencia de dolor en pacientes que asisten a la Clínica de Dolor y Medicina Paliativa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Las variables evaluadas en este estudio fueron las siguientes: conciencia de enfermedad, conductas de dolor, estado afectivo, distorsiones de pensamiento, locus de control, estilos de afrontamiento, autoeficacia, intervención familiar, estrés, atención somática, adherencia a los tratamientos médicos y repercusión del dolor. Se realizó un estudio descriptivo con una muestra intencionada de 100 pacientes con dolor crónico. Se utilizó un formato de entrevista semiestructurada. Se realizó una análisis estadístico con las pruebas X^2 y t de Student. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables: conciencia de enfermedad, conductas de dolor, estado afectivo, distorsiones de pensamiento, autoeficacia, intervención familiar, estrés, atención somática, adherencia a los tratamientos médicos y repercusión del dolor. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables "locus de control" y "estilos de afrontamiento". Los diagnósticos psicológicos más frecuentes en esta población fueron: trastorno depresivo leve, moderado o severo (32%) y trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, con ansiedad, mixto, de comportamiento, con alteración mixta de las emociones y el comportamiento (30%); el 21% de pacientes no tuvo ninguna alteración psicológica aparente. Las variables evaluadas en el presente estudio mostraron ser representativas de la población de pacientes con dolor crónico, por lo que se considera conveniente incluirlas en una evaluación estructurada cognitivo conductual, ya que se comprobó que aportan información relevante sobre el estado psicoafectivo de los pacientes. En cuanto a las variables "locus de control" y "estilos de afrontamiento", se recomienda una evaluación independiente con pruebas estandarizadas, ya que en la literatura se ha demostrado que estas variables son importantes para el diseño de tratamientos psicológicos dirigidos a pacientes con dolor crónico que favorezcan la adaptación del paciente a su problema de salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

61

PAGINACIÓN DISCONTINUA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, generalmente asociada con una lesión en el tejido corporal. Como tal, posee un importante valor adaptativo, ya que indica la necesidad de tomar medidas para retirar el cuerpo de la fuente de lesión o para remediar un proceso patológico en marcha. Pero cuando el dolor permanece a pesar del empleo de recursos terapéuticos, y afecta al individuo durante períodos prolongados, entonces deja de promover conductas adaptativas y por el contrario, obliga a modificaciones radicales y permanentes en los estilos de vida. Este tipo de dolor, conocido como dolor crónico, se considera una compleja experiencia multidimensional que involucra no solo elementos sensoriales y emocionales, sino motivacionales y cognoscitivos, que en los casos agudos no son tan evidentes (Keefe, 1989; Miller, 1993). Por ejemplo, en un cuadro de dolor crónico suelen presentarse síntomas de depresión y ansiedad (Miller, 1993; Spence, Sharpe, Newton-John y Champion, 1995), alteraciones del humor y estado de ánimo, abuso y posible dependencia de narcóticos y psicofármacos, reducción del nivel de actividad física y funcional, social y recreativa, modificaciones en el ambiente familiar y en las relaciones interpersonales (Latorre, 1994). Así, el dolor crónico se convierte en una experiencia desgastante, frustrante y costosa, tanto para la persona que lo padece como para los profesionales de la salud que no cuentan con los medios terapéuticos adecuados para controlarlo.

El dolor crónico puede ser considerado como uno de los grandes problemas de salud de la actualidad por:

- a) Su alta prevalencia
- b) Los elevados costos económicos y sociales que implica la utilización de servicios médicos, gastos en medicamentos, pérdida de horas laborales, indemnizaciones.
- c) Los efectos en la vida del paciente: trastornos afectivos, problemas sociales, familiares, aislamiento, inactividad, efectos iatrogénicos de los tratamientos, etc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En las últimas décadas se ha reconocido que algunos aspectos psicológicos y sociales son moduladores importantes de los reportes de dolor, la adaptación, la respuesta a los tratamientos y la incapacidad. En particular, el reforzamiento social, los principios del aprendizaje conductual, las creencias, percepciones y expectativas de los pacientes sobre su dolor, su habilidad para afrontarlo, la influencia de la familia, del ambiente laboral y las características de los sistemas de salud, tienen un efecto ya sea directo o indirecto sobre los reportes de dolor, la conducta y la actividad fisiológica del individuo.

Turk y Rudy (1988, en McCracken et al., 1999), desarrollaron una taxonomía de los pacientes con dolor crónico basada en variables del Inventario Multidimensional de Dolor. Estos autores tomaron en cuenta las siguientes variables: severidad del dolor, interferencia del dolor en las actividades cotidianas del sujeto, control percibido sobre la propia vida, estrés, apoyo social, actividad general y respuestas de los demás a las conductas de dolor del paciente. Identificaron tres subgrupos de pacientes con dolor:

- a) Pacientes disfuncionales que reportaban que el dolor afectaba ampliamente diversas áreas de su vida
- b) Pacientes con relaciones interpersonales estresantes que percibían que personas significativas para ellos no los apoyaban, y
- c) Personas que afrontaban de manera adaptativa su dolor y negaban efectos negativos del mismo.

Los pacientes disfuncionales reportaban significativamente más dolor, conductas de dolor y estrés, utilizaban más analgésicos, pasaban más tiempo en cama, y la mayoría eran desempleados en comparación con los otros dos grupos. Los pacientes con relaciones interpersonales estresantes reportaban menores niveles de satisfacción marital y las personas con afrontamiento adaptativo tenían un fuerte locus de control interno en relación a su salud (Turk y Rudy, 1988 en McCracken et al., 1999).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los factores psicológicos no solo son importantes para determinar la percepción del dolor, sino para definir la incapacidad y el bienestar general de los individuos (Turk, 1999).

El modelo cognitivo-conductual ha tenido un papel significativo en la comprensión y tratamiento del dolor crónico. De acuerdo a este modelo, las creencias de los pacientes y sus estrategias de afrontamiento juegan un papel central en el ajuste al dolor crónico. Con base en este modelo y debido a la falta de datos sobre las características psicológicas de los pacientes con dolor crónico en México, se consideró importante evaluar algunos factores cognitivos, conductuales y de carácter social que rodean la experiencia de dolor, como: conductas de dolor, conciencia de enfermedad, afrontamiento y distorsiones de pensamiento.

A continuación se describirán cada una de las variables evaluadas.

1. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

La conciencia de enfermedad se define como el reconocimiento claro y preciso por parte del paciente de su problema de salud, incluyendo factores emocionales.

Es importante destacar que una adecuada adaptación a la experiencia de enfermedad está en íntima relación con el nivel de conciencia que tiene el enfermo de la situación real que esta viviendo. El nivel de información no es un indicador de la comprensión de la situación, ya que la información en estos casos suele ser unidireccional, del médico hacia el enfermo, por lo que se desconoce si este último la ha asimilado y no se tiene en cuenta la información que recibe por otros canales de comunicación, como la observación o la relación con sus familiares cercanos.

En algunas investigaciones se ha reportado que la información que proporcione el médico sobre la etiología del dolor se relaciona con una mayor satisfacción con el tratamiento (Michael y Roth, 1998). En una investigación realizada por Michael y Roth (1998), se observó que en una evaluación inicial el 47.2% de los pacientes que llegaban a una Clínica de Dolor desconocían la causa del mismo,



el 20% lo atribuía a factores que no concordaban con el diagnóstico y solo el 32.8% podía identificar claramente la causa de su dolor. Los pacientes que menos conocían su diagnóstico tenían dolor musculoesquelético y alta intensidad del dolor. Los pacientes que no se encontraban seguros de su diagnóstico reportaban creencias de que el dolor era algo malo, presentando mayor incapacidad y menor autocontrol. El desconocimiento del diagnóstico favorece la incapacidad, las distorsiones de pensamiento y el estrés del paciente.

2. CONDUCTAS DE DOLOR

No existe una forma objetiva de determinar la presencia y extensión del dolor de un individuo. La única forma que podemos tener para darnos cuenta de la magnitud de la experiencia de dolor de un paciente es a través de la comunicación verbal o de su conducta no verbal (Turk, 1999). Las conductas de dolor se refieren a aspectos del comportamiento verbal y no verbal considerados socialmente significativos o indicadores de dolor. Las conductas de dolor alertan al observador sobre la presencia de dolor, estrés y sufrimiento en el individuo. Se han identificado 3 tipos principales:

- a) Expresiones faciales y audibles de angustia, por ejemplo, castaño de dientes, jadeos, gemidos, vocalización o expresiones verbales de dolor.
- b) Evitación o escape, movimientos protectivos, reposo, pausas o cambios en la actividad.
- c) Afecto negativo como irritabilidad, labilidad emocional.

Las conductas de dolor son parte del rol de enfermo, y es posible que las personas comiencen a exagerar estas expresiones para ser atendidas más rápido y mejor. A pesar del hecho de que estar enfermo o en una situación de dolor no es placentero, estas conductas generan en ocasiones beneficios o ganancias secundarias que las mantienen. Las personas con dolor reciben atención, cuidado y afecto de familiares y amigos, que probablemente de otra forma no se conseguirían, lo que constituye un importante reforzamiento social para las conductas de dolor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las quejas de dolor son conductas que si son reforzadas pueden persistir aún después de que el estímulo doloroso haya disminuido o desaparecido. Las quejas pueden persistir como una consecuencia de reforzamiento en el caso de que el dolor constituya un escape de demandas o responsabilidades aversivas o desagradables. Las expresiones conductuales moldean las ideas de las personas con respecto a lo que sienten y piensan sobre sus respuestas fisiológicas.

3. ESTADO AFECTIVO

El estado afectivo se refiere a las expresiones emocionales que puede presentar un paciente en respuesta a la experiencia de dolor crónico. Se ha reconocido el impacto del dolor crónico en el estado de ánimo del paciente. Se ha observado que a mayor intensidad del dolor mayor sufrimiento y alteración emocional desencadenados por el mismo. Por ejemplo, existe evidencia de que la depresión interfiere con el tratamiento del dolor crónico y que está fuertemente relacionada con el impacto del dolor sobre el estatus funcional (Holzberg, Robinson, Geisser y Gremillion, 1996).

Se ha demostrado que el miedo y la ansiedad son predictores significativos del ajuste al dolor. Estas respuestas se han relacionado con un mayor número de conductas de dolor e incapacidad. Sentirse ansioso en una situación de dolor crónico genera respuestas inadecuadas como:

- a) Mayor depresión e incapacidad general
- b) Expectativas exageradas sobre el dolor y reducción del rango de movilidad durante la actividad física
- c) Inadecuado afrontamiento al dolor
- d) Mas días laborales perdidos
- e) Conductas de dolor y de búsqueda de ayuda mas frecuentes
- f) Mayor reporte de un amplio rango de molestias físicas no específicas.
- g) Mayor discapacidad (McCracken et al., 1999).

La respuesta emocional al dolor también puede tener otras formas como enojo y aislamiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En un estudio realizado por Glover et al. (2001) se observó que pacientes que experimentan dolor por cáncer tienen mayores alteraciones en el ánimo que los pacientes libres de dolor. Además se observó que a mayor duración del dolor mayor tensión, depresión, enojo, fatiga, confusión y alteración general del estado de ánimo.

4. DISTORSIONES DE PENSAMIENTO

Gran parte del sufrimiento humano es innecesario, procede de falsas conclusiones que la gente hace de los acontecimientos cotidianos. Son las interpretaciones, lo que la gente se dice a sí misma sobre su experiencia, lo que genera ansiedad, enojo o depresión. Albert Ellis (Meichenbaum y Jaremko 1987), argumenta que las emociones tienen poco que ver con los sucesos reales; entre los sucesos y la emoción existe una autocharla real o irreal. De hecho, la emoción procede de lo que la persona se dice a sí misma, es decir, de la interpretación del suceso y no del propio suceso.

Diversas investigaciones han mostrado importantes asociaciones entre las creencias del paciente sobre su dolor y su funcionamiento físico, psicológico y social (Jensen et al., 1999). Las creencias, percepciones y expectativas del paciente sobre el dolor influyen en su participación en el tratamiento, en las conductas de dolor, en la aceptación de su responsabilidad, en la percepción de discapacidad, en la adherencia a los tratamientos, en el apoyo social recibido, en la expectativas sobre el éxito del tratamiento y en la aceptación del problema de salud. También se ha visto que influyen en los reportes de severidad del dolor, en su duración y en el ajuste (Jensen et al., op.cit.).

Existen dos clases de creencias, racionales e irracionales. Ambas son evaluaciones de la realidad. Los errores cognitivos se refieren a las creencias distorsionadas sobre uno mismo y sobre las situaciones, que enfatizan los aspectos negativos e implican secuelas pesimistas ("Mi caso no tiene remedio, nunca mejoraré, no puedo hacer nada de lo que antes hacía") (Turk, op.cit). Las creencias irracionales o distorsiones de pensamiento se caracterizan por ser:

a) Inconsistentes en su lógica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- b) Inconsistentes con la realidad empírica.
- c) Absolutistas y dogmáticas
- d) Productoras de emociones perturbadoras.
- e) Impedimentos para alcanzar objetivos.

Entre las distorsiones mas comunes de pensamiento se encuentran:

- Pensamientos filtrados. Este tipo de distorsión se caracteriza por observar solo un elemento de la situación excluyendo el resto. Se resalta un simple detalle y todo el evento o situación queda teñida por este detalle. Los pensamientos se pueden magnificar mediante muchos procesos de filtraje. Cuando los pensamientos negativos se sacan fuera de contexto, aislados de todas las experiencias buenas que los rodean, se hacen mayores y más tremendos de lo que realmente son. El resultado final es que todos los temores, carencias, e irritaciones se exageran en importancia.
- Descalificar lo positivo. Se refiere a interpretar un evento irrelevante como algo desastroso o fatal. Solo se tienen en cuenta los aspectos negativos de la situación, se llega a predicciones sobre un futuro "vacío", "sin esperanza", etc. El individuo se juzga duramente a si mismo y a los otros.
- Personalización. Es la tendencia a relacionar algo del ambiente consigo mismo. Un aspecto importante de la personalización es el hábito de compararse continuamente con los demás; continuamente se encontrará forzado a probar su valor como persona, midiéndose a si mismo con los demás. Una persona imagina que la gente siente y reacciona a los pensamientos de la misma forma que ella.
- Minimización. La persona no cree que pueda construir su propia vida o introducir cualquier diferencia en el mundo que le rodea, este tipo de personas está tomando decisiones equivocadas constantemente.
- Maximización. Es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación y a calificarla como insufrible. La persona considera que no puede experimentar felicidad, bajo ninguna circunstancia.
- Todo o nada. La característica principal de esta distorsión es la insistencia en las elecciones dicotómicas: se tiende a percibir cualquier cosa de forma

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- extrema, sin términos medios. Las personas y los pensamientos son buenos o malos. Esto crea un mundo en blanco y negro, y como las personas que padecen este tipo de distorsión fracasan en todos los matices del gris, sus reacciones a los eventos oscilan de un extremo emocional a otro.
- Sobregeneralización. En esta distorsión se produce una extensión, una conclusión generalizada a partir de un incidente simple o un solo elemento de evidencia. Esta distorsión conduce inevitablemente a una vida cada vez más restringida. Esta distorsión se expresa a menudo en forma de afirmaciones absolutas, como si existiera alguna ley inmutable que gobernara y limitara el curso de la felicidad.
 - Conclusiones precipitadas. Cuando una persona interpreta el pensamiento hace juicios repentinos sobre los demás. En la medida que su pensamiento interpreta, también se hace presunciones sobre cómo está reaccionando la gente a las cosas que la rodean, particularmente cómo están reaccionando los demás ante el.
 - Etiquetar. En un juicio global se generalizan una o dos cualidades. La etiqueta ignora toda evidencia contraria, convirtiendo la visión del mundo en estereotipada y unidimensional.
 - Debería. La persona se comporta de acuerdo con reglas inflexibles que deberían regir la relación de todas las personas. Las reglas son correctas e indiscutibles, cualquier desviación hacia valores o normas particulares es mala.

Los pacientes con dolor que presentan mas errores de pensamiento tienden a estar mas estresados. Estas distorsiones son comunes en pacientes que reportan una intensidad de dolor que no corresponde al grado de la lesión, lo que sugiere que los pensamientos desadaptativos pueden afectar de manera adversa la experiencia de dolor. Las distorsiones de pensamiento se han asociado con depresión, severidad del dolor e incapacidad. Las actividades cognitivas también tienen un efecto directo en la bioquímica cerebral. Se ha observado hipoalgesia mediada por opioides cuando se compromete la sensación de control del paciente en una situación estresante (Turk, 1999).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Jensen et al. (1999) establecieron la relación entre las creencias de los pacientes sobre su dolor y el funcionamiento. Observaron que creer que era oportuno pedir ayuda a la familia cuando el dolor se intensificaba se asociaba con el uso de estrategias pasivas de afrontamiento y con catastrofización. También se vio que este pensamiento predecía el grado de disfunción psicológica en pacientes con poca intensidad de dolor. En esta investigación también se encontró que si el paciente creía que el dolor necesariamente era proporcional al daño y que debía evitar moverse, se afectaba su funcionamiento y presentaba más conductas de dolor.

5. AFRONTAMIENTO

El afrontamiento es entendido como los esfuerzos que se hacen para adaptarse a las demandas ambientales y emocionales. Son todos aquellos recursos cognitivos, conductuales y emocionales utilizados por el individuo para dar respuesta a una situación amenazadora, cambiante, o generadora de estrés (Lazarus y cols., 1986).

En el caso de pacientes con problemas de salud, el afrontamiento es considerado como: Un proceso que solo ocurre en quien padece la enfermedad e incluye las acciones del paciente útiles para recuperar la salud o sobrellevar la enfermedad que padece (Seligson, Reynoso-Eraza y Nava, 1993). El afrontamiento debe considerarse como un proceso conductual que facilita al sujeto el mejorar, estabilizar o impedir la agudización de su enfermedad.

El afrontamiento tiene las siguientes funciones:

- a) Regulación de la emoción o disminución del estrés (afrontamiento enfocado a la emoción).
- b) El manejo del problema que está generando estrés (afrontamiento enfocado al problema) (Seligson et al 1993).

9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Brown y Nicasio (1987, en: Lynn, Norris, y Tan 1999) proponen una forma de clasificar las estrategias de afrontamiento en pacientes con dolor crónico en afrontamiento activo y afrontamiento pasivo y las definen de la siguiente forma:

- Estrategias de afrontamiento activo. Son aquellas estrategias utilizadas por los pacientes para controlar por si mismos su dolor y/o funcionar a pesar del mismo.
- Estrategias de afrontamiento pasivo. El paciente renuncia al control del dolor dejándolo a otros y/o fomenta que otras áreas de su vida puedan ser afectadas por el dolor.

Nicolas et al (1992, en: Florio, Miner, Lema, y Zevon, 1998) explica estas definiciones especificando que las estrategias activas son aquellos intentos del paciente para enfrentarse a su dolor utilizando sus recursos, y las estrategias pasivas se caracterizan por el apoyo en otros.

Estudios de dolor crónico relacionan las estrategias de afrontamiento activo con resultados adaptativos, ajuste psicológico más apropiado y decremento de la depresión, y las estrategias pasivas tienden a ser asociadas con incremento de dolor y presencia de síntomas depresivos (Geissner, 1992).

Un estudio de estrategias de afrontamiento fundamenta que clínicamente los sujetos deprimidos usan significativamente pocas conductas de afrontamiento activas y significativamente mas conductas de evitación (Rosenberg 1987, en: Turner, Jensen, y Romano, 2000). Las estrategias activas están asociadas con mayor actividad física y nivel funcional. En contraste el afrontamiento pasivo, está asociado con síntomas depresivos, decremento de actividades diarias y actividad física (Boston 1990, en: Turk y Nash, 1995).

6. AUTOEFICACIA

Las personas procuran el control de eventos que afectan su vida, tratan que el medio que los rodea sea seguro y estable; para lograr este nivel de seguridad necesitan creer que ellos mismos pueden enfrentar la vida y los problemas que se presenten. La autoeficacia se refiere al juicio personal de que tan bien es posible desempeñarse en una tarea específica (Bandura, 1977, en:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Meichenbaum et al 1987) a las creencias sobre la efectividad de las propias estrategias de afrontamiento y de la forma en que estas pueden ejecutarse (Turk, 1999). En otras palabras la percepción de autoeficacia se refiere a las creencias sobre las propias capacidades para organizar y ejecutar el curso de acción requerido para producir metas alcanzables.

Las creencias de eficacia tienen diversas influencias en el curso de acción, el esfuerzo, la perseverancia para superar obstáculos y fallas, el estrés y depresión en situaciones transitorias y la resistencia a la adversidad.

Un gran número de investigaciones han propuesto que el nivel de autoeficacia contribuye al grado en que una persona se ve incapacitada por el dolor crónico (Dolce et al., 1986; Council et al., 1988; Kores et al., 1990; Estlander et al., 1994, en Arnstein et al., 1999). Dolce et al. (1986) encontraron que los pensamientos de autoeficacia relacionados a la habilidad para involucrarse en una serie de actividades básicas (sentarse, pararse, caminar) en la última semana de un tratamiento conductual, predecía la mejoría del paciente 3-11 meses después y las conductas de dolor 2-14 meses después. Los pensamientos de autoeficacia después del tratamiento también se asociaron positivamente con el ejercicio y negativamente con los analgésicos usados de 6-12 meses después.

Se ha propuesto que los pensamientos de autoeficacia son esenciales para afrontar adecuadamente el dolor (Turk, 1999). Arnstein et al., (1999) proponen que la autoeficacia media la relación entre la intensidad de dolor, la incapacidad y la depresión. Esto es, si la persona duda de su capacidad para manejar el dolor, funcionar o enfrentar su problema de salud (baja autoeficacia), aun si el dolor es leve o moderado en intensidad, puede resultar incapacitante y generar depresión en el paciente.

Se ha observado un efecto analgésico de los pensamientos de autoeficacia después de entrenamiento. Este efecto se ha bloqueado con naloxona, lo que sugiere la mediación de opioides endógenos en este proceso (Turk, 1999).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. ATENCION SOMATICA

La atención es un factor fundamental en la actividad perceptual. El acto de atender cumple dos funciones: una de selección y una de amplificación. La gente solo puede atender a un estímulo a la vez y el control que pueden ejercer sobre las situaciones depende hasta cierto punto del grado de atención que se les de. Existe una relación directa entre la focalización de la atención en el dolor y los efectos que este provoca, tanto en el individuo como en sus relaciones con los demás. Los pacientes no pueden atender al dolor cuando están enfocados en otra cosa. El dolor puede ser controlado con tareas de distracción pero inmediatamente retorna si el paciente pierde el enfoque.

Si una persona con dolor deposita toda su atención en esta experiencia es altamente probable que se vea magnificada generando mayor ansiedad y estrés. En pacientes hipocondríacos se ha observado una tendencia a buscar señales somatosensoriales en su cuerpo, amplificarlas y malinterpretarlas como un proceso patológico, fenómeno conocido como amplificación somática (Gregory y Berry, 1999). Se considero importante verificar la presencia de esta tendencia en pacientes con dolor crónico para identificar la influencia de la atención excesiva en la experiencia de dolor.

8. ESTRES

El estrés psicológico está determinado por la evaluación que el individuo realiza acerca de una interacción específica con el entorno. Esta evaluación está matizada tanto por factores de personalidad, vulnerabilidad, creencias, recursos, como por factores propios de la situación, como la naturaleza de la amenaza o su inminencia, entre otros (Lazarus et al, 1986).

Lazarus y cols. (1986), consideran que el estrés ocurre por demandas que exigen poner en juego todos los recursos que un sujeto posee, o que exceden los recursos del mismo, o bien que son demandas que no encuentran respuesta adaptativa disponible de inmediato. El estresor estará constituido por la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

discrepancia entre las demandas percibidas, sean éstas internas o externas, y la forma como el sujeto percibe sus posibles reacciones.

Cuando un individuo se encuentra sometido a eventos estresantes por largos períodos, puede tener problemas para afrontar dichos eventos. Cuando se desarrolla una alteración crónica, como el dolor, el sujeto necesita efectuar una serie de ajustes que le permitan un mejor desempeño en el nuevo contexto de su enfermedad; por lo que necesita aprender nueva información relevante para entender el trastorno y su tratamiento, hacer una serie de cambios en sus creencias y aprender habilidades de afrontamiento específicas para dar respuesta a las exigencias de la enfermedad. El estrés también puede producir una percepción exagerada del dolor.

9. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La adherencia terapéutica es el proceso mediante el cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del médico o profesional de la salud, acepta y cumple puntualmente con los tratamientos prescritos (Puente, 1984). Este término implica la participación activa y la colaboración voluntaria del paciente en el plan de tratamiento (Latorre, 1994).

La adherencia comprende diversos aspectos:

- Mantenimiento de un programa de tratamiento
- Asistencia a citas de seguimiento
- Uso correcto de los medicamentos prescritos
- Realizar cambios apropiados en el estilo de vida
- Evitar conductas contraindicadas

Los pacientes con problemas crónicos de salud como es el caso del dolor crónico, se sienten decepcionados con los tratamientos prolongados que producen resultados terapéuticos limitados, por lo que se vuelven menos adherentes con el tiempo. Se ha estimado que por lo menos el 50% de pacientes con artritis reumatoide (Belcon, Haynes y Tugwell, 1984, en Turk y Rudy, 1991) y el 70% con migraña (Holroyd, et al.1988 en Turk y Rudy, 1991),

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

no son adherentes al tratamiento. Williams y Thorn (1989), observaron que las creencias en la duración prolongada del dolor y la percepción del mismo como un misterio se asociaban con baja adherencia a modalidades de tratamiento físico y psicológico.

Holroyd et al. (1989, en Turk y Rudy, 1991) identificaron cuatro tipos de no adherencia en pacientes con migraña: 1) no tomar el medicamento; 2) no tomarlo lo suficientemente temprano en el episodio; 3) tomar ergotamina con el estómago vacío provocando náusea que interfiera con el uso del medicamento, y 4) uso excesivo del medicamento.

Horne y Winman (1999) realizaron un estudio para establecer la relación entre la adherencia terapéutica y las creencias de 324 pacientes con enfermedades crónicas sobre la necesidad de los medicamentos prescritos y el interés por tomarlos. Los autores observaron que el 89% de los pacientes creía que la medicación era necesaria para mantenerse sanos. Un tercio de la muestra presentaba intensa preocupación por la medicación, basada en sus creencias sobre los peligros de dependencia y los efectos a largo plazo. Las creencias sobre la medicación se relacionaron con la adherencia al tratamiento: a mayor necesidad percibida del medicamento mayor adherencia y a mayor preocupación sobre el medicamento menor adherencia. Para el 17% de la muestra, las preocupaciones excedían la necesidad percibida del medicamento, por lo que estos pacientes presentaron menor adherencia al tratamiento. Un análisis de regresión múltiple mostró que altos índices de adherencia se asociaban con: mayor necesidad percibida, diagnóstico de asma o enfermedad cardíaca y edad. Sexo, escolaridad y número de medicamentos no predijeron la adherencia al tratamiento. Las creencias sobre la medicación fueron un predictor más poderoso de adherencia que factores clínicos o sociodemográficos, explicando el 19% de la varianza en esta variable. Los datos confirman la hipótesis de que muchos pacientes realizan un análisis implícito de costos y beneficios en el que sus creencias sobre la necesidad de medicamento se enfrentan a sus preocupaciones sobre los posibles efectos negativos de tomarla, repercutiendo en la adherencia al tratamiento.

El incumplimiento de los programas de tratamiento produce grandes pérdidas personales, familiares y sociales. En lo personal, se pueden presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo un gran sufrimiento, limitaciones o incapacidad irreversibles y progresivas. En lo familiar, provoca repercusiones con la pareja y los hijos, sobretudo en pacientes crónicos con mal manejo del problema. En lo social, representa un gran costo para las instituciones de salud, prolongando los tratamientos o provocando recaídas y readmisiones. De aquí la importancia de valorar el grado de adherencia a los tratamientos médicos de los pacientes con dolor crónico (McCrahen y Gross 1999).

10. REPERCUSION DEL DOLOR

El dolor crónico es una causa importante de sufrimiento, incapacidad y baja productividad. Diversas investigaciones han mostrado que a mayor severidad del dolor mayor deterioro en la salud física, psicológica y social del individuo (Penny et al., 1999).

El dolor crónico constituye un cuadro complejo con una serie de repercusiones en la vida del paciente entre las que se incluyen las siguientes (Sternbach, 1974, Bonica, 1979, Melzack y Wall, 1988, en Penzo, 1989; Latorre, 1994):

- Reducción del nivel de actividad física y funcional, agravados a menudo por la coincidencia con la edad avanzada y la jubilación.
- Abuso y posible dependencia de narcóticos y psicofármacos.
- Trastornos del sueño y deficiente calidad reparadora del mismo.
- Alteraciones del humor y estado de ánimo.
- Deterioro de las habilidades de comunicación e inadecuadas pautas de relación interpersonal o habilidades sociales.
- Abandono del trabajo y los consiguientes problemas de contacto y de relación social, además de económicos.
- Restricción en el acceso a las consecuencias naturales propias de las actividades normales
- Modificaciones en el ambiente familiar. Relaciones familiares basadas en la asistencia y cuidados del paciente. Falta de autonomía personal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Algunos de estos problemas son indicativos de invalidez, otros corresponden a fenómenos concurrentes, y todos constituyen factores mantenedores o etiológicos secundarios del cuadro de dolor crónico.

11. ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA. Esta técnica se dirige a la clarificación y el cambio de los patrones de pensamiento del paciente. La meta es ayudar al paciente a desarrollar la capacidad para evaluar los incidentes de una manera más realista. Esta estrategia busca que el paciente aprenda a modificar los pensamientos y las emociones que incrementan el dolor, el sufrimiento y la discapacidad.

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO. Incluye diversas estrategias para manejar el dolor: relajación, imaginación, repetición de frases de afrontamiento (mantras), distracción, inculcación de estrés.

ENTRENAMIENTO EN RELAJACION. Existe una incompatibilidad básica entre la respuesta emocional a la relajación y el componente reactivo del dolor (Domar, Friedman y Benson, 1993). Se considera que la relajación reduce el dolor al disminuir la activación simpática y la tensión muscular. Además, la relajación facilita la habilidad del individuo para utilizar la sugestión y la imaginación para aliviar el dolor.

DISTRACCION. El procedimiento consiste en focalizar la atención del paciente en estímulos irrelevantes o se le involucra en una actividad en especial. Con esto es posible conseguir una disminución o incluso la desaparición del dolor.

RETROALIMENTACION BIOLOGICA (RB). La retroalimentación biológica se refiere al proceso mediante el cual el individuo aprende a controlar voluntariamente respuestas fisiológicas reflejas reguladas de manera autónoma. La intención es proporcionar a los pacientes información que les permita controlar voluntariamente un aspecto de su fisiología que presumiblemente está unido causalmente a ciertos síndromes dolorosos. Otra justificación para el uso de la RB en el manejo del dolor se refiere a la autorregulación; con el uso de la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RB los pacientes se vuelven mas conscientes de su contribución a la experiencia de dolor y de su habilidad para influir en él, lo que facilita una visión mas optimista de la situación, una mejoría en el estado afectivo y una mayor participación en el tratamiento.

SOLUCION DE PROBLEMAS. La persona aprende a identificar la raíz del problema y a proponer alternativas de solución. Esta estrategia es útil para aliviar los sentimientos de enojo o impotencia asociados a problemas crónicos para los que no se ha encontrado ninguna solución alternativa. Cuando al individuo se le entrena en solución de problemas se puede favorecer la adaptación a su situación de paciente con dolor crónico.

PROMOCION DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA. Para que un paciente asuma la responsabilidad de llevar a cabo un tratamiento adecuadamente debe tener la información adecuada, una clara conciencia de su padecimiento, conocer las implicaciones y consecuencias tanto de continuar con el tratamiento como de abandonarlo. Para promover la adherencia a los tratamientos se pueden emplear los siguientes recursos: a) modificación ambiental, b) manipulación de programas de reforzamiento y c) promoción de autocontrol.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II. METODOLOGIA

OBJETIVO

Identificar algunas características psicológicas (cognitivo-conductuales) de los pacientes con dolor crónico que asisten a la Clínica de Dolor y Medicina Paliativa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

VARIABLES

- Conciencia de enfermedad
- Conductas de dolor
- Estado afectivo
- Distorsiones de pensamiento
- Locus de control
- Estilos de afrontamiento
- Autoeficacia
- Intervención familiar
- Estrés
- Atención somática
- Adherencia a los tratamientos médicos
- Repercusión del dolor

JUSTIFICACIÓN

- Obtener información sobre la naturaleza de distintos aspectos psicológicos, la percepción que tienen los pacientes de su condición médica, los recursos con los que cuentan para manejar el dolor y la repercusión que éste ha tenido en su vida.
- Asistir en el establecimiento de los objetivos y metas del tratamiento psicológico.
- Iniciar el proceso de reconceptualización permitiendo que el paciente tome conciencia de que la experiencia aversiva de dolor puede modificarse y de los factores psicológicos y sociales que influyen en la naturaleza y grado del dolor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Examinar el importante papel que juegan personas significativas para el paciente en el mantenimiento de conductas adaptativas y desadaptativas.
- Desarrollar métodos efectivos de intervención para facilitar la adaptación psicosocial en pacientes con dolor crónico.
- Obtener información de base para posteriormente poder determinar el grado de éxito y el progreso logrado con el tratamiento.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- Estudio descriptivo
- Muestra intencionada

METODO

1. Sujetos

Se evaluó a 100 pacientes con dolor crónico que asistieron por primera vez a la consulta externa de la Clínica de Dolor y Medicina Paliativa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán en el período comprendido entre abril del 2001 y enero del 2002. Se excluyó a todos los pacientes que debido a su condición física no pudiesen contestar la evaluación psicológica, pacientes con daño cognitivo o retraso mental y a aquellos pacientes que se negaron a participar en la investigación.

2. Material

Se elaboró un formato de evaluación cognitivo conductual centrada en la obtención de información sobre la naturaleza de distintos aspectos psicológicos, la percepción que tienen los pacientes de su condición médica, los recursos con los que cuentan para manejar el dolor y la repercusión que este ha tenido en su vida (Anexo 1). Para el llenado de esta evaluación se utilizó un formato de entrevista semiestructurada (Anexo2)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. Procedimiento

- a) Una vez realizada la valoración médica, se explicaba a cada paciente en que consistía la investigación y se le solicitaba su participación en la misma.
- b) Posteriormente, se iniciaba la entrevista siguiendo el formato descrito anteriormente. La duración promedio de cada evaluación era de 20 minutos.
- c) En los casos que era necesario, se realizaba una intervención psicológica al finalizar la evaluación.
- d) Los pacientes eran canalizados posteriormente para ser valorados por las áreas de Psiquiatría y Trabajo Social de la Clínica de Dolor.
- e) Los pacientes evaluados se mantuvieron en seguimiento durante su tratamiento médico en la Clínica de Dolor.

ANALISIS DE DATOS

Se aplicó una χ^2 para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables: conciencia de enfermedad, conductas de dolor, estado afectivo, distorsiones de pensamiento, estrategias para controlar el dolor, estrategias de afrontamiento, locus de control, estrés, atención somática, intervención familiar y repercusión del dolor. Para las variables autoeficacia y adherencia a los tratamientos médicos se aplicó una prueba *t* de Student. Asimismo, se realizó un análisis de frecuencias para las variables diagnóstico psicológico y plan terapéutico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III. RESULTADOS

Se trabajó con una muestra de 100 pacientes con dolor crónico, que acudieron a consulta de 1ª vez a la Unidad de Medicina del Dolor y Paliativos del Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Se observó que el 79% de los pacientes entrevistados fueron del sexo femenino y el 21% del masculino. El 63% de los pacientes fueron casados, el 14% viudos, el 10% solteros. El 50% de nuestra población se dedicaba al hogar, el 25% tenía algún oficio, el 12% no trabajaba a expensas del dolor. El 37% de los pacientes tenían escolaridad primaria, el 23% estudiaron la secundaria, el 18% realizaron la licenciatura y el 13% estudiaron la preparatoria. El 95% profesan la religión católica (Cuadro 1).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable conciencia de enfermedad (Cuadro 2) observándose que el 43% de los pacientes reconocía de manera clara y precisa su problema de salud, mientras que el 57% tenía un conocimiento impreciso de su situación (enfermedad) (Figura 1).

Con respecto a las conductas de dolor también se observaron diferencias significativas (Cuadro 2) indicando que los pacientes utilizan con mayor frecuencia las pausas o cambios en la actividad (25%), la vocalización (19%), el reposo, la expresión facial y el consumo de medicamentos (11%, respectivamente) (Figura 2).

Los resultados muestran la presencia de diferencias estadísticamente significativas en el estado afectivo de los pacientes con dolor crónico (Cuadro 2), distribuyéndose de la siguiente manera: tristeza (52%) y ansiedad (13%). El 20% de los pacientes no presentaban ninguna alteración del estado de animo (Figura 3).

Con respecto a la variable distorsiones de pensamiento también se observaron diferencias estadísticamente significativas (Cuadro 2), indicando que el 49% de los pacientes entrevistados no presenta ninguna distorsión, el 14% tendía a la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sobregeneralización, el 16% elaboraba conclusiones precipitadas sobre su situación y otro 9% tendía a la minimización (Figura 4).

Asimismo se observaron diferencias estadísticamente significativas en las estrategias empleadas por los pacientes para controlar el dolor (Cuadro 2). La estrategia más utilizada por los pacientes con dolor crónico es el consumo de medicamentos (48%), las pausas y cambios en la actividad son utilizados por el 18% de los pacientes, el reposo se observa en el 16% y las maniobras analgésicas se utilizaron en el 13% de los casos (Figura 5).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables "locus de control" y "estilos de afrontamiento", observándose que el 53% de los pacientes se desempeñan utilizando un locus de control externo y el 47% lo hacen con un locus de control interno (Figura 6), el 51% utilizan estilos de enfrentamiento de tipo activo y el 49% utilizan estilos de enfrentamiento pasivo (Figura 7).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable autoeficacia, obteniéndose una t de 20.049 con una media de 58.80 ($s = 29.33$) y un rango entre 52.98 y 64.62, lo que indica que la mayoría de pacientes se sentía moderadamente capaz de controlar efectivamente su dolor (Cuadro 3).

En cuanto a la variable intervención familiar se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Cuadro 2) observándose que en el 69% de los casos los familiares promueven el decremento de las conductas de dolor y en el 31% contribuyen a exacerbarlas (Figura 8).

Con respecto a la variable efecto del estrés se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Cuadro 2) observándose que el 62% de los pacientes consideraban que el estrés desencadenaba o mantenía el dolor y el 38% consideraba que este factor no influía en la presencia del dolor (Figura 9). Asimismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable áreas generadoras de estrés (Cuadro 2), observándose que el 30% de los pacientes asocia el origen del estrés con la dinámica familiar, el 12% considera que el estrés se asocia con su problema de salud. El 22% no puede identificar un área generadora de estrés específica (Figura 10).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En relación con la variable atención somática, se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Cuadro 2), que sugieren que el 72% de los pacientes entrevistados atiende sus funciones corporales de manera adecuada, 21% lo hace de manera excesiva y el 7% descuida sus funciones corporales (Figura 11).

En cuanto a la variable adherencia a las indicaciones médicas, se obtuvo una t significativa de 36.006 (Cuadro 3), con una media de 79.75 ($s=22.15$) y un rango entre 75.36 y 84.14, lo que indica que la mayoría de los pacientes se adhería adecuadamente a los tratamientos médicos sin llegar a cumplirlos en su totalidad.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable repercusión del dolor (Cuadro 2), observándose que las áreas más afectadas por el dolor fueron: emocional (38%), nivel de actividad física (22%), familiar (16%) y laboral (12%) (Figura 12).

El plan terapéutico que se planteó como una de las opciones más necesarias de intervención cognitivo-conductual fue la reestructuración cognitiva (30%), seguida del fortalecimiento de habilidades de enfrentamiento (16%) y el entrenamiento en relajación (15%) (Figura 13).

Los diagnósticos psicológicos más frecuentes en esta población fueron: trastorno depresivo leve, moderado o severo (32%) y trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, con ansiedad, mixto, de comportamiento, con alteración mixta de las emociones y el comportamiento (30%); el 21% de pacientes no tuvo ninguna alteración psicológica aparente (Figura 14).

Con los resultados obtenidos, se eliminaron las categorías que no mostraron ser representativas de la población evaluada; esto se debe a que las opciones fueron seleccionadas por un mínimo porcentaje de pacientes (menor al 5%). Las categorías eliminadas fueron las siguientes:

- Conciencia de enfermedad: negación del problema y/o sus implicaciones
- Conductas de dolor: movimientos protectivos
- Estado afectivo: aplanamiento afectivo, pánico, euforia, ambivalencia, labilidad emocional, otro.

- Distorsiones de pensamiento: todo o nada, filtro mental, descalificar lo positivo, etiquetar, personalización.
- Estrategias para controlar el dolor: otro
- Áreas generadoras de estrés: social, sexual, apariencia física.
- Repercusión en áreas: social, sexual, apariencia física, actividades recreativas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 1. Características demográficas de pacientes con dolor crónico

Variables	No. de Pacientes (N=100)	Porcentaje
Genero		
Femenino	79	79%
Masculino	21	21%
Total	100	100
Estado Civil		
Soltero	10	10%
Casado	63	63%
Unión libre	2	2%
Separado	9	9%
Divorciado	2	2%
Viudo	14	14%
Total	100	100
Situación laboral		
Profesionista	4	4%
Oficio	25	25%
Técnico	2	2%
Jubilado	3	3%
Desempleado	5	5%
No trabaja	11	11%
Hogar	50	50%
Total	100	100
Nivel Educativo		
Analfabeta	8	8%
Primaria	37	37%
Secundaria	23	23%
Preparatoria	13	13%
Licenciatura	18	18%
Postgrado	1	1%
Total	100	100
Religión		
Católica	95	95%
Cristiana	1	1%
Otras	4	4%
Total	100	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 1. Nivel de conciencia de enfermedad en pacientes con dolor crónico

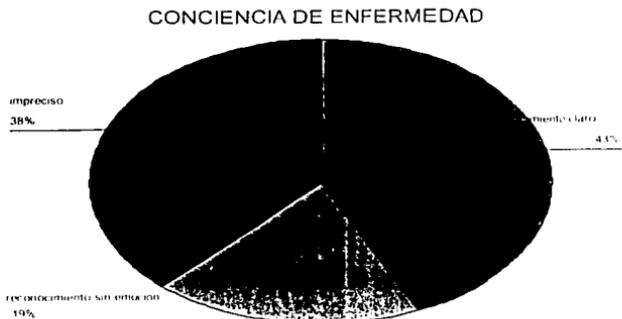
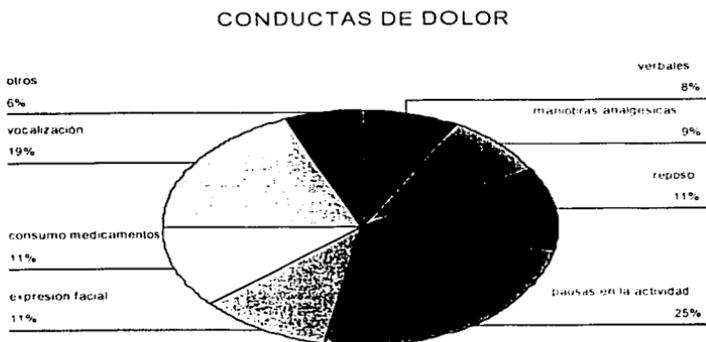


Figura 2. Conductas de dolor en pacientes con dolor crónico



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Figura 3. Estado Afectivo en pacientes con dolor crónico



Figura 4. Distorsiones de pensamiento en pacientes con dolor crónico

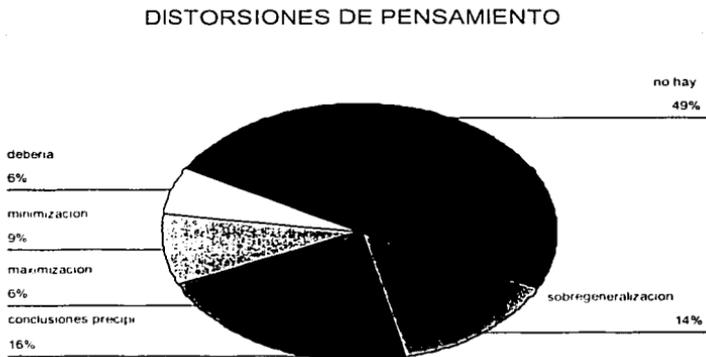


Figura 5. Estrategias utilizadas por pacientes con dolor crónico para controlar el dolor

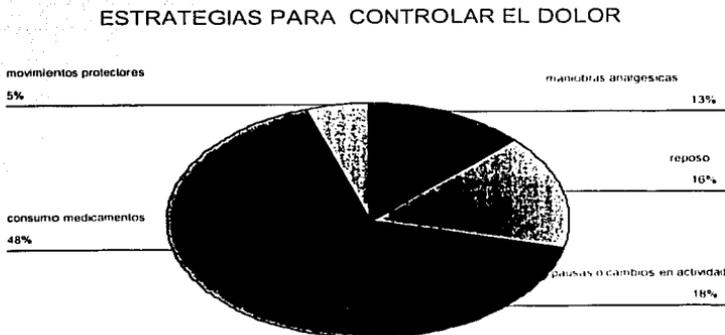
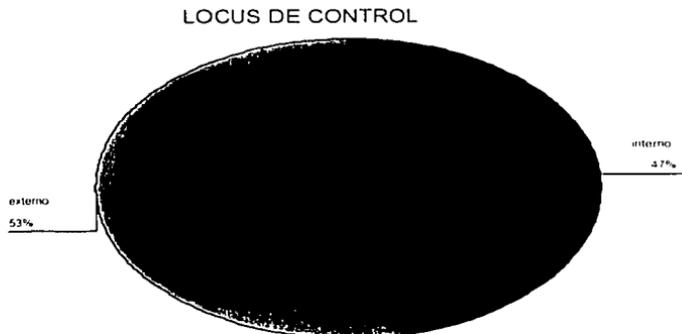


Figura 6. Locus de control en pacientes con dolor crónico



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 7. *Estilos de Enfrentamiento observados en pacientes con dolor crónico*



Figura 8. *Reforzamiento de las conductas de dolor por parte de los familiares*



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 9. Efecto del estrés en la generación y/o mantenimiento del dolor.

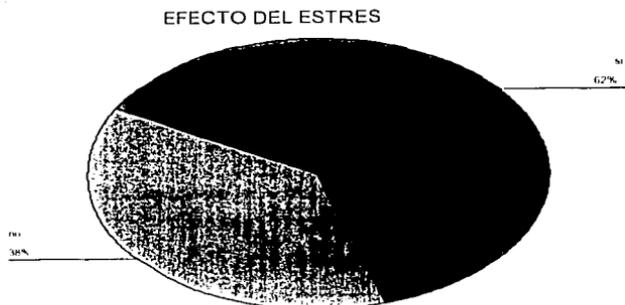
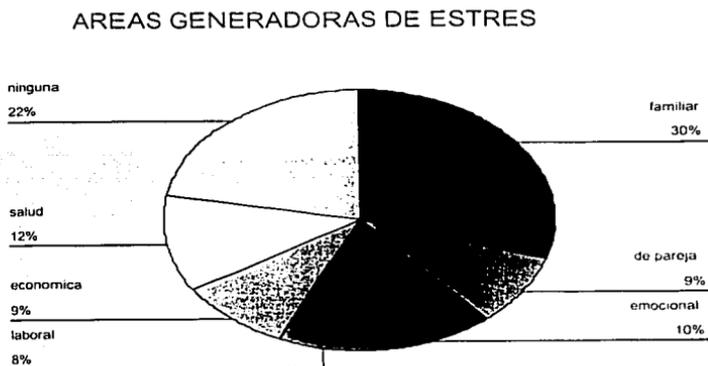


Figura 10. Áreas generadoras de estrés en pacientes con dolor crónico

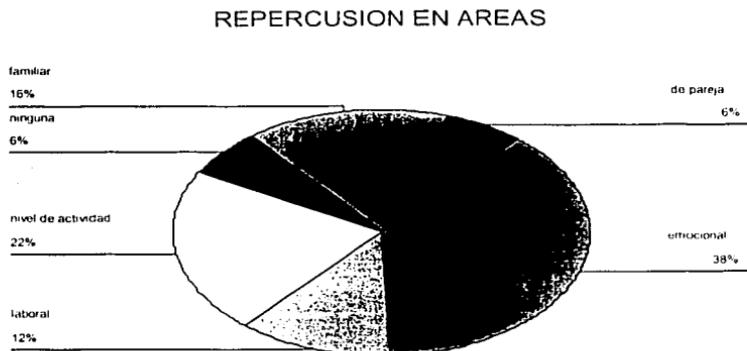


TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Figura 11. Atención a funciones corporales en pacientes con dolor crónico.



Figura 12. Áreas de mayor repercusión del dolor crónico



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 13. En esta figura se muestra el Plan terapéutico que con mayor frecuencia se planteó como intervención cognitivo-conductual subsecuente.

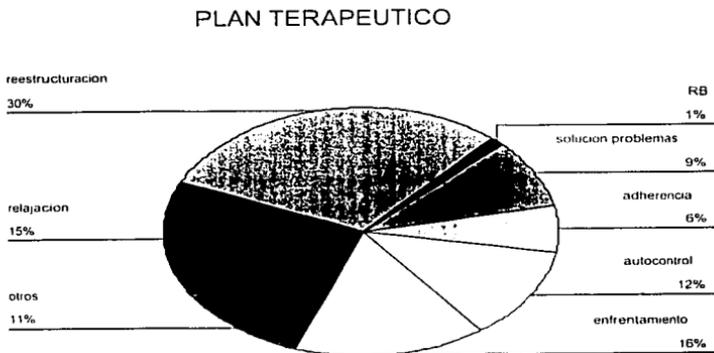
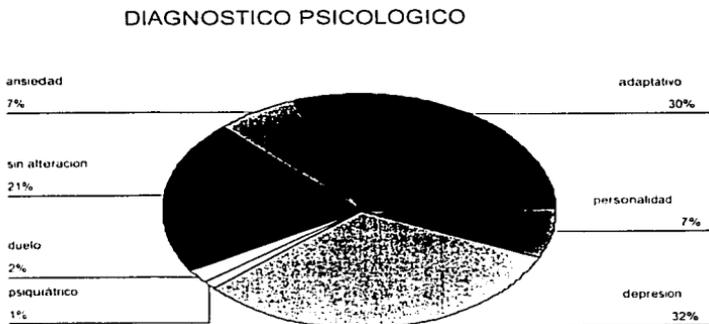


Figura 14. Impresión diagnóstica resultado de la evaluación inicial de pacientes con dolor crónico



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 2. Variables en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas al aplicar la prueba X^2

VARIABLE	X^2	α	df
Conciencia de enfermedad	9.620	.008	2
Conductas de dolor	22.400	.002	7
Estado afectivo	69.500	.000	4
Distorsiones de pensamiento	80.360	.000	5
Estrategias para controlar el dolor	53.900	.000	4
Intervención de la familia	14.440	.000	1
Efectos del estrés	5.760	.016	1
Áreas generadoras de estrés	29.780	.000	6
Atención somática	70.220	.000	2
Repercusión del dolor	44.000	.000	5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 3. Variables en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas al aplicar la prueba t de Student.

VARIABLE	t	α	df
Autoeficacia	20.049	.000	99
Adherencia	36.006	.000	99

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Los pacientes con dolor crónico llegan en busca de tratamiento con una serie de actitudes, creencias, expectativas, estrategias de afrontamiento y apoyo social que pueden influir en su situación, adaptación y respuesta a los tratamientos. Esta investigación sugiere la importancia de considerar estos factores debido a su influencia en la experiencia de dolor de los pacientes. Es importante mantener presente que cuando un paciente busca un tratamiento médico llega con una historia, aprendizaje y experiencias previas al dolor, por lo que sería recomendable tratar de identificar las estrategias con las cuenta para afrontar, intentar modificar aquellas que sean poco adaptativas y diseñar tratamientos que tomen en cuenta las diferencias biomédicas y psicosociales de los pacientes. Los resultados obtenidos en esta investigación sugieren que en los pacientes con dolor crónico es importante evaluar los siguientes constructos psicológicos:

- Conciencia de enfermedad
- Conductas de dolor
- Estado afectivo
- Distorsiones de pensamiento
- Estrategias para el control del dolor
- Repercusión del dolor
- Intervención de la familia
- Efecto del estrés
- Areas de estrés
- Atención somática
- Autoeficacia
- Adherencia a las indicaciones médicas

Estas variables mostraron ser representativas de la población evaluada, por lo que se considera conveniente incluirlas en una evaluación estructurada cognitivo conductual, ya que se comprobó que aportan información relevante sobre el

estado psicoafectivo de los pacientes con dolor crónico. Así, los pacientes con dolor crónico de este estudio presentaron las siguientes características: la mayoría reconocía de manera clara y precisa su problema de salud; utilizaba con mayor frecuencia las pausas o cambios en la actividad como conductas de dolor; el estado afectivo que predominaba en ellos era la tristeza; el consumo de medicamentos era la estrategia más utilizada por los pacientes para controlar el dolor; la mayoría de pacientes se sentía moderadamente capaz de controlar efectivamente su dolor; en la mayoría de los casos los familiares promovían el decremento de las conductas de dolor; la mayoría consideraba que el estrés desencadenaba o mantenía el dolor asociando el origen del estrés con la dinámica familiar; la mayoría atendía a sus funciones corporales de manera adecuada y se adhería adecuadamente a los tratamientos médicos sin llegar a cumplirlos en su totalidad. El área más afectada por el dolor era la emocional. No se encontraron distorsiones de pensamiento, estilos de afrontamiento o un locus de control característicos en esta muestra. Los diagnósticos psicológicos más frecuentes en esta población fueron: trastorno depresivo leve, moderado o severo y trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido, ansioso o mixto.

En cuanto a las variables "locus de control" y "estilos de afrontamiento", se recomienda una evaluación independiente con pruebas estandarizadas, ya que en la literatura se ha demostrado que estas variables son importantes para el diseño de tratamientos psicológicos dirigidos a pacientes con dolor crónico que favorezcan la adaptación del paciente a su problema de salud.

Una limitación de la entrevista empleada es que ésta solo se basa en el reporte del paciente, por lo que esta información al ser subjetiva puede verse alterada por errores de omisión, memoria, incomprensión de las preguntas y deseabilidad social por parte del paciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Como resultado de esta investigación se sugiere el formato de entrevista empleado (Anexo 1), como una herramienta de gran utilidad para la evaluación psicoafectiva de pacientes con dolor crónico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS

- Arnstein, P., Caudill, M., Mandle, C., Norris, A. y Beasley, R. (1999) Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. Pain, 80: 483-491.
- Dolce, J., Crocker, M. y Doleys, D. (1986) Prediction of outcome among chronic pain patients. Behavior Research and Therapy, 24: 313-319.
- Florio, G., Miner, M., Lema, M. y Zevon, M. (1998) The relationship between depression and pain language in cancer and chronic non-cancer pain patients. Journal of Pain and Symptom Management, 15: 350-358.
- Geissner E. (1992) Dimensions of coping with chronic pain. A replication study. Z Klin Psychol Psychopathol Psychother, 40(1):20-33.
- Glover, J., Dibble, S., Dodd, M., Maiskowsky, C. (2001). Mood States of Oncology Outpatients: Does pain Make a Difference?. Pain, 10: 120-128.
- Gregory, R. y Berry, S. (1999) Measuring counterdependency in patients with chronic pain. Psychosomatic Medicine, 61: 341-345.
- Holzberg, A., Robinson, M., Geisser, M. y Gremillion. (1996) The effects of depression and chronic pain on psychosocial and physical functioning. Clin J Pain, 12: 118-25.
- Horne, R. y Winman, J. (1999) Patient's beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. Journal of Psychosomatic Research, 47 (6): 555-567.
- Jensen, M., Romano, J., Turner, J., Good, A. y Wald, L. (1999) Patient beliefs predict patient functioning: further support for a cognitive-behavioural model of chronic pain. Pain, 81: 95-104.
- Keefe, F. (1989) Behavioral measurement of pain. En: C. Chapman y J. Loeser (Eds.) Issues in Pain Measurement (pp. 405-424). Nueva York: Raven Press.
- Latorre, J. (1994). Aspectos psicológicos del dolor. En J. Latorre y P. Beneit (Eds.) Psicología de la Salud (pp. 115-141). Argentina: Lumen.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986) Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Lynn, A., Norris, P. y Tan G. (1999) Active and passive coping strategies in chronic pain patients. Pain, 64: 455-462.
- McCracken, L., Gross, R. (1993) Does anxiety affect coping with chronic pain? Clin J Pain, 9:253-9.
- McCracken, L., Spertus, I., Janeck, A., Sinclair, D., y Wetzal, T. (1999) Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: pain related anxiety and acceptance. Pain, 80: 283-289.
- Meichenbaum, D. (1987). Prevención y reducción del estrés. Estados Unidos: Desclee de Bower.
- Michael, E. y Roth, R. (1998) Knowledge of agreement with chronic pain diagnosis: Relation to affective distress, pain beliefs and coping, pain intensity and disability. Journal of Occupational Rehabilitation, 8: 73-85.
- Miller, L. (1993). Psychotherapeutic approaches to chronic pain. Psychotherapy, 30, 115-124.
- Penny, I., Purves, M., Smith, H., Chamber, A., Smith, C. (1999) Relationship between the chronic pain grade and measures of physical, social and psychological well being. Pain, 80: 275-279.
- Penzo, W. (1989). El dolor crónico. España: Martínez Roca.
- Puente, F. (1984). ¿Qué es la adherencia terapéutica?. Adherencia terapéutica implicaciones para México. XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, Guerrero. Ed. Autor.
- Seligson, I., Reynoso-Erazo, L. y Nava, C. (1993). Psicología de la Salud. Salud y Sociedad, 2 (1).
- Spence, S., Sharpe, L., Newton-John, T. y Champion, D. (1995). Effect of EMG biofeedback compared to applied relaxation training with chronic, upper extremity cumulative trauma disorders. Pain, 63, 199-206.
- Turk, D. y Nash, J. (1995). Dolor Crónico. (pp. 111-30).
- Turk, D. (1999) The role of psychological factors in chronic pain. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 43: 885-888.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Turk, D. y Rudy, T. (1991). Neglected topics in the treatment of chronic pain patients- relapse, noncompliance, and adherence enhancement. Pain, 44: 5-28.
- Turner, J., Jensen, M. y Romano, J. (2000) Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? Pain, 85:115-125.
- Williams, D. y Thorn, B. (1989) An empirical assessment of pain beliefs. Pain, 36: 351-358.

ANEXO 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: _____
Edad: _____ **Genero:** Fem () Masc () **Expediente:** _____
Estado Civil: soltero () casado () unión libre () separado ()
divorciado () viudo ()
Situación Laboral: estudiante () profesionista () oficio () técnico ()
jubilado () desempleado () no trabaja () hogar ()
Nivel Educativo: analfabeta () primaria () secundaria () preparatoria ()
licenciatura () postgrado ()
Religión: católica () cristiana () protestante () testigo de Jehová ()
judía () budista () otras ()

ENTREVISTA PSICOLÓGICA / MEDICINA CONDUCTUAL

I. Conciencia de enfermedad

Reconocimiento claro y preciso del problema incluyendo aspectos cognoscitivos y emocionales () Reconocimiento claro y preciso del problema excluyendo elementos emocionales () Reconocimiento impreciso del problema ()

II. Conductas de dolor

Verbales () Maniobras analgésicas () Reposo () Pausas o cambios en la actividad () Expresión facial () Consumo de medicamentos ()
Vocalización () Otros ()

III. Estado afectivo

Eutímico () Aislamiento afectivo () Tristeza () Ansiedad ()
Enojo ()

IV. Distorsiones de pensamiento

No hay () Sobregeneralización () Conclusiones precipitadas ()
Maximización () Minimización () Debería ()

V. Estrategias para controlar el dolor

Maniobras analgésicas () Reposo () Pausas o cambios en la actividad ()
Consumo de medicamentos () Movimientos protectores ()

VI. Autoeficacia

0% 50% 100%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VII. Intervención de la familia

Promueven el aumento de conductas de dolor () Promueven el
decremento de conductas de dolor ()

VIII. El estrés desencadena o mantiene el dolor

Si () No ()

IX. El estrés se relaciona con áreas

De pareja () Emocional () Laboral () Económica () Salud ()
Familiar () Ninguna ()

X. Atención a funciones corporales

Adecuada () Excesiva () Falta de atención ()

XI. Adherencia al tratamiento médico

0% 50% 100%

XII. Repercusión en áreas

De pareja () Emocional () Laboral () Nivel de actividad física ()
) Familiar () Ninguna ()

XIII. Impresión diagnóstica:

XIV. Plan terapéutico

Entrenamiento en relajación () Reestructuración cognitiva ()
Retroalimentación biológica () Entrenamiento en solución de problemas
() Fortalecimiento de adherencia al tratamiento médico () Promoción
de autocontrol () Fortalecimiento de estrategias adaptativas de
enfrentamiento () Distracción () Otro:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

- ¿Qué enfermedad tiene usted?, ¿Que le han dicho los médicos acerca de su enfermedad?, ¿A que cree que se deba su dolor?
- Cuando se presenta y/o intensifica el dolor, que es lo primero que usted hace?
- ¿Cuál ha sido su estado de animo en las dos últimas semanas?, ¿Se ha presentado algún cambio en su estado de animo por causa del dolor?
- ¿Qué piensa usted de su dolor?
- ¿Cuándo se presenta y/o intensifica el dolor, que hace para controlarlo?
- ¿Que tan eficaz se siente usted para manejar o controlar su dolor en una escala del 0 al 100%?
- Cuando su dolor se presenta y/o intensifica, ¿cómo reacciona su familia?
- ¿Ha notado que cuando esta mas tenso, preocupado o estresado, su dolor aparece y/o se intensifica?
- ¿Qué es lo que mas le preocupa, estresa o pone tenso?
- En una escala del 0 al 100% ¿qué tanto sigue las indicaciones del médico al pie de la letra?
- ¿Cómo considera que el dolor ha afectado su vida?
- El locus de control, afrontamiento y atención a funciones corporales se valoran durante la entrevista.

TRCIC CON
FALLA DE ORIGEN