



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

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

Manejo Psicológico del Dolor Crónico

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
HEIDY MARLI HERNÁNDEZ VALENCIA**

DIRECTORA DEL REPORTE: DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMAN

COMITÉ TUTORIAL:

MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA

DRA. ELDA ALICIA ALVA CANTO

DRA. CECILIA SILVA

GUTIERREZ

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

MÉXICO D.F.

Enero 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Resumen

Las intervenciones en Medicina Conductual particularmente en el manejo del Dolor Crónico se han basado en la observación y evaluación de las implicaciones del dolor en los aspectos psicológicos para promover en el paciente su adaptación a la enfermedad crónica. En este informe de experiencia profesional se describen los elementos conductuales, cognitivos y emotivos asociados a periodos de dolor intenso en dos pacientes con dolor crónico. Posteriormente se hace una descripción breve de la aplicación de técnicas cognitivo conductuales tales como reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades de comunicación, respuestas asertivas, relajación y paro de pensamiento. Se describen como principales efectos clínicos de la intervención psicológica, la disminución del dolor, la aceptación de su padecimiento, el aprendizaje de conductas adaptativas al dolor y de autocuidado. En ambos casos se observa que la intervención cognitiva conductual aportó a las pacientes diversas herramientas para controlar el dolor a través de la modificación de cogniciones en las que había una tendencia a catastrofizar, logrando una mayor adaptación y regulación del estado de ánimo. Paralelamente se consiguió la disminución en los niveles de depresión y Ansiedad reportados en los Inventario de de Beck. Finalmente se presentan las actividades realizadas durante dos años de residencia. El primer año corresponde al Servicio de Hematología del Hospital Juárez de México y el segundo año se llevó a cabo en la Clínica del Dolor del Instituto Nacional de ciencias Médicas y Nutrición. En ambas se describen las principales actividades realizadas población atendida y las competencias profesionales desarrolladas a lo largo de la Maestría.

Capítulo I Dolor

De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española el dolor es: “1. Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior. Y 2. Sentimiento de pena y congoja”.

El dolor constituye uno de los síntomas principales por los que millones de personas en el mundo acuden a consulta médica en busca de alivio. La función primaria del dolor es actuar como una señal de alarma que protege al individuo de un daño mayor (Bonica & Loeser, 2003). A la experiencia dolorosa frecuentemente se le asocian factores ambientales y afectivos, que pueden crear un círculo vicioso que perpetúa el dolor y las conductas de enfermedad (Turk y Okifuji, 2003).

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés: *International Association for the Study of Pain*) define al dolor como: “una experiencia sensorial y emocional desagradable vinculada con lesión real o potencial de tejidos o descrita en términos de dicho daño” (Merskey & Bogduck 1994, p.210). En esta definición, factores como la percepción, las cualidades sensoriales, la amenaza percibida, y los sentimientos no placenteros se encuentran vinculados con la amenaza experimentada, sin necesidad de la presencia de un daño real al tejido (Turk & Okifuji, 2003). De esta manera, la percepción del dolor es modulada por la cognición, emoción y planeación motora (Hainline, 2005, Peyron, 2004), por lo que resulta claro que la intensidad del dolor puede ser algo completamente diferente para cada individuo que lo padece (Domínguez & Trejo, 2005).

El dolor puede surgir tras un trauma, una infección, enfermedades agudas o recurrentes, por enfermedades crónico-degenerativas (Domínguez & Olvera, 2005), e incluso existen algunos tipos de dolor asociados a componentes psicósomáticos (Tyrer, 2006). El dolor genera sufrimiento y afecta la calidad de vida de las personas, por lo que representa un problema de urgencia económica y social (Bonica & Loeser, 2003).

A lo largo de la historia han surgido diversas explicaciones sobre los mecanismos del dolor. En 1965 Melzac y Wall basados en las contribuciones de teorías como la de especialización fisiológica, sumatoria central, perfilamiento, modulación de los impulsos de entrada, y la influencia de factores psicológicos, dieron origen a la teoría de la compuerta (Bonica & Loeser, 2003). Con la teoría de la compuerta Melzac y Wall en 1965 propusieron que el dolor es percibido por fibras nerviosas aferentes delgadas (llamadas A delta y C), las cuales transmiten impulsos nerviosos hasta la médula espinal. En la médula existen mecanismos espinales que controlan el paso de la información de acuerdo con el tipo de fibra nerviosa. Además, desde el encéfalo descienden mecanismos especiales que también controlan la entrada de la información en función de aspectos motivacionales, afectivos y cognitivos de dicha experiencia (Bonica & Loeser, 2003). Bajo esta teoría, se asume que los aspectos psicológicos tienen una participación importante en la interpretación de los estímulos dolorosos.

Clasificación del dolor

Debido a su complejidad, se han propuesto diversas clasificaciones para el dolor basadas en criterios como duración, intensidad, localización anatómica, etiología, mecanismos de acción, y mecanismos multidimensionales. Estas clasificaciones se muestran en la siguiente tabla:

Criterio de Clasificación del dolor	Descripción
Intensidad	Comprende una dimensión numérica que va del 0 al 10; donde 0 significa ausencia de dolor y 10 el máximo dolor que se pueda imaginar (Turk y Okifuji, 2003).
Anatomía	No tiene relación con la neurofisiología del dolor, y se clasifica en función de la zona del cuerpo en la que se presenta el dolor. Por ejemplo dorsalgia baja, dolor pélvico, cefalalgia, etc. (Turk & Okifuji, 2003).
Etiología	La clasificación se basa en la causa del dolor:

	<p>Dolor Somático: Es un dolor bien localizado y fácil de describir. Se debe a un estímulo que daña, o que es potencialmente dañino para los receptores nociceptivos (receptores del dolor).</p> <p>Dolor Visceral: Es un dolor cuya localización es menos clara. Surge en los órganos de diferentes aparatos y sistemas, se asocia con contracciones, deformación y/o inflamación.</p> <p>Dolor Neuropático: Se debe a la lesión de nervios periféricos o centrales. Su desarrollo puede darse aún sin un estímulo nocivo evidente. Es difícil de describir, usualmente se presenta como una sensación ardorosa o quemante con: <i>disestesia</i> (sensación anormal y desagradable, espontánea o provocada), <i>hiperalgesia</i> (respuesta más intensa a un estímulo que normalmente es doloroso) o <i>alodinia</i> (ocasionado por un estímulo que comúnmente no lo causaría).</p> <p>Dolor Psicogénico: Surge tras la aparición de trastornos mentales como, ansiedad y depresión (Thompson PLM, 2005, p. 54).</p>
<p>Multidimension al del dolor</p>	<p>De acuerdo con la IASP en esta clasificación se proponen cinco ejes a valorar:</p> <p>I Región del cuerpo:</p> <p>II Sistema cuya disfunción probablemente da origen al dolor.</p> <p>III Características temporales del dolor.</p> <p>IV Intensidad y tiempo desde el inicio del dolor reportado por el paciente.</p> <p>V Causa supuesta</p>
<p>Taxonomía del dolor basada en Evaluación Multifactorial</p>	<p>En esta clasificación se valoran los siguientes aspectos:</p> <p>Parámetros del dolor: Anatomía, aparatos y sistemas; Duración, intensidad y otras características; Anormalidades coexistentes (físicas y psíquicas).</p> <p>Enfermedades subyacentes: Signos y síntomas</p>

	<p>Mecanismos del dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Neurofisiológicos</u>: Participación de las aferentes primarias y participación del sistema nervioso central. - <u>Psicológicos</u>: Participación psíquica afectiva-conductual; Captación cognoscitiva o psíquica del dolor; Afrontamiento; Afectividad y estado de ánimo y Entorno.
Duración	<p>De acuerdo al tiempo de duración del dolor se tienen las siguientes categorías:</p> <p>Dolor Agudo: La duración es breve (menor a tres meses) y se resuelve al desaparecer la lesión (Turk & Okifuji, 2003; Jacobson & Mariano, 2003). Se puede observar tras una lesión tisular, somática o visceral, su naturaleza es nociceptiva (Oteo, 2005). Se considera como una experiencia protectora ya que es una respuesta adecuada al evento de daño (Hainline, 2005).</p> <p>Dolor Crónico: Jacobson & Mariano (2003), definen dolor crónico, como aquel que aparece en ausencia de una lesión o que persiste tras rebasar el periodo de curación. Su duración es mayor a tres y seis meses (Turk y Okifuji, 2003). Las principales alteraciones no explican las características del dolor.</p>

Dolor Crónico

Como se mencionó, uno de los criterios de clasificación del dolor es su duración. El dolor agudo es de baja duración (menor a tres meses), mientras que el dolor crónico es de mediana a larga duración (mayor de tres meses). Si bien esta clasificación pudiera parecer simplista, la presencia de dolor por un periodo de tiempo prolongado es una experiencia que deteriora la calidad de vida de las personas de forma dramática (Swason, 2001). Por esta razón el tratamiento del dolor crónico posee especial relevancia en áreas sociales y de la salud.

El dolor crónico se caracteriza por ser una alteración en el sistema nervioso incapaz de regenerarse por sí mismo. Puede ser provocado por una lesión o enfermedad, aunque es posible que se presente en ausencia de daño. Quienes lo padecen buscan constantemente tratamientos para su desaparición. Sin embargo, los efectos de muchos tratamientos rara vez son efectivos ya que no existe tratamiento médico que lo elimine. El dolor crónico puede además verse afectado por factores afectivos que incrementan la percepción de la intensidad, y también por factores ambientales que incrementan el daño original (Loeser & Melzac, 1999). Estos componentes afectivo y ambiental del dolor pueden influir negativamente en los tratamientos médicos existentes para el dolor crónico (Turk, Meichenbaum & Genest, 1983).

Si bien el dolor es el síntoma por el que mayor número de pacientes acuden a consulta médica, las consultas por dolor crónico son cinco veces más frecuentes (Elliot, Smith, Penny, Smith & Chambers, 1999). 30 millones de norteamericanos presentan dolor crónico (Joranson & Lietman, 1994) y un estudio reportó que 46.5% de la población norteamericana experimenta dolor crónico (Elliot et al. 1999). De forma más dramática Paquet, Kergoat y Dubé (2005) encontraron que entre el 70 y el 80% de la población de adultos mayores que asisten a consulta médica refieren por lo menos un problema de dolor que interfiere con sus actividades y su calidad de vida. En septiembre del 2007 la "American Academy of Pain Management" reportó que el 57 % de la población norteamericana había experimentado dolor crónico o recurrente durante el año anterior al estudio. Dentro de este grupo, el 62% había tenido dolor crónico por más de un año, y un 40 % refirió padecer dolor crónico todo el tiempo (Research America, 2007) En nuestro país, en la clínica del dolor del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) en el periodo de julio de 1972 a mayo 2005 se dieron 24,377 consultas por dolor. Del análisis de dichas consultas se encontró que el 71% de los pacientes fueron mayores de 51 años, lo cual concuerda con el estudio de Paquet et al. (2005) en Estados Unidos, en relación al porcentaje de pacientes con dolor en la población de adultos mayores. Los padecimientos frecuentemente atendidos durante el periodo de marzo 2005 a febrero 2006, en la clínica del dolor del INCMNSZ fueron: Neuropatía Diabética, dolor por

Cáncer (CA), Osteoartritis (OAD), Canal Lumbar/ Cervical Estrecho, Radiculopatía, Hernia Discal y Fibromialgia (Reséndiz, 2006). A continuación se describen brevemente las principales características de estos padecimientos.

Padecimientos a los que se asocia el Dolor Crónico

Neuropatías Dolorosas: Son un conjunto de trastornos neurológicos, en los que existe una lesión en un nervio, provocando dolor crónico intenso. Pueden deberse a desequilibrios nutricionales, alcoholismo, infecciones o toxinas, trastornos inmunitarios, o enfermedades como la insuficiencia renal y el cáncer. Las causas de las neuropatías dolorosas no están definidas en una tercera parte de los casos. Los síntomas comunes en las neuropatías dolorosas son dolor, ardor, debilidad y entumecimiento principalmente en las manos y pies (Iñiguez, 2000).

Neuropatía Periférica: Es una alteración en los nervios que provoca adormecimiento y dolor de tipo punzante o ardoroso, con frecuencia se presenta en manos y pies. Es principalmente causada por diabetes, alcoholismo y enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide y lupus eritematoso. En ocasiones la causa no está claramente definida. El padecimiento inicia con una sensación de hormigueo en los dedos o en las plantas de los pies y se extiende hacia arriba progresivamente. Se puede presentar mayor sensibilidad en la piel y sentir dolor ante un leve contacto (Swason, 2001).

Neuropatía diabética: Se trata de una enfermedad debilitante que se presenta en el cincuenta por ciento de los pacientes diabéticos, principalmente en quienes tienen diabetes tipo dos, o en quienes han padecido diabetes tipo uno por más de 5 años. Los tipos más frecuentes de neuropatía son la sensoriomotora y la autonómica (Aring, Jones, Falko, 2005).

Dolor por Cáncer: De acuerdo al Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas, realizado por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría

de Salud en México entre 1998 y el año 2000, se diagnosticaron un promedio anual de 90,142 casos informados de cáncer. En el año 2000 se registraron 91,913 casos, de los cuales el 34% fueron hombres y el 66% mujeres. Los tumores comúnmente reportados fueron: Cérvix (24 %), piel (14%), mama (11%), próstata (6%) y estómago (3%). El 30% de los pacientes con Cáncer (CA) presentan dolor al momento del diagnóstico, mientras que el 65% y el 85%% lo presenta en fases avanzadas de la enfermedad.

Osteoartrosis: Conocida también como artrosis, o enfermedad reumatológica degenerativa. La Osteoartrosis se define como un “grupo heterogéneo de signos y síntomas articulares, relacionados con alteraciones a la integridad del cartílago articular que provoca incremento del dolor, pérdida de movilidad y deformidad” (Altman, 1986). Se debe al desgaste natural del cartílago o como consecuencia de una fractura o traumatismo. Al desgastarse por completo el cartílago que protege la articulación, los huesos rozan unos con otros generando inflamación y dolor y dando lugar a una prominencia ósea llamada espolón, que produce dolor espontáneo o por presión. Afecta las articulaciones que soportan peso como son manos, pies, rodillas y cadera (Swason, 2001).

En México y en el mundo, la Osteoartrosis es una de las principales causas de discapacidad en personas mayores de 40 años (Pavía-Mota, Larios, Briceño, 2005). El 75%% de la población mayor a 60 años la presenta. En México 6 millones de personas presentan evidencia radiológica de la enfermedad, y de ellos el 30% presenta síntomas tales como dolor tras periodos de inmovilidad o de actividad física, rigidez o tiesura de la articulación por la mañana o al iniciar la movilización, y la crepitación (tronido) articular (Gaspar-Carrillo et al., 2007)

Dolor de espalda: Se presenta en el 80% de la población mundial, y de ellos el 35% desarrolla un trastorno del nervio ciático (Morán, 2001). Después del dolor de cabeza, es la segunda causa más frecuente de dolor. Se dice que cuatro de cada cinco personas han consultado al médico alguna vez en su vida por dolor de espalda. Generalmente se origina tras una lesión o accidente claramente identificado (Swason, 2001). El dolor de espalda es considerado como dolor de

tipo neuropático. Se describe frecuentemente como un dolor quemante o presión fuerte, que puede radiar hacia una o ambas piernas.

Hernia de disco: El desgaste natural y los traumatismos pueden provocar que los discos que se encuentran entre las vértebras se rompan provocando una presión dolorosa sobre los nervios (Swason, 2001). Es frecuente su aparición entre los 30 y 49 años, por lo que representan una de las principales causas de ausentismo laboral (Rivero & Álvarez, 2004).

Fibromialgia: Es un padecimiento que afecta los tejidos adyacentes a las articulaciones (músculos, tendones y ligamentos). Su principal síntoma es un dolor generalizado que puede ser profundo o con sensación ardorosa. Entre los principales síntomas asociados se encuentran: fatiga, trastornos del sueño, rigidez, dolor de cabeza, dolor menstrual, problemas digestivos, hormigueo, adormecimiento y sensibilidad ante cambios en la temperatura (Swason, 2001).

El conjunto de síntomas de la fibromialgia se presenta frecuentemente alrededor de los 30 años. A partir de ese momento los síntomas pueden aparecer o desaparecer. Aunque la enfermedad no es progresiva ni discapacitante, los síntomas no desaparecen por completo. Se considera como principal factor causal el pobre manejo del estrés, los traumatismos físicos o emocionales, y la inactividad física (Swason, 2001).

Implicaciones del Dolor Crónico en la vida del paciente

Independientemente de la enfermedad o síndrome que de lugar al dolor crónico, su presencia genera cambios a nivel social, familiar e individual.

A nivel social, disminuye la producción por el ausentismo laboral del paciente con dolor crónico o de los familiares que lo asisten. Así mismo, aumenta la demanda de atención en el tercer nivel de salud y los costos por pensiones y jubilaciones (Garattini, 2004).

A nivel familiar, se da un cambio en los roles, ya que miembros de la familia que no trabajaban empiezan a hacerlo. Esto obedece en parte a la disminución de ingresos, o bien al ausentismo de los familiares en sus trabajos para auxiliar al paciente. El estrés en las familias se hace presente ante la necesidad de consultar especialistas, comprar medicamentos costosos y/o dedicar tiempo al cuidado de su familiar, sin lograr, en muchos casos la recuperación total del familiar afectado.

Las implicaciones del dolor crónico a nivel individual se ven reflejadas en el paulatino deterioro del estilo de vida ya que los episodios de dolor dificultan las actividades que el paciente solía hacer. Debido al dolor el paciente disminuye los movimientos que incrementan el dolor, lo cual genera mayor dependencia hacia su red de apoyo. La pérdida de autonomía, la inactividad, y la tendencia al aislamiento, generan alteraciones en el estado emocional del paciente, y obstaculizan su motivación para superar el dolor crónico; lo que dificulta el manejo funcional del padecimiento (Turk & Melzack, 1983).

Como se ha mencionado el dolor es un proceso subjetivo que además de involucrar la presencia de alteraciones físicas, posee un componente psicológico importante, ya que la intensidad e interferencia en la vida cotidiana son reguladas por la interpretación que el individuo da a su dolor.

De esta manera, es posible entender que al comparar los beneficios del tratamiento multidisciplinario con el tratamiento médico estándar en pacientes con dolor bajo de espalda y fibromialgia, el tratamiento multidisciplinario sea el que representa una mejoría significativa (Scascighini, Toma, Dober-Spielmann & Sprott, 2008).

La psicología y en particular la Medicina Conductual, se enfoca en incidir sobre la serie de factores emocionales, conductuales, y cognitivos, que repercuten en la manera en la que el individuo maneja procesos de salud - enfermedad. De esta manera, esta área de la psicología ha aplicado diversas estrategias que en conjunto con el tratamiento farmacológico, permiten a quienes padecen dolor crónico tolerarlo, disminuirlo, e integrarlo a su vida de

una manera funcional (Caudill, Schnable, Zuttermeister, Benson, Friedman, 1991).

Capítulo II Aspectos Psicológicos del dolor crónico

El dolor en sí es percibido como una amenaza (Chapman & Turner, 2003), una situación estresante, subjetiva que se basa en experiencia y en la personalidad de quien lo experimenta y puede eliminarse tras encontrar su etiología. Al hablar de dolor crónico, la amenaza esta siempre presente ya que en muchas ocasiones la etiología no esta claramente definida e incluso puede haber dolor sin un factor orgánico que lo desencadene (González, 1991).

En el caso de enfermedades que tienen mayor impacto en el funcionamiento físico (artritis reumatoide y dolor de espalda) y las que se deben a combinaciones múltiples; el dolor representa un tema de gran impacto y trascendencia en la vida de los pacientes (Lamé, Peters, Vlaeyen, Kleef & Patijn, 2005).

Para el paciente el dolor crónico es una experiencia que altera todo lo que hay a su alrededor, influye en una búsqueda constante del tratamientos que lo eliminen, cambio de actividades e incapacidad para trabajar (Jacobson & Mariano, 2003). La falta de adaptación psicológica puede ser un factor significativo en el desarrollo y perpetuación del dolor crónico (Hainline, 2005).

La aparición del dolor en el individuo se manifiesta a través de comportamientos y emociones que se presentan de forma cíclica, y que dificultan la adaptación a la enfermedad. Entre los ciclos más importantes, se destacan el conductual y el emocional (Swason, 2001).

Ciclos del dolor crónico

Comportamiento: Con el advenimiento del dolor crónico la actividad diaria cambia de forma drástica. Las actividades que realizaban de forma automática tienden a hacerse imposibles. Swason (2001) refiere que cinco etapas predecibles de comportamiento.

1. *Disminución de la actividad:* Las tareas que antes parecían sencillas se tornan difíciles, el paciente espera sentirse bien para hacerlo de nuevo.
2. *Aumento de la actividad:* Ante disminución parcial del dolor, el paciente realiza diversas actividades que no había llevado cabo por la presencia de dolor.
3. *Más dolor, menos actividad:* El dolor empeora debido a la actividad excesiva. Al disminuir el dolor, vuelve a la actividad pero el dolor se hace más fuerte. De esta manera, la inactividad se hace cada vez más frecuente y otros miembros de la familia adquieren los roles que le correspondían al paciente con dolor.
4. *Pérdida de fuerza y de condición física:* Debido a la inactividad, la fuerza muscular disminuye. Aumenta la sensación de fatiga y el solo pensar en las actividades parece una tarea impensable.
5. *Retiro y aislamiento:* Las amistades del paciente ante sus constantes negativas, dejan de invitarlo a reuniones. Los familiares se acostumbran a realizar sus actividades sin el paciente. Estas situaciones cronifican el aislamiento. El ciclo reinicia tras un periodo de disminución del dolor, en el que la actividad del paciente incrementa dando lugar a mayor dolor.

Emoción: Frecuentemente se asocia al ciclo del comportamiento ya que al tener mayor actividad el estado de ánimo mejora y viceversa.

1. *Temor y preocupación:* Al presentarse el dolor, surge el temor de tener una enfermedad incapacitante o severa, la atención se centra en el dolor y de esta manera, el dolor se exacerba.
2. *Esperanza y promesa:* Tras conocer el diagnóstico de dolor cónico, el paciente tiene la esperanza de que el dolor desaparezca con el tratamiento.
3. *Enojo y frustración:* Surgen pensamientos tales como “por qué a mi?”. El dolor se concibe como un castigo. La frustración producto de la pérdida de autonomía, del nulo alivio del dolor y situaciones concomitantes, facilitan en el paciente emociones como enojo. Para tratar de obtener cierto control puede incrementar el consumo de medicamentos o de alcohol.

4. *Culpa y aislamiento*: el paciente se aísla para evitar descargar su enojo con familiares o amigos. La culpa ocurre por sentir enojo hacia los demás y por no poder cubrir las actividades que le correspondían.
5. *Esperanza renovada, seguida de depresión*: Ocurre tras periodos de disminución del dolor. El paciente incrementa la actividad y al regresar el dolor, se desilusiona, se siente deprimido y pierde el interés en cualquier actividad. El aislamiento facilita la atención solo en el dolor lo cual lleva a buscar otra forma de tratamiento reiniciando el ciclo emocional.

Frecuentemente quienes padecen dolor crónico tienden a considerar al dolor como la principal fuente de todos sus problemas no alcanzan a distinguir los factores asociados en la percepción del dolor. Para lograr un cambio en el manejo del dolor, es esencial que tanto el personal médico como el paciente consideren la interacción con los factores psicológicos asociados (Chapman & Turner, 2003).

Dado que el dolor es una experiencia física/sensorial, y mental que incluye dimensiones afectivas, conductuales, cognitivas y sociales. A continuación se hará una breve descripción de dichos factores y su relación con el dolor crónico.

Áreas psicológicas que se ven afectadas por el dolor crónico:

Sensorial/Física

Dada la variabilidad de respuestas fisiológicas ante diversos estímulos que provocan dolor es difícil establecer un patrón específico (Turk & Melzac, 1992), sin embargo, la privación del sueño es un aspecto que se ha encontrado claramente asociado con la presencia de dolor.

- **Privación del sueño**: El dolor tiene un efecto directo en el sueño, ya que al aparecer dificulta que el paciente vuelva a dormir. La falta de actividad, el consumo de alcohol y/o el uso de algunos medicamentos también provoca alteraciones en el sueño. La privación del sueño, a su vez, provoca

irritabilidad, falta de energía y mayor estrés y dificultad para manejar el dolor (Nicholson & Verma, 2004; Swason, 2001).

Emocional

El estado de ánimo es afectado por los cambios que genera la presencia de dolor y la resistencia al cambio en el paciente. El afecto esta en función de la interpretación que el paciente da a sus sentimientos y reacciones emocionales (Turk, Meichenbaum & Genest, 1983). Dos de los estados emocionales que se presentan frecuentemente en pacientes con dolor crónico son ansiedad y depresión.

- **Ansiedad:** Constituye una de las emociones más comunes y universales en la vida del individuo. Es una reacción emocional ante la percepción de peligro o amenaza, manifestada a través de respuestas cognitivas o subjetivas, fisiológicas y motoras (Tobal, 1996). Se acompaña de pensamientos que predicen peligro y vulnerabilidad (Plata-Muñoz, Castillo Olivares y Guevara-López, 2004).

El miedo a tener dolor y la falta de control sobre la situación incrementa los niveles de dolor reportados por el paciente. La anticipación del dolor genera altos niveles de ansiedad (Turk & Okifuji, 2002), de esta manera resulta ser más discapacitante que el dolor por sí mismo (Hansen & Streltzer, 2005; Otis, Keane & Kerns, 2003; Waddell, Newton & Henderson, 1993).

- **Depresión:** Es un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, los otros y el mundo en general (Beck, 1983). Entre el 22 y el 78 por ciento de los pacientes con dolor crónico presentan síntomas depresivos. Diversos estudios refieren una asociación entre depresión y niveles elevados de dolor (Plata-Muñoz, et al. 2004; Romano & Turner, 1985; Swason, 2001). El tratamiento de la depresión disminuye el dolor crónico y dada su frecuencia debe ser considerado como una enfermedad asociada (Ohayon, Schatzberg, 2003; Sternback, 1968).

Hainline (2005) establece que si los aspectos emocionales como la depresión, la ansiedad y la privación del sueño no son manejados apropiadamente no es posible esperar resultados en el manejo del dolor.

Conductual

Se refiere a la serie de comportamientos y cambios en la postura y actividades que lleva a cabo una persona con dolor crónico, las cuales pueden ser reforzadas o no por su entorno social (Chapman & Turner, 2003; Hainline, 2005; Morley, 2008).

La inmovilidad debida al dolor, es un factor que genera mayores complicaciones como hinchazón, cambios en la piel y la temperatura, fibrosis crónica e incluso dolor miofascial. En el caso de la fibromialgia se ha encontrado un patrón cíclico en el que la disminución de la actividad genera mayor dolor (Hansen & Streltzer, 2004).

Las conductas de dolor como cubrirse, apoyarse, frotar o suspirar ante los episodios de dolor al ser reforzadas tienden a ser repetidas en presencia de los familiares, creando también un ciclo que favorece la presencia del dolor crónico (Hansen & Streltzer, 2004; Morley, 2008).

Cognitiva

La cognición se refiere a la interpretación o construcción de la realidad. Es definido por Chapman & Turner (2003, p. 222) como un “proceso auto organizacional que imparte coherencia a la vida...”.

Cuando el dolor se vuelve el tema principal del individuo, y en torno a él se organizan los pensamientos y acciones, la presencia de ideas y sentimientos negativos aumenta (Morley, 2008). El dolor domina las cogniciones, es común la búsqueda de información respecto a la causa del dolor, duración aproximada, el tratamiento adecuado y lo que puede ayudar a controlarlo, “por eso es importante explorar las asociaciones cognoscitivas y

emocionales con respecto a la experiencia de dolor, ya que son signos importantes de muchos de los cuadros iniciales que los enfermos refieren” (Chapman & Turner, 2003 p.226).

En el caso del dolor crónico las creencias se encuentran relacionadas al significado de los síntomas, la habilidad para controlarlos, el impacto en su vida, preocupación por el futuro y funcionamiento psicológico (Turk & Okifuji, 2002).

Chapman & Turner (2003) refieren que existen diversos factores cognoscitivos que modifican la percepción del dolor, tales como: atención, expectativas, esquemas, significado y catastrofización.

- **Atención.** Se refiere a la sobrevigilancia en las sensaciones del cuerpo y seleccionar la información importante de entre toda la que le presenta el medio externo e interno (Hansen & Streltzer, 2004). El dolor se caracteriza por retener la atención. Cuando se trata de dolor agudo, la atención en el dolor permite realizar acciones para aliviarlo, en el caso del dolor crónico el dolor no aporta información adicional, de ésta manera, la atención en él, impide la realización de actividades cotidianas. Se ha observado que la intensidad del dolor aumenta al centrar la atención en él (Ferrari, 2002).

- **Expectativas:** Se refiere a lo que el paciente espera de la enfermedad y su tratamiento. Predisponen al individuo a ser más receptivos ante determinados estímulos, interactúa con la imaginación e influyen en la conducta del individuo. Cuando el paciente con dolor crónico espera la disminución total del dolor, cualquier disminución le parecerá insignificante. Si el paciente genera una expectativa más realista de su tratamiento, la evaluación del dolor y los avances en su tratamiento serán más satisfactorios (Chapman & Turner, 2003).

- **Esquemas:** Se trata de “un modelo o patrón inconsciente de conceptos, suposiciones, imágenes, emociones y asociaciones que reflejan la experiencia acumulada, y las expectativas del presente y el futuro (Williams et al. 1988). Se refiere a los patrones o modelos en los que el individuo organiza la información

que recibe del medio externo, se encargan de dirigir la atención, rescatar imágenes de la memoria y organizar las expectativas. Los esquemas son activados en función de situaciones determinadas, así, algunos esquemas quedan guardados hasta que un evento similar los desencadena (Beck, 1983). Es por ello que ante alguna enfermedad crónica, los individuos realizan una revisión de lo que pensaron, sintieron e hicieron en experiencias previas y con base en su aprendizaje responden ante la situación presente.

- **Significado:** El dolor se atribuye generalmente a una causa física, sin embargo, al hablar de dolor crónico no es posible identificar una alteración o daño. Frecuentemente el dolor crónico es atribuido a un castigo y bajo esta perspectiva, el individuo se concibe como una víctima lo cual dificulta una participación adaptativa (Chapman & Turner, 2003).

- **Catastrofización:** Actualmente se ha considerado como una estrategia de afrontamiento, es decir, como una manera en la que el individuo responde ante una situación de amenaza o daño. En la catastrofización se da una exageración de la importancia de las cosas (Beck, 1983). Se presenta en mayor proporción en las mujeres y existe una relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento físico, las limitaciones físicas de rol la intensidad del dolor físico y los pensamientos catastróficos (Lamé et al. 2005).

Social

El entorno del paciente se ve severamente modificado ante la aparición del dolor: su desempeño laboral, económico, actividades de la familia e interacción con la pareja y amigos se ven deteriorados contribuyendo así al malestar en otras áreas (emocional, conductual y cognitiva).

- **Economía:** Los gastos médicos, compra de medicamentos y días perdidos de actividad laboral, merman la situación económica. Las preocupaciones económicas complican más el dolor y afectan el autoconcepto de quien padece dolor.

- **Familiar:** Ocurren cambios que los hacen sentir enojo y frustración ante la presencia del dolor crónico en su familiar. Muchos de ellos se ven obligados a trabajar o a aumentar su jornada laboral y las actividades que antes cubría el paciente con dolor (Swason, 2001).

- **Laboral:** Jefe o compañeros de trabajo pueden no entender el padecimiento. La tarea se torna difícil y estresante ya que exagera el dolor.

- **Amigos:** Inicialmente el dolor, dificulta la reunión con amistades, posteriormente, el paciente cae en un círculo donde la inactividad y la depresión incrementan el aislamiento del paciente con dolor crónico.

- **Pareja:** La actividad sexual puede verse disminuida como consecuencia de la depresión, rechazo o miedo a la actividad que pueda aumentar el dolor (Hainline, 2005).

El dolor crónico provoca un malestar significativo en quien lo padece, ya que desconcierta su persistencia pese a los esfuerzos por resarcirlo y causa desconfianza hacia el tratamiento médico lo cual propicia la búsqueda de nuevos tratamientos con la esperanza de encontrar alguno que elimine por completo el dolor. Para el personal médico resulta desgastante atender un padecimiento cuya intensidad no corresponde con los datos físicos y cuyo tratamiento no produce resultados notables. Bajo algunas circunstancias, el padecimiento llega a considerarse meramente psicológico dando lugar a la canalización del paciente. De esta manera, el dolor constituye un reto para los profesionales de la salud, a pesar de los avances en dicha área (Jacobson & Mariano, 2003; Sullivan, Turner & Romano, 1991).

La medicina conductual contribuye con una serie de estrategias para el manejo del dolor, las cuales complementan la atención, facilitan la adherencia al tratamiento, mayor funcionalidad y en general una mejor adaptación a la enfermedad. Algunas de las estrategias utilizadas son: biorretroalimentación, relajación, hipnosis. Con su aplicación, es posible reducir el consumo de

medicamentos e impactar favorablemente en la calidad de vida de quien padece dolor (Domínguez & Olvera, 2005).

Capítulo III Medicina Conductual y dolor crónico

Medicina Conductual

El término de Medicina Conductual se usó por primera vez en el libro *Biofeedback: Behavioral Medicine* escrito por Birk (1973), donde se le consideró como sinónimo y complemento del Biofeedback. Tiene su origen en tres sucesos: la aplicación de técnicas para la modificación de conducta en enfermos mentales, el desarrollo del Biofeedback y la creciente atención en la conducta como factor importante en enfermedades crónicas como las cardiovasculares y el cáncer (Morales, 1997).

Schwartz y Weiss (1978, p. 250) la definen como: *“un campo interdisciplinario ocupado en el desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual, conocimiento y técnicas, relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de esas técnicas y ese conocimiento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”*.

La Sociedad de Medicina Conductual (1998, Society of Behavioral Medicine, SBM) la define como “un campo interdisciplinario involucrado en el desarrollo y la integración del conocimiento científico conductual, psicosocial y biomédico, así como técnicas relevantes para comprender la salud y la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”.

La intervención de la medicina conductual se lleva a cabo a través de la modificación de patrones de conducta que ponen en riesgo la salud o que exacerban la enfermedad, a nivel preventivo, de evaluación, tratamiento y rehabilitación (Turk, Meichenbaum & Genest, 1983).

La Medicina Conductual tiene como principales áreas de interés la investigación e intervención en la Salud de niños y adolescentes, Envejecimiento, Ansiedad, Artritis, Asma, Cáncer, Enfermedades

cardiovasculares, Dolor crónico, Fibrosis Cística, Depresión, Diabetes, Dolor relacionado a la enfermedad, Desórdenes alimenticios, Salud ambiental, Insomnio, Obesidad, Salud Pública, Enfermedades pulmonares, Calidad de vida, Rehabilitación, Enfermedades de transmisión sexual, Apoyo Social, Medicina del deporte, Abuso de sustancias y Salud en la mujer (Society of Behavioral Medicine SBM, 1998).

La Medicina Conductual, mediante la observación y evaluación de las implicaciones del dolor en los aspectos psicológicos de quien lo padece, ha diseñado intervenciones dirigidas a promover en el paciente el ajuste a la enfermedad crónica. Hainline (2005) señala que el tratamiento debe ser individualizado considerando las características físicas del dolor y la adaptación psicosocial del paciente.

Los pacientes con dolor crónico requieren apoyo para modular la experiencia del dolor y la discapacidad relacionada. Las intervenciones cognitivo conductuales pueden prevenir el desarrollo de una discapacidad crónica secundaria al dolor (Turk & Okifuji, 2002).

Las estrategias utilizadas en medicina conductual para el manejo del dolor son: retroalimentación, cambio en el estilo de vida, entrenamiento en afrontamiento, relajación, auto monitoreo, manejo del estrés, manejo del tiempo, manejo del dolor, solución de problemas, habilidades de comunicación y la creación de grupos de apoyo social (Society of Behavioral Medicine SBM, 1998).

Técnicas Cognitivo conductuales en el manejo del dolor crónico

La terapia cognitivo-conductual es un término genérico que incluye intervenciones conductuales (modificación de conductas disfuncionales) y cognitivas (modificación de patrones de pensamiento desadaptativos). El supuesto de la terapia cognitivo-conductual es que existe una interacción entre la conducta, el pensamiento y la emoción del individuo, de tal manera que al incidir en alguna de ellas las demás se verán modificadas (Lega, Caballo y

Ellis, 1998). Por lo tanto, en lo que respecta al manejo del dolor, el objetivo central es desarrollar expectativas positivas en los pacientes mediante el análisis de la relación entre percepción del dolor, afecto y los patrones diarios de conducta (Hainline, 2005).

Concretamente en el caso de pacientes con artritis reumatoide y osteoartritis, las intervenciones cognitivo conductuales han incidido en aspectos como la desesperanza aprendida, depresión, estrés, afrontamiento y auto eficacia. Teniendo como resultados la disminución del estrés psicológico provocado por el dolor, el mejoramiento del ajuste marital en los pacientes artríticos, y reducción de la sintomatología asociada con la enfermedad (Keefe et al. 2002).

En el caso de pacientes con Fibromialgia, en un estudio fueron comparados semanalmente los resultados de sesiones de terapia conductual y sesiones educativas encontrando que los pacientes de ambos grupos reportaron una disminución en el dolor. De manera interesante, la terapia conductual parece haber contribuido a un mejor manejo del dolor en los pacientes (Nicasio et al. 1997).

Estrategias Cognitivas:

Son llamadas así una serie de cogniciones que la gente usa como técnica de afrontamiento, ya sea antes o durante la experiencia dolorosa. Se pueden dividir en dos rubros principales: aquellas que se dirigen a modificar la valoración de la situación dolorosa y en aquellas que se dirigen a distraer la atención del dolor (Genest & Turk, 1981). Entre las principales estrategias de afrontamiento cognitivo utilizadas para el manejo del dolor se encuentra la distracción imaginaria; la transformación imaginaria del dolor; Transformación imaginaria del contexto; la atención focalizada en las características del ambiente; distracciones mentales y somatización (Amigo, Fernández, Pérez, 1998; Turk et al. 1983).

- **Distracción imaginaria:** consiste en ignorar el estímulo doloroso y dirigir el pensamiento en una experiencia incompatible, por ejemplo, imaginar estar relajado frente a una playa tomando el sol.

- **Transformación imaginaria del dolor:** Consiste en interpretar las sensaciones como no dolorosas o minimizarlas. Por ejemplo, darle la etiqueta de entumecimiento o tirantez a las sensaciones dolorosas.

- **Transformación imaginaria del contexto:** Se refiere a imaginar que la situación actual dolorosa se da en un contexto diferente de la actual. Esta técnica se basa en la premisa de que el dolor disminuye al ser asociado a un estado emocional de valor más que de miedo y ansiedad. Por ejemplo, imaginar que es el personaje de una película de acción y que a pesar del dolor debe continuar con una misión importante.

- **Atención focalizada en las características físicas del ambiente:** Se basa en concentrar la atención en un objeto en particular como puede ser mirar la televisión, mirar paisajes en diapositivas y mirar un punto negro en la pared de enfrente (Eccleston, 1995).

- **Distracciones mentales:** En esta estrategia el pensamiento se centra en la producción de imágenes de un evento o circunstancia. Algunos ejemplos son realizar operaciones aritméticas, planear las actividades cantar, pensar sobre una lectura y escuchar un sonido (Jaremko, 1978). Incluso se ha encontrado que darle una cantidad específica de tiempo para tolerar el dolor, los individuos pueden tolerarlo más tiempo con menor dolor en comparación con quienes dicen: "toleraré el dolor el mayor tiempo posible" (Thorn & Williams, 1989).

- **Somatización:** También llamada Disociación, requiere la concentración en una parte del cuerpo en donde no siente el dolor y comparar con la otra parte del cuerpo en donde sí hay dolor, entonces dar una descripción minuciosa de

las sensaciones dolorosas. Esta técnica permite tener un parámetro menos subjetivo del dolor.

Estrategias Conductuales

Los programas conductuales son frecuentemente utilizados en la reducción del consumo de medicamentos y el aumento de actividad física de los pacientes con dolor crónico (Amigo, et al. 1998). Se han aplicado para romper el círculo de ansiedad-dolor. Consiste en enseñar al paciente una respuesta de relajación incompatible con la activación emocional que incrementa el dolor. Algunos programas han sido tomados del condicionamiento operante y otros del condicionamiento clásico.

El condicionamiento operante, tiene como premisa que las respuestas conductuales al estímulo nocivo son afectadas por el contexto en el cual se producen (Eccleston, 1995). De esta manera, se crean programas de reforzamiento cuya meta para el paciente con dolor es incrementar su actividad física y disminuir conductas de dolor y el uso excesivo de medicamentos. Generalmente se llevan a cabo en un ambiente controlado como un hospital o en casa con la participación de todos los integrantes de la familia. (Amigo, et al. 1998).

Entre las estrategias encontradas en el condicionamiento clásico, se encuentran el Entrenamiento en inoculación del estrés y la retroalimentación biológica.

- **Inoculación del estrés:** consiste en una serie de estrategias que permiten al paciente distraerse de las sensaciones de dolor para tolerarlo mejor, a demás de incluir relajación para abordar el componente emocional del dolor. Se desarrolla en tres fases:

1. Fase educativa: Se le explica al paciente en qué consiste el dolor y como se lleva a cabo el tratamiento para disminuirlo. El objetivo es conseguir la adherencia al tratamiento.

2. Fase de adquisición y entrenamiento de habilidades específicas: Se da entrenamiento en relajación muscular y en estrategias cognitivas.
3. Fase de aplicación: Mediante la imaginación o *juego de papeles* se busca que el paciente ponga en práctica las habilidades aprendidas a situaciones muy parecidas a las cotidianas.

- **Retroalimentación Biológica (RAB):** El objetivo es sustituir la retroalimentación (RA) interna ausente o defectuosa y crear mensajes adaptativos. Mediante un dispositivo para medir la temperatura periférica del cuerpo, se le enseña al paciente a relajarse y al producir la vasodilatación generando así una mayor temperatura corporal. De esta manera, el paciente asocia la sensación de mayor comodidad, relajación y tranquilidad con una elevación de su temperatura y progresivamente adquieren habilidades para relajarse sin utilizar el dispositivo (Domínguez & Olvera, 2005).

- **Retroalimentación:** Como se ha mencionado en capítulos anteriores, la ansiedad al movimiento para evitar la aparición del dolor condiciona cambios posturales y cognitivos que exacerban y perpetúan el dolor. La técnica de retroalimentación consiste en dar información al paciente sobre dicho ciclo que incrementa la inmovilidad así como apoyarlo en la planeación de actividades que le permitan ser funcional sin elevar el nivel de dolor, mejorando así la autoeficacia del paciente y previniendo una discapacidad secundaria al dolor (Turk & Okifuji, 2002).

- **Contracondicionamiento:** Consiste en exponer al paciente a las situaciones que le generan miedo excesivo al dolor. Ha resultado efectivo en el manejo del miedo excesivo al movimiento, principalmente en pacientes con dolor crónico de espalda baja (Vlayen, Kole-Snijders, Boeren & Eeck, 1995).

La aplicación de cada una de las técnicas implica una valoración del paciente y las áreas en las que se reporta mayor malestar, para que de esta manera se elijan para la intervención psicológica aquellas que contribuyan a su adaptación a la enfermedad crónica de la mejor manera posible.

Capítulo IV Evaluación Psicológica del dolor crónico

La evaluación del dolor, dada su naturaleza subjetiva ha sido compleja. No existen exámenes de sangre, exámenes de patología del tejido, estudios de imagen, evaluación física o conductas de los pacientes que reflejen la experiencia interna de dolor. La evaluación se hace entonces de manera indirecta a través de la evaluación de quien lo padece (Todd, 2005). Para medir el dolor se han utilizado principalmente escalas que evalúan la intensidad del dolor.

Evaluación de la Intensidad del dolor

La evaluación de la intensidad del dolor se ha basado en el informe verbal y no verbal del paciente mediante la Escala numérica (Numerical Rating Scale NRS), Escala Visual Análoga (EVA o Visual Analog Scale VAS), Escala Gráfica (Graphical Rating Scale, GRS) y Escala verbal (Verbal Rating Scale, VRS).

Escala numérica: Consiste en un rango de números (generalmente del 0 al 10) de los cuales uno es seleccionado por el paciente como el más representativo de su nivel de intensidad del dolor. En este caso se le indica al paciente que 0 equivale a “ausencia de dolor” y el número más alto representa la medida máxima de dolor “el dolor más intenso que puede imaginar” o “el peor dolor posible”. Los pacientes pueden responder verbalmente o de manera escrita colocando un punto sobre una línea de diez centímetros. Esta escala es ampliamente utilizada en el ambiente hospitalario (Todd, 2005). Paice & Cohen (1997) han encontrado que los pacientes la prefieren además de ser más útil que la Escala Visual análoga.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										El peor dolor posible

Escala visual análoga (EVA): se basa en una línea horizontal de 100 mm en cuyos extremos se indica una descripción de la intensidad del dolor. Del lado izquierdo el dolor es descrito como “sin dolor” y en el extremo derecho “el peor dolor posible o “dolor tan malo como podría ser”. De esta manera, el paciente tiene que marcar con un punto sobre la línea el nivel que represente mejor la intensidad del dolor. Se han encontrado problemas en su aplicación principalmente en la población de adultos mayores y en personas con problemas cognitivos (Bodian, Freedman, Hossain, Eisenkraft, & Beilin, 2001).

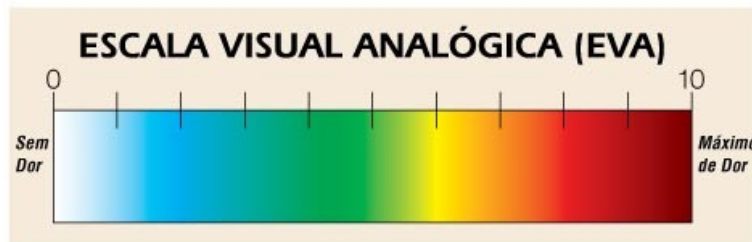


Figura 1. Escala visual analógica empregada para mensuração da dor

Escalas Gráficas: Consiste en una serie de dibujos de expresiones faciales que representan diversos estados de dolor. En esta escala se le solicita al paciente que elija la expresión facial que mejor describa la intensidad del dolor. Cada rostro tiene asignado un número de acuerdo a la intensidad del dolor y éste es el que se registra (Miró, Huguet, Nieto, Paredes & Baos, 2005).

0	2	4	6	8	10
Muy contento; sin dolor	Siente sólo un poquito de dolor	Siente un poco más de dolor	Siente aún más dolor	Siente mucho dolor	El dolor es el peor que puede imaginarse (no tiene que estar llorando para sentir este dolor tan fuerte)

Escala Verbal: Se basa en una serie de adjetivos o frases que describen la intensidad del dolor. Las descripciones utilizadas como rangos son cuatro:

“ninguno”, “leve” “moderado” y “severo”). Dicha escala es ampliamente utilizada en el ámbito hospitalario demostrando ser fácil de administrar aunque no es muy recomendable para pacientes con déficit cognitivo o bajo nivel intelectual (Ferraz, et al. 1990).

Ninguno	Leve	Moderado	Fuerte
(0)	(1–3)	(4–6)	(7–10)

El empleo de dichas escalas de intensidad del dolor han sido de gran utilidad para poner en términos objetivos la respuesta de los pacientes ante los tratamientos médicos en el manejo del dolor crónico, lo cual ha facilitado la acumulación de evidencia científica que guía la práctica profesional (Todd, 2005).

Como se ha mencionado, el dolor crónico involucra una serie de aspectos psicológicos cuyo tratamiento contribuye de manera importante a la adaptación y disminución del padecimiento y que indudablemente requieren parámetros de evaluación que al igual que las escalas de intensidad aporten un parámetro inicial que guíe la intervención psicológica requerida y además aporte datos sobre la eficacia del tratamiento psicológico (Hansen & Streltzer 2005; Turk & Melzack, 1992).

Evaluación Psicológica en pacientes con dolor

En el tratamiento del dolor es de suma importancia la evaluación de aspectos emocionales y evaluativos. El tratamiento físico por si solo puede dejar diversos aspectos involucrados sin resolver con la posibilidad de recaídas o de la exacerbación del padecimiento por medio del reforzamiento (Hansen & Streltzer, 2005).

La intervención cognitiva conductual emplea los resultados de la evaluación de dolor, como evidencia en diseños de replicación antes–después, como vía para evaluar los beneficios de un tratamiento.

Inventarios de evaluación psicológica del dolor

Psychosocial Pain Inventory (PSPI): Entrevista estructurada, utilizada para obtener información del paciente y su familia acerca de veinticinco aspectos sobre el dolor crónico, tales como, eventos de vida estresantes, reforzamiento social de la conducta de dolor, uso de medicamentos, conductas de búsqueda de cuidado de la salud y modelos de familia para el dolor crónico (Getto, Heaton, & Lehman, 1983; Heaton, 1982).

Interactive Microcomputer Patient Assessment Tool for Health (IMPATH): Entrevista estructurada, computarizada que consiste en 400 reactivos de opción múltiple y preguntas visuales análogas. Provee de información sobre la historia médica de los pacientes, una lista de factores conductuales, cognitivos y sociales, y una escala de síntomas de severidad o grado en el que el dolor afecta negativamente la actividad diaria del paciente (Monsein, 1990; Nelson, 1986).

Inventario Breve de dolor: Instrumento de autoevaluación, requiere de menos de 5 minutos para ser completado. Mide el impacto del dolor en varios aspectos del funcionamiento diario: Actividad General, Humor, Habilidad para caminar, Trabajo en general, Relación con otras personas, sueño y Disfrute de la vida. Usando una escala del 0 al 10 donde 0 es “No interfiere” y el 10 es “Interfiere completamente”. El paciente debe elegir la opción que se ajuste mejor a su situación. Ha mostrado consistencia interna y confiabilidad de 0.86 a 0.91 (Serlin, et al. 1995).

Entrevista conductual: Tiene como principal objetivo, determinar los factores que se relacionan con el dolor y como éste influye en la vida del paciente. Involucra la información aportada por el paciente y/o por algún miembro de la familia, para compararla y medir la interacción con el paciente.

La intervención psicológica en el área de dolor crónico requiere herramientas claramente definidas que permitan al profesional hacer una valoración de las necesidades de intervención del paciente así como del nivel inicial del dolor. Dicha evaluación permitirá obtener información objetiva sobre los progresos de la intervención y los lineamientos a seguir en el manejo psicológico del dolor crónico.

Escala visual analógica (EVA): se basa en una línea horizontal de 100 mm en cuyos extremos se indica una descripción de la intensidad del dolor. Del lado izquierdo el dolor es descrito como “sin dolor” y en el extremo derecho “el peor dolor posible o “dolor tan malo como podría ser”. De esta manera, el paciente tiene que marcar con un punto sobre la línea el nivel que represente mejor la intensidad del dolor. Se han encontrado problemas en su aplicación principalmente en la población de adultos mayores y en personas con problemas cognitivos (Bodian, Freedman, Hossain, Eisenkraft, & Beilin, 2001).

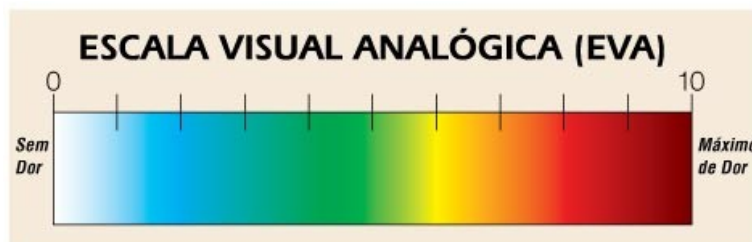


Figura 1. Escala visual analógica empregada para mensuração da dor

Escalas Gráficas: Consiste en una serie de dibujos de expresiones faciales que representan diversos estados de dolor. En esta escala se le solicita al paciente que elija la expresión facial que mejor describa la intensidad del dolor. Cada rostro tiene asignado un número de acuerdo a la intensidad del dolor y éste es el que se registra (Miró, Huguet, Nieto, Paredes & Baos, 2005).

0	2	4	6	8	10
Muy contento; sin dolor	Siente sólo un poquito de dolor	Siente un poco más de dolor	Siente aún más dolor	Siente mucho dolor	El dolor es el peor que puede imaginarse (no tiene que estar llorando para sentir este dolor tan fuerte)

Escala Verbal: Se basa en una serie de adjetivos o frases que describen la intensidad del dolor. Las descripciones utilizadas como rangos son cuatro:

“ninguno”, “leve” “moderado” y “severo”). Dicha escala es ampliamente utilizada en el ámbito hospitalario demostrando ser fácil de administrar aunque no es muy recomendable para pacientes con déficit cognitivo o bajo nivel intelectual (Ferraz, et al. 1990).

Ninguno	Leve	Moderado	Fuerte
(0)	(1–3)	(4–6)	(7–10)

El empleo de dichas escalas de intensidad del dolor han sido de gran utilidad para poner en términos objetivos la respuesta de los pacientes ante los tratamientos médicos en el manejo del dolor crónico, lo cual ha facilitado la acumulación de evidencia científica que guía la práctica profesional (Todd, 2005).

Como se ha mencionado, el dolor crónico involucra una serie de aspectos psicológicos cuyo tratamiento contribuye de manera importante a la adaptación y disminución del padecimiento y que indudablemente requieren parámetros de evaluación que al igual que las escalas de intensidad aporten un parámetro inicial que guíe la intervención psicológica requerida y además aporte datos sobre la eficacia del tratamiento psicológico (Hansen & Streltzer 2005; Turk & Melzack, 1992).

Evaluación Psicológica en pacientes con dolor

En el tratamiento del dolor es de suma importancia la evaluación de aspectos emocionales y evaluativos. El tratamiento físico por si solo puede dejar diversos aspectos involucrados sin resolver con la posibilidad de recaídas o de la exacerbación del padecimiento por medio del reforzamiento (Hansen & Streltzer, 2005).

La intervención cognitiva conductual emplea los resultados de la evaluación de dolor, como evidencia en diseños de replicación antes–después, como vía para evaluar los beneficios de un tratamiento.

Inventarios de evaluación psicológica del dolor

Psychosocial Pain Inventory (PSPI): Entrevista estructurada, utilizada para obtener información del paciente y su familia acerca de veinticinco aspectos sobre el dolor crónico, tales como, eventos de vida estresantes, reforzamiento social de la conducta de dolor, uso de medicamentos, conductas de búsqueda de cuidado de la salud y modelos de familia para el dolor crónico (Getto, Heaton, & Lehman, 1983; Heaton, 1982).

Interactive Microcomputer Patient Assessment Tool for Health (IMPATH): Entrevista estructurada, computarizada que consiste en 400 reactivos de opción múltiple y preguntas visuales análogas. Provee de información sobre la historia médica de los pacientes, una lista de factores conductuales, cognitivos y sociales, y una escala de síntomas de severidad o grado en el que el dolor afecta negativamente la actividad diaria del paciente (Monsein, 1990; Nelson, 1986).

Inventario Breve de dolor: Instrumento de autoevaluación, requiere de menos de 5 minutos para ser completado. Mide el impacto del dolor en varios aspectos del funcionamiento diario: Actividad General, Humor, Habilidad para caminar, Trabajo en general, Relación con otras personas, sueño y Disfrute de la vida. Usando una escala del 0 al 10 donde 0 es “No interfiere” y el 10 es “Interfiere completamente”. El paciente debe elegir la opción que se ajuste mejor a su situación. Ha mostrado consistencia interna y confiabilidad de 0.86 a 0.91 (Serlin, et al. 1995).

Entrevista conductual: Tiene como principal objetivo, determinar los factores que se relacionan con el dolor y como éste influye en la vida del paciente. Involucra la información aportada por el paciente y/o por algún miembro de la familia, para compararla y medir la interacción con el paciente.

La intervención psicológica en el área de dolor crónico requiere herramientas claramente definidas que permitan al profesional hacer una valoración de las necesidades de intervención del paciente así como del nivel inicial del dolor. Dicha evaluación permitirá obtener información objetiva sobre los progresos de la intervención y los lineamientos a seguir en el manejo psicológico del dolor crónico.

FORMULACIÓN DE CASOS Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales para el manejo del dolor crónico

Caso 1 Un caso de Dolor Miofascial

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

- Paciente A
- Sexo: Femenino
- Edad: 59 años de edad
- Originaria: Guadalajara
- Residente: Distrito federal
- Numero de hermanos y lugar que ocupa: 1/8
- Estado civil: casada Numero de hijos: 1 (27 años de edad)
- Escolaridad: Carrera comercial
- Ocupación: ama de casa
- Padecimiento médico actual: Osteoartrosis, Dolor Miofascial en cuello, Infección vaginal, Condromalacia patelofemoral.

MOTIVO DE CONSULTA

La paciente es referida por Clínica del dolor debido a que el tratamiento médico para el dolor miofascial, no ha ofrecido cambios significativos. Presenta una Escala Visual Análoga (EVA) constante de 7 la cual se exacerba con el aumento de la actividad.

La paciente refiere como motivo de consulta: “quiero encontrar la manera de vivir más tranquilamente y tratar de mejorar la forma en la que estoy manejando las cosas”.

IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL

Al examen mental se observa paciente conciente, orientada en las tres esferas, sin alteraciones cognitivas, lenguaje verborréico, pensamiento circunstancial, humor y estado de ánimo ansioso, EVA de 8-9 en promedio.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

La paciente es la hija mayor en una familia de 8 hermanos. Desde aproximadamente los 12 años de edad, a raíz de una enfermedad de su madre, la paciente asumió el cuidado de sus 7 hermanos. La paciente refiere que su madre le pedía apoyo para regañar a alguno de sus hermanos y simultáneamente le decía que era muy dura con ellos y levantaba los castigos que había impuesto la paciente.

Se casó a los 25 años de edad. Para ella el matrimonio representó la liberación de la responsabilidad de su familia. Hacia el cuarto año de matrimonio, la paciente huyó de su casa junto con su hijo porque su esposo la maltrataba. Refiere que regresó con su marido porque su hijo le preguntaba por su papá, sin embargo, desde ese momento la relación con su esposo fue distante. Comenta además que ha vivido una relación de maltrato físico pues su marido “tiene mal carácter y es muy exigente”.

Hasta hace tres años ella atendía el negocio de su esposo pero debido a la enfermedad de su suegra (Alzheimer), decidieron mudarse a su casa dejando que su hijo viviera solo en el departamento.

Actualmente ella se hace cargo de la casa de su suegra, de su departamento, atiende las llamadas de su esposo, cuida a su suegra y la lleva a sus consultas médicas. Ella refiere “no tengo vida propia”.

PADECIMIENTO ACTUAL

La paciente presenta dolor crónico por Osteoartrosis (OAD) desde hace 5 años y dolor miofascial en la cuarta y quinta vértebra cervical desde hace 3 años. El dolor miofascial no ha mejorado con el tratamiento médico, y se exacerba en episodios de tensión. Presenta una Evaluación Visual Análoga (EVA) de 7 casi todo el día, durante los siete días de la semana. El dolor disminuye en las primeras 3 horas después de la toma del medicamento (Sertralina) e incrementa en momentos de tensión, por ejemplo cuando su esposo maneja la camioneta y en la tarde cuando no ha concluido las labores domésticas y al cargar objetos pesados.

LISTA DE PROBLEMAS

Conductuales

1. Dificultad para establecer límites ya que ocupa la mayor parte del tiempo en actividades del hogar; al cuidado de su suegra, esposo, 2 mascotas; la limpieza del departamento en el que vive su hijo y colabora contestando las llamadas del negocio de su esposo.
2. Evita confrontar ya que cuando su esposo le grita, ella se queda callada o deja sus actividades para realizar lo que él le pide.
3. Realiza actividades a pesar del dolor (actividad prolongada, carga objetos pesados, no se da periodos de descanso).
4. Presenta conductas pasivo-agresivas tales como negarse a tener sexo con su esposo y servirle la sopa caliente.

Emotivos

1. Enojo
2. Ansiedad

Cognitivos

1. **Pensamientos automáticos:** *Catastrofización* (“nunca voy a estar bien”); *Generalización* “este dolor no me deja”; *Falacia de Control* (“sí no lo hago yo... ¿quién lo va a hacer?”) y *Falacia de justicia* (“sí yo cuido a mi suegra, alguien cuidará de mí cuando lo necesite”).
2. **Ideas Irracionales de Ellis:** “*La desgracia humana se origina por causas externas y que la gente tiene poca capacidad, o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones*”; “*La idea de que sí algo es o puede ser peligroso o temible se deberá sentir terriblemente inquieto por ello, deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra*” (Ellis, 2003).
3. **Esquema Dominio:** Centrado en los demás
4. **Esquema temprano desadaptativo:** Subyugación
5. **Fallas Cognitivas:** *Estructura:* no jerarquiza ni anticipa; *Contenido:* atribución al exterior, falta de responsabilidad sobre su bienestar; *Atención:* Centrada en el aumento del dolor y en las necesidades de los demás; *Percepción:* Distorsionada, tiende a catastrofizar; *Imaginación:* Sí actúa bien será recompensada algún día.

Fisiológicos

1. Dolor en las vértebras cervicales con intensidad promedio de 7
2. Tensión muscular
3. Taquicardia
4. Fatiga
5. Sudoración en las manos

Sociales:

1. Aislamiento social
2. Dependencia económica de su esposo
3. Desgaste emocional por el cuidado de su suegra

A manera de ejemplos, en la siguiente tabla se muestran las principales cogniciones (B) con el evento que las generan (A) y sus consecuencias (C) conductuales (CC), emocionales (CE), Fisiológicas (CF) y Cognitivas (CCg).

A Eventos Activadores	B Pensamientos Automáticos	C Consecuencias
<p>Paciente viaja en la camioneta con su esposo y él grita y agrade a los demás conductores.</p>	<p>“nos vamos a matar”, “en algún momento va a bajar alguien con una pistola”.</p>	<p>CC: Se queda callada, mira hacía todos lados y adopta una posición en la que siente menos dolor. CF: Tensión, aumenta el ritmo cardiaco y el dolor en las cervicales (EVA de 3 a 7). CCg: ¿Cómo es posible que no sea prudente? Lo pueden golpear. CE: Ansiedad, Enojo</p>
<p>Levanta las macetas para limpiar el patio</p>	<p>“Sí no lo hago yo nadie lo hará”</p>	<p>CC: Continúa hasta terminar de limpiar el patio. CF: Dolor intenso en las rodillas y cervicales. CCG: “Pobre de mi” ”mi marido no se da cuenta que me estoy lastimando” CE: Tristeza, Enojo</p>
<p>Por la tarde haciendo la comida. Se intensifica el dolor en las cervicales</p>	<p>“Este dolor nunca se me va a quitar” “Tengo que terminar la comida y no puedo con tanto dolor”</p>	<p>CC: Continua haciendo la comida CF: Tensión en espalda y el dolor en las cervicales incrementa. CCg: “este dolor es insoportable.” CE: Enojo</p>
<p>Esta limpiando la casa y su esposo le grita enojado que no le gustó la comida.</p>	<p>“No lo soporto”</p>	<p>CC: Deja de limpiar y va hacía donde esta su esposo. CF: Tensión, Aumenta frecuencia cardiaca</p>

		CCg: “tengo ganas de salir corriendo”, “quisiera que dejara de gritar” CE: Ansiedad y enojo.
Su suegra se jala el cabello y aunque le repite varias veces que no lo haga ella continúa	“¿si no la cuido yo quién lo va a hacer?”	Conducta: Deja sus actividades para vigilar a su suegra. Fisiológica: Tensión Cognición: “Pobre señora, no me gustaría estar en su lugar” Emoción: Ansiedad y enojo

Tabla. Conceptualización Cognitivo Conductual de la paciente A

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

La intervención terapéutica en este caso, tuvo como objetivo sensibilizar a la paciente sobre la relación entre pensamiento, conducta y emoción y como esta interacción exagera el dolor presentado en diversas áreas y la lleva a requerir más medicamento.

El déficit de asertividad se observa cuando la paciente refiere que acepta pasivamente las responsabilidades que le corresponden a otras personas; como el cuidado de su suegra, el arreglo del departamento en el que vive su hijo, la asistencia a su esposo y el cuidado de las dos mascotas. La paciente refiere sentir enojo por el trato recibido, pero no lo expresa de forma directa. El autocuidado de la paciente se limita a tomar medicamentos y acudir a sus citas.

Otro objetivo a trabajar fue la aplicación paulatina de límites en las actividades del hogar, ya sea que ella disminuya sus actividades o que promueva la participación de su familia. “Hasta que la persona no sea más asertiva, la ira continuará siendo un problema importante, sobre todo si uno no es conciente de sus consecuencias dolorosas” (Young & Klosko, 2001, p. 330).

Las intervenciones se llevaron a cabo en 9 sesiones cuyo desarrollo fue el siguiente:

Sesión 1

Tras establecer el Rapport, se le pregunta a la paciente por su conocimiento previo sobre el objetivo de una intervención psicológica. La paciente refiere no haber tenido tratamiento psicológico previo y considera que los psicólogos escuchan los problemas de la gente. Se le explica a la paciente que los psicólogos clínicos son los profesionistas que se encargan de acompañar a las personas en la búsqueda de soluciones para el bienestar y que en concreto el especialista en medicina conductual se encarga de abordar las situaciones que inciden en la exacerbación de los síntomas físicos. Con base en los ejemplos que ella dio previamente se le explica como la interpretación de los eventos influye en su pensamiento, conducta y emociones lo cual puede tener un efecto positivo para ella tal como concluir una actividad en casa o un efecto negativo o desagradable tal como el incremento de dolor. Finalmente, debido a que el manejo del dolor no ha sido controlado con su tratamiento médico, uno de los objetivos será que ella aprenda estrategias que le permitan “ayudarle” al medicamento a disminuir su dolor. La paciente refiere estar de acuerdo en iniciar un tratamiento psicológico y con eso mejorar su nivel de dolor y el malestar emocional (ansiedad y enojo).

Sesión 2

Desarrollo de la sesión: Saludo cordial y establecimiento del Rapport. Se le pregunta a la paciente sobre las situaciones en las que es más probable que el dolor incremente. La paciente refiere que no identifica ningún cambio en el dolor y que todo el tiempo le duele el cuello. Refiere que toma el medicamento, pero este no le ayuda. El dolor normalmente esta en EVA 7. Se hace una revisión de lo que la paciente hizo en la semana para identificar excepciones o variaciones de dolor. La paciente refiere que le es difícil identificarlas ya que “el dolor esta todo el tiempo”. Tras la intervención refiere que el dolor aumenta

cuando su esposo maneja la camioneta y cuando tiene poco tiempo para concluir sus actividades, en estos casos, el dolor sube de EVA 7 a EVA de 10. Se le debate a la paciente pensamientos automáticos de generalización y catastrofización y se enfatiza el incremento del dolor ante estos pensamientos. Tras la revisión de situaciones ante las que la paciente los pensamientos de dolor se concluye que sí distrae el pensamiento el dolor tiene una EVA de 4. Se le entrena a la paciente en respiración profunda para que sea utilizada como estrategia de afrontamiento ante las situaciones referidas. La tarea para casa consistió en enlistar las situaciones en las que se siente ansiosa o enojada.

Sesión 3

La paciente refiere que no tiene tiempo para hacer los registros de las situaciones que le molestan o la hacen sentir ansiosa, comenta: “lo que me molesta es mi marido”. La paciente refiere que no es opción divorciarse, ya que no puede “dejar a su suegra con él y él se volvería loco”. Se utiliza la técnica de solución de problemas, para generar todas las alternativas posibles ante la situación de vivir con su marido. La paciente elige “aprender a manejar su mal genio”. Se le pide a la paciente que para la siguiente sesión registre las situaciones en la que ella se siente enojada o ansiosa con su marido.

Sesión 4

La paciente refiere como principales situaciones que le molestan de la relación con su esposo, que cuando no encuentra algo de su oficina, le grita y le exige que lo busque, ella deja lo que esta haciendo para ir a buscar lo que le pide y esto la retrasa en sus actividades. Junto con la paciente se identifica que cuando ella no puede atenderlo inmediatamente por estar con su suegra, su esposo deja de gritar y busca las cosas. Se modela continuar con su actividad en lugar de ir corriendo con su esposo, simultáneamente practicar respiración profunda con el objetivo de ir desvaneciendo la conducta de su esposo.

Sesión 5

La paciente refiere que en un 40% ella pudo poner en práctica el esperar unos minutos antes de ir corriendo, la paciente piensa “se va a poner peor, mejor voy

de una vez”. Mediante láminas ilustrativas (VER ANEXO 1) se le explica a la paciente las características de las conductas pasiva, agresiva y asertiva, es decir, en qué consisten y las consecuencias emocionales de ambas. La paciente identifica que su comportamiento es pasivo y que no sabe cómo reaccionar ante la conducta de su esposo. Se hace una representación de papeles en la que ella ocupa el papel de su esposo y la terapeuta modela cada uno de los comportamientos, se le cuestiona a ella cuál es el efecto de cada respuesta y concluye que la respuesta pasiva fomenta que su esposo siga gritando cada que tiene oportunidad, la conducta agresiva puede ponerlo más violento y la asertiva lo va a enojar también, aunque ella se va a sentir menos enojada por dejar la comida a la mitad. Ahora se le pide a la paciente que ella sea quien emita la respuesta asertiva (“espera estoy terminando la comida”) y la terapeuta representará el papel de su marido. La paciente puede contestar con firmeza y esperar a terminar. La actividad entre sesiones fue practicarlo en casa.

Sesión 6

La paciente refiere que ha utilizado con más frecuencia (50%) el demorar su respuesta. Sin embargo, le molesta mucho escuchar cuando le grita para ello se ensayó la técnica de “Aplazamiento asertivo” en el cual ante las reclamaciones de su esposo ella le contesta: “en este momento estas enojado y prefiero que hablemos cuando estés más tranquilo”. La paciente refiere que le gustaría que él le ayude en algunas cosas tales como lavar los trastes o darle de comer a las mascotas, para ello se practican habilidades de comunicación para proponerle que se haga cargo de sus mascotas.

Sesión 7

La paciente refiere que ha pensado que necesita cuidarse más y empezar a pedir ayuda para eso habló con su esposo utilizando algunas técnicas de las comentadas (acercamiento físico, contacto visual, tono de voz adecuado y mensaje concreto) y desde la última sesión él la ha ayudado a lavar los trastes en 3 ocasiones que se lo pidió. Refiere que sigue sin alimentar a las mascotas como habían acordado desde años atrás. Se resalta la importancia de hablarlo

nuevamente para establecer nuevas reglas. Con respecto a cuidarse más se identifica que la paciente levanta cosas pesadas y continúa con las actividades aunque el dolor en las cervicales haya aumentado. Se le explica el ciclo del comportamiento ante el dolor donde al forzar el movimiento el dolor incrementa. La paciente se deja como actividad en casa: descansar y disfrutar de sus vacaciones.

Sesión 8

La paciente refiere haber establecido límites durante las vacaciones, ya que su esposo y cuñado se hicieron cargo de su mamá, así que ella logró descansar. Refiere que su esposo ha alimentado a las mascotas con mayor frecuencia. Pese a dichos cambios la paciente no considera que sean significativos. Comenta que ha pensado en el divorcio como una alternativa, se hace un análisis de las posibilidades reales de hacerlo a corto, mediano y largo plazo. Debido a la dependencia económica actual, la paciente refiere que la alternativa que en este momento le ofrece más ventajas es retomar la venta de productos por catálogo y hacer por lo menos dos visitas a la semana para ofrecer el producto.

Sesión 9

La paciente refiere que cuando su esposo le pide que haga algo ella le responde que no puede en ese momento, aunque inicialmente su esposo se enojaba actualmente le grita menos e incluso él va a buscar lo que necesita o se olvida de buscarlo sí no es necesario. Comenta que hay ocasiones en las que va corriendo de forma automática. Se le explica que lo ha venido haciendo por varios años y que entre mayor sea la práctica de estas herramientas se irán haciendo parte de su comportamiento habitual. Con respecto a los ejercicios de relajación, refiere que no le son fáciles de aplicar en su rutina diaria. De esta manera se sustituyen por respiraciones profundas cuando ve la televisión con su suegra o antes de ir a la cama. Se concluye la sesión enfatizando el peso que ha tenido su constancia en casa en las herramientas que ha adquirido durante las sesiones.

EFECTOS CLÍNICOS

En el caso de la paciente A, tenía un mal control del dolor (EVA promedio 9), síntomas de ansiedad y depresión que al ser abordado mediante la identificación de conductas ante las que el dolor incrementa (posturas inadecuadas, esfuerzo innecesario o tensión con su pareja) y las cogniciones acerca del dolor (“este dolor nunca se me va a quitar”) se promovió el aprendizaje de conductas asertivas, percepción más realista del dolor, solución de problemas y la respiración profunda.

A partir del tratamiento se logró una disminución de los puntajes reportados en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y de Ansiedad (BAI) y en el nivel subjetivo de dolor reportado por la paciente.

Escala / Inventario aplicado	Puntuación PRE	Puntuación POST
	Sesión 2	Sesión 9
Inventario de Depresión de Beck (BDI)	12	4
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	15	3

Tabla: Caso 1 Puntajes PRE y POST

En la siguiente tabla se observan que inicialmente la percepción del nivel de dolor normal de la paciente se ubicaba en 9 y hacia la última sesión dicho valor disminuyó a 4. En lo que respecta al nivel menos intenso de dolor inicialmente fue de 5-6 y en las últimas dos sesiones se mantuvo en 2-3.

Sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9
EVA Normal	9	7	7	5	6	6	4	7-8	4
EVA Menos intenso	5-6	6	5	3	3	4	3	2-3	2-3

Tabla: EVA a lo largo de 9 sesiones

Al finalizar la intervención, la paciente refiere haber aprendido estrategias para establecer límites y tener más tiempo para sus actividades. Además refiere sentirse más tranquila en un 35% y haber disminuido el dolor a nivel cervical en un 40%. La paciente refiere que aprendió principalmente a aceptar el dolor crónico y a hacer lo correspondiente para evitar su aparición (actividad pausada y menor esfuerzo físico) o para evitar su incremento (distracción, respiración profunda y paro de pensamiento).

Caso 2

Un caso de Dolor por Fibromialgia

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

- Paciente B
- Sexo: Femenino
- Edad: 61 años de edad
- Residente: Distrito federal
- Estado civil: casada
- Numero de hijos: 2 (hombres 42 y 40 años de edad).
- Escolaridad: Primer semestre de medicina
- Ocupación: Hogar

MOTIVO DE COSULTA

Paciente referida por el médico algólogo para manejo del dolor, ya que desde hace más de un año no disminuye a pesar del incremento de medicamento. Al preguntarle a la paciente el motivo de su asistencia a la consulta psicológica ella refiere: “vivo harta, estresada, angustiada, es insoportable el dolor, es penetrante”.

IMPRESIÓN GENERAL

Paciente femenina de estatura y peso promedio. En buenas condiciones de higiene y aliño personal. Al examen mental se observa paciente conciente, orientada en las tres esferas, animo deprimido y ansioso, presenta tics faciales al hablar de temas que le generan malestar emocional. Se muestra dispuesta y cooperadora a las sesiones.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

La paciente refiere que a lo largo de su vida a tenido una serie de eventos que la “han hecho sufrir mucho”. Refiere que tuvo una infancia triste ya que no tenía una buena relación con su madre. De ella recuerda que era muy exigente y que la mayor parte del tiempo le exigía que repitiera las labores que le asignaba,

por ejemplo al bordar, su madre le decía que no estaba bien y que no lo había hecho como “se debía”, de tal manera que la paciente lo volvía a hacer.

En la adolescencia ella decidió estudiar medicina, sin embargo, se casó y “su esposo ya no la dejó trabajar” (Psic. Paciente). Al poco tiempo tuvo a su primer hijo y dos años más tarde a su segundo hijo y se dedicó por completo su cuidado.

Actualmente la paciente vive con su esposo y en el departamento de arriba vive su hijo menor con sus dos hijas (18 y 16 años de edad). Ella es quien les da de comer y aunque no es oficial, ella se encarga de cuidar a sus nietas. Una de sus actividades favoritas es la organización de competencias de boliche.

PADECIMIENTO ACTUAL

La paciente refiere que “toda su vida ha sufrido diferentes padecimientos” tales como cefalea, dolor en todo el cuerpo, gastritis, cirugía en la rodilla, histerectomía, etc. Comenta que ha tenido 13 cirugías y que desde hace 10 años le diagnosticaron fibromialgia. Cuando tiene episodios intensos de dolor, la paciente se cuestiona el objetivo de seguir viviendo. No refiere planeación suicida.

Refiere que además del dolor que considera “insoportable”, le preocupa mucho la calidad de vida de sus nietas e hijo menor, ya que su nieta mayor le ha dicho que se quiere suicidar.

LISTA DE PROBLEMAS

Conductuales

1. Cuando aparece el dolor continúa con las actividades del hogar.
2. Llora cuando el dolor incrementa.

Cognitivos

1. **Pensamientos automáticos:** Generalización (“nunca se me va a quitar el dolor”, “mi nuera no sabe hacer nada”); Catastrofización: “yo no voy a soportar esto”, “Tengo ganas de morirme”; Deberías “Se me tiene que quitar” (el dolor), “tengo que aguantar”
2. **Ideas Irracionales de Ellis:** *“La desgracia humana se origina por causas externas y que la gente tiene poca capacidad, o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones”; “La idea de que cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad”; “La idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vaya por el camino que a uno le gustaría que fuesen” y “La idea de que uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás”.* (Ellis, 2003).
3. **Esquema Dominio:** Sobrevigilancia e inhibición
4. **Esquema temprano desadaptativo:** Punitivo. “Creencia de que la gente debería ser severamente castigada por cometer errores. Tendencia a ser enojón, intolerante, punitivo e impaciente hacia aquella gente q no reúne sus expectativas estándares”
5. **Fallas Cognitivas:** Procesos: *Percepción:* absolutista; *Atención:* Selectiva hacia lo negativo (propio y de los demás); *Memoria:* Negativa; *Imaginación:* catastrófica y futuro negativo. Contenido: Confusión entre el ser y el hacer. Estructura: Fallas en el análisis y el razonamiento porque se basan en premisas falsas y etiquetación. Forma: Rígida y Pensamiento obsesivo sobre la idea recurrente.

Emotivos

1. Depresión
2. Ansiedad

Sociales

1. Al no controlar el dolor, aumentan los gastos por consultas y medicamentos.
2. Dificultades en la relación con su hijo menor y nietas.

A continuación se pueden observar ejemplos de situaciones ante las que la paciente presenta distorsiones de pensamientos, así como las consecuencias fisiológicas Cognitivas, conductuales y Emotivas de dichos pensamientos.

A	B	C
Por la tarde viendo la tele con mi esposo, siento una punzada muy fuerte	"Otra vez éste dolor"	Fisiológico: EVA de 9-10 Cognición: "Se me tiene que quitar" Emoción: Enojo Conducta: No le contesto a mi esposo que me dice que me vaya a acostar.
En cama con dolor tratando de dormir	"No lo puedo controlar"	Fisiológico: insomnio Conducta: llanto Emoción: Tristeza/ Enojo Cognición: "¿Cómo es posible que siga con un dolor tan fuerte"
Su cuñado le dice: "tú naciste defectuosa"	"¿Por qué yo?"	Emoción: depresión Conducta: llanto Cognición: ¿Qué estoy pagando?

Tabla: Conceptualización Cognitiva Conductual de la Paciente B

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Sesión 1

Se le solicita a la paciente que refiera los conocimientos que tiene acerca de la fibromialgia. Tras sus comentarios la terapeuta refuerza las características que mencionó y hace hincapié en la cronicidad de la enfermedad. La paciente refiere que ella esperaba que la enfermedad se le quitara con el medicamento y que de esta manera no lo podrá soportar, dice. "ya no quiero seguir viviendo con tanto dolor". Se le explica a la paciente que ha sido canalizada a Psicología

dado que pese a seguir su tratamiento médico el dolor no ha disminuido y sí bien no es posible que el dolor “desaparezca” sí es posible controlarlo mediante diferentes técnicas que se aprenderán a lo largo del tratamiento. Como primer ejercicio para realizar en casa, se le pide a la paciente que hasta su siguiente sesión observe atentamente en qué momentos el dolor se intensifica, dado que la paciente refiere que el dolor esta presente “todos los días, todo el tiempo”.

Sesión 2

La paciente refiere no haber hecho el registro pero que se dio cuenta que había momentos en los que no tenía dolor. Junto con la paciente se hace un recuento de la EVA promedio los 5 días anteriores. Tras este ejercicio la paciente refirió notar que el dolor “no siempre es tan intenso. La paciente refiere que debido al dolor no puede hacer nada sin sentirse cansada, piensa que no es posible vivir así. Se le pregunta a la paciente cómo se siente al pensar que “no es posible vivir así” ella dice que se siente “sin esperanza” la terapeuta responde “piensa que no es posible sentirse mejor”, y eso ¿cómo la hace sentir?, la paciente refiere que siente tristeza porque toda su vida ha sufrido mucho y no sabe qué hacer para que el dolor disminuya. Se utilizan los ejemplos dados por la paciente para explicarle la interacción entre pensamiento-emoción y conducta, haciendo la comparación con lo que piensa o se le viene a la mente en los momentos en los que no tiene dolor o es mínimo. La paciente menciona que cuando no tiene dolor está jugando boliche o está escuchando a alguna de sus alumnas. Se enfatiza que la sobre vigilancia del dolor acompañado de pensamientos donde como ella dice “no hay esperanza”, influyen en el aumento del dolor percibido. Como actividad para casa la paciente registrará lo que piensa en los momentos de dolor muy intenso.

Sesión 3

La paciente refiere que no hizo su registro de pensamientos. Durante la sesión se le pide recuerde lo que pasaba por su mente en los momentos en los que el dolor incrementó. Los pensamientos mencionados fueron “ya he sufrido mucho ¿porqué más dolor?”, “ésto es un castigo”. Se le pregunta a la paciente sí ¿el haber sufrido antes determinará que siga sufriendo ahora?, ella refiere que así

lo había pensado, que no se había cuestionado ¿hasta cuándo tiene que sufrir y para qué? Refiere que había pensado que sufriendo iba a pagar por no haber sido lo que su mamá quería. Se valida la emoción de tristeza y se le cuestiona si ahora que su mamá murió el vigilar en exceso el dolor a manera de castigo ayudaría a cambiarlo. Al finalizar la sesión la paciente refiere que no por haber sufrido antes en su vida significa que así será. Comenta que es cierto que había considerado que la fibromialgia era un castigo más en su vida y que al ver que no había un alivio con la medicina se volvió más vigilante. La tarea en casa será debatir los pensamientos “catastróficos” por ejemplo: ¿quién dice que sufriré el resto de mi vida? El castigo lo decido yo cuando pienso que no lo podré soportar.

Sesión 4

La paciente refiere estar preocupada por el comportamiento de su nieta mayor (18 años de edad), refiere que no le gusta el novio que tiene, piensa que puede tener relaciones sexuales con él y que no quiere que estén solos en su departamento. Ella le ha llamado la atención pero no la obedece. Ante esta situación ella piensa que “la mamá de sus nietas tiene la culpa por abandonarlas” “pobres niñas, están desorientadas”. Y ante estos pensamientos ella se siente enojada con su nuera y triste con sus nietas. La intervención se dirige a debatir su papel dentro de la situación. La paciente refiere que su hijo es el responsable de la educación de sus nietas. Se le cuestiona qué tanto tolera cuando las cosas no van como ella cree que “deberían”. Contesta que sí, que generalmente vive pensando que la gente “debería” tener determinado comportamiento, e incluso para ella misma piensa que las cosas “deberían” ser diferentes, que no “debería” tener dolor. Se le pregunta para qué le ha servido exigir que así sea, refiere que le sirve para que su hijo y nietas sepan qué hacer ¿se le cuestiona si le ha funcionado? Tras pensarlo, contesta que el exigir que hagan lo que ella cree correcto ha alejado a sus nietas e hijo, casi no conviven, además ella se preocupa pero no genera ningún cambio en ellas. La paciente refiere que ahora va a pensar más en ella, a disfrutar sus actividades y aceptar que tiene fibromialgia ya que exigir algo que no esta a su alcance

solo la ha hecho sentir tristeza y enojo además de dificultar que el dolor disminuya.

Sesión 5

La paciente acude brevemente a la sesión ya que acaba de salir de hospitalización debido a un episodio de Herpes Zoster y requiere aislamiento pues se encuentra en periodo de contagio. La paciente se muestra angustiada ya que en urgencias le comentaron que el dolor por fibromialgia se incrementará por el Herpes Zoster. Se le hace referencia al manejo de los pensamientos catastróficos va a incrementar el dolor. Se le dan indicaciones para la respiración profunda y se le entrega un disco compacto con la grabación de una sesión de relajación autógena para que lo practique en el periodo de aislamiento (VER ANEXO 2).

Sesión 6

Tras su recuperación por el Herpes Zoster, refiere que “tuvo la entereza de soportar el dolor”. Ante los episodios de dolor intenso ella escuchaba el disco compacto y trataba de concentrarse en las instrucciones. Refiere que la estrategia le ayudó a controlar el dolor en una EVA máxima de 7 y en promedio de 3. En la sesión se le entrenó a la paciente en otra técnica de relajación con imaginería que consiste en asignarle una forma y color al dolor e irlo disminuyendo en la imaginación (VER ANEXO 3). Inicialmente el dolor estaba en 3 y tras la técnica de relajación bajó 1. Comenta que tiene dudas y al final de la sesión se pide el apoyo de su médico tratante en clínica del dolor para obtener información sobre los motivos del dolor en su abdomen, si aumentará el cansancio y si se repetirá frecuentemente. Al final de la sesión comenta: “no por el dolor yo estoy pagando algo, no es un castigo, a lo mejor me falta trabajar en eso”.

Sesión 7

Refiere que el dolor esta más controlado. La diferencia es que anteriormente tenía un episodio de dolor y continuaba con sus actividades (barriendo o haciendo el quehacer), ahora dice: “Lejos de seguir haciendo el quehacer con dolor y llorando, mejor me voy al sillón y hago mis ejercicios de relajación, me han ayudado muchísimo”. Refiere que el día anterior sus nietas no accedieron a su invitación para salir, ella comenta que no le agradó, pensó “no quieren convivir conmigo, pero los respeto”. La intervención se dirigió a su distorsión de personalización ya que en realidad no tenía evidencias de que sus nietas no quisieran ir con ella, podría deberse a otras circunstancias. Se reforzó el hecho de que aunque no quisieran convivir con ella como lo planteó inicialmente, ¿qué sería lo peor? A lo cual ella respondió “Pues nada... ¿voy sufrir toda la vida?”.

Sesión 8

La paciente refiere que la esposa de su hijo mayor estuvo hospitalizada y que él le dijo que ya no la soporta. La paciente refiere que reconoció sus límites y pensó que su función es escuchar a su hijo, darle un consejo y respetar su decisión. Refiere que su nuera es “una inútil” “no sabe hacer nada”, se le cuestiona para qué le ha servido pensar así de su nuera, reconoce que ha acumulado enojo hacía ella y que quisiera que su hijo terminara con ella. Se le cuestiona ¿sí de acuerdo a sus criterios ella es una inútil y no sabe hacer nada cómo se explica que tenga X años casada con su hijo? Ella se queda callada y finalmente dice: “Pues sí, para mi lo es, pero no quiere decir que sea así para mi hijo, por algo él esta con ella”. Concluye que nuevamente exige que los demás cambien y a pesar de su enojo, la situación es la misma. Su tarea en casa será identificar cada vez que exige algún comportamiento específico en los demás.

Sesión 9

Paciente refiere que sus nietas quieren tener una mascota y su hijo las apoya, pero ella no se quiere hacer cargo de la mascota. Se cuestiona si esta siendo mala con ellas. La sesión se dirige a cuestionar si solo complaciendo se demuestra el afecto, ventajas y desventajas de hacerlo. La paciente concluye

que desde que sus nietas están a su cargo ella no ha sabido como ponerles límites, en ocasiones es muy estricta y en otros momentos termina cediendo para no ser “mala”. Sin embargo reconoce que ellas pueden asumir la responsabilidad de cuidar a una mascota pero su tarea en ese caso sería respetarlo y no hacerlo por ellas. Concluye que ella hablará con su hijo y nietas para aclarar que no quiere colaborar en el cuidado de la mascota en caso de que decidan comprarla. En lo referente al dolor, la paciente refiere que ha identificado que cuando hace frío es más probable que el dolor aumente, para ello se elabora una lista de estas situaciones y en conjunto con la paciente se generan conductas alternativas, por ejemplo: limpiar la jaula de los pajaritos por la noche antes de taparlos para no mojarse las manos en la mañana cuando hace más frío.

Sesión 10

En conjunto con la paciente se hace un recuento del motivo de consulta, niveles iniciales de dolor, episodios intensos de dolor a la semana y pensamientos y conductas ante el dolor. Se hace referencia a las modificaciones que ha hecho al aceptar que tiene fibromialgia y que sí bien el dolor no se puede eliminar por completo sí puede disminuir su intensidad, además ahora puede descansar cuando el dolor se hace intenso y modificar horarios y actividades que faciliten el manejo del dolor. Se enfatiza el cambio en las emociones que siente ante el dolor, el mejor control del dolor y el dejar de ver al dolor como un castigo. La paciente refiere que ha aprendido a controlar su dolor y a verlo como parte de su vida.

EFECTOS CLINICOS

En el caso de la paciente B se observó específicamente una atención selectiva del dolor, es decir, la paciente no podía identificar excepciones del dolor, de igual manera el valor asignado al dolor más intenso era de 10 y el dolor normal con el que estaba “todo el tiempo” era de 7. Bajo esta perspectiva, la paciente realizaba sus actividades del hogar y en su club de boliche, pensando

constantemente en el dolor como un castigo o una forma de pagar un comportamiento pasado.

Con la intervención en psicoeducación la paciente aceptó su condición de dolor y simultáneamente aprendió estrategias para disminuir la percepción. El debate de sus ideas y creencias irracionales así como la búsqueda de excepciones de dolor, facilitó que la paciente notara su capacidad para modificar no solo la percepción del dolor sino también su estado de ánimo, como se muestra en la siguiente tabla.

EVALUACIÓN	Inicial	Final
EVA más intenso	10	7
EVA normal	7	1
Episodios de dolor intenso a la semana	7/7	3
Inventario de Ansiedad de Beck	33	4
Inventario de Depresión de Beck	23	7
Cogniciones ante el dolor	“este dolor es insoportable”	“puedo estar tranquila a pesar del dolor” “en unos minutos va a pasar y podré continuar con mis actividades”
Conducta ante el dolor	-Llanto -Continuar con la actividad	-Respiración profunda -Relajación con ayuda de disco compacto
Consecuencias fisiológicas ante el dolor	-Incremento del dolor hasta llegar a EVA 10 -Insomnio -Tensión muscular	-Dolor EVA 3

Al finalizar la intervención psicológica, la paciente refirió que se alcanzó el objetivo inicial ya que actualmente puede disfrutar las actividades que antes realizaba con dolor. Refiere que ha aceptado que tiene fibromialgia y que ella

puede controlar el nivel del dolor. Además del control del dolor, aprendió a trabajar en las situaciones que sí le corresponden a ella y a respetar las decisiones de sus hijos. Con sus nietas mejoró la relación pues aprendió a relacionarse con ellas al dejar que su hijo se encargara de su educación.

DISCUSIÓN

Cuando el dolor sirve como una señal que protege al individuo de un daño mayor éste resulta de gran utilidad, sin embargo, cuando no se explica por ninguna lesión o no cesa por completo pese al uso de medicamentos, es percibido como una amenaza. A esta percepción de amenaza se asocian factores ambientales y afectivos creando un círculo vicioso que perpetúa el dolor y las conductas de enfermedad (Turk y Okifuji, 2003). El manejo psicológico del dolor requiere el abordaje de la modulación del dolor y la discapacidad que genera.

La modulación del dolor requiere el conocimiento de los valores asignados por el paciente al nivel de dolor más fuerte experimentado y nivel promedio de dolor. Así mismo, es importante conocer las cogniciones ante eventos de dolor intensos. Es común observar que en pacientes con Fibromialgia y Osteoartritis, la hipervigilancia del dolor contribuye a que éste incremente siendo acompañado por cogniciones: catastróficas “este dolor me va a matar”; generalizadoras: “siempre voy a vivir con este dolor” y absolutistas “no puedo hacer nada”. El trabajar con las pacientes en el registro del dolor contribuyó por una parte identificar excepciones e incluso niveles más bajos de los que inicialmente daban por hecho. Además la modificación de las cogniciones antes mencionadas contribuyó de manera importante en la disminución de los niveles de dolor y la generación de pensamientos más realistas sobre su dolor facilitó la aceptación del padecimiento.

La discapacidad relacionada con el dolor crónico se abordó mediante el análisis de las situaciones en las que el dolor aumentaba, así se detectaron posturas incorrectas, actividades que demandan mayor fuerza de la posible, ningún periodo de descanso y en general un esfuerzo por continuar con las actividades que realizaban antes de la aparición de la enfermedad crónica. La psicoeducación fue una herramienta útil para fomentar el autocuidado ya que ambas pacientes consideraban que al continuar con sus actividades el dolor

desaparecería aunque paradójicamente había un exceso en la vigilancia del dolor.

Considerando que la Autoeficacia es “la convicción personal de que uno puede ejecutar exitosamente las conductas requeridas en una situación determinada” (p. 680), la intervención cognitivo conductual utiliza técnicas que involucran al paciente con dolor crónico, en experiencias exitosas, lo cual contribuye de manera importante al cambio de conducta (Turk & Okifuji, 2002).

En ambos casos se generaron alternativas para realizar actividades de manera diferente, como colocar objetos de uso frecuente a una altura en la que no sea necesario inclinarse (Paciente A) o cambiar el horario de las actividades que por la mañana le generan dolor debido a la disminución en la temperatura (Paciente B). Otras modificaciones al comportamiento realizadas por las pacientes fueron: darse un descanso durante episodios de dolor intenso, practicar relajación con imaginería y el uso de auto instrucciones.

En ambos casos se observa la disminución de los puntajes reportados en el Inventario de Ansiedad y Depresión los cuales fueron congruentes con el reporte verbal de las pacientes, quienes refirieron estar satisfechas con el tratamiento y haber adquirido control sobre los niveles de dolor. De la misma manera, el reporte del algólogo a cargo indicaba que dada la disminución en el reporte de dolor de las últimas sesiones sería posible disminuir la dosis de medicamento e incluso retirar el relajante muscular que se le administraba a la paciente A.

La terapia cognitivo conductual ha mostrado resultados satisfactorios en lo que se refiere a la percepción del dolor, el estado de ánimo, actividad laboral y en el cuidado de su salud a través del uso de una diversidad de técnicas terapéuticas que se aplican de acuerdo a la naturaleza del problema (Flor, Fydrich y Turk, 1992).

REFERENCIAS

- Altman, R.A. (1986). Development of Criteria for the classification and reporting Osteoarthritis: Classification of Osteoarthritis of Knee. *Arthritis Rheum*, 29 1039-1049
- Amigo, I. V., Fernández, R. C., Pérez, A. M, (1998). **Dolor Crónico**. Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide
- Aring A. M., Jones D. E. & Falko J.M. (2005). Evaluation and Prevention of diabetic Neuropathy. *American Family Physician*. Junio 1, vol. 71, num. 11
- Beck, J., (2000). **Terapia cognitiva**. Barcelona: Gedisa
- Birk, L. (1973). Biofeedback. A clinician's overview. *Seminaries on Psychiatry*, 5, 563-65
- Bodian, C. A. Freedman, G., Hossain, S., Eisenkraft, J.B. & Beilin, Y. (2001). The visual analog scale for pain: clinical significance in postoperative patients. *Anesthesiology*, 95(6); 1356-61
- Bonica, J. J. & Loeser, J.D. (2003). **Historia de los conceptos y tratamientos del dolor**. En Loeser, J.D. (Ed.), *Bonica Terapéutica del Dolor* (pp. 3-18). México: McGraw-Hill
- Caudill, M., Shnable, R., Zuttermeister, P., Benson, H. & Friedman, R. (1991). Decreased clinic use by chronic pain patients: Response to behavioral medicine intervention. *Clinical Journal of Pain*, 7, 305-310
- Chapman, C.R. & Turner, J.A. (2003). **Aspectos Psicológicos del dolor**. En Loeser, J.D. (Ed.) *Bonica Terapéutica del Dolor*. México: McGraw Hill 3ª edición p.216-229
- Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, en México. Recuperado en 13 de Enero de 2006 en <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm>
- Domínguez, T., Olvera, Y. (2005). **Dolor y sufrimiento humano. Técnicas no invasivas psicológicas para el manejo del dolor crónico**. México: Trillas

- Eccleston, C. (1995). The attentional control of pain: methodological and theoretical concerns. *Pain*, 63, 3-10
- Elliot A. M., Smith B. H., Penny K. I., Smith W. C & Chambers W.A. (1999). The Epidemiology of Chronic Pain in the Community. *The Lancet*, 354, October 9.
- Ellis, A. (2003). **Razón y emoción en Psicoterapia**. España: Desclée de Brouwer (pp. 59-82).
- Ferrari (2002). Prevention of chronic pain after whiplash. *Emerg Med J*; 19 (6): 526-30
- Ferraz, M. D., Quaresma, M.R., Aquino, L.R.L., et al. (1990). Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 17:1022-4
- Flor, H., Fydrich, T., y Turk, D.C. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain*, 49, 221-230
- Garattini, L., Caimi, V., Cipriani, S et al. (2004) El costo del dolor crónico recurrente en Medicina General. *Pharmacoeconomis-Italina Research Artículos* 6(1): 39-46 Recuperado el 5 de Mayo de 2008 en <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/clmedweb378.htm>
- Gaspar, S.P., Guevara U.M., Covarrubias, A., Leal, L. & Trejo, B. (2005). Evaluación de la funcionalidad en el paciente con Osteoartrosis degenerativa. *Revista Mexicana de Anestesiología*. Vol. 30 no. 1. Enero-Marzo 2007, pp 20-25
- Genest, G. & Turk, D. C., (1981). Think aloud approaches to cognitive assessment. En Merluzzi, T. V., Glass, C.R. & Genest M. (Ed.) *Cognitive assessment* (pp 233-269). New York: Guildford Press
- Getto, C.J., Heaton, R.K. & Lehman, R.A. (1983). PSPI: A standardized approach to the evaluation of psychosocial factors in chronic pain. *Advances in Pain Researc and Therapy*, 5, 885-889.
- González B. R. (1991). **Aspectos psicológicos del dolor crónico**. En Buendía, J. (coord.). *Psicología Clínica y Salud. Desarrollos actuales*. Murcia: Universidad, Secretariado de Publicaciones.

- Hainline, B. (2005). Chronic Pain: Physiological, Diagnostic, and Management Considerations *Psychiatric Clin N Am* 28(2005) 713-735
- Hansen, G. R., Streltzer, J. (2005). The Psychology of Pain. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 23 (2005) 339-348.
- Heaton, R. K., Getto, C.J., Lehman, R. A. W., Fordyce, W. E., Brauer, E. & Groban, S. E. (1982). A standardized evaluation of psychosocial factors in chronic pain. *Pain*, 12, 165-174.
- Iñiguez, C. (2001). Neuropatías Sensitivas Dolorosas. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 7: Supl. II, 49-59
- Jacobson, L. J., Mariano, A. J. (2003). **Consideraciones generales sobre el dolor crónico**. En Loeser, J.D. (Ed.) *Bonica Terapéutica del Dolor*. México: McGraw Hill 3ª edición p.19-29
- Jaremko, M. E. (1978). Prophylactic desensitization: An analogue test. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 9, 5-9
- Joranson D.E. & Lietman, R. (1994). **The McNeil National Pain Study**. New York: Louis Harris and Associates
- Keefe, F. J., Buffington, A. L., Studts, J. L., Smith, S., Gibson, J., & Caldwell, D. S. (2002). Recent Advances and Future Directions in the Biopsychosocial Assessment and Treatment of Arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol. 70, No. 3, 640-655.
- Lamé, I.E., Peters, M.L., Vlaeyen, J. W., Kleef, M. & 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, 15-24.
- Lega, L. I., Caballo, V. E. & Ellis, A. (1998). **Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual**. México: SXXI
- Loeser J. & Melzack R. (1999). Pain: an overview. *The Lancet*. 353, May 8, 1606-1609
- Melzack, R. & Wall, P.D. (1965). Pain Mechanisms: A New Theory. *Science*. 150, 971-979.
- Merskey, H. & Bogduck, N. (1994). **Classification of Chronic Pain**. Seattle: IASP Press

- Miró, J., Huguet, A., Nieto, R., Paredes, S. & Baos, J. (2005). Assessment of the faces pain scale-revised for measuring pain severity in children. *Rev Soc Esp. Dolor*, 12: 407-416
- Monsein, M., (1990). Soft tissue pain and disability. *Advances in Pain Research and Therapy*, 17, 183-200.
- Morales, C. F. (1997). Introducción al estudio de la Psicología de la Salud. México: UniSon
- Morán, A. F. (2001). Criterios científicos actuales en el tratamiento del paciente con Hernia Discal Lumbar. *Rev Med Militar*; 30 (1):27-35
- Morley, S., Eccleston, C. & Williams, A. (1999). A systematic review and meta analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy and behavior therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80 (1-2), 1-13
- Nelson, A.F., (1986). Impath TMJ: User reference Manual Minneapolis: chronic illness Care, Inc. En Turk, D.C. & Melzalck, R. (Ed.) **Handbook of Pain Assessment**. U.S.A.: Gilford Press
- Nicassio, P. M., Radojevic, V., Weissman, M. H., Schuman, C., Kim., J., Schoenfeld-Smith, K., et al. (1997). A comparison of behavioral and educational interventions for fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 24, 2000-2007
- Nicholson, B. & Verma, S. (2004). Comorbidities in chronic neuropathic pain. *Pain* 5:S9-27
- Okun, B. F. (2001). Ayudar de forma efectiva. Counseling. Técnicas de terapia y entrevista. España: Paidós Psicología Psiquiatría Psicoterapia
- Oteo, A. (2005). **Situaciones clínicas en dolor neuropático en traumatología**. México: Ars Médica
- Otis J.D., Keane, T. M. Kerns, R.D. (2003). An examination of the relationship between chronic pain and posttraumatic stress disorder. *J. Rehabilitation Research*. 40:397-405.
- Paice J. & Cohen F. F. (1997) Validity of a verbally administered numeric rating scale to measure cancer pain intensity. *Cancer Nurs*. 1997; 20:88-93

- Paquet, C., Kergoat, M.J. & Dubé, L. (2005). The role of everyday emotion regulation on pain in hospitalized elderly: Insights from a perspective within-day assessment. *Pain* 115, 355-363
- Pavia-Mota, E. Larios-González. M. G. & Briseño Cortés, G. (2005). Manejo de la Osteoartrosis en Medicina Familiar y Ortopedia. *Archivos en Medicina Familiar*, Vol. 7(3), septiembre-diciembre
- Plata-Muñoz, M.E., Castillo-Olivares, M.E. & Guevara-López, U. M. (2004). *Revista Mexicana de Anestesiología*. 27(1), Enero-mayo, pp. 16-23
- Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima Segunda Edición. **Recuperado 20 de octubre de 2008, de <http://rae.es/rae.html>**
- Research America Org. Recuperado 27 de noviembre de 2007 en <http://researchamerica.org/polldata/pain.html> 27/noviembre/07).
- Resendiz R. A. (2006). Desarrollo y evaluación de una intervención cognitivo-conductual durante la inyección transforaminal de esteroides en pacientes con dolor radicular. Informe de experiencia profesional. Programa de Maestría en Psicología. Residencia en Medicina Conductual. UNAM.
- Rivero, R., Álvarez R., (2004). Hernia Discal Lumbar: algunos aspectos del diagnóstico. *Rev. Cubana Med. Milit.* (33):2
- Romano J. M. & Turner, J. A. (1985). Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*, V97 n1 Jan p17-34
- Scascighini, L., Toma, V., Dober-Spielmann, S., & Sprott, H., (2008). Multidisciplinary treatment for Chronic Pain: Systematic Review of interventions and outcomes. *Rheumatology* 47(5): 670-678
- Schwartz, G. E., y Weiss, S. M. (1978). Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 249-251.
- Serlin R. C., Mendoza, T. R., Nakamura, et al. (1995). When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain*: 61: 277-284
- Society of Behavioral Medicine, SBM Society of Behavioral Health Better Health through behavior change. by M. Edmunds and Members of the Society

- of Behavioural Medicine, March (1998) Recuperado el 29 marzo 2006
<http://www.sbm.org/about/definition.html>
- Sullivan, M. D., Turner, J. A., Romano, J. (1991). Chronic pain in primary care. Identification and management of psychosocial factors. *Journal of Family Practice*. 32: 193-199.
- Swason, D. W. (2001). **Guía de la Clínica Mayo sobre dolor crónico**. México: Intersistemas. 177 pag.
- Thompson PLM, (2005). **Monografía del dolor**. México: Thompson PLM, S. A. de C. V.
- Thorn, B. E. & Williams, G. A. (1989). Goal Specification alters perceived pain intensity and tolerance latency. *Cognitive Therapy and Research*, v13(2), pp.171-183
- Tobal (1996). *La Ansiedad*. Madrid: Editorial Santillana
- Todd, K., H (2005). Pain Assessment Instruments for Use in the Emergency Department. *Emerg Med Clin. N Am.* 23, 285-295
- Turk, D. C. & Okifuji, A. (2002). Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 70. No. 3. 678-690.
- Turk, D. C. & Okifuji, A. (2003). **Terminología y taxonomía del dolor**. En Loeser, J.D. (Ed.) *Bonica Terapéutica del Dolor* (p.19-29) México: McGraw Hill 3ª edición
- Turk, D. C., Meichenbaum, D. & Genest, M. (1983). **Pain and Behavioral Medicine. A Cognitive-Behavioral Perspective**. U.S.A.: The Guilford Press
- Turk, D.C. & Melzalck, R. (1992). **The Measurement of Pain and the Assessment of People Experiencing Pain**. En Turk, D.C. & Melzalck, R. (Ed.) *Handbook of Pain Assessment*. U.S.A.: Gilford Press
- Tyrer, S (2006). Psychosomatic Pain. *British Journal of Psychiatry*. 188. 91-93
- Vlayen, J. W. S., Kole-Snijders, A. M. J., Boeren, R. G. B., Eeck, H., van (1995). Fear of movement/ (re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*. 62: 363-372

Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D. & Main, C. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52. 157-168.

Williams, J.M.G., Watts F.N. & Mac Leond, C. (1988). ***Cognitive psychology and emotional disorders***, Chichester: Wiley 2nd ed.

INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Servicio de Hematología

El hospital Juárez de México (HJM) se encuentra ubicado en Av. Politécnico Nacional Número 5160, en la Col. Magdalena de las Salinas, Del. Gustavo A. Madero en México, D.F.

Es clasificado como un hospital de tercer nivel de atención a la salud ya que cuenta con el servicio de internamiento, Consulta Externa además de 19 especialidades y subespecialidades. Está constituido por 7 edificios (uno de ellos es ocupado para hospitalización en sus 4 niveles) 50 consultorios, 10 quirófanos, 50 consultorios, 10 aulas, 1 auditorio, Banco de sangre, Cocinas para personal médico y administrativo y para pacientes, además de comedor.

El Servicio de Hematología estaba integrado por: jefe de Servicio el Dr. Jorge Cruz, dos médicos adscritos: Dra. Mónica Tejeda y Dr. Peñaloza, dos médicos residentes de Medicina Interna con rotaciones bimestrales, dos médicos internos con rotaciones mensuales, una trabajadora social, dos enfermeras en el área de aféresis y plaquetoféresis, una secretaria en consulta externa y una psicóloga residente de la Maestría en Medicina Conductual.

Actividades realizadas

Visita a piso

Horario: lunes a viernes de 8 a 9 AM

Lugar: lunes miércoles y viernes en 3er piso del Edificio de hospitalización ala sur (Hematología Adultos) y martes y jueves en 4to piso ala norte (Pediatria).

Tanto en Hematología adultos como en Pediatria, la primera actividad del día consistía en acudir al área de hospitalización en conjunto con el médico

adscrito y los residentes, para valorar la evolución de cada paciente. El médico residente de guardia reportaba todos los datos frente a cada paciente mientras el doctor adscrito valoraba la evolución. Durante esta actividad se tomaban observaciones sobre el estado emocional del paciente, la comprensión de su padecimiento y dudas en una bitácora (VER ANEXO 4) se jerarquizaba el nivel de prioridad para intervención posterior a la visita a piso. Al salir del área aislada el doctor daba informes a los familiares. Frecuentemente los familiares de los pacientes presentaban crisis ante el diagnóstico de Leucemia, Linfoma o de terminalidad del paciente. De esta manera la intervención psicológica se daba en los pasillos del hospital. Una de las principales actividades consistía en preparar a los pacientes y familiares para el diagnóstico mediante la exploración de los conocimientos previos. En el caso de Pediatría, además de la intervención en crisis a los padres, se instruía al personal médico para el manejo de la ansiedad de separación que se presentaba al solicitar a los padres que salieran de la sala.

Intervención Psicológica en Hospitalización

Horario: Lunes y jueves de 10 a 1 PM, martes y miércoles de 11 a 13 hrs. y viernes de 12 a 13 hrs.

Lugar: Hospitalización 3er piso (lunes, miércoles y viernes) y 4to piso (Martes y jueves).

Intervención en crisis: En la intervención en crisis el principal objetivo es reestablecer el funcionamiento emocional para que el paciente pueda tomar acción sobre su tratamiento. Se incidía inicialmente en la validación emocional dada la inesperada aparición de la enfermedad y paulatinamente se iban analizando las ideas irracionales que frecuentemente aparecían: “no puedo hacer nada ante esto”, “me voy a morir”, “por qué a mí y/o a mi familiar”, “sí el/ella se muere no voy a poder sola/o”. Para finalizar con la intervención se daba orientación al paciente sobre estrategias básicas ante la nueva situación: tomar notas, preguntar lo que no quede claro, cooperar con su cuidado y buscar familiares que los apoyen.

Psicoeducación: Consistía en obtener la información con la que contaba el paciente antes de la intervención, aclarar dudas y fomentar la comunicación con los médicos adscritos. Se les presentaban libros con fotos o dibujos así como los fundamentos de los cuidados de los pacientes y familiares. Uno de los principales temas abordados fue el origen desconocido de la Leucemia, ya que generalmente los pacientes y familiares lo atribuyen a una mala alimentación y al pensarlo así creen que la enfermedad fue su responsabilidad. Otro de los elementos considerados en la psicoeducación fue cómo funciona la quimioterapia, ya que comúnmente se cree que es “una sustancia radioactiva”. Para esta intervención se hacía uso de folletos y dibujos para explicar la enfermedad.

Preparación para procedimientos invasivos: como parte del proceso diagnóstico de enfermedades de la sangre, es necesario tomar muestras de la médula ósea a través de una punción dolorosa en donde sólo se usa anestesia local. También para colocar los catéteres a través de los cuales se administra el medicamento se requiere que el paciente este en estado de alerta. Ambos procesos generan elevados niveles de estrés que aunado al reciente ingreso al hospital y cambio súbito de la expectativa de vida hacen necesaria la intervención psicológica. Esta se hacía valer de la psicoeducación sobre el procedimiento y el entrenamiento en relajación. Cuando el paciente lo solicitaba la psicóloga estaba presente durante el procedimiento, en algunos casos se le daba una descripción de lo que hacía el médico y en otros se guiaba relajación con imaginación para distraer atención. Cabe mencionar que la psicoeducación también se daba en familiares ya que principalmente en el caso de pacientes de pediatría, los padres tendían a maximizar el dolor provocado a los niños y esto incrementaba sus niveles de ansiedad.

Elaboración de notas clínicas

Horario: lunes a viernes de 12:30 a 13 hrs.

Lugar: área de archivo activo y máquinas de escribir para residentes.

Las notas fueron elaboradas de acuerdo al formato acordado con la supervisora in situ. Quedando de la siguiente manera: *Paciente* (datos

generales, diagnóstico e impresión); *Subjetivo*: lo referido por la paciente, estado de ánimo y problemática; *Objetivo*: lo observado por la psicóloga en términos concretos, estado de ánimo, características, tipo de pensamiento; *Análisis*: las estrategias de intervención utilizadas y *Plan*: las direcciones del tratamiento e intervenciones por realizar con el paciente.

Consulta Externa

Horario: 13 a 14 hrs.

Lugar: consultorio PB de Hematología Edificio de Consulta Externa.

El Jefe de servicio de Hematología otorgó el espacio para llevar a cabo psicoterapia a pacientes del servicio que no estuvieran hospitalizados. Los motivos más comunes por los que referían pacientes fueron: Depresión, Ataques de pánico, No aceptación de la enfermedad de sus hijos y preparación para Trasplante de Médula Ósea. La atención se daba en aproximadamente 15 sesiones de una hora.

Como se mencionó, dentro de este horario se realizó la evaluación y preparación psicológica para el Trasplante de Médula Ósea de una paciente con Leucemia Mieloide (VER ANEXO 5). Los elementos evaluados fueron: historia de vida; conocimientos del paciente sobre su enfermedad; tolerancia al periodo de aislamiento; apoyo familiar; adherencia al tratamiento y factores protectores y de riesgo en el paciente y su familia.

Supervisión in situ

Horario: Martes de 10 a 11 hrs. y viernes de 10:30 a 12:30 hrs.

Lugar: Cubículo 42 de Psicología

La supervisión estaba a cargo de la Mtra. Bertha Molina Zepeda Psicóloga Adscrita del HJM. En estas sesiones se abordaban los lineamientos generales como residentes: elaboración de notas, presentación de casos e integración de expedientes. Además durante este espacio se dio el curso en Terapia Racional Emotiva y al finalizar el mismo se hizo una presentación de casos bajo dicho modelo.

Sesión Clínica de Psicología

Horario: miércoles de 10 a 11 hrs.

Lugar: Aula 9 de Enseñanza

En estas sesiones semanales los psicólogos adscritos y residentes de la Maestría en Medicina Conductual presentaban la integración de un caso clínico. Antes de iniciar la sesión se le entregaba una copia a cada participante y tras la lectura del caso se hacía la discusión sobre el diagnóstico y el tratamiento. En el caso de los alumnos de la maestría cada caso fue supervisado por la Mtra. Bertha Molina, antes de ser presentado en la sesión general (VER ANEXO 6).

Sesión Bibliográfica de Hematología

Horario: viernes de 9:30 a 10:30 hrs.

Lugar: Aula de tercer piso hospitalización

Esta sesión era coordinada por el servicio de Hematología para ello, se asignaban mensualmente los temas a tratar, podría ser la revisión de un tema y cada residente presentaba un artículo o en el caso de las sesiones de Psicología, la residente presentaba un tema y al final se hacía una ronda de preguntas. Entre los temas que se abordaron se encuentran: Abordaje médico de pacientes testigos de Jehová; Síndrome de Burn out; Depresión; El proceso de duelo ante el diagnóstico de Cáncer; Cómo comunicar malas noticias; Relación médico paciente; Mecanismos de afrontamiento en médicos que trabajan con pacientes terminales y La muerte y la práctica médica.

Psicoeducación para la donación de plaquetas

Horario: Asignado por la Trabajadora Social

Lugar: Aula de Hospitalización

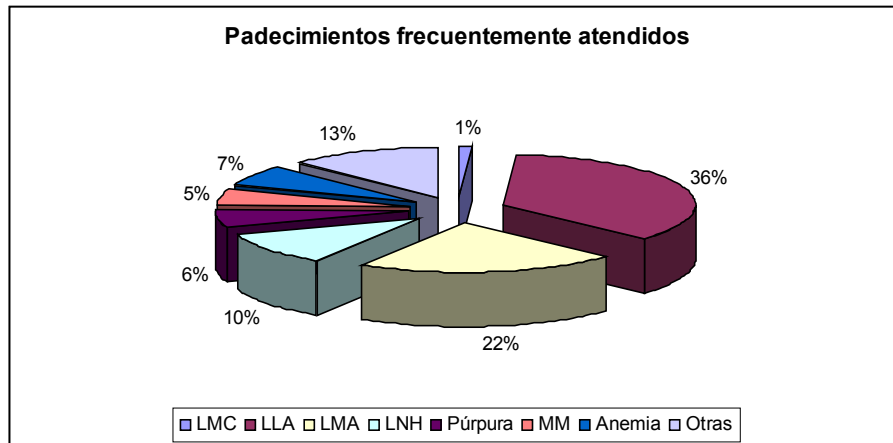
Una de las principales necesidades del servicio de Hematología consistía en la recolección de plaquetas para los pacientes con Leucemia. Durante la rotación se detectó que había confusión e ideas irracionales en los familiares de los

pacientes por tal motivo las donaciones eran escasas y quienes iniciaban el trámite a menudo se confundían con el procedimiento. De esta manera se diseñó una presentación con las características generales del procedimiento de donación y un carnet para controlar las donaciones y tiempo de actualizar (VER ANEXO 7 Y 8). Dicho material fue revisado y aprobado por el jefe de servicio. Se coordinó la actividad con la Trabajadora social ya que ella reunía los familiares de pacientes hospitalizados y las enfermeras de la unidad de Aféresis estaban enteradas de esta actividad y también enviaban a los pacientes para recibir información. De esta manera se logro una mayor participación en la donación de plaquetas.

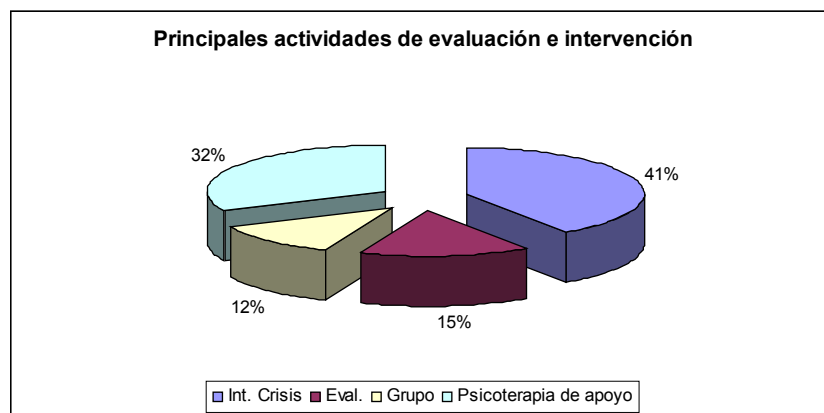
Horario	lunes	martes	miércoles	Jueves	viernes
8-9	Visita a piso	Visita a piso	Visita a piso	Visita a piso	Visita a piso
9-10					Sesión Bibliográfica Hematología
10-11	Intervención psicológica	Supervisión (cub. 42 Psicología)	Sesión clínica Psicología (Aula 9-Enseñanza)	Intervención psicológica	Clase teórica (cub.42 Psicología)
11-12		Intervención psicológica	Intervención psicológica		Intervención Psicológica y notas
12-13		Notas clínicas	Notas clínicas		Notas clínicas
13-14	Consulta Externa	Consulta Externa	Consulta Externa	Consulta Externa	Consulta Externa

Pacientes atendidos

En el periodo de abril a diciembre del primer año de residencia fueron atendidos 394 pacientes que fueron hospitalizados por Leucemia Linfocítica Aguda (LLA); Leucemia Mielocítica Aguda (LMA); Linfoma No Hodgkin (LNH); Hemofilia, Mielodisplasia; Linfoma Hodgkin; Aplasia; Trombosis (Otras); Anemia; Púrpura Trombocitopénica; Mieloma Múltiple (MM) y Leucemia Mielocítica Crónica LMC).



Las actividades realizadas por la psicóloga residente fueron clasificadas en Intervenciones en Crisis; Evaluación Psicológica, Intervención grupal y Psicoterapia de apoyo llamada así al proceso de intervención que seguía a la intervención en crisis. En la siguiente tabla se observa que la intervención en crisis constituye el grueso de las actividades realizadas.



Competencias profesionales alcanzadas

Como resultado del trabajo continuo en una población constantemente cambiante y en situación de estrés constante se pueden concluir como principales competencias adquiridas las siguientes:

- Adaptación a un ambiente hospitalario con necesidades de intervención inmediata.
- Trabajo interdisciplinario.

- Comprensión de los conocimientos sobre enfermedades hematológicas e integración a un nivel muy concreto para ser explicado a los pacientes y sus familiares.
- Aplicación de los aspectos teóricos de la intervención en crisis.
- Identificación del proceso de duelo y capacidad para empatizar con los pacientes y sus familiares.
- Detección de las necesidades de intervención en pacientes de nuevo ingreso.
- Identificación de necesidades del Servicio de Hematología
- Aplicación de técnicas de relajación ante procedimientos invasivos.
- Organización de tiempo para atender el área de Adultos y Pediatría.
- Habilidad para desarrollar formatos y materiales que faciliten la jerarquía de intervención ante una demanda tan alta de pacientes hospitalizados.
- Compromiso y ejercicio ético de la profesión.
- Conocimiento de los límites personales y profesionales.

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN

SALVADOR ZUBIRÁN

Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ, INNSZ) es una de las instituciones médicas de mayor prestigio a nivel Nacional tanto en el ámbito asistencial como científico. Este instituto depende de la Secretaría de Salud y se encuentra ubicado en Vasco de Quiroga 15, Col. Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14000 en México D.F.

Fue inaugurado el 12 de octubre de 1946 y nombrado inicialmente como Hospital de Enfermedades de la Nutrición. En 1978 su nombre cambió a Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán ya que sus funciones abarcaban otros campos además de la Nutrición. En el año 2000 se le dio el nombre actual.

La misión del INCMNSZ ser una institución nacional de salud que realice “investigación, docencia y asistencia de alta calidad, con honestidad, responsabilidad y compromiso social, en un marco de libertad y lealtad, al servicio del ser humano y su entorno”.

Así mismo, su visión es “Ser una institución de salud líder nacional e internacional por la excelencia en la asistencia, docencia e investigación con una red de centros afiliados que apliquen el mismo modelo integrador”

El INCMNSZ cuenta con 167 camas para hospitalización y una consulta externa que atiende a 135, 000 paciente al año con un promedio de 215,000 consultas al año que abarcan casi todas las especialidades de la medicina.

En el INCMNSZ se fundó la primera clínica del dolor en México bajo la dirección del Dr. Ramón de Lille. De 1988 a 1994 los padecimientos frecuentemente observados, incluyeron: neuropatías diabéticas, postherpéticas, neuralgias trigeminales, lumbalgias, cervicalgias, artalgias,

cefaleas, dolor de miembro fantasma, dolores oncológicos y otros, de los cuales se obtuvo una evolución favorable por arriba del 75%, en la mayoría de los pacientes.

A partir de 1988 la Clínica del dolor ha sido sede del curso de posgrado para especialistas en Algología (estudio del dolor).

Como residentes del Programa de Maestría en la Residencia de Medicina Conductual las psicólogas asignadas a esta sede realizamos actividades en conjunto con los residentes médicos del posgrado en Algología. Entre las actividades realizadas destacan las siguientes:

Actividades Realizadas

Clases teóricas

Horario: Lunes a jueves de 7 a 8 PM.

Lugar: Aula 5 de Edificio de Enseñanza.

Descripción de la actividad: Los temas fueron asignados mensualmente a cada residente de tal manera que los temas presentados durante el año fueron: Evaluación Psicológica del Dolor I y II; Ansiedad y Depresión en el paciente con dolor crónico; Sexualidad en el paciente con dolor; Terapia Racional emotiva en el paciente con dolor; Evaluación del riesgo de Adicción; Adherencia al Tratamiento; El proceso de duelo ante el diagnóstico de enfermedad terminal;

Sesión Clínica

Horario: Miércoles de 11 AM a 14 PM.

Lugar: Impartido en el aula 5 de enseñanza, alternando con el auditorio del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN).

Descripción de la actividad: La sesión clínica consistía en la presentación de un caso desde el punto de vista médico y psicológico revisado en la Clínica del

dolor del INCMNSZ o del INCAN con quien existe el convenio de hacer las revisiones en conjunto. Eventualmente se solicitaba la participación de otros especialistas como radiólogos u oncólogos, con la finalidad de tener una visión integral del manejo del paciente. Adicionalmente se hacía una revisión bibliográfica y presentación del tema relacionado con el padecimiento del paciente, generalmente de temas de algología y ocasionalmente también de psicología.

Visita a piso y revisión diaria de casos

Horario: De lunes a viernes en un horario de 8 a 9 AM

Lugar: Edificio de Hospitalización

Se hacía un recorrido por los pisos 1 y 4 y 2 y 3 simultáneamente (divididos en dos grupos) para identificar la evolución de los pacientes asignados a la Clínica del dolor, síntomas en remisión o nuevos síntomas. Posteriormente en la sala de juntas del Departamento de Medicina Crítica los médicos y psicólogas a cargo de cada caso presentaban a todo el grupo la situación actual de sus pacientes y se discutían líneas de tratamiento a seguir.

Consulta Externa

Horario: Lunes a viernes de 9 a 3 y de 4 a 5 PM (miércoles de 9 a 11 AM y 3 a 5 PM).

Lugar: Consultorio 208 del edificio de consulta externa.

La consulta externa era asignada a los residentes de Algología. En Psicología se hacía una revisión de los expedientes y se seleccionaba al paciente con notas que referían difícil manejo, o primera vez. El procedimiento consistía en acompañar al médico en su entrevista, tomar nota de lo observado en la paciente, colaborar con el médico en la mejor comprensión del paciente y al finalizar su intervención iniciar la entrevista psicológica en aquellos casos en los que los pacientes estaban en crisis o presentaban dificultades para manejar el dolor. Cabe mencionar que como producto de esas entrevistas a pacientes de primera vez, se diseñó en conjunto con la Psic. Areli Reséndiz Rodríguez y el Maestro Fernando Vázquez Pineda la "Entrevista Cognitivo Conductual para

la detección de síntomas en pacientes con dolor Crónico” como un primer formato que facilite al psicólogo la detección de aspectos que dificultan el manejo del dolor y que orienten hacia la estrategia de intervención más adecuada (VER ANEXO 8).

Consulta Externa de Cuidados Paliativos

Horario: Martes y jueves de 9 a 3 PM

Lugar: Clínica del dolor y Cuidados Paliativos, PB del edificio de Consulta Externa

A este servicio son canalizados los pacientes con diagnóstico de terminalidad por Cáncer; Insuficiencia Renal Crónica Avanzada; Enfermedad Hepática Avanzada, Enfermedad Pulmonar avanzada o Insuficiencia Cardíaca Avanzada. La intervención en esta área va desde acompañar al médico en la entrevista al paciente y familiar, indagar sobre la información que tiene acerca de su diagnóstico y motivo por el que fue canalizado a ese servicio y en caso de no haber sido informado sobre el pronóstico de vida remitirlo a su médico tratante para que sea él quien informe el diagnóstico de terminalidad. Una vez que el paciente y familiar conocen el diagnóstico el médico y psicóloga a cargo identifican ideas catastróficas (“ya no se puede hacer nada”; “será mejor que me dejen morir”) y se les explica que lo Cuidados paliativos tiene la función de cuidar y ayudarlos a mantener al paciente en las mejores condiciones de vida posibles tanto en el área médica como psicológica. De esta manera en cada sesión se evalúan índices de funcionalidad y en el área psicológica se valora el área cognitiva del paciente para prevenir posible delirium y en el área emocional de paciente y familia su preparación para la muerte.

Intervención Psicológica en Pacientes Hospitalizados

Horario: Lunes, Miércoles y Viernes de 10 AM a 2 PM y 3 a 5 PM / Jueves y Viernes de 3 a 5 PM

Lugar: Hospitalización pisos 1 y 4

Durante el pase de visita se realizaban observaciones sobre el estado de ánimo de los pacientes o sus familiares y de no ser atendidos por psiquiatría

ser realizaba intervención psicológica sí los pacientes aceptaban y sí en la revisión de casos se consideraba prioritario para el manejo del paciente. Entre las principales estrategias utilizadas se encuentra la intervención en crisis, entrenamiento en relajación, solución de problemas, además de evaluación de la personalidad y estrategias para el manejo del dolor.

Bloqueos

Horario: Lunes, Martes y Jueves de 8 a 11 AM

Lugar: Área de Rayos X con Fluoroscopia

Los Bloqueos consisten en la inyección de esteroides en el espacio Epidural o Peridural por vía traslaminar, caudal o transforaminal. Es un procedimiento indicado en aquellos pacientes cuyo dolor esta descontrolado y no es posible incrementar las dosis de medicamento. La intervención psicológica en este caso consistía en hacer una breve entrevista inicial al paciente antes de entrar en el área de Rayos X e investigar la información respecto al procedimiento así como su estado de ánimo, el cual bajo condiciones similares a las de un quirófano, generalmente tendía a la ansiedad. Se intervenía con psicoeducación y entrenamiento en relajación para bajar la emoción y facilitar el procedimiento ya que para llevarlo a cabo es necesario que el paciente esté en estado de alerta para dar referencia de los síntomas que va presentando durante el Bloqueo.

Supervisión in situ

Horario: Lunes de 9 a 10 am

Lugar: Área de Psicología Médica

Supervisión in situ a cargo de la Psic. Sofía Sánchez Román. En ella se hacía una revisión de casos difíciles en hospitalización y recomendaciones para el abordaje. De la misma manera, la supervisora in situ facilitaba material y adiestramiento para el manejo de pruebas psicológicas tales como SCID II y MMPI II y junto con ella se preparó un curso para los residentes de algología en los que se les enseñaron habilidades de comunicación e integración grupal.

Dicho curso se realizó durante los últimos meses de rotación los jueves de 12 a 2 PM.

Supervisión Académica

Horario: jueves de 9 a 11 AM

Lugar: Biblioteca del INCMNSZ

En esta supervisión cargo del Mtro. Fernando Vázquez Pineda se abordaba la revisión de temas específicos de la Psicología en el manejo del dolor, mediante la revisión y discusión de artículos. En este espacio el Maestro Fernando supervisó el trabajo clínico mediante la presentación de casos; además de colaborar en la preparación de las clases asignadas a Psicología; retroalimentación para el diseño y aplicación de la entrevista estructurada para pacientes de primera vez y su presentación en el congreso de Psicología. Una de las actividades finales en esta supervisión, fue el diseño y la realización del curso de inducción para residentes de nuevo ingreso “Evaluación y manejo psicológico del Dolor Crónico” (VER ANEXO 9).

Sesión General

Horario: Viernes de 8 a 9 AM

Lugar: Auditorio del INCMNSZ

Consistía en la presentación de casos de diferentes especialidades, temas o conferencias de interés general para la comunidad médica del Instituto.

Guardias fin de semana

Horario: Sábado y domingo (cada quince días)

Lugar: Hospitalización

Consistía en realizar las actividades de visita a piso a todos los pacientes a cargo de Clínica del dolor en hospitalización. Identificar la evolución y estado de ánimo. Ocasionalmente intervenir en crisis ante sedaciones terminales o diagnóstico de terminalidad.

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Guardia sábado y domingo	
7-8	Clase						
8-9	Pase de visita y Revisión de casos						Sesión General
9-10	Supervisión in situ	Cuidados Paliativos	Consulta Externa	Supervisión Académica	Consulta externa		
10-14	Consulta Externa			Cuidados Paliativos			
14-15	Comida						
15-17	Consulta Externa						

Tabla: Horario de Actividades en el INCMNSZ

Pacientes atendidos

A lo largo de la rotación en Clínica del dolor, se realizaron en total 529 entrevistas e intervenciones con enfoque cognitivo conductual. Los padecimientos frecuentemente atendidos fueron Fibromialgia, Neuropatía secundaria a Diabetes tipo 2, Radiculopatía, dolor de miembro fantasma y Síntomas asociados a enfermedad terminal.

	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	TOTAL
Consulta Externa	20	25	27	18	16	15	27	14	25	16	23	13	239
Consulta Externa en Cuidados Paliativos Hospitalizados	8	15	13	8	9	11	14	11	5	8	6	0	108
Bloqueos	10	15	25	21	16	8	11	17	13	22	13	0	171
Bloqueos	0	0	2	0	0	1	0	0	4	0	3	1	11
TOTAL	38	55	67	47	41	35	52	42	47	46	45	14	529

Tabla: Productividad Marzo 2005 a febrero 2006 en Clínica del dolor
Competencias Profesionales Adquiridas

A lo largo de este segundo año de residencia y dadas las características de la sede antes mencionadas las competencias profesionales adquiridas fueron:

- Evaluación y diagnóstico de necesidades de atención psicológica en pacientes que asisten a la clínica del dolor. Es de mencionar que fue esta la primera generación que inició su participación durante procedimientos invasivos tales como bloqueos.
- Generación de instrumentos para la evaluación de síntomas en pacientes con dolor crónico.
- Selección de técnicas de intervención cognitivo-conductual en pacientes con dolor.
- Constante aplicación de fundamentos teóricos del área médica y psicológica en la práctica profesional.
- Desarrollo de habilidad para la redacción de notas clínicas y reporte de casos en sesiones académicas.
- Estrategias para el desarrollo del trabajo interdisciplinario.
- Estrategias para incrementar la participación del psicólogo en el ámbito médico.
- Ejercicio ético de la profesión.
- Reconocimiento de las limitaciones profesionales y personales así como habilidades para solicitar el apoyo de los supervisores.
- Respeto y tolerancia hacia instituciones y colegas con otros enfoques.
- Actualización permanente en el estudio del abordaje psicológico en pacientes con dolor crónico y terminales.

Asistencia a Eventos Académicos

“Entrevista cognitivo conductual para la evaluación de síntomas en pacientes con dolor crónico” XIII Congreso Mexicano de Psicología. “La interfaz entre formación y práctica profesional: El impacto social del Psicólogo”. Organizado por la Sociedad Mexicana de Psicología A. C. Octubre, 2005. Acapulco, Guerrero.

“Necesidades Psicológicas al final de la vida” Primer curso de Educación continua “Atención del paciente en cuidados paliativos enfoque

interdisciplinario”. Coordinado por la subdirección de Enfermería del INCMNSZ
Octubre, 2005.

Asistencia al “XV Congreso Internacional de Dolor “ organizado por la
Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor A. C. (AMETD).
Noviembre 2005, México, D.F.

Asistencia a la “Sesión ordinaria de la Asociación Mexicana para el estudio y
tratamiento del Dolor” Organizada por PISA Farmacéutica. Febrero 2006.
México, D.F.

Publicaciones

Sánchez Román, S., Téllez, J.F., Zermeño, F., García Ramos, G., Hernández,
H., Reséndiz, A., Guevara, U. (2007). "Personality in patients with migraine
evaluated with the Temperament and Character Inventory. *J. Headache Pain*

Asertividad

- ☺ Conocer el concepto de Asertividad
- ☺ Conocer la diferencia entre personas pasivas, asertivas y agresivas
- ☺ Conocer los derechos asertivos.
- ☺ Identificar los tipos de respuesta asertiva y practicarla.
- ☺ Conocer algunas de las técnicas asertivas útiles en situaciones de discusión y llevarlas a la práctica.

Asertividad



“Es la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás”

Castanyer, O., 1996

Persona Pasiva



No defiende sus derechos e intereses, respeta a los demás pero no a sí mismo.

- ☹ Inseguridad, voz baja.
- ☹ Personas “Sacrificadas”

Persona Agresiva

Persona Agresiva



Defiende excesivamente sus derechos e intereses sin considerar a los demás.

- ☛ Tajante, interrumpe, voz elevada, tenso.
- ☛ Ganar o perder.
- ☛ Ansiedad, baja autoestima, sensación de falta de control, honestidad emocional.

Persona Asertiva



Conoce y defiende sus derechos respetando los de los demás, es decir "llega a un acuerdo"

- ☉ Seguridad, expresión de sentimientos, aclaraciones, peticiones y aceptación de errores.
- ☉ Sus convicciones son positivas o racionales.
- ☉ Buena autoestima y control emocional.

Existen algunos "trucos" asertivos que se pueden emplear en diversas situaciones de compromiso, aprieto o malos entendidos, a continuación veremos algunas formas básicas de comportamiento asertivo:

ASERTIVIDAD POSITIVA

Consiste en expresar con frases adecuadas y en el momento preciso algo positivo de otra persona.



ASERTIVIDAD EMPÁTICA

I

Se hace un planteamiento inicial que transmita un reconocimiento hacia la otra persona y después un segundo planteamiento sobre nuestros propios derechos.

"Entiendo... pero..."

Carlos, entiendo que estés muy ocupado y eso te impida devolverme la plancha que te preste, pero la necesito para mañana.



ASERTIVIDAD SUBJETIVA

Es un tipo de respuesta muy hábil que se puede emplear en aquellos casos en los que tenemos claro que la otra persona no ha querido agredirnos conscientemente.

1. "cuando tu haces..."
2. "el resultado es que yo..."
3. "entonces, yo me siento..."
4. "preferiría..."

Hija, cuando no me hablas por teléfono, el resultado es que yo me preocupo y me siento muy intranquila, por eso preferiría que me llamarás.



¶ Pero si Usted se encuentra en una situación en la que se presenta una discusión, también existen técnicas para aprender a discutir asertivamente.

Técnicas Asertivas

Técnica del Disco Rayado

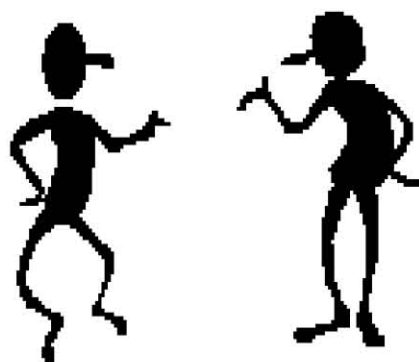
Consiste en repetir una y otra vez nuestro propio punto de vista, de manera tranquila, sin elevar el tono de voz evitando así entrar en más discusiones o provocaciones.

¡Como siempre tú tienes la culpa de que lleguemos tarde!

¡Pero tú siempre llegas tarde a todos lados!

No pude llegar antes, sabes que tengo mi clase de baile.

Lo siento, pero te repito que no pude llegar antes porque acabo de salir de la clase.



Aplazamiento Asertivo

Consiste en aplazar la respuesta a la persona que nos ha criticado, hasta que estemos más tranquilos y nos sintamos capaces de responder adecuadamente.

Tu siempre haces lo que quieres, ya me tienes harto, nunca me haces caso!!!

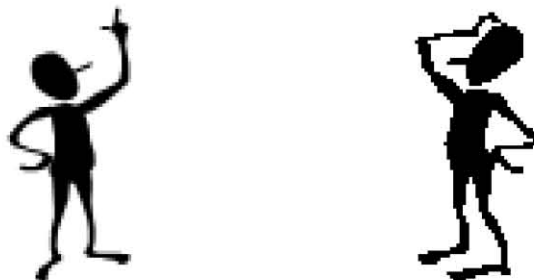
Mira, en este momento no creo que sea conveniente hablar sobre ese tema, te parece si lo hablamos mañana con más calma?



Técnica para procesar el cambio

Mediante ésta técnica se desplaza el foco de discusión hacia el análisis de lo que está sucediendo entre las personas; es como si "nos viéramos desde fuera"

Mira, creo que nos estamos desviando del tema, y estamos empezando a sacar trapos sucios, además ya considero que esta discusión no se merece la importancia que le estamos dando, ¿no crees?



Técnica de Ignorar

Se puede aplicar cuando la otra persona esta muy enojada y tememos que sus críticas terminen en insultos, sin tener la oportunidad de defendernos. Es necesario tener un tono de voz adecuado, amable, respetuoso y comprensivo.



Técnica de Acuerdo Asertivo

Resulta útil en situaciones en las que reconocemos que la otra persona tiene razón al estar enojada, pero no admitimos la manera de decírnoslo. Ésta técnica logra separar el "hacer" del "ser".

Es que por tu culpa siempre llegamos tarde!!!

Mira tienes razón, llegamos tarde por mi culpa, pero sabes que normalmente no soy



Técnica de la Pregunta Asertiva

Consiste en "convertir al enemigo en aliado", pensando que su crítica es bienintencionada e invitándolo a dar más argumentos para tener más claro a que se refiere y cómo podríamos cambiar.



ANEXO 2

LA RELAJACIÓN AUTÓGENA DE SCHULTZ.

Consiste en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir en el sujeto estados de relajación a través de autosugestiones.

- 1) Sensación de pesadez y calor en las extremidades.
- 2) Regulación de los latidos del corazón.
- 3) Sensación de tranquilidad y autoconfianza.
- 4) Concentración pasiva en la respiración.

En esta técnica se focaliza la atención en las extremidades para calentarlas y en el abdomen para favorecer la respiración. Debe practicarse varias veces al día, al igual que las otras técnicas de relajación. El terapeuta va repitiendo las instrucciones utilizando la sugestión, pero solo se utilizarán estas instrucciones al principio, después el paciente debe interiorizarlo y practicarlo solo.

Consta de 4 niveles progresivos. El primero de ellos es el que realmente interesa para la obtención de estados relajantes y consta de seis ejercicios escalonados de forma progresiva y de menor a mayor dificultad:

- 1) relajación de la musculatura voluntaria. Se realiza mediante la fórmula "mi brazo está pesado" que se repite 6 veces verbal o mentalmente, después se continúa con toda la musculatura corporal esquelética o voluntaria.
- 2) Relajación de la musculatura vascular. Se pretende conseguir una dilatación de los vasos sanguíneos con el fin de aumentar el flujo sanguíneo produciendo sensaciones de aumento de calor en la zona relajada. La fórmula que se utiliza es "mi brazo está caliente" que también se repite seis veces y se continúa por toda la musculatura esquelética.
- 3) Regulación del ritmo cardíaco. Se coloca la mano derecha a la altura del corazón y se utiliza la fórmula "mi corazón está tranquilo", también se repite seis veces.
- 4) Regulación de la respiración. Se utiliza la fórmula "mi respiración es suave y tranquila" y se repite seis veces.
- 5) Regulación de los órganos abdominales. Se ha de concentrar la mente en la boca del estómago o plexo solar y utilizando la fórmula "mi abdomen está caliente" repetida seis veces, llegaremos a notar una evidente sensación de calor en la zona de los órganos contenidos en el abdomen.
- 6) Regulación de la temperatura de la región cefálica. Se pretende reducir el flujo vascular para provocar una sensación de frialdad que creará una armonía y equilibrio emocional. La fórmula es "mi frente está agradablemente fresca" repetida seis veces. Estos ejercicios deben realizarse dos o tres veces al día durante unos 15 días, siempre pasando de un ejercicio al otro cuando el anterior esté perfectamente dominado.

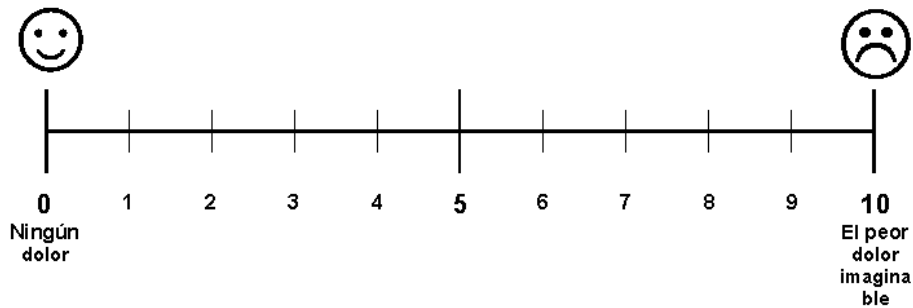
El inconveniente de este método es el tiempo que se necesita para llegar a realizarlos todos ellos en un solo ejercicio, que puede variar entre 3 y 6 meses dependiendo de la persona.

FUENTE: http://www.ideasapiens.com/psicologia/clinica/tec_%20nicas_%20d_%20relajaci_on.htm

ANEXO 3

RELAJACIÓN PARA EL MANEJO DEL DOLOR

IMPORTANTE: Para llevar un registro de control del dolor es necesario darle un valor, usaremos una escala llamada comúnmente EVA (Escala Visual Análoga) que va del 0 al 10 donde 0 es NADA de dolor y 10 es el peor dolor imaginable. Antes de iniciar registraremos el puntaje que le daría en este momento al dolor que siente. Inmediatamente al terminar evaluará nuevamente su dolor.



EVA INICIAL: _____

EVA FINAL: _____

Iniciemos!!

Busco una posición cómoda y relajada donde cada parte de mi cuerpo este apoyada y me provoque una sensación de comodidad. Cierro lo ojos...

Inhalo y exhalo lenta y profundamente

Inhalo y exhalo lenta y profundamente

Inhalo....

Exhalo... lentamente

Me concentro en la entrada y salida del aire en mi cuerpo

Disfruto la sensación que se produce al inhalar y exhalar cada vez más lento

Inhalo

Exhalo.....

Recorro lentamente cada parte de mi cuerpo, lo siento tranquilo

Inhalo...

Exhalo...

Ubico en mi cuerpo esa parte que me duele y le doy una forma (si no se le ocurre alguna forma se le puede sugerir círculo, cuadrado, rombo triángulo etc.).

Imagino mi dolor con forma de... (Mencionar la que haya elegido, es posible preguntarle cuál es para decirla en las instrucciones).

Ahora a ese dolor con forma (.....) le voy a dar un color.

Me concentro en ese dolor con forma (.....) y color (.....).

Ahora visualizo en mi mano una herramienta con la que voy a atacar a ese dolor y al ir disminuyendo irá apareciendo en su lugar un color que me hace sentir bien... un color que me gusta....

Con la herramienta que yo tengo voy a atacar al dolor de forma (.....) y color (.....).

Estoy destruyendo al dolor y cada vez se hace más pequeño...

Poco a poco al disminuir dolor y el color que me gusta se ve más intenso...

Inhalo....

Exhalo.... Lentamente

Disfruto la sensación de tranquilidad en mi cuerpo...

Inhalo y exhalo lenta y profundamente

Me siento cada vez más tranquilo.... Mi dolor ha disminuido y me siento cada vez mejor....

Inhalo....

Exhalo....

Inhalo y exhalo lentamente y me felicito pues al hacer este ejercicio he aprendido un poco más cómo disminuir el dolor.

Ahora cuando este listo abriré los ojos mientras mantengo la respiración relajada...

ANEXO 4

Bitácora De visita a piso

Carro	Nombre	Datos Generales	Diagnóstico	Visita a Piso	Impresión Psic.	Plan de trabajo	#
		SEXO: Edad: Originario: Residente: Núm. Hermanos: Escolaridad: Ocupación: Edo civil: Hijos:	Dx: Expediente: Fecha de Ingreso:				
		SEXO: Edad: Orígi: Res: Núm. Hnos.: Escolaridad: Ocupación: Edo civil: Hijos:	Dx: Expediente: Fecha de Ingreso:				

* Prioridad

ANEXO 5

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO SERVICIO DE HEMATOLOGÍA AREA DE PSICOLOGÍA

Nombre: XXXXXX

Sexo: Masculino

Edad: 20 años

Fecha de nacimiento: 3 de agosto de 1984

Escolaridad: 1er. Grado de Secundaria

Originario: Rancho la Gavilana, Municipio de Pénjamo, Guanajuato.

Residente: D.F.

Ocupación: Comerciante

Estado civil: Soltero

Religión: Católica

Núm. De hermanos y lugar que ocupa: 8/8

Expediente:

MOTIVO DE CONSULTA

Valoración psicológica de Xxxxxx en Protocolo de Trasplante de Médula Ósea (allogénico).

INSTRUMENTOS EMPLEADOS:

- Entrevista Clínica.
- Inventario de depresión de Beck.
- Inventario de ansiedad de Beck.
- Inventario de Personalidad 16 P. F.

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE:

Paciente de edad aparente a la cronológica, estatura media, complexión delgada, tez morena clara. Se encuentra en buenas condiciones de higiene y aliño. Durante todas las sesiones se mostró dispuesto, cooperador, tranquilo, con facie relajada y actitud libremente escogida.

Al examen mental se observa paciente orientado en las tres esferas, sin alteración en la sensopercepción, pensamiento, atención, concentración, juicio, memoria a corto y a largo plazo, su lenguaje es fluido, coherente, congruente, sin alteraciones del afecto.

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD:

Jonathan se encuentra actualmente en protocolo de Trasplante Alogénico de Médula Ósea, con buena aceptación de la enfermedad. Se realizaron sesiones para el manejo de información acerca del trasplante y periodo de aislamiento, en donde el paciente siempre se ajustó de manera positiva a conductas para una adecuada adherencia al tratamiento.

COMPRENSIÓN DE LA ENFERMEDAD:

Xxxxxxx conoce su diagnóstico y es consciente de que su salud depende del TMO, se encuentra enterado del riesgo que implica el procedimiento, así como el periodo de aislamiento al que será sometido en el periodo post-trasplante.

MOTIVACIÓN PARA EL TRASPLANTE:

Xxxxxxx se encuentra altamente motivado para ser trasplantado, comenta que tiene planes a futuro, entre los que se encuentra iniciar un negocio propio. La decisión para trasplantarse fue tomada por iniciativa propia sin que para ello haya influido u obligado persona alguna.

RELACIÓN FAMILIAR:

La familia de Xxxxxxx se constituye por padres, hermano y cuñada, los cuales se encuentran muy interesados en su salud y en la realización del trasplante. Jonathan vive con la familia de su hermano, sin embargo, es él quien se hace cargo económicamente de sus padres. En general, Jonathan cuenta con el apoyo social y familiar necesario para la realización del TMO.

RESULTADO DE LOS INSTRUMENTOS:

Escala de Depresión de Beck: Depresión leve, sin contraindicación para el trasplante.

Escala de Ansiedad de Beck: Ansiedad mínima, sin contraindicación para el trasplante.

Inventario de personalidad 16 P. F.: Rango promedio de inteligencia, sigue las reglas, recatado, respetuoso de la autoridad, autosuficiente y orientado a metas.

CONCLUSIÓN:

Con base en la información recabada se propone a XXXXX como candidato apto psicológicamente para someterse a un Trasplante de Médula Ósea pues comprende y acepta los riesgos e implicaciones del procedimiento al que será sometido y ha aceptado por su propia voluntad participar en el protocolo de trasplante.

Se brindará apoyo psicológico en las fases pre y post TMO.

Atentamente

México D.F. a 18 de Febrero de 2005

Psic. Heidy Marli Hernández
Valencia
R1 MEDICINA CONDUCTUAL

Dr. Ricardo Gallardo Contreras
JEFE DE SERVICIO DE
PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA

C. Xxxxxx Xxxxxx Xxxxxx
PACIENTE

ANEXO 6

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

SERVICIO DE PSICOLOGÍA-HEMATOLOGÍA

Sesión clínica

Psic. Heidy Marli Hernández Valencia

I Ficha de identificación

Nombre: Xxxxx

Edad: 19 años

Fecha de nacimiento: 27 de marzo de 1985

Originario: D.F.

Residente: D.F.

Num. de hermanos: 4

Lugar que ocupa: 4

Escolaridad: 3er. semestre de bachillerato

Ocupación: ninguna

II Motivo de consulta

El paciente es referido por el servicio de Hematología debido a que la madre del paciente se encuentra muy preocupada porque su hijo ya no quiere ir a la escuela y desea que se le brinde apoyo psicológico.

Ya en la entrevista, el paciente refiere que se siente inútil, se distrae fácilmente, se siente tenso, triste y le gustaría no desesperarse cuando sus papás se enojan.

Además refiere tener un “mal hábito” que consiste en hacer una sola comida al día, lo cual ha repercutido en pérdida de peso de forma considerable y debilidad.

III Impresión y actitud general

Paciente de edad aparente menor a la cronológica, que se presentó en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Asiste con 5 minutos de anticipación a todas sus citas y se muestra interesado y adherente al tratamiento.

Adolescente de estatura alta (1.68), complexión delgada (45 kg) y tez blanca. Su arreglo es simple, usa ropa muy holgada. Se muestra dispuesto y cooperador ante la entrevista. Su expresión corporal denota timidez al inicio de la sesión, y durante las sesiones muestra enojo e intolerancia ante algunos temas que considera injustos.

IV Antecedentes de importancia

El paciente es el hijo menor en una familia de cuatro hermanos. De su infancia recuerda que desde muy pequeño estuvo bajo el cuidado de sus hermanas mayores (11 y 6 años más grandes) ya que sus papás siempre han trabajado. Xxxxx refiere que sus hermanas jugaban con él como si fuera su muñeca y que la vestían de niña. Sin embargo, los primeros recuerdos que tiene de él mismo son vestido de niña y sintiéndose como tal. De hecho tiene una foto del kinder, en la cual tiene pasadores en el cabello y da la impresión de ser una niña. Cuando Xxxxx cumplió 4 años, su mamá y sus hermanas dejaron de vestirlo como niña y empezó a ser como un “niño normal” (sic. paciente).

Durante la primaria se recuerda jugando con niños de forma normal, era un muy buen alumno y se preocupaba por obtener buenas calificaciones. Considera que desde ésta etapa, sus padres le han exigido más que a su hermano y en ese tiempo las comparaciones eran frecuentes, poniéndolo siempre como ejemplo de su hermano. De su padre refiere que nunca estaba con él y todo lo quería arreglar con juguetes.

Ya en la secundaria, Xxxxx se recuerda estudioso, se esforzaba por obtener buenas calificaciones. Menciona como evento significativo de ésta etapa, una ocasión en la que él obtuvo carta de felicitación y fue a mostrársela a su mamá, ella estaba llorando por las calificaciones reprobatorias de su hermano Francisco y no le dio ninguna importancia a César. Este hecho le hizo pensar que “nadie agradece nada” y se dijo a si mismo: “desde este momento, no necesito que nadie me ayude”, y decidió continuar esforzándose por obtener buenas calificaciones. Durante ésta época Xxxxx convive principalmente con mujeres.

Durante sus estudios en bachilleres, él se concibe como un chico culto e interesado por descubrir la lógica de las cosas. Disfruta leer a Platón, Aristóteles y otros filósofos. Menciona que podía pasar horas viendo a las hormigas y “filosofando” sobre ellas como modelo de la sociedad. Tenía un grupo muy cercano de amigos con los que compartía la forma de pensar y gusto por las mismas actividades y tuvo una novia con la que duró un mes y a la cual dejó por proyectos personales, ya que él es muy ambicioso.

Xxxxx refiere que se llevaba bien con los porros aunque no estaba de acuerdo con su comportamiento, él luchaba por eliminar la corrupción de la escuela y “marcaba los errores del sistema” (sic. paciente). Por tal motivo, los porros lo asaltaron y golpearon en una ocasión. Él le exigió al director que hiciera algo para sacarlos de la escuela y al no obtener ningún apoyo decidió darse de baja, esta decisión fue apoyada totalmente por sus papás, quienes consideraron que lo mejor era que se desapareciera de la escuela. Ante éste evento el paciente se dice: “Dios por qué me haces esto?” (Sic Paciente) y piensa que es injusto que continúen en la escuela aquellos que no hacen algo productivo.

A finales de Octubre del 2003, muere su abuelo paterno, a quien considera como una persona muy sabia con la que podía hablar de lógica y con quien se sentía comprendido. Su padre no le permite ir al velorio ya que es un hombre a quien le cuesta trabajo expresar sus sentimientos y temía por el sufrimiento de sus hijos ante la muerte del abuelo. Lo primero en lo que piensa el paciente es:

“yo quería que antes de que muriera mi tata le entregara mi certificado de bachilleres” (sic. paciente). Refiere sentir un gran enojo y no comprender “cómo una persona tan buena onda puede morir” (sic. paciente). En Noviembre del mismo año muere una tía con la que llevaba una muy buena relación y piensa que es injusto: “los buena onda se nos mueren y los malos no se mueren” (Sic Paciente).

En octubre del 2003 ingresa a otra escuela, en la cual no le revalidan materias y tiene “que empezar de cero” (sic. paciente). Aunque ésta elección no fue la que él hubiera querido, la acepta porque se ajustaba en costo, tiempo y no necesitaba hacer ningún examen. Inicia en ésta escuela una carrera técnica como programador y aunque refiere a la carrera como estéril, repetitiva y diferente a lo que le gusta, se propone que ésta vez si la terminará.

En el ICEL sus calificaciones aumentan, Xxxxx dedica todo el tiempo a aprender cómo manejar cada software, e incluso comenta que sus compañeros se sorprenden porque él sabe más que ellos. Menciona que a él se le dificulta convivir con los demás porque las conversaciones con sus compañeros son estériles y vacías, él intenta retomar los temas de discusión en el Bachilleres pero sus compañeros se limitan a decirle “Mr. Filósofo” y nadie se atreve a debatir con él. De ésta manera, Xxxxx se siente “vacío” (Sic. Paciente) y se pregunta “en dónde está mi esencia?” (Sic. Paciente).

Xxxxx menciona que tras su ingreso al ICEL inició su “mal hábito” el cual consiste en comer una vez al día, alimentos poco nutritivos y en algunas ocasiones (tres en total), se ha provocado el vómito cuando come “más de lo que comería en un día” (Sic. Paciente).

El paciente refiere que actualmente la relación con su padre continúa siendo distante, lo refiere como un machista que no expresa sus sentimientos, y que al igual que su madre, “quiere arreglar todo con dinero en lugar de hablar” (Sic. Paciente), no le hace caso, no lo valora y le exige más que a su hermano. De su madre refiere que está preocupada por él, y dice: “”me siente capaz, pero me transmite sus miedos y frustraciones” (Sic. Paciente). De su hermano

mayor comenta que “es un mujeriego” (Sic. Paciente) y que siempre le ha dado muchos problemas a sus papás. De su hermana refiere que ella es madre soltera y en ocasiones le desespera cuidar a su hijo. Tanto sus papás como sus hermanos, le dicen que conciente mucho a su sobrino y él argumenta que ese niño le refleja mucha paz y debido a que no fue un niño deseado, no le quiere transmitir hostilidad, menciona: “no quiero en mi conciencia un niño abandonado” (Sic. Paciente).

Desde los primeros días de octubre se dio de baja temporal debido a que ya no estaba comiendo bien, tenía varios días sin dormir y se sentía agotado. Actualmente permanece solo en su casa la mayor parte del tiempo y se encarga de preparar la comida e ir por su sobrino a la escuela.

VI Historia Médico Psiquiátrica

El paciente refiere haber tenido un desarrollo normal sin enfermedades de importancia.

Desde hace 1 año (Al ingresar al ICEL), su peso ha empezado a disminuir. Al principio no le daba importancia, se conformaba con “aumentarle un hoyo más al pantalón” (Sic. Paciente), pero se ha sentido cansado y sin ganas de hacer nada, motivo por el cual su mamá lo llevó con el médico hace un mes.

Durante ésta visita se le administró vía intravenosa una solución de suero más cevalín, según refiere el paciente, “le cayó pesado” y tuvo un paro. Tras el cual el médico le inyectó algo más para que reaccionara.

Desde este evento su mamá se asustó mucho y le dijo que podría darse de baja temporal en lo que se recuperaba. En varias ocasiones, cuando el paciente esta acostado, se ha dado cuenta que su mamá va a revisar si él respira.

Actualmente acude a chequeos médicos en el HJM, donde le han dicho que necesita vitaminas y un complemento alimenticio, que los vómitos que ha

tenido se deben a lo que comió. Además, le recetaron “pastillas para los nervios”(sic. paciente), sin embargo el paciente no se las tomó. El médico sospecha que se trata de un problema de la tiroides y por lo cual le mandó a hacer un perfil tiroideo y un examen de sangre.

VII Padecimiento Actual

El paciente refiere que en el último año ha perdido peso de forma considerable, pasando de ser talla 32 a 28. Actualmente mide 1.68 y pesa 45 kg.

Xxxxx lo atribuye a que desde que ingresó a la escuela dejó de alimentarse bien, llegando a hacer solo una comida al día de mala calidad nutricional. Menciona que lo hacía porque desde su ingreso se propuso terminar el bachillerato y cada vez que tenía que trabajar se decía a sí mismo: “va por ti tata” (sic. paciente) y también piensa: “lo tengo que hacer por que si vuelvo a empezar otra vez, nunca voy a terminar” (sic. paciente). Al pensar lo anterior, deja de comer y continúa trabajando en la computadora.

Menciona que aproximadamente dos veces por semana, cuando está solo e inactivo, come “con muchas ganas, más de lo que como en un día” (Sic. Paciente), empieza a sentirse nervioso y a pensar: “tengo que hacer esto... hay que lavar los trastes... se me olvidó ir a la escuela por el niño... voy a llegar tarde...”, en ese momento deja de comer y se siente “tan lleno” que necesita vomitar para sentirse más cómodo. El paciente se ha preguntado “¿por qué no como, por qué me da asco, por qué estás vomitando, por qué no estás comiendo” (Sic. Paciente), lo hace sentir culpable, sabe que si sigue sin comer, no podrá ir a la escuela y no podrá lograr su propósito.

El paciente niega utilizar el vómito para no engordar, refiere que está muy flaco y le hace falta volumen, sin embargo, menciona que en ocasiones se ve hinchado de la cara. Al preguntarle si su familia le ha comentado algo al respecto, el paciente dice que nadie sabe, porque lo hace cuando está solo, en alguna ocasión su hermano le mencionó que tenía mal aliento. Refiere que sus papás están alterados porque no va a la escuela ya que es la primera vez que

él les da problemas, le dicen constantemente. “¡termina ya!” ” (Sic. Paciente) y durante algunas discusiones que tienen entre ellos su papá le pregunta a su mamá “¿qué vas a hacer con César?”, reprochándole que él no siga sus estudios. De la misma manera, sus hermanos le reprochan que no siga estudiando y que siga generando gastos de la colegiatura.

Xxxxx refiere que desde hace más se empezó a sentir cansado, sin ganas de hacer nada, triste, desesperado, inútil y se distrae con facilidad.

VIII Examen Mental

Paciente de edad aparente menor a la cronológica, complexión delgada, estatura alta, tez blanca, en condiciones adecuadas de aliño e higiene personal. Se encuentra orientado en las tres esferas, con adecuados procesos de atención y concentración, no presenta alteraciones de memoria, su lenguaje es coherente y congruente, probables alteraciones sensoriales, el contenido del discurso y pensamiento se centra en aspectos relacionados con su situación escolar y las consecuencias que le ha traído. Su lenguaje no verbal es congruente con el verbal. Su juicio se mantiene conservado. No presenta alteraciones psicomotrices, ni en el periodo de latencia, impresiona con una capacidad intelectual superior al promedio con un pensamiento abstracto.

Pruebas aplicadas

- ط **BDI** : Depresión leve
- ط **Test de la Figura Humana. Machover**: Sujeto que tiende a regresar a su etapa primitiva, angustiado, necesita llevar un orden, lo cual es impuesto por la familia, en el fondo le gustaría romper las reglas y ser irresponsable. Tiende a la evasión y a la fantasía. Existe una dualidad entre su sexualidad, con marcados conflictos con la figura femenina.
- ط **MMPI**: Las escalas L, F y K muestran resistencia del sujeto a la prueba y la presencia de reactivos contestados al azar. El resto de las escalas arrojan la siguiente información: el paciente que se encuentra retraído, desesperanzado, con sentimientos de culpa , devaluación e

inadecuación. Presenta además conductas antisociales, inestabilidad e inseguridad. Utiliza como defensas la negación y la disociación. Es sensible a desaires y rechazos, se muestra cauteloso en contactos iniciales. Individuo eficiente y con orientación al logro. La clave del perfil obtenido es: 24”8103’769-F*L:K#

IX Conceptualización Cognitivo Conductual

A Eventos Activadores	B Pensamientos Automáticos	C Consecuencias
Baja en Bachilleres 2 a causa de la “emboscada”.	<p>“Dios por qué me haces esto?...” “es injusto que se queden los que no hacen algo productivo” “¿qué voy a hacer?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Impotencia - Enojo
Muerte del abuelo.	<p>¿cómo una persona tan buena onda puede morir? “yo quería que antes de que muriera mi tata le entregara mi certificado de bachilleres”. ¿por qué te moriste tata?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enojo. - Impotencia - Frustración - Enojo contra sí mismo. - Desesperación. - Ganas de terminar cuanto antes el bachillerato.
Muerte de tía.	<p>“los buena onda se nos mueren y los malos no se mueren”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enojo - “Ya veo a Dios como un simple mortal”
Carrera técnica como programador ICEL	<p>“dejé de hacer lo que me gustaba” “en dónde quedó mi esencia”. “Mis compañeros ya tienen trabajo”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enojo. - Frustración. - Adinamia - Insomnio - Culpa - Ganas de comer más.
Baja en el ICEL	<p>“Mis proyectos personales se fueron al carajo...” “no sé por qué me salí?, qué hice?”</p>	
Papás se enojan y amenazan con separarse. Su papá le dice a su mamá:	<p>“¿por qué se empezaron a pelear?”</p>	

“¿qué vas a hacer con Alan?”, haciendo referencia a que no ha terminado la escuela.	“No quiero que mi mamá sufra” “creen que soy incapaz”	
---	--	--

C	A'	B'	C'
Pelea entre sus papás. Imagen de él vestido como mujer. Aislamiento social. Baja temporal en el ICEL.	Atracón	“La escuela no es gratis...mis papás tienen que pagar mucho por ella”. “¿por qué me salí de la escuela?” “¿Por qué estás vomitando?” ¿Por qué no estás comiendo?... “¿es mi culpa?” “hay algo malo en mí o a mi alrededor?” “Estoy perdiendo mi tiempo” “¿Por qué la gente es mala conmigo”	Frustración Enojo Culpa Tensión Tristeza Sensación de “estar lleno” Vomito

Actitud Cognitivo Conductual

ط **Actitud:** Baja Tolerancia a la Frustración y Autoindulgencia

ط **Actitud Emotiva:** Enojo y tristeza

▪ **Contenido:**

- Pensamientos automáticos: “es injusto que se queden los que no hacen algo productivo”, “yo quería que antes de que muriera mi tata le entregara mi certificado de bachilleres”
- Creencias Irracionales: No debe de suceder lo que no quiero. Las cosas deben ser como yo quiero.
- Esquemas: injusticia, abandono e indefensión.

- **Estructura:** Presenta dificultades en el orden y la organización, análisis y síntesis, razonamiento y conclusión y anticipación y planeación.

- **Forma:**
 - Pensamiento obsesivo.

- **Contenido:** Centrado en lo que no ha sido como a él le gustaría que fuera.

- **Procesos:**
 - Atención: Selectiva a eventos frustrantes.
 - Percepción: Amenazante y hostil.
 - Imaginación: Mundo justo

NOTA:

En la última sesión, el paciente refiere abiertamente que le gustaría “tener salud mental ya que se siente “como si lo amarraran de las manos y los pies” (sic. paciente) y le gustaría expresar sus sentimientos, aceptarse él mismo y que la gente, principalmente su familia lo acepte como es. Además pregunta si está loco.

Xxxxx menciona que no sabe si es homosexual, porque a lo largo de su historia escolar, recuerda que en algunas etapas convivía con mujeres y en otras más con hombres. Desde que recuerda, él se veía como mujer y disfrutaba mucho cuando lo vestían así. A él le gustaba jugar a las muñecas con las niñas y no le gustaban los juegos de contacto con los niños. Su hermano le decía a su mamá que el paciente era muy débil y que no podía jugar con ellos porque siempre se caía.

En la secundaria convivía más con los hombres y se burlaban de los homosexuales, a él le gustaban las mujeres aunque no tuvo ninguna novia. Menciona que en ésta etapa nadie le hacía comentarios acerca de su preferencia sexual.

Recuerda que en el Bachilleres, le gustaba estar con las mujeres y les pedía prestadas sus pinturas, él sólo se maquillaba los labios y los ojos con un delineador negro como una amiga suya que era dark y lesbiana . Sus papás no se daban cuenta porque él se desmaquillaba antes de llegar. Sin embargo, su mamá le ha preguntado si tiene problemas de identidad sexual, a lo cual el paciente contesta que no.

Menciona que algunos amigos de su hermano le dicen que es “puñal” y su hermano le hace burla constantemente, sin embargo, a Xxxxx no le incomoda ni lo hace sentir mal. De hecho él se da cuenta de que algunos hombres se retraen al hablar con él, situación que tampoco le incomoda. Ha encontrado algunos hombres que incluso le “hacen ojitos” (sic. paciente). Xxxxx niega haber tenido alguna pareja o contacto homosexual, refiere que no ha encontrado a la persona ideal.

El paciente refiere que siempre ha considerado que los niños son tontos y que los hombres son machistas, siempre peleándose, hablando con groserías y perdiendo el tiempo. En contraste con lo que piensa de las niñas y mujeres ya que las ve “más mentales” (sic. paciente), inteligentes y orientadas al logro.

Actualmente Xxxxx dice que cuando está solo le dan ganas de maquillarse, incluso tiene sus propias pinturas. En dos ocasiones lo ha visto su papá, pero él no le ha dicho nada y es común verlo con la cara recién lavada porque se desmaquilla antes de salir de la calle.

Xxxxx dice que en algunas ocasiones, cuando está comiendo en gran cantidad, se le viene a la mente la imagen de sí mismo vestido con una blusa rosa de tela brillante y un pantalón negro que le quede bien. Se ve además con el cabello un poco más largo de cómo lo tiene actualmente y maquillado con sombras y delineador negro en labios y ojos.

El paciente refiere que le gustaría poder definirse y saber si está loco, ya que considera que el provocarse el vómito no es tan importante y probablemente se

resolverá cuando él haya logrado definirse. Al respecto el paciente dice: “si me asumo como soy...¿cómo lo tomará mi familia?” (sic. paciente).

X Diagnóstico multiaxial DSM IV

Eje I. Trastorno de identidad sexual con atracción sexual por los varones
(302.xx)

Eje II. Z03.2 (V71.09)

Eje III. Probable alteración de la glándula tiroidea. (E00-E90)

Eje IV. Problemas relativos al grupo primario de apoyo, Problemas relativos a la enseñanza

Eje V. AEG = 50

XI Tratamiento

- Validación emocional
- Fortalecimiento de la relación terapéutica
- Entrevista con padres
- Auto aceptación
- Entrenamiento para tolerar la frustración.
- Entrenamiento en Habilidades sociales.

Donación de Plaquetas

Hospital Juárez de México

Servicio de

Hematología - Psicología

Unidad de Aféresis

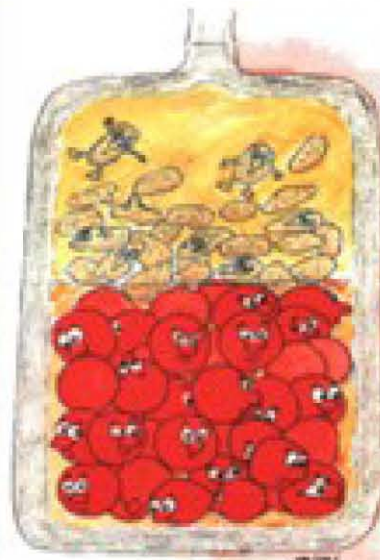
Trabajo Social

Sangre

- Glóbulos Rojos
- Glóbulos Blancos
- **Plaquetas**
- Plasma
- Proteínas



¿Qué es la plaquetoféresis?

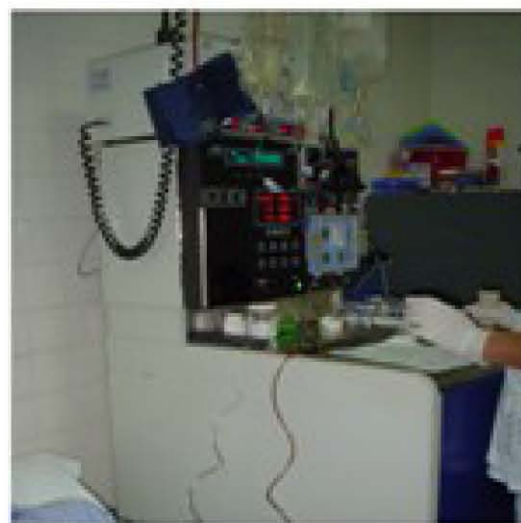


Es la donación de una parte de la sangre:

**LAS
PLAQUETAS**

4

¿Cómo se obtienen las plaquetas?



5

¿Qué debo hacer para donar plaquetas?



6

Primera Etapa:



Estudio de candidatos a donadores

7

El familiar del paciente acudirá con la Trabajadora Social, para recibir la **ORDEN DE DONACIÓN.**



- Fijate que viene con un sello o con letras rojas que dicen:
AFÉRESIS

8

¿Quién puede hacerse los estudios para ser donador de plaquetas?

- Mayor de 18 años.
- Menor a 65.
- Pesar más de 50 kg.
- Credencial IFE
- Sin caries.
- Sin tatuajes.
- Sin perforaciones en los lóbulos de las orejas.
- Sin haber ingerido bebidas alcohólicas (72 hrs. antes).
- Sin vacunas recientes, ni transfusiones.
- No hepatitis.
- Mujeres:
 - Sin estar lactando.
 - Sin haber tenido hijos en un año.
 - No estar menstruando.

9

Los candidatos a donadores deberán acudir a Banco de Sangre

- Bañado.
- Es muy importante llegar antes de las 6:45 am.



10

Estudios...

- El candidato a donador pasará a ventanillas para dar sus datos.
- Especificar a la secretaria:
“VENGO A ESTUDIO DE PLAQUETAS”



11

Estudios...



- La enfermera
 - Pesa.
 - Mide
- Sólo le tomarán **DOS tubos** de muestra de sangre.
- Todo el material utilizado es **DESECHABLE**

12

Estudios...



- El candidato a donador pasará con el médico para que le realice un examen.

13

¿Qué estudios le hacen a mis muestras de sangre?



- HEMOGLOBINA y plaquetas

14

- Al segundo tubo se le hacen pruebas especiales:
 - VIH
 - Hepatitis B y C
 - RPR (Sifilis)





- Serán entregados de 3 a 5 días hábiles después de haberse realizado los estudios.
- Familiar debe acudir a la **unidad de aféresis** para recoger los resultados.

16

Si es APTO para donar plaquetas...

- Esperar la indicación del médico para citar al donador.
- Hacer cita en la unidad de aféresis.



17

2a etapa

Donación de plaquetas

18

Un día antes de la cita para donar...

- Procura **dormir bien**.
- **Cena ligera**.
- **No consumas grasas** en abundancia.
- Avisa si tienes **alergia** o **fiebre**.
- Prepara tu **recibo de pago**.

- **UNA SEMANA ANTES**: no tomes medicamentos.

19

¿En qué consiste el procedimiento?



- Toma de muestra.
- Preparación para donar.
 - Presión
 - Desinfecta brazos.

20

¿Cuánto tiempo dura?



- Entre 1 y 2 horas.

21



- Con una donación de plaquetoféresis se obtiene la cantidad de plaquetas de 10 donadores de sangre.

22



- El cuerpo repone las plaquetas donadas en 3 días.
- La donación puede hacerse nuevamente en 72 horas.
- No más de 24 veces al año.

23

¿Me puede traer alguna consecuencia desfavorable?

- **No ocasiona ningún daño.**
- Sólo molestias por los piquetes de las agujas.
- En algunos casos puede sentirse :
 - Cosquilleo alrededor de los labios o nariz durante el procedimiento.
 - Escalofríos.

24

3a etapa

Actualización de estudios

25



- Si no has donado plaquetas, tus estudios tienen una vigencia de 3 meses.
- Después de la primer donación, es necesario **ACTUALIZAR** los estudios cada 10 días.

Lunes a viernes: 6:45 a 7:00 hrs.

Sábados, Dom. Y días festivos: 7-10, 12-13 y de 16-17 hrs.

ANEXO 8

CARNET DE CONTROL PARA LA DONACIÓN DE PLAQUETAS

	Hospital Juárez de México
	SERVICIO DE HEMATOLOGÍA UNIDAD DE AFÉRESIS

Donación de Plaquetas

Nombre del Paciente:

Exp.: Cama:


Diagnóstico:

Edad: Gp. Sanguíneo:

Nombre del candidato	Fecha de Estudios	Aceptado		Cita para donar						Actualización de estudios
		Sí	No	1a	2a	3a	4a	5a	6a	

ANEXO 9

ENTREVISTA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA LA DETECCIÓN DE SÍNTOMAS EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO



CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
PSICOLOGÍA - MEDICINA CONDUCTUAL

REGISTRO: _____ FECHA: _____
DURACIÓN: _____

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: _____	EDAD: ____ (/ /)	
ORIGINARIO: _____	RESIDENTE: _____	
ESCOLARIDAD: _____	OCCUPACION: _____	
EST. CIVIL: _____	RELIGIÓN: _____	
PESO: _____	ESTATURA: _____	TELÉFONO: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA:

2.1. MÉDICO: _____

2.2. PACIENTE: _____

3. PADECIMIENTO ACTUAL

3.1. ¿CUÁL O CUALES SON LAS ENFERMEDADES QUE PADECE?:

3.2. ¿A QUÉ SE DEBE QUE ACUDA A LA CLÍNICA DEL DOLOR?:

3.3. ¿DESDE CUÁNDO PADECE EL DOLOR?:

3.4. ¿LE HAN HECHO ALGUNA CIRUGÍA? ¿CUÁL Y HACE CUÁNTO TIEMPO?

4. FAMILIOGRAMA

4.1. ¿QUIÉNES FORMAN PARTE DE SU FAMILIA?

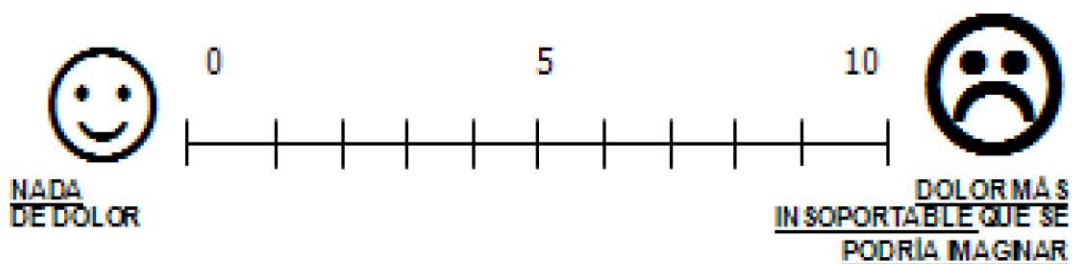
5. HISTORIAL ALGOLÓGICO

5.1 ¿A QUE CREE QUE SE DEBE EL DOLOR?

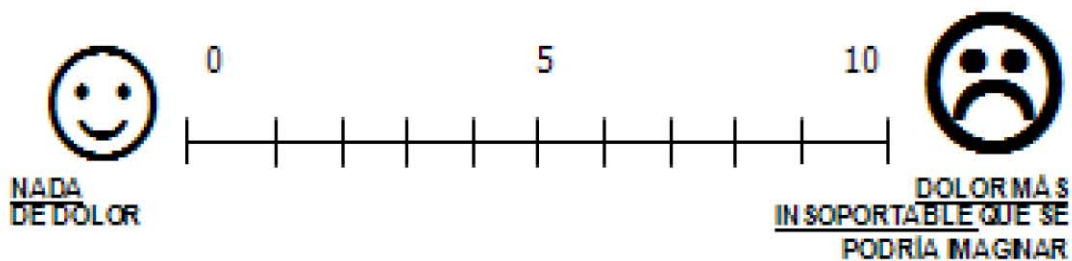
5.2 ¿QUE HA HECHO ANTERIORMENTE PARA ALIVIAR ESE DOLOR?

5.3 ¿CUAL HA SIDO EL MAYOR DOLOR QUE HA SENTIDO EN SU VIDA?

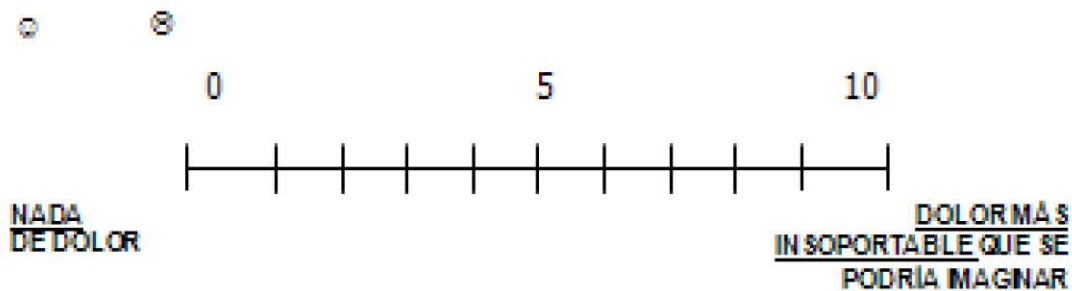
5.4 CONSIDERANDO QUE "0" SIGNIFICA NADA DE DOLOR Y "10" ES IGUAL AL DOLOR MÁS INSOPORTABLE QUE SE PODRÍA IMAGINAR ¿QUÉ CALIFICACIÓN LE DARÍA AL MAYOR DOLOR QUE HA SENTIDO?



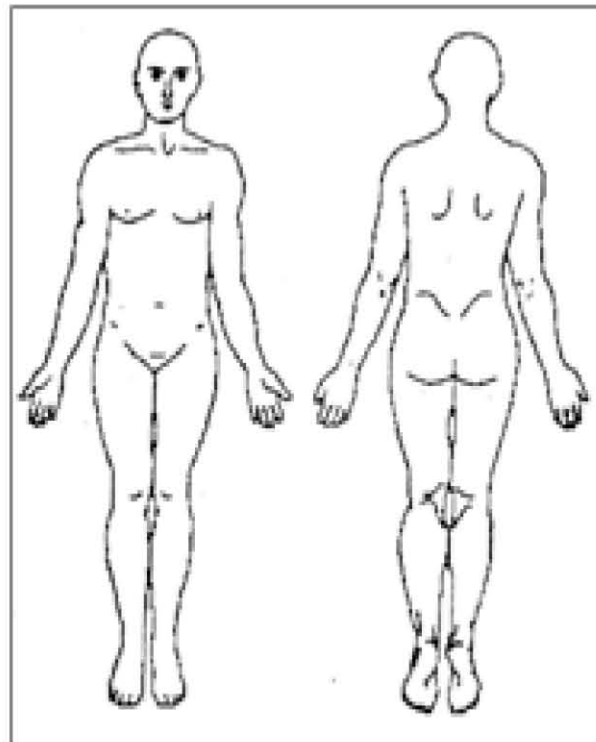
5.5 ¿NORMALMENTE CON CUÁNTO DOLOR SE ENCUENTRA?



5.6 ¿QUÉ CALIFICACIÓN LE DA A SU DOLOR EN ÉSTE MOMENTO?



5.7 MARQUE CON UN COLOR DIFERENTE DONDE SIENTE EL DOLOR:



5.8 ¿QUÉ PALABRAS UTILIZARÍA PARA DESCRIBIR SU DOLOR?

5.9 EL DOLOR ES COMO SI.....

6 ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

6.1 ¿ACTUALMENTE VIVE ALGUNA SITUACIÓN DIFÍCIL O QUE LE PREOCUPE? ¿CUÁL ES?

6.2 ANTES DE QUE APARECIERA EL DOLOR POR PRIMERA VEZ, TUVO ALGUNA SITUACIÓN DIFÍCIL O ALGÚN PROBLEMA? _____

3. COMPLETE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

		A Inmediatamente ANTES del dolor	B Justo DURANTE el dolor	C Inmediatamente DESPUÉS del dolor
Paciente	1. ¿Qué hace?			
	2. ¿Qué piensa?			
	3. ¿Qué siente?			
Familia	4. ¿Qué hace?			
	5. ¿Qué piensa?			
	6. ¿Qué siente?			

7 LINEA BASE RETROSPECTIVA (LIBARE)

7.1 ¿CUÁNTAS VECES EN EL ÚLTIMO MES HA TENIDO DOLOR (F)?

7.2 ¿QUÉ TAN INTENSO (I) HA SIDO?

Mes:	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
F I	/	/	/	/	/	/	/
F I	/	/	/	/	/	/	/
F I	/	/	/	/	/	/	/
F I	/	/	/	/	/	/	/

8. PAPEL DEL DOLOR EN LA VIDA COTIDIANA

8.1. A PARTIR DE LA PRESENCIA DEL DOLOR CUALES HAN SIDO LOS CAMBIOS PERCIBIDOS EN:		GM
CASA		
TRABAJO Y/O ESCUELA		
ACTIVIDADES RECREATIVAS		
RELACION CON SUS FAMILIARES CERCANOS		
RELACIÓN CON AMISTADES		
RELACIÓN CON LA PAREJA (ACTIVIDAD SEXUAL)		
VIDA SEXUAL		

8.2. ¿DEL 0 AL 10 CUÁL ES EL GRADO DE MALESTAR (GM) QUE LE HACE SENTIR CADA UNA?

8.3. LA PRESENCIA DE DOLOR LE HA PROPORCIONADO ALGUN BENEFICIO:

8.4. QUE DESVENTAJAS LE HA TRAI DO EL DOLOR:

9. ANTECEDENTES FAMILIARES:

9.1. TIENE ALGUN OTRO FAMILIAR CERCANO QUE PRESENTE DOLOR:

9.2. ¿ALGUIEN EN SU FAMILIA TIENE PROBLEMAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS? ¿CUÁLES? _____

9.3. ¿USTED HA TENDO O TIENE PROBLEMAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS? ¿CUÁLES? _____

10. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS O PSIQUIÁTRICAS PREVIAS

10.1 EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA HA RECIBIDO ALGUN TIPO DE APOYO PSICOLÓGICO O PSIQUIÁTRICO?: SI _____ NO _____

10.2 ¿HACE CUÁNTO TIEMPO? _____

10.3 ¿OBTUVO ALGÚN BENEFICIO? ¿CUÁL? _____

10.4 ¿CUÁL FUE EL MOTIVO PARA NO CONTINUAR? _____

10.5 ¿CONSIDERA QUE ACTUALMENTE LE SERÍA DE UTILIDAD EL APOYO PSICOLÓGICO? SI _____ NO _____ ¿POR QUÉ? _____

11. EXAMEN MENTAL

1. PRESENTACIÓN	
1.1. Estado de conciencia	a) coma b) estupor c) somnolencia y letargo d) abotargamiento e) vigilia
1.2. Aspecto general	
Higiene personal o aseo	a) adecuado b) inadecuado
Complexión	a) mesomórfica b) ectomórfica c) endomórfica
Edad	a) igual a la cronológica b) menor c) mayor
Actitud hacia la entrevista	a) cooperativo b) evasivo c) arrogante d) apático e) amistosa f) alerta g) interesada h) franca i) seductora j) defensiva k) hostil l) cautelosa
Latencia de respuesta	a) adecuada b) inadecuada: b.1) retardada b.2) acelerada
2. CONDUCTA MOTORA Y AFECTO	
2.1. Conducta motora	a) rápidos b) cortos c) típicos d) poses describa:
2.2. Afecto	a) dentro de los límites normales b) constreñido c) embotado d) plano e) angustiado f) lloroso g) deprimido h) enfadado i) eufórico
2.3. Expresión no verbal	a) congruente con humor b) incongruente con humor
3. ESTADO COGNOSCITIVO	
3.1. Orientación	a) espacio b) tiempo c) persona
3.2. Atención y concentración	a) se distrae fácilmente b) inatención c) contesta a las preguntas
3.3. Memoria	a) inmediata b) reciente c) remota: c1) episódica c2) semántica
3.4. Lenguaje	a) fluidez b) Comprensión c) Repetición d) Denominación
3.5. Cálculo	a) déficit b) excesos c) sin alteraciones
4. PENSAMIENTO	
4.1. Proceso	a) concreto b) tangencial c) circunstancial d) perseverativo e) laxo f) incoherente g) lógico y coherente h) neologismos
4.2. Contenido	a) delirios b) preocupaciones c) obsesiones y compulsiones d) ideas suicidas u homicidas e) ideas de referencia

12. OBSERVACIONES

ANEXO 10

“Evaluación y Manejo Cognitivo Conductual del Dolor Crónico”

PROGRAMA

Duración: 18 Hrs
Sesiones: 5
Fecha de inicio: 20 de Febrero 2006
Fecha de termino: 24 de Febrero 2006
Horario: 3:00 a 6:00 pm
Lugar: Sala de juntas del Área de Medicina Crítica del INCMNSZ

Fecha	Tema	Ponente	Duración
-------	------	---------	----------

Lunes 20	<p>INCMNSZ Clínica del dolor</p> <p>Recursos disponibles</p> <p>Necesidades del servicio</p> <p>Información relevante acerca del Instituto</p> <p>Información General sobre la Clínica del Dolor</p> <p>Organigrama</p>	<p>Dr. Uriah Guevara López</p> <p>Jefe de la Unidad de Clínica del Dolor INCMNSZ</p>	<p>3-5 pm</p>
	<p>Residencia en Medicina Conductual, UNAM</p>	<p>Mtro. Psic. Fernando Vázquez Pineda</p> <p>Supervisor Académico de la Residencia en Medicina Conductual, UNAM</p>	<p>5-6 pm</p>
	<p>Dolor: Definición, Clasificación y evaluación</p> <p>Historia</p> <p>Percepción del dolor</p> <p>Epidemiología</p> <p>Definición del dolor</p> <p>Clasificación del dolor basadas en origen, evolución y mecanismos.</p> <p>Las cuatro dimensiones del dolor</p> <p>¿Cómo se mide el dolor?</p> <p>Características a evaluar en el dolor</p> <p>Mapa del dolor</p> <p>Escalera analgésica según la OMS</p> <p>Diario del dolor</p> <p>Tratamiento</p>	<p>Dra. Sandra Patricia Gaspar Carrillo</p> <p>Residente de Algología INCMNSZ</p>	<p>6-7 pm</p>

Martes 21	<p>Medicina Paliativa como una alternativa</p> <p>Cuidados paliativos Historia Hospice SECPAL Los Cuidados Paliativos en México Objetivo de los Cuidados Paliativos - Equipo interdisciplinario - Recursos específicos Bases de la terapéutica - Atención a la familia - Principales miedos - Muerte digna</p>	<p>Dra. Sandra Patricia Gaspar Carrillo</p> <p>Residente de Algología INCMNSZ</p>	3-4 pm
	<p>Importancia del profesional en Psicología en el equipo multidisciplinario para el manejo del dolor</p> <p>¿Qué es el dolor? ¿Cómo es <u>creado</u> el dolor ¿Qué dolor es <u>real</u>? ¿Por qué <u>tratar</u> el dolor? ¿Cuándo es <u>útil</u> tratar el dolor? ¿<u>Quién</u> debe tratar el dolor? ¿<u>Curar</u> el dolor? ¿De qué <u>sirve</u> un(a) psicólogo(a)? ¿Qué tan <u>importante</u> es?</p>	<p>Dr. Andrés Hernández Ortíz</p> <p>Residente de Algología INCMNSZ</p>	4-5 pm

Martes 21	<p>Medicina Conductual</p> <p>Actividades realizadas, Recursos Humanos y Materiales.</p> <p>Curso de algología</p> <p>Visita a piso</p> <p>Revisión de casos</p> <p>Supervisión in situ y académica</p> <p>Consulta externa</p> <p>Clínica del dolor</p> <p>Cuidados Paliativos</p> <p>Hospitalización</p> <p>Bloqueos</p> <p>Psicoterapia individual</p>	<p>Psic. Areli Reséndiz Rodríguez</p> <p>Residentes de Medicina Conductual INCMNSZ</p>	5-6 pm
	<p>Evaluación Psicológica del paciente con dolor crónico</p> <p>Factores determinantes para la evaluación del paciente con dolor crónico.</p> <p>Indicaciones para la valoración psicológica</p> <p>Objetivos de la evaluación psicológica</p> <p>¿Cómo preparar al paciente para un evaluación psicológica?</p> <p>Elementos que componen la entrevista psicológica.</p> <p>Presentación del protocolo: "Entrevista Cognitivo Conductual para la evaluación de síntomas del paciente con dolor crónico"</p> <p>Evaluación del funcionamiento psicológico.</p> <p>Aspectos subjetivos y comportamentales</p> <p>Aspectos afectivos-emocionales</p> <p>Escalas y cuestionarios</p> <p>Observación directa</p>	<p>Psic. Heidy Marli Hernández Valencia</p> <p>Residente de Medicina Conductual INCMNSZ</p>	6-7 pm

Miércoles 22	<p>Aspectos Cognitivo-Conductuales en la Personalidad del Paciente con Dolor Crónico.</p> <p>Afrontamiento</p> <p>Autoeficacia</p> <p>Reestructuración Cognitiva</p>	<p>Psic. Areli Reséndiz Rodríguez</p> <p>Residente de Medicina Conductual INCMNSZ</p>	<p>3-4 pm</p>
	<p>Evaluación de Trastornos de Personalidad</p> <p>SCID-II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo A Extraños o excéntricos - Grupo B Emocionales - Grupo C Ansiosos o Temerosos 	<p>Psic. Sofía Sánchez Román</p> <p>Supervisora in situ INCMNSZ</p>	<p>4-5 pm</p>
	<p>Ansiedad y Depresión en el paciente con Dolor Crónico</p> <p>Depresión</p> <ul style="list-style-type: none"> - definición - clasificación clínica - epidemiología - Criterios DSM IV - Depresión y dolor crónico -Catastrofización <p>Ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición - Criterios DSM-IV - Clasificación de los trastornos de ansiedad - Ansiedad y dolor- Ansiedad rasgo-estado y dolor- Catastrofización <p>Terapia Psicológica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetivo - Técnicas 	<p>Psic. Heidy Marli Hernández Valencia</p> <p>Residente de Medicina Conductual INCMNSZ</p>	<p>5-6 pm</p>
	<p>Tratamiento Cognitivo Conductual del dolor</p> <p>Manejo del dolor</p> <p>Reestructuración Cognitiva</p> <p>Relajación</p> <p>Solución de Problemas</p> <p>Biofeedback</p> <p>Psicoterapia</p>	<p>Psic. Areli Resendiz Rodríguez</p> <p>Residente de Medicina Conductual INCMNSZ</p>	<p>6-7 pm</p>

Jueves 23	<p>Procedimientos invasivos (Bloqueos)</p> <p>Objetivo</p> <p>Características</p> <p>Evaluación e Intervención Cognitivo Conductual</p> <p>Presentación de protocolo de investigación</p>	<p>Psic. Areli Reséndiz Rodríguez</p> <p>Residente de Medicina Conductual INCMNSZ</p>	<p>3-4 pm</p>
	<p>Evaluación del estado cognitivo en el paciente con dolor crónico</p> <p>Delirium</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criterios DSM IV <ul style="list-style-type: none"> - Criterios OMS-CIE 10 - Subtipos - Factores de riesgo - Complicaciones - Duración - Tratamiento <p>Demencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criterios DSM IV <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico diferencial Delirium- - Demencia <p>Mini-Mental Status Examination</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mini Examen Cognoscitivo (MEC) <ul style="list-style-type: none"> - Escalas - Modelamiento de aplicación de MEC 	<p>Psic. Heidy Marli Hernández Valencia</p> <p>Residente de Medicina Conductual INCMNSZ</p>	<p>4-5 pm</p>
	<p>Cuidados Paliativos e implicaciones psicológicas</p> <p>Objetivo</p> <p>Estadística de pacientes atendidos</p> <p>Principales padecimientos</p> <p>Actividades del servicio</p> <p>Aspectos Generales de los Cuidados Paliativos.</p> <p>Evaluación e Intervención cognitivo-conductual en el paciente terminal</p>	<p>Psic. Marli Hernández</p> <p>Residente de Medicina Conductual INCMNSZ</p>	<p>5-7 pm</p>

Viernes 24	<p>Cierre del curso</p> <p>Revisión de temas abordados</p> <p>Revisión de las necesidades detectadas por residentes de nuevo ingreso.</p> <p>Propuesta de trabajo de investigación para el año 2006-2007</p>	<p>Residentes 1er año</p> <p>Psic. Areli Reséndiz</p> <p>Psic. Marli Hernández</p> <p>Residentes de Medicina Conductual INCMNSZ</p>	3-5 pm
-------------------	---	---	--------