



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

FACTORES PSICOSOCIALES Y DOLOR REPORTADO EN PACIENTES CON LUMBALGIA
CONTROLADOS FARMACOLÓGICAMENTE

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

FABIOLA TAFOYA RAMOS

DIRECTORA DEL REPORTE: DRA. PATRICIA GUILLERMINA LANDA DURÁN

REVISOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

SECRETARIO: DR. ANDRÉS HERNÁNDEZ ORTIZ

SUPLENTE: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

SUPLENTE: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO



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.

A DIOS

Por alumbrar mí camino

A TRINO Y SARA

Por su amor y apoyo

ÍNDICE

<i>RESUMEN</i>	2
<i>INTRODUCCIÓN</i>	3
<i>PARTE I. RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL</i>	6
EXPERIENCIA EN LA RESIDENCIA DE MEDICINA CONDUCTUAL	6
PRIMER AÑO: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	8
SEGUNDO AÑO: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN “SALVADOR ZUBIRÁN”	11
INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	19
<i>PARTE II. INVESTIGACIÓN</i>	22
FACTORES PSICOSOCIALES Y DOLOR REPORTADO EN PACIENTES CON LUMBALGIA CONTROLADOS FARMACOLÓGICAMENTE	22
MARCO TEÓRICO	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	39
HIPÓTESIS	39
<i>OBJETIVO</i>	39
<i>MÉTODO</i>	40
<i>RESULTADOS</i>	46
DISCUSIÓN	52
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	59
ANEXOS	68

RESUMEN

OBJETIVO: Se evaluó a un grupo de pacientes de la clínica del dolor del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" con el propósito de conocer los factores asociados a su reporte de dolor. **MÉTODO:** 49 pacientes con lumbalgia crónica, seleccionados de manera intencional en el área de consulta externa. Se les aplicó la escala numérica de dolor (EN), la escala de Apoyo Social de Mos, la Entrevista Clínica Estructurada para el diagnóstico de Trastornos de Personalidad (SCID-II), el Inventario de Ansiedad Rasgo/ Estado (IDARE), el Inventario de Depresión de Beck (IDB) y el Inventario Estado/ Rasgo de la Expresión del Enojo (IEREE); con el fin de asociar algunos factores psicosociales con el reporte de dolor de dichos pacientes. . **RESULTADOS.** Al momento de la evaluación la intensidad del dolor tuvo un promedio de 4.67 (DE \pm 2.83) mientras que en el último mes el nivel de dolor reportado fue de 6.71 (DE \pm 2.44). Se realizó una regresión lineal del dolor subjetivo experimentado y algunas variables psicosociales, se encontró que el dolor al momento de la evaluación se explicó por evolución del dolor, el tipo de trabajo, el apoyo afectivo percibido y la personalidad evitativa. Por otro lado el dolor en el último mes se explicó por variables como evolución del dolor, la edad, el sexo, el nivel socioeconómico, el tipo de trabajo, el tamaño de la red social y la puntuación total del IEREE. **CONCLUSIÓN.** Los resultados muestran que en los pacientes con lumbalgia algunas de las variables que pueden ayudar a predecir la intensidad del dolor son la evolución del dolor, el apoyo social, el tipo de trabajo desempeñado, el nivel socioeconómico, la personalidad y el enojo.

Palabras Clave: dolor crónico, lumbalgia, factores psicosociales, valoración del dolor.

INTRODUCCIÓN

Actualmente México, como el resto del mundo, enfrenta numerosos problemas de salud propios de los cambios en el estilo de vida (estrés, conductas de riesgo, vida sedentaria, dieta inadecuada).

La medicina conductual (MC) es precisamente el campo interdisciplinario relacionado con la atención de pacientes con enfermedades crónicas a través del enfoque cognitivo- conductual. Éste ha sido aplicado a una gran variedad de enfermedades y condiciones, por lo que la MC busca prevenir y controlar dichas enfermedades a través de cambios conductuales y medio ambientales. Es así como la Maestría y residencia en Medicina Conductual de la UNAM, permitió en dos años y medio, incorporar mediante técnicas cognitivo-conductuales la atención e intervención de pacientes nefrópatas del Hospital Juárez de México y de pacientes en cuidados paliativos y de dolor del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

Los dos años y medio dentro de la residencia en MC reforzaron aspectos teóricos en materia de salud, además de ofrecer el crecimiento en materia clínica dentro del ambiente hospitalario. Este reporte pretende dar a conocer el panorama general de las actividades realizadas en el ámbito hospitalario, y la experiencia clínica que se obtuvo a partir de intervenciones, investigación, docencia y difusión de resultados durante este periodo. El presente trabajo describirá las experiencias dentro de la residencia destacando las principales herramientas utilizadas para evaluar e intervenir, así como el trabajo de investigación producto del tránsito por los hospitales.

La experiencia clínica fue ricamente alimentada por las características particulares y de condiciones de los pacientes, pero además del muy específico escenario hospitalario. Los hospitales a los que se asistió tenían características un tanto generalizables, por ejemplo en el Hospital Juárez (segundo nivel de

atención), la mayoría de los pacientes nefrópatas a los que se les ofrecía un tratamiento alternativo tenían un nivel socioeconómico y escolaridad bajos, lo que les obstaculizaba acceder a un tratamiento idóneo; en cambio en el instituto de nutrición (tercer nivel de atención) los pacientes de dolor y paliativos estaban mejor económicamente, sin embargo los tratamientos muchas veces no eran eficaces o no existía un tratamiento más que para el control de síntomas. Estas diferencias fueron importantes para identificar, conocer y comprender a los pacientes atendidos.

Un grupo de pacientes atendidos fueron los de dolor. El dolor es considerado como un problema de salud pública, dado que interfiere con la capacidad funcional del individuo, afecta los sistemas de salud y presenta una asociación directamente proporcional entre su prevalencia y número de adultos mayores. Se ha documentado la prevalencia internacional de dolor crónico entre un rango de 8 a 80%. En México se carece de estudios epidemiológicos que informen su frecuencia en la población general; sin embargo, se ha estimado que aproximadamente dos millones de individuos padecen dolor crónico neuropático.

Específicamente el dolor en espalda baja (lumbalgia) es la condición más vista en una unidad de dolor, un problema de salud pública que representa 70% de individuos con dolor, además de ser un importante factor de discapacidad, automedicación, ausentismo laboral, hospitalización y de gastos en recursos de salud. Una estrategia sanitaria que permita la atención óptima de los pacientes enfermos requiere la identificación y caracterización del problema de salud que enfrenta. En el contexto del dolor crónico, su magnitud y posibles repercusiones han sido expuestas; sin embargo, las características de los enfermos que lo padecen han sido poco documentadas (Covarrubias-Gómez, Guevara-López, Lara-Solares, Tamayo-Valenzuela, Salinas-Cruz & Torres-González, 2008). Por ello es necesario generar información acerca de las particularidades de los grupos de pacientes y en este trabajo se realizó una evaluación a pacientes con lumbalgia con el fin de identificar las características de personalidad, redes de apoyo social,

emociones de enojo, ansiedad y depresión que influyen en la intensidad del dolor.

PARTE I. RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

EXPERIENCIA EN LA RESIDENCIA DE MEDICINA CONDUCTUAL

El término medicina conductual (MC) fue utilizado inicialmente por Birk para señalar el uso de la retroalimentación biológica o biofeedback como una terapia de aprendizaje para el tratamiento de algunos desórdenes médicos, esto es, con una intervención conductual. Fue hasta la Conferencia sobre medicina conductual llevada a cabo en la Universidad de Yale en 1977 cuando surgió de manera formal la MC. Más tarde en la reunión de la Academia Nacional de Ciencias, y tomando en cuenta la idea de integrar el pensamiento y la tecnología (Reynoso & Seligson, 2005).

La medicina conductual surgió como un paradigma tanto para la intervención y aplicación de programas clínicos como para la investigación empírica, ya que la investigación biomédica y la conductual se han desarrollado de manera independiente y no han sido capaces de explicar el por qué algunas personas se mantienen sanas y otras se enferman (Reynoso & Seligson, 2005). Históricamente la medicina se relacionó con métodos para reconocer y aliviar o eliminar la enfermedad (diagnóstico y tratamiento), pero no siempre consideraron los factores conductuales como los estilos de vida. Actualmente los clínicos han observado cómo las emociones y las actitudes de los pacientes juegan un papel importante en los resultados de salud (Chesney, Darbes, Hoerster, Taylor, Chambers & Anderson, 2005; Reynoso & Seligson, 2005).

Es así como se definió a la MC como un campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo e integración del conocimiento de las ciencias biomédicas y conductuales; con la aplicación clínica de principios, técnicas y

procedimientos de la terapia conductual en la evaluación, tratamiento, rehabilitación y prevención de desordenes físicos, así como la aplicación y validación de estos programas en problemas de salud (Reynoso & Seligson, 2005).

Además del aspecto conductual, la MC incluye intervenciones cognitivas, es decir, no sólo el cambio en los ambientes del paciente y respuestas al estímulo son relevantes, sino también los pensamientos, creencias, sentimientos y actitudes del paciente concernientes a su salud (Montgomery, 2004).

Basado en este campo de acción se encuentra la Maestría en Psicología Profesional y Residencia en Medicina Conductual (MC). Esta maestría inició con seis meses de clases que enfatizaron la teoría y la práctica relacionada a la medicina conductual como:

- Teorías en salud
- Evaluación y diagnóstico de problemas en salud.
- Proceso de investigación (metodología, análisis estadísticos).
- Diseño y evaluación de proyectos de investigación.
- Selección de técnicas para intervenir.
- Cambios en el estilo de vida.
- Mejorar la adherencia terapéutica.
- Manejo del estrés.
- Práctica clínica a pacientes con problemas en salud, etc.

Lo anterior dio los fundamentos necesarios para trabajar en los escenarios de salud, en donde se empezó por identificar cuál es realmente el problema, para lograr un nivel satisfactorio de funcionamiento en el paciente dentro de las limitaciones impuestas por su trastorno.

Es importante señalar que la atención al paciente se realizó de manera multidisciplinaria, es decir, de manera conjunta con médicos, enfermeras,

trabajadoras sociales, y otros profesionales de la salud para poder proporcionar una atención integral al paciente.

PRIMER AÑO: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

La siguiente etapa fue un año de clases junto con la residencia hospitalaria dentro del Hospital Juárez de México en el área de Nefrología, a cargo de la Dra. Socorro Vital Flores (Jefa del Servicio). En este hospital se asistió a clases, revisiones bibliográficas y exposiciones de temáticas de corte psicoanalítico a cargo del área de psiquiatría y por otro lado a clases de nefrología impartidas por la Dra. Vital.

El trabajo en el área de nefrología estuvo dividido en cinco partes: hospitalización, hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), consulta externa e interconsultas. Por parte de psicología se dividió la atención en hospitalización, hemodiálisis, DPCA y consulta externa, por lo que se atendió los primeros seis meses a hospitalización y DPCA, y los siguientes seis meses hemodiálisis y consulta externa de pacientes nefrópatas.

Para conocer a los pacientes nefrópatas fue necesario saber que la enfermedad renal crónica terminal (ERCT) comienza cuando se pierde una mínima parte de las funciones renales y termina cuando se llega a la situación de fracaso renal, de tal intensidad que es incompatible con la vida. Es así como se ha definido a la ERCT como la pérdida lenta, gradual e irreversible de la función renal. Dicha enfermedad se traduce en una serie de alteraciones que se conoce como "uremia". La uremia produce sintomatología muy variada como: astenia profunda (debido a la anemia), anorexia, pérdida de peso, desnutrición, picores (consecuencia de depósitos en la piel de toxinas e hiperfosfatemia), calambres (debidos a trastornos de conducción neuromuscular, toxinas y trastornos electrolíticos incluida la hipocalcemia), somnolencia diurna y una coloración

pálido-terrosa de la piel (suma de anemia, uremia y el depósito en la piel de cromógenos normalmente eliminados por la orina) (Botella, 2002).

Existen tres tratamientos sustitutivos de la función renal (Vidal, 2003):

Diálisis Peritoneal: utiliza el peritoneo (membrana que reviste órganos y pared abdominal) como filtro para limpiar el organismo. Por medio de un catéter se introduce en el abdomen un líquido que ayuda a sacar productos que no necesita el cuerpo y lo intoxican.

Hemodiálisis: a través de una máquina con un circuito extracorpóreo se purifica la sangre a través de un dializador, que extrae del cuerpo sal, exceso de líquido y desechos tóxicos.

Trasplante renal: consiste en implantar un riñón sano de un donante vivo o cadavérico en el cuerpo del receptor compatible.

El paciente que debuta con Enfermedad Renal Crónica y que ingresa a un hospital, el cual es poco agradable y además asociado con enfermedad, dolor y muerte, resulta amenazante para el individuo. La sintomatología presentada y el tratamiento de dichos síntomas (tratamiento sustitutivo de la función renal) se vuelven estresores para el paciente, pese a que son necesarios para la vida. No es de extrañar que se produzcan importantes consecuencias psicológicas como ansiedad, depresión, entre otras (León, 2006).

En el Hospital Juárez, durante el año de estancia, se atendió a 633 pacientes con ERCT y problemas psicológicos asociados a dicha enfermedad, que se clasificaron en: 403 pacientes con el diagnóstico de *Otros Problemas de Atención Clínica* (problemas de psicoeducación o adherencia terapéutica); 182 como *Pacientes con Trastorno del Estado de Ánimo*; y 48 con *Trastorno de Ansiedad* de acuerdo al DSM-IV-TR (2005).

La atención recibida por parte de psicología se realizó a través de la observación durante el "pase de visita" o a través del médico tratante quién remitía al paciente para su atención. En el primer acercamiento con el paciente

se aplicaba la escala Mini-mental (Folstein, 1975 En: Hjerstad, Loge & Kaasa, 2004) y se trataba de entablar una relación médico-paciente empática. Asimismo, por medio de una entrevista inicial se indagaba acerca de antecedentes de la enfermedad, conocimiento de la misma, así como estructura familiar y redes de apoyo social.

En todos los casos, en primer lugar la intervención consistía en dar psicoeducación con base en los conocimientos previos del paciente acerca de su enfermedad, tratamiento y autocuidado. También se aplicaban instrumentos para corroborar impresiones diagnósticas de depresión o ansiedad.

Las sesiones siguientes no tenían un orden exacto acerca de las técnicas utilizadas, más bien dependían de la problemática del paciente, es decir, si el paciente estaba ansioso por la colocación de catéter se le daba información del procedimiento y se trabajaba con la técnica de relajación o distracción cognitiva para su autocontrol emocional. Si el paciente tenía pensamientos catastróficos acerca de la enfermedad y expectativas de tratamiento (que lo llevaran a sentirse ansioso o triste), se daba información real, reestructurando los pensamientos erróneos, además de relajación. Otro problema cotidiano era la preocupación de la familia y del enfermo por la situación económica para lo cual se daban técnicas de solución de problemas y búsqueda de apoyo social tanto para la familia como para el paciente.

Las intervenciones con pacientes en hemodiálisis se dirigían a mejorar la adherencia terapéutica, a través de registros de alimentación, control de líquidos y toma de medicamentos. También se trabajaba con solución de problemas para problemas económicos y terapia ocupacional, lo anterior se realizaba cuando asistían a las sesiones de hemodiálisis.

SEGUNDO AÑO: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN “SALVADOR ZUBIRÁN”

Las actividades realizadas en el segundo año fueron dentro del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ) en el área de Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos. Este año las actividades estuvieron estructuradas dentro del horario que se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Horario de actividades realizadas dentro de la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos.

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
7:00 a 8:00	Clases con residentes de algología (Aula 5)						
8:00 a 9:00	Entrega de guardia (Sala de juntas -Medicina Crítica-)				Supervisión académica (Biblioteca)		
9:00 a 10:00	Hospitalización Consulta externa Dolor: consultorio 208 Paliativos: área de procedimientos en planta baja		Hospitalización Consulta externa: área procedimientos en paliativos		Hospitalización Consulta externa Dolor: consultorio 208 Paliativos: área de procedimientos en planta baja		
11:00 a 12:00			Sesión conjunta INCMNSZ- INCAN			Guardia conjunta psicología- medicina	
12:00 a 13:00							
13:00 a 14:00		Supervisión In situ (Clínica de Obesidad)		Grupo Residentes (Clínica de Obesidad)			
14:00 a 15:00	Journal Club (Dra. Lara) (Sala de Juntas - Medicina Crítica)		Hospitalización Consulta externa Dolor: consultorio 208		Revisión de artículos relación médico-paciente (Dr. Hdez.) (Sala de Juntas -Medicina Crítica)		
15:00 a 17:00	Hospitalización Consulta externa: consultorio 208			Taller de dolor (Clínica de Obesidad)	Hospitalización Consulta externa: consultorio 208		

Dentro del INCMNSZ las actividades académicas desarrolladas fueron: revisión sistemática de temas como delirium, dolor, depresión, etc. Revisión bibliográfica y exposición de temas como: relación médico-paciente, medicina conductual y dolor, evaluación de dolor, intervención en crisis, identificación y manejo de pacientes difíciles en la consulta externa, manejo del enojo en el paciente con dolor, etc. Los martes se revisaban temas y exponían artículos de interés psicológico. En los miércoles académicos, que se realizaban en colaboración con el INCAN (Instituto Nacional de Cancerología), se presentaban casos clínicos junto con el médico y se exponían artículos relacionados con la problemática del paciente visto ese día. Para poder organizar el trabajo dentro del instituto se dividían a los pacientes en dos grupos: cuidados paliativos y dolor.

Sección de cuidados paliativos

Durante el año de residencia en la sección de Cuidados Paliativos, se atendió a 61 pacientes hospitalizados y 154 pacientes de consulta externa.

La medicina paliativa se encarga de la atención de pacientes con: enfermedades terminales avanzadas; que no responden a tratamiento curativo; tienen problemas de salud múltiples, multifactoriales y cambiantes; con impacto emocional respecto a la muerte que afecta tanto al paciente como a la familia; en donde generalmente el pronóstico de vida es breve (menor a seis meses). La atención de esos pacientes es integral por parte de médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadora social, etc., por lo que la atención de estos pacientes es mejor conocida como cuidados paliativos (Doyle, Hanks, Cherny & Calman, 2004).

Los pacientes paliativos son personas que están en la fase final de la vida, lo cual las hace susceptibles de atención psicológica y otras intervenciones que

permitan la mejor adaptación ante los cambios físicos, sociales y emocionales que van presentando ellos y su familia.

Con los pacientes paliativos, en un primer momento, se hacía evaluación por medio de la observación, entrevista estructurada (organigrama, antecedentes e historia de la enfermedad, conocimiento de fase paliativa) aplicación de instrumentos, de su estado cognitivo y afectivo. Por las condiciones del paciente las evaluaciones eran breves y sencillas, anteponiendo necesidades prioritarias del paciente y su familia. Se aplicaba una entrevista al cuidador primario y se identificaba brevemente la dinámica familiar y si el cuidador presentaba algún síntoma de desgaste se intervenía con éste en el momento o se le daba cita –de manera independiente a su familiar enfermo-.

El principal objetivo en los pacientes paliativos es el control del dolor y de otros síntomas así como la atención de aspectos psicológicos, sociales e incluso espirituales para conseguir la mejor calidad de vida de los pacientes y su familia (Barreto & Martínez, 2003; Lara-Solares, 2002).

De acuerdo con Baker (2005), Barreto y Martínez (2003); Breitbart, Gibson, Poppito y Berg (2004), y las intervenciones en psicológicas promueven el hecho de que siempre se puede hacer algo y dirigen la intervención a:

- Evaluar las necesidades más frecuentes del paciente. Por medio de la escucha activa, tratar con el nuevo síntoma y la nueva pérdida, permitir y promover las necesidades espirituales y de control.
- Evaluar el estado cognitivo (delirium –control de estímulos externos-) cambiante del paciente.
- Promover la autonomía y dignidad del paciente.
- Identificar y contener los estados de ansiedad, depresión y miedo. Los pacientes tienen miedo a la separación (favorecida por las condiciones de aislamiento); a la enfermedad (incrementado por la experiencia de enfermedad de otras personas); al dolor (reforzado por informes de personas que mueren con dolor); a la pérdida de control;

miedo a la muerte súbita con la progresión rápida de la enfermedad; al rechazo, etc.

- Proveer de un acompañamiento físico y emocional.
- Alentar una revisión de vida que ayude a identificar propósito, valores y significados.
- Fortalecer las relaciones con los seres queridos y la distribución de la carga de trabajo.
- Facilitar el perdón y el cierre pacífico (explorar las culpas, remordimientos y la reconciliación).
- Evitar la inapropiada prolongación de la agonía (encarnizamiento).
- Facilitar la expresión religiosa.
- Reformular objetivos.
- Fomentar prácticas de meditación centradas en el alivio más que en la cura.

En la familia los principales problemas a resolver eran el que el cuidado del paciente sólo recaía en una sola persona, por lo que se trabajaba en la búsqueda de apoyo social y que el cuidador primario aprendiera a recibir ayuda y delegar responsabilidades. Otra situación muy frecuente era el cansancio crónico y la tensión frecuente del cuidador primario, por lo que a éste se le enseñaba manejo de tiempo y a relajarse por medio de respiración profunda y entrenamiento autógeno. La familia se inquietaba demasiado al ver la evolución del paciente y al pensar que se lo tenía que llevar a casa en condiciones críticas, por lo que se promovían habilidades sociales del cuidador para preguntar al médico todos los posibles síntomas que se podían presentar en casa y qué hacer ante estos, además de saber cuándo venir al hospital y cuándo no.

Los objetivos mencionados se consiguieron apoyados en la escucha activa y técnicas de reestructuración cognitiva, toma de decisiones, habilidades sociales, comunicación asertiva, solución de problemas y técnicas de autocontrol, con el fin de desarrollar el autoconocimiento, la aceptación y el

crecimiento emocional. Se buscó respetar y valorar de acuerdo a los recursos personales y a la capacidad de autodeterminación de cada paciente (Barreto y Martínez, 2003).

Sección Clínica de Dolor

Algunos datos encontrados señalan que la prevalencia de dolor persistente en adultos va de 25% a 50% y que los problemas de dolor son frecuentemente pasados por alto, infra-evaluados o mal evaluados, especialmente en pacientes con demencia (Hadjistavropoulos, Herr, Turk, Fine, Dworkin, Helme, et al., 2007).

Para el manejo de pacientes con dolor se necesita un programa de tratamiento multidisciplinario que incluya al médico (manejo farmacológico e intervencionista si se requiere) y la supervisión de éste en todos los aspectos del cuidado del paciente en la que se trabaje junto con otros especialistas en las terapias físicas y conductuales del enfermo (Rathmell, 2008).

Para entender al paciente se debe tomar en cuenta que su atención debe darse desde una perspectiva biopsicosocial. Es decir el dolor no es solamente un evento sensorial, también es una experiencia perceptual que tiene un impacto sobre el funcionamiento emocional, social, y físico de la persona. Derivada de la teoría de la compuerta del dolor se toman en cuenta tres dimensiones para tratar el dolor: sensorial- discriminativa, motivacional afectiva y cognitivo-evaluativa, las dos últimas dimensiones engloban la mayor parte de los factores implicados en el mantenimiento del dolor crónico, y es sobre tales dimensiones sobre las que se centra la mayor parte de las intervenciones psicológicas (Díaz, Comeche & Vallejo, 2003).

La terapia cognitivo- conductual es la orientación psicológica que mejor ha sabido acercarse al fenómeno del dolor, a través de técnicas conductuales y cognitivas (Díaz et al., 2003). Por un lado el condicionamiento operante ayuda a

eliminar conductas mal adaptativas, y al conjuntarse con las técnicas cognitivas permiten al paciente identificar y modificar pensamientos, sentimientos y afrontamiento ante el dolor (Ostelo, van Tulder, Vlaeyen, Linton, Morley & Assendelft, 2005).

De tal forma la terapia cognitivo- conductual aporta al tratamiento de dolor una metodología científica, compatible con los acercamientos médicos vigentes (Díaz et al., 2003). Se ha encontrado que pacientes bajo terapia cognitivo-conductual reducen intensidad, conductas, errores cognitivos, ansiedad y depresión percibida y observada a corto plazo en comparación de pacientes que están en lista de espera (Ostelo et al., 2005).

Algunas creencias erróneas que manejan los pacientes con dolor son: "el dolor se debe a una alteración estructural irreversible" o "los tratamientos pasivos son mejores que las actitudes activas propias". También se manejan algunas conductas inadecuadas como: miedo y evitación, reducción exagerada del grado de actividad. En la parte laboral se atribuye falta de apoyo en del trabajo, escasa satisfacción o conflictos laborales. Los principales problemas emocionales identificados fueron: depresión, ansiedad, estrés, tendencia al aislamiento (Moix, Cano & Grupo español de Trabajo del Programa COSTB13, 2006).

En general para el tratamiento de dolor se recomienda sucesivamente dar información positiva y tranquilizadora al paciente, evitar el reposo en cama y mantener el mayor grado posible de actividad física, prescribir fármacos por médicos especialistas, prescribir ejercicios específicos (especialista), mantener una actitud activa y tratamiento psicológico cognitivo conductual (Moix et al., 2006).

La intervención psicológica se dio a 181 pacientes hospitalizados y 150 pacientes de consulta externa de la clínica de dolor, realizando lo siguiente:

En un primer momento se realizaba una evaluación sistemática del paciente, antes de prescribir cualquier tratamiento para aliviar el dolor y sufrimiento relacionado. El objetivo de la valoración psicológica era determinar

en qué medida los factores afectivos, cognitivos y conductuales (estado cognitivo, creencias, experiencias, edad biológica, contexto social, bagaje educativo, efectos ambientales, expectativas, actitudes y significado de otros) contribuían a la percepción del dolor (Hadjistavropoulos et al., 2007; Rodríguez & Blanco, 2005; Serrano-Atero, Caballero, Cañas, García-Saura, Serrano-Álvarez & Prieto, 2002).

La evaluación se hacía por medio de la observación del comportamiento verbal y no verbal que son inducidos por la percepción de dolor, como los de evitación e inhibición de estímulos, cambios en el sueño, en la alimentación, y en las interacciones interpersonales (Rodríguez & Blanco, 2005); de entrevistas estructuradas como con el SCID-II (descrito en la sección de instrumentos, apartado de investigación) y no estructuradas en donde se podía obtener información de miedos y expectativas del paciente, así como de la aplicación de pruebas psicométricas.

En pacientes hospitalizados el delirium es una de las causas más frecuentes de alteraciones de la conciencia que se caracteriza por: reducción de la habilidad para sostener, dirigir o cambiar la atención; cambios en la cognición o disturbios perceptuales, ocurre en corto tiempo y fluctúa durante el día; de inicio agudo y etiología orgánica (Bruera, Bush, Willey, Paraskevopoulos, Li, Palmer, et al., 2009). Por lo que era necesario hacer evaluaciones para obtener reportes en pacientes con daño cognitivo temporal o permanente a través del *Confusion Assessment Method* (Hjermstad, Loge & Kaasa, 2004).

El dolor puede verse incrementado por estados de ánimo como ansiedad, depresión, enojo (relacionado con la desregulación emocional y la contracción muscular); lo cual afecta a la salud física e incrementa la severidad del dolor) por lo que era importante valorar el estado emocional del paciente de acuerdo a los estipulado por varios autores (Luengo, 2003; Serrano-Atero et al., , 2002).

Para el manejo de dolor los fármacos utilizados generalmente son opioides, por lo que es necesario identificar el uso de alcohol u otras drogas, además de las

terapias complementarias dado que éstas pueden interferir con la selección analgésica y/o tener efectos adversos. Para este objetivo se valoraba al paciente a través del *Opioid Risk Tool* (Atluri, Boswell, Hansen, Trescot, Singh & Jordan, 2003; Kahan, Srivastava, Wilson, Gourlay & Midmer, 2006).

Es importante entender que la evaluación del dolor siempre se debe considerar dentro de un marco evolutivo, considerando además la entrevista a personas del entorno más próximo del paciente (Hadjistavropoulos et al., 2007; Rodríguez & Blanco, 2005; Serrano-Atero et la., 2002), lo cual fue considerado dentro de la intervención.

La evaluación psicológica permite: confiar en el reporte de dolor, ofrecer información clara, que el paciente participe en la toma de decisiones, dar un tratamiento individualizado, establecer relación con familiares y cuidadores y favorecer el cumplimiento del tratamiento (Hadjistavropoulos et al., 2007; Hjerstad et al., 2004).

Después de hacer esta evaluación se procedía a intervenir con técnicas que abordaban tanto el dolor (conductas de dolor) como otros aspectos psicológicos (cambios significativos en su vida diaria, disminución de la actividad, dificultades sexuales, trastornos sexuales, retraimiento social, disminución de la energía, sensación de tristeza, etc.).

Se le explicaba al paciente (de manera adicional a la explicación biomédica que frecuentemente se les daba) de qué forma los factores cognitivos y emocionales influían en el dolor, los principios de aprendizaje que facilitan al paciente una forma de entender el por qué se mantiene su problema. En segundo lugar se entrenaba al paciente en diversas habilidades de afrontamiento del dolor, tanto conductuales (programación de actividades, relajación, comunicación asertiva, etc.) como cognitivas (imaginación, distracción, reestructuración, etc.). En tercer lugar se implementaba la práctica en la clínica -y se sugería la práctica en casa- de las habilidades aprendidas, aportando además retroalimentación sobre su ejecución. Por último se

anticipaban posibles recaídas, preparando al paciente para los momentos difíciles y concientizándolo acerca de que dichas habilidades deben formar parte del repertorio conductual y estar siempre disponibles para utilizarlas.

Dentro de las actividades de Clínica de Dolor también se dio seguimiento al protocolo "Factores Psicológicos en el paciente con dolor Post- Trasplantado de medula ósea". Este protocolo consistió en hacer evaluaciones antes y después del trasplante de medula ósea. Las evaluaciones aplicadas fueron: entrevista estructurada, apoyo social de MOS, afrontamiento, calidad de vida, escala HAD de ansiedad y depresión. Durante mi estancia se evaluó a tres hombres y una mujer en proceso de trasplante. Dicho protocolo se sigue aplicando.

Fue en el área de dolor donde se llevo a cabo una evaluación para conocer variables psicológicas que intervienen en el paciente con lumbalgia, dicha valoración se presenta de manera detallada en la segunda parte de este escrito.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Para la evaluación de los pacientes hospitalizados se utilizaron principalmente los siguientes instrumentos de medición:

Mini Mental State Examination. Desarrollado por Folstein en 1975 permite determinar las funciones cognitivas que incluyen: atención, concentración, inteligencia, aprendizaje, juicio, memoria, orientación, percepción, habilidades psicomotrices y solución de problemas. Identifica la presencia de déficit cognitivo y evalúa su evolución. Los resultados se obtienen por medio de las siguientes puntuaciones: arriba de 27 normal; entre 21 y 23 déficit cognitivo y debajo de 20 puntos se considera demencia (Hadjistavropoulos et al., 2007; Hjerstad et al., 2004).

Confusion Assessment Method (CAM, Inouye, 1990). Instrumento utilizado para la valoración de delirium. Este consiste de nueve partes: I) inicio agudo, II) inatención, III) pensamiento desorganizado, IV) nivel de conciencia alterado, V) desorientación, VI) problemas en la memoria, VII) disturbios perceptuales, VIII) agitación o retardo psicomotor, y IX) alteración del ciclo sueño-vigilia (Hjermstad et al., 2004).

Por otra parte, para evaluar la ansiedad (condición emocional caracterizada por tensión, aprehensión, bajo nivel de control comportamental y emocional generada por una interpretación negativa de la situación (Luengo, 2003), se utilizó el **Inventario de Ansiedad Rasgo/Estado** el cual fue elaborado por Spielberg y Díaz-Guerrero (Serrano- Atero, et al 2002).

Para medir la severidad de los síntomas de la depresión (estado de ánimo caracterizado por tristeza o vacío la mayor parte del día, anhedonia, pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnias, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía casi cada día, sentimientos de inutilidad, culpabilidad por el hecho de estar enfermo, disminución de la capacidad para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte (DSM-IV-TR, 2005), se utilizó el **Inventario de Depresión de Beck** (Beck,1971 en: Mistakidou, Tsilika, Parpa, Smyrniotis, Galanos & Vlahos, 2007).

De una forma breve y útil se utilizó la **Escala de Ansiedad y Depresión (HAD)**, como indicador clínico de la existencia de ansiedad y depresión como síntomas psicológicos (no somáticos) del individuo hospitalizado. La escala consta de 14 reactivos (7 reactivos para cada subescala) con respuestas estructuradas tipo Likert, cuyos valores oscilan entre 0 a 3. El punto de corte para señalar si un paciente está ansioso es 8 y deprimido de 7 (López-Alvarenga, Vázquez-Velázquez, Arcila-Martínez, González-Barranco & Salín-Pascual, 2000).

El enojo -estado de ánimo caracterizado por irritación, furia, ira, que varía en intensidad- fue evaluado a través del **Inventario Estado- Rasgo de la Expresión**

del Enojo (IEREE) de Spielberg y Vázquez-Casals en 1994 (Burns, 2006; Vázquez-Casals, 1994).

Opioid Risk Tool. Esta escala identifica factores de riesgo de abuso de sustancias por medio de historia familiar, historia personal, edad, abuso sexual, y enfermedades psiquiátricas. Los resultados se obtienen por medio de puntuaciones que van de: 0-3 bajo riesgo, 4-7 riesgo moderado y mayor a 8 riesgo alto (Atluri, Boswell, Hansen, Trescot, Singh & Jordan, 2003; Kahan, Srivastava, Wilson, Gourlay & Midmer, 2006).

PARTE II. INVESTIGACIÓN

FACTORES PSICOSOCIALES Y DOLOR REPORTADO EN PACIENTES CON LUMBALGIA CONTROLADOS FARMACOLÓGICAMENTE

MARCO TEÓRICO

El dolor es una experiencia única, multidimensional y altamente subjetiva que incluye una percepción sensorial muy compleja e intransferible, difícil de describir, y aún más difícil de evaluar o juzgar por una persona externa. En alguna medida, en forma diaria o aislada, nadie ha escapado de la experiencia de dolor, el que por su relación con su imagen corporal y anímica, domina, agota y somete, provocando un desorden organizativo mente-cuerpo-espíritu, al que se agrega la conducta del enfermo suscrita por la queja, el alto consumo de medicamentos y en consecuencia el gasto sanitario que implica al sector salud y a la calidad de vida del paciente (Godínez, Kassian, Corral & Corral, 2004).

El dolor, tiene graves repercusiones psicológicas no sólo en el paciente, sino en la familia y en la sociedad. Un paciente que sufre, es una persona con pérdida de control de su propia tensión y pensamientos, displacer, angustia, depresión y enojo, que en un lapso de tiempo corto lo llevarán a conflictos familiares y sociales importantes (como es el abandono familiar, despido inevitable de su trabajo por incapacidad y falta de adaptación al equipo de trabajo) (Godínez et al., 2004).

Dentro de estas implicaciones negativas, el dolor de larga evolución ofrece al paciente ganancias secundarias. La principal ganancia consiste en recibir mayor atención por padecer dolor, recursos económicos por parte de sus familiares y atención por sus amigos, que los lleva a perpetuar quizá no de manera intencional su padecimiento doloroso (Godínez et la., 2004).

El dolor por lo tanto es el resultado de una serie de experiencias individuales e intransferibles en cada ser humano, en donde confluyen aspectos sociales, culturales, emocionales, espirituales, así como aspectos fisiológicos (Godínez et al., 2004).

Los componentes sensoriales caracterizan a las estructuras anatómicas sensitivas (tacto, presión) y el patrón temporal de cada estímulo, en tanto que los componentes afectivos o evaluativos están sujetos a los antecedentes de experiencias dolorosas previas vividas por cada individuo, por lo que una gran cantidad de factores influyen en la forma en que las personas experimentan dolor y aprecian la efectividad del tratamiento prescrito (Godínez et al., 2004).

Las explicaciones modernas sobre el dolor incorporan todo lo relativo a los mecanismos neuroanatómicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos en un intento de comprender el proceso por el cual se recibe y modifica el dolor (Godínez et al., 2004).

El conocimiento de todo lo anterior conforma las bases para un adecuado abordaje del paciente con dolor, específicamente del paciente con lumbalgia, el cual tiene una prevalencia de 70% en la población adulta de entre 35 y 55 años de edad (Covarrubias & Guevara, 2006), destacando la importancia de reconocer el valor de poder proporcionar un adecuado alivio del dolor en pacientes en donde la presencia continua de estímulos nocivos puede influir en su vida cotidiana.

Definición de dolor

La IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) define al dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño real o potencial, descrito en términos de dicho daño (Nicholson, 2003).

Respecto a la distinción entre dolor agudo y crónico en la lumbalgia, no existe aún un punto de acuerdo, sin embargo, se considera que el dolor es agudo cuando se presenta por un tiempo menor a tres meses, mientras que el dolor es crónico cuando es mayor a tres meses (Rathmell, 2008).

El dolor se vuelve una enfermedad propiamente dicha cuando un cuadro de dolor agudo, -insuficientemente tratado-, se convierte en un síndrome doloroso, crónico y refractario a tratamientos convencionales (Godínez et al., 2004). Un dolor crónico limitante es un dolor valorado como mayor o igual a 5 en una escala de 0-10, con una duración de por lo menos seis meses (Niv & Devor, 2006).

El dolor crónico puede tener un origen nociceptivo, neuropático o de coexistencia. El dolor nociceptivo inicia cuando los nociceptores aferentes primarios en el sistema nervioso periférico son activados por estímulos nociceptivos térmicos, mecánicos o químicos secundarios a un daño tisular (Nicholson, 2003). El dolor neuropático en cambio es un dolor iniciado o causado por una lesión primaria o disfunción en el sistema nervioso; esta alteración conduce a una estimulación excesiva de las vías de dolor, o daño en las vías sensoriales no nociceptivas, las cuales alteran el balance entre estímulos dolorosos y no dolorosos en el Sistema Nervioso Central (SNC). Este dolor usualmente se describe como un disparo, quemante o lancinante y tiene una cualidad no familiar para el paciente (De Andrés & García-Ribas, 2003).

El dolor crónico está entre las principales razones por las que el paciente busca tratamiento médico y que conlleva una pobre calidad de vida (Koleck, Mazaux, Rascle & Bruchon-Schweitzer, 2006).

Teorías del dolor

A continuación se enumeran las principales teorías que han intentado explicar los mecanismos por los cuales se da la experiencia del dolor y por qué con el mismo grado de lesión física, la gente experimenta diferentes niveles de dolor y sufrimiento.

Teoría de la especificidad

De los primeros intentos por explicar el proceso del dolor fue la teoría de la especificidad descrita por Descartes en 1644 quien concibió al sistema de conducción del dolor, como un canal con una ruta directa de la piel al cerebro (Delgado-Coello, Bravo-Martínez & Solís-Ortiz, 1991).

Con base en esta teoría se hacía una analogía del dolor representado por una campana que establecía una relación directa entre la magnitud del daño al tejido del organismo y el subsecuente nivel de dolor resultante. En dicho análogo se consideraba que los nervios actuaban como la cuerda de una campana, cuya función consistía en accionar el badajo y de esta manera hacer sonar el dolor por toda la cabeza (Muse & Frigola, 1991).

Teoría de la regulación del umbral o control de la compuerta del dolor

Esta teoría fue planteada por Melzack y Wall en 1965, y señala que la conexión entre el tejido dañado y el consecuente reporte de dolor no es directo; sino más compleja incluyendo puntos de transmisión a lo largo de las trayectorias neuronales tanto como influencias psicosociales que modifican el impulso original del dolor ascendente de una manera substancial (Muse & Frigola, 1991).

La teoría de la compuerta del dolor se enfoca a nivel de la medula espinal donde los impulsos del dolor entran en el sistema central, después de llegar desde la periferia del cuerpo. En esa conexión periferia-medula, ha sido descubierto que otros factores aparte de la extensión del daño son los que determinan que

proporción de impulsos originales del dolor tendrán acceso al camino de la espina (Muse & Frigola, 1991).

Esta teoría sugiere una interacción entre interneuronas de la sustancia gelatinosa (SG), de manera que la entrada de las fibras A α (mielinizadas) y C (amielinizadas) tienen efectos antagonistas sobre las células de la SG. Este modelo propone un mecanismo para la inhibición del sistema nociceptivo de conducción lenta por el de conducción rápida proponiendo que los controles descendentes del cerebro pueden modular el paso de señales nociceptivas. Por debajo de la SG se ubican las células "T" de las que parten fibras eferentes que determinan el grado de dolor percibido. A las células T llegan también aferencias de la SG, de la piel y del que excitan a las células T cerebro. Las aferencias pequeñas excitan directamente a las células T y excitan a células de la SG que excitan a las células "T". Lo anterior explica que al aumentar la estimulación, aumenta el dolor (Delgado-Coello, Bravo-Martínez & Solís-Ortiz, 1991).

Fue sugerido que una puerta puede cerrar el acceso o sólo permitir el paso al cerebro de porciones determinadas de los impulsos originales. La regulación de esa puerta no solamente estaría determinada por la pureza del impulso (dolor puro, libre de otras sensaciones, se registraría un impacto mayor al nivel de la espina dorsal al entremezclarlo con otras sensaciones como temperatura o presión) sino por el acceso de la transmisión neuronal que está influida por actividades nerviosas paralelas que pueden ocurrir a cualquier nivel de la trayectoria desde el lugar patológico hasta el cerebro. Entonces los impulsos neuronales ascendentes son mediados por la naturaleza del estímulo del dolor, los sistemas neurohormonales paralelos y descendentes están afectados por la respuesta física y emocional de la persona sin respuesta al estímulo de dolor (Muse & Frigola, 1991).

Señal que el dolor experimentado no está determinado solamente por la magnitud de la herida original, sino que está influenciado por la suma de una multitud de variables que ocurren simultáneamente dentro y alrededor del individuo. Entre las variables intrapersonales influyentes podemos incluir los

pensamientos, las emociones, el comportamiento de la persona inmediatamente antes y durante el incidente que provoca el dolor. Factores ambientales como el lugar donde se lesiono la persona y las circunstancias de la lesión también contribuyen al resultado final experimentado. En resumen la personalidad del individuo tanto como sus circunstancias físicas y sociales, determinan en un grado substancial cuáles serán sus reacciones frente al dolor acompañante a un accidente traumático o a una enfermedad crónica (Muse & Frigola, 1991).

Teoría de la neuromatriz

Aunque la teoría de la compuerta integra diversos factores que contribuyen al dolor quedan huecos en la explicación del dolor como el experimentado por el miembro fantasma por lo que Melzack sugiere un nuevo concepto del sistema nervioso para explicar el dolor. En primer lugar, señala que como el miembro fantasma (u otras partes del cuerpo) se siente con tanto realismo, es razonable concluir que las sensaciones normales del cuerpo están atendidas por los mismos procesos neurales en el cerebro. Dichos procesos cerebrales suelen activarse y modularse por impulsos que reciben del cuerpo, pero también pueden actuar en ausencia de los mismos. De ahí que los orígenes de las pautas en las que se basan las cualidades de la experiencia son las redes neurales del cerebro: los estímulos pueden activar esas pautas, pero no producirlas. En tercer lugar, dice que el cuerpo se percibe como una unidad y se identifica como "propio", diferente del de otras personas y del mundo que nos rodea. La experiencia de una unidad de sentimientos tan diversos, entre ellos la conciencia corporal como punto de orientación en el entorno que nos rodea, se debe a procesos neurales centrales y no puede derivarse del sistema nervioso periférico ni de la médula espinal. En cuarto lugar, los procesos cerebrales que determinan la conciencia del cuerpo se integran en función de la especificación genética, aunque el substrato integrado tenga, por supuesto, que ser modificado por la experiencia. La propuesta de Melzack es que existe una matriz genéticamente integrada de neuronas en todo el cuerpo que produce pautas

características de impulsos nerviosos y las diferentes cualidades somatosensoriales. Esa red, cuya distribución espacial y cuyas uniones sinápticas están, en un principio, determinadas genéticamente y más tarde se ven esculpidas por los impulsos sensoriales, "neuromatriz". Los circuitos talamocorticales y límbicos que constituyen la neuromatriz divergen para permitir el procesamiento paralelo en diferentes componentes de la neuromatriz y convergen para permitir interacciones entre los productos del procesamiento. El procesamiento y síntesis cíclicos de los impulsos nerviosos en la neuromatriz imponen una pauta de respuesta característica o "neuroespecífica" (Melzack, 2000).

Dado estos preceptos Loeser y Melzack en 1978 presentan un modelo, consistente con la teoría de la regulación del umbral del dolor, según el cual las zonas sinápticas situadas a lo largo de las rutas de transmisión de los principales sistemas de proyección sensorial –desde las astas dorsales hasta las zonas de proyección somatosensorial del tálamo y la corteza– pueden convertirse en mecanismos generadores de pautas. Su actividad es capaz de producir pautas de impulsos nerviosos que sobrepasen un umbral crítico por unidad de tiempo (o que tengan una pauta particular, o ambas cosas) y se proyecten a otras áreas que determinen la experiencia del dolor y la localización del dolor en sitios específicos. Este concepto explica el hecho de que las lesiones puedan causar umbrales más altos de dolor, así como la observación de que la pérdida de estímulo en las estructuras centrales por desaferentación tras amputación, disección de la raíz o transección de la médula espinal, produce también umbrales más altos y pautas de estimulación anormales que pueden crear las condiciones necesarias para el dolor. Por consiguiente, cualquier estímulo que reciban las células centrales hiperactivas desde tejidos dañados en las cercanías, nervios sensoriales viscerales, pequeñas vías aferentes en la cadena simpática y procesos psiconeuronales de mayor nivel, pueden provocar una activación anormal y prolongada y producir dolor intenso y persistente en zonas concretas de las extremidades denervadas u otras partes del cuerpo (Melzack, 2000).

La teoría nociceptiva de la neuromatriz propone que la neuroespecificidad de la experiencia del dolor está determinada por la arquitectura sináptica de la neuromatriz, que se produce por influencias genéticas y sensoriales. Las pautas de neuroespecificidad están moduladas por estímulos sensoriales y acontecimientos cognitivos, como factores de estrés, físicos y psicológicos, que actúan sobre los sistemas de regulación del estrés, pudiendo causar lesiones de músculos, huesos y tejido nervioso y contribuyendo a las pautas de neuroespecificidad que dan lugar al dolor crónico.

En resumen, la neuromatriz produce, como consecuencia de un fallo en los sistemas de regulación de la homeostasis, las condiciones destructivas necesarias para que aparezcan muchos de los dolores crónicos que hasta la fecha han sido resistentes a los tratamientos desarrollados principalmente para controlar el dolor provocado por estímulos sensoriales. El sistema de regulación del estrés, con su complejo y delicado equilibrio de interacciones, forma parte integral de las múltiples contribuciones que dan lugar al dolor crónico. La teoría de la neuromatriz nos aleja del concepto cartesiano del dolor como una sensación provocada por una lesión, una inflamación u otra patología tisular y nos acerca al concepto del dolor como una experiencia multidimensional en la que influyen múltiples factores, desde la arquitectura sináptica existente de la neuromatriz que depende de factores genéticos y sensoriales hasta factores del interior del cuerpo y otras áreas del cerebro.

Las influencias genéticas en la arquitectura sináptica pueden provocar o predisponer a la aparición de síndromes de dolor crónico. Hemos recorrido un largo camino desde el concepto psicofísico que planteaba una relación simple y unívoca entre lesión y dolor. Ahora tenemos un marco teórico en el que una plantilla genéticamente determinada de la conciencia del cuerpo se ve modulada por un poderoso sistema de estrés y las funciones cognitivas del cerebro, además de los estímulos sensoriales tradicionales. La teoría nociceptiva de la neuromatriz, que asigna la misma importancia a las contribuciones genéticas de los mecanismos neurohormonales del estrés que a los mecanismos

neurales de la transmisión sensorial, teniendo importantes implicaciones para la investigación y el tratamiento del dolor (Melzack, 2000).

Las astas dorsales dejaron de ser estaciones de transmisión meramente pasivas para convertirse en lugares donde ocurre actividades dinámicas: inhibición, excitación y modulación. En eso consiste la revolución: en que se da el protagonismo al sistema nervioso central como un componente esencial de los procesos nociceptivos. La nueva teoría obliga a las ciencias médicas y biológicas a aceptar el cerebro como un sistema activo que filtra, selecciona y modula los impulsos (Melzack, 2000).

Dolor de espalda baja (lumbalgia)

La condición más vista en una unidad de dolor suele ser el lumbago (Muse & Frigola, 1991), un problema de salud pública que representa 70% de individuos con dolor, además de ser un importante factor de discapacidad, automedicación, ausentismo laboral, hospitalización y gastos en recursos de salud (Boleaga, 2005; Boleaga-Durán, 2007; Koleck et al., 2006).

El predominio de la lumbalgia durante la vida se estima entre 11% y 84%. En el año 2000 se estableció que aproximadamente 80% de personas de 30 años de edad o mayores refieren haber tenido lumbalgia por lo menos una vez en su vida y 30% durante el último mes (Boleaga, 2005). Aunque sólo entre 5 y 20% de las lumbalgias se vuelven crónicas, deben tomarse en consideración debido al gasto que ocasiona al sistema de salud. Sólo este porcentaje es responsable de 85% de los gastos debidos a esta afección y, 70% de los costes globales de estas dolencias, son producidos por 20% de los pacientes más crónicos (Casado, Moix & Vidal, 2008).

Así pues, la palabra lumbalgia, se refiere a la manifestación clínica de dolor en la región lumbar (Boleaga, B., 2005). El dolor lumbar se define como un

síndrome musculoesquelético o conjunto de síntomas cuyo principal síntoma es la presencia de dolor focalizado en el segmento final de la columna vertebral (zona lumbar), en el área comprendida entre la reja costal inferior y la región sacra, y que en ocasiones puede comprometer la región glútea, provocando disminución funcional (Casado et al., 2008).

Atendiendo a factores etiológicos, la causa específica de la mayoría de los dolores lumbares tanto agudos como crónicos son las alteraciones de las diferentes estructuras que forman la columna vertebral, como ligamentos, músculos, discos vertebrales y vértebras que puede deberse a múltiples factores como: traumatismos, un esfuerzo excesivo, una mala postura, debilitamiento muscular o sobrecarga mecánica, bipedestación, la acción de caminar en planos de inclinación variada, actividades deportivas de alto y medio impacto, entre otros (Boleaga-Durán, 2007). Sin embargo, el dato más destacable en cuanto a su etiología es que 85% de los casos de dolor lumbar se atribuye a una causa inespecífica (Moix et al., 2006).

Los factores de riesgo para desarrollar dolor de espalda baja incluye mayor edad, sexo femenino, nivel socioeconómico y educativo bajo, alto índice de masa corporal, uso de tabaco, percepción general de pobre salud, actividad física (levantarse, agacharse, torcerse), tareas repetitivas, insatisfacción con el trabajo, depresión, variaciones anatómicas espinales, imágenes anormales (Rubin, 2007).

Factores psicológicos del dolor lumbar

Los efectos de una exigencia nociva tan prolongada como es la lumbalgia, se refleja en varios aspectos de la existencia de quien vive con dolor (Casado et al., 2008).

El dolor lumbar sigue un patrón de curso episódico marcado por periodos de remisión y exacerbación. Por ello su recuperación o mantenimiento no sólo va a depender de factores físicos (estructura física o cirugía fallida) (Rathmell, 2008), sino especialmente de factores psicológicos (Casado et al., 2008).

El modelo biopsicosocial toma en cuenta todas las áreas de la vida de la persona para el estudio y control de la lumbalgia. En el nivel sensorial- fisiológico (aspecto biológico) la reactividad al dolor se asume como un incremento autonómico, reactividad muscular, así como sensibilización de las estructuras sensoriales o alteraciones del sistema musculo-esquelético y estado de salud general. Entre los factores sociales se consideran las condiciones desfavorables (posturas, movimientos, esfuerzos) que conllevan un importante número de elementos reseñables. Este recorrido multifactorial no estaría completo sin mencionar el papel de los factores psicológicos, que conciben al dolor como un fenómeno de naturaleza compleja, vinculado a sensaciones aversivas y experiencias afectivas en donde también los cambios conductuales, los reajustes en motivación, los estados emocionales y las cogniciones juegan un papel destacado tanto en la percepción como en el afrontamiento del dolor (Casado et al., 2008; Evers, Kraaimaat, van Riel & Bijlsma, 2001).

En el mismo sentido, la reactividad al dolor, es afectada por factores de vulnerabilidad psicológica (como la afectividad negativa), la evitación conductual, la catastrofización y la reactividad fisiológica -predisposición que posiblemente modera el efecto de la reactividad al dolor a largo plazo (Evers et al., 2001).

Asimismo, se ha encontrado una prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes con dolor de 31 a 59% y 50% de comorbilidades psiquiátricas, lo cual es significativamente mayor en esta población que en otras condiciones médicas (Weisber & Boatwright, 2007).

Desde una perspectiva biopsicosocial se ha estudiado la relación entre las características de personalidad, la duración del dolor, la severidad del dolor y el

distrés psicológico. Se encuentra que algunas características de personalidad son estables pero otras cambian con el tiempo, de manera similar a sus comorbilidades (como la depresión y la ansiedad). También se ha sugerido que la expresión de dichas características se ven intensificadas bajo el estrés de un trastorno por dolor crónico, y a su vez, por los niveles individuales de distrés emocional y la personalidad evaluada (Conrad, Schilling, Bausch, Nadstawek, Wartenberg, Wegener, Geiser, Imbierowics & Liedtke, 2007).

El efecto negativo sobre la personalidad se puede observar en la alta tasa de de depresión, ansiedad, estrés, sentimientos de culpabilidad, expresión de enojo, trastornos de personalidad y otras variables psicológicas que padecen los pacientes con dolor (Casado et al., 2008; BenDebba, Torgerson & Long, 1997). El dolor crónico precipita otros trastornos de personalidad, sin embargo dicha relación ha sido poco entendida en pacientes con dolor crónico (BenDebba et al., 1997; Weisber & Boatwright, 2007). El dato anterior llama la atención debido a que las decisiones de tratamiento se basan en ciertas características de personalidad (Conrad et al., 2007).

Se realizó una revisión de variables que impactan la experiencia del dolor por medio de las bases *Psychoinfo*, *Ovid*, *EBSCO* y *Elsevier* desde el año 2000 al 2009. Los principales hallazgos se muestran en la Tabla 2.

TABLA 2. Predictores psicosociales de respuesta al tratamiento de dolor.

AUTOR	AÑO	PROPÓSITO	RESULTADOS
Van Midden-dorp, Lumley, Moerbeek, Jacobs Bijlsma & Geenen.	2010	En 333 mujeres con fibromialgia con una edad promedio de 47 años se evaluó la relación entre dolor y la expresión o inhibición del enojo considerando un evento emocional significativo al empezar el día así como al final del día.	El estado de enojo predice mayor dolor al final del día. Los pacientes con enojo inhibido se relacionaron con más dolor. Niveles bajos de dolor fueron observados en pacientes con mayor expresión del enojo. El estudio sugiere que el enojo y la tendencia general a inhibir el enojo predicen mayor dolor.
Cano, Leong, Heller & Lutz	2009	106 pacientes con dolor crónico y sus parejas fueron encuestadas y observadas para determinar como la catastrofización del dolor se relaciona con la percepción del derecho a tener apoyo.	Mayor percepción de derecho a recibir apoyo en personas con dolor fue correlacionado positivamente con catastrofización del dolor, sentimientos de culpa e invalidación por parte de la pareja.

AUTOR	AÑO	PROPÓSITO	RESULTADOS
Keeley, Creed, Tomenson, Todd, Borglin & Dickens	2008	En un estudio prospectivo de cohorte se siguieron en 6 meses a 108 pacientes con dolor de espalda baja y se midió ansiedad y depresión.	La ansiedad y la depresión predicen el daño en calidad de vida relacionada con la salud.
Edwards, Klick, Buenaver, Max, Haythornth Waite, Keller & Atlas	2007	En pacientes adultos con ciática secundaria a una hernia de disco lumbar se evaluó si los síntomas de distrés psicológico (ansiedad y depresión) predicen diferencias individuales en el tratamiento de dolor a los tres años.	Una mejor salud mental (menor sintomatología depresiva y ansiosa) predice baja frecuencia de síntomas, menor dolor y mejor funcionamiento físico a través del tiempo. Dichos síntomas predicen el curso del tratamiento relacionado al dolor.
Bruehl, Chung, Burns & Diedrich.	2007	En 27 sujetos, 13 con dolor de espalda baja y 14 controles entre 18 a 55 años se estudió la hipótesis de disfunción opioide relacionado con opioide endógeno en el plasma.	Los resultados indican que pacientes con mayor característica de enojo expresado fue asociado con mayor intensidad del dolor percibido y significativamente menor liberación de beta endorfinas de dolor inducido. El enojo expresado es ligado a efectos de hiperalgesia debido a un deficiente sistema analgésico opioide.
Turner, Holtzman & Mancl	2007	En 156 pacientes mayores de 18 años con trastorno temporomandibular se identificaron mediadores, moderadores y predictores de la mejoría del paciente con terapias cognitivo- conductuales en un ensayo clínico aleatorizado en dolor temporomandibular.	Excepto el afrontamiento con relajación, cambios en percepción de control, discapacidad, creencias de daño, catastrofización, autoeficacia en dolor temporomandibular media los efectos de la terapia cognitivo- conductual sobre un año en la intensidad del dolor. Los predictores fueron, el número de sitios reportados de dolor, síntomas depresivos, somatización (problemas físicos no específicos), rumiación relacionada al dolor, catastrofización y percepción de estrés tiene una mayor interferencia en un año.
Burns, Bruehl & Quartana	2006	En 94 pacientes con dolor de espalda baja se examinó si el enojo inhibido o el enojo expresado y hostilidad predice síntomas específicos de tensión muscular.	Los resultados muestran que los pacientes con dolor de espalda baja quienes inhiben el enojo que activan cinismo, desconfianza y percepciones generalmente negativas pueden ser fisiológicamente reactivos a la provocación de enojo. Al incrementar el estrés generando tensión muscular en realidad agrava el dolor de espalda baja.

AUTOR	AÑO	PROPÓSITO	RESULTADOS
Gupta, Silman, Morriss, Dickens, McFarlane, Chiu, Nicholl & McBeth	2006	Estudio prospectivo de 3171 adultos sin dolor de 25 a 65 años, que determinó las contribuciones de mediciones de distrés psicosocial, conductas de búsqueda de salud, trastornos del sueño y eventos vitales.	Se encontraron a tres factores como predictores del desarrollo de dolor generalizado: somatización, conductas de búsqueda de salud y pobre calidad de sueño.
Koleck, Mazaux, Rasclé & Bruchon-Schweitzer	2006	Estudio prospectivo con 99 pacientes con dolor de espalda baja fueron evaluados después de un episodio agudo de dolor, la evaluación incluía escalas de ansiedad, depresión, apoyo social.	Se identificó a la depresión como el principal factor de bajo ajuste tanto emocional como funcional.
Meredith, Strong & Feeney	2006	En 152 participantes con dolor crónico dentro de un programa de rehabilitación se investigó la contribución del apego adulto, autoeficacia al dolor y la ansiedad hacia la percepción de intensidad del dolor y discapacidad relacionada al dolor.	La ansiedad fue asociada con bajos niveles de autoeficacia al dolor. Aunque no se encontró como predictor el apego a evitación-disminución fue asociado con altos niveles de ansiedad relativa a la seguridad del grupo. Se encontró a la autoeficacia como el único predictor que describe el 30 % de la varianza en discapacidad. Las variables de apego en el adulto no contribuyen directamente para predecir la discapacidad e intensidad del dolor.
Plata-Muñoz, Castillo-Olivares & Guevara-López	2004	Se utilizó un diseño no experimental, transeccional y explicativo. Se entrevistó y aplicó una batería de pruebas psicológicas a 70 pacientes de primera vez en una clínica del dolor con el fin de evaluar: depresión, ansiedad, estrategias de afrontamiento, percepción de control, autoeficacia e incapacidad funcional.	Se encontró que la intensidad del dolor se relaciona significativamente con depresión y catastrofización, mientras que la incapacidad funcional mostró una correlación con ansiedad y depresión.
Viane, Crombez, Eccleston Poppe, Devulder, van Houdenhove & de Corte	2003	En 120 pacientes con dolor crónico se reportó la validez conceptual y utilidad de la aceptación del dolor crónico para un bienestar físico y mental, más allá de la intensidad del dolor y pensamientos de catastrofización y se diseñó un instrumento para evaluar la aceptación del dolor crónico.	Se confirma que la aceptación del dolor tiene una moderada pero única contribución en explicar el bienestar mental más allá del efecto de la severidad y catastrofización del dolor. La aceptación del dolor no implica disminución de los niveles de catastrofización y éste no afecta sobre el bienestar físico.

En general se encontró que emociones como depresión, ansiedad y enojo correlacionan positivamente con mayor intensidad del dolor y que la búsqueda indirecta de apoyo social es un factor que contribuye a una mayor catastrofización del dolor. Se especula que una de las vías por las cuales los estados afectivos pueden influir en los resultados relacionados con el dolor, es al interferir en los esfuerzos adaptativos de automanejo, los que son importantes para determinar la severidad del dolor y el funcionamiento relacionado con dolor (Edwards, Klick, Buenaver, Max, Haythornthwaite, Keller & Atlas, 2007).

Estas conductas desadaptadas de dolor (conductas de enfermedad en situaciones en las que la persona aumenta o disminuye síntomas -quejas, expresiones faciales, cambios posturales, búsqueda de atención, ayuda en exceso-), están mediadas por procesos de aprendizaje (reforzamiento positivo y negativo) que pueden llevar a un buen número de ganancias secundarias, como la evitación de responsabilidades y la obtención de privilegios, el logro de un tipo especial de interacción social, la expresión de simpatía por parte de los demás o incluso cumplir con expectativas que los demás tienen sobre el comportamiento como enfermos. La presencia constante de manifestaciones de dolor por parte del paciente contribuyen a su propio deterioro y discapacidad (Casado et al., 2008).

Conrad et al., (2007) encontraron que los pacientes con dolor tienen altos puntajes en evitación al daño y esto se relaciona con la emoción de miedo y la activación autonómica, similar al concepto de miedo-evitación, es decir, basados en mecanismos de predisposición y aprendizaje, un modelo habitual de reactividad al dolor (modelo que provoca una percepción exagerada del dolor con la consecuente adopción de una respuesta evitativa por parte del paciente), como evitar la actividad diaria, ciertos lugares o posturas prevenir la aparición o agravamiento del dolor. Las conductas de evitación son consecuencia de un conjunto formado por la historia personal de dolor y las estrategias de afrontamiento. Por otro lado la preocupación cognitiva como: "el dolor de espalda significa lesión estructural irreversible, "los tratamientos pasivos son

mejores que las actitudes activas" y "una mayor activación física, puede llegar a incrementar la cronicidad", mantienen las reacciones de dolor y las relacionadas con los resultados de dolor (patología objetiva, intensidad y resultados de dolor de largo plazo), discapacidad funcional, ansiedad anticipatoria y depresión. Estas conductas se consideran adaptativas en el dolor lumbar agudo pero no en el crónico (Evers et al., 2001; Moix et al., 2006; Casado et al., 2008).

De tal forma que, el paciente con dolor, restringe severamente sus actividades y puede llegar a pasar la mayoría del día reposando, inclinado o estirado en una silla o cama. Tal inactividad generalizada promueve mala circulación en todo el cuerpo, especialmente en áreas afectadas por el dolor; la inactividad también conduce a un grado de atrofia muscular debido a la falta de uso. Además el paciente de dolor crónico suele sostener una postura defensiva y rígida, esto es, el paciente tensa su musculatura alrededor del área afectada en un intento de protegerlo de más daño; tal postura provoca espasmos musculares por el cansancio que conllevan una tensión continua y los mismos espasmos agravan la condición original de dolor. Finalmente deterioro físico por la presencia de dolor crónico conlleva al abuso de medicamentos (Muse & Frigola, 1991).

La influencia que el dolor crónico tiene sobre la vida social de su víctima se observa en la disminución del contacto afectivo y sexual dentro del matrimonio, desacuerdo matrimonial en donde el cambio de responsabilidades de la pareja tiende a crear una sobre-dependencia, mostrando más dolor y discapacidad por parte del paciente; esto resulta en inequidad en el apoyo y distrés de la pareja (Cano, Leong, Heller & Lutz, 2009; McCracken, 2005). Cuando la pareja con dolor exige apoyo de una manera indirecta, y tiene altas expectativas muy altas de atención, generalmente recibe poco apoyo y rechazo por parte del proveedor (Cano et al., 2009). Sin embargo castigar dichas respuestas, mostrarse enojado o ignorarlas no parece tener efecto de castigo sobre la conducta de dolor (McCracken, 2005). En cambio, la empatía, el cuidado, la preocupación, la cercanía, la resolución del problema se puede motivar cuando una persona con

dolor se acerca a la emoción y no a la "experiencia de dolor", ya que la experiencia invalida a la emoción (Cano & Williams, 2010).

En pacientes que son padres, es notable un cierto distanciamiento de sus hijos. El continuo impacto del dolor crónico en la vida social se puede observar en la propensión general de su víctima de retirarse, lo cual provoca una ruptura eventual de las relaciones sociales. El efecto perjudicial del dolor sobre la vida vocacional del paciente es evidente en la pérdida de empleo o un descenso en el rendimiento del trabajo. Debido a esta interrupción en la vida ocupacional, la familia del paciente sufre inconvenientes económicos. Junto con los efectos negativos que el dolor crónico trae a la personalidad de su víctima y la vida social de la misma, es común observar consecuencias somáticas negativas debido a la prolongada presencia del dolor persistente (Muse & Frigola, 1991).

Cuando el paciente reduce sus actividades diarias (tanto laborales como sociales) también se reducen un buen número de actividades placenteras y reforzantes para el paciente, lo que facilita la focalización de la atención al dolor e incrementa su miedo al mismo. Paralelamente a la reducción de la movilidad se produce atrofia de masa de la muscular, lo que dificulta la recuperación y aumenta el dolor. Las constantes conductas de evitación del dolor, que aumentan su percepción al focalizar la atención sobre él, aumentan el miedo al mismo y con él aparecen estados emocionales negativos (ansiedad, enojo, síntomas depresivos, etc.) y aumentan el deterioro psicológico inhibiendo los procesos de recuperación (Casado et al., 2008).

Aunque se asume tácitamente que algunos factores orgánicos específicos predisponen la respuesta a los tratamientos, basados en las hipótesis etiológicas, es innegable el papel de la emoción negativa en el dolor lumbar crónico, confirmado por la existencia altas correlaciones entre alteraciones psicológicas y la cronicidad del dolor lumbar. Es a este tipo de pacientes con dolor crónico a los que la psicología debe prestar especial atención, al tratar su problema contemplando todos los mecanismos involucrados en su inicio y mantenimiento,

con la posibilidad de predecir los resultados del tratamiento (Bravo & González-Durán, 2001; Casado et al., 2008).

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo fue identificar algunos factores psicosociales que se asocian al reporte de dolor en pacientes con dolor de espalda baja.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo se asocian los factores psicosociales (socioeconómicos, apoyo social, depresión, ansiedad, enojo y características de personalidad) con el reporte de dolor en pacientes con lumbalgia controlados farmacológicamente?

HIPÓTESIS

El dolor reportado en los pacientes con lumbalgia bajo tratamiento farmacológico está asociado a las características sociodemográficas, de personalidad, así como al estado emocional y el apoyo social.

OBJETIVO

Identificar como se asocian las variables sociodemográficas, el estado emocional, el apoyo social y las características de personalidad con el reporte de dolor, en pacientes con lumbalgia bajo tratamiento farmacológico.

MÉTODO

Diseño

Observacional, transversal, descriptivo (Méndez, Namihira, Moreno y Sosa de Martínez, 1986).

Participantes

Se evaluaron 49 pacientes con dolor de espalda baja (lumbalgia) de la clínica del dolor del INCMNSZ entre los meses de septiembre del 2009 a enero del 2010.

Los muestra de pacientes encuestada residía principalmente en el D.F. (37, 75.5%) y Edo de México (8, 16.3%) y solo 4 (8%) venía de otros lugares del interior de la republica mexicana.

➤ Criterios de Inclusión

Que supieran leer y escribir.

Pacientes de de clínica del dolor con diagnóstico primario de lumbalgia.

Que aceptaron participar al estudio bajo consentimiento informado por escrito.

Que estuvieran controlados mediante tratamiento farmacológico.

➤ Criterios de exclusión

Que tuvieran alguna alteración cognoscitiva que impidiera la evaluación.

Pacientes bajo otro tratamiento alternativo para el manejo del dolor.

Procedimiento

Dentro de la consulta externa de dolor se identificó a los pacientes con lumbalgia y se les invitó a participar en la investigación mediante consentimiento informado por escrito.

Al aceptar, se iniciaba el proceso de evaluación, el cual se realizaba durante una sola sesión, con una duración promedio de 25 minutos. Se iniciaba con una pequeña entrevista para la obtención de las variables sociodemográficas, tras lo cual se evaluaba la intensidad del dolor Al Momento y En el Último Mes, los niveles de ansiedad, depresión y enojo así como los trastornos de personalidad y el apoyo social.

Instrumentos

➤ **Escala Numérica (EN)**

La medición subjetiva del dolor fue medida a través de la escala numérica (EN), introducida por Downie (1978, 1979). Con esta escala se puede cuantificar la sensación de dolor a través de su intensidad. El paciente debe asignar al dolor un valor numérico entre dos puntos extremos, que van de 0 a 10, donde "0= ausencia de dolor" y "10= dolor de máxima intensidad" (Serrano-Atero, Caballero, Cañas, García-Saura, Serrano-Álvarez, y Prieto, 2002).

➤ **Apoyo Social de MOS**

En el ámbito de la salud el apoyo social se podría definir en términos de las funciones que las relaciones pueden cumplir para el bienestar del individuo (Rodríguez-Marín, Pastor & López- Roig, 1993).

El instrumento MOS, evalúa distintas dimensiones del apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas y es un instrumento considerado válido y

confiable en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus e hipertensión de un centro de atención primaria en España (De la Revilla, Luna, Bailón y Medina, 2005). Consta de 20 ítems; a excepción de la primera pregunta que informa sobre el tamaño de la red social, los demás ítems se miden con una escala tipo Likert, con valores de 1 a 5, donde "1=nunca", "2=pocas veces", "3=algunas veces", "4= la mayoría de veces" y "5= siempre". El índice global puntúa en un rango de 19 a 95, siendo mayor el apoyo social percibido cuanto mayor es este puntaje.

Los 19 ítems informan acerca de cuatro dimensiones del apoyo social funcional (Rodríguez, Ruiz, Anton, Herrera, Márquez & Ottaviano, 2010):

- *Apoyo emocional/ informacional*- posibilidad de asesoramiento, consejo, información (3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19).
- *Apoyo instrumental*- posibilidad de ayuda *domestica, institucional* (2, 5, 12 y 15).
- *Interacción social positiva*- posibilidad de contar con personas para comunicarse (7, 11, 14 y 18).
- *Apoyo afectivo*- demostración de amor, cariño y empatía (6, 10 y 20).
- El apoyo global es escaso si es inferior o igual a 57; el apoyo emocional/informacional: falta si es inferior o igual a 24; apoyo instrumental: falta si es inferior o igual a 12; apoyo de interacción social positiva: falta si es inferior o igual a 9 y apoyo afectivo: falta si es inferior o también igual a 9.

➤ **Entrevista Clínica Estructurada para el Eje II del DSM-IV de Trastornos de Personalidad (SCID-II).** First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1997.

Los trastornos de personalidad son rasgos de personalidad disfuncionales, que se van desarrollando desde la infancia y se mantienen a través de la vida. En situaciones de estrés se manifiestan como patrones predecibles y estables. (Fishbain, Cole, Cutler, Lewis, Rosomoff & Rosomoff, 2006).

El SCID-II es la Entrevista Clínica Estructurada que permite diagnosticar trastornos de personalidad de acuerdo a la codificación del DSM-IV. Consta de 119 preguntas cada una con dos opciones de respuesta "SI" y "NO, e identifica los siguientes trastornos de personalidad: evitativo (1-7, mínimo 4), dependiente (8-15, mínimo 5), obsesivo-compulsivo (16-24, mínimo 4), pasivo-agresivo (25-32, mínimo 4), depresivo (33-40, mínimo 5), paranoide (41-48, mínimo 4), esquizotípico (49-59, mínimo 5), esquizoide (60-65, mínimo 4), histriónico (66-72, mínimo 5), narcisista (73-89, mínimo 5), limítrofe (90-104, mínimo 5) y antisocial (105-119, mínimo 3) (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1997).

➤ **Inventario de Ansiedad Rasgo/Estado (IDARE).** Díaz-Guerrero, Spielberg, 1975.

Es un inventario diseñado para evaluar ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Se trata de una escala autoaplicable útil tanto en población normal como en pacientes. Consta de 20 ítems para medir rasgo y 20 para medir estado. La versión mexicana del IDARE fue propuesta por Díaz-Guerrero y Spielberg en 1975, siendo una de las más utilizadas para la investigación en nuestro país.

La ansiedad estado está constituida del ítem 1 al 20 y las opciones de respuesta son "0= no en lo absoluto", "1= poco", "2= bastante" y "3= mucho". En el caso de los ítems 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 es necesario invertir la puntuación ("3= no en lo absoluto", "2= poco", "1= bastante" y "0= mucho").

La ansiedad rasgo va del ítem 21 al 40 y las opciones de respuesta son "0= casi nunca", "1= algunas veces", "2= frecuentemente" y "3= casi siempre". Esta escala también tiene ítems que invierten la puntuación asignada en el ítem 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39, donde el "0= casi siempre", "1=frecuentemente", "2= algunas veces" y "3= casi nunca".

La escala da una puntuación de ansiedad como estado y como rasgo, cada una de las cuales se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los ítems correspondientes. De igual forma, da una puntuación total que oscila entre 0 y 60 de acuerdo a García-Portilla, Bascarán, Sáiz, Bousoño y Bobes (2006), no existen puntos de corte propuestos sino que las puntuaciones directas se obtienen transformando en centiles en función del sexo y la edad.

➤ **Inventario de Depresión de Beck.** Beck, 1961.

Es una escala creada en 1961 por Aarón T. Beck para medir el síndrome general de depresión y consta de 21 categorías (cada una con valores que van del 0-3), que se puede dividir en tres factores intercorrelacionados: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática en muestras clínicas y no clínicas (Mistakidou, Tsilika, Parpa, Smyrniotis, Galanos & Vlahos, 2007). Este inventario fue traducido, adaptado y estandarizado para población mexicana por Jurado, et al., 1998, obteniendo una consistencia interna de 0.87, con una capacidad discriminativa significativa en cada uno de los reactivos. El inventario se califica sumando cada una de las categorías y la puntuación total se asigna a los siguientes resultados:

0-9 Ausencia de depresión

10-16 Depresión media

17-29 Depresión moderada

30-63 Depresión severa

➤ **Inventario Estado- Rasgo de la Expresión del Enojo (IEREE).** Spielberg y Vázquez-Casals, 1994.

Escala creada por C. Spielberg y P. London, 1988. Estos autores definen el enojo estado como una condición emocional que consiste en sentimientos de

tensión, molestia, irritabilidad o ira. Definen el enojo rasgo como la frecuencia con la que se siente el enojo estado sobre el tiempo.

En 1994 Vázquez-Casals revisó y aumentó el IEREE obteniendo valores psicométricos de validez y confiabilidad del instrumento en una población de adolescentes mexicanos. La versión de Vázquez-Casals tiene una consistencia interna de 0.87 y una adecuada validez de constructo para la escala completa. La escala consta de 35 reactivos divididos en tres partes, cada uno con puntuaciones que van de 1 a 4 ("1=casi nunca", "2= algunas veces", "3= frecuentemente" y "4= casi siempre", para el enojo rasgo y expresión del enojo; y de "1= definitivamente no", "2= algo", "3= moderadamente" y "4=mucho", para el enojo estado).

Enojo-Estado (EE): reactivos del 1-10.

Disposición conductual (DC): 4, 5, 7, 8, y 9

Afecto enojoso (AE): 1, 2, 3, 6 y 10

Enojo –Rasgo (ER): reactivos del 11 al 20.

Temperamento enojoso (TE): 11, 12, 13, 16, 19 y 20

Reacción enojosa (RE): 14, 15, 17 y 18

Expresión del enojo (XE): reactivos del 21 al 35.

Control del enojo (CE): 21, 23, 25, 26, 29, 31, 33 y 35

Enojo adentro (EAD): 22, 28, 30 y 34

Enojo afuera (EAF): 24, 27 y 32

RESULTADOS

Se realizó un análisis descriptivo de 49 pacientes con lumbalgia, de los cuales se obtuvieron: datos socio-demográficos, medidas de ansiedad, depresión, enojo, apoyo social y personalidad, mediante el programa estadístico para las Ciencias Sociales SPSS, versión 16. Así como análisis de regresión lineal simple para buscar las variables que mejor se asociaran a la respuesta de dolor. Posteriormente se corrieron regresiones lineales múltiples, incluyendo todas aquellas variables con valores de $p \leq 0.020$; del análisis se eliminaron aquellas con diagnóstico de colinealidad. Estos últimos análisis se realizaron con el programa estadístico STATA versión 9. Todos los participantes fueron pacientes controlados mediante tratamiento farmacológico en la clínica de dolor del INCMNSZ.

La religión más frecuente entre los pacientes fue la católica (43, 87.8%), seguida de la cristiana (3, 6.1%) y con igual número de pacientes, quienes no se identificaron con ninguna religión (3, 6.1%).

La escolaridad de la muestra se distribuyó de igual manera entre los pacientes con estudios de primaria y licenciatura (12, 24.5%, cada uno), de la misma forma, la frecuencia de pacientes con secundaria y carrera técnica fue la misma (7, 14.3%) y los participantes con bachillerato y posgrado también tuvieron el mismo porcentaje (4, 8.2%). Hubo 3 pacientes (6.1%) que no tenían ningún tipo de estudio.

Su ocupación se distribuyó de la siguiente manera: 24 (49%) se dedicaba al hogar, 12 (24.5%) a trabajos por cuenta propia, 8 (16.3%) eran empleados, 2 (4.1%) eran jubilados e igual número se dedicaba a labores eclesíásticas (2, 4.1%).

De acuerdo al estudio socioeconómico establecido en su expediente clínico, 23 de los pacientes (46.9%) se ubicaron en el *Nivel 3*, seguidos de 15 (30.6%) incluidos en el *Nivel 2*, 7 (14.3%) clasificados en el *Nivel 4*, 3 (6.1%) en el *Nivel 5* y sólo 1 (2%) en el *Nivel 6*. Cabe mencionar que a mayor número de nivel corresponde mayor ingreso económico.

Los participantes tenían una edad promedio de 61 (DE±16.39) años, en su mayoría mujeres (35, 71.4%), con respecto a 14 (28.6%) hombres. El mayor número de participantes declaró estar casado (26, 53.1%), seguidos de 8 (16.3%) viudos, 8 (16.3%) divorciados (8, 16.3%) y 7 (14.2%) solteros.

Del total de participantes 3 (6.1%) dijeron no tener ninguna otra enfermedad asociada a la lumbalgia, 28 (57.2%) tenían hasta tres enfermedades asociadas y 18 (36.7%) tenían más de tres enfermedades.

Respecto a la evolución de la lumbalgia, en promedio los pacientes presentaron 85.47 (DE ± 117.20) meses con dolor; de ellos, 46(93.9%) señalaron que el dolor había disminuido después de la intervención farmacológica y sólo 3(6.1%) comentaron que el dolor seguía igual. El reporte de intensidad de dolor, mediante la evaluación numérica (EN) tuvo un promedio de 4.67 (DE ± 2.83) Al Momento de la Evaluación mientras que En el Último Mes fue de 6.71 (DE± 2.44). Las principales características del dolor experimentado en los participantes se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Características del dolor experimentado en pacientes con lumbalgia.

Descripción del dolor	n (%)
<i>¿Donde ocurre el dolor?</i>	
Espalda baja	14(28.6)
Espalda baja y hacia arriba	4(8.2)
Espalda baja y hacia abajo	27(55.1)
Espalda baja, arriba-abajo	4(8.2)
<i>¿Cómo es su dolor, cómo lo siente?</i>	
Opresión, ardor, piquetes	
Ardor	4(8.2)
Cansancio, pesado	4(8.2)
Punzante	3(6.1)
Ardor, adormecimiento, hormigueo	3(6.1)
	3(6.1)
<i>¿Cuándo ocurre el dolor?</i>	
Actividad, movimiento	10(20.4)
De repente	7(14.3)
Frio, humedad, actividades	5(10.2)
En una sola posición	4(8.2)

Se aplicó el instrumento de *Apoyo Social de MOS*, en el cual los pacientes indicaron el tamaño promedio de su red de apoyo de 9 personas (9.47, DE \pm 7.46). Su puntuación global en esta prueba tuvo un valor promedio de 63.1 (DE \pm 21.47) con una puntuación mínima de 25 y una máxima de 95. La escala también proporcionó información de cinco dimensiones de apoyo social, las cuales se presentan en la Tabla 4.

Tabla 4. Puntuaciones en las cuatro categorías de la escala MOS

Apoyo Social Funcional de MOS	Puntuación mínima	Puntuación máxima	Promedio \pm DE
Apoyo Emocional/ Informacional	8	40	24.51 \pm 10.52
Apoyo Instrumental	4	20	14.59 \pm 5.26
Interacción Social Positiva	4	20	12.43 \pm 5.28
Apoyo Afectivo	3	15	11.78 \pm 3.15

De la misma manera se obtuvieron resultados de la entrevista clínica estructurada los datos obtenidos para cada trastorno se muestran en la Tabla 5. Es de resaltar que el *trastorno obsesivo-compulsivo* fue el más frecuente en la muestra estudiada.

Los puntajes promedio obtenidos para *Ansiedad Rasgo/Estado* fueron los siguientes: puntaje total 89.20 (DE \pm 9.17) con una puntuación mínima de 71 y máxima de 109, ansiedad rasgo 46.9 (DE \pm 5.93) con puntuación mínima de 37 y máxima de 62, y ansiedad estado 42.27 (DE \pm 5.81) con puntuación mínima de 31 y máxima de 56.

En la evaluación del *Enojo Rasgo/Estado* se encontró: puntaje total 63.82 (DE \pm 7.42) con una puntuación mínima de 50 y máxima de 86, enojo rasgo 16.63

(DE± 5.41) puntaje mínimo de 10 y máximo de 36, enojo estado11 (DE± 2.37) puntuación mínima de 10 y máxima de 23 y expresión del enojo 36.18 (DE± 5.78) con una puntuación mínima de 20 y máxima de 45.

Para el caso de la depresión el puntaje total promedio fue 14.40 (DE ±8.98) con una puntuación mínima de 0 y máxima de 45.

Tabla 5. Puntuaciones en los diferentes Trastornos de Personalidad de acuerdo al SCID-II

Trastorno de personalidad	No sujetos diagnosticados n=49	Puntuación mínima-máxima	Número promedio de síntomas (± DE)
Evitativa	11	0-7	2.08±1.82
Dependiente	5	0-7	2.14±1.74
Obsesivo-Compulsiva	31	1-8	4.12±1.92
Pasivo-Agresiva	9	0-7	2.31±1.82
Depresiva	6	0-7	2.39±1.92
Paranoide	13	0-7	2.41±1.97
Esquizotípica	8	0-8	2.65±1.95
Esquizoide	14	0-5	2.69±1.37
Histrionica	1	0-5	0.69±1.12
Narcisista	9	0-15	3.08±3.09
Limítrofe	15	0-10	3.10±2.91
Antisocial	6	0-6	1.00±1.55

Se realizaron análisis de regresión lineal simple entre cada una de las variables psicosociales y el "dolor reportado al momento de la evaluación" así como con el "dolor promedio mensual". La tabla 6 muestra las variables que tuvieron un valor $p \leq 0.20$.

Tabla 6. Regresiones Lineales Simples de las variables incluidas en el estudio

Variables de Estudio	Reporte de Dolor	
	Al Momento de la Evaluación	En el Último Mes
	β (p)	
Edad	-0.04 (0.14)	-0.04(0.06)
Sexo	-	1.90(0.01)
Religión		
Católica	2.55(0.14)	3.86(0.007)
Cristiana	-	5.33(0.006)
Nivel económico	6	-5.33(0.11)
Ocupación		
Cuenta propia	1.54(0.14)	-
Empleado	-	-2.08(0.04)
Evolución del dolor	-0.01(0.03)	-0.05(0.11)
Cuestionario MOS		
Amigos cercanos	-	-0.14(0.04)
Familia cercana	-	-0.21(0.002)
Tamaño de red social	-	-0.16(0.01)
Apoyo instrumental	-0.012(0.11)	-
Apoyo afectivo	-0.21(0.11)	-
Puntuación total	-0.03(0.18)	-
SCID-II		
Evitativo	-1.22(0.20)	-
Pasivo- agresivo	1.35(0.20)	-
Histriónico	-4.77(0.10)	-
Depresivo	-	1.66(0.12)
Esquizoide	-	1.20(0.12)
IDARE		
Ansiedad estado	-	-0.08(0.20)
Ansiedad rasgo	-	-0.15(0.009)
Puntuación total IDARE	-	-0.9(0.01)
IEREE		
Puntuación total IEREE	-	-0.06(0.19)

Posterior a los análisis de regresión lineal simple y después de identificar variables de asociación con $p \leq 0.20$, se realizó el análisis de regresión múltiple para obtener valores de las variables que mejor predicen el reporte de dolor Al Momento de la Evaluación (Tabla 7) y el reportado En el Último Mes (Tabla 8).

Tabla 7. Regresión lineal múltiple de las variables que mejor predicen el reporte dolor Al Momento de la Evaluación.

Variable en modelo final -dolor momento-	β	Intervalo de Confianza 95%	p
Evolución del dolor	-0.02	-0.02 – 0.01	0.0001
Ocupación			
Por cuenta propia	1.05	-0.49 – 2.59	0.17
Jubilado	2.79	-0.54 – 6.13	0.10
Actividades religiosas	6.33	2.61 – 10.04	0.001
Cuestionario MOS			
Apoyo afectivo	-0.44	-0.67 – -0.22	0.0001
SCID-II			
Evitativo	-2.41	-4.08 – -0.74	0.006

$\beta_0=11.18$; Varianza ajustada=39%

Tabla 8. Regresión lineal múltiple de las variables que mejor predicen el reporte de dolor En el Último Mes.

Variable en modelo final - dolor al mes-	β	Intervalo de Confianza 95%	p
Evolución del dolor	-0.004	-0.009 – 0.001	0.15
Edad	-0.05	-0.08 – -0.01	0.008
Sexo			
Femenino	1.15	-0.09 – 2.38	0.07
Nivel económico			
2	-1.30	-2.82 – 0.22	0.09
3	-1.70	-3.13 – -0.27	0.02
Ocupación			
Empleado	-2.35	-3.73 – -0.96	0.001
Jubilado	-2.88	-5.50 – -0.25	0.032
Actividades Religiosas	2.27	-0.54 – 5.08	0.11
Cuestionario MOS			
Tamaño de red	-0.17	-0.25 – -0.10	0.0001
IEREE			
Puntuación total	-0.10	-0.17 – -0.03	0.007

$\beta_0=18.75$; Varianza ajustada=53%

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre algunos factores psicosociales y el dolor reportado en pacientes con lumbalgia, trastorno que se observa cada vez con mayor frecuencia en nuestra población (Boleaga, 2005; Koleck et al., 2006; Boleaga-Durán, 2007).

La atención integral del paciente implica la identificación de todos los factores biopsicosociales implicados así como la manera en cómo éstos interactúan en el desarrollo o mantenimiento del padecimiento. Para conseguir tales objetivos es necesario el trabajo conjunto del médico, enfermera, trabajadora social, psicólogo y otros especialistas de la salud que brinden al paciente dicha atención.

Es así como este trabajo encontró información valiosa para describir al paciente con dolor de espalda baja así como aquellos factores psicosociales que explicaron su reporte de dolor.

Resultado del crecimiento de la población y el aumento en la esperanza de vida se encontró que el grupo blanco estudiado en promedio fueron adultos mayores (61 años). Este período favorece la presencia de dolor dadas las alteraciones moleculares que interfieren en la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos para su tratamiento (Covarrubias-Gómez et al., 2008) así como la presencia de otras enfermedades que dificultan el manejo adecuado del dolor.

La información antes dicha se suma al fenómeno de la asistencia a la consulta médica, la cual en su mayoría fue de mujeres, dato que es similar a otros reportes (Covarrubias-Gómez et al., 2008), en donde se señala que el dolor se presenta en mayor proporción en las mujeres. El número de mujeres en la consulta de dolor también podría ser explicado de manera cultural, es decir, a pesar de los avances en la igualdad de género, las mujeres y los hombres tienen distintos roles en la sociedad, y a la mujer se le permite expresar más sus emociones, al contrario

del hombre que es visto como el proveedor y la fuerza del hogar y para quien las expresiones o quejas de dolor son vistas como una debilidad (Yela, 1998).

Los recursos sociales representan la herramienta con la cual el paciente puede obtener información, asistencia tangible y apoyo emocional. Se ha encontrado que el apoyo social es uno de los recursos de afrontamiento más importantes con respecto a la enfermedad crónica. Su manejo no sólo depende de los esfuerzos cognitivos y acciones del paciente sino también de la manera en que los miembros de la familia y amigos reaccionan ante esas conductas (Rodríguez-Marín et al., 1993). Tomando en cuenta lo anterior se identificó que el mayor número de personas encuestadas eran casados -lo cual ya habla de la posibilidad de que por lo menos la pareja puede ser una fuente de apoyo-. Tras la aplicación del cuestionario de apoyo social de MOS, se observó que el *tamaño de red* promedio fue de 9 personas, lo que indica una buena percepción de apoyo con el que puede contar.

Respecto al puntaje total de la escala de apoyo social y a pesar de que en general los pacientes con lumbalgia se percibieron con un adecuado apoyo social (63 puntos), al hacer el análisis detallado de las dimensiones, se encontró una carencia de apoyo en la dimensión de *Apoyo Emocional / Informativa*, es decir las personas perciben carencias en el apoyo para recibir consejo, asesoramiento o hablar con alguien. De tal forma que en general los pacientes perciben apoyo pero no el suficiente relacionado a la obtención de información acerca de lo que les está sucediendo, y por lo tanto, no cuentan con las estrategias necesarias para enfrentar su condición. Esto podría explicarse debido a que, el número de pacientes atendidos en esta institución es alto y el tiempo que el médico tratante le otorga a cada paciente es poco, por lo que no se le explica al paciente lo suficiente acerca de su condición, ni se le ayuda a que comprenda y sienta apoyo en el manejo de su enfermedad.

Asimismo, se ha reportado que los pacientes con dolor crónico presentan trastornos de personalidad asociados (conducta mal adaptativa, estable e inflexible, de acuerdo con Sadigh, 1998), que pueden conducirlos al

mantenimiento o exacerbación de su padecimiento (Fishbain et al., 2006). A través de la entrevista estructurada SCID-II se identificó en esta población la presencia de varios trastornos de personalidad en los pacientes (como el obsesivo-compulsivo, el limítrofe, el esquizoide, el paranoide, el evitativo, entre otros) pero fue el trastorno obsesivo-compulsivo el más frecuente. Este resultado corrobora la relación que encuentran Rodríguez-Salgado, Dolengevich-Segal, Arrojo-Romero, Castelli-Candia, Navio-Acosta, Pérez-Rodríguez, Saiz-Ruiz y Baca-García (2006), quienes señalan que el paciente con trastorno obsesivo compulsivo tiene puntuaciones altas en el área de dolor. Estos autores también encuentran una asociación entre trastornos de ansiedad y depresión con el trastorno obsesivo-compulsivo.

En este sentido, se podría decir que el paciente con lumbalgia se caracteriza por tener una preocupación persistente respecto a reglas, orden, organización, eficiencia y discurso; ser perfeccionistas, lo que les dificulta expresar sus emociones de manera cálida y tierna. Son personas que tienden a sobre reaccionar y percibir a los otros como poco profundos, superficiales y poco sinceros. Estos individuos frecuentemente tienen relaciones interpersonales caóticas, y llaman la atención exagerando sus sentimientos y emociones a un punto que ellos no pueden notarlo. Además de demandar y hacer todo por la alabanza y aprobación de los demás (Sadigh, 1999).

Aunque la personalidad obsesiva predominó en los sujetos de la muestra, el análisis de regresión señaló que son las características de personalidad evitativa las que predicen un menor reporte de dolor, lo cual es coherente debido a que esta personalidad implica presentar incomodidad social, hipersensibilidad a la crítica y al rechazo, y timidez. El paciente con trastorno de personalidad evitativa experimenta depresión, ansiedad y enojo por no poder desarrollar relaciones sociales (Goldman, 1999).

Las conductas evitativas posiblemente moderen el efecto de la reactividad al dolor (Evers et al., 2001) y el modelo aquí encontrado encuentra al trastorno evitativo como una variable que aminora la valoración de dolor.

El paciente con dolor crónico se encuentra ante una situación muy negativa a consecuencia del sufrimiento ocasionado por el dolor. Se ha comprobado la influencia de diversas emociones (depresión, ansiedad enojo) ante esta situación (Vallejo, 2000). Los estudios señalan que los pacientes con dolor crónico, tienen una mayor incidencia de trastornos depresivos (Llorca, Muriel, González-Tablas & Diez, 2007) con la mitad de ellos presentando niveles de depresión de moderada a grave (Llorca, et al., 2007). De la misma forma este trabajo encontró la mayoría de los pacientes con lumbalgia presentó niveles de ansiedad, enojo y depresión considerables, dado que el puntaje promedio de la muestra para cada una de las escalas superó el promedio general para cada escala.

Los resultados del análisis de regresión múltiple sugieren que el reporte de dolor *Al Momento de la Evaluación* decremента a mayor tiempo de evolución del dolor, cuando tienen una personalidad evitativa y mayor apoyo afectivo, controlado por la ocupación (por cuenta propia, jubilado y actividades religiosas). Lo anterior puede explicarse debido a que se espera que a mayor evolución del dolor corresponde también un mayor desarrollo de habilidades para adaptarse o aceptar el dolor. El tipo de personalidad puede hablar de un paciente que limita actividades ocupacionales y sociales como estilo de vida para controlar su dolor, y el apoyo afectivo corrobora el afecto como una forma de mejorar la percepción de dolor.

El modelo obtenido en la regresión múltiple de las variables que predicen el Dolor en el Último Mes señala que a mayor evolución del dolor, mayor edad, concebir una red de apoyo social mayor, tener un nivel socioeconómico 2 o 3, ser empleado o jubilado, y un puntaje mayor de enojo, se asocian a un menor reporte de dolor *En el Último Mes*, controlando por la ocupación en actividades religiosas y ser mujer que se asocian a mayor reporte de dolor. Lo anterior indica nuevamente el hecho de mayor tiempo conviviendo con dolor las personas pueden estar más adaptadas a éste, así como el hecho de tener una mayor edad se ha visto asociado con menor dolor reportado. El nivel socioeconómico 2

y 3, llama la atención debido a que se refiere a personas de nivel medio, las cuales no cuentan con herramientas extras a las que pudieran tener en el hospital y que sin embargo perciben menor dolor, quizá debido a las exigencias en su vida diaria que pueden jugar como distractores del dolor. Por otro lado la ocupación de empleado puede asociarse a pacientes en quienes quizá la enfermedad no los ha discapacitado al grado de dejar de laborar y por lo tanto percibir menor dolor; por otro lado los jubilados, quienes tienen una “ocupación” distinta a la anterior, en donde su actividad laboral ya no impide el desempeño físico además de contar con la gratificación de recibir un salario lo que al mismo tiempo les da independencia y seguridad, y por lo tanto una mejor adaptación al dolor. La asociación encontrada con el enojo no se había considerado como una variable positiva para la percepción de dolor, lo que quizá pueda explicarse por la posibilidad de expresar el enojo, sin embargo es un tema que requiere mayor investigación.

Una repercusión afectiva derivada del padecimiento algológico es el enojo, emoción a la que se le ha prestado menor atención y la cual se encontró como una de las variables que predicen el reporte de una menor valoración de dolor, a pesar de que el enojo ha sido asociado con una valoración cognitiva negativa y el despliegue de reacciones fisiológicas (tensión muscular) (Burns, Bruehl & Quartana, 2006) negativas para el dolor.

Los modelos antes mencionados sorprenden al no estar conformados por la depresión y la ansiedad (emociones más reportadas en dolor) (Plata-Muñoz, Castillo-Olivares & Guevara-López, 2004). Una razón para que la ansiedad no se incluyeran puede ser debido a que la relación ansiedad-dolor no se ha clarificado completamente, ya que cuando la ansiedad es causada por una situación diferente al dolor, ésta no sólo no incrementa el dolor, sino que puede disminuirlo al reducir el foco de atención al dolor (Vallejo, 2000). De manera similar la depresión se ha asociado al dolor (como en este trabajo, aunque no de manera predictiva) como un factor de riesgo para incrementar la probabilidad del dolor o exacerbarlo (Keefe, Lumley, Anderson, Lynch & Carson, 2001).

El modelo encontrado también señala que a mayor edad de los pacientes se predice una menor valoración de dolor, a este respecto se ha encontrado que en los pacientes a partir de los 70 años su dolor tiende a disminuir, probablemente como consecuencia de las alteraciones moleculares asociadas al envejecimiento (Covarrubias-Gómez et al., 2008).

Por otro lado también existen múltiples investigaciones donde se reporta al apoyo social relacionado con perfiles biológicos más positivos (sistemas relevantes a la enfermedad y el sistema inmune) resultando en mejores resultados de salud (Uchino, 2006), en este caso el modelo corrobora que a mayor apoyo afectivo los participantes presentan un menor puntaje en el dolor.

Aunque se obtuvo información enriquecedora para la atención integral del paciente con lumbalgia, también se identificaron diversas limitaciones en la realización de este trabajo. En primer lugar es importante tomar en cuenta, que aunque los participantes tenían el dolor controlado farmacológicamente, para ellos era bastante incomodo contestar una serie de instrumentos largos y que ameritan una reflexión, más cuando tienen que cambiar de posición para mejorar su dolor o por la misma intensidad de éste.

Otra limitación fue la selección de los pacientes, la cual fue de manera intencional lo cual puede sesgar la información. Aunque en la mayoría de los pacientes con dolor crónico, éste es de tipo neuropático o de coexistencia (nociceptivo y neuropático), no se hizo una diferenciación o identificación entre los tipos de dolor, lo cual habla de un mal control de otras variables que pueden influir en el reporte del dolor. Otro punto para no hacer más aplicaciones de los instrumentos fue debido a que las citas de los pacientes no se programaban con el mismo tiempo (2 a 6 meses o más), y era difícil que regresaran al hospital, además de variaciones en la asistencia de los pacientes. Por tal motivo sólo se realizó una evaluación en los pacientes, que no permitieron una comparación a través del tiempo que sustentara la información obtenida.

En resumen los resultados muestran que los pacientes con lumbalgia tienen una serie de variables interindividuales que interactúan con el dolor y quizá valga la pena revalorar los factores (hasta el momento se le daba un mayor peso a la prescripción médica o a variables como ansiedad y depresión, entre otras) que ofrecen un modelo de predicción para el reporte de dolor. Al identificar con instrumentos más cortos y sencillos, variables predictoras, se enfoca la atención en la modificación de dichas variables que lleven a que el paciente se adapte mejor a la enfermedad y mejorar la atención global para su tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Atluri, S., Boswell, M., Hansen, H., Trescot, A., Singh, V., & Jordan, A. (2003). Guidelines for the use of controlled substances in the management of chronic pain. *Pain Physicians*, 6: 233-257.
- Baker, M. (2005). Facilitating Forgiveness and Peaceful Closure: The therapeutic value of psychosocial intervention in end-of-life care. *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*, 1(4).
- Barreto, M., & Martínez, E. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en enfermos terminales. En: M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández y I. Amigo (Coord). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II: psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- BenDebba, M., Torgerson, W., & Long, D. (1997). Personality traits, pain duration and severity, functional impairment, and psychological distress in patients with persistent low back pain. *Pain*, 72: 115-125.
- Boleaga, B. (2005). Lumbalgia. *Anales de Radiología México*, 2(89): 89-97.
- Boleaga-Durán, B. (2007). Conceptos básicos de la enfermedad lumbar degenerativa. *Anales de Radiología México*, 1: 51-61.
- Botella, G. (2002). *Manual de Nefrología Clínica*. Barcelona: Masson.
- Bravo, P., & González-Durán, R. (2001). Valoración clínica de los factores psicológicos que intervienen en el dolor lumbar crónico. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 8: supl. II, 48-69.
- Breitbart, W., Gibson, C., Poppito, S., & Berg, A. (2004). Psychotherapeutic Interventions at the End of Life: A Focus on Meaning and Spirituality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49: 366-372.

- Bruehl, S., Chung, Ok., Burns, J., & Diedrich, L. (2007). Trait anger expressiveness and pain-induced beta-endorphin release: support for the opioid dysfunction hypothesis. *Pain*, 130: 208-215.
- Bruera, E., Bush S.H., Willey, J., Paraskevopoulos, T., Li, Z., Palmer, J.L., Cohen, M. Z., Sivesind, D., & Elsayem A. (2009). The impact of delirium and recall on the level of distress in patients with advanced cancer and their family caregivers. *Cancer*, 115 (9): 2004-2012.
- Burns, J.W., Bruehl, S., & Quartana, P.J. (2006). Anger management style and hostility among patients with chronic pain: effects on symptom-specific physiological reactivity during anger- and sadness- recall interviews. *Psychosomatic Medicine*, 68: 786-793.
- Cano, A., Leong, L., Heller, J., & Lutz, R. (2009). Perceived entitlement to pain-related support and pain catastrophizing: Associations with perceived and observed support. *Pain*, 147: 249–254.
- Cano, A., & Williams, A. (2010). Social interaction in pain: Reinforcing pain behaviors or building intimacy?. *Pain*, 149: 9-11.
- Casado, M., Moix, J., & Vidal, J. (2008). Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Clinica y Salud*, 19(3): 379-392.
- Chesney, M., Darbes, L., Hoerster, K., Taylor, J., Chambers, D., & Anderson, D. (2005). Positive Emotions: Exploring the Other Hemisphere in Behavioral Medicine. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2): 50–58.
- Conrad, R., Schilling, G., Bausch, C., Nadstawek, J., Wartenberg, H., Wegener, I., Geiser, F., Imbierowics, K., & Liedtke, R. (2007). Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients. *Pain*, 133: 197-209.
- Covarrubias, A., & Guevara, U. (2006). Qué son las clínicas del dolor. *Revista Digital Universitaria*, 7(4): 1-8.

- Covarrubias-Gómez, A., Guevara-López, U., Lara-Solares, A., Tamayo-Valenzuela, A., Salinas-Cruz, J., & Torres-González, R. (2008). Características de los enfermos que acuden a clínicas del dolor por primera vez. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(5): 467-472.
- De Andrés, J., & García-Ribas, G. (2003). Neurophatic pain treatment: the challenge. *Pain Practice*, 3(1):1-7.
- De la Revilla, L., Luna, J., Bailón, E., & Medina I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. *Medicina de Familia*, 6(1): 10-18.
- Delgado-Coello, B., Bravo-Martínez, J., & Solís-Ortiz, H. (1991). La transmisión del dolor y el papel de la sustancia P+. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 14: 127-137.
- Díaz M. I., Comeche, M.I., & Vallejo M. A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el dolor crónico. En: M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández y I. Amigo (Coord). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II: psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Díaz-Guerrero, R., & Spielberg, D. C. (1975). *Inventario de ansiedad: rasgo-estado*. México: Manual Moderno.
- Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N., & Calman, K. (2004). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. United Kingdom: Oxford University Press.
- López-Ibor, J. L., & Váldes, M. (Ed.) (2005). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Edwards, R., Klick, B., Buenaver, L., Max, M., Haythornthwaite, J., Keller, R., & Atlas, S. (2007). Symptoms of distress as prospective predictors of pain-related sciatica treatment outcomes. *Pain*, 130(1-2): 47-55.
- Evers, W. M., Kraaimaat, W., van Riel, L. C., & Bijlsma, W. J. (2001) Cognitive, behavioral and physiological reactivity to pain as predictor of long-term pain in rheumatoid arthritis patients. *Pain*, 93:139-146.

- Fishbain, D., Cole, B., Cutler, R., Lewis, J., Rosomoff, H., & Rosomoff, R. (2006). Chronic Pain and the Measurement of Personality: Do States Influence Traits?. *Pain Medicine*, 7(6): 509-529.
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J., & Benjamin, L. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- García-Portilla, M. P., Bascarán, M. T., Sáiz, P. A., Bousoño, M., & Bobes, J. (2006) *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Medica.
- Godínez, C., Kassian, A., Corral, E., & Corral, L. (2004). El dolor: Aspectos Generales. En: A. Kassian. *Algología, guía diagnóstica y terapéutica*. México: Intersistemas.
- Goldman, H. (1999). *Psiquiatría General*. México, D.F: El Manual Moderno.
- Gupta, A., Silman, A., Morriss, R., Dickens, C., McFarlane, G., Chiu, Y., Nicholl, B., & McBeth, J. (2007). The role of psychosocial factors in predicting the onset of chronic widespread pain: results from a prospective population-based study. *Rheumatology*, 46: 666-671.
- Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Turk, D. C., Fine, P.G., Dworkin, R. H., Helme, R., Jackson, K., Parmelee P. A., Rudy, T. E., Lynn, B. B., Chibnall, J. T., Craig, K. D., Ferrell, B., Ferrell, B., Fillingim, R. B., Gagliese, L., Gallagher, R., Gibson, S. J., Harrison E. L., Katz, B., Keefe F. J., Lieber, S. J., Lussier, D., Schmader, K. E., Tait, R. C., Weiner, D. K., & Williams J. (2007). An Interdisciplinary Expert Consensus Statement on Assessment of Pain in Older Persons. *The Clinical Journal of Pain*, 23: S1-S43.
- Hjermstad, M. J., Loge, J. H., & Kaasa S. (2004). Methods for assessment of cognitive failure and delirium in palliative care patients: implications for practice and research. *Palliative Medicine*, 18: 494-506.

- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3): 26-31.
- Kahan, M., Srivastava, A., Wilson, L., Gourlay, D., & Midmer, D. (2006). Misuse of and dependence on opioids. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 52: 1081-1087.
- Karp, J. F., Shega, J. W., Morone, N. E., & Weiner, D. K. (2008). Advances in understanding the mechanisms and management of persistent pain in older adults. *British Journal of Anaesthesia*, 101(1):111-20.
- Keeley, P., Creed, F., Tomenson, B., Todd, C., Borglin, G., & Dickens, C. (2008). Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilization in people with chronic low back pain. *Pain*, 135:142-150.
- Keefe, F., Lumley, M., Anderson, T., Lynch T., & Carson, K. (2001). Pain and Emotion: New Research Directions. *Journal of Clinical Psychology*, 54(4): 587-607.
- Koleck, M., Mazaux, J. M., Rascle, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2006). Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: A prospective study. *European Journal of Pain*, 10: 1-11.
- Lara-Solares, A. (2002). Alcances y perspectivas de la medicina paliativa. En: U. Guevara-López & R. De Lille-Fuentes. *Medicina del dolor y paliativa*. México: Corinter.
- León, E. (2006). *Psicología y hospitalización: atención en urgencias*. España: Alcalá Real.
- Llorca, G. J., Muriel, C., González-Tablas, M. M., & Díez, M. A. (2007). Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 1: 26-35.

- López-Alvarenga, J. C., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., González-Barranco, J., & Salín-Pascual, R. (2000) Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5): 403-409.
- Luengo, D. (2003). *Vencer la ansiedad: una guía práctica para pacientes y terapeutas*. Barcelona: Paidós.
- McCracken, L. (2005). Social context and acceptance of chronic pain: the role of solicitous and punishing responses. *Pain*, 113: 155–159.
- Melzack, R. (2000). Del umbral a la neuromatriz. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 7:149-156.
- Méndez, R.I., Namihira G.D., Moreno, A.L., & Sosa de Martínez C. (1986). El protocolo de investigación. México: Trillas.
- Meredith, P., Strong, J., & Feeney, J. (2007). Adult attachment variables predict depression before and after treatment for chronic pain. *Pain*, 123: 146-154.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Smyrniotis, V., Galanos, A., & Vlahos, L. (2007). Beck Depression Inventory: exploring its psychometric properties in a palliative care population of advanced cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 16: 244–250.
- Moix, J., Cano, A., & Grupo Español de Trabajo del programa COSTB13 de la Comisión Europea (2006). Guía de práctica clínica para la lumbalgia inespecífica basada en la evidencia científica. *Ansiedad y Estrés*, 12(1): 116:128.
- Montgomery, G. (2004). Cognitive Factors in Health Psychology and Behavioral Medicine. *Journal of Clinical Psychology*, 60(4): 405-413.
- Muse, M. D., & Frigola, G. (1991). La Psicología del dolor. *Revista de Psicología General y Aplicada.*, 44(2): 193:198.

- Nicholson, B. (2003). Responsible prescribing of opioids for the management of chronic pain. *Drugs*, 63(1): 17-32.
- Niv, D., & Devor, M. (2006). Refractory Neuropathic Pain: The nature and Extent of the Problem. *Pain Practice*, 6 (1):3-9.
- Ostelo, R, van Tulder, M. W., Vlaeyen, J. W., Linton, S. J, Morley, S. J., & Assendelff W. J. (2005). Behavioural treatment for chronic low back pain. *Cochrane Database System Review*, 1: CD002014.
- Plata-Muñoz, M. E., Castillo-Olivares, M. E., & Guevara-López, U. M. (2004). Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 27(1): 16-23.
- Rathmell, J. (2008). A 50 -year-old man with chronic low back pain. *The Journal of the American Medical Association*, 299(17): 2066-77.
- Reynoso, L., & Seligson, I. (2005). Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual. México, D.F.: Manual Moderno.
- Rodríguez, L., & Blanco, A. (2005). Evaluación del Dolor. *Boletín de Psicología*, 84: 77-89.
- Rodríguez, A., Ruiz, F., Antón, J., Herrera, J., Máiquez, A., & Ottaviano, A. (2010) ¿Tienen apoyo social los reclusos drogodependientes? Estudio en una prisión andaluza. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 12: 13-20
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M. A., & López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5: 349-372.
- Rodríguez-Salgado, B., Dolengevich-Segal, H., Arrojo-Romero, M., Castelli-Candía, P., Navio-Acosta, M., Pérez-Rodríguez, M., Saiz-Ruiz, J., & Baca-García, E. (2006). Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. *BMC Psychiatry*, 6 (20): 1-7.

- Rubin, D. (2007). Epidemiology and Risk factors for spine pain. *Neurologic Clinics*, 25(2): 353-371.
- Sadigh, M. (1998). Chronic Pain and Personality Disorders: Implications for Rehabilitation Practice. *Journal of Rehabilitation*, Octubre- Diciembre.
- Serrano-Atero, M. S., Caballero, J., Cañas, A., García-Saura, P. L., Serrano-Álvarez, C., & Prieto, J. (2002). Valoración del dolor (I). *Rev Soc. Esp. Dolor*, 9: 94-108.
- Serrano-Atero, M.S., Caballero, A., Cañas, A., García-Saura, P. L. Serrano-Álvarez, C., & Prieto, J. (2002) Valoración del dolor (II). *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 9 (2): 109-121.
- Turner, J., Holtzman, S., & Mancl, L. (2007). Mediators, moderators, and predictors of therapeutic change in cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 127: 276–286.
- Uchino, B. (2006). Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4).
- Vallejo, M. A. (2000). Emociones y dolor. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 7(1): 3-5.
- Van Middendorp, H., Lumley, M. A., Moerbeek, M., Jacobs, J. W., Bijlsma, J. W., & Geenen, R. (2010). Effects of anger and anger regulation styles on pain in daily life of women with fibromyalgia: A diary study. *European Journal of Pain*, 14(2): 176-182.
- Vázquez-Casals, G. A. (1994). *Una escala para la medición del enojo en adolescentes*. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Vidal, E. (2003). Intervención psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica. En: E. Remor, P. Arranz y S. Ulla. *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. España: Desclée de Brouwer.

Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Poppe, C., Devulder, J., Van Houdenhove, B., & De Corte, W. (2003) Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal.

Pain, 106(1-2): 65-72.

Weisberg, J., & Boatwright, B. (2007). Mood, anxiety and personality traits and states in chronic pain. *Pain*, 133: 1-2

Yela, G. C. (1998). Diferencias entre sexos en los juicios verbales sobre su comportamiento amoroso y sexual. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 51(1): 115-147.

ANEXOS

CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES

No. Registro:	Fecha:
Nombre:	
Edad:	Estado Civil:
Escolaridad:	Sexo: (F) (M)
¿Actualmente practica de manera activa alguna religión?	
Nivel Socioeconómico:	Ocupación:
Lugar de Nacimiento:	Residencia:
Dx. Clínico Primario:	Dx. Algológico:
Comorbilidades:	
DOLOR	
EVAN (momento):	
Este dolor ha sido mayor, menor o igual, al que actualmente tiene?	
En el último mes ¿cuánto dolor ha tenido en promedio EVAN (antes)?	
¿Desde cuándo inicio con dolor?	
Descripción del dolor.	
¿Dónde ocurre?	
¿Cómo es su dolor, cómo lo siente?	
¿Cuándo ocurre?	

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL DE MOS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que ud. dispone

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene ud? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el No. de amigos íntimos y familiares cercanos:

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama					
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar					
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita					
6. Alguien que le muestre amor y afecto					
7. Alguien con quién pasar un buen rato					
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación					
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones					
10. Alguien que le abrace					
11. Alguien con quien pueda relajarse					
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee					
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo					
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales					
18. Alguien con quién divertirse					
19. Alguien que comprenda sus problemas					
20. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido					

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (SCID-II)

Instrucciones: Estas preguntas son acerca del tipo de persona que es usted en general (es decir, cómo se ha sentido o comportado normalmente durante muchos años). Señala con una “X” la opción **SI**, si la pregunta se adapta a usted completamente en general o **NO**, si no se adapta a usted. Si no entiende una pregunta o no está seguro de la respuesta, déjela en blanco.

1. ¿Ha evitado trabajos con otras personas que implicaban tener que tratar con mucha gente?	NO	SI
2. ¿Evita entablar relación con otras personas a menos que esté seguro de que les va a caer bien?	NO	SI
3. ¿Le resulta difícil ser “abierto” incluso con las personas con las que mantiene una relación cercana?	NO	SI
4. ¿Le preocupa con frecuencia ser criticado o rechazado en situaciones sociales?	NO	SI
5. ¿Permanece generalmente callado cuando conoce a gente nueva?	NO	SI
6. ¿Cree ud. que no es tan bueno, tan listo o tan atractivo como la mayoría de las personas?	NO	SI
7. ¿Le da miedo intentar cosas nuevas?	NO	SI
8. ¿Necesita ud. dejarse aconsejar y desangustiar mucho por parte de otras personas antes de poder tomar decisiones cotidianas, como qué ropa ponerse o qué pedir en un restaurante?	NO	SI
9. ¿Depende ud. de otras personas para controlar áreas importantes de su vida, como asuntos económicos, el cuidado de los hijos o decisiones sobre dónde y cómo vivir?	NO	SI
10. ¿Le resulta difícil mostrarse en desacuerdo con otras personas incluso cuando considera que están equivocadas?	NO	SI
11. ¿Le cuesta empezar a realizar tareas cuando no hay nadie que le ayude?	NO	SI
12. ¿Se ha ofrecido con frecuencia como voluntario (a) para realizar tareas desagradables?		
13. ¿Se siente ud. generalmente incómodo cuando está solo?	NO	SI
14. Cuando finaliza una relación íntima ¿siente ud. que tiene que encontrar inmediatamente a otra persona que le cuide?	NO	SI
15. ¿Le preocupa mucho que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo?	NO	SI
16. ¿Es ud. la clase de persona que se fija en los detalles, el orden y la organización, o a la que le gusta hacer listas y agendas?	NO	SI
17. ¿Tiene problemas a la hora de finalizar tareas o trabajos debido a que emplea demasiado tiempo tratando de hacer cosas de forma perfecta?	NO	SI
18. ¿Le parece a ud. o a otras personas que está tan dedicado a su trabajo (o estudios) que no le queda tiempo para nadie más, o simplemente divertirse?	NO	SI
19. ¿Tiene ud. valores muy estrictos sobre lo que está bien y lo que está mal?	NO	SI
20. ¿Le cuesta a ud. mucho tirar las cosas porque algún día podrían serle útiles?	NO	SI
21. ¿Le cuesta dejar que otras personas le ayuden a menos que hagan las cosas exactamente como ud. quiere?	NO	SI
22. ¿Le cuesta a ud. mucho gastar dinero en ud. mismo o en otros, incluso teniendo suficiente?	NO	SI

23. ¿Está a menudo tan seguro de tener razón que no le importan lo que digan los demás?	NO	SI
24. ¿Le han comentado otras personas que es ud. tozudo o rígido?	NO	SI
25. Cuando alguien le pide que haga algo que ud. no quiere hacer, ¿dice que si pero luego lo hace despacio o mal?	NO	SI
26. Cuando no quiere hacer algo, ¿Suele simplemente “olvidarse” de hacerlo?	NO	SI
27. ¿Siente con frecuencia que los demás no le comprenden o que no aprecian lo mucho que ud. hace?	NO	SI
28. ¿Está ud. a menudo de mal humor y tiende a discutir?	NO	SI
29. ¿Le ha parecido a ud. que la mayoría de sus jefes, profesores, supervisores, médicos y personas supuestamente expertas en realidad no los son?	NO	SI
30. ¿Piensa a menudo que no es justo que otras personas tengan más que ud. ?	NO	SI
31. ¿Se queja ud. a menudo de haber tenido más mala suerte de lo normal?	NO	SI
32. ¿Rehúsa a menudo con enfado hacer lo que quieren los demás, y luego se siente mal y se disculpa?	NO	SI
33. ¿Se siente habitualmente infeliz, o como si la vida no fuese agradable?	NO	SI
34. ¿Cree ud. ser una persona básicamente incapaz y con frecuencia no se siente bien consigo mismo (a)?	NO	SI
35. ¿Se descalifica a sí mismo (a) con frecuencia?	NO	SI
36. ¿Piensa mucho en cosas malas que han sucedido en el pasado o se preocupa por las que podrían suceder en el futuro?	NO	SI
37. ¿Juzga a menudo los demás con dureza y les encuentra defectos con facilidad?	NO	SI
38. ¿Cree ud. que la mayoría de las personas no son buenas?	NO	SI
39. ¿Espera ud. casi siempre que las cosas vayan mal?	NO	SI
40. ¿Se siente ud. a menudo culpable de cosas que ha hecho o dejado de hacer?	NO	SI
41. ¿Tiene a menudo que estar alerta para evitar que los demás abusen de ud. o le hieran?	NO	SI
42. ¿Pasa ud. mucho tiempo preguntándose si puede fiarse de sus amigos o compañeros de trabajo?	NO	SI
43. ¿Cree ud. que es mejor no dejar que otras personas sepan mucho de ud. porque podrían utilizar la información en su contra?	NO	SI
44. ¿Detecta ud. a menudo amenazas o insultos ocultos en lo que la gente dice o hace?	NO	SI
45. ¿Es ud. la clase de persona que guarda rencor o tarda mucho tiempo en perdonar a las personas que le han insultado o menospreciado?	NO	SI
46. ¿Hay muchas personas a las que no puede perdonar por algo que le hicieron o le dijeron hace mucho tiempo?	NO	SI
47. ¿Con frecuencia se enfada o se pone furioso (a) cuando alguien le critica o le insulta de alguna manera?	NO	SI
48. ¿Ha sospechado a menudo que su pareja le era infiel?	NO	SI

49. Cuando está en público y ve personas hablando ¿a menudo le parece que están hablando de usted?	NO	SI
50. ¿Con frecuencia tiene la impresión de que cosas que no poseen ningún significado especial para la mayoría de la gente, contienen en realidad un mensaje muy especial para ud.?	NO	SI
51. Cuando está entre la gente, ¿a menudo tiene la sensación de qué lo están observando o mirando fijamente?	NO	SI
52. ¿Ha sentido alguna vez que podría hacer que sucedieran cosas simplemente formulando un deseo o pensando en ellas?	NO	SI
53. ¿Ha tenido experiencias naturales de tipo sobrenatural?	NO	SI
54. ¿Cree tener un “sexto sentido” que le permite conocer y predecir cosas que otros no pueden?	NO	SI
55. ¿Le ha parecido a menudo como si los objetos o las sombras fueran realmente personas o animales, o que los ruidos fueran en realidad voces de personas?	NO	SI
56. ¿Ha tenido la sensación de que alguna persona o fuerza se hallaba alrededor de ud. aunque no podía ver a nadie?	NO	SI
57. ¿Ve con frecuencia auras o campos de energía alrededor de las personas?	NO	SI
58. ¿Hay muy pocas personas a las que se sienta próximo aparte de su familia inmediata?	NO	SI
59. ¿Se siente con frecuencia nervioso cuando está con otras personas?	NO	SI
60. ¿Es poco importante para usted si tiene o no relaciones interpersonales?	NO	SI
61. ¿Prefiere ud. casi siempre hacer las cosas solo y no con otras personas?	NO	SI
62. ¿Podría estar satisfecho sin tener jamás ninguna relación sexual con otra persona?	NO	SI
63. ¿Hay realmente muy pocas cosas que le proporcione placer?	NO	SI
64. ¿Les es totalmente indiferente lo que otras personas piensen de ud.?	NO	SI
65. ¿Cree que no hay nada que le ponga ni muy contento ni muy triste?	NO	SI
66. ¿Le gusta ser el centro de atención?	NO	SI
67. ¿Coquetea mucho?	NO	SI
68. ¿Se da cuenta a menudo que se está comportando de forma seductora con otras personas?	NO	SI
69. ¿Trata de llamar la atención a través de su forma de vestir o su aspecto físico?	NO	SI
70. ¿Se muestra a menudo como una persona dramática y pintoresca?	NO	SI
71. ¿Cambia a menudo de opinión según las personas con las que esté o según lo que acabe de leer o ver en la televisión?	NO	SI
72. ¿Tiene ud. muchos amigos a los que se siente muy próximo?	NO	SI
73. ¿Considera que a menudo los demás no saben apreciar su talento o sus cualidades?	NO	SI
74. ¿Le han comentado otras personas que tiene una opinión demasiado elevada de sí mismo?	NO	SI
75. ¿Piensa mucho que en algún día alcanzará el poder, la fama o el reconocimiento?	NO	SI
76. ¿Pasa ud. mucho tiempo pensando en que algún día disfrutará del romance perfecto?	NO	SI
77. Cuando tiene un problema, ¿insiste casi siempre en ver al máximo responsable?	NO	SI

78. ¿Considera ud. que es importante dedicar el tiempo a personas especiales o influyentes?	NO	SI
79. ¿Es muy importante para ud. que la gente le preste atención o le admire de alguna manera?	NO	SI
80. ¿Cree ud. que no es necesario respetar ciertas reglas o convenciones sociales si suponen un obstáculo en su camino?	NO	SI
81. ¿Considera ud. que es la clase de persona que merece un trato especial?	NO	SI
82. ¿A menudo le resulta necesario aprovecharse de otros para conseguir lo que quiere?	NO	SI
83. ¿Tiene con frecuencia que anteponer sus necesidades a las de otras personas?	NO	SI
84. ¿Espera a menudo que las otras personas hagan lo que les pide sin vacilar, por ser ud. quién es?	NO	SI
85. ¿A ud. realmente no le interesan los problemas y sentimientos de los demás?	NO	SI
86. ¿Se han quejado algunas personas de que ud. no los escucha o de que no se preocupa por sus sentimientos?	NO	SI
87. ¿Tiene a menudo envidia de otras personas?	NO	SI
88. ¿Cree ud. que los demás a menudo lo envidian a ud.?	NO	SI
89. ¿Le parece que hay muy pocas personas que merezcan que ud. les dedique?	NO	SI
90. ¿Se ha puesto furioso con frecuencia cuando ha creído que alguien a quien realmente quería iba a abandonarle?	NO	SI
91. Las relaciones con las personas que verdaderamente quiere, ¿tiene altibajos extremos?	NO	SI
92. ¿Cambia a veces de repente su sentido de quién es ud. o hacía dónde va?	NO	SI
93. ¿Cambia a menudo dramáticamente su sentido de quién es?	NO	SI
94. ¿Es ud. diferente con diferentes personas o en diferentes situaciones, de tal manera que a veces no sabe quién es ud.?	NO	SI
95. ¿Se han producido muchos cambios bruscos en sus metas, planes profesionales, creencias religiosas, etc. ?	NO	SI
96. ¿Han hecho a menudo cosas impulsivamente?	NO	SI
97. ¿Ha tratado de hacerse daño o amenazado con hacerlo?	NO	SI
98. ¿Alguna vez se ha acortado, quemado o herido a sí mismo a propósito?	NO	SI
99. ¿Experimenta ud. muchos cambios repentinos en su estado de ánimo?	NO	SI
100. ¿Se siente con frecuencia vacío por dentro?	NO	SI
101. ¿Tiene ud. a menudo arranques de cólera o se enfurece tanto que pierde el control?	NO	SI
102. Cuando se enfada, ¿golpea ud. a las personas o arroja objetos?	NO	SI
103. ¿Se pone furioso incluso por cosas sin importancia?	NO	SI
104. Cuando se halla bajo una gran tensión, ¿se vuelve suspicaz con otras personas o se siente especialmente distante y ausente?	NO	SI
105. Antes de los 15 años, ¿intimidaba o amenazaba a otros niños?	NO	SI
106. Antes de los 15 años, ¿provocaba ud. peleas?	NO	SI

107. Antes de los 15 años, ¿hirió o amenazó a alguien con un arma, como por ejemplo un palo, una piedra, una botella rota, una navaja o una pistola?	NO	SI
108. Antes de los 15 años, ¿torturó deliberadamente a alguien o le causó dolor y sufrimiento físico?	NO	SI
109. Antes de los 15 años, ¿torturó o hirió a animales a propósito?	NO	SI
110. Antes de los 15 años, ¿robó, atacó o arrebató por la fuerza algo a alguien amenazándolo?	NO	SI
111. Antes de los 15 años ¿forzó a alguien a tener relaciones sexuales con ud. a desvestirse delante de ud. o a tocarle sexualmente?	NO	SI
112. Antes de los 15 años ¿provocó algún incendio?	NO	SI
113. Antes de los 15 años, ¿destruyó deliberadamente cosas que no eran suyas?	NO	SI
114. Antes de los 15 años, ¿irrumpió en casas, otros edificios o coches de personas?	NO	SI
115. Antes de los 15 años, ¿mentía mucho o estafaba a otras personas?	NO	SI
116. Antes de los 15 años ¿robaba cosas (sin enfrentarse con la víctima) o falsificaba la firma de otras personas?	NO	SI
117. Antes de los 15 años, ¿se escapó de casa y pasó la noche fuera?	NO	SI
118. Antes de los 15 años, ¿permanecía mucho tiempo fuera de casa y llegaba mucho después de la hora permitida?	NO	SI
119. Antes de los 15 años, ¿faltaba a menudo a clase?	NO	SI

IDARE- E

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Instrucciones: Abajo aparecen algunas expresiones que las personas usamos para describirnos. Lea cada frase y tache el número que indique cómo se siente ahora mismo, en este momento. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora. Utilice la siguiente escala.

1. **No en lo absoluto**
2. **Un poco**
3. **Bastante**
4. **Mucho**

1. Me siento calmado.	1 2 3 4 []
2. Me siento seguro.	1 2 3 4 []
3. Estoy tenso.	1 2 3 4 []
4. Estoy contrariado.	1 2 3 4 []
5. Estoy a gusto.	1 2 3 4 []
6. Me siento alterado.	1 2 3 4 []
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo.	1 2 3 4 []
8. Me siento descansado.	1 2 3 4 []
9. Me siento ansioso.	1 2 3 4 []
10. Me siento cómodo.	1 2 3 4 []
11. Me siento con confianza en mí mismo.	1 2 3 4 []
12. Me siento nervioso.	1 2 3 4 []
13. Me siento agitado.	1 2 3 4 []
14. Me siento a punto de explotar.	1 2 3 4 []
15. Me siento reposado.	1 2 3 4 []
16. Me siento satisfecho.	1 2 3 4 []
17. Estoy preocupado.	1 2 3 4 []
18. Me siento muy excitado y aturdido.	1 2 3 4 []
19. Me siento alegre.	1 2 3 4 []
20. Me siento bien.	1 2 3 4 []

IDARE- R

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que empleamos para describirnos aparecen abajo. Lea cada frase y tache el número que mejor describa la forma en que se siente generalmente. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa como se siente generalmente empleando la siguiente escala.

1. Casi nunca

2. Algunas veces

3. Frecuentemente

4. Casi siempre

- | | |
|---|-------------|
| 22. Me canso rápidamente | 1 2 3 4 [] |
| 23. Siento ganas de llorar. | 1 2 3 4 [] |
| 24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo | 1 2 3 4 [] |
| 25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente. | 1 2 3 4 [] |
| 26. Me siento descansado. | 1 2 3 4 [] |
| 27. Soy una persona “tranquila, serena y sosegada” | 1 2 3 4 [] |
| 28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas ... | 1 2 3 4 [] |
| 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia. | 1 2 3 4 [] |
| 30. Soy feliz. | 1 2 3 4 [] |
| 31. Tomo las cosas muy a pecho | 1 2 3 4 [] |
| 32. Me falta confianza en mí mismo. | 1 2 3 4 [] |
| 33. Me siento seguro. | 1 2 3 4 [] |
| 34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades | 1 2 3 4 [] |
| 35. Me siento melancólico. | 1 2 3 4 [] |
| 36. Me siento satisfecho. | 1 2 3 4 [] |
| 37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan. | 1 2 3 4 [] |
| 38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza. | 1 2 3 4 [] |
| 39. Soy una persona estable. | 1 2 3 4 [] |
| 40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado. . | 1 2 3 4 [] |

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se sintió LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DÍA DE HOY. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió.

<p>0 Yo no me siento triste</p> <p>1 Me siento triste</p> <p>2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo</p> <p>3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo</p>	<p>0 En general no me siento descorazonado por el futuro</p> <p>1 Me siento descorazonado por mi futuro</p> <p>2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro</p> <p>3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar</p>
<p>0 Yo no me siento como un fracasado</p> <p>1 Siento que he fracasado más que las personas en general</p> <p>2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos</p> <p>3 Siento que soy un completo fracaso como persona</p>	<p>0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo</p> <p>1 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo</p> <p>2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada</p> <p>3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo</p>
<p>0 En realidad yo no me siento culpable</p> <p>1 Me siento culpable una gran parte del tiempo</p> <p>2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo</p>	<p>0 Yo no me siento que esté siendo castigado</p> <p>1 Siento que podría ser castigado</p> <p>2 Espero ser castigado</p> <p>3 Siento que he sido castigado</p>
<p>0 Yo no me siento desilusionado de mí mismo</p> <p>1 Estoy desilusionado de mí mismo</p> <p>2 Estoy disgustado conmigo mismo</p> <p>3 Me odio</p>	<p>0 Yo no me siento que sea peor que otras personas</p> <p>1 Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores</p> <p>2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas</p> <p>3 Me culpo por todo lo malo que sucede</p>

<p>0 Yo no tengo pensamientos suicidas</p> <p>1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo</p> <p>2 Me gustaría suicidarme</p> <p>3 Me suicidaría si tuviera oportunidad</p>	<p>0 Yo no lloro más de lo usual</p> <p>1 Lloro más ahora de lo que solía hacerlo</p> <p>2 Actualmente lloro todo el tiempo</p> <p>3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo desee</p>
<p>0 Yo no estoy más irritable de lo que solía estar</p> <p>1 Me enoja o irrito más fácilmente que antes</p> <p>2 Me siento irritado todo el tiempo</p> <p>3 Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo</p>	<p>0 Yo no he perdido el interés en la gente</p> <p>1 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar</p> <p>2 He perdido en gran medida el interés en la gente</p> <p>3 He perdido todo el interés en la gente</p>
<p>0 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho</p> <p>1 Pospongo tomar decisiones más que antes</p> <p>2 Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes</p> <p>3 Ya no puedo tomar decisiones</p>	<p>0 Yo no siento que me vea peor de cómo me veía</p> <p>1 Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a)</p> <p>2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)</p> <p>3 Creo que me veo feo(a)</p>
<p>0 Puedo trabajar tan bien como antes</p> <p>1 Requiere de más esfuerzo para iniciar algo</p> <p>2 Tengo que obligarme para hacer algo</p> <p>3 Yo no puedo hacer ningún trabajo</p>	<p>0 Puedo dormir tan bien como antes</p> <p>1 Ya no duermo tan bien como solía hacerlo</p> <p>2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir</p> <p>3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir</p>
<p>0 Yo no me canso más de lo habitual</p> <p>1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo</p> <p>2 Con cualquier cosa que haga me canso</p> <p>3 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa</p>	<p>0 Mi apetito no es peor de lo habitual</p> <p>1 Mi apetito no es tan bueno como solía serlo</p> <p>2 Mi apetito está muy mal ahora</p> <p>3 No tengo apetito de nada</p>

<p>0 Yo no he perdido mucho peso últimamente</p> <p>1 He perdido más de dos kilogramos</p> <p>2 He perdido más de cinco kilogramos</p> <p>3 He perdido más de ocho kilogramos</p> <p>A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos</p> <p>SI_____ NO_____</p>	<p>0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes</p> <p>1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación</p> <p>2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más</p> <p>3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa</p>
<p>0 Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora</p> <p>3 He perdido completamente el interés por el sexo</p>	

INVENTARIO ESTADO/ RASGO DE LA EXPRESIÓN DEL ENOJO

INSTRUCCIONES: Este cuestionario está dividido en tres partes. Cada parte contiene un número de afirmaciones que la gente utiliza para describir sus sentimientos y conductas; y también cuenta con diferentes instrucciones. Lea cuidadosamente las instrucciones para cada parte antes de registrar sus respuestas en el inventario. No hay respuestas correctas o incorrectas. Al responder a cada afirmación, dé la respuesta que le describa mejor. No permanezca demasiado tiempo en ninguna afirmación. Si necesita cambiar su respuesta, borre la respuesta incorrecta y marque entonces la correcta.

PARTE 1

A continuación se presentan un número de afirmaciones que las personas utilizan para describirse a sí mismas. Lea cada afirmación y entonces marque con una equis (x) el número que indique como se siente usted exactamente ahora.

COMO ME SIENTO EXACTAMENTE AHORA

	Definitivamente no	Algo	Moderadamente	Mucho
1. Estoy furioso (a)				
2. Me siento irritado (a)				
3. Me siento enojado (a)				
4. Me dan ganas de gritarle a alguien				
5. Me dan ganas de romper cosas				
6. Estoy muy enojado (a)				
7. Me dan ganas de romper la mesa				
8. Me dan ganas de golpear a alguien				
9. Me dan ganas de decir groserías				
10. Estoy agobiado (a)				

PARTE 2.

A continuación se presentan un número de afirmaciones que las personas utilizan para describirse a sí mismas. Lea cada afirmación y entonces marque con una equis (x) el número que indique como se siente usted generalmente.

COMO ME SIENTO GENERALMENTE

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
11. Soy muy temperamental				
12. Tengo un temperamento explosivo				
13. Soy muy enojón (enojona)				
14. Me enojo cuando los errores de los demás me retrasan				
15. Me molesta que no se reconozca mi trabajo				
16. Pierdo los estribos				
17. Me enfurezco cuando me critican frente a otros				
18. Me pongo furioso cuando hago un buen trabajo y no lo reconocen				
19. Soy muy irritable				
20. Cuando pierdo los estribos, soy capaz de pegarle a alguien				

PARTE 3

Todo mundo se siente enojado o furioso de vez en cuando, pero las personas difieren en las formas en que reaccionan cuando están enojadas. A continuación se presentan un número de afirmaciones que describen lo que las personas hacen cuando se sienten enojadas o furiosas. Lea cuidadosamente y marque con una equis (x) el número que indique la frecuencia con la que usted reacciona generalmente o se comporta como describe la afirmación.

CUANDO ESTOY ENOJADO O FURIOSO...

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21. Controlo mi carácter				
22. No expreso lo que siento				
23. Soy paciente con los demás				
24. Hago comentarios sarcásticos a los demás				
25. Me mantengo calmado (a)				
26. Controlo mi manera de actuar				
27. Discuto con los demás				
28. Tiendo a guardar rencores que no le digo a nadie				
29. Me puedo controlar cuando me estoy enojando				
30. Estoy más enojado (a) de lo que estoy dispuesto a admitir				
31. Me calmo más rápidamente que las demás personas				
32. Digo cosas desagradables				
33. Trato de ser tolerante y comprensivo				
34. Me irrito más de lo que los demás se dan cuenta				
35. Me controlo cuando me siento enojado				