



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**EVALUACIÓN DE ANSIEDAD EN PACIENTES
CON DOLOR CRÓNICO**

**REPORTE DE EXPERIENCIA
P R O F E S I O N A L
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
MARÍA DE LA SOLEDAD JIMÉNEZ MONDACA**

DIRECTOR DEL REPORTE: DRA. ISABEL REYES LAGUNES

COMITE TUTORIAL: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

MTRO. ARTURO MARIÍNEZ LARA

DR. URIAH GUEVARA LÓPEZ

MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA

MÉXICO, D.F.

MARZO 2009



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

Resumen	6
CAPITULO 1	7
1. Psicología de la Salud y Medicina Conductual	7
2. Técnicas y Modelos Teóricos utilizados en la Psicología de la Salud	11
2.1 Técnica de Autocontrol	12
2.2 Técnica de Modelado	13
2.3 Técnica de Biofeedback	14
2.4 Terapia Racional Emotiva	16
2.5 Terapia Cognitiva	17
2.6 Técnica de Solución de Problemas	19
	21
CAPITULO 2 Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”	
1. Breve Reseña Histórica	21
2. Autoridades	22
3. Actividades desarrolladas en la Sede	22
3.1 Objetivos	22
3.2 Método	23
3.2.1 Procedimiento	23
3.2.2 Resultados y competencias profesionales alcanzadas	24
4. Actividades académicas dentro de la Sede	25
4.1 Asistencia a eventos académicos	26
5. Evaluación	27
5.1 Supervisor Académico	27
5.2 De las actividades profesionales desarrolladas	27
5.3 De las competencias profesionales alcanzadas	27
6. Conclusiones	28

**CAPITULO 3 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
“Salvador Zubirán” (INCMNSZ)**

1. Introducción	29
1.1 Características de la Sede	31
1.2 Autoridades y recursos humanos	33
1.3 Ubicación del residente de medicina conductual en la sede	34
2. Actividades desarrolladas en la sede	34
2.1 Marco teórico	34
2.2 Objetivos	39
2.3 Método	40
2.3.1 Procedimiento	40
2.3.2 Resultados	42
2.3.3 Competencias profesionales alcanzadas en el desarrollo del programa de intervención	43
2.4 Actividades académicas dentro de la sede	43
2.5 Actividades académicas fuera de la sede	45
3. Evaluación	46
3.1 Supervisor Académico	46
3.2 De las actividades profesionales alcanzadas	46
4. Comentarios finales de la rotación en el “INCMNSZ”	47
5. Actividades clínicas adicionales	48
“Evaluación de ansiedad en pacientes con dolor crónico”	48
1. Introducción	48
2. Método	53
2.1 Objetivo	53
2.2 Variables	53
2.3 Sujetos	54
2.4 Diseño y tipo de estudio	54
2.5 Instrumento: Inventario de Ansiedad de Beck	54
3. Procedimiento	55
4. Resultados	56
5. Discusión y Conclusiones	59

ANEXO

60

REFERENCIAS GENERALES

63

Resumen

El presente trabajo se elaboró como requisito final de la Maestría en Psicología Profesional, con Residencia en Medicina Conductual, en donde destaca el reporte de actividades realizadas durante dos años de práctica clínica en escenarios reales, en este caso, el primer año de residencia se llevó al cabo en el Centro de Servicios Psicológicos, en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. El segundo año en la Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

En el capítulo uno se presenta la historia de la Psicología de la Salud y de la Medicina Conductual, además de las técnicas y modelos teóricos utilizados en la psicología cognoscitivo-conductual. En los capítulos dos y tres se hace referencia a las actividades clínicas y académicas realizadas durante la formación en las sedes mencionadas anteriormente. En el capítulo tres, se presenta una investigación exploratoria realizada en una muestra de pacientes con dolor crónico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

.

CAPÍTULO 1

1. Psicología de la Salud y Medicina Conductual

Si hacemos un análisis histórico de los antecedentes de la Psicología, podemos encontrar que muchos de los grandes pioneros a nivel internacional, se formaron inicialmente en medicina, tal es el caso de Pavlov, Luria, Weber, James, Wundt y Wolpe, uno de los pioneros de la terapia de la conducta.

Buela-Casal (1995) menciona que, en la actualidad, existen ya múltiples disciplinas o campos de aplicación interdisciplinarias en el ámbito de la salud, que sólo son posibles gracias a la interrelación de conocimientos y metodologías de la Medicina y de la Psicología. Algunos ejemplos de esto son, la Psiconeuroinmunología, Medicina Conductual, Medicina Psicosomática, Psicooncología y la Psicología Médica.

De igual manera, también se puede hablar de temas concretos en los que la intervención resulta imposible sin la aportación de ambas disciplinas, se puede mencionar por ejemplo la eutanasia, intervención en crisis, prevención e intervención en VIH-SIDA, etc. De manera similar, la existencia de unidades interdisciplinarias como las clínicas del dolor, unidades de donación de órganos y clínicas de conductas adictivas, etc. No serían posibles sin la colaboración de médicos, psicólogos, enfermeras y todo personal de la salud.

Por lo tanto, la relación entre distintas ciencias de la salud y la psicología con relación a la salud y a la enfermedad, no sólo se limita a trastornos psicológicos y/o a una mera colaboración, sino que en la actualidad existen disciplinas que son resultado de la interrelación de la medicina y la psicología.

Dirigiendo nuestra atención a la Medicina Conductual, se puede decir que se perfila como uno de los desarrollos más recientes y fructíferos de la psicología clínica, generando una gran atracción y un gran interés en los profesionales de la salud.

Conceptualmente, es un amplio campo de integración de conocimientos que proceden de muy diferentes disciplinas que se dirigen a la promoción y mantenimiento de la salud y a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. La característica definitoria fundamental de la medicina conductual es la interdisciplinaridad: conjunto integrado de conocimientos biopsicosociales relacionado con la salud y la enfermedad físicas.

La definición clásica de medicina conductual, menciona que es un “Campo multidisciplinario, promovido principalmente por psicólogos y médicos, que se propone como objetivo básico el progreso e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas, conductuales y otras disciplinas relacionadas para lograr 1) comprender, tratar y rehabilitar los procesos de enfermedad, y 2) promover, mantener o intensificar la salud” (Reig, 1985).

Gentry (1984) Señala tres características básicas de la medicina conductual:

1. su naturaleza interdisciplinar o la integración del conocimiento relacionado con la salud y la enfermedad, lo que supone el reconocimiento explícito de la génesis multifactorial de las mismas.
2. su interés por la investigación de los factores conductuales que contribuyen a la promoción general de la salud y al desarrollo, prevención y tratamiento de la enfermedad, es decir, el reconocimiento formal de la naturaleza recíproca de las relaciones entre los aspectos biofísicos y psicosociales.
3. la aplicación de estrategias conductuales para la evaluación y el control o modificación de este tipo de factores, o la convicción de la necesidad de ampliar las estrategias convencionales de actuación, de tipo biomédico.

Dado el impresionante volumen de investigación en el área y la consecuente producción en la misma, el ámbito de aplicación de la medicina conductual crece con extraordinaria rapidez, abarcando cada vez más tipos de problemas y mejores estrategias en el abordaje de los mismos. Estas diversas actuaciones pueden ser agrupadas en tres diferentes áreas como son la evaluación y el tratamiento de trastornos específicos de la salud, la potenciación de la actividad de otros profesionales de la salud y la promoción general de la salud y la prevención de la enfermedad.

En la evaluación y tratamiento de trastornos específicos, la medicina conductual ha supuesto un notable cambio de estrategias con respecto a la medicina convencional. El cambio se debe a la incorporación de una perspectiva multidimensional en la evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, incluyendo los aspectos psicosociales en la actuación sanitaria. Así, los objetivos, las estrategias, las técnicas y los instrumentos que caracterizan la evaluación en medicina conductual incorporarán los avances producidos en la evaluación psicológica. Los principios básicos que debe seguir dicha actividad evaluadora son:

En cuanto a los objetivos: la evaluación debe estar diseñada para que sea útil en la explicación del trastorno y en el diseño adecuado del programa de tratamiento, así como para la evaluación de la evolución y de los efectos a corto y largo plazo del mismo.

En cuanto a los contenidos, la evaluación debe dirigirse hacia aquellas variables, externas o internas, antecedentes o consecuentes, relevantes al problema en cuestión, abarcando la evaluación del ambiente físico y social, del estado biológico y del comportamiento del sujeto, así como los diferentes componentes cognitivos, motores y fisiológicos.

En cuanto a las estrategias, técnicas e instrumentos, se tienen que elegir aquellos más apropiados al caso concreto, teniendo como último referente la utilidad y la bondad de las mismas. Aunque la medicina conductual nace notablemente orientada hacia el tratamiento, los avances en los aspectos relacionados con la evaluación son notables. Ejemplos de los mismos son el diseño de formatos de entrevistas estructuradas para problemas específicos (migraña, estés, etc.) y la elaboración de gran cantidad de medidas de autoinforme (abuso de sustancias, dolor crónico, migrañas, etc.).

Una de las áreas de actuación de la medicina conductual está relacionada con la potenciación de las actividades de los demás profesionales de la salud (médicos, enfermeras, odontólogos, etc.), otorgando una adecuada preparación y colaboración que les permita un mejor desempeño de sus roles y actividades profesionales.

Las intervenciones se pueden dirigir a:

1. optimizar las relaciones enfermo-profesional de la salud, estas relaciones personales que tendrán gran importancia en la respuesta del paciente al tratamiento.
2. la preparación de pacientes para los exámenes o los tratamientos médicos, especialmente en los que la actuación profesional es muy intrusiva o aversiva, generando en los pacientes elevados niveles de ansiedad y conductas de evitación.
3. la elaboración de programas destinados al incremento en la adherencia a los tratamientos médicos.

Por último, la medicina conductual promueve la salud, mediante la generación de programas que inciten a la población a optimizar su estado de salud y a mantenerlo mediante la adopción de hábitos y estilos de vida saludables. Las actuaciones de esta área deben estar dirigidas a la generación de conciencia del

valor que la salud tiene per se y la aceptación de las propias responsabilidades en la promoción y mantenimiento de la misma.

Por lo que al tratamiento se refiere, la medicina conductual ha incorporado a los tratamientos médicos convencionales estrategias cognoscitivo-conductuales comúnmente utilizadas en la terapia de la conducta, como son: técnicas de retroalimentación biológica, reestructuración cognoscitiva, entrenamiento en solución de problemas, así como el entrenamiento en técnicas de autocontrol.

La prevención de enfermedades es otra línea importante de trabajo, especialmente la prevención primaria o la que se refiere a la evitación de la aparición del trastorno actuando sobre aquellos factores relacionados con su origen, factores o conductas de riesgo y la promoción de hábitos y estilos de vida saludables.

2. Técnicas y modelos teóricos utilizados en la psicología de la salud

Actualmente, los modelos de intervención psicológica han modificado sus estrategias con el fin de prevenir, modificar y disminuir los efectos psicológicos que se presentan en las enfermedades crónico degenerativas, con lo cual se busca un bienestar integral del individuo que las padece.

Investigadores como, Jensen (1991), Nelly (1996), Jacobs y Edwars (1997) han demostrado la eficacia de la terapia cognoscitiva-conductual en diferentes problemas de salud tales como diabetes, hipertensión, migraña y dolor crónico, entre otros. A continuación se muestran los principales modelos y técnicas utilizados exitosamente en el área de la medicina conductual.

2.1 Técnica de autocontrol

El objetivo final de esta técnica es que el individuo aprenda a ser su propio terapeuta, se trata de hacer que el sujeto asuma progresiva y gradualmente su responsabilidad en el proceso del cambio, incorporando a su repertorio conductual todo lo aprendido, de tal manera que sea capaz de ponerlo en marcha de manera casi automática ante las situaciones que sea necesario, o de generalizar el uso de las técnicas en el afrontamiento de problemas distintos de los que le hicieron comenzar con un programa de autocontrol.

Las fases de un entrenamiento de autocontrol son:

1. autoobservación: lo primero que debe hacer el sujeto es detectar la conducta problema, observar las características topográficas, así como sus relaciones funcionales de ésta.
2. establecimiento de objetivos: el paciente decide el nivel de control que quiere alcanzar sobre la respuesta conflictiva.
3. entrenamiento en técnicas concretas y establecimiento de criterios de ejecución: en esta fase, en función de los objetivos establecidos y de los datos obtenidos por medio de la autoobservación, se deciden las técnicas concretas de autocontrol en que se entrenará al paciente y se establecen reglas de conductas que continuarán durante el tratamiento.
4. Aplicación de las técnicas en contexto real: se trata de poner en práctica en la vida diaria todas las estrategias aprendidas en consulta.

Las técnicas de autocontrol encaminadas a obtener mayor motivación para el cambio son la autoobservación, los contratos conductuales, así como la programación de tareas intercesiones.

Las técnicas de modificación de conducta pueden ser aprendidas e incorporadas por los sujetos, para posteriormente utilizarlas en la vida diaria, ya que, el objetivo final de cualquier intervención en terapia de la conducta es lograr que el individuo obtenga, recupere o incremente el autocontrol en su comportamiento diario.

Todas estas estrategias pueden ser aplicadas en Medicina Conductual para la disminución y modificación de conductas de adicciones, control de síntomas de ansiedad, depresión y estrés.

2.2 Técnica de modelado

El modelado es un proceso de aprendizaje observacional en el que la conducta de un individuo o grupo (el modelo) actúa como un estímulo para generar conductas, pensamientos o actitudes semejantes en otras personas que observan la actuación del modelo (Perry y Furukawa, 1986). El procedimiento consiste en exponer al cliente ante uno o más individuos presentes (en vivo) o filmados (simbólicos) que exhiben los comportamientos adecuados que él debería adoptar. De hecho, Bandura (1988) señala que no todos los aprendizajes que son el resultado de la experiencia directa pueden ocurrir de forma vicaria, sino que la mayor parte de la conducta humana se adquiere por aprendizaje observacional.

Se puede modificar a través de estos métodos la conducta motora, la activación emocional y fisiológica, así como aspectos cognoscitivos tales como opiniones y actitudes. Las técnicas de modelado tratan de enseñar los principios o reglas que deben guiar la conducta en contextos determinados más que respuestas imitativas simples.

Es por esto que Rosenthal y Steffeck (1991) definen al modelo como “un conjunto estimular tan organizado que un observador pueda extraer y obrar sobre la información principal adoptada por los sucesos ambientales sin necesitar realizarla de forma manifiesta”.

El modelado puede utilizarse para las funciones de:

1. adquisición de nuevos repertorios de conductas o habilidades
2. inhibición o desinhibición de conductas
3. facilitación de conductas
4. incremento de la estimulación ambiental
5. cambios en activación emocional y valencia afectiva

Dentro de la Medicina Conductual, esta técnica se ha empleado para trabajar aspectos como adherencia terapéutica a tratamientos médicos, habilidades de solución de problemas en personas con lesiones cerebrales, preparación a intervenciones quirúrgicas y dentales, implementación de conductas de examen de senos y revisiones periódicas, prevención de náuseas, vómitos y ansiedad anticipatorio ante los tratamientos con quimioterapia en pacientes con cáncer, entre otros.

2.3 Técnicas de Biofeedback

Labrador (1995) considera, como técnica de biofeedback, cualquier técnica que utilice instrumentación para proveer información inmediata, precisa y directa a una persona sobre la actividad de sus funciones fisiológicas, facilitando la percepción de éstas y el someterlas a control voluntario. Habitualmente se provee información sobre funciones fisiológicas de las que el individuo no es consciente (respuestas vasculares, ondas cerebrales, actividad de músculos lisos, etc.), pero también se puede proveer información sobre funciones fisiológicas de las que la persona no es ordinariamente consciente aunque puede serlo.

Se puede considerar al biofeedback como una técnica de intervención dirigida a identificar ciertos procesos y/o respuestas psicofisiológicas con el objetivo de conseguir su control voluntario, inicialmente con la ayuda de instrumentación especial y posteriormente sin el uso de los instrumentos, cuando y donde sea necesario. En este sentido, puede considerarse como un procedimiento de

autocontrol que hace hincapié en el papel activo que debe asumir la persona para superar sus trastornos.

Los tipos de biofeedback utilizados son muy variados, pueden ser las respuestas sobre las que se dé información; aspectos o dimensiones específicas de estas respuestas sobre las que se provea información; procedimientos utilizados para obtener la información de las respuestas; tipo de información que se provea acerca de esas respuestas, y aparato o artefacto utilizado para proveer esa información.

Los principales tipos de biofeedback son: electromiograma, temperatura, electroencefalograma, frecuencia cardíaca, electrotérmica, presión sanguínea, volumen de sangre, volumen respiratorio y presión arterial, entre otros.

La aplicación de esta técnica dentro del área de Medicina Conductual es amplia, se puede utilizar en padecimientos como arritmias, asma, bruxismo, cefaleas tensionales, migraña, dermatitis, diabetes, dolor miofacial, epilepsia, hipertensión, impotencia sexual, lumbalgias, tortícolis y úlcera péptica, entre otros.

2.4 Terapia Racional Emotiva

La terapia racional emotiva (TRE) fundada por Ellis (Ellis, 1984) a comienzos de la década de los sesenta, es la pionera de las terapias de reestructuración cognitiva. El objetivo fue buscar un tratamiento más efectivo y rápido en la obtención de resultados, por lo cual, con la práctica clínica y la influencia del pensamiento filosófico de los estoicos surge la TRE, en la cual se sostiene que la perturbación emocional no está directamente provocada por la situación sino por la interpretación que los sujetos hacen de ella.

Como base para el desarrollo de su teoría se encuentra el supuesto de que las personas tienen ideas irracionales y filosofías de la vida que, aunque inventadas por ellas mismas, las mantienen dogmáticamente y les producen perturbaciones

emocionales, cognitivas y conductuales. Ante este fenómeno, el primer objetivo fue estudiar las distintas ideas irracionales que los individuos tenían, buscando las posibles categorías generales en las que tales ideas estuviesen basadas, de tal manera que se pudieran agrupar y clasificar.

Encontrar esta organización ayudará a comprender y explicar el trastorno del paciente, ya que se hace posible centrar la terapia específicamente en el origen de la perturbación y hacer algo para poder cambiarla o eliminarla. Así, se originó la teoría clínica de la TRE, que consta, en esquema, de cuatro pasos sucesivos:

1. la teoría A-B-C, donde se explica cómo las personas crean y pueden destruir sus perturbaciones
2. la detección de las ideas irracionales
3. la discusión de cada creencia irracional
4. el conseguir un nuevo efecto o filosofía que permita al paciente pensar de forma más sensata en el futuro

A lo largo de su desarrollo, la TRE, ha sufrido una serie de transformaciones hasta alcanzar sus formulaciones actuales, cercanas a posiciones cognoscitivas-conductuales. Aunque la eficacia clínica de la esta terapia no ha sido adecuadamente demostrada debido a los pocos estudios llevados a cabo con muestras clínicas, existen estudios como Haaga y Davison (1989) que mencionan que se presenta gran eficacia en los tratamientos de diferentes tipos de ansiedad.

2.5 Terapia Cognoscitiva

La terapia cognoscitiva fue formulada y desarrollada por Aaron T. Beck (Beck, 1979) desde los años sesenta hasta principios de los años ochenta. Los orígenes de su formulación son la consecuencia del desarrollo de una serie de estudios controlados cuyo objetivo era proporcionar datos empíricos que apoyaran las formulaciones psicoanalíticas de la depresión y que delimitaran la configuración

psicológica característica de este trastorno, de tal forma que se pudiese desarrollar una forma breve de psicoterapia.

Los modelos cognitivos reconocen una naturaleza multidimensional de las disfunciones en virtud de la cual se produce una interdependencia entre cognición, emoción y conducta. En un entorno continuamente cambiante que demanda capacidades adaptativas, el individuo construye activamente la realidad mediante la selección, codificación, almacenamiento y recuperación de la información presente en el medio. La información, sobre sí mismo y sobre el mundo, que experimenta transformaciones cognoscitivas afectará a las respuestas tanto emocionales como conductuales del individuo.

Antes de emitir una respuesta, sea ésta de naturaleza emocional o conductual, los individuos clasifican, evalúan y asignan significado al estímulo en función de sus esquemas cognoscitivos. Éstos se describen como el conjunto de experiencias del individuo provenientes de su interacción con el medio y se consideran formados por creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y valoraciones de uno mismo.

El elemento fundamental del modelo cognoscitivo de Beck es que en los trastornos emocionales existe, una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. De manera que, durante el proceso de interpretación del estímulo, podrían activarse esquemas cognoscitivos negativos que llevarían al individuo a cometer distorsiones del estímulo en cuestión, que sería en este caso negativo.

La perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean. Los contenidos negativos de las cogniciones que aparecen en trastornos emocionales como la depresión o la ansiedad son, según Beck, idénticos a los que cualquier persona ante una situación de pérdida o de amenaza real. La diferencia se encuentra en el

número y grado de distorsiones cognitivas que comete el individuo y, debido a esto, en la inadecuación de su conducta e intensidad emocional.

Aunque esta terapia fue inicialmente aplicada a problemas de depresión, actualmente se ha extendido al tratamiento de problemas tales como: diversos trastornos de ansiedad como la ansiedad generalizada, ataques de pánico, agorafobia y fobias sociales, estados paranoides, abuso de alcohol, problemas sexuales, trastornos de la personalidad y trastornos de la alimentación, entre otras.

2.6 Técnica de solución de problemas

Esta técnica fue creada por D´Zurilla y Goldfried (1971) y su objetivo fue producir consecuencias positivas, refuerzo positivo y evitar las consecuencias negativas, es una técnica de modificación de conducta que facilita la conducta eficaz. D´Zurilla (1986) menciona que los seres humanos se caracterizan por ser solucionadores de problemas y de que de unas a otras personas existen diferencias en esta actividad.

Ello implica que aquellas personas que resuelven sus problemas adecuadamente suelen tener una adecuada competencia social. Aquellos que carecen de dicha competencia pueden también ser entrenados para solucionar tanto problemas cotidianos como, más importante, problemas clínicos o comportamentales.

El entrenamiento en solución de problemas de D´Zurilla consta de cinco fases o etapas:

1. Orientación general hacia el problema: se pretende que el sujeto acepte el hecho de que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y de que es posible hacerles frente de forma eficaz, reconozca las situaciones problemáticas cuando ocurren e inhiba la tendencia a responder de forma impulsiva o sin hacer nada.

2. Definición y formulación del problema: con esta fase se pretende obtener información relevante sobre el problema, aclarar la naturaleza del problema, establecer una meta realista de solución del problema y reevaluar la importancia del problema para el bienestar personal y social de esa persona.
3. Generación de soluciones alternativas: el propósito de esta fase es tener tantas soluciones alternativas como sea posible, para que así maximicemos la probabilidad de que la mejor solución esté entre ellas.
4. Toma de decisiones: el objetivo es evaluar (comparar y juzgar) las alternativas de solución disponibles y seleccionar la mejor o mejores para ponerla en práctica en la solución problemática. Para cada solución, se evalúan los costos y beneficios, a corto y largo plazo, y se juzga el resultado esperado o la utilidad de cada alternativa, se comparan alternativas y se selecciona la solución con la mejor utilidad esperada.
5. Puesta en práctica y verificación de la solución: en esta fase se evalúa el resultado de la solución y se verifica la efectividad de la estrategia de solución elegida en la situación problemática de la vida real. Esto se hace primero simbólicamente y luego en la situación de la vida real.

La técnica de Solución de Problemas ha sido aplicada en el área de la salud, obteniendo excelentes resultados en tratamientos como obesidad, consumo de alcohol y tabaco, depresión, estrés, ansiedad, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, cefaleas, entre otros.

Capítulo 2. Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

1. Breve Reseña Histórica

La Universidad Nacional Autónoma de México ha tenido a la Licenciatura en Psicología desde el año de 1959 en la Facultad de Filosofía y Letras. En 1973, se inaugura la Facultad de Psicología con el Dr. Luis Lara Tapia como director de la misma; a partir de esta fecha se contempla el proyecto de la creación de un centro de asistencia psicológica comunitaria.

Pero no es sino hasta mayo de 1981 que se inaugura oficialmente el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, siendo adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado, adquiriendo su autonomía en 1983.

El objetivo principal del Centro de Servicios Psicológicos fue: Proporcionar atención psicológica a estudiantes y a trabajadores administrativos de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” se encuentra ubicado en el Sótano del Edificio D, en la Facultad de Psicología de la UNAM.

Actualmente en este Centro de Servicios Psicológicos se proporciona atención Psicológica al público en general, ofreciendo diferentes servicios como son:

- ✓ Terapia Familiar y de Pareja
- ✓ Retroalimentación Biológica
- ✓ Psicoterapia Psicoanalítica
- ✓ Programa de atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual
- ✓ Programa de atención Psicológica a enfermos crónico-degenerativos

La Residencia de Medicina Conductual se encuentra dentro del Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico-Degenerativos.

2. Autoridades

Directora de la Facultad de Psicología	Dra. Lucy Ma. Reidl
Coordinador del Programa de Maestría y Doctorado	Dr. Javier Nieto Gutiérrez
Coordinadora del Centro de Servicios Psicológicos	Lic. Noemí Barragán
Supervisora del Programa de Medicina Conductual	Psic. Rebeca Sánchez
Residentes de segundo año	Lic. Claudia Hernández Lic. Gustavo Navarro Lic. Janneth Carballido
Residentes de primer año	Lic. Belén Meltiz Lic. Ivett Ibáñez Lic. Soledad Jiménez

3. Actividades desarrolladas en la sede

Objetivo

Que el alumno desarrolle habilidades en el área clínica tales como realización de entrevistas, evaluación así como desarrollo de programas de intervención en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Que incluyan programas educativos, así como el desarrollo de estrategias que ayuden a resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema orgánico.

3.2 Método

3.2.1 Procedimiento

Las actividades del Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico-Degenerativos son asignadas de acuerdo al nivel del estudiante, en este caso como R-1 las actividades clínicas realizadas fueron:

- Recepción, análisis y registro de solicitudes canalizadas al servicio de Medicina Conductual
- Realización de entrevistas de primera vez, con el objetivo de conocer cada caso y hacer la canalización correspondiente al servicio adecuado
- Elaboración de diagnósticos, mediante el proceso de entrevista y evaluación con instrumentos psicológicos.
- Formulación de tratamientos con un máximo de 16 sesiones
- Intervención Psicológica de manera individual y de grupo
- Desarrollo y aplicación de programas de prevención
- Diseño y aplicación de programas de intervención en crisis
- Reporte de canalizaciones, altas y bajas
- Asistencia a supervisión clínica individual
- Asistencia a sesiones de entrenamiento
- Supervisión de casos con la responsable del programa
- Supervisión de sesiones terapéuticas en cámara de Gessell
- Supervisión de las actividades realizadas por co-terapeutas
- Supervisión y capacitación a estudiantes de licenciatura y servicio social
- Manejo de Expedientes

3.2.2 Resultados y competencias profesionales alcanzadas

Los resultados obtenidos durante este primer año de residencia fueron el desarrollo de habilidades clínicas en cuanto a entrevistas breves, en donde en un lapso no mayor a 20 minutos se realizaban los diagnósticos de los pacientes que asistían al Centro de Servicios Psicológicos.

Posteriormente, se llenaba el formato de entrevista para ser entregada al terapeuta correspondiente. Una vez asignados los casos se realizaba la fase de evaluación, en donde se aplicaban instrumentos de evaluación para complementar el diagnóstico y por último se desarrollaban los tratamientos de acuerdo a la problemática del paciente en un lapso no mayor a 16 sesiones, en donde se utilizaban las teorías antes descritas.

Cuadro 1

Resultados de número de tratamientos realizados en el primer año de residencia.

Entrevistas realizadas	58
Tratamientos completos (16 sesiones)	18
Tratamientos cortos (según el padecimiento del paciente)	3
Canalizaciones a otros servicios	4

4. Actividades Académicas dentro de la Sede

- Una vez por semana se hacía la revisión de casos con la responsable del programa y todo el equipo de terapeutas, en la que se hacía la exposición de casos clínicos y se analizaba cada uno, con el objetivo de despejar dudas acerca del plan de tratamiento así como asesoría en cuanto a material bibliográfico que pudieran ayudar a la terminación del tratamiento.

- Asistencia al Curso de Terapia Cognitiva impartido por el Mtro. Raúl Alcázar del 10 de marzo al 11 de julio del 2003, Facultad de Psicología, UNAM.

- Participación en sesiones clínicas y exposición de casos especiales dentro del Centro de Servicios Psicológicos, UNAM.

- Realización de búsquedas de información para el programa en bases de datos nacionales e internacionales con temas como trasplante renal, colon irritable, epilepsia y distonía, con el objetivo de tener información científica acerca de los casos con los que se trabajaba.

Asistencia a Eventos Académicos

- Asistencia al X Congreso Mexicano de Psicología. Acapulco, Guerrero, 23-25 de Octubre, 2002.

- Realización del curso “Apoyo Psicológico: Entrenamiento en Solución de Problemas” como parte del programa de actividades del Grupo de Apoyo para pacientes con Distrofia y sus familiares. 3 de Junio, 2003. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

- Asistencia al Curso de Obesidad “Modelos multidisciplinares para el tratamiento de la Obesidad” Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. 12-14 de febrero del 2004.

- Taller “Terapia Cognitivo-Conductual” dentro Curso de Obesidad “Modelos multidisciplinares para el tratamiento de la Obesidad” Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. 12 de febrero del 2004.

- Asistencia al Taller “Manejo multidisciplinario del paciente obeso: Casos Clínicos” dentro del Curso de Obesidad “Modelos multidisciplinares para el tratamiento de la Obesidad” Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. 12-14 de febrero del 2004.

5. Evaluación

Supervisor académico

La supervisión académica fue de gran utilidad, ya que se daba la oportunidad de consultar acerca de los casos clínicos, además de dudas académicas. Se considera que la supervisora maneja los temas adecuadamente, además de presentar buena disposición para ayudar y resolver las dudas de los residentes.

De las actividades profesionales desarrolladas

El trabajo realizado en esta sede permitió el desarrollo de habilidades del alumno dentro del área de la salud, específicamente en la medicina conductual. Las actividades realizadas dan la libertad de acción y por lo tanto de aprendizaje sobre todo en las áreas de entrevista y el desarrollo de programas de tratamiento con orientación cognoscitivo-conductual que se consideraban las más adecuadas según el caso de cada paciente.

De las competencias profesionales alcanzadas

Las habilidades, la experiencia así como los conocimientos adquiridos con respecto a la evaluación, diagnóstico, intervención y elaboración de notas clínicas, resultaron enriquecedoras en la formación integral que como parte de la formación de la residencia se busca. Es importante mencionar que la adquisición y el grado de ejercicio de estas competencias profesionales adquiridas fue resultado de un alto nivel de interés y compromiso.

6. Conclusiones

El trabajo del psicólogo aun no es totalmente conocido por todos los prestadores de servicios de salud, es por esto, que en el Centro de Servicios Psicológicos, la población de personas con enfermedades crónico-degenerativas son realmente escasas, y son muy pocas las instituciones que refieren a los pacientes al programa, por lo que resulta de suma importancia realizar mayores esfuerzos para dar a conocer el papel de la psicología de la salud, como parte del tratamiento integral de los pacientes así como una mayor difusión del servicio que se ofrece dentro del la Universidad Nacional Autónoma de México al público en general.

En cuanto al aspecto académico de este programa de medicina conductual, se considera que es una muy buena sede para la formación y adquisición de habilidades terapéuticas en el área de la salud, con lo cual se pueden obtener excelentes resultados con respecto a la prevención, tratamiento y recuperación de los pacientes.

CAPITULO 3. INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN (INCMNSZ)

1. Introducción

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ, INNSZ) es una de las instituciones médicas de mayor prestigio asistencial y científico de México. Se inauguró el 12 de octubre de 1946, su fundador y primer Director fue el Dr. Salvador Zubirán quien dirigió la institución hasta 1980.

Desde el punto de vista asistencial, se dispone de 167 camas para internación de enfermos y una amplia consulta externa que da servicio a 135,000 pacientes al año con un promedio de 215,000 consultas anuales. Se atienden pacientes con una gran gama de padecimientos y se dispone del equipo de laboratorio y gabinete más moderno como auxiliares diagnósticos.

El Instituto, a través de su Dirección de Enseñanza, ofrece en la actualidad 20 cursos de posgrado avalados por la Universidad Nacional Autónoma de México, en que se forman especialistas en distintos campos de la medicina y cirugía. Los egresados del sistema docente están distribuidos por todo el país y son líderes de la medicina académica nacional, ocupando cargos directivos en universidades y hospitales de enseñanza.

Su desempeño frente a las sociedades científicas es también muy destacado. Es la institución médica con mayor número de investigadores y con mayor producción científica en el país, siendo también la de mayor índice de impacto. Esta actividad está coordinada por la Dirección de Investigación de la que dependen los departamentos de investigación básica y de investigación médica.

El Instituto ofrece los siguientes servicios:

Anestesiología	Epidemiología Hospitalaria	Medicina Nuclear
Banco de Sangre	y Calidad de la Atención	Nutrición Clínica
Biología de la	Médica	<u>Nefrología y</u>
Reproducción	<u>Gastroenterología</u>	<u>Metabolismo Mineral</u>
Bioquímica	Genética	Patología y Anatomía
Cardiología	Hematooncología	Patológica
Cirugía Experimental	Histocompatibilidad y	Química Clínica
<u>Clínica de Valoración</u>	Trasplantes	Radiología
<u>Geriátrica</u>	Infectología	Terapia Intensiva
Dermatología	Inmunología y	<u>Unidad de Biología</u>
Endocrinología y	Reumatología	<u>Molecular y Medicina</u>
Metabolismo	Investigación Experimental	<u>Genómica</u>
Endoscopia	y Bioterio	Urgencias
	Laboratorio Central	Urología
	Medicina Psicológica	

1.1 Características de la sede

Es en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, en donde se fundó la primera Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos en junio de 1972, a cargo del Dr. Ramón De Lille Fuentes. Actualmente, ésta clínica pertenece a la Subdirección de Medicina Crítica.

Según la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor, AC. (AMETD), la Algología, es una especialidad de postgrado en anestesia, encargada de la atención del paciente que sufre de dolor crónico ya sea oncológico o no oncológico, brindándole atención a aquel que ha estado con múltiples manejos médicos y que aún no logra el control de su dolor.

Su objetivo, es el manejo del dolor y de los síntomas que conlleva una enfermedad, basándose en una atención integral para mejorar la vida del paciente, cubriendo sus principales necesidades como un ser bio-psico-social. Para esto, es indispensable el trabajo de un equipo multidisciplinario que incluye Alópatas, Psicólogos, Trabajadoras Sociales, Enfermeras y otros especialistas, según se requiera.

Por otra parte, los Cuidados Paliativos brindan tratamientos para el dolor y el manejo de síntomas que se hacen presentes en enfermos terminales, ofreciendo así una mejor calidad de vida.

Los cuidados paliativos son un concepto de la atención al paciente que incluye a profesionales de la salud que proporcionan apoyo médico y psicológico a enfermos terminales y a sus seres queridos, ponen el énfasis en la calidad de vida del paciente y una de las metas principales es el control del dolor y de otros síntomas para que el paciente pueda permanecer lo más alerta y cómodo posible.

Los cuidados paliativos son una parte de la medicina donde no se cura, sino que, a los pacientes, se les brinda algo probablemente más importante: mitigar el sufrimiento y dar alivio al ser humano en todas las partes que lo constituyen. El paciente típico tiene un pronóstico de vida de 6 meses o menos (Montes de Oca, 1997). Las familias de los pacientes son también un enfoque importante de los cuidados paliativos, y los servicios están diseñados para proporcionarles la asistencia y el apoyo que necesitan. Esta visión tiene que ir en aumento aunada al cambio en las pirámides poblacionales, a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas y la esperanza de vida. Por lo tanto, el público en general debe estar enterado de esta alternativa viable para mitigar el sufrimiento.

1.2 Autoridades y Recursos Humanos

Director del INNSZ	<u>Dr. Fernando Gabilondo Navarro</u>
Jefe de Enseñanza	Dr. José Luis Uzcanga
Jefe de Clínica del Dolor	Dr. Uriah Guevara
Médicos Adjuntos	Dra. Argelia Lara Dr. Antonio Tamayo
Trabajo Social	Lic. Elisa Villaseñor
Enfermería	Lic. Leticia Tlatempa Enf. Alicia Farfán

Residentes Médicos	Dra. Verónica Cardona Dr. Alfredo Covarrubias Dr. Alonso Betancourt Dra. Magali Delgado Dr. Ricardo Hernández
--------------------	---

Residentes de Medicina Conductual	Lic. Fabiola Villa Lic. Soledad Jiménez
Supervisor in situ	Mtro. Fernando Vázquez

1.3 Ubicación del Residente de Medicina Conductual en la Sede

En la estructura de la Institución la residente de segundo año de Medicina Conductual depende directamente de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. En esta institución no se cuenta con un cubículo para trabajar individualmente, por lo que el espacio es compartido con los médicos del servicio para dar consulta.

2. Actividades Desarrolladas En La Sede

2.1 Marco teórico

El dolor constituye el síntoma más frecuente de enfermedad y por lo tanto, es la causa más habitual de consulta médica. La definición más comúnmente aceptada es la que considera el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial. Bonica (1992) menciona que el paciente con dolor crónico presenta una intensidad de dolor fuera de proporción con respecto a los hallazgos en la historia clínica, la exploración física y los estudios paraclínicos. Además, la intensidad y las molestias afectan aspectos de la personalidad, el afecto y el funcionamiento del sujeto.

Cualquier dolor de intensidad moderada o alta se acompaña del impulso de escapar a esa sensación. Esto refleja sus dos aspectos fundamentales: es a la vez sensación y emoción. El dolor presenta un componente emocional o subjetivo asociado que cada persona integra como una vivencia propia. Esto condiciona que se desencadene una respuesta neurovegetativa (elevación de la presión arterial, de la frecuencia cardíaca, etc.).

La evaluación del paciente con dolor supone un proceso complejo, debido en gran parte a que el dolor constituye una percepción y no una sensación, de forma que para poder interpretar y tratar correctamente un dolor es necesario un enfoque individualizado, teniendo en cuenta tanto las características y localización del dolor como la enfermedad de base del paciente y la presencia de factores psíquicos asociados.

En esencia, el mecanismo fisiopatológico de la transmisión del dolor se origina a partir de un estímulo periférico (traumatismo, inflamación, isquemia, etc.) que es conducido a través de un nervio periférico, hasta el sistema nervioso central y asciende a través de unas vías medulares hasta hacerse consciente en la corteza somatosensorial. La función principal de estos sistemas es la detección, localización e identificación de los procesos patológicos que producen un daño tisular.

El dolor se divide en dos rubros principalmente: dolor agudo y dolor crónico. El dolor agudo indica la existencia de una lesión que es preciso diagnosticar y tratar, por lo que se considera "útil": avisa de la presencia de un proceso cuya causa debe ser identificada y corregida, por lo que constituye un dato de elevado valor en la semiología de las enfermedades, orientando su diagnóstico mediante características tales como su naturaleza, localización, extensión, duración e intensidad.

Con frecuencia se acompaña de signos objetivos de hiperactividad del sistema nervioso autónomo tales como taquicardia, hipertensión arterial, diaforesis, midriasis y palidez. El dolor agudo suele responder bien a los analgésicos y los factores psicológicos desempeñan un papel menor en su patogenia. La duración de este tipo de dolor, en general, no es superior a 3-6 meses, o bien no sobrepasa a la causa que lo desencadena.

El dolor crónico, más que un síntoma, constituye una entidad nosológica por sí mismo. Con la cronificación del dolor se produce una disminución en el umbral de excitación, dando lugar a una serie de modificaciones psíquicas que condicionan la "fijación del dolor". De esta forma el dolor crónico es un dolor "inútil", es decir, no tiene valor semiológico. El abordaje terapéutico de este tipo de dolor debe ser multidisciplinar, incluyendo aspectos tales como el farmacológico, el psicológico y el rehabilitador, entre otros.

El síndrome del dolor crónico es un problema multidimensional que se acompaña por cambios en el comportamiento, así como la búsqueda frecuente y excesiva de tratamientos médicos. Además se acompaña de cambios constantes en el estado de ánimo que se hacen más evidentes cuando no se encuentra una causa orgánica del dolor (Aronoff, 1998).

Bonica (1992) menciona que el paciente con dolor crónico presenta una intensidad de dolor fuera de proporción con respecto a los hallazgos en la historia clínica, la exploración física y los estudios paraclínicos. Además, la intensidad y las molestias afectan aspectos de la personalidad, el afecto y el funcionamiento del sujeto.

Crook (1989) refiere que los factores emocionales y cognoscitivos influyen en la percepción de la intensidad del dolor y dificultan el diagnóstico así como el tratamiento de su causa. Otros estudios han documentado una fuerte relación entre el dolor crónico y la psicopatología. Dersh, Polatin y Gatchel (2002) mencionan que el dolor crónico está frecuentemente asociado con trastornos depresivos, ansiosos, somatomorfos, de abuso de sustancias y desórdenes de la personalidad. Sullivan (1993) y Barsky (1983) reportaron que en los sujetos con ansiedad se encontró un decremento en el umbral y la tolerancia al dolor, lo cual ha sido asociado con la magnificación de los síntomas físicos.

Polatin, Kinney y Gatchel (1993) han documentado niveles altos de ansiedad en pacientes con dolor crónico; los diagnósticos mencionados frecuentemente en sus estudios son desórdenes de pánico y ansiedad generalizada. Fishbain, Cutter y Rosomoff (1998) sugieren que los desórdenes de ansiedad son más comunes en los pacientes con dolor crónico que lo que han sido reportado en la literatura.

Asmundson (1995) por su parte, mencionó que la ansiedad aumenta el miedo al dolor, por lo que los sujetos han adoptado estrategias negativas para su enfrentamiento y se han asociado las respuestas psicopatológicas con eventos de dolor. Gatchel (1996) menciona que identificar adecuadamente el trastorno psicológico es importante para el éxito del tratamiento debido a que, según el caso, se puede incrementar la percepción de la intensidad y el nivel de disfunción del paciente.

En el DSM-IV se encuentran los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad, en el que se incluye (entre otros) el trastorno de ansiedad generalizada, el cual presenta como característica esencial la ansiedad y la preocupación excesivas que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones (Criterio A). El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación (Criterio B). La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (Criterio C).

Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son propias de otros trastornos como trastorno de angustia, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por ansiedad de separación, trastorno de somatización e hipocondría (Criterio D).

Aunque los individuos con trastorno de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad (Criterio E). Esta alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica general y no aparece en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (Criterio F).

Los síntomas y trastornos asociados son tensión muscular, temblores, sacudidas, inquietud motora, dolores o entumecimientos musculares. También se pueden presentar síntomas somáticos como manos frías y pegajosas, boca seca, sudoración, náuseas o diarreas, problemas para tragar o quejas de “tener algo en la garganta” y respuestas de sobresalto exageradas. Los síntomas depresivos también son frecuentes.

Este trastorno suele coexistir con trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor o trastorno distímico), con otros trastornos de ansiedad (trastorno de angustia, fobia social, fobia específica) y con trastornos relacionados con sustancias (dependencia o abuso de alcohol o sedantes, hipnóticos o ansiolíticos). Otros trastornos normalmente asociados al estrés (síndrome de colon irritable, dolores de cabeza) acompañan con bastante frecuencia a este trastorno.

Es importante considerar los criterios diagnósticos del DSM-IV como referencia de los síntomas que se presentan en la ansiedad, sin embargo cabe destacar que las consecuencias psicológicas y afectivas de pacientes que padecen enfermedades crónicas varían de acuerdo a el estados de salud actual, la situación familiar del paciente, al medio ambiente que lo rodea, a sus habilidades para enfrentar y resolver los problemas que se le presentan con respecto a sus enfermedad.

Por todo esto, el conocimiento del caso de cada paciente a través de una entrevista y si es posible una evaluación con instrumentos psicológicos (previamente normalizados en este tipo de poblaciones), es de especial importancia en el desarrollo de tratamientos útiles y eficaces enfocados en la obtención de resultados integrales de salud con el respaldo de un equipo multidisciplinario.

2.2 Objetivos

Por todo lo anterior, el presente estudio de tipo exploratorio pretende identificar los síntomas de ansiedad que presentan los pacientes con dolor crónico para realizar diagnósticos precisos que nos permitan aplicar tratamientos adecuados a cada paciente y lograr así, una recuperación integral considerando el trabajo de un equipo multidisciplinario.

1. Evaluar a los pacientes que presentan dolor crónico con el fin de conocer si presentan síntomas de ansiedad.
2. Desarrollar estrategias de intervención que ayuden a resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema orgánico.
3. Promover en los pacientes habilidades para la adherencia terapéutica.
4. Entrenar a los pacientes en técnicas de manejo de estrés, manejo de ansiedad así como de depresión.
5. Contribuir con la educación médica sobre temas del manejo cognitivo-conductual del paciente con dolor crónico.

2.3 Método

2.3.1 Procedimiento

Para el departamento de enseñanza del Instituto Nacional de Nutrición, los residentes de Medicina Conductual forman parte de los médicos residentes del hospital con cursos de un solo año.

El horario establecido dentro de la Clínica del Dolor es de 7:00 a 17:00 hrs. Y las actividades que se desarrollaban son:

- ✓ Lunes a viernes: 7:00 a 8:00 Curso de Algología
- ✓ Lunes a viernes: 8:00 a 8:30 Pase de visita a pacientes hospitalizados
- ✓ Lunes a viernes: 8:30 a 9:00 Revisión de casos de pacientes hospitalizados
- ✓ Lunes a viernes (excepto miércoles): 9:00 a 17:00 Atención a pacientes de consulta externa, hospitalizados y urgencias.
- ✓ Viernes: 8:00 a 9:00 Asistencia a la Sesión General del INN (en donde se presentan los casos más interesantes del Instituto)
- ✓ Viernes: 12:00 a 14:00 Asesoría y supervisión con el Mtro. Fernando Vázquez (Supervisor In-situ).
- ✓ Miércoles: 9:00 a 14:00 Día académico
- ✓ Sábados y domingos: Guardias alternadas

En los horarios de consulta, los médicos determinaban que pacientes necesitaban apoyo psicológico y en ese momento se les proponía el tratamiento psicológico. En primer lugar se les aplicaba en Inventario de Ansiedad de Beck y una entrevista de evaluación para conocer sus necesidades. Posteriormente, se realizaba una pequeña intervención (dependía del tiempo disponible tanto del paciente, ya que con frecuencia tenían cita en otro servicio a la misma hora, como del terapeuta, la demanda de pacientes en espera), enfocada en solucionar los problemas que incrementaban la percepción del dolor. Para lo cual se utilizaban técnicas cognoscitivo conductuales como solución de problemas, entrenamiento

en relajación, comunicación de malas noticias, adherencia terapéutica, reestructuración cognoscitiva y técnicas de autocontrol, entre otras.

En lo que respecta a los tratamientos de consulta externa, la duración de las sesiones y de los tratamientos psicológicos variaba de acuerdo a cada paciente, ya que muchos de ellos viven en el interior de la república, lo que en ocasiones hacía que sus estancias no fueran prolongadas y que tuvieran citas durante todo un día. El promedio de sesiones para tratamiento cognoscitivo conductual fue de 4 sesiones y solamente en algunas ocasiones existió la oportunidad de tener entre 8 y 10 sesiones.

En los pacientes hospitalizados el promedio de consultas era variable, debido a que el tiempo de hospitalización es relativamente corto y una gran parte del tiempo están en estudios, cirugía o en recuperación, por lo cual se realizaban esfuerzos para visitar al paciente por lo menos dos veces al día para realizar trabajos breves, enfocados a la solución de problemas específicos de acuerdo a sus necesidades. Cabe señalar que la consulta del hospital se dividió entre las dos psicólogas, por lo que a una le correspondía atender a 2 pisos del hospital un mes y el servicio de urgencias y al siguiente trabajaba en los siguientes dos pisos y la clínica de cuidados paliativos.

Si era requerido y necesario, se realizaban intervenciones de manera multidisciplinaria con la familia de los pacientes. En el servicio de cuidados paliativos, se realizaban visitas domiciliarias con frecuencia variable, según la necesidad de cada caso y la autorización correspondiente por parte del Instituto.

2.3.2 Resultados

El número de pacientes diarios atendidos fue registrado en un formato que se entregaba cada mes a la enfermera de la clínica, quien era responsable del informe estadístico mensual.

A continuación se muestra la estadística por mes de las sesiones en consulta externa, urgencias y las vistas a los pacientes de hospital.

MES	CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS	HOSPITALIZACIÓN
Marzo	32	61
Abril	41	57
Mayo	38	67
Junio	30	41
Julio	39	57
Agosto	45	62
Septiembre	35	50
Octubre	43	68
Noviembre	40	59
Diciembre	37	48
Enero	34	50
Febrero	29	56
TOTAL	443	676

2.3.3 Competencias profesionales alcanzadas en el desarrollo del programa de intervención

Las habilidades y los conocimientos adquiridos con respecto a la valoración, diagnóstico, intervención y elaboración de notas clínicas, resultaron enriquecedoras en la formación integral que como parte de la residencia se busca. El trabajo con pacientes resulta enriquecedor debido a que todos los tratamientos son diferentes y representan un reto constante como profesional de la salud.

2.4 Actividades académicas dentro de la sede

Descripción de las actividades académicas

Asistencia al Curso de Subespecialidad Médica en Algología, en el cual se realizaron presentaciones de temas psicológicos relacionados con el servicio como son (ver anexo):

- Terapia Racional Emotiva
- Técnicas de Relajación
- Adherencia Terapéutica
- Atención psicológica a pacientes terminales
- La entrevista conductual

Asistencia al “Día Académico”, el cual se lleva al cabo los días miércoles de 9:00 a 14:00 hrs. En el INNNSZ y el INCAN, el cual consiste en la presentación de un caso clínico interesante y la intervención médica y psicológica realizada en éste.

Se realizaba también la presentación de artículos con relación al tema del día académico y se realizaba un análisis por parte de todos los participantes.

Los artículos presentados en el “Día Académico” fueron:

- ✓ Ansiedad, cognición y experiencia de dolor.
- ✓ Aspectos psicosociales de pacientes quemados.
- ✓ Evaluación cuantitativa del dolor post quirúrgico utilizando el Cuestionario de McGill.
- ✓ Humor y ansiedad asociado al dolor crónico.
- ✓ Intento suicida en pacientes con dolor crónico.
- ✓ Relación entre depresión y cáncer de páncreas.
- ✓ Sueño, síntomas diurnos y ejecución cognoscitiva en pacientes con fibromialgia.
- ✓ Ansiedad en pacientes con cáncer: naturaleza, asociaciones y relación con calidad de vida.
- ✓ Interacciones médicas con familiares y cuidadores, después de la muerte de un paciente: prácticas actuales y sugerencias.
- ✓ Depresión mayor e insomnio en dolor crónico.
- ✓ Age-related differences in the qualities but not the intensity of chronic pain.
- ✓ Efectos Cognoscitivos y psicomotores de morfina en sujetos saludables.
- ✓ El impacto de la depresión en la percepción del dolor experimental: una revisión de literatura con meta-análisis.
- ✓ Terapia sintomática para el reconocimiento de las manifestaciones de la esclerosis múltiple.
- ✓ Evaluation of patients for implantable pain modalities: medical and behavioral assessment.
- ✓ Emotion induction moderates effects of anger management on acute pain sensitivity.
- ✓ Psychologically based occupational rehabilitation: the pain-disability prevention program.

Asistencia a un grupo de contención, en el cual se realizaba un análisis de los momentos difíciles que se vivían dentro del servicio, y el objetivo era encontrar soluciones para fortalecer al equipo de trabajo y mejorar los resultados del servicio.

2.5 Actividades académicas fuera de la sede

Presentación del trabajo de investigación “Inventario de Ansiedad de Beck” Análisis en una muestra de pacientes con dolor crónico”, en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. 29 de noviembre al 3 de diciembre del 2004 en la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala.

Asistencia al Curso Internacional “Del Dolor a la Paliación” en el XX Aniversario de la Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Cancerología. 13-15 de Octubre del 2004.

Asistencia al XXX Curso anual de actualización en Anestesiología del Colegio Mexicano de Anestesiología, efectuado en la Cd. de México, del 9 al 12 de junio del 2004.

Asistencia al 6º Curso de Actualización en Medicina del Dolor y Paliativa, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. 3-5 de junio del 2004.

Reconocimiento otorgado por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” por las actividades desarrolladas para la organización del 6º. Curso del Actualización en Medicina del Dolor y Paliativa 3-5 de junio del 2004.

3. Evaluación

3.1 Supervisor Académico

La ayuda brindada por parte del supervisor in-situ, el Mtro. Fernando Vázquez fue siempre constante, permitiéndonos expresar nuestras dudas académicas y clínicas, realizando observaciones certeras en todo momento, además de que su trato y disposición fueron siempre los mejores.

3.2 De las actividades profesionales alcanzadas

Las actividades realizadas en esta sede, me permitieron desarrollar las habilidades aprendidas durante el primer año, poniendo en práctica todos los conocimientos con la libertad, confianza y respaldo del Dr. Guevara que en todo momento estuvo ahí, para compartir con nosotros su sabiduría y experiencia clínica.

Con respecto a la clínica de Cuidados Paliativos, fue un proceso en el que manejar temas tan delicados obliga a desarrollar estrategias de comunicación asertivas y poner énfasis en la atención de la problemática de este tipo de pacientes y de sus familias.

4. Comentarios finales de la rotación en el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Subirán

Es muy grato haber compartido todas estas experiencias tanto profesionales como personales dentro del Instituto, ya que las habilidades que se adquieren a lo largo de la residencia se ponen en contacto con la parte humana que es la que permite una mayor y mejor relación con los pacientes y se obtienen muy buenos resultados.

Con relación a la Institución como sede académica para la práctica y especialización del Psicólogo en el área de Medicina Conductual es un lugar muy enriquecedor debido a que se permite la participación del alumno (terapeuta) en todos los casos, compartiendo conocimientos entre el equipo de trabajo multidisciplinario.

Por todo lo anterior se considera que el INNSZ es muy buena sede para la formación de profesionales de la salud, incluyendo por supuesto a los que trabajan con salud mental y en particular a los estudiantes de la residencia de Medicina Conductual.

5. Actividades clínicas adicionales

Evaluación de ansiedad en pacientes con dolor crónico

1. Introducción

El dolor constituye el síntoma más frecuente de enfermedad y por lo tanto, es la causa más habitual de consulta médica. La definición más comúnmente aceptada es la que considera el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial. Bonica (1992) menciona que el paciente con dolor crónico presenta una intensidad de dolor fuera de proporción con respecto a los hallazgos en la historia clínica, la exploración física y los estudios paraclínicos. Además, la intensidad y las molestias afectan aspectos de la personalidad, el afecto y el funcionamiento del sujeto.

Cualquier dolor de intensidad moderada o alta se acompaña del impulso de escapar a esa sensación. Esto refleja sus dos aspectos fundamentales: es a la vez sensación y emoción. El dolor presenta un componente emocional o subjetivo asociado que cada persona integra como una vivencia propia. Esto condiciona que se desencadene una respuesta neurovegetativa (elevación de la presión arterial, de la frecuencia cardíaca, etc.).

La evaluación del paciente con dolor supone un proceso complejo, debido en gran parte a que el dolor constituye una percepción y no una sensación, de forma que para poder interpretar y tratar correctamente un dolor es necesario un enfoque individualizado, teniendo en cuenta tanto las características y localización del dolor como la enfermedad de base del paciente y la presencia de factores psíquicos asociados.

En esencia, el mecanismo fisiopatológico de la transmisión del dolor se origina a partir de un estímulo periférico (traumatismo, inflamación, isquemia, etc.) que es conducido a través de un nervio periférico, hasta el sistema nervioso central y asciende a través de unas vías medulares hasta hacerse consciente en la corteza somatosensorial. La función principal de estos sistemas es la detección, localización e identificación de los procesos patológicos que producen un daño tisular.

El dolor se divide en dos rubros principalmente: dolor agudo y dolor crónico. El dolor agudo indica la existencia de una lesión que es preciso diagnosticar y tratar, por lo que se considera "útil": avisa de la presencia de un proceso cuya causa debe ser identificada y corregida, por lo que constituye un dato de elevado valor en la semiología de las enfermedades, orientando su diagnóstico mediante características tales como su naturaleza, localización, extensión, duración e intensidad.

Con frecuencia se acompaña de signos objetivos de hiperactividad del sistema nervioso autónomo tales como taquicardia, hipertensión arterial, diaforesis, midriasis y palidez. El dolor agudo suele responder bien a los analgésicos y los factores psicológicos desempeñan un papel menor en su patogenia. La duración de este tipo de dolor, en general, no es superior a 3-6 meses, o bien no sobrepasa a la causa que lo desencadena.

El dolor crónico, más que un síntoma, constituye una entidad nosológica por sí mismo. Con la cronificación del dolor se produce una disminución en el umbral de excitación, dando lugar a una serie de modificaciones psíquicas que condicionan la "fijación del dolor". De esta forma el dolor crónico es un dolor "inútil", es decir, no tiene valor semiológico. El abordaje terapéutico de este tipo de dolor debe ser multidisciplinar, incluyendo aspectos tales como el farmacológico, el psicológico y el rehabilitador, entre otros.

El síndrome del dolor crónico es un problema multidimensional que se acompaña por cambios en el comportamiento, así como la búsqueda frecuente y excesiva de tratamientos médicos. Además se acompaña de cambios constantes en el estado de ánimo que se hacen más evidentes cuando no se encuentra una causa orgánica del dolor (Aronoff, 1998).

Bonica (1992) menciona que el paciente con dolor crónico presenta una intensidad de dolor fuera de proporción con respecto a los hallazgos en la historia clínica, la exploración física y los estudios paraclínicos. Además, la intensidad y las molestias afectan aspectos de la personalidad, el afecto y el funcionamiento del sujeto.

Crook y cols (1989) refieren que los factores emocionales y cognoscitivos influyen en la percepción de la intensidad del dolor y dificultan el diagnóstico así como el tratamiento de su causa. Otros estudios han documentado una fuerte relación entre el dolor crónico y la psicopatología. Dersh, Polatin y Gatchel (2002) mencionan que el dolor crónico está frecuentemente asociado con trastornos depresivos, ansiosos, somatomorfos, de abuso de sustancias y desórdenes de la personalidad. Sullivan (1993) y Barsky (1983) reportaron que en los sujetos con ansiedad se encontró un decremento en el umbral y la tolerancia al dolor, lo cual ha sido asociado con la magnificación de los síntomas físicos.

Polatin, Kinney y Gatchel (1993) han documentado niveles altos de ansiedad en pacientes con dolor crónico; los diagnósticos mencionados frecuentemente en sus estudios son desórdenes de pánico y ansiedad generalizada. Fishbain, Cutter y Rosomoff (1998) sugieren que los desórdenes de ansiedad son más comunes en los pacientes con dolor crónico que lo que han sido reportado en la literatura.

Asmundson (1995) por su parte, mencionó que la ansiedad aumenta el miedo al dolor, por lo que los sujetos han adoptado estrategias negativas para su enfrentamiento y se han asociado las respuestas psicopatológicas con eventos de dolor. Gatchel (1996) menciona que identificar adecuadamente el trastorno psicológico es importante para el éxito del tratamiento debido a que, según el caso, se puede incrementar la percepción de la intensidad y el nivel de disfunción del paciente.

En el DSM-IV se encuentran los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad, en el que se incluye (entre otros) el trastorno de ansiedad generalizada, el cual presenta como característica esencial la ansiedad y la preocupación excesivas que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones (Criterio A). El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación (Criterio B). La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (Criterio C).

Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son propias de otros trastornos como trastorno de angustia, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por ansiedad de separación, trastorno de somatización e hipocondría (Criterio D). Aunque los individuos con trastorno de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad (Criterio E). Esta alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica general y no aparece en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (Criterio F).

Los síntomas y trastornos asociados son tensión muscular, temblores, sacudidas, inquietud motora, dolores o entumecimientos musculares. También se pueden presentar síntomas somáticos como manos frías y pegajosas, boca seca, sudoración, náuseas o diarreas, problemas para tragar o quejas de “tener algo en la garganta” y respuestas de sobresalto exageradas. Los síntomas depresivos también son frecuentes.

Este trastorno suele coexistir con trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor o trastorno distímico), con otros trastornos de ansiedad (trastorno de angustia, fobia social, fobia específica) y con trastornos relacionados con sustancias (dependencia o abuso de alcohol o sedantes, hipnóticos o ansiolíticos). Otros trastornos normalmente asociados al estrés (síndrome de colon irritable, dolores de cabeza) acompañan con bastante frecuencia a este trastorno.

Por todo lo anterior, el presente estudio de tipo exploratorio pretende identificar los síntomas de ansiedad que presentan los pacientes con dolor crónico para realizar diagnósticos precisos que nos permitan aplicar tratamientos adecuados a cada paciente y lograr así, una recuperación integral considerando el trabajo de un equipo multidisciplinario.

2. Método

2.1 Objetivo

Evaluar ansiedad en pacientes con dolor crónico, con el objetivo de identificar los síntomas específicos de esta población para destacar la importancia de las intervenciones psicológicas dentro de los tratamientos multidisciplinarios.

2.2 Variables

Variable Independiente: Nivel de dolor

Cabe mencionar que debido a que se trata de un estudio no experimental, no hay manipulación de la V.I. Kerlinger (1975) indica que las variables categóricas son clasificadas por la posesión de las características que definen cualquier subconjunto.

Variable Dependiente: Ansiedad

Definición operacional: las respuestas que los sujetos dan a cada uno de los reactivos del Inventario de Ansiedad de Beck.

2.3 Sujetos

La muestra de este estudio consistió en 130 personas, hombres y mujeres de entre 20 y 90 años que acuden al servicio de clínica del dolor y cuidados paliativos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

El muestreo fue de tipo accidental.

2.4 Diseño y tipo de estudio

Por tratarse de un diseño No Experimental de Investigación se utilizó un tipo de estudio transeccional, esto es, se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (Hernández, 1991).

La investigación es de tipo ex post-facto porque su búsqueda es empírica, que como indican Kerlinger (1975) y Hernández (1991), consiste en que el investigador no tiene control alguno de las variables independientes, porque sus manifestaciones ya han ocurrido. Se infieren las relaciones de ellas sin intervención directa a partir de la variación concomitante de las variables dependiente e independiente.

2.5 Instrumento: Inventario de Ansiedad de Beck (IAB)

El Inventario de Ansiedad de Beck es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar sintomatología ansiosa. Fue desarrollada por Beck en 1988 para evaluar específicamente la severidad de los síntomas de ansiedad de una persona. (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). El IAB consta de 21 reactivos, cada uno de los cuales se califican en una escala de 4 puntos, en donde 0 significa “poco o nada” y 3 “severamente” del síntoma en cuestión.

Las propiedades psicométricas del IAB se han estudiado tanto en población general como en psiquiátrica, adolescentes y adultos. Ha demostrado tener alta consistencia interna (alfa superior a .90), así como validez convergente adecuada (correlaciones mayores a .50) y validez divergente moderada (Correlaciones menores a .60) (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

En IAB se desarrolló, al igual que un buen número de escalas de autoaplicación para evaluar el estado de ánimo, con base en la técnica de análisis factorial, y a partir de entonces diversos autores han corroborado, en población general y clínica, la estructura factorial que sugiere Beck desde su creación.

El IAB en contraste con otras escalas para evaluar ansiedad, se caracteriza por hacer énfasis en los síntomas de ansiedad que comparte mínimamente con la depresión. Ello permite obtener una medición de los síntomas de ansiedad de una manera relativamente más pura que otras escalas tan altamente correlacionadas con las medidas de depresión (Clark y Watson, 1991).

3. Procedimiento

La aplicación del IAB se realizó de manera individual en el consultorio de consulta externa de clínica del dolor e instalaciones de la clínica de cuidados paliativos.

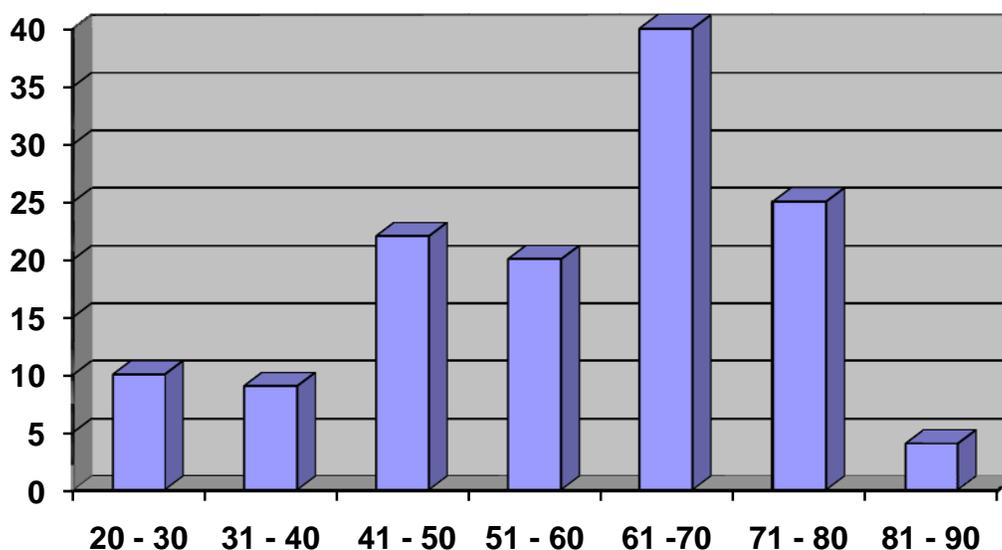
Al momento de la aplicación se leyeron las instrucciones a cada paciente en voz alta y en los casos necesarios se leyó cada reactivo al paciente y se le brindó el apoyo necesario para resolverlo.

Posteriormente, se calificó cada una de las pruebas. Una vez obtenidos y codificados los resultados, el análisis fue procesado en el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) y se realizó el análisis estadístico.

4. Resultados

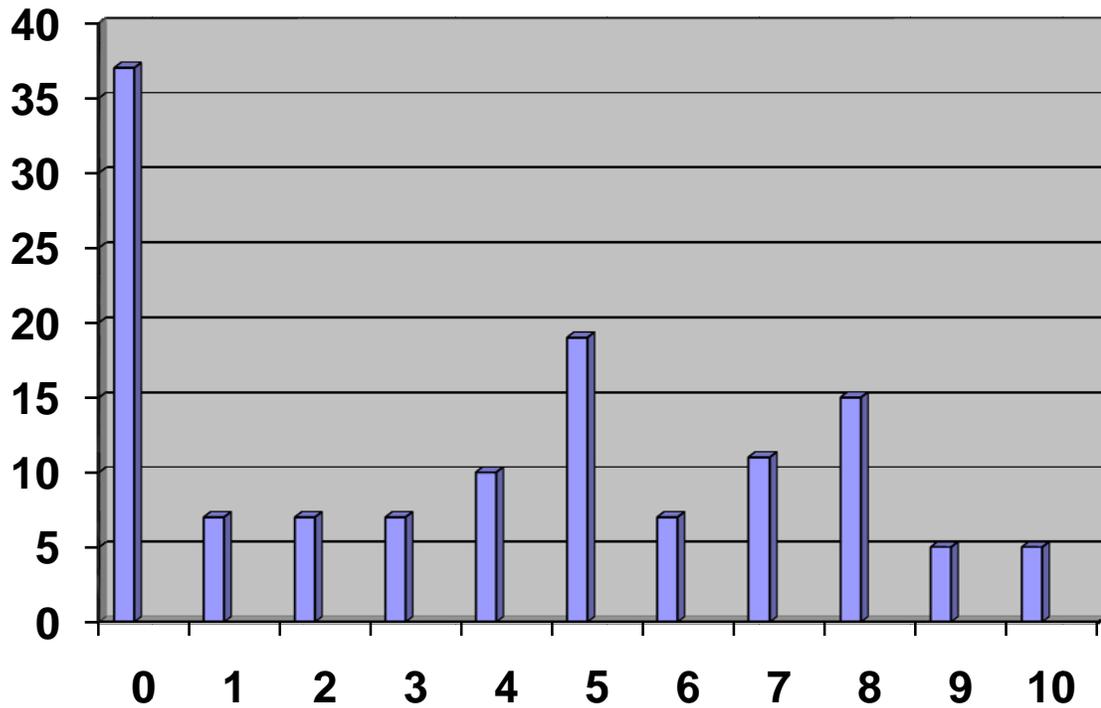
La muestra total analizada fue de N=130, los rangos de edad fueron asignados por decenas, como puede observarse en la Tabla 1. Se encontró que el 20% de esta población son hombres y el 80% mujeres. Se puede observar que el 69.2% de la muestra no tiene tratamiento psiquiátrico actualmente, sin embargo el 30.8% si lo maneja.

Gráfica 1. Rangos de edad de los pacientes.



En cuanto a la Evaluación Visual/Verbal Análoga (EVA), en donde 0 se refiere a la ausencia de dolor y 10 es el dolor más intenso que se ha experimentado en la vida, se observó que el 28.5% mencionó ausencia de dolor en el momento de la evaluación; el 14.6% evalúa su nivel de dolor en 5; el 11.5% menciona que el nivel es de 8 y el 8.5% refiere un 7 en ese momento.

Gráfica 2. Evaluación del dolor

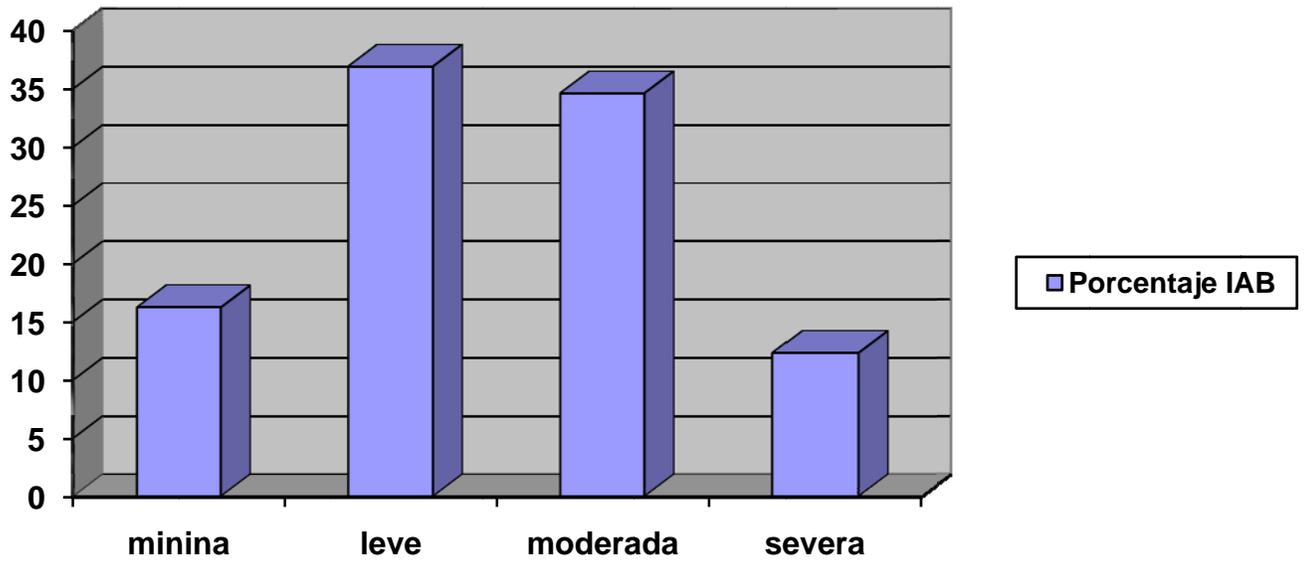


En cuanto a los resultados del Inventario de Ansiedad de Beck (IAB), el 36.9% de la muestra presenta nivel “Leve” en los síntomas de ansiedad, el 34.6% se encuentra en el rango de “Moderado”, el 16.2% tiene síntomas mínimos de ansiedad y sólo el 12.3% se puede diagnosticar como ansiedad “Severa”.

Tabla 2. Resultados del Inventario de Ansiedad de Beck

IAB	N	%
Mínima	21	16.2
Leve	48	36.9
Moderada	45	34.6
Severa	16	12.3
TOTAL	130	100

Gráfica 3. Porcentaje de resultados del Inventario de Ansiedad de Beck



5. Discusión y Conclusiones

El Inventario de Ansiedad de Beck (IAB) es un instrumento creado en 1988 con el objetivo de diferenciar los síntomas de ansiedad y depresión, considerando los criterios para diagnosticar ansiedad generalizada del DSM-III, que considera que la sintomatología esencial es una ansiedad generalizada y persistente de una duración de menos de un mes, sin los síntomas específicos que caracterizan a los trastornos fóbicos, a los trastornos por angustia y a los trastornos obsesivos-compulsivos.

Generalmente se presentan signos de tensión motora, hiperactividad vegetativa, expectación aprensiva, así como vigilancia y escrutinio. Dentro de los signos de tensión motora destacan los estremecimientos, espasmos, movimientos bruscos, el temblor, la tensión, dolores musculares, fatiga e incapacidad para relajarse.

En la hiperactividad vegetativa puede existir sudoración, palpitaciones o taquicardia, sensación de manos sudorosas y frías, boca seca, mareo, sensación de vacío en la cabeza, parestesias (cosquilleos en manos y pies), sensación de peso en el estómago, crisis de calor o de frío, diarrea, dolor en la boca del estómago, un nudo en la garganta, enrojecimiento de la piel, palidez, pulso y respiración aumentados aún estando en reposo.

En los síntomas para la expectación aprensiva, el individuo se siente ansioso, se preocupa, da vueltas en su cabeza y anticipa que algo malo le puede ocurrir a él (por ejemplo miedo a perder el conocimiento, miedo a perder el control o morir), a bien a los otros.

Vigilancia y escrutinio, se presenta expectación aprensiva que puede causar un estado de hiperatención de tal manera que el individuo se siente “al límite”, impaciente o irritable. Puede quejarse de falta de concentración, de distracciones constantes, insomnio, dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido y fatiga al despertar. Como sintomatología asociada se presentan frecuentemente síntomas depresivos ligeros.

Cabe señalar que el IAB fue diseñado bajo estos lineamientos diagnósticos, lo cual hoy en día puede causarnos algún tipo de error al realizar la evaluación, considerando que los criterios han cambiado con la actualización del manual y la creación del DSM-IV. Esta es una llamada de atención a la comunidad psicológica para la creación y normalización de instrumentos de medición que evalúen bajo los criterios actuales, así como el proceso de estandarización y validación para poblaciones específicas en que se utilicen, para que así contemos con herramientas eficaces y útiles para el proceso de evaluación.

Además del IAB, existen instrumentos creados para evaluar ansiedad en pacientes con dolor crónico y pacientes en hospitales, los cuales cuentan con características como la no medición de síntomas de ansiedad que pueden confundirse con síntomas físicos, propios de la enfermedad. Las escalas son las siguientes:

The Anxiety Sensitivity Index (ASI), Creado y desarrollado por Reiss, Peterson, Gursky y McNally (1986), contiene 16 reactivos que evalúan síntomas de ansiedad relacionados con sensaciones físicas, psicológicas y cognoscitivas.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), desarrollada por Zigmond and Snaith (1983), fue desarrollada como instrumento de evaluación para pacientes de consulta externa, son 14 reactivos de auto-reporte que miden depresión y ansiedad por separado.

Es una escala que puede utilizarse para población con alteraciones médicas, debido a que los síntomas que pueden estar asociados con la enfermedad se han omitido. Se han realizado estudios psicométricos en el Departamento de Psicología de la Universidad de Montreal, Québec, Canadá.

The Pain Anxiety Symptom Scale (PASS), fue creado por McCracken y Gross (1993), consta de 40 reactivos que evalúan síntomas de ansiedad relacionados con dolor. Se divide en cuatro subescalas que evalúan: ansiedad cognoscitiva, evitación, pensamientos de miedo y síntomas psicológicos de ansiedad. Se reporta que se han demostrado las excelentes propiedades psicométricas que posee.

Conviene hacer hincapié en la importancia que tiene estandarizar y normalizar los instrumentos de medición en población mexicana, debido a que las diferencias culturales son extremas y dificultan nuestro proceso de diagnóstico.

Realizar un diagnóstico basado solamente en el resultado de un instrumento de evaluación breve, presenta un gran riesgo debido a que los instrumentos no presentan normas en poblaciones con padecimientos específicos, además de que en algunas ocasiones el malestar es el reflejo de la enfermedad o del tratamiento médico, mas que de un síntoma de ansiedad, es por eso que se recomienda la realización de una entrevista estructurada o semiestructurada (además de la aplicación de los instrumentos) para la realización de un diagnóstico psicológico confiable.

La respuesta al dolor puede ser un mecanismo de aprendizaje operante, en donde se asocian los síntomas de ansiedad con la anticipación del dolor, relacionando así las experiencias previas. Con lo cual nos estamos enfrentando a una ansiedad anticipatoria, que puede responder con diferentes síntomas según la situación del paciente.

Por lo anterior, se recomienda considerar las condiciones clínicas de cada paciente ya que la relación entre la psicopatología y el dolor crónico puede ser diferente según las condiciones individuales y el contexto clínico.

Realizar un diagnóstico preciso es fundamental para la realización de un tratamiento exitoso, Crook y cols (1989) reportaron que tanto los factores afectivos como cognoscitivos, influyen directamente en la percepción del dolor y dificultan el diagnóstico y el tratamiento de su causa.

Craig (2001) menciona que la terapia cognoscitiva-conductual ha sido de los tratamientos mas efectivos (independientemente del tratamiento médico) en el manejo del dolor y en diferentes padecimientos crónicos, por lo cual se debe hacer énfasis en la evaluación y desarrollo de técnicas de intervención específicos para cada paciente.

Cabe señalar que el trabajo de un equipo multidisciplinario es lo que garantiza el éxito de los tratamientos de los pacientes con padecimientos crónico degenerativos. Por lo que deben promoverse los beneficios que ofrecen los psicólogos de la salud tanto en tratamientos como en investigaciones, enfatizando el respeto y la colaboración con la que se trabaja entre profesionales.

Como conclusión podemos citar a Godoy (2008), quien afirma que la medicina conductual se perfila como una muy interesante área de aplicación de la psicología, con un estado de desarrollo relativamente avanzado y en constante expansión.

ANEXO

Inventario de Ansiedad de BECK

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado *cada síntoma **durante la última semana, inclusive hoy***, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

Síntoma	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderado	Severo
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Debilitamiento de las piernas				
Dificultad para relajarse				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
Inseguridad				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión o malestar estomacal				
Debilidad				
Ruborizarse, sonrojarse				
Sudoración				

Evaluación de ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico

Lic. Soledad Jiménez, Lic. Fabiola Villa, Mtro. Fernando Vázquez, Dr. Uriah Guevara
y Mtra. Lou González

Residencia de Medicina Conductual, Facultad de Psicología, UNAM; Clínica de
Dolor, INCMNSZ

Diversos estudios mencionan la estrecha relación entre depresión y dolor crónico. Desde la perspectiva cognoscitivo-conductual, el dolor crónico está caracterizado por sentimientos de desesperanza y percepción de fracaso de los tratamientos, dificultad para discriminar y describir su sintomatología, reducción de la actividad y excesivo reposo, dependencia de analgésicos y psicofármacos, trastornos del sueño, alteraciones del humor y estado de ánimo, deterioro de las habilidades sociales y reducción de la autonomía personal y abandono del trabajo, entre otros (Gil, Pascual y Martínez, 1997).

Aún cuando existen mayores reportes que asocian a la ansiedad con el dolor agudo, algunos reportes mencionan correlaciones positivas entre dolor crónico y ansiedad, caracterizada por sentimientos de angustia, signos físicos como taquicardia, sudoración, cuerpo tembloroso, ruborización, miedos y/o fobias. El presente estudio evaluó la relación entre el nivel ansiedad y depresión con indicadores de dolor crónico y enfermedades coexistentes. Esta evaluación fundamenta el diseño de una propuesta de intervención integral para el manejo del dolor. Participaron 80 pacientes con dolor crónico, que acuden a la consulta externa de la clínica de dolor en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se aplicó inventario de depresión y ansiedad de Beck, y una escala visual análoga para medir la intensidad del dolor.

La muestra estuvo compuesta por 20 hombres y 60 mujeres. La edad de los participantes estuvo en un rango entre 21 y 90 años con una media de 54 años. De acuerdo al diagnóstico algológico los pacientes presentan la siguiente distribución: 35 con dolor neuropático, 23 mixto, 12 somático y 1 con dolor de tipo visceral. La media de la escala visual análoga es de 4, considerando que 0 significa ausencia de dolor y 10 es el dolor más intenso que ha experimentado. La media de depresión es de 16 y la media de ansiedad es de 15 ambas consideradas como de nivel leve. Se discute la correlación entre ansiedad y depresión con dolor crónico y el papel de esta información diagnóstica en el diseño de un tratamiento.

REFERENCIAS GENERALES

Arntz, A., Claassens, L. (2004). The meaning of pain influences its experienced intensity. *Pain*, 109, 20-25.

Buela-Casal, G., Caballo, V.E (1991). *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Siglo XXI Editores. Madrid, España.

Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (1995). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Biblioteca nueva, Madrid, España.

Buela-Casal, G. *Psicología Clínica y Psicología de la Salud en España: Su estado actual*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 25-40.

Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (1995) *Psicología Clínica y Psicología de la Salud en España: Su estado actual*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 25-40.

Brewin, C., R. (1996). Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression. *Annu.Rev. Psychol.* 47:33-57

Bruce, J., Poobalan, A. S., Smith, W., Chambers, A. (2004).Evaluación cuantitativa del dolor post quirúrgico utilizando el Cuestionario de McGill. *Clin J Pain* 20:70-75.

Burns, J. W., Kubilus, A. Bruehl, S. (2003). Emotion induction moderates effects of anger management on acute pain sensitivity. *Pain* 106:109-118.

Caballo, V. (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Ed. Siglo XXI. Madrid, España.

Craig A. W. (2001). *Cognitive Behavior, therapy for chronic medical problems*. Ed. Wiley England.

Dersh, D., Polantin, P., Robert, J., Gatchel, J. (2002). Chronic pain and Psychopatholgy: research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic medicine* 64: 773-786.

Dickens, C., McGowan, L., Dale, S. (2003). El impacto de la depresión en la percepción del dolor experimental: una revisión de literatura con meta-análisis. *Psychosomatic Medicine* 65:369-375.

Doyles, D., Meredith, R. & Caminero, A. (1982). *Behavioral Medicine*. USA: Plenum Press.

Editorial (2004). Pain relief: a universal human right. *Pain* 112: 1-4.

Edwards, R., Augustson, E., Fillingim, R. (2003). Differential relationships between anxiety and treatment-associated pain reduction among male and female chronic pain patients. *The clinical journal of pain*. 19:208-216.

Ellison, N., Ptacek, J. T. (2002). Interacciones médicas con familiares y cuidadores, después de la muerte de un paciente: prácticas actuales y sugerencias. *Journal of Palliative Medicine*. Vol. 5, num. 1.

Fisher, B., Haythorntheate, J., Heinberg, L. (2003). Humor y ansiedad asociado al dolor crónico. *Pain* 106, 127-133.

Gagliese, L., Melzack, R. (2003). Age-related differences in the qualities but not the intensity of chronic pain. *Pain* 104, 597-608.

Graff-Guerrero, A. (2001). El dolor en la psiquiatría: causa frecuente de atención. *Salud Mental*, vol. 24, no. 6.

Keefe, F. J., Buffington, A. (2002). Behavioral Medicine: 2002 and beyond. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 70, No. 3:852-856.

Keogh, E., Cochrane, M. (2002). Ansiedad, cognición y experiencia de dolor. *The journal of pain*, Vol 3, No 4, pp 320-329.

Labrador, F. J., Cruzado, J. A., Muñoz, M. (1999). Manual de técnicas de modificación y terapia de la conducta. Ediciones pirámide, Madrid, España.

Marras, W., Davis, K., Heaney, C. (2000). The influence of psychosocial stress, gender, and personality on mechanical loading of the lumbar spine. *Spine*, Vol. 25, no. 23: 3045-3054.

McCracken, L. M., Carson, J. W., Eccleston, C., Keefe, F. J., (2004). Acceptance and change in context of chronic pain. *Pain*, 109: 4-7.

Mc Williams, C. (2001). Intento suicida en pacientes con dolor crónico. *Pain* 89, 199-206.

McWilliams, L. A., Cox, B. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106: 127-133.

Montes De Oca, L. G. (2007). Cuidados Paliativos en México, Revisión bibliográfica. *Revista mexicana del dolor*, vol.1 no. 1.

Oblitas, L., Becoña, E. (2000). *Psicología de la salud*. Argentina: Paidós.

Prager, J., Jacobs, M. (2001). Evaluation of patients for implantable pain modalities: medical and behavioral assessment. *The clinical journal of pain*, 17: 206-214.

Pichot, P., López-Ibor, A. (1995). *DSM-IV Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson, Barcelona, España.

Prager, J., Jacobs, M. (2001). Evaluation of patients for implantable pain modalities: medical and behavioral assessment. *The Clinical Journal of Pain*, 17:206-214.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S., Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología* vol18, no. 2: 211-218.

Silberstein, S. (2000). Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review). *Neurology*, 55: 754-763.

Spitzer, R. L. (1979). *DSM-III Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson, S. A. Barcelona, España.

Srinivasa, R., Haythornthwaite, J. (2005). Combination therapy for neuropatic pain – which drugs, which combination, which patients? *The New England Journal of Medicine*. Vol 352 (13): 1373-1375.

Sullivan, M., William, D. Stanish. M. (2003). Psychologically based occupational rehabilitation: the pain-disability prevention program. *The Clinical Journal of Pain*19:97-104.

Turk, D., Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70, No. 3, 678-690.

Turk, D., Okifuji, A. (1999). Assessment of patients reporting of pain: an integrated perspective. *The Lancet*, vol. 353: 1784-1788.

Weichman, S., Patterson, D. (2004) Aspectos psicosociales de pacientes quemados. *BMJ*, 329(7462): 391-393

Wilson K. G., Eriksson, M. Y., D'Eon, J. L. (2002). Depresión mayor e insomnio en dolor crónico. *Clinical. Journal of Pain* 18:77-83