



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**ASOCIACIÓN ENTRE RESILIENCIA, CATASTROFIZACIÓN, INTENSIDAD DEL
DOLOR Y CALIDAD DE VIDA EN DOLOR CRÓNICO**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
SUSANA RUIZ RAMÍREZ

TUTOR: DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD ICsA,
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO, UAEH

MIEMBROS DEL COMITÉ
MTRO. EDGAR LANDA RAMÍREZ,
DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS, DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS,
MTRO. FERNANDO PASCUAL VÁZQUEZ PINEDA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MÉXICO, D.F. FEBRERO DE 2015



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.

Dedicado a:
Abuelita Toña,
Tío Delfino,
Tía Tomasa,
Abuelita Elodia,
Abuelito Daniel...

Porque mientras estudiaba esta maestría
cada uno de ustedes nos dijo adiós
dejando una profunda tristeza...
y al mismo tiempo enseñanzas de vida
junto con grandes recuerdos
que nos acompañarán por siempre.

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Porque con tu inmenso amor me has enseñado a amar, porque con tu sabiduría me has enseñado a observar, escuchar, reflexionar y sentir... Porque tú siempre sabiendo lo que es mejor para cada uno de tus hijos, me has brindado lo que es exactamente para mí, a su tiempo y a su forma.

A Kis

Porque en estos dos años tuviste que pasar tiempo lejos de tu mami, a quien recibiste con abrazos y sonrisas que me brindaron la fuerza para continuar. Porque tú, con tu gran inocencia, me has brindado palabras y experiencias con las que he podido aprender. Porque tu ejemplo de mejorar a partir del esfuerzo ha sido motivación para continuar.

¡Te Amo hijo!

A mi mamá

Porque desde siempre has estado apoyándome, con tus palabras y cuidados, pero sobre todo porque no solo me has cuidado a mí, has cuidado también a mi hijo, y esa es una de las mejores muestras de tu amor. Porque siempre has sido muestra de bondad y entrega y por lo tanto eres un ejemplo que ha guiado mi vida y mi profesión.

¡Te Amo mamá!

A mi papá

Sin duda, el saber que el esfuerzo es el camino más seguro para lograr un anhelo es la más grande huella que tu ejemplo ha dejado en mi ser, y lo cual he tratado de plasmar al trabajar por conseguir mis sueños, siempre pensando en la imagen de ese gran hombre que desde niño, desde la carencia, supo claramente que algún día sería un profesionalista y lo logró.

¡Te Amo papá!

A Luis

Es difícil plasmar en pocas palabras mi profundo amor, admiración, respeto y agradecimiento hacia ti, por ser mi compañero, mi amigo, mi cómplice, mi apoyo, mi alumno y mi maestro, pero sobre todo por regresar la ilusión a mi vida, esa que hace años andaba perdida...

¡TE AMO!

A mis hermanos

Porque en estos dos años, en medio de las tristezas y las dificultades nos dimos cuenta de que siempre estaremos juntos y apoyándonos en los momentos de adversidad...porque es en ese tiempo cuando uno puede saber lo fuerte que es el lazo que nos unirá por siempre.

¡Los amo!

A mis amigas

Porque son mis hermanas elegidas, por escucharme, ayudarme, conocerme, entenderme.

Porque sin duda sin el ánimo brindado por ustedes, esto hubiera sido más difícil...Yuly y Shei, están en mi corazón.

A los pacientes

Gracias por enseñarme tanto a partir de su dolor y de su experiencia. Porque cada una de sus historias fue para mí la mejor escuela.

A la Dra. Andrómeda Valencia, por ser una excelente guía, siempre positiva, siempre resaltando lo mejor a nivel académico y cotidiano. Gracias por ser mi tutora.

Al Mtro. Edgar Landa Ramírez, sin duda, pilar importante en la realización de este trabajo, por imprimir en tus alumnos la pasión por la psicología y la ciencia. Gracias por ser mi tutor.

A la Dra. Angélica Riveros Rosas, por las excelentes sugerencias a este trabajo, que muestran la pasión y entrega que imprime a sus actividades académicas, y que transmiten y contagian el amor por la investigación y la psicología. ¡Gracias por revisar este trabajo!

A los miembros del jurado, por las invaluable recomendaciones a este trabajo, por el tiempo y esfuerzo invertido, Dr. Samuel Jurado y Mtro. Fernando Vázquez ¡Gracias!

A la UNAM

Por ser mi casa de estudios.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. LA MEDICINA CONDUCTUAL Y SU CAMPO DE APLICACIÓN ACTUAL....	6
Transición epidemiológica.....	6
Modelo biomédico	8
Modelo biopsicosocial y definición de salud.....	9
Emergencia de medicina conductual en este contexto	10
Definición de medicina conductual.....	11
Medicina conductual en México	12
Medicina conductual en dolor crónico	15
CAPÍTULO 2. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.....	18
ASOCIACIÓN ENTRE RESILIENCIA, CATASTROFIZACIÓN, INTENSIDAD DEL DOLOR Y CALIDAD DE VIDA EN DOLOR CRÓNICO.....	18
Introducción	18
<i>Calidad de vida relacionada con la salud y dolor crónico.</i>	20
<i>Catastrofización y dolor crónico.</i>	22
<i>Resiliencia y dolor crónico.</i>	24
Método.....	29
<i>Participantes.</i>	29
<i>Mediciones e instrumentos</i>	32
<i>Diseño.</i>	33
<i>Análisis estadístico</i>	33
<i>Procedimiento</i>	34
Resultados.....	34
<i>Análisis descriptivos</i>	34
<i>Análisis de correlación</i>	40
<i>Análisis de regresión</i>	44
<i>Regresión lineal múltiple.</i>	44
Discusión	45
Conclusiones	48
REFERENCIAS.....	53
ANEXOS.....	61

CAPÍTULO 1. LA MEDICINA CONDUCTUAL Y SU CAMPO DE APLICACIÓN ACTUAL

Transición epidemiológica

La observación de cómo, cuándo, dónde viven, mueren y enferman las personas, a través de ciencias como la demografía y la epidemiología han generado la descripción de poblaciones en un nivel de riesgo determinado que es dinámico según la transición epidemiológica.

Kirk (1996) menciona que antes de llegar a ese término, surgió el concepto de transición demográfica, el cual empezó como un modelo de clasificación de las poblaciones diferenciándolas por distintas combinaciones entre fertilidad y mortalidad. Tanto Kirk (1996) como Santosa et al. (2014) coinciden en que la primera formulación de este concepto fue hecho por Warren Thompson en 1929, quien especificó tres tipos de países con diferentes tasas de crecimiento de la población, en el primer grupo, las tasas de mortalidad o natalidad no están bajo control, el segundo grupo está conformado por los países en los que las tasas de natalidad y mortalidad han caído, pero donde las tasas de mortalidad han disminuido antes y más rápidamente que la tasa de natalidad, y en el tercer grupo hubo una disminución en las tasas de fertilidad, y una mortalidad baja. Sin embargo, para ambos autores, es Landry en 1934 quien introduce el concepto de transición demográfica, que postula tres estados del desarrollo de la población: primitiva, intermedia y contemporánea, los cuales coinciden con lo descrito por Thompson.

La teoría de la transición epidemiológica se centra en el cambio complejo en los patrones de salud y enfermedad, compuestos por las interacciones entre estos patrones y sus determinantes y consecuencias sociales, demográficas y económicas. Una transición epidemiológica es paralela a las transiciones demográficas y tecnológicas en las que se desarrollan actualmente los países del mundo y aún está en proceso en las sociedades menos desarrolladas. Esta transición se observa en el hecho de que las enfermedades degenerativas, las cuales no tienen un agente etiológico determinado y son favorecidas por conductas de las personas, desplazan pandemias de infección como la principales causas de morbilidad y mortalidad (Omran, 2005). En esta teoría se enfatiza el papel del cambio

social, ecobiológico y ambiental en los patrones de morbi-mortalidad (Caldwell, 2001). También estos estudios dan lugar a la identificación de factores de riesgo y protección, para adquirir o desarrollar un padecimiento.

Armelagos, Brown & Turner (2005) identifican distintas transiciones en la historia del Homo Sapiens, iniciando con el periodo Paleolítico como una línea de base, en la cual se inician las relaciones ecológicas y sociales que minimizan el impacto de las enfermedades infecciosas. Poblaciones paleolíticas habrían conservado muchos de los patógenos que compartían con sus ancestros primates y se habría expuesto a múltiples zoonosis¹. La poca movilidad de aquellas poblaciones habría impedido la existencia de la propagación de la enfermedad infecciosa endémica. Hace unos 10 000 años el cambio a una economía de subsistencia agrícola creó la primera transición epidemiológica, caracterizada por la aparición de infecciones, un patrón que ha continuado hasta el presente. A partir de hace aproximadamente un siglo, algunas poblaciones han sido objeto de una segunda transición epidemiológica en la que las medidas de salud pública, la mejora en la nutrición y la medicina resultó en la disminución de las enfermedades infecciosas y el aumento de las no infecciosas: las enfermedades crónico- degenerativas.

La aparición de enfermedades desde la perspectiva de la transición epidemiológica implica la participación de factores cualitativamente diferentes. Mientras que en la primera transición los agentes patógenos se consideran la *causa* de la enfermedad, en la etapa posterior la enfermedad es la consecuencia de la interacción de factores orgánicos, personales, interpersonales y sociales. La observación de estos fenómenos generó la necesidad de modelos explicativos que permitieran el entendimiento del proceso de enfermedad para un abordaje preciso. En este sentido la aparición del modelo biomédico, el cual busca la cura identificando los agentes patógenos para eliminarlos, resultó un modelo útil durante la etapa marcada por enfermedades infectocontagiosas. Posteriormente el modelo biopsicosocial surge ante la clara participación de variables psicosociales en la aparición de enfermedades.

¹ La zoonosis es cualquier enfermedad transmitida de animales vertebrados a seres humanos (Acha Jamet & Szyfres, 1977).

Modelo biomédico

Uno de los abordajes que se ha dado a los patrones de morbi-mortalidad es el modelo biomédico, el cual asume que la enfermedad puede ser completamente explicada por desviaciones de la norma de marcadores biológicos medibles, es decir, la enfermedad se debe a causas naturales conocidas o desconocidas, y la eliminación de estas causas dan como resultado la curación o mejoría de los pacientes. El modelo biomédico no sólo sugiere que la enfermedad se trate como una entidad independiente de lo social o lo conductual, sino que también exige que las aberraciones conductuales (aquellas conductas que por su exceso, como en el caso de la impulsividad, o su déficit, como la baja tolerancia a la frustración conforman diagnósticos psicológicos y/o psiquiátricos) sean explicadas por desórdenes somáticos (bioquímicos o procesos neurofisiológicos). Esta postura se enmarca en dos posturas filosóficas, el reduccionismo, visión filosófica que menciona que fenómenos complejos se derivan en última instancia de un solo principio primario (principio fisicalista, en el cual el lenguaje de la química y la física son suficientes para explicar los fenómenos biológicos) y el dualismo mente-cuerpo, doctrina que separa lo mental de lo somático (Engel, 1977).

En un modelo en el que el método científico es aplicado a la enfermedad, se resalta la importancia de causas biológicas como generadoras de ésta, y la exclusión de procesos conductuales y psicosociales. El modelo biomédico entonces sugiere que una enfermedad es un proceso que se mueve desde el reconocimiento y la paliación de los síntomas a la caracterización de un enfermedad específica en la que la etiología y patogénesis es bien conocida y por lo tanto el tratamiento y la taxonomía es racional y específica (Engel, 1977).

Este modelo de acuerdo a Engel (1977) tiene algunos aspectos cuestionables. Primero, una alteración bioquímica no siempre se traduce en la presencia de una enfermedad, ésta puede aparecer por la interacción de múltiples causas entre las cuales están las psicológicas y sociales, las cuales también pueden derivarse en enfermedades que constituyen problemas de salud generalmente con una correlación bioquímica. Segundo, el desorden biológico por sí solo no arroja información sobre el significado de los síntomas para el paciente, ni tampoco asegura la habilidad del clínico para recoger la información y

procesarla de manera adecuada, de tal forma que genere tratamientos adecuados. Tercero, las variables psicosociales son importantes para determinar la susceptibilidad, gravedad y curso del padecimiento biológico. Cuarto, la aceptación del rol de enfermo no viene determinada de manera mecánica por la presencia de una anomalía biológica. Quinto, el tratamiento biológico puede tener diversas tasas de éxito influido directamente por variables psicosociales, como por ejemplo el efecto placebo. Por último, la relación del profesional de la salud con el paciente también influye en el resultado terapéutico por la influencia que pueda tener sobre el cumplimiento del tratamiento (Borrelli Carrió, 2002).

Modelo biopsicosocial y definición de salud

En 1954 Roy Grinker acuñó el término “biopsicosocial” aplicándolo a la psiquiatría para enfatizar lo “bio” en contra de la ortodoxia psicoanalítica. Más tarde, en 1977 Engel lo aplicó a la medicina para enfatizar el aspecto social de la salud-enfermedad. El modelo según Engel indica que los tres niveles, biológico, psicológico y social deben tomarse en cuenta en cada conducta dirigida al cuidado de la salud, ninguna enfermedad, condición o paciente debe reducirse a un solo aspecto, todos ellos son más o menos igualmente relevantes, en todos los casos y en todo momento (Ghaemi, 2009).

El modelo biopsicosocial resalta las limitaciones que el modelo biomédico ha tenido en la práctica. Se basa en la Teoría General de los Sistemas, en la cual la ciencia se organiza con base en sistemas jerárquicos, los cuales son interdependientes de los otros, y ninguno tiene prioridad funcional sobre los otros. Los tres sistemas en el caso el modelo biopsicosocial interactúan involucrando a la salud-enfermedad (Álvarez, Pagani & Meucci, 2012).

Para el modelo biopsicosocial, la enfermedad es el resultado de los mecanismos de interacción a nivel organismo, interpersonal y ambiental. En consecuencia, el estudio de todas las enfermedades y la promoción debe incluir al individuo, el cuerpo y al ambiente como componentes esenciales de todo el sistema (Álvarez, Pagani & Meucci, 2012). Por lo tanto, la salud desde este modelo se refiere al funcionamiento óptimo a nivel biológico, psicológico y social.

Emergencia de medicina conductual en este contexto

Cambios sociales conjugados con el desarrollo de distintas disciplinas científicas generaron la necesidad de un nuevo campo interdisciplinario.

Un antecedente importante en el surgimiento de la medicina conductual fue el surgimiento de la medicina psicosomática a partir de trabajo del Instituto psicoanalítico de Chicago, donde concluyeron que conflictos inconscientes son responsables de algunos padecimientos orgánicos, como la hipertensión arterial esencial, trastornos gastrointestinales y respiratorios (Luzoro, 2012). El término psicosomático alcanzó un grado de autonomía al respecto de la teoría que la sustentó, y su objetivo central fue describir y explicar las relaciones existentes entre enfermedad física y emoción, el intento por identificar estos vínculos fue el factor que permitió el surgimiento de distintos modelos entre los que está la Medicina Conductual (Flórez, 1991).

Un año relevante fue 1977, cuando se organiza el Primer Congreso sobre Medicina Conductual en la Universidad de Yale, en dicho congreso se reunieron importantes especialistas del área de la salud y de las ciencias sociales para formalizar la creación de la Medicina Conductual. En 1978 se funda la Academia de Investigación en Medicina Conductual, en Estados Unidos. A esto siguieron importantes publicaciones como *Journal of Behavioral Medicine* y *Biofeedback and Self Regulation*, en donde se reportaba investigación sobre técnicas y procedimientos basados en la ciencia de la conducta a problemas médicos como hipertensión arterial, dolor crónico, asma infantil, desórdenes cardiovasculares, rehabilitación neuromuscular y cáncer. Las aportaciones más importantes en los 70 se realizaron desde el análisis experimental de la conducta con técnicas como el biofeedback así como la aplicación de principios del condicionamiento clásico y operante a distintas enfermedades. Se sugirieron el uso de técnicas clínicas surgidas del análisis experimental de la conducta (con énfasis a la Terapia de Modificación Conductual) y al análisis funcional de las conductas asociadas a las enfermedades y desórdenes médicos como la base de trabajo dentro de la Medicina Conductual. Como modelo clínico se adoptó a la Teoría Cognitivo-Conductual por su eficacia demostrada por la literatura científica para abordar problemáticas de salud (Rodríguez, 2010).

Definición de medicina conductual

La transición epidemiológica aunada al hecho de que la mayoría de las personas nacemos sanas y nos enfermamos como resultado de condiciones ambientales y conductuales inadecuadas (Matarazzo, 1982) generó el nacimiento de la *salud conductual*, un campo interdisciplinario dedicado a promover una filosofía de la salud que enfatiza la responsabilidad individual en la aplicación del conocimiento producto de la ciencia biomédica y conductual y de técnicas de mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad y de conductas disfuncionales individuales o colectivas (Matarazzo, 1980).

Pormerleau & Brady (1979) definen a la medicina conductual como el uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta (terapia conductual y modificación de la conducta) para la evaluación, prevención, manejo o tratamiento de la enfermedad física o disfunción fisiológica, y la orientación de la investigación que contribuye al análisis funcional y entendimiento de conductas asociadas con trastornos médicos y problemas en el cuidado de la salud. Se orienta en el desarrollo de intervenciones dirigidas a modificar conductas y respuestas fisiológicas que en sí mismas constituyen un problema de salud, modificar conductas para el cuidado de la salud por parte de los responsables de los servicios de salud, mejorar la adherencia a los tratamientos y modificar conductas y respuestas que constituyen factores de riesgo para desarrollar enfermedades (Pormerleau, 1979).

En palabras de Matarazzo (1980) es el campo interdisciplinario de investigación científica, educación y práctica que se ocupa de la salud y la enfermedad y a disfunciones relacionadas (por ejemplo hipertensión esencial, colesterolemia, trastornos de estrés, conductas adictivas, obesidad, etc.).

Para Schwartz y Weiss (1978) la medicina conductual es el campo interdisciplinario de integración de conocimiento científico, biomédico y de técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y la enfermedad surgidas a partir de las ciencias de la conducta con el fin de diseñar e implementar procedimientos para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de pacientes.

Aplicación general de medicina conductual

Los objetivos más importantes de la Medicina Conductual se enlistan a continuación: la promoción y el mantenimiento de la salud, aspecto relacionado con la promoción de estilos de vida saludables; la prevención primaria de la enfermedad, en la cual se identifican y abordan factores de riesgo específicos; el tratamiento de la enfermedad, en donde están incluidas todas las acciones típicas de los niveles de prevención secundaria y terciaria; el análisis y modificación de las políticas de atención de la salud (Flórez, 1991).

Algunas de las aplicaciones específicas de Medicina Conductual han sido en los campos de: comportamiento adictivo, trastornos cardiovasculares, gastrointestinales, alteraciones musculo-esqueléticas, trastornos neurológicos, problemas respiratorios y dermatológicos. La medicina conductual ha generado herramientas para el abordaje de pacientes internos y ambulatorios, y tanto para el rol de enfermo como para la asistencia médica y el cumplimiento del tratamiento. Otros logros de la medicina conductual incluyen la reconceptualización del proceso salud-enfermedad, al determinar el aporte de las variables psicosociales en el desarrollo de enfermedades, su prevención y detección temprana, así como para la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, con una óptica de formación más que de información, y un interés especial en la modificación de estilos de vida no saludables, todas estas aplicaciones abarcan una dimensión social ya que intervienen a nivel grupal e institucional, comunitario, socioeconómico, cultural, político y tecnológico (Roth, 1990).

Medicina conductual en México

Las enfermedades crónico degenerativas al ser un fenómeno mundial, aunado a las características sociales, culturales, económicas, políticas y genéticas específicas de México, impactan a las condiciones de salud de este país, por lo que el campo de la Medicina Conductual, en su integración de distintas disciplinas para fortalecer conductas destinadas a mejorar las condiciones de salud desde aspectos psicológicos individuales y/o sociales ha tenido particular relevancia.

Al respecto de la historia de Medicina Conductual en México, Rodríguez (2010) menciona que hablar de ello implica hacer un paralelismo con lo ocurrido en Estados Unidos, por ejemplo Víctor Alcaraz, Emilio Ribes, Antonio Gago, Florente López y Serafín Mercado marcaron iniciaron el análisis de la conducta en México a principios de los años 60, marcando así el inicio de una psicología científica basada en el análisis experimental de la conducta. Pocos años después, en 1966 se incorporó otra importante generación de analistas conductuales entre los que destacan Gustavo Fernández Pardo, Javier Aguilar Villalobos y Arturo Bouzas. Florente López y Francisco Barrera crearon el Centro de Entrenamiento y Educación Especial, que constituyó el primer centro de análisis conductual aplicado en México en 1967.

Sin duda, un evento de relevante importancia fue la participación de B. F. Skinner en la Cd. de México en 1975, dentro del marco del Tercer Congreso Latinoamericano de Análisis de la Conducta. Esto generó un ambiente propicio para la consolidación de una Psicología basada en la conducta en México (Rodríguez, 2010). En particular el documento 15 preguntas a B.F. Skinner publicado en la Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, aborda los puntos más álgidos de la relación entre el enfoque social y los problemas sociales de la época incluyendo los de la salud (Sánchez-Sosa, 1977).

Ciertas prácticas novedosas con buen éxito basadas en un paradigma conductista fueron incluidas en diversos escenarios, como reclusorios, hospitales psiquiátricos, centros de desarrollo infantil, en los que el trabajo interdisciplinario se iba gestando con la participación de Benjamín Domínguez y Juan José Sánchez Sosa (Sánchez-Sosa & Valderrama, 2001). En los 80, el biofeedback fue aplicado por Xóchitl Gallegos y Víctor Alcaraz para el tratamiento de migrañas, parálisis facial, arritmias cardíacas, control de esfínteres y ciertas parestesias y tipos de epilepsia, y en la Facultad de Psicología de la UNAM en el Laboratorio de Plasticidad Cerebral, coordinado por Jorge Palacios también se utilizó esta novedosa técnica en ese entonces para el tratamiento de diversas parálisis neuromusculares con gran éxito (Rodríguez, 2010).

En la Escuela Nacional de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM (Hoy FES-Zaragoza) Luis Flórez Alarcón encabezó un grupo de trabajo cuyo objetivo fue crear investigación sobre las aplicaciones clínicas del condicionamiento instrumental de

respuestas autónomas. Este grupo le dio origen al Programa de Psicología de la Salud, el cual se vio fortalecido por la participación de Víctor Alcaraz y Ana Eugenia Díaz de León, procedentes de la Facultad de Psicología, quienes desarrollaron el primer proyecto de investigación sobre el condicionamiento de ritmos eléctricos cerebrales para el tratamiento de la epilepsia. Al final de la década de los 80, el programa se transforma, quedando al frente Mario Rojas Russell, quien actualmente sigue realizando importantes investigaciones sobre factores protectores y de riesgo diferentes áreas de la salud, así como elaboración de documentos relevantes sobre la psicología clínica y de la salud, generando en esta misma facultad importantes áreas como la Unidad de Cardiología Conductual (Rodríguez, 2010).

Por su parte, en la Escuela Nacional de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM (Hoy FES-Iztacala) Rocío Hernández Pozo fundó el Laboratorio de Conducta Humana Compleja, con lo cual se inició la investigación de factores de riesgo cardiaco con sistemas computarizados, entre otros trabajos relevantes (Rodríguez, 2010).

En la Facultad de Psicología de la UNAM, el grupo de trabajo coordinado por Graciela Rodríguez realizaron los primeros estudios sobre aspectos psicológicos de trasplantes de órganos y tejidos en población mexicana (Rodríguez, Pérez, Rojas, Reyes y Méndez, 2004). Dentro de esta facultad, Benjamín Domínguez comenzó a trabajar en el manejo del dolor crónico (Domínguez, 1995). El equipo de Juan José Sánchez Sosa inició la investigación sobre intervenciones grupales e individuales con el uso de diseños del análisis conductual aplicado en problemas crónicos como diabetes, hipertensión, cáncer, seropositividad al VIH, asma y cuidados intensivos entre otros, con énfasis en adhesión terapéutica y calidad de vida (Sánchez-Sosa & Riveros, 2007).

Todos estas áreas de investigación y tecnología dentro de equipos interdisciplinarios generaron líneas de investigación en torno al desarrollo de modelos de intervención, sobre epidemiología conductual, educación para la salud, salud y género, envejecimiento normal y patológico, trasplante de órganos y tejidos, adherencia terapéutica, conducta agresiva y comportamiento antisocial, diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, VIH/SIDA, adicciones, estrés, dolor crónico, ira, hostilidad, biofeedback, políticas públicas, derechos humanos y bioética (Rodríguez, 2010; Sánchez-Sosa & Riveros, 2007).

La Medicina Conductual en México ha recibido múltiples influencias de la investigación internacional, sin embargo la implementación de teorías e intervenciones generadas en escenarios específicos de este país es lo que ha llevado al nacimiento, desarrollo y consolidación del importante campo de conocimiento que implica la Medicina Conductual, reflejado en la creación como parte del Posgrado en Psicología, de la Residencia en Medicina Conductual en la UNAM, la cual tiene como sedes importantes Hospitales de 2º. y 3er nivel de atención como el Hospital Juárez de México, el Hospital General Dr. Gea González, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino, y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición Salvador Zubirán, con residentes en servicios como Clínica de Obesidad y trastornos alimentarios, Infectología y Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.

Medicina conductual en dolor crónico

La medicina conductual, al evaluar, prevenir y tratar aspectos cognitivos, afectivos y conductuales relacionados con la interacción salud-enfermedad, observa, identifica y modifica condiciones psicosociales relacionadas padecimientos específicos, tal es el caso del dolor como enfermedad crónica. De acuerdo a la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain, IASP) el dolor es una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial o descrito en términos de dicho daño (Merskey, 1979). Al ser un síntoma que toda persona experimenta, su estudio y tratamiento ha sido interés de la medicina, enfermería y psicología en general, y en específico de la medicina conductual.

Cuando el dolor dura más de tres meses, se convierte en crónico. Debido a su elevada prevalencia, a los mecanismos complejos que lo generan, la dificultad en su evaluación y tratamiento, es necesario su abordaje de forma multidisciplinaria.

Para Covarrubias-Gómez y Guevara-López (2006) este tipo de abordaje vio la luz gracias a dos médicos visionarios, en 1946 el Dr. John Bonica crea la primera clínica multidisciplinaria para el alivio del dolor, y en 1947, el Dr. Duncan Alexander creó un área interdisciplinaria para el manejo del dolor en Texas. Para 1953 el Dr. Bonica publica su obra “The management pain”, y en 1974 fundó la IASP, dando con esto la importancia de

considerar al dolor crónico como un problema a nivel mundial que necesita un abordaje integral.

En México en 1953, el Dr. Vicente García Olivera inicia la lucha contra el dolor después de su entrenamiento con el Dr. Alexander, gracias a su influencia, en 1972 se funda la primera clínica del dolor por el Dr. Ramón De Lille Fuentes en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ; Covarrubias-Gómez & Guevara-López, 2006).

En el área de la Psicología en México, el Dr. Benjamín Domínguez ha representado el abordaje psicológico del dolor crónico, profesor e investigador de la Facultad de Psicología de la UNAM, quien ha desarrollado investigación en los campos de la teoría polivagal del dolor (Ruvalcaba & Domínguez, 2010) estados emocionales, dolor crónico y estrés (Domínguez & Olivera, 2009) y estilos de afrontamiento del dolor en pacientes con cáncer (Iturbe, Vásquez & Trejo, 1995).

Actualmente dentro de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del INCMNSZ, bajo la guía de la Dra. Argelia Lara Solares, jefa de la clínica, así como de los médicos adscritos Dr. Antonio Tamayo Valenzuela, Dr. Alfredo Covarrubias Gómez y Dr. Andrés Hernández, los médicos especialistas en anestesiología realizan el posgrado en Algología, atendiendo la consulta externa de dolor y paliativos y la consulta de pacientes hospitalizados, sumándose a esto el trabajo de los estudiantes del Posgrado en Psicología de la UNAM, quienes realizan una residencia de año y medio integrando el conocimiento que la medicina conductual aporta en la evaluación y tratamiento el campo del dolor crónico.

Los logros de los residentes de Medicina Conductual en el Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del INCMNSZ son importantes para la atención integral de los pacientes con dolor, entre ellos se incluyen la validación de instrumentos de evaluación, por ejemplo la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS por sus sigla en inglés) (Orozco, Terán, Casarrubias, García & Madero, 2013) y la evaluación de la relación entre ansiedad, depresión y calidad del sueño (Hernández, 2013).

Hoy en día la literatura mundial acerca de componentes psicosociales en el dolor crónico es abundante, constructos como catastrofización, resiliencia, evaluación cognitiva, estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión, apoyo social, respuesta de miedo-evitación al dolor, relajación, biofeedback, percepción de calidad de vida, estrés, entre muchos otros reflejan la relevancia de dichos componentes en el manejo del dolor, incluso organismos reconocidos internacionalmente han generado recomendaciones de los resultados centrales que se deben conseguir en su tratamiento, siendo estos: dolor, funcionamiento físico, funcionamiento emocional, evaluación del paciente de la mejoría y de satisfacción con el tratamiento, síntomas y efectos adversos, y disposición de participar en el tratamiento (Dworkin et al., 2005) la mayoría de ellos se relacionan directamente con aspectos cognitivos, emocionales y conductuales del dolor.

CAPÍTULO 2. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

ASOCIACIÓN ENTRE RESILIENCIA, CATASTROFIZACIÓN, INTENSIDAD DEL DOLOR Y CALIDAD DE VIDA EN DOLOR CRÓNICO

Existen variables psicológicas relacionadas con la adaptación al dolor crónico, algunas de ellas la promueven y otras la disminuyen. Este estudio evaluó la relación existente entre variables de vulnerabilidad (catastrofización) de protección (resiliencia) con la calidad de vida e intensidad del Dolor, en una muestra heterogénea de 124 pacientes con dolor crónico. Se encontró una correlación negativa fuerte entre calidad de vida y catastrofización ($r_p = -.65$, $p = .01$) una correlación negativa moderada entre calidad de vida y dolor ($r_p = -.33$, $p = .01$) resiliencia y catastrofización ($r_p = -.38$, $p = .01$) una correlación positiva moderada entre calidad de vida y resiliencia ($r_p = .39$, $p = .01$) y una correlación positiva moderada entre catastrofización e intensidad del dolor ($r_p = .29$, $p = .01$). La investigación sobre factores de resiliencia y vulnerabilidad y su impacto en la calidad de vida y el dolor resultan relevantes para justificar la creación e implementación intervenciones relacionadas con la resiliencia para el manejo del dolor crónico.

Keywords: *Resilience, catastrophizing, quality of life, chronic pain.*

Introducción

De acuerdo a la Asociación Internacional para el Estudio del dolor, IASP por sus siglas en inglés (en Merskey, 1979) el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con daño tisular real o potencial o descrita en términos de dicho daño. Para Wayne & Gouck, (2011) el dolor puede clasificarse de acuerdo a su duración, su causa y/o su mecanismo. De acuerdo a su duración, el dolor puede ser agudo si dura menos de tres meses, o crónico, si la duración es mayor. La causa del dolor puede ser oncológica, ya sea por la existencia de tumoración, lesiones adyacentes, metástasis o debido al tratamiento; o bien, no oncológica, debido a diferentes causas como cirugías, enfermedades

degenerativas, compresión de nervios e incluso hay casos en los que no es posible identificar una causa. De acuerdo a su mecanismo, el dolor es nociceptivo cuando sigue a una lesión en los tejidos, y es causado por la estimulación de los nociceptores de dicho daño (también se le denomina fisiológico o patológico), y neuropático cuando hay un daño o anomalía en el funcionamiento del sistema nervioso (Wayne & Gouck, 2011),

En condiciones normales y hablando sobre todo de la nocicepción, el dolor tiene un propósito fundamental (i.e., señala una lesión o enfermedad en el cuerpo). El dolor agudo sirve como un indicador de la ubicación, la naturaleza y la gravedad de la alteración fisiológica, sin embargo, una variedad de causas, que incluyen enfermedades intratables y daños permanentes en el cuerpo, pueden generar que la experiencia de dolor se convierta en crónica. El dolor crónico pierde su utilidad como indicador de lesiones y se convierte en una influencia tóxica para el equilibrio físico, cognoscitivo y emocional del paciente (Sturgeon & Zautra, 2013). El dolor es una experiencia subjetiva compleja que incluye respuestas físicas, biológicas, cognitivas, conductuales y emocionales, todo ello ocurre dentro de un contexto social/cultural del individuo (Phillips, Carroll, Voaklander, Gross & Beach, 2012). Su comprensión ha sido una búsqueda constante durante la historia del hombre. La complejidad del dolor se observa en su mayor esplendor cuando persiste a lo largo del tiempo, es decir, cuando se vuelve crónico (Ramírez-Maestre & Esteve, 2013).

El dolor crónico es un problema de salud que afecta a gran número de personas, debido a la ambigüedad de sus características (origen, tipo, cronología e intensidad) resulta difícil documentar una cifra exacta de su prevalencia. En una revisión sistemática de artículos europeos, australianos y norteamericanos, Harstall y Ospina (2003) encontraron una prevalencia del 35.5% reportado en cuatro estudios que utilizaron criterios de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor para dolor crónico (con un rango del 11.5% al 55.2%) siendo del 31% en mujeres y de 39.6% para hombres. En otros 13 estudios la prevalencia fue del 10.1% a 55.2%, presentándose mayoritariamente en mujeres y en relación con dolor musculoesquelético. Por su parte, Hoy et al. (2012) en una revisión sistemática sobre la prevalencia de dolor lumbar crónico que incluyó 165 estudios en 54 países, encontraron una prevalencia de 23.2% (+2.9) con una mayor representación de mujeres con una edad de 40 a 80 años. Resultados semejantes se encontraron en un estudio

nacional en Portugal, con una muestra de 5094 sujetos seleccionados aleatoriamente, una prevalencia de dolor crónico en general de 36.7%, y una discapacidad debida al dolor crónico de 10.8% (Azevedo, Costa-Pereira, Mendoça & Castro López, 2013).

En México datos obtenidos de la consulta del IMSS en 2003, sugieren que el 13% de la población atendida por el Instituto (edad de 20 a 59 años) reporta este tipo de dolor. Estas cifras sugieren que dos de cada 10 pacientes que acuden a la consulta externa de centros de atención primaria viven con dolor crónico, siendo los padecimientos músculo esqueléticos los más frecuentes, cerca de una cuarta parte de estos pacientes presentan dolor lumbar (Covarrubias-Gómez, 2010).

Estos padecimientos generan limitantes físicas que modifican el entorno social, familiar, laboral, cognoscitivo, afectivo y conductual del paciente, por lo que el abordaje médico-farmacológico en muchas ocasiones resulta insuficiente. La investigación de los aspectos psicosociales del dolor crónico ha sido numerosa y han surgido diversos abordajes.

Desde los primeros enfoques operantes que abordaron el dolor crónico, se han desarrollado un gran número de modelos alternativos que incorporan factores psicológicos y de comportamiento para explicar la experiencia del dolor. La mayoría de ellos ha postulado dos respuestas para afrontarlo: la evitación y el afrontamiento activo. Aunque estas respuestas han sido evaluadas ampliamente, los modelos estudiados prestan poca atención a la influencia de variables psicosociales que podrían ser considerados como factores de vulnerabilidad y sobre todo de protección, como la catastrofización y la resiliencia respectivamente (Ramírez-Maestre, Esteve & López, 2012).

Calidad de vida relacionada con la salud y dolor crónico.

En una búsqueda en PubMed con las palabras *chronic pain AND quality of life*, se obtuvieron 2240 resultados, esto habla de lo relevante que es la evaluación de la calidad de vida en el contexto del dolor crónico. La calidad de vida (CV) es un constructo que engloba varios aspectos del bienestar. Es un indicador compartido entre varias disciplinas en las que

la condición humana es objeto de estudio (psicología, medicina, economía). Se refiere a la percepción del sujeto sobre situaciones cotidianas, donde la salud se ha tornado en una variable que afecta y conjunta a otros componentes como trabajo, ocio, autonomía, relaciones sociales. Se compone por variables objetivas, subjetivas y de la evaluación del individuo en un proceso de comparación en el que los criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades. En general, se considera que las variables objetivas son especialmente útiles en aspectos políticos y sociales, mientras que las subjetivas permiten evaluar el impacto de situaciones específicas y de intervenciones en salud. Un componente esencial y determinante para evaluar la CV es la percepción subjetiva de cada persona, por lo que será el individuo quien determine cuáles aspectos son los más importantes (Riveros, Castro & Lara- Tapia, 2009).

De manera general, la calidad de vida relacionada con la salud se mide por medio de la función física, del estado psicológico, de la función y la interacción social, y de los síntomas físicos. El espectro de indicadores para la medición de dichos resultados incluye cinco dominios principales: a) mortalidad, b) morbilidad, c) incapacidad, d) incomodidad e e) insatisfacción (Zúniga, Carrillo-Jiménez, Fos, Gandek & Medina-Moreno, 1999).

En relación a la CV y el dolor crónico, Casals y Samper (2004); realizaron un estudio prospectivo, observacional, multicéntrico para determinar la prevalencia de la CV en dolor crónico oncológico y no oncológico, que incluyó 907 pacientes, encontrando que la lumbalgia es el padecimiento doloroso más común (52%), seguido de osteoartritis (33.9%), en promedio los pacientes tuvieron poco más de 5 años viviendo con dolor, el 79% tuvo limitación física y el 79% tomaba medicamento para el dolor. Los autores encontraron una relación directa entre la intensidad de dolor y el grado de afectación en la calidad de vida, hubo una mayor repercusión en el índice físico comparado con el mental, y como indicadores negativos de salud estuvieron la intensidad del dolor y tener artritis, mientras que indicadores positivos fueron tener dolor visceral y escasa limitación en la actividad física. Las variables que influyeron negativamente en la esfera mental de la calidad de vida fueron ser del sexo femenino, no tener estudios y discapacidad causada por el dolor.

Por su parte, en otro estudio que identificó la relación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con fibromialgia, se observó que aquellos que tuvieron dolor moderado a severo mostraron un índice de CV inferior a la de la población general, no se encontró una relación significativa entre la CV y estrategias de afrontamiento ante el dolor, pero el afrontamiento pasivo se asoció significativamente con aquellos indicadores de la CV que muestran desadaptación (Soucase, Monsalve, Soriano & De Andrés, 2004).

En otro estudio que buscó identificar el impacto de la artritis reumatoide combinada con dolor de espalda baja sobre la funcionalidad y la calidad de vida relacionada con la salud, se identificó que en 53.4% de la muestras coexisten estos padecimientos, y en estos pacientes se identificaron los peores puntajes de calidad de vida, discapacidad funcional y depresión (Kothe, Kohlman, Kilink, Ruther & Klinger, 2007).

En 2005 la IASP creó una iniciativa sobre los métodos, medidas y evaluación del dolor en ensayos clínicos, en la cual sugirió que los resultados centrales que deben considerarse en ensayos clínicos son: dolor, funcionamiento físico, funcionamiento emocional, nivel de satisfacción del paciente con el tratamiento, síntomas y eventos adversos y disposición para la participación. Respecto al funcionamiento físico, ésta es una medida en general de la calidad de vida relacionada con la salud y hay dos grandes tipos de medidas, las genéricas y las específicas, ambas son importantes debido a la información que brindan respecto a la percepción que el paciente tiene de su situación (Dworkin et al., 2005).

Catastrofización y dolor crónico.

Utilizando las palabras *chronic pain AND catastrophizing*, la base de datos PubMed arrojó 631 resultados. La catastrofización es una orientación emocional y cognitiva excesivamente negativa hacia el dolor (real o anticipado) (Ruscheweyh et al., 2011). Es la tendencia a enfocarse desmesuradamente en la sensación dolorosa (rumiación) exagerar el daño (magnificación) y percibirse incapaz de controlar el dolor (desesperanza) (Wade, Riddle, Price & Dumenci, 2011). Es el conjunto de procesos cognitivos y emocionales que

incorporan la rumiación sobre el dolor, la magnificación de síntomas relacionados con el dolor y sentimientos de desesperanza, es un factor que influye en las diferencias individuales de los pacientes que experimentan dolor (Edwards et al., 2010). Es también la atención enfocada en sensaciones físicas dolorosas, y la interpretación del daño ya sea real o potencial (Cassidy, Atherton, Robertson, Walsh, & Gillett, 2012).

La respuesta al dolor puede ser atribuible a la catastrofización. Edwards et al., (2013) utilizaron pruebas sensoriales cuantitativas para comparar respuestas psicofísicas en dos grupos de mujeres después de una “lumpectomía” (la extirpación de un tumor de mama y de tejido circundante) un grupo con y otro sin dolor postoperatorio. El grupo con dolor crónico después de la cirugía tuvo déficits en la inhibición endógena del dolor, y sensaciones más intensas de dolor. Estas diferencias parecen estar mediadas por niveles altos de catastrofización en el grupo de mujeres con dolor persistente. La catastrofización, junto con otros tipos de afrontamiento maladaptativo, también se asocian con aumento en la actividad inflamatoria y con reducción en la fuerza de los músculos (Edwards et al., 2013).

Ruscheweyh, et al. (2011) sugieren que la catastrofización del dolor depende del tipo de dolor, además sugieren que dicha catastrofización parece cambiar durante el transcurso de la vida, involucrando diferentes componentes del dolor (el emocional vs. el sensorial), siendo diferente en adultos jóvenes (mayormente emocional) en comparación con adultos mayores. Dentro de las variables relacionadas con la catastrofización se encuentran el estado de ánimo negativo, la gravedad del dolor, el estrés psicológico, y el pobre funcionamiento físico, aunque estas dos últimas variables fueron mediadas por el nivel educativo y el funcionamiento social (Edwards et al., 2013).

El tratamiento actual del dolor crónico se basa en un tratamiento sintomático, utilizando una aproximación de déficit, dando énfasis a la falta de habilidades cognitivas, emocionales y/o conductuales para regularlo, que se enfoca en un nivel individual. Sin embargo, tal aproximación ha sido criticada por enfocarse en lo que está mal, ausente o anormal, lo cual puede llevar a la gente a sentirse etiquetada y estigmatizada, además esta aproximación da poco crédito al individuo que es capaz de afrontar aún con su dolor o solucionar problemas asociados a su condición crónica (West, Usher & Foster, 2011).

Resiliencia y dolor crónico.

Cuando una experiencia sensorial y emocional desagradable está presente la mayor parte del tiempo de la vida cotidiana de una persona, puede pensarse que ésta será causa importante de *distrés*. La prevalencia de resultados psicosociales negativos en pacientes con dolor crónico es importante. Por ejemplo, en un estudio longitudinal que incluyó a 55,690 adultos mayores, se encontraron síntomas depresivos en el 20% de la muestra (Meyer, Cooper & Raspe, 2007).

Sin embargo, en este estudio no se identificó depresión en el 80% de la muestra. ¿Qué sucede con estos pacientes en los que no se identifican síntomas depresivos? ¿Tendrán otro tipo de resultado? ¿Podrían incluso tener resultados positivos? ¿Existen pacientes resilientes con una condición crónica de dolor?

Una búsqueda en Pubmed generó 33 resultados con las palabras (chronic pain AND resilience). Si bien es un término importante que nos podría dar datos sobre variables que colaboran en la adaptación ante esta condición altamente estresante, las publicaciones sobre el tema no son numerosas.

La resiliencia es un constructo multifactorial que ha llamado la atención en distintas disciplinas que estudian al ser humano. El término procede del latín, de la palabra *resilium* (volver atrás, volver de un salto; Ruiz, & López, 2012)

En 1982 se publicó un estudio que ha sido pionero en el tema de la resiliencia. En él Werner y Smith (1982); evaluaron la historia reproductiva y la condición física y emocional de las madres, de una muestra de 698 niños, así como los efectos acumulados de estrés perinatal y la calidad del ambiente sobre el desarrollo físico, cognitivo y social durante la infancia y la adolescencia. Ellos encontraron que la combinación de factores biológicos, sociales y psicológicos predicen serios problemas en su desarrollo. De los 698 niños evaluados, el 30% tuvieron problemas de aprendizaje y conducta, sin embargo otros niños resultaron ser *invencibles* y competentes a pesar de vivir en las mismas condiciones de vulnerabilidad.

Este estudio es un antecedente importante para demostrar que ante situaciones de adversidad no necesariamente se obtiene resultados negativos. A partir de este estudio, la resiliencia se ha estudiado de manera importante en otras condiciones estresantes como las enfermedades crónicas.

La resiliencia ha sido definida como la habilidad para adaptarse a situaciones estresantes, es un constructo multidimensional compuesto por variables constitutivas como el temperamento y la personalidad, y habilidades específicas (Ramírez-Maestre, Esteve & López, 2012). Es el bienestar general del individuo a pesar de la presencia de la presencia de factores de estrés significativo, el afrontamiento resiliente son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales adaptativos (por ejemplo el afrontamiento basado en la aceptación o la búsqueda de apoyo social) que contribuyen al bienestar general (Sturgeon & Zautra, 2013). Autores como Karoly y Ruhlman (2006) entienden la resiliencia, en el contexto del dolor crónico, como un patrón de respuesta que caracteriza a pacientes con elevados niveles de intensidad de dolor pero con una baja interferencia en su cotidianidad y un escaso malestar emocional.

Karoly y Ruhlman (2006) encontraron que en una muestra nacional con 2407 pacientes con dolor crónico, aproximadamente el 13% fueron resilientes. Encontraron diferencias significativas entre los pacientes resilientes y los no resilientes en el estilo de afrontamiento, creencias y actitudes de dolor, catastrofización, respuestas sociales al dolor y patrones de cuidados de la salud y medicación.

En una revisión de la literatura Ruiz & López (2012) encontraron datos relevantes sobre el efecto de la resiliencia en el contexto del dolor crónico, siendo un amortiguador ante situaciones precursoras de estrés, y depresión. Entre los hallazgos está el que las emociones positivas parecen jugar un papel protector en pacientes con osteoartritis, fibromialgia y artritis reumatoide, asociándose con niveles menores de dolor y a un mayor grado de funcionamiento físico autónomo, además de un mayor uso de afrontamiento activo en las personas resilientes, manifestación de emociones positivas, niveles inferiores de dolor, menor frecuencia de pensamientos catastrofistas. Los pacientes resilientes presentan menos conductas de miedo-evitación, un autodiálogo positivo, mayor persistencia a la hora de efectuar tareas, bajos niveles de miedo al dolor inducido, menor

incapacidad auto informada, menor catastrofismo, y mayor apoyo social tangible. Asimismo, en trabajos efectuados con modelos de ecuaciones estructurales, la resiliencia aparece como un elemento central en la adaptación al dolor de pacientes con lumbalgia crónica en la medida en que aumenta las puntuaciones de la aceptación del dolor y en afrontamiento activo.

En un estudio con una metodología de evaluación diaria durante 14 días, Ong, Zautra y Carrington (2010) identificaron que la resiliencia psicológica predice el aumento en emociones positivas diarias, lo cual a su vez predice la disminución en la catastrofización. Ellos sugieren que la catastrofización es un proceso dinámico que es influido por la resiliencia y las emociones positivas en un proceso de regulación emocional, es más un resultado que una causa, y tiene que ver con cómo los sujetos reaccionan, evalúan e interpretan su dolor.

Ramírez-Maestre, Esteve y López (2012) compararon cómo la resiliencia, la aceptación del dolor crónico y el afrontamiento activo se relacionan con el ajuste al dolor crónico medido por la ansiedad, depresión, estatus funcional, discapacidad funcional e intensidad del dolor, en una muestra de 299 pacientes con dolor crónico espinal, con un modelo de ecuaciones estructurales. Encontraron que la resiliencia tuvo cuatro vías estadísticamente significativas, dos vías fueron hacia la aceptación y el afrontamiento activo, lo que quiere decir que los pacientes con más altos niveles de resiliencia reportaron niveles más altos de aceptación y el mayor uso de afrontamiento activo. Las otras dos vías fueron hacia ansiedad y depresión, los sujetos con los mayores niveles de resiliencia reportaron los menores valores de ambas variables.

Viggers y Caltabiano (2012) indagaron sobre el papel de la resiliencia y las estrategias de afrontamiento sobre el funcionamiento psicológico en 87 pacientes con dolor crónico y encontraron una asociación significativa positiva con la calidad de vida relacionada con la salud y negativa con ansiedad y depresión.

Sturgeon y Zautra (2013) describen un modelo conceptual que integra aspectos tanto de vulnerabilidad psicológica como de resiliencia al dolor, el cual identifica factores protectores y de vulnerabilidad en el proceso de adaptación al dolor crónico como lo son

catastrofización, aceptación del dolor y fuentes de afrontamiento adaptativo en la condición de dolor crónico.

Pocos estudios identifican la asociación entre resiliencia, catastrofización, calidad de vida y dolor. Una búsqueda en PubMed con las palabras clave: resilience, catastrophizing, quality of life y pain generó dos artículos de los cuales uno tuvo como objetivo validar la versión española de la Escala de Inflexibilidad Psicológica ante el Dolor y compararla con otros dos constructos psicológicos, la aceptación y el mindfulness (Rodero et al., 2013) por lo que no es un artículo relevante para identificar la relación entre las cuatro variables antes mencionadas.

La segunda referencia tuvo como objetivo determinar si la resiliencia tiene un impacto significativo en la funcionalidad en pacientes con dolor crónico (después de controlar la intensidad del dolor y las estrategias de afrontamiento). Los participantes fueron 87 adultos voluntarios con dolor crónico de diferentes etiologías. Los instrumentos utilizados fueron: McGill Pain Questionnaire, Connor-Davidson Resilience Scale, Coping Strategies Questionnaire, SF-36, and the Depression, Anxiety and Stress Scale. Utilizando regresión jerárquica, la resiliencia se asoció significativamente con la calidad de vida relacionada con la salud ($\beta = 0.18$, $p < 0.05$; $r^2 = 0.48$, $p < 0.01$) con depresión ($\beta = -0.31$, $p < 0.05$; $r^2 = 0.42$, $p < 0.01$) y con ansiedad ($\beta = -0.20$, $p < 0.05$; $r^2 = 0.39$, $p < 0.01$). La catastrofización se asoció con calidad de vida relacionada con salud física ($\beta = -0.32$, $p < 0.01$; $r^2 = 0.46$, $p < 0.01$) y con salud mental ($\beta = -0.44$, $p < 0.01$; $r^2 = 0.45$, $p < 0.01$). La resiliencia, sin embargo, no influyó en la percepción de calidad de vida relacionada con la salud física (Viggers & Caltabiano, 2012).

Haciendo la misma búsqueda en PsycINFO con los mismos conceptos surgen 3 referencias, de las cuales, la primera es una colección de resúmenes del VII Congress of the European Federation of Pain, realizado en Hamburgo, Alemania, en septiembre de 2011, por lo que no es una referencia útil para el objetivo de este trabajo. La segunda tuvo como objetivo examinar los factores relacionados con la enfermedad y de apoyo social relacionado con la resiliencia (como la autoestima y la calidad de vida) en 19 adolescentes que han tenido múltiples neurocirugías y dolor crónico. Dos escalas de catastrofización se relacionaron con afrontamiento evitativo, así como correlaciones significativas entre

intensidad del dolor y estatus funcional (Kobayashi, 2007), sin embargo los participantes de este estudio son adolescentes, lo que difiere de este estudio. La tercera referencia es la misma encontrada en PubMed anteriormente descrita, es decir, la búsqueda de estudios que identifican la asociación entre estos constructos genera solo una referencia relevante para la población de este estudio.

El dolor crónico es una experiencia compleja que impacta la calidad de vida del paciente. Factores cognitivos y emocionales juegan un papel importante en la relación que tiene la calidad de vida y el dolor, algunos de ellos son factores de vulnerabilidad y otros protectores. La catastrofización aumenta la intensidad del dolor (Edwards et al., 2013) y disminuye la calidad de vida (Casals & Samper, 2004). Por su parte, la resiliencia parece tener un papel protector al relacionarse con la adaptación al dolor (Ramírez-Maestre, Esteve & López, 2012), con la disminución de niveles de catastrofización (Zautra & Carrington, 2010) y con el aumento en la calidad de vida (Viggers & Caltabiano, 2012), pero no necesariamente disminuye la intensidad del dolor. Aunque la literatura previa reporta la asociación existente entre estas variables por separado, no se ha identificado qué tipo de relación existe y de qué intensidad, entre calidad de vida, intensidad del dolor, catastrofización y resiliencia en la misma muestra de pacientes con dolor crónico. Esta investigación busca cubrir este vacío en la literatura, debido a la relevancia que puede tener la identificación de factores de riesgo y protectores para la generación de intervenciones dirigidas al abordaje emocional de estos pacientes, ya que la presencia de dolor en la vida del paciente deteriora las esferas biológica, psicológica y social, en específico, en la clínica se ha reportado una EVA promedio de 6 ± 2 (Covarrubias et al., 2008) lo que sugiere la relevancia del manejo interdisciplinario del dolor.

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la relación entre catastrofización, resiliencia e intensidad del dolor y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico no oncológico del INCMNSZ.

Método

Participantes.

La muestra se conformó por 124 pacientes, que asistieron a la consulta externa de la Clínica de Dolor del INCMNSZ en el período de octubre de 2013 a junio de 2014, con una edad promedio de 57.4 años (DE=15.8) de los cuales 100 fueron mujeres, es decir el 81% (Figura 1). Del total, el 2% no tuvo escolaridad, 19% primaria, 21% secundaria, 29% preparatoria, 24% universidad y 5% posgrado (Figura 2). La mayoría (46%) estaban casados o en unión libre, el 22% solteros, 16 % viudos y 16% separados o divorciados. (Figura 3).

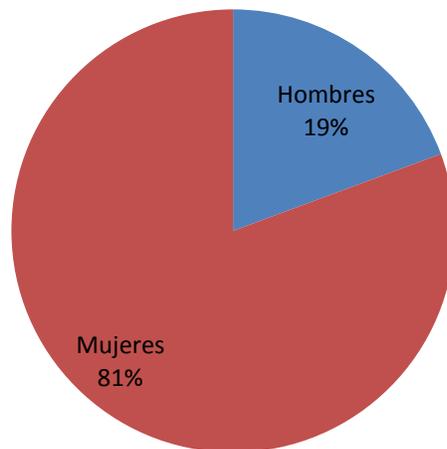


Figura 1. Porcentaje de hombres y mujeres que participaron en el estudio, 100 fueron mujeres (N=124).

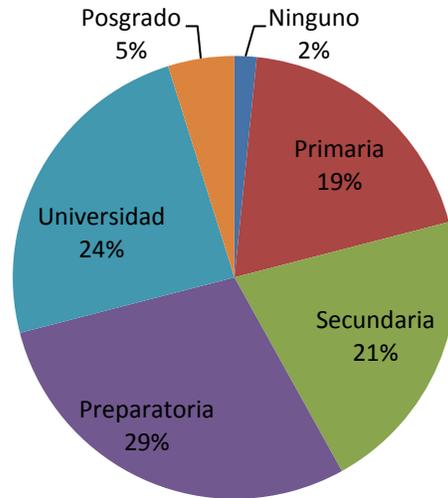


Figura 2. Porcentaje de participantes de acuerdo a su nivel máximo de estudios. De los 124 participantes, 2 no tuvieron escolaridad, 24 primaria, 26 secundaria, 36, preparatoria, 30 universidad y 6 posgrado.

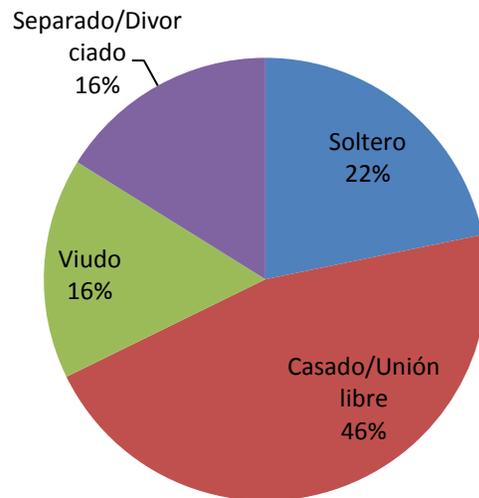


Figura 3. Porcentaje de participantes solteros (N=27), casados o en unión libre (N=57), viudos (N=20) y separados o divorciados (N=20) de un total de 124 participantes.

Se incluyeron a pacientes con dolor crónico no oncológico, nociceptivo, neuropático o mixto, que lo hayan experimentado por al menos tres meses. El 28.2% reportó dolor nociceptivo, el 54% neuropático y 17.8% ambos (Tabla 1).

Tabla 1.

Número de participantes y porcentaje con dolor nociceptivo, neuropático o ambos (N=124).

Tipo de dolor	N	%
Nociceptivo	35	28.2
Neuropático	67	54
Ambos	22	17.8

Se observó una intensidad del dolor promedio de 60.6 mm. en una escala visual análoga (EVA, que consiste en una línea de 100 mm., la cual en el extremo izquierdo tiene la leyenda “nada de dolor” y en el extremo derecho la leyenda “el peor dolor imaginable”) una media de EVA actual de 41.4, una media de EVA semanal de 66.2 y una media de EVA mensual de 74.6 (Tabla 2).

Tabla 2.

Promedios y desviaciones estándar de las tres mediciones de intensidad del dolor y el promedio de esas mediciones.

Intensidad del dolor	Media	DE
EVA Actual	41.5	27.6
EVA Semanal	66.25	27.9
EVA Mensual	74.6	27
EVA Promedio	60.62	24.1

Los participantes fueron de cualquier parte de la República Mexicana. Se excluyeron a pacientes con deterioro cognitivo que interfiriera en la atención, la concentración y la memoria al momento de responder el cuestionario. Como criterio de

eliminación, solo se consideró que el paciente haya sido diagnosticado con una enfermedad terminal.

Mediciones e instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación:

Resiliencia. Para Rutter (en Palomar & Gómez, 2010) consiste en: “*la capacidad de las personas para desarrollarse psicológicamente sanas y exitosas, a pesar de estar expuestas a situaciones adversas que amenazan su integridad*” (p.7). Para medirla se utilizó la Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M) (Palomar & Gómez, 2010), escala adaptada a la población mexicana compuesta por cinco factores: 1) Fortaleza y confianza en sí mismo, 2) Competencia social, 3) Apoyo familiar, 4) Apoyo social y 5) Estructura. Consta de 43 ítems, con cuatro opciones de respuesta (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo). Los factores que la componen los coeficientes alfa van de $\alpha=.79$ a $\alpha=.72$, y un alfa total de $\alpha=.93$.

Catastrofización. Es “*la tendencia a enfocarse desmesuradamente en la sensación dolorosa (rumiación), exagerar el daño (magnificación), y percibirse incapaz de controlar el dolor (desesperanza)*” (Wade, Riddle, Price & 2011, p. 314). Se utilizó la Versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) que presenta la estructura factorial en los tres factores descritos en el estudio original (rumiación, magnificación y desesperanza), así como una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,79) (García et al., 2008). Consta de 13 ítems con cinco opciones de respuesta (nada/en absoluto, un poco, moderadamente, mucho, todo el tiempo).

Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Es “*la percepción del estado de salud de los individuos en actividades de la vida cotidiana, dividida en ocho dimensiones*”: a) función física (FF) b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y h) salud mental (SM)” (Zúniga, Carrillo-Jiménez, Fos, Gandek & Medina-Moreno, 1996, p. 111). Versión en español de la Encuesta SF-36, autoaplicable, con un promedio de respuesta de 8 a 12 minutos. Contiene 8 escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general,

vitalidad, función social, rol emocional y salud mental en 36 ítems, con opciones de respuesta de acuerdo a la escala (preguntas dicotómicas, 3, 5 y 6 opciones de respuesta). 100 puntos significan mejor salud y 0 puntos peor salud. En sus distintas escalas muestra una consistencia interna que va de $\alpha=.56$ a $.84$ (Zúniga, Carrillo-Jiménez, Fos & Gandek, 1999).

Intensidad del dolor. Es la “*experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con daño tisular real o potencial o descrita en términos de dicho daño*” (Wayne & Gouck, 2011, p. 5), expresado a través de La Escala Visual Análoga (EVA) de dolor, medida unidimensional de la intensidad del dolor, que ha sido ampliamente utilizada en diversas poblaciones de adultos. La EVA de dolor es una línea horizontal o vertical continua de 10 centímetros (100 mm) de longitud, anclado por 2 descriptores verbales, uno para cada extremo (sin dolor, el peor dolor imaginable). En ausencia de un estándar de oro para evaluar dolor, la validez de criterio no puede ser evaluada. Se ha encontrado que la EVA de dolor está altamente correlacionada con una Escala Verbal Análoga (EVERA) de 5 puntos (nulo, leve, moderado, severo e insoportable) y con una Escala Numérica Análoga (ENA), con correlaciones que van desde $.71$ hasta $.78$ y desde $.62$ hasta $.91$, respectivamente. La correlación entre las orientación vertical y horizontal de la EVA es de $.99$ (Hawker, Mian, Kendzerska & French, 2011). Para este estudio se utilizaron tres EVA, una para la intensidad del dolor en este momento, otra para el peor dolor experimentado en la última semana, y una tercera para el peor dolor en el último mes.

Diseño.

Estudio analítico observacional, correlacional y transversal. Este proyecto fue aceptado por el Comité de Ética y el comité de Ética en Investigación del INCMNSZ, con número de registro 1092.

Análisis estadístico

Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para describir las variables socio demográficas. Dada la distribución no normal de las variables (al realizar la prueba de Kolmogorov para verificar la normalidad de las variables se identificaron valores de significancia superiores a $.05$, lo que indica una distribución normal) y su nivel de

medición, se utilizó estadística paramétrica para evaluar el nivel de asociación entre las variables y la diferencia de medias entre las variables principales: a saber, el coeficiente de correlación de Pearson y pruebas *t*. Se consideró un nivel de .05 para establecer significancia estadística, utilizando el programa Statistical Package for the Social Sciences versión 17 (SPSS v. 17). También se realizó un análisis de regresión múltiple por pasos para identificar en qué medida la resiliencia, la catastrofización y la intensidad del dolor predicen la calidad de vida.

Procedimiento

Este estudio consistió en la evaluación de la resiliencia, la catastrofización, la intensidad del dolor y la calidad de vida por medio de una batería de instrumentos aplicada en una sola sesión, a pacientes captados en la sala de espera de la consulta externa de clínica del dolor del INCMNSZ, por psicólogos especialistas en manejo del dolor, residentes de la maestría en Psicología. Los pacientes fueron informados y si aceptaban, firmaban consentimiento informado. Posterior a esto respondieron la batería de instrumentos dentro de un consultorio o en sala de espera. El tiempo aproximado de la entrevista osciló entre 20 y 40 minutos.

Resultados

Análisis descriptivos

En esta muestra se obtuvo una media de 140.2 con una desviación estándar de 18.6 en la escala que evalúa Resiliencia, Resi-M (valor mínimo 83, valor máximo 172). En cuanto a la Escala de Catastrofización ante el dolor, el valor promedio fue 23.5, con 14.7 puntos de desviación estándar (valor mínimo 0, valor máximo 52). Para el instrumento que evalúa calidad de vida relacionada con la salud, la media fue de 46.6 con una desviación estándar de 21.2, en una escala que va de 0 a 100, siendo 0 la peor calidad de vida y 100 la mejor calidad de vida. Las medias, desviaciones estándar y coeficientes de confiabilidad de estas variables se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2.

Medias, desviaciones estándar y coeficientes alfa de Cronbach de las medidas utilizadas en este estudio.

Variable	M	DE	α
Resiliencia (RESI-M)	140.2	18.6	.95
Catastrofización (ECD)	23.5	14.7	.95
Calidad de vida (SF-36)	46.6	21.2	.85

Se utilizó la prueba t de student para muestras independientes para comparar las medias de los puntajes de Calidad de Vida y catastrofización, entre los pacientes con puntajes menores (baja resiliencia) o mayores a la media (alta resiliencia) de acuerdo a la distribución de este grupo.

Como se observa en la Figura 4, para los puntajes de catastrofización, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo con baja o alta resiliencia, teniendo una mayor catastrofización el grupo de menor resiliencia ($t(122)=3.5$, $p<.01$). En cuanto a calidad de vida, el grupo de alta resiliencia tuvo puntajes superiores en comparación con el grupo de baja resiliencia, y esta diferencia fue estadísticamente significativa ($t(118)=-4.1$, $p<.01$).

Diferencia entre los puntajes de catastrofización y calidad de vida en relación a la resiliencia.

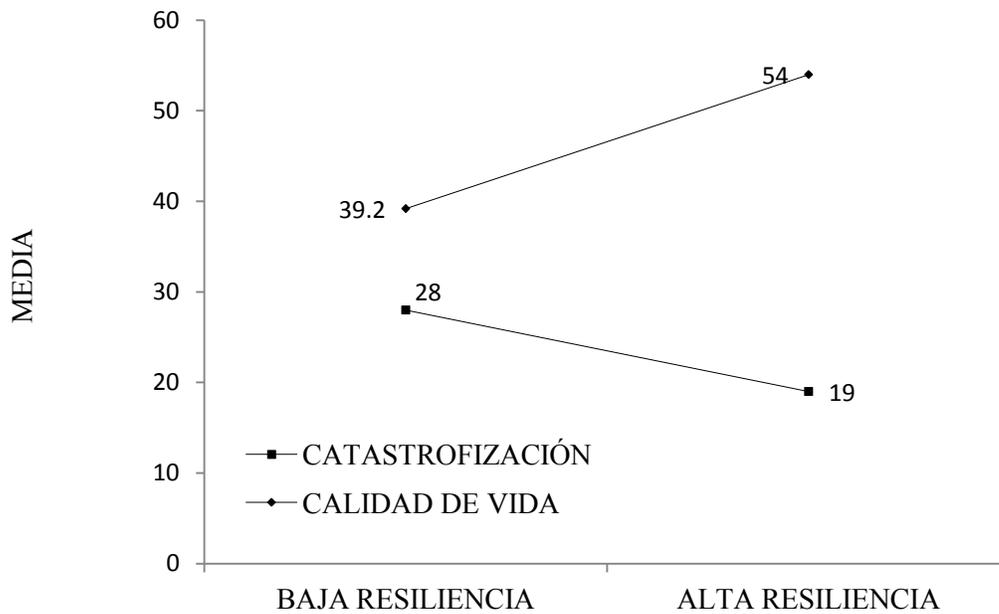


Figura 4. Puntajes promedio de Catastrofización y Calidad de Vida (SF-36) en el grupo de alta resiliencia (N=62) y baja resiliencia (N=62).

La Figura 5 muestra cómo el grupo con baja catastrofización tuvo una menor intensidad del dolor en comparación con el grupo con alta catastrofización y esta diferencia es estadísticamente significativa ($t(112)=-3.3, p<.01$).

Diferencia de los puntajes de EVA Semanal en relación a la catastrofización.

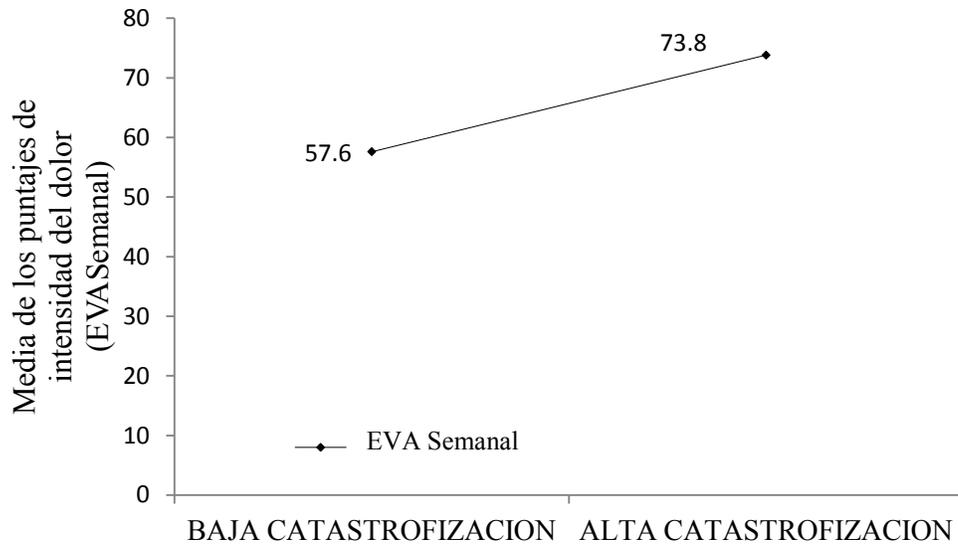


Figura 5. Promedios de EVA por semana en los grupos de baja catastrofización (N=58) y alta catastrofización (N=66).

Asimismo, la Figura 6 muestra cómo el grupo con baja catastrofización (con puntajes menores a la media) tuvo puntajes mayores en resiliencia y menores en intensidad del dolor (EVA Semana) en comparación con el grupo con alta catastrofización (puntajes mayores a la media), y estas diferencias fueron estadísticamente significativa (para resiliencia: $t(122)=4.4$, $p<.01$, para EVA S: $t(112)=-3.3$, $p<.01$).

Resiliencia e intensidad del dolor (EVA semanal) de acuerdo a la catastrofización.

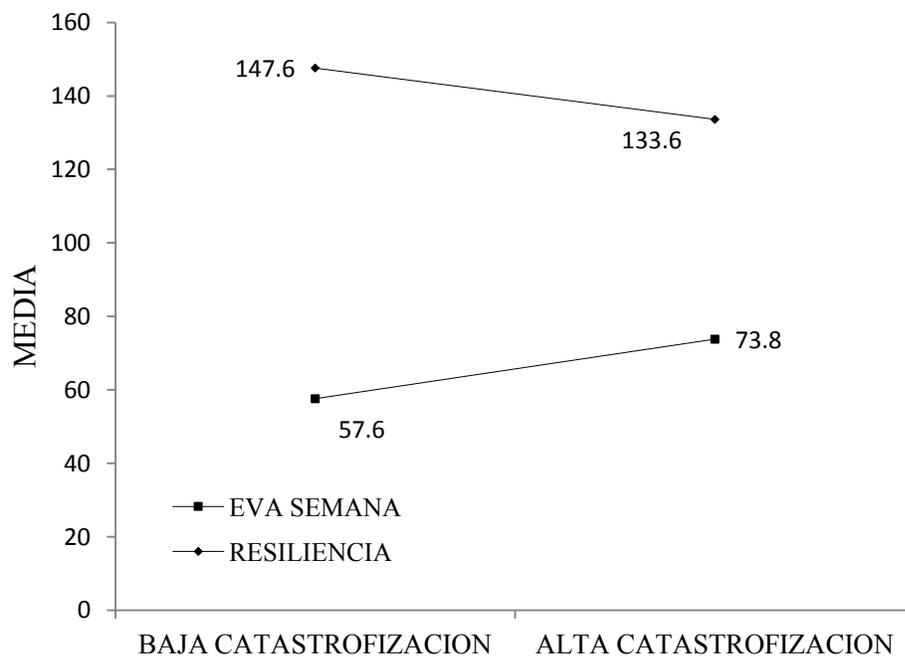


Figura 6. Puntajes promedio de Resiliencia y EVA Semana entre los grupos de Baja y Alta Catastrofización.

En cuanto a Calidad de Vida, el grupo con baja catastrofización tuvo puntajes mayores que el de alta catastrofización ($t(115)=7.5$, $p<.01$), esto se aprecia en la Figura 7.

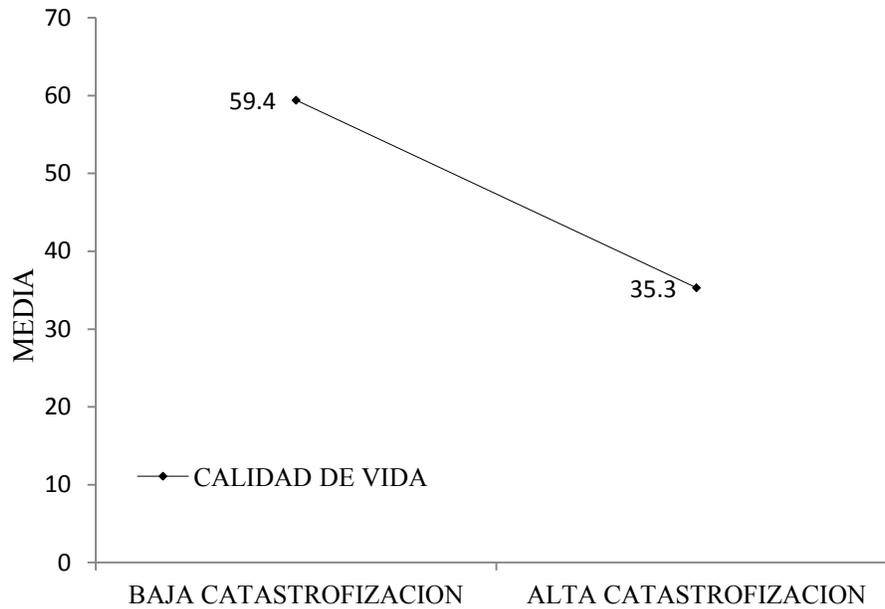


Figura 7. Puntajes promedio de Calidad de Vida en los grupos de baja catastrofización (N=58) y alta catastrofización (N=66).

En la Tabla 3 se muestran los puntajes promedio de calidad de vida en los grupos de baja y alta catastrofización de acuerdo a cada dimensión del instrumento de calidad de vida. Así como los valores p al aplicar la prueba *t* para identificar diferencias entre las medias. Los valores son mayores en el grupo de baja catastrofización y estas diferencias son estadísticamente significativas.

Tabla 3.

Promedios de calidad de vida en los grupos de baja y alta catastrofización.

Dimensiones del sf-36	Baja catastrofización	Alta catastrofización	P
	M	M	
Función Física	57.76	39.32	<.01
Rol Físico	53.88	14.39	<.01
Dolor Corporal	54.22	30.72	<.01
Salud General	52.93	33.86	<.01
Vitalidad	55.78	36.33	<.01
Función Social	68.74	44.82	<.01
Rol Emocional	63.79	39.88	<.01
Salud Mental	68.55	43.36	<.01

Análisis de correlación

La relación entre intensidad del dolor, resiliencia, catastrofización y calidad de vida fue evaluada por el coeficiente de correlación de Pearson (N=124). Los coeficientes de correlación encontrados indican que la catastrofización tiene una asociación negativa fuerte con calidad de vida ($r_p=-.65$) (Figura 8), lo mismo ocurre con la catastrofización y las dimensiones de calidad de vida: rol físico ($r_p=-.53$), dolor corporal ($r_p=-.54$), salud general ($r_p=-.58$), vitalidad ($r_p=-.61$), función social ($r_p=-.54$) y salud mental ($r_p=-.61$), lo que indica que a mayor catastrofización, menor calidad de vida, menor funcionamiento físico, mayor dolor (en el instrumento que evalúa calidad de vida, puntajes mayores indican menor dolor en esta dimensión), menor salud general, menor vitalidad, menor funcionamiento social y menor salud mental.

Se encontraron correlaciones positivas moderadas entre la catastrofización y la mayor intensidad del dolor en el último mes, lo que significa que a mayor catastrofización mayor dolor ($r_p=.32$), entre la resiliencia y la calidad de vida ($r_p=.39$) (Figura 9), resiliencia y salud general ($r_p=.42$), resiliencia y vitalidad ($r_p=.42$), resiliencia y función social ($r_p=.31$) y

resiliencia y salud mental ($r_p=.50$), es decir, a mayor resiliencia mayor calidad de vida y sus dimensiones.

Las correlaciones fueron moderadas pero negativas entre catastrofización y resiliencia ($r_p=-.38$) (Figura 10), entre el promedio de los puntajes de las dimensiones de calidad de vida y la peor intensidad del dolor en la última semana ($r_p=-.33$), entre catastrofización y función física ($r_p=-.38$), catastrofización y rol emocional ($r_p=-.32$), calidad de vida y la peor intensidad del dolor en el último mes ($r_p=-.40$), entre la peor intensidad del dolor en el último mes y rol físico ($r_p=-.35$) y salud mental ($r_p=-.34$), lo que indica que entre más aumente el dolor más disminuye el valor de las dimensiones de calidad de vida mencionadas.

Las correlaciones fueron débiles positivas, entre el dolor corporal y la resiliencia ($r_p=.28$), entre la resiliencia y el rol físico ($r_p=.23$) y entre la resiliencia y el rol emocional ($r_p=.25$). Correlaciones débiles negativas se encontraron entre la peor intensidad del dolor en la última semana y rol físico ($r_p=-.28$), función física ($r_p=-.21$), función social ($r_p=-.22$), y con salud mental ($r_p=-.30$), entre la peor intensidad del dolor en el último mes y salud general ($r_p=-.27$), vitalidad ($r_p=-.28$), función social ($r_p=-.28$) y función física ($r_p=-.28$) y entre vitalidad y la intensidad del dolor actual ($r_p=-.19$) y de esta última con función social ($r_p=-.18$).

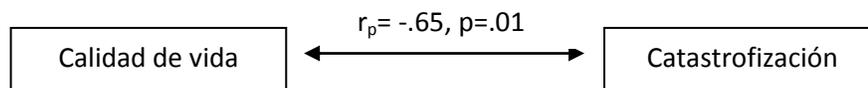


Figura 8. Relación entre el puntaje promedio de las dimensiones que conforman el cuestionario SF-36 que evalúa calidad de vida y los puntajes de Catastrofización medidos por la Escala de Catastrofización ante el dolor (N=124). La correlación encontrada es fuerte y negativa, lo que indica que a mayor catastrofización menor calidad de vida.

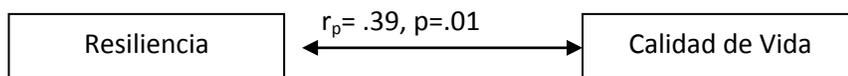


Figura 9. Relación entre los puntajes de resiliencia y los puntajes promedio de Calidad de Vida (N=124). Ésta es positiva moderada y sugiere que a mayor resiliencia mayor calidad de vida.

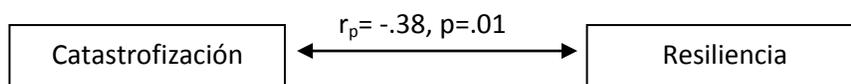


Figura 10. Relación entre los puntajes de Catastrofización y Resiliencia, la cual es negativa moderada lo que indica que a menor catastrofización mayor resiliencia.

La Tabla 4 muestra los coeficientes de correlación entre intensidad del dolor, puntaje total de resiliencia y catastrofización y cada una de las dimensiones de calidad de vida, incluyendo el puntaje promedio de las 8 dimensiones. Las correlaciones más fuertes en su mayoría se encuentran entre las distintas dimensiones de calidad de vida, indicando cómo influye cada una de las dimensiones en las otras, independientemente de si son de salud física o salud mental. También puede observarse consistencia en los signos de acuerdo a si son variables de deterioro (intensidad del dolor, catastrofización) o protectoras (resiliencia) y su relación con las dimensiones de calidad de vida.

Tabla 4.

Coefficientes de correlación de Pearson para intensidad del dolor, resiliencia, catastrofización y calidad de vida ($N=124$).

Variable	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	4	<u>5</u>	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. EVA actual	-													
2. EVA semanal	.63**	-												
3. EVA mensual	.40**	.83**	-											
4. Resiliencia (RESI-M)	-.15	-.12	-.08	-										
5. Catastrofización (ECD)	-.12	.29**	.32**	-.38**	-									
6. Calidad de vida (SF-36)	-.22*	-.33**	-.40**	.39**	-.65**	-								
7. Función Física	.05	-.21**	-.28**	.14	-.38**	.72**	-							
8. Rol físico	-.15	-.28**	-.35**	.23**	-.53**	.82**	.59**	-						
9. Dolor Corporal	-.45**	-.45**	-.48**	.28**	-.54**	.77**	.52**	.62**	-					
10. Salud General	-.16	-.21*	-.27**	.42**	-.58**	.73**	.49**	.56**	.53**	-				
11. Vitalidad	-.18*	-.20*	-.28**	.42**	-.61**	.82**	.53**	.55**	.62**	.64**	-			
12. Función Social	-.19*	-.22*	-.28**	.31**	-.54**	.78**	.55**	.49**	.58**	.51**	.72**	-		
13. Rol Emocional	-.10	-.18*	-.18*	.25**	-.32**	.69**	.33**	.56**	.39**	.33**	.42**	.43**	-	
14. Salud Mental	-.16	-.30**	-.38**	.50**	-.61**	.76**	.41**	.44**	.55**	.65**	.78**	.61**	.45**	-

Nota. Los valores de *calidad vida*, corresponden al promedio de la calificación de las ocho dimensiones del cuestionario SF-36: Función Física, Rol físico, Dolor corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol emocional y Salud Mental. En negritas se encuentran marcadas las correlaciones fuertes. Las variables subrayadas en la primera fila son las que generan deterioro en los pacientes, nótese la consistencia de los signos en la columna de cada una de esas variables en las dimensiones de calidad de vida.

*La correlación es significativa al 0.05

**La correlación es significativa al 0.01

Análisis de regresión.

Se realizó un análisis de regresión múltiple por pasos para identificar en qué medida la intensidad del dolor, la catastrofización y la resiliencia predicen la calidad de vida. El objetivo fue indagar qué proporción de la varianza podría ser explicada por los niveles de dolor, catastrofización y resiliencia, usando el coeficiente de determinación (r^2).

Regresión lineal múltiple.

El análisis de regresión múltiple por pasos identificó a la catastrofización, la intensidad del dolor y la resiliencia como variables predictoras de la calidad de vida, mostrando un r^2 ajustado de .47 ($p < .01$) en el modelo final, lo que indica que el 47% de la varianza en la calidad de vida puede ser explicada por estas tres variables.

Tabla 5. Variables predictoras de calidad de vida.

Modelo	Variables introducidas	R	r^2	r^2 ajustado	Significancia del cambio
1	Catastrofización	.65	.42	.42	<.01
2	Intensidad del dolor promedio	.68	.46	.45	<.01
3	Resiliencia	.69	.48	.47	<.01

Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre catastrofización, resiliencia, intensidad del dolor y calidad de vida en pacientes con dolor crónico no oncológico. Se encontró una correlación negativa importante entre calidad de vida y catastrofización, una correlación negativa moderada entre calidad de vida y dolor, resiliencia y catastrofización, una correlación positiva moderada entre calidad de vida y resiliencia y una correlación positiva moderada entre catastrofización e intensidad del dolor.

Investigaciones previas han identificado la relación entre catastrofización y calidad de vida (Viggers & Caltabiano, 2012; Börsbo, Gerdle & Peolsson, 2010; Tripp et al., 2009; Börsbo, Peolsson & Gerdle, 2008; Lamé, Peters, Vlaeyen, Kleef & Patijn, 2005; Turner, Jensen, Warms & Cardenas, 2002; Severeijns, 2001). El papel que juega el aspecto psicológico en la interpretación del dolor así como en resultados de salud física y emocional se ha demostrado consistentemente y las explicaciones giran en torno a la relevancia de procesos cognitivos. Viggers y Caltabiano (2012) sugieren que la evaluación cognitiva del dolor (la forma en que los individuos evalúan su interacción con el ambiente, y la relación de esta interacción con su bienestar) tiene importantes implicaciones en el afrontamiento y el bienestar de los pacientes con dolor crónico, para Ramírez-Maestre, Esteve y López (2008) esto se debe a que una evaluación de daño (dentro de la Teoría Transaccional del Estrés de Lazarus y Folkman, en la que una situación se evalúa como daño, amenaza o desafío) lleva a los pacientes a utilizar un estilo de afrontamiento pasivo y a enfocar su atención en el dolor y no utilizar recursos adaptativos para la rehabilitación y para mantener una perspectiva positiva, lo que puede influir indirectamente en el nivel de funcionalidad, discapacidad e intensidad del dolor.

Otro proceso psicológico relacionado con estos datos es el miedo al movimiento que impacta a la calidad de vida al reducir la actividad del paciente, en la cual la catastrofización está relacionada sobre todo en dolor musculoesquelético, mientras que en otros tipos de dolor está relacionada con aspectos psicológicos y sociales de calidad de vida, funcionamiento social, salud mental, vitalidad y salud general (Lamé et al., 2005).

A pesar de lo anterior, las correlaciones entre calidad de vida y resiliencia en este estudio fueron menos intensas que entre calidad de vida y catastrofización, aun cuando la resiliencia brinda una evaluación cognitiva favorable. Podrían existir diferentes formas de explicar la correlación entre resiliencia y catastrofización que no sea la definición antitética en la cual la resiliencia sería lo opuesto a la catastrofización, si no que sea probable que la resiliencia sea un rasgo estable, y la catastrofización sea un estado e incluso un resultado, es decir, un proceso dinámico en el que influyen características estables (resiliencia) y variables cotidianas (estresores o satisfactores) de acuerdo a datos ya encontrados en investigación longitudinal previa (Ong, Zautra & Reid, 2010). Probablemente también estudios de tipo longitudinal generen una asociación más fuerte entre estos constructos.

La resiliencia se asoció de manera positiva con calidad de vida y negativa con catastrofización lo que es consistente con la literatura (Karoly & Ruhlman, 2006; Ruiz & López, 2012; Viggers & Caltabiano, 2012) estas últimas tuvieron correlaciones significativas con intensidad del dolor, y fueron débiles con resiliencia, incluso se encontró una correlación positiva pero débil con la dimensión dolor corporal del instrumento que evalúa calidad de vida, lo que resulta congruente con la misma definición de resiliencia en dolor crónico como un patrón de respuesta que caracteriza a pacientes con elevados niveles de intensidad de dolor pero con una baja interferencia en su cotidianidad y un escaso malestar emocional (Karoly & Ruhlman, 2006). Incluso y de acuerdo a los datos encontrados en esta investigación, si se define a la resiliencia como calidad de vida en el sentido de que un paciente resiliente mantiene funcionalidad a pesar del dolor, entonces el valor inverso de catastrofización podría ser un buen descriptor de la resiliencia.

La correlación de dolor más alta fue con calidad de vida, y no con resiliencia o catastrofización, aunque muy semejante con esta última, debido probablemente a la interferencia del dolor crónico en las actividades diarias (Rognoni, Fizzotti, Pistarini & Quaglini, 2013; Turk et al., 2003) y al impacto de la evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento en la funcionalidad de los pacientes (Viggers & Caltabiano, 2012; Lamé et al., 2005). El promedio de calidad de vida en esta muestra fue de 46.6, en un intervalo de 0 a 100, donde 100 significa la mejor calidad de vida, y un promedio de EVA de dolor de 60.6 mm, siendo 0 nada de dolor y 100 el peor dolor imaginable, lo que indica que estos

pacientes tienen baja calidad de vida y un dolor que puede considerarse como no controlado, y dado que la medición de calidad de vida involucra la percepción del funcionamiento diario y del bienestar físico, social y psicológico, y a que el dolor crónico provoca deterioro en el funcionamiento de esas tres esferas, esto puede ser la razón de los bajos niveles de dicha percepción, lo que concuerda con estudios previos (Elliott, Renier & Palcher, 2003). El papel que juega el aspecto psicológico en la interpretación del dolor así como en resultados de salud física y emocional se ha demostrado consistentemente y las explicaciones giran en torno a la relevancia de procesos cognitivos.

Este estudio es el primero en evaluar la asociación entre resiliencia, catastrofización, intensidad del dolor y calidad de vida en dolor crónico en una única muestra.

Los hallazgos de esta investigación refuerzan la necesidad de desarrollar intervenciones que modifiquen la forma de interpretar el dolor, lo que a su vez modificará el afrontamiento si es que éste es desadaptativo. Dichas intervenciones deben dirigirse a desarrollar fortalezas en el individuo lo que potencialmente incrementará la percepción de control sobre el dolor y su entorno, así como de la calidad de vida.

Una ventaja de este trabajo es la obtención de datos *in situ* y personalmente, utilizando instrumentos válidos, además de la consistencia encontrada entre los resultados de este estudio y reportes previos. Una limitación es la utilización de medidas de autoreporte. Además, al tratarse de un estudio transversal, los hallazgos no representan la modificación de las variables a lo largo del tiempo, por lo que no puedan establecerse relaciones causales. La muestra fue heterogénea en cuanto al diagnóstico algológico se refiere, lo que limita la generalización de estos resultados a poblaciones con diagnósticos específicos. Una variable que no fue considerada en este estudio, es el tratamiento farmacológico que los pacientes tenían al momento del estudio, ya que forman parte de la población de una clínica del dolor.

Conclusiones

De acuerdo a lo publicado en la convocatoria en la página de Posgrado en Psicología de la UNAM (<http://psicologia.posgrado.unam.mx>) el programa de Maestría tiene por objetivo que los alumnos desarrollen aptitudes para el ejercicio profesional de la Psicología de alto rendimiento en los campos de la salud, la educación y social-organizacional-ambiental; para la adquisición de habilidades que permitan llevar a cabo investigación aplicada sobre problemáticas de dichas áreas, para ejercer la docencia a nivel superior y para fomentar una actividad ética de servicio acorde con las necesidades sociales. Esto se logra a través de una formación teórico-práctica supervisada en escenarios reales.

Para lograr lo anterior el programa cuenta con planes de estudio flexibles que favorecen respuestas eficientes, actuales y oportunas acordes a las necesidades académicas y profesionales, propiciando al mismo tiempo la interacción interdisciplinaria, una extraordinaria riqueza académica y de infraestructura y materiales, laboratorios, bibliotecas, equipo de cómputo, actividades culturales y deportivas, entre otros; la participación en redes de investigación y en proyectos nacionales e internacionales, oportunidades de intercambio y movilidad con las mejores universidades de México y el mundo y la garantía de calidad, ya que sus planes de estudio están en el padrón del Programa Nacional de Posgrados de Calidad (CONACyT), el Programa de Maestría pertenece a la categoría de Posgrado Consolidado.

Dentro de este contexto, se cumplieron las siguientes metas dentro de la residencia de Medicina Conductual para el periodo comprendido del 7 de enero de 2013 al 27 de junio de 2014:

- 1.- Desarrollar el programa de capacitación clínica para estudiantes del posgrado de Psicología de la U.N.A.M.(Residencia en Medicina Conductual) en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Dr. Salvador Zubirán, específicamente en los Departamentos Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.
- 2.- Realizar proyectos de investigación conjunta en los que participen estudiantes de posgrado de Psicología de la UNAM.

3.- Difundir los resultados de investigación de los programas.

4.- Intercambiar información, material bibliográfico, material audiovisual, acceso a bancos de datos e información relacionada con las áreas de Salud, Psicología y Medicina Conductual.

Para cumplir dichas metas, la alumna fue capaz de:

1.- Desarrollar programas de intervención en pacientes con enfermedad crónica a nivel individual y grupal, tanto para la población de dolor crónico, como la de cuidados paliativos, a través de la aplicación de distintas técnicas cognitivo-conductuales que la literatura reciente ha mostrado efectivas para la modificación de conductas y cogniciones, las cuales ayudan a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

2.- Desarrollar estrategias de intervención que ayudan a resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema orgánico, en específico relacionadas con el tipo, duración, intensidad, localización y tratamiento farmacológico del dolor, y/o con el estado sintomático y psicosocial de una enfermedad avanzada en etapa paliativa.

3.- Ofrecer alternativas psicoeducativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas, cuyo objetivo aparte de brindar información al paciente es modificar el estado emocional actual del paciente si éste es desadaptativo, y generar motivación al cambio para la realización de conductas saludables.

4.- Favorecer en los pacientes la adhesión a la terapéutica médica, ya que distintas creencias sobre la utilización de fármacos opioides y de otro tipo pueden generar un uso inadecuado de ellos.

5.- Entrenar a los pacientes en técnicas de manejo de estrés, manejo de depresión, y habilidades de afrontamiento, como relajación autógena, muscular progresiva, control de la respiración, reestructuración cognitiva, terapia de solución de problemas.

6.- Presentar un reporte en forma de artículo para publicación con las experiencias y resultados obtenidos durante su estancia.

Lo anterior se logró con el entrenamiento de la residente en el trabajo multidisciplinario en escenarios clínicos, habilidades terapéuticas necesarias para el manejo de pacientes con problemas crónico, evaluación conductual y (en su caso) el diagnóstico, manejo de las técnicas cognitivo-conductuales en salud, elaboración, aplicación y evaluación de programas de intervención en el tratamiento de problemas psicológicos derivados del problema médico, con lo cual se lograron las siguientes habilidades:

- Habilidades de trabajo en un equipo multidisciplinario en la Clínica del dolor y cuidados paliativos del INCMNSZ.
- Habilidades de entrevista clínica en pacientes con dolor crónico y con enfermedad avanzada y sus familiares.
- Habilidades para la evaluación conductual o el diagnóstico en pacientes con dolor crónico y con enfermedad avanzada y sus familiares.
- Habilidades de elaboración, aplicación y evaluación de intervenciones para prevenir, tratar o rehabilitar pacientes con dolor crónico y con enfermedad avanzada.
- Práctica de intervenciones que favorecen la adhesión a la terapéutica médica a tratamiento opioide y otro tipo de medicamentos.
- Práctica del manejo de técnicas cognitivo-conductuales a fin de disminuir niveles de estrés, ansiedad y depresión en los pacientes con dolor crónico y con enfermedad avanzada y sus familiares.
- Habilidades para evaluar los efectos de las intervenciones instrumentadas.

Dichas habilidades se obtuvieron al realizar las siguientes actividades: a) Integración a la dinámica de trabajo del área de consulta externa así como en actividades en el servicio de hospitalización del INCMNSZ. b) Colaboración con el equipo médico en los procedimientos. c) Adaptación a las exigencias y condiciones del área. d) Pase diario de visita. e) Evaluación a los pacientes aplicando distintos instrumentos válidos y confiables derivados del modelo cognitivo-conductual. f) Planeación de metas de intervención para cada paciente considerando su tiempo de estancia intrahospitalaria y las posibilidades de seguimiento. g) Instrumentación de programas de intervención en pacientes con dolor crónico y/o enfermedad avanzada, adaptando el programa a cada

paciente. h) Registro de la información en formatos establecidos. i) Práctica de las siguientes técnicas específicas (entre otras) para el tratamiento de sus pacientes: detección y modificación de sesgos o defectos cognitivos, relajación profunda, imaginación guiada, manejo de contingencias, entrenamiento en: asertividad, establecimiento de habilidades interpersonales, detención del pensamiento, solución de problemas, autocontrol y manejo de la depresión. j) Seguimiento de los pacientes. k) Evaluación del impacto del tratamiento. l) Canalización de los casos que no sean de su competencia al personal correspondiente.

Aunado a lo anterior y de acuerdo a lo determinado conjuntamente entre la Jefe de Servicio, el supervisor académica y el Supervisor *in situ*, se asistió a los siguientes congresos cumpliendo con esto:

Nacional:

IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de la Salud celebrado en la Ciudad de San Luis Potosí, México, los días 5, 6 y 7 de junio de 2013, con la ponencia: Construcción y validación de la escala de conducta planeada del cuidador primario hacia la ingesta de medicamentos del paciente crónico.

Internacional:

28 International Congress of Applied Psychology, realizado en París Francia del 8 al 13 de julio de 2014 con el trabajo: Asociación entre resiliencia, catastrofización, intensidad del dolor y calidad de vida en dolor crónico.

En ambos congresos el alumno fue el autor del trabajo; éste se derivó del protocolo de investigación previamente registrado en el Hospital.

De forma general se puede decir que la experiencia de formación clínica, teórica y metodológico cumplió lo planteado por el objetivo de la Maestría en Psicología de la UNAM, dado su alto nivel de exigencia y los recursos que la misma Universidad ofrece para lograrlo.

Una limitación identificada en la residencia es que dentro del periodo reportado, la asignación de residencia se realizó hasta el final del primer semestre, lo que representó una desvinculación con las materias de Medición y Evaluación I y Métodos de Investigación Aplicada I con los trabajos producto de ellas, se sugiere por lo tanto que se tenga conocimiento de la población meta de la residencia desde el principios del primer semestre para plantear desde ese momento la creación o validación de un instrumento de medición y la elección de un tema para la realización del protocolo de investigación para la titulación.

REFERENCIAS

- Acha Jamet, P. N., & Szyfres, B. (1977). Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre ya los animales. In *OPS. Publicación científica* (No. 354). Organización Panamericana de la Salud.
- Álvarez, A. S., Pagani, M., & Meucci, P. (2012). The clinical application of the biopsychosocial model in mental health: a research critique. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, *91*(13), S173-S180.
- Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*, *61*(4), 755-765.
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2013). Chronic Pain and Health Services Utilization: Is There Overuse of Diagnostic Tests and Inequalities in Nonpharmacologic Treatment Methods Utilization? *Medical Care*, *51*(10), 859-869.
- Borrelli Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, *119*(5), 175-179.
- Börsbo, B., Gerdle, B., & Peolsson, M. (2010). Impact of the interaction between self-efficacy, symptoms and catastrophizing on disability, quality of life and health in with chronic pain patients. *Disability & Rehabilitation*, *32*(17), 1387-1396.
- Börsbo, B., Peolsson, M., & Gerdle, B. (2008). Catastrophizing, depression, and pain: correlation with and influence on quality of life and health—a study of chronic whiplash-associated disorders. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *40*(7), 562-569.
- Caldwell, J. C. (2001). Population health in transition. *Bulletin of the World Health Organization*, *79*(2), 159-160.
- Casals, M., & Samper, D. (2004). Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Rev Soc Esp Dolor*, *11*(5), 260-269.

- Cassidy, E. L., Atherton, R. J., Robertson, N., Walsh, D. A., & Gillett, R. (2012). Mindfulness, functioning and catastrophizing after multidisciplinary pain management for chronic low back pain. *Pain, 153*(3), 644-650.
- Covarrubias-Gómez, A. (2010). Lumbalgia: Un problema de salud pública. *Revista Mexicana de Anestesiología, 33*(1), 106-109.
- Covarrubias-Gómez, A., Guevara-López, U. (2006). ¿Qué son las clínicas del dolor? *Revista Digital Universitaria, 7*, 1-7.
- 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. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc, 46* (5), 467-472.
- Domínguez, B. & Olivera, Y. (2009). Estados emocionales negativos, dolor crónico y estrés. *Ciencias, 82*.
- Domínguez, T. B. (1995). Investigación Psicológica y Manejo No-Invasivo del Dolor Crónico. *Psicología Contemporánea, 2*(1), 64-75.
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Farrar, J. T., Haythornthwait, J. A., Jensen M. P., Katzet, N. P. (2005). Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain, 113*(1), 9-19.
- Edwards, R. R., Giles, J., Bingham III, C. O., Campbell, C., Haythornthwaite, J. A., & Bathon, J. (2010). Moderators of the negative effects of catastrophizing in arthritis. *Pain Medicine, 11*(4), 591-599.
- Edwards, R. R., Mensing, G., Cahalan, C., Greenbaum, S., Narang, S., Belfer, I., ... & Jamison, R. N. (2013). Alteration in pain modulation in women with persistent pain after lumpectomy: influence of catastrophizing. *Journal of pain and symptom management, 46*(1), 30-42.
- Elliott, T. E., Renier, C. M., & Palcher, J. A. (2003). Chronic Pain, Depression, and Quality of Life: Correlations and Predictive Value of the SF-36. *Pain Medicine, 4*(4), 331-339.

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129-136.
- Flórez, L. (1991). La psicología de la salud y sus relaciones con la medicina conductual. *Revista de psicología*, *26*, 13-30.
- García J., Rodero, B., Alda, M., Sobradiel, N., Montero, J., & Moreno, S. (2008). Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina clínica*, *131*(13), 487-492.
- Ghaemi, S. N. (2009). The rise and fall of the biopsychosocial model. *The British Journal of Psychiatry*, *195*(1), 3-4.
- Harstall, C., & Ospina, M. (2003). How prevalent is chronic pain. *Pain Clinical Updates*, *11*(2), 1-4.
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual analog scale for pain (vas pain), numeric rating scale for pain (nrs pain), mcgill pain questionnaire (mpq), short-form mcgill pain questionnaire (sf-mpq), chronic pain grade scale (cpgs), short form-36 bodily pain scale (sf-36 bps), and measure of intermittent and constant osteoarthritis pain (icoap). *Arthritis care & research*, *63*(S11), S240-S252.
- Hernández, T. (2013). Asociación entre depresión, ansiedad, calidad del sueño en pacientes con dolor crónico no oncológico. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hoy, D., Bain, C., Williams, G., March, L., Brooks, P., Blyth, F., ... & Buchbinder, R. (2012). A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis & Rheumatism*, *64*(6), 2028-2037.
- Iturbe, P. V., Vásquez, S. C., & Trejo, B. D. (1995). Ansiedad y Estilos de Afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *27*(1), 73-86.

- Karoly, P., & Ruhlman, L. S. (2006). Psychological “resilience” and its correlates in chronic pain: findings from a national community sample. *Pain, 123*(1), 90-97.
- Kirk, D. (1996). Demographic transition theory. *Population Studies, 50*(3), 361-387.
- Kobayashi, H. (2007). Factors associated with resilience, quality of life and self-esteem: Adolescents who have experienced multiple neurosurgeries and chronic pain. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. Vol.68(4-B),2007, pp. 2252
- Kothe, R., Kohlmann, T., Klink, T., R  ther, W., & Klinger, R. (2007). Impact of low back pain on functional limitations, depressed mood and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Pain, 127*(1), 103-108.
- Lamé, I. E., Peters, M. L., Vlaeyen, J. W., Kleef, M. V., & Patijn, J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European journal of Pain, 9*(1), 15-24.
- Luzoro, J. (2012). Psicología de la Salud. *Revista de psicología, 3*, P  g-25.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American psychologist, 35*(9), 807.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist, 37*(1), 1.
- Merskey H. (1979) Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the Subcommittee on Taxonomy. *Pain, 6*:249-252.
- Meyer, T., Cooper, J., & Raspe, H. (2007). Disabling low back pain and depressive symptoms in the community-dwelling elderly: a prospective study. *Spine, 32*(21), 2380-2386.
- Orozco, M. J., Terán, B., Casarrubias, V., García, R. R., & Madero, J. G. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana, 21*(2), 29-37.

- Omran, A. R. (2005). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Quarterly*, 83(4), 731-757.
- Ong, A. D., Zautra, A. J., & Reid, M. C. (2010). Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychology and aging*, 25(3), 516.
- Palomar, J., & Gómez Valdez, N. E. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.
- Phillips, L. A., Carroll, L. J., Voaklander, D. C., Gross, D. P., & Beach, J. R. (2012). Pain coping in injured workers with chronic pain: what's unique about workers?. *Disability and rehabilitation*, 34(21), 1774-1782.
- Pomerleau, O. F. Behavioral medicine: The contribution of the experimental analysis of behavior to medical care. *American Psychologist*, 1979, 34, 654-663.
- Pomerleau, O. F., & Brady, J. P. (1979). *Behavioral medicine, theory and practice*. Williams & Wilkins.
- Ramírez-Maestre, C., & Esteve, R. (2013). Disposition and adjustment to chronic pain. *Current pain and headache reports*, 17(3), 1-11.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & López, A. E. (2008). Cognitive appraisal and coping in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 12(6), 749-756.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & López, A. E. (2012). The path to capacity: Resilience and spinal chronic pain. *Spine*, 37(4), E251-E258.
- Riveros, A., Castro, C. G., & Lara, H. T. (2009). Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2).
- Rodero, B., Pereira, J. P., Pérez-Yus, M. C., Casanueva, B., Serrano-Blanco, A., da Cunha Ribeiro, M. J. R., ... & Garcia-Campayo, J. (2013). Validation of a Spanish version of the psychological inflexibility in pain scale (PIPS) and an evaluation of its relation with acceptance of pain and mindfulness in sample of persons with fibromyalgia. *Health and quality of life outcomes*, 11(1), 62.

- Rodríguez Ortega, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1).
- Rodríguez, G., Pérez, C., Rojas, M., Reyes, I., & Méndez, I. (2004). Trasplante de órganos y tejidos: Creencias, intenciones y actitudes en la población mexicana. En: G. Rodríguez (Coord.). *Medicina Conductual en México*. México: Cámara de Diputados LIX Legislatura, Sociedad Mexicana de Medicina Conductual, Miguel Ángel Porrúa Editor.
- Rognoni, C., Fizzotti, G., Pistarini, C., & Quaglini, S. (2013). Quality of life of patients with spinal cord injury in Italy: preliminary evaluation. *Studies in health technology and informatics*, 205, 935-939.
- Roth, E. (1990). Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. *Revista latinoamericana de Psicología*, 22(1), 27-50.
- Ruiz, G. T., & López, A. E. (2012). Resiliencia psicológica y dolor crónico. *Escritos de Psicología*, 5(2), 1-11.
- Ruvalcaba, G., & Domínguez, B. (2010). Sobre la relación entre reacciones adaptativas y dolor crónico miofascial: La perspectiva polivagal. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 81-89.
- Ruscheweyh, R., Nees, F., Marziniak, M., Evers, S., Flor, H., & Knecht, S. (2011). Pain catastrophizing and pain-related emotions: influence of age and type of pain. *The Clinical journal of pain*, 27(7), 578-586.
- Sánchez-Sosa, J.J. (1977). Quince preguntas a B.F. Skinner. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 1(3), 103.
- Sánchez Sosa, J. J. & Riveros, A. (2007). Theory, Research, and Practice in Psychology in the Developing (Majority) World. En: M. J. Stevens & U. P. Gielen (Eds.) *Toward a Global Psychology: Theory, Research, Intervention, and Pedagogy* (pp. 101-146). New Jersey: L. Erlbaum Publishers.

- Sanchez Sosa, J.J. and Valderrama-Iturbe, P. (2001). Psychology in Latin America: Historical reflections and perspectives. *International Journal of Psychology*, 36(6), 384-394.
- Santosa, A., Wall, S., Fottrell, E., Högberg, U., & Byass, P. (2014). The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: a systematic review. *Global health action*, 7.
- Santosa, A., Wall, S., Fottrell, E., Högberg, U., & Byass, P. (2014). The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: a systematic review. *Global health action*, 7.
- Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1978.). Yale Conference of Behavioral Medicine: A Proposed Definition and Statement of Goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 3-12.
- Severeijns, R., Vlaeyen, J. W., van den Hout, M. A., & Weber, W. E. (2001). Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment. *The Clinical journal of pain*, 17(2), 165-172.
- Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J. F., & De Andrés, J. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor*, 11(6), 353-9.
- Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2013). Psychological resilience, pain catastrophizing, and positive emotions: perspectives on comprehensive modeling of individual pain adaptation. *Current pain and headache reports*, 17(3), 1-9.
- Tripp, D. A., Nickel, J. C., FitzGerald, M. P., Mayer, R., Stechyson, N., & Hsieh, A. (2009). Sexual functioning, catastrophizing, depression, and pain, as predictors of quality of life in women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Urology*, 73(5), 987-992.

- Turk, D. C., Dworkin, R. H., Allen, R. R., Bellamy, N., Brandenburg, N., Carr, D. B., ... & Witter, J. (2003). Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain, 106*(3), 337-345.
- Turner, J. A., Jensen, M. P., Warm, C. A., & Cardenas, D. D. (2002). Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. *Pain, 98*(1), 127-134.
- Viggers, L. C., & Caltabiano, M. L. (2012). Factors affecting the psychological functioning of Australian adults with chronic pain. *Nursing & health sciences, 14*(4), 508-513.
- Wade, J. B., Riddle, D. L., Price, D. D., & Dumenci, L. (2011). Role of pain catastrophizing during pain processing in a cohort of patients with chronic and severe arthritic knee pain. *Pain, 152*(2), 314-319.
- Wayne M & Goucke R. (2011). Essential Pain Management. A Workshop for Health Workers 1st Edition 2011 Faculty of Medicine: New Zealand.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth. McGraw-Hill. *New York*.
- West, C., Usher, K., & Foster, K. (2011). Family resilience: towards a new model of chronic pain management. *Collegian, 18*(1), 3-10.
- Zúniga, M., Carrillo-Jiménez, G., Fos, P., Gandek, B., & Medina-Moreno, M. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México, 41*(2), 110-118.

ANEXOS

ASOCIACIÓN ENTRE RESILIENCIA, CATASTROFIZACIÓN, INTENSIDAD DEL DOLOR Y CALIDAD DE VIDA EN DOLOR CRÓNICO

INSTRUCCIONES: POR FAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, ESCRIBIENDO LO QUE SE SOLICITA O SUBRAYANDO LA OPCIÓN QUE MÁS SE ACERQUE A SU SITUACIÓN ACTUAL. A PARTIR DE LA SEGUNDA HOJA, LEA LAS INSTRUCCIÓN EN CADA APARTADO. SI TIENE ALGUNA DUDA, PUEDE PREGUNTAR A QUIEN LE PROPORCIONÓ ESTE CUESTIONARIO.

Fecha: _____ No. De Registro: _____ Nivel socioeconómico: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Edo. Civil: a) soltero b) casado c) viudo d) divorciado/separado

Nivel máximo de estudios a) primaria b) secundaria c) preparatoria c) universidad d) posgrado

¿Con qué frecuencia consume alcohol?

a) Todos los días b) Frecuentemente c) Algunas veces d) De vez en cuando e) Nunca

¿Ha recibido atención psiquiátrica? _____ ¿Qué diagnóstico le fue dado? _____

Diagnóstico algológico: _____

Tipo de dolor: a) Nociceptivo b) Neuropático c) Ambos

Por favor, señale cuál es la intensidad de su **dolor en este momento**, colocando una cruz sobre la línea de abajo, el extremo izquierdo significa nada de dolor y el extremo derecho el peor dolor imaginable.

Escala Visual Analógica

Nada de dolor		El peor dolor imaginable
---------------	--	--------------------------

Por favor, señale cuál fue la **mayor** intensidad de su **dolor en la última semana**.

Escala Visual Analógica

Nada de dolor		El peor dolor imaginable
---------------	--	--------------------------

Por favor, señale cuál fue la **mayor** intensidad de su **dolor en el último mes**.

Escala Visual Analógica

Nada de dolor		El peor dolor imaginable
---------------	--	--------------------------

ESCALA DE RESILIENCIA MEXICANA (RESI-M)

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Por favor indique con una X en el recuadro de la derecha, la respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. No deje de contestar ninguna de ellas. Sus respuestas son confidenciales. Muchas gracias por su colaboración.

PREGUNTA		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Sé dónde buscar ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Soy una persona fuerte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Sé muy bien lo que quiero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Tengo el control de mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Me gustan los retos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Me esfuerzo por alcanzar mis metas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Estoy orgulloso de mis logros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Sé que tengo habilidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Creo que voy a tener éxito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Sé cómo lograr mis objetivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Pase lo que pase, siempre encontraré una solución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Mi futuro pinta bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Sé que puedo resolver mis problemas personales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Estoy satisfecho conmigo mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Tengo planes realistas para el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Confío en mis decisiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Me siento cómodo con otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Me es fácil establecer contacto con nuevas personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Me es fácil hacer nuevos amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
23	Es fácil para mí tener un buen tema de conversación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Fácilmente me adapto a situaciones nuevas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Es fácil para mí hacer nuevas personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Disfruto de estar con otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Sé cómo comenzar una conversación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Tengo una buena relación con mi familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Disfruto de estar con mi familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	En nuestra familia somos leales entre nosotros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Aún en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Tengo algunos amigos/familiares que realmente se preocupan por mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Tengo algunos amigos/familiares que me apoyan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Tengo algunos amigos/familiares que me alientan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Tengo algunos amigos/familiares que valoran mis habilidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Mantengo mi rutina aún en momentos difíciles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Prefiero planear mis actividades,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Trabajo mejor cuando tengo metas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Soy bueno para organizar mi tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE CATASTROFIZACIÓN ANTE EL DOLOR

Todas las personas experimentamos situaciones de dolor en algún momento de nuestra vida. Tales experiencias pueden incluir dolor de cabeza, dolor de muelas, dolor muscular o de articulaciones. Las personas estamos a menudo expuestas a situaciones que pueden causar dolor como las enfermedades, las heridas, los tratamientos dentales o las intervenciones quirúrgicas. Estamos interesados en conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que usted tiene cuando siente dolor. A continuación se presenta una lista de 13 frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. Por favor, indique el grado en que usted tiene esos pensamientos y sentimientos cuando siente dolor. **Cuando siento dolor...**

1. Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá.
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
2. Siento que ya no puedo más.
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
3. Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar.
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
4. Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo.
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
5. Siento que no puedo soportarlo más.
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
6. Temo que el dolor empeore.
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
7. No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor.
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
8. Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor.
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
9. No puedo apartar el dolor de mi mente.
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
10. No dejo de pensar en lo mucho que me duele.
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
11. No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor.
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
12. No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor.
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
13. Me pregunto si me puede pasar algo grave.
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo

SF- 36

1. En general, ¿diría que su salud es:

1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

2. **Comparando su salud con la de hace un año**, ¿cómo la calificaría en general **ahora**?

1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año 3 Más o menos igual ahora que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año. 5 Mucho peor ahora que hace un año.

LAS SIGUIENTES FRASES SE REFIEREN A ACTIVIDADES QUE USTED PODRÍA HACER

3. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer **actividades vigorosas**, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita en absoluto

4. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer **actividades moderadas**, tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar fútbol o beisbol?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita en absoluto

5. ¿Su estado de salud actual lo limita para **levantar o llevar las compras del mercado**?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita en absoluto

6. ¿Su estado de salud actual lo limita para **subir varios pisos por la escalera**?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita en absoluto

7. ¿Su estado de salud actual lo limita para subir **un piso por la escalera**?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita en absoluto
8. ¿Su estado de salud actual lo limita para **doblarse, arrodillarse o agacharse**?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita en absoluto
9. ¿Su estado de salud actual lo limita para **caminar más de diez cuadras**?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita en absoluto
10. ¿Su estado de salud actual lo limita para **caminar varias cuadras**?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita en absoluto
11. ¿Su estado de salud actual lo limita para **caminar una cuadra**?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita en absoluto
12. ¿Su estado de salud actual lo limita para **bañarse o vestirse**?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita en absoluto

LAS SIGUIENTES FRASES SE REFIEREN A PROBLEMAS CON EL TRABAJO U OTRAS ACTIVIDADES DIARIAS NORMALES A CAUSA DE SU **SALUD FÍSICA**

13. Durante el *último mes*, ¿Ha **reducido el tiempo** que dedicaba al trabajo u otras actividades?

14. Durante el *último mes*, ¿Ha logrado **hacer menos** de lo que le hubiera gustado?

1 Si

2 No

1 Si

2 No

15. Durante el *último mes*, ¿Ha tenido **limitaciones** en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades?

1 Si

2 No

16. Durante el *último mes*, ¿Ha tenido **dificultades** en realizar el trabajo u otras actividades?

1 Si

2 No

LAS SIGUIENTES FRASES SE REFIEREN A PROBLEMAS CON EL TRABAJO U OTRAS ACTIVIDADES DIARIAS NORMALES A CAUSA DE **ALGÚN PROBLEMA EMOCIONAL** (COMO SENTIRSE DEPRIMIDO O ANSIOSO)

17. Durante el *último mes*, ¿Ha **reducido el tiempo** que dedicaba al trabajo u otras actividades?

1 Si

2 No

18. Durante el *último mes*, ¿Ha logrado **hacer menos** de lo que le hubiera gustado?

1 Si

2 No

19. Durante el *último mes*, ¿Ha hecho el trabajo u otras actividades **con el cuidado de siempre**?

1 Si

2 No

20. Durante el *último mes*, ¿en qué medida su *salud física* o sus *problemas emocionales* han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?
- 1 Nada 2 Un poco 3 Más o menos 4 Mucho 5 Demasiado.

21. ¿Cuánto **dolor físico** ha tenido usted durante el *último mes*?
- 1 Ningún dolor 2 Muy poco 3 Poco 4 Moderado 5 Severo 6 Muy severo

22. Durante el *último mes*, ¿cuánto **el dolor** le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?
- 1 Nada 2 Un poco 3 Más o menos 4 Mucho 5 Demasiado

ESTAS PREGUNTAS SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO USTED *DURANTE EL ÚLTIMO MES*. POR CADA PREGUNTA, POR FAVOR DÉ LA RESPUESTA QUE MÁS SE ACERCA A LA MANERA COMO SE HA SENTIDO USTED.

23. ¿Cuánto tiempo *durante el último mes* se ha sentido **lleno de vida**?
- 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Casi nunca 6 Nunca

24. ¿Cuánto tiempo *durante el último mes* se ha sentido muy **nervioso**?
- 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Casi nunca 6 Nunca

25. ¿Cuánto tiempo *durante el último mes* se ha sentido tan **decaído** que nada podía alentarle?
- 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Casi nunca 6 Nunca

26. ¿Cuánto tiempo *durante el último mes* se ha sentido **tranquilo y sosegado**?
- 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Casi nunca 6 Nunca

27. ¿Cuánto tiempo *durante el último mes* ha tenido **mucha energía**?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Casi nunca 6 Nunca

28. ¿Cuánto tiempo *durante el último mes* se ha sentido **desanimado y triste**?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Casi nunca 6 Nunca

29. ¿Cuánto tiempo *durante el último mes* se ha sentido **agotado**?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Casi nunca 6 Nunca

30. ¿Cuánto tiempo *durante el último mes* se ha sentido **feliz**?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Casi nunca 6 Nunca

31. ¿Cuánto tiempo *durante el último mes* se ha sentido **cansado**?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Casi nunca 6 Nunca

32. Durante el *último mes*, ¿cuánto tiempo *su salud física o sus problemas emocionales* han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Casi nunca 5 Nunca

¿QUÉ TAN CIERTA O FALSA ES CADA UNA DE LAS SIGUIENTES
FRASES PARA USTED?

33. Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente.

1 Definitivamente cierta 2 Cierta 3 No sé 4 Falsa 5 Definitivamente falsa

34. Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco.

1 Definitivamente cierta 2 Cierta 3 No sé 4 Falsa 5 Definitivamente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Definitivamente cierta 2 Cierta 3 No sé 4 Falsa 5 Definitivamente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Definitivamente cierta 2 Cierta 3 No sé 4 Falsa 5 Definitivamente falsa