

6
24



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

**INFLUENCIA DEL LOCUS DE CONTROL Y LA
PERCEPCION DE AUTOEFICACIA EN EL DOLOR
EN PACIENTES CON LUMBALGIA CRONICA**

**INFORME FINAL DE
SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A ,
CRUZ CERON NORMA JUANA**



ASESORA: MTRA. BERTHA RAMOS DEL RIO

MEXICO, D. F.

JULIO DE 1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MIS PADRES :

Con todo mi cariño y agradecimiento, por su amor, comprensión y apoyo en cada momento de mi vida y por que gracias a su motivación y esfuerzo hoy veo realizada una de mis metas y porque este logro también es suyo.

A ANY:

Con cariño por tu compañía y apoyo en todos los momentos y por ser además de mi hermana una buena amiga

A MARCO ANTONIO:

Por tu amor y tu cariño, por nuestros sueños e ilusiones y por darme tu apoyo y compartir conmigo la vida y hacerme sentir feliz.

A INES:

Por la amistad y el apoyo que me has dado.

Y ante todo a DIOS porque le ha dado un bello significado a la vida y por darme todo lo que tengo.

INDICE

	Página
Resumen	5
Introducción	6
Capítulo 1 Marco teórico	10
1.1 Dolor	10
1.1.1 Modelos	13
1.1.2 Clasificación	17
1.2 Lumbalgia crónica	20
1.3 Evaluación Cognitiva del dolor	25
1.3.1 Medición del dolor	28
1.4 Moderadores Psicológicos que influyen en la evaluación del dolor	32
1.4.1 Locus de control	33
1.4.2 Percepción de Autoeficacia	37
Planteamiento del problema	41
Capítulo 2 Características generales de la Institución	42
2.1 Ubicación	42
2.2 Antecedentes	42
2.3 Tipo de servicios que presta a la comunidad	43
2.4 Organización interna	45
2.5 Recursos Humanos	46
2.6 Recursos materiales	48
Capítulo 3 Actividades desarrolladas y atención a la población	49
3.1 Servicio	51
3.2 Investigación	55
Objetivos	55
Variables	55
Hipótesis	56

Método	57
Sujetos	57
Instrumentos	59
Procedimiento	61
Capítulo 4 Resultados	63
Capítulo 5 Conclusiones	75
Bibliografía	81
Anexos	88

INFLUENCIA DEL LOCUS DE CONTROL Y LA PERCEPCION DE AUTOEFICACIA EN EL DOLOR EN PACIENTES CON LUMBALGIA CRONICA

CRUZ CERON NORMA JUANA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA U.N.A.M.

ASESORA: MTRA. BERTHA RAMOS DEL RIO

UNIDAD DE MEDICINA FISICA DE REHABILITACION REGION NORTE DEL IMSS
SERVICIO SOCIAL REALIZADO DEL 3 DE JULIO DE 1995 AL 2 DE MAYO DE 1996.

El objetivo del presente trabajo fue observar la manera en que influyen el *Locus de Control* y la percepción de *Autoeficacia* en la evaluación del dolor en pacientes con *Lumbalgia crónica*. Participaron 30 pacientes de la Unidad de Medicina Física de Rehabilitación Región Norte (U.M.F.R.R.N.) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 17 fueron del sexo masculino y 13 del sexo femenino, seleccionados de manera intencional, con un promedio de edad de $X=42.5$ años (30 - 59 años), con un promedio de periodo de evolución del dolor $X=2$ años 7 meses (de 6 meses a 14 años) Un 56.6% de la muestra presentó un *Locus de Control Externo* y el 66.6% presentó una alta percepción de *Autoeficacia*, se correlacionaron de las dimensiones de *Locus de Control* y *Autoeficacia* con la intensidad promedio del dolor, y se obtuvo una $r=-.66$ entre el *Locus de Control* y la intensidad promedio de dolor pero al correlacionar *Autoeficacia* con intensidad promedio de dolor no se encontró relación tan importante ($r=-.33$); también se consideraron el número de conductas de dolor que presentan los pacientes y al correlacionarlas con ambos moderadores psicológicos se obtuvo una ($r=-.65$) entre *Locus de control* y Conductas de dolor y una ($r=-.52$) entre *Autoeficacia* y Conductas de dolor. Por lo que puede concluirse que se encontró una relación importante entre los moderadores psicológicos y la evaluación del dolor, observándose que los puntajes de *Autoeficacia* y *Locus de Control Interno* se relacionan con puntajes menores de intensidad de dolor y menor número de conductas de dolor presentadas.

DESCRIPTORES: *Locus de Control*, *Lumbalgia crónica*, *Autoeficacia*

INTRODUCCION

En los últimos años la Psicología ha tenido un rápido desarrollo en una amplia variedad de áreas como disciplina científica y como profesión, abriendo muchos campos de investigación dentro de las ciencias biológicas y sociales en la búsqueda de una comprensión más profunda del comportamiento.

Recientemente se ha observado un gran interés por vincular a la Psicología con los problemas de salud humana más allá de los estrechos límites del mal llamado campo de Salud Mental.

Apareciendo nuevas disciplinas o subcampos sobre los ya existentes: la Psicología de la Salud, la Salud Conductual, Medicina Comportamental, entre otras, todas estas subdisciplinas tienen como propósito destacar la importancia que revisten los factores psicológicos en la prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud.

La Psicología de la Salud se ocupa de la relación biopsicosocial del individuo en un medio sociocultural dado y del desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y mantenimiento de la salud. Comprende además el estudio de factores del comportamiento que influyen en el tratamiento, rehabilitación física y de enfermedades crónicas (Holtzman, 1987).

El dolor, particularmente el dolor crónico, es uno de los principales problemas a los que se ha enfocado la Psicología de la Salud, ya que representa un síntoma importante de muchas enfermedades crónicas, además de que se trata de uno de los principales motivos de demanda de asistencia médica. Bonica (1990) señala que entre el 25 y 30 % de la población en ciudades industrializadas experimentan algún tipo de dolor crónico, y que el 80 % de los pacientes que acuden a consulta médica lo hacen debido al dolor.

Por su parte Ramos (1989) refiere que de acuerdo con la literatura se reporta que los tipos de dolor crónico que se presentan con mayor frecuencia se encuentra el dolor de cabeza (50%), seguido

por el dolor de espalda (40%), el dolor de abdomen y el dolor de miembros (10%). Por lo anterior la *lumbalgia crónica*, es decir el dolor de espalda baja, constituye epidemiológicamente una de las principales enfermedades crónicas que afectan a gran parte de la población en nuestro país (Aguila, 1984) y como toda enfermedad crónica implica no solo el desgaste físico y emocional de quien la padece, pues además repercute en el aspecto económico tanto en el ámbito familiar como en el productivo, debido al alto índice de días de trabajo perdidos y por los altos costos de asistencia médica, por lo que finalmente constituye un problema que adquiere relevancia y trascendencia social.

En la *Lumbalgia* el dolor crónico es uno de los principales componentes de dicho síndrome y aunque explicar lo que se entiende por dolor crónico resulta complejo y difícil de definir, de acuerdo a la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP 1994) se acepta que es aquel que tiene una duración de más de tres meses, sobrepasando el tiempo que habitualmente podría considerarse para dar por terminado el proceso de inflamación o de reparación tisular, además es caracterizado por ausencia de causas orgánicas aparentes, lo que significa que tiene poco o nulo componente neurovegetativo, por lo que el tratamiento farmacológico resulta en la mayoría de las ocasiones ineficaz. El dolor crónico además se acompaña de un gran compromiso psicológico, como trastornos emocionales.

En la actualidad se considera que la percepción del dolor que puede variar de persona a persona, lo que es amenazante para unos, puede ser tolerante para otros, debido a que es una experiencia subjetiva, por lo que la personalidad no es solo un factor importante, sino que ciertas características de la misma pueden ser cruciales para la evaluación que realiza la persona acerca del dolor, y a su vez la evaluación cognitiva, es decir lo que la persona piensa respecto al dolor, es importante en el control y persistencia del dolor (Martín, Grau, Bosch, Zas, Rial, Lorenzo, Hernández, 1993).

En este sentido y de acuerdo con lo señalado por Lazarus y Folkman (1984) la Evaluación Cognitiva es la forma en que un individuo evalúa la situación y de ella depende la manera en que éste

actúe para afrontarla. En la evaluación cognitiva influyen varios factores como la experiencia previa, variables individuales y situacionales. Dentro de las características individuales existen muchos moderadores psicológicos como el *Locus de Control* y la *Autoeficacia*, las cuales tienen que ver con las sensaciones de dominio y de confianza que tiene el individuo (Folkman, Lazarus, Rand y De Longis, 1986). Por lo tanto se pretende conocer la forma en que influyen dichos moderadores sobre la evaluación cognitiva que realiza el sujeto con respecto a su dolor. La importancia de que reviste lo anterior radica en el hecho de que una evaluación cognitiva positiva favorece al manejo del dolor, la adherencia terapéutica y por lo tanto el tratamiento puede ser exitoso para el control del dolor, debido a que padecimientos como la *Lumbalgia crónica* requieren de la realización de ejercicio físicos y por lo tanto la participación del paciente es muy importante (Tollison, 1987), más en cambio el paciente que realiza una evaluación cognitiva negativa de alguna forma favorece al mantenimiento, persistencia y exacerbación de los cuadros de dolor crónico (Martín et al., 1993).

Por lo que al saber la relación que existe entre los moderadores psicológicos, *Locus de Control* y *Autoeficacia*, y la *Evaluación del dolor*, dichos moderadores psicológicos pueden funcionar como predictores de los resultados del tratamiento y de la forma en que el paciente afronte su padecimiento. De igual forma esto podría considerarse para que en el tratamiento psicológico del dolor, los esfuerzos terapéuticos se orienten a fomentar en el paciente creencias de control de la situación y autoeficacia, que favorezcan el tratamiento multidisciplinario para el manejo del dolor crónico de espalda.

El Servicio Social se realizó en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte (U.M.F.R.R.N.), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), dentro del programa Rehabilitación Integral, dicha unidad da atención principalmente a pacientes con problemas físicos a causa de traumatismos o accidentes laborales, que acuden a recibir programas rehabilitatorios. Dentro de los

problemas físicos que se presentan con más frecuencia están las *lumbalgias crónicas*, principalmente de etiología mecanopostural

El capítulo 1 comprende el Marco Teórico donde se presenta una revisión bibliográfica que apoya la presente investigación, abordando primeramente lo referente al dolor crónico y resaltando la importancia que tiene la evaluación psicológica en la comprensión y el manejo del dolor, al tiempo que se da importancia a la evaluación cognitiva del paciente con respecto al dolor y algunos moderadores psicológicos que influyen en dicha evaluación.

El segundo capítulo presenta las características de la Institución dentro de la cual se llevo a cabo la realización del Servicio Social.

En el tercer capítulo se menciona de forma general las actividades desempeñadas durante el servicio y la metodología de la investigación realizada con los pacientes lumbalgicos.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados obtenidos de dicha investigación y las conclusiones a las que se llegó.

Finalmente se realiza el análisis y evaluación de las actividades desempeñadas durante el servicio considerando la importancia que revisten en la formación profesional del psicólogo.

1. MARCO TEORICO

La Psicología ha evolucionado y ha desarrollado nuevos enfoques tanto desde el punto de vista de disciplina científica como desde la perspectiva profesional, y actualmente interviene en campos de tratamiento de las enfermedades físicas y más concretamente en las enfermedades crónicas. Comenzando a asumir el estudio y manejo de los aspectos psicológicos de la patología orgánica tanto en su desarrollo como en su tratamiento, definiendo para ello una nueva visión integral del enfermar donde los factores biológicos interaccionan con los psicológicos y los socioambientales (Buendía, 1991).

La Psicología de la Salud ha incursionado en el ámbito de la rehabilitación, considerando que el impacto del problema físico implica al mismo tiempo un desajuste psicológico, por lo que la rehabilitación emocional es tan necesaria como la rehabilitación médica y física (Krueger, D., 1988).

En el ámbito de la rehabilitación el dolor representa un síntoma importante, ya que se encuentra presente en traumatismos, enfermedades crónicas, quemaduras y pérdida de miembros y por su naturaleza requiere de una visión multidisciplinaria.

De acuerdo con Martín, (1993) la incorporación de los conocimientos psicológicos al diagnóstico y tratamiento del dolor no se restringe solo a los problemas conceptuales y de desarrollo de las ciencias médicas y psicológicas. Se justifica por la necesidad de explorar al máximo todos los recursos que contribuyan a la disminución de un problema de salud de alto costo económico y social.

1.1 DOLOR

El dolor tiene un gran impacto económico, social y personal, Bonica (1990) refiere que en Estados Unidos en un estudio realizado para observar la prevalencia de dolor en 1986, se encontró que 97 millones de americanos padecían algún tipo de dolor crónico: 27 millones padecían dolor de cabeza

rónico, 24 millones sufrían dolor artrítico, 21 millones dolor de espalda, 12 millones dolor como consecuencia de otras enfermedades musculoesqueléticas y 11 millones padecían dolor a causa de otras enfermedades neurológicas, cardíacas y cáncer. Por lo que la magnitud de la importancia económico-social de estas cifras está reflejada en el hecho de que una proporción substancial de estos enfermos está clasificado parcial o totalmente como improductivo (Buendía, 1991). La presión de estos enfermos en el sistema de salud es también considerable, ya que según cifras de Estados Unidos, solo los enfermos del dolor de espalda requieren anualmente 8 millones de consulta (Cailliet, 1986).

Definir lo que se entiende por dolor resulta complejo, históricamente se han empleado varios modelos para explicar lo que se entiende por dolor, dichos modelos en un principio eran dualistas y reduccionistas (Turk y Rudy, 1986). El primer modelo es el propuesto por Max von Frey en el siglo XIX (Penzo, 1989) donde el dolor era visto como el producto final de un sistema lineal de transmisión sensorial, donde la relación entre estimulación y sensación se consideraba directa y por lo tanto la intensidad del dolor proporcional a la magnitud de la destrucción daño tisular, por lo tanto el dolor era considerado como sinónimo de nocicepción. El modelo anterior era conocido como "Modelo de Especificidad Sensorial" y al realizar estudios fisiológicos, experimentales y clínicos se reveló la invalidez de la teoría que le sustentaba (Penzo, 1989). Por lo que se planteó la necesidad de formular modelos más complejos y explicativos, que son los llamados multidimensionales, y corresponden a fundamentos analíticos, mediante los cuales se describen y proponen cierto número y tipo de factores y categorías pero sin explicar como se articulan en un esquema de integración funcional.

Los modelos multidimensionales permitieron un avance en la conceptualización del dolor, al considerar no solamente el factor sensorial en su explicación.

Para homogeneizar lo que se entiende por dolor la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), define en 1979 al dolor como "Una experiencia sensorial y emocionalmente desagradable.

asociada con una lesión física, presente o potencialmente descrita en términos de la misma" (Tollison y Kriegel, 1989): Esta definición es importante pues se considera al dolor como algo subjetivo, invalidando entonces el concepto de dolor como modalidad sensorial, presentándose como una experiencia compleja; por lo que se otorga importancia la reporte verbal del sujeto y se considera que la experiencia de dolor asocia elementos sensoriales y afectivos (Martín, 1993)

En el momento actual está ampliamente reconocido que la experiencia y expresión del dolor afecta a todo el comportamiento humano, estando influenciado por variables genéticas, constitucionales, psicológicas, sociales y culturales (Buendía, 1991), por lo que el dolor es mejor descrito como el producto interactivo de la combinación de fuentes (Penzo, 1989).

Buendía (1991) señala que la mayoría de las formulaciones actuales de dolor explícitamente reconocen los roles jugados por:

- Las variables históricas del sujeto, incluyendo características de la personalidad, estatus socioeconómico y variaciones etnoculturales.
- Las circunstancias del individuo en el momento que aparece el estrés producido por el dolor o durante el continuo dolor crónico, así como la incidencia de los acontecimientos estresantes recientes, consecuencia del síndrome doloroso y excesiva simpatía o atención en asumir el rol de enfermo.
- Por último también incide un conjunto de variables cognitivas, afectivas y motivacionales, incluyendo estrategias de afrontamiento y de autocontrol.

Por lo anterior en el estudio del dolor están implicadas un gran número de variables que se interconectan en una red donde el dolor es el resultado final de su interdependencia. Para producirse una comprensión es necesario conocer las aproximaciones, que desde diferentes marcos teóricos y conceptuales se han realizado sobre el dolor.

1.1.1 MODELOS EXPLICATIVOS DEL DOLOR

Aunque se ha aceptado la necesidad de una aproximación multidimensional del dolor, existen varios modelos que se ha utilizado para la realización de estudios y la búsqueda de alternativas para la comprensión del dolor.

Aproximación Neuropsicológica del dolor.

Las teorías multidimensionales del dolor consideran que entre la estimulación y las respuestas del dolor hay una serie de factores que modulan el estímulo doloroso y que hacen que la respuesta dolorosa no solo dependen de la intensidad del estímulo.

Dentro de esta concepción del dolor se sitúa la Teoría de Melzack y Casey (cit. en Karoly, 1985) que es conocida como "la Teoría del control de la compuerta" se trata de un modelo neurofisiológico de modulación nociceptiva, aquí se sistematizan los fenómenos de la experiencia del dolor. Dicha sistematización se hace en tres categorías: 1) Sensorial-discriminativa. 2) Motivacional-afectiva y 3) Cognitivo-evaluativa, donde cada componente depende de sistemas cerebrales especializados. El primer componente se encuentra bajo la influencia de sistemas espinales de conducción rápida, el segundo componente depende de estructuras reticulares y límbicas, y el último de los componentes se encuentra bajo la el control de las funciones del Sistema Nervioso Central a nivel de neocortex. En este modelo se da importancia a mecanismos neuromoduladores de endoanalgesia, producidos por estimulación electrónica o química en los niveles funcionales.

Otra explicación Neuropsicológica es el Modelo Circular de Elton, Stanley y Borrowes (cit en Buendía, 1991) muestra la interdependencia que existe entre las diferentes variables que inciden en la vida del sujeto, siendo todas ellas tributarias y causales del productos final: el dolor. Por lo que el dolor es considerado como una experiencia perceptual y afectiva, determinada por los patrones de respuesta provocados en las neuronas sensoriales por estímulos físicos, por el significado que estos estímulos

tengan para el sujeto, su historia individual, aspectos culturales y de aprendizaje, asociados a respuestas perceptuales anteriores, aspectos de atención, grado de ansiedad, etc.

Aproximaciones Psicológicas a la Etiología del Dolor

Dentro de la aproximación psicológica existen dos tendencias importantes que contemplan modelos multidimensionales del dolor: La aproximación conductual y la aproximación cognitiva.

Conductual En la aproximación conductual los modelos de explicación se desprenden del Condicionamiento clásico y el condicionamiento operante.

En el modelo de condicionamiento clásico el dolor crónico es considerado como un antecedente y reacción de hipertensión muscular, sugiriendo que este modelo se aplica a todo tipo de dolor. De esta forma al reducirse el movimiento se supone que se reducirá el dolor, y sucederá todo lo contrario al aumentar la movilidad. La prolongación en el tiempo de esta situación intensifica y elicitó el dolor pudiendo estar asociado con intensidad y depresión (Buendía, 1991). La evidencia clínica de este planteamiento no es satisfactoria de acuerdo con lo citado por Collins, Cohen, Naliboff y Schandlerler (1982) pues al realizarse electromiografías en personas que padecen de dolor crónico se observa un bajo nivel del miograma.

El modelo operante de Fordyce parte del concepto de que el dolor no es directamente observable, diferenciando entre la experiencia privada del dolor y conducta del dolor cuantificable o manifiesta. Este modelo multidimensional se basa en los planteamientos de Loeser, que han sido retomados por Fordyce (cit. en Turk., 1986), en dicho modelo se considera que dentro de la experiencia del dolor hay que distinguir cuatro niveles: 1) Nocicepción, 2) dolor, 3) sufrimiento y 4) conductas de dolor. La nocicepción es una energía térmica o mecánica potencialmente destructiva que actúa sobre terminaciones nerviosas de fibras A delta y C. El segundo nivel es el dolor, definido de acuerdo al modelos, como una experiencia sensorial provocada por la nocicepción, pero considerando que

relación entre nocicepción y dolor no es lineal. El nivel siguiente es el de sufrimiento que constituye la respuesta negativa generada por los centros superiores a nivel sistema nervioso. El último nivel es el que corresponde a las conductas de dolor, las cuales son todo tipo de conductas generadas por el individuo, habitualmente indicativas de nocicepción, que comprenden el habla, la expresión facial, la postura, la búsqueda de atención y asistencia médica y además el consumo de medicamentos (Vlaeyen, Van, Groenman, Schuurman, 1987).

Aproximación Cognitiva

Aquí se considera que los procesos cognitivos son fundamentales en el comportamiento de las personas ante el dolor, la persona no está pasiva ante la situación del dolor, es un ser activo, que selecciona la información que recibe y elabora significados personales en virtud de su sistema de creencias, escala de valores, etc., y todo ello constituye la experiencia subjetiva de tener dolor.

Considerando que según como la persona piense ante una situación dada dependerá el significado afectivo y la solución al problema. En definitiva se observa que los factores cognitivos se combinan o interactúan con factores sensoriales para definir el dolor, observando de que manera la persona afronta psicológicamente el estrés dependiendo de la valoración que haga de las situaciones. Dentro de este marco se considera al dolor como la forma más universal de estrés encontrada en los humanos (Buendía, 1991).

Las estrategias de afrontamiento engloban como una persona actúa ante la situación que se le presenta en este caso ante la situación de dolor, la base de las estrategias de afrontamiento se encuentra en el sistema de creencias del sujeto, que definitivamente ejercen influencia sobre la evaluación cognitiva y las emociones serán la consecuencia de dicha evaluación, por lo que para controlar el estrés la persona deberá aprender a modificar su valoración del medio (Folkman, et al 1986).

Las estrategias eficaces de afrontamiento dependerán de la habilidades personales , por lo que la persona deberá creer que posee y que es capaz de recurrir a ellas cuando las necesita, esto es lo que Bandura (1977) denomina "*Autoeficacia*" y dichas expectativas pueden determinar la cantidad de esfuerzos que se invertirán.

- 3 - Exceso de reposo y disminución de los niveles de actividad, lo cual se agrava con el paso del tiempo
- 4 - Alto consumo de medicamentos, tanto en dosis como en variedad.
- 5 - Alteraciones en el sueño.
- 6 - Cambios en el estado de ánimo e irritabilidad.
- 7 - Con frecuencia se encuentran cuadros depresivos.
- 8 - Problemas económicos como producto de la incapacidad física
- 9 - Poca interacción con familiares y amigos y modificación en la relaciones familiares.

De los problemas antes mencionados algunos son significativos de invalidez y otros corresponden a fenómenos concurrentes, pero todos ellos son factores que contribuyen al mantenimiento de los cuadros de dolor crónico.

Para poder entender al dolor crónico es importante visualizarlo desde una perspectiva multidimensional, donde no solo es necesario considerar el aspecto psicológico, sino también el papel importante que juegan las cogniciones, emociones y conductas, que proporcionan información sobre la manera en que el paciente percibe y evalúa el dolor (Turk, 1986).

Es necesario señalar que la experiencia de dolor puede producirse sin que haya explicación lesional de la misma por lo que el conocimiento más complejo sobre substratos fisiológicos, anatómicos y biológicos será siempre insuficiente para explicar un síndrome clínico tan común como el dolor de espalda (Martin et al., 1993).

1.2. LUMBALGIA CRONICA

La *Lumbalgia crónica* constituye una de las quejas que se presenta con mayor frecuencia, afectado a un gran número de pacientes, según Cailliet (1986) un 80% de la población mundial padece lumbalgia en algún momento de su vida; por su parte Tollison y Kriegel (1989) refieren que 75 millones de americanos padecen lumbalgia, tomando en cuenta esto, por lo menos 8 de cada 10 sujetos, sufren en su vida un episodio de dolor lumbar, 7 millones de personas cada año son nuevos sufridores de dolor de espalda. En lo que respecta a México la *Lumbalgia crónica* ocupan un lugar preponderante dentro de las enfermedades que motivan a la ausencia de trabajo (Aguila, 1984), repercutiendo en la economía del país no solo por la falta de producción, sino también por los altos costos de asistencia médica y tratamientos. Villalobos (1984) refiere que en México se llevó a cabo un estudio epidemiológico en el IMSS en un periodo de 5 años, a partir de 1979, y se encontró que de 80,073 pacientes el 25 % presentó patología lumbar; además cita que las *lumbalgias* representan un 17% de las quejas de los pacientes que acudieron al Departamento de Rehabilitación en 1983. Por su parte Parrilla (1996) señala que la lumbalgia ocupa uno de los primeros cinco lugares de motivo de consulta en los trabajadores de 30 a 50 años de edad, y que la prevalencia del trastorno se sitúa entre el 60 al 80% de la población general menor de 65 años y que motiva un alto número de casos de pensión por invalidez.

La *lumbalgia* es un síndrome doloroso a nivel de la columna vertebral en su región lumbar, que posee un fondo anatómico común y una etiología variada (Garnica, 1985). De acuerdo con Keim (1973) la lumbalgia proviene de trastornos que afectan las vértebras lumbares y el sacro, así el dolor lumbar puede ser originado por algunos trastornos en las estructuras situadas dentro de la columna vertebral o asociada a ella. Existen algunas enfermedades que pueden causar *lumbalgia* como por ejemplo: problemas renales, gástricos, pancreáticos e intestinales.

Las causas pueden ser muy variadas, usualmente el dolor puede ser el resultado de problemas posturales, enfermedades congénitas, traumatismos, infecciones, enfermedades degenerativas, circulatorias o inflamatorias, entre 30 diferentes causas más (Tollison, 1987).

Con frecuencia se trata de una combinación de circunstancias lo que desencadena los cuadros de *lumbalgia*, más que la presencia de un sólo factor (Keim, 1973). Cailliet (1986) señala que intervienen múltiples factores, así por ejemplo, una persona con tensión emocional, ya sea crónica o aguda, no tiene los músculos de la espalda relajados, la tensión y la postura impiden la flexión del cuerpo, por lo que alguna sobrecarga física o bien un traumatismo adicional facilitara la aparición de *lumbalgia* y con ello la presencia de dolor; lo mismo puede ocurrir por realizar algún movimientos brusco o solo el hecho de intentar realizarlo.

Por otro lado la postura de excesivo arqueamiento de espalda ya sea al caminar, al sentarse, al dormir, al trabajar, al levantar cargas pesadas favorece la aparición de lumbalgias (Keim, 1973). Con respecto al riesgo ocupacional, puede citarse a choferes, cargadores, almacenistas y los que realizan actos repetitivos de flexión rotación y extensión, trabajadores de la salud, como enfermeras y en particular todos aquellos relacionados con sobrecargas dinámicas o agudas, resbalones y caídas en posición sedente (Parrilla, 1996).

La *lumbalgia crónica* en la mayoría de las ocasiones provoca limitaciones de la movilidad y de la realización de actividades. La *lumbalgia crónica* no desaparece por completo, pero sí difiere en la mayoría de las veces en cuanto a intensidad, frecuencia, duración y sitios de dolor, dependiendo en muchos de los casos de las actividades que realiza la persona, así como también influyen las posturas que adquiere, por lo que es importante señalar que en la *lumbalgia* existen algunas posiciones o movimientos que tienden a agravar los cuadros de dolor

Si bien son variadas las causas que originan el dolor de espalda crónico, las causas mecánicas y

posturales, de acuerdo con lo citado por Cailliet (1986) y Garnica (1985) representa el origen más común de los padecimientos lumbares.

Tollison (1987) señala que algunos aspectos psicológicos que pueden desencadenar lumbalgia son: ansiedad, depresión, frustración, estrés; pero en la mayoría de los casos en lugar de provocarlos pueden aparecer dichos aspectos psicológicos como resultado de un prolongado periodo de dolor o bien pueden aparecer concurrentemente con el dolor.

La diversidad de causas y la dificultad de diagnosticar la lumbalgia, debido a que un examen físico de columna es poco accesible y que hay una relación poco clara entre signos y síntomas, tiende a producir frustración por parte del personal médico (Keefe y Gill, 1985). Los cuadros de dolor lumbar crónico obligan a modificaciones radicales y permanentes en los estilos de vida y las perspectivas de los pacientes de que su situación evolucione en un sentido positivo cada vez son más escasas (Penzo, 1989).

Follick, Arhern y Laser-Wolston (1984) señalan que se ha calculado que el paciente con *lumbalgia crónica*, permanece inactivo el 30% de su tiempo en vigilia y dedica un promedio de tres horas diarias a la realización de actividades dirigidas al alivio, a la asistencia y a los cuidados relacionados con el dolor.

Otro problema frecuente son las alteraciones en el sueño, pues se presentan problemas para conciliarlo o en ocasiones el dolor es tan fuerte o se aumenta con el permanecer mucho tiempo en una sola posición que quien lo padece tiene que despertarse y por lo tanto las horas de sueño se ven disminuidas, algo que también afecta es el reposo excesivo y la inactividad del sujeto (Williams, 1988).

Por otro lado la misma sensación de fracaso que experimenta el personal médico es percibida por el paciente produciéndole repercusiones emocionales graves. En algunos casos la problemática que implica atender cuadros de dolor crónico como la lumbalgia, conduce a los profesionales de la salud a afirmar o darle a entender al paciente que su dolor no es real (Martín et al, 1993), dicha situación

provoca cierta confusión, pesimismo o enojo en el paciente , por lo que en algunos momentos llega a dudar de la ayuda que puede proporcionarle la medicina (Cailliet, 1986) Los individuos que sufren varios años de dolor son restringidos de sus empleos, en la mayoría de los casos incapaces de volver a laborar, además ingieren una alta cantidad y variedad de medicamentos que en la mayoría de las ocasiones resultan ineficaces, todo eso favorece a que experimenten desajustes emocionales, que definitivamente resultan estresantes y desgastantes , tanto en el aspecto físico como en el psicológico, por lo que la calidad de vida de las personas que sufren dolor crónico se ve afectada seriamente (Linton, 1993).

Considerando que la lumbalgia crónica es un problema de salud que repercute en el aspecto físico y psicológico de quien lo sufre, la evaluación que se realice del dolor debe contemplar ambos aspectos, por lo que requiere de un enfoque multidisciplinario, donde se realice no solo una evaluación médica, para considerar aspectos anatómicos y funcionales, sino que también se requiere de una evaluación psicológica, en la que se tomen a consideración las cogniciones, emociones y conductas que presenta el paciente.

De acuerdo con Paele y Saavedra (1990) el primer objetivo de la evaluación psicológica del paciente con dolor crónico es determinar en forma precisa si factores conductuales y psicológicos se encuentran asociados a cuadros dolorosos. En una etapa siguiente tomando en cuenta la evaluación se determinará el tratamiento psicológico apropiado, que contribuya al manejo del dolor.

Es importante preparar al paciente para la evaluación psicológica, explicándole que dicha evaluación es necesaria, no porque se piense que su dolor no es real, sino por el hecho de que el dolor crónico afecta negativamente sus actividades, ánimo y relaciones interpersonales. lo cual interfiere con el tratamiento.

Dentro de la evaluación psicológica, la evaluación cognitiva que el paciente realiza con respecto a su dolor, es un factor determinante y fundamental, pues es la forma en que el paciente asimila su dolor y lo que piensa respecto a dicha situación, todo lo anterior facilita la comprensión y manejo de cuadro de dolor.

1.3. EVALUACION COGNITIVA DEL DOLOR.

Partiendo de una aproximación cognitiva para entender al dolor, considerándolo como una fuente importante de estrés y tomando en cuenta que es esencialmente una experiencia subjetiva, para conocer sobre el dolor de una persona hay que pedirle a ella que lo describa (Williams, 1988) o bien observar su conducta (Turk, 1986).

Lazarus y Folkman (1984) señalan que la evaluación cognitiva es la forma en que una persona percibe las cosas y constituye un proceso que determinará las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo. La evaluación cognitiva refleja una particular y cambiante relación que se establece entre el individuo con determinadas características como valores, compromisos, creencias, estilos de pensamiento y percepción; y el entorno cuyas características deben percibirse o interpretarse. La evaluación de una situación requiere de una actividad mental en la que se incluye un proceso de enjuiciamiento, discriminación y elección, la mayoría de las veces esta evaluación se basa en la experiencia personal pasada. La evaluación es considerada como un determinante cognitivo de la emoción, se trata de un proceso rápido e intuitivo que ocurre en forma automática. Así pues la respuesta emocional y conductual que un sujeto desarrolle ante una situación depende de como analiza el hecho o situación en específico. El proceso evaluativo hace referencia a las repercusiones y consecuencias de un hecho.

Melzack (1984) señala que las investigaciones realizadas por Roskies & Lazarus (1980) y por Bandura (1977), demuestran como la forma en que una persona afronta psicológicamente una situación de estrés, como el dolor, depende de su evaluación, que definitivamente es un proceso dinámico que cambia de acuerdo con la percepción anticipada de la persona con respecto a las consecuencias de un evento. Además refiere que varios teóricos cognitivos están de acuerdo con que un sistema de creencias influye en la evaluación cognitiva y que a su vez, la evaluación cognitiva es el origen de la emoción.

De acuerdo con lo señalado por Lazarus y Folkman (1984) existen tres clases de evaluación cognitiva: 1) Evaluación primaria, 2) evaluación secundaria y 3) reevaluación.

La evaluación primaria consiste en la valoración de la situación como irrelevante, positiva, estresante. Los valores de una situación como estresante pueden tomar tres formas: a) daño o pérdida, b) amenaza y c) desafío. Se considera como daño o pérdida cuando un individuo ha recibido ya un perjuicio, como una lesión o una enfermedad incapacitante, la amenaza se refiere a aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero que se prevén. El desafío se refiere a una situación contraria a la amenaza que implica un proceso de adaptación.

La evaluación secundaria es la valoración relativa de lo que se debe o puede hacerse. La reevaluación constituye un cambio efectuado en una evaluación previa, a partir de nueva información recibida por el individuo en función del entorno. Los procesos de evaluación cognitiva no son necesariamente conscientes y también pueden ser determinados por datos de los cuales el individuo no tiene conciencia.

Tollison (1989) afirma que la evaluación del dolor crónico de espalda debería no solo basarse en la inspección física, sino también incluir la evaluación de las respuestas: 1) Cognitivo-verbales, 2) conductas motoras y 3) respuestas psicofisiológicas.

La evaluación cognitivo verbal requiere de varias mediciones de auto-reportes, que son utilizados para evaluar respuestas afectivas, percepción del dolor y/o distorsiones cognitivas de los pacientes. Para evaluar las conductas motoras se utiliza la observación directa, automonitoreo y auto-reportes de incapacidad de funcionalidad. En cuanto a la evaluación de respuestas psicofisiológicas se recomienda la utilización de electromiografías, ya que representan una evidencia objetiva de la experiencia del dolor. Para conocer de que manera el paciente evalúa el dolor es necesario considerar las actividades diarias que realiza, cuales son las que se le dificulta realizar a causa del dolor y cuales son las

actividades que definitivamente ya no realiza. También es importante identificar cuales son los eventos que contribuyen a la exacerbación del dolor y de igual forma se requiere conocer el grado en el cual el paciente experimenta disturbios afectivos (Penzo, 1989)

El reporte del dolor que hace el paciente es el resultado final de un proceso cognitivo (Turk, 1986) y de acuerdo con Laswon, Reesor, Keefe, Turner, (1990) la actividad cognitiva de los pacientes con dolor crónico contribuye a la exacerbación mantenimiento y atenuación del dolor, dependiendo del tipo de actividad cognitiva realizada. Por su parte Smith, Follick, Ahern, Adams, (1986) comprobaron en personas que padecían dolor de espalda crónico, que sus distorsiones cognitivas estaban altamente correlacionadas con algunos aspectos de incapacidad, severidad, número de tratamientos y depresión, encontrando que el error cognitivo más relacionado con la incapacidad es la sobregeneralización.

Lefebvre (1981) también resalta la importancia de las distorsiones cognitivas en los pacientes con lumbalgia crónica, empleo el Cuestionario de Errores cognitivos para pacientes con dolor lumbar y el inventario de Depresión de Beck, encontrando una correlación consistente entre los errores cognitivos u la presencia de depresión, observando que las distorsiones cognitivas más frecuentes en los pacientes lumbalgicos fueron personalización, sobregeneralización y abstracción selectiva. Leavitt, Garron, (1980) detectaron disturbios psicológicos en pacientes con dolor lumbar y realizó una clasificación basándose en el MMPL. Por su parte Ducko, Margolis, Tait, (1985) señalan que la evaluación cognitiva de los pacientes con dolor crónico es un aspecto importante en el manejo del dolor, pero se ha observado que al realizar la evaluación del dolor los pacientes presentan disturbios cognitivos, afectivos y conductuales los cuales favorecen al mantenimiento del dolor y no permiten que el paciente observe mejoras. Slater (1991) refiere que el esquema cognitivos del paciente es fundamental y requiere ser conocido, para lograr el manejo del dolor, sin embargo son pocos los instrumentos que permiten evaluar creencias y conductas del paciente respecto al dolor.

1.3.1 MEDICION DEL DOLOR

Para evaluar el dolor la intensidad es la dimensión más sobresalientes y sin duda se han empleado una variedad de procedimientos para medirla (Paeile y Saavedra, 1990). Los instrumentos para medir el dolor se pueden dividir en dos rubros aquellos que se basan en el auto-reporte del dolor -Métodos subjetivos- y aquellos basados en la observación directa del dolor -Métodos objetivos-. Entre los más frecuentemente usados están las escalas de intensidad del dolor que se engloban de acuerdo con Paeile y Saavedra (1990) y Penzo (1989) como sigue:

1) Escalas de categoría verbal .- Las escalas verbales o descriptores consisten en una serie de palabras, habitualmente 5 ó 7, dispuestas en orden creciente o decreciente de intensidad, en las cuales el paciente tiene que indicar que palabra corresponde a la estimación de su dolor. De acuerdo con Penzo (1989) estos términos pueden ser: Nada- Poco- Bastante- Mucho, o bien de forma más específica como Ausente- Ligero- Moderado- Fuerte- Insoportable. Se considera que las ventajas que tienen son que resultan simples, fáciles de usar y comprender y de bajo costo; pero su principal desventaja es que miden solo una dimensión del dolor: la intensidad (Paeile y Saavedra, 1990).

2) Escalas de categoría numérica .- En dicha escala el paciente efectúa una estimación de su dolor eligiendo un número entre 0 y "n", donde "n" puede tomar valores de: 5, 10 ó 100; es frecuente que se cualifiquen los extremos, otorgándose comúnmente al 0 los adjetivos: "nada" o "ausencia de dolor" y en el extremo opuesto "un dolor incapacitante" "un dolor insoportable", "el dolor más intenso que se ha experimentado", entre otros descriptores. Penzo (1989) señala que la mayoría de los protocolos para el estudio del dolor, por ejemplo los registros diarios del dolor, incluyen algún tipo de escala numérica. Un ejemplo de la escala numérica es la de Budzynski, Stoyva, Alder, Mullaney, (1973) en la cual para cada número o nivel de estimación se proporciona una explicación en términos de hechos observables en forma bastante objetiva, ya que dicha descripción corresponde a aspectos de

incapacidad o interferencia con las actividades habituales.

3) Escalas análogas visuales. - Consisten en una línea horizontal o vertical, generalmente de 10 cm. de largo. Sus extremos están claramente delimitados por una marca que expresa sin dolor y en el otro extremo el dolor más fuerte o el peor dolor experimentado. Este método requiere que el paciente marque un punto en la línea que refleje la cantidad de dolor que experimenta en ese momento. Autores como Choniere, Melzack, Girard, Rondrau, Paquin, (1990) han empleado este tipo de escala para evaluar el índice de incapacidad que proporciona el dolor en quienes lo padecen, sin embargo Carlsson (cit. en Penzo, 1989) señala que ese tipo de escalas tienen una limitación importante, pues en muchas ocasiones muchas personas tienen dificultad para comprender la instrucción y se confunden al tratar de discriminar.

4) Escalas de categoría gráfica. - son escalas análogas visuales modificadas, en las cuales se ha incorporado un descriptor verbal o numérico, debajo o a un costado de la línea. El principal inconveniente de estas escalas es que su distribución puede no ser uniforme, su ventaja puede ser una mejor comprensión por parte de las personas (Paeile y Saavedra, 1990)

Dentro de los métodos que sirven para evaluar las cualidades del dolor se encuentran los cuestionarios que tienen por objetivos sistematizar lo que habitualmente se pregunta en la entrevista clínica para evaluar el dolor y recabar información sobre estados afectivos o las habilidades sociales (Penzo, 1989).

El Cuestionario de dolor de Mc Gill fue diseñado para medir múltiples dimensiones de la experiencia de dolor, fue elaborado por Melzack y Torgerson (cit. en Turk, 1986). El cuestionario consta de 20 descriptores verbales, los pacientes examinan cada categoría y eligen el descriptor que corresponda a su apreciación subjetiva del dolor (Turk, 1985; Ducko, 1985).

Martín et al. (1993b) proponen el empleo del Cuestionario para el estudio del dolor GEMAT-02, como instrumento de evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico y que identifica los factores psicológicos que intervienen de forma negativa en el dolor crónico y además ofrece criterios para tomar la decisión de cuales pacientes requieren atención psicológica especializada. Es importante señalar que otro aspecto que proporciona información respecto a la evaluación cognitiva del paciente con dolor crónico son las conductas de dolor. Las conductas de dolor son manifestaciones observables y mensurables del dolor, ellas pueden definirse como los métodos por lo cuales el dolor o la enfermedad son comunicados a los demás, constituyen el papel central de la teoría de Fordyce (Vlaeyen et al., 1987).

Según Fordyce (1983) existen dos tipos de conductas dolorosa, la respondiente o refleja y la operante o aprendida. La primera depende del condicionamiento clásico, es una respuesta incondicional ante un estímulo. La segunda es un proceso aprendido que está siendo controlado directamente por un refuerzo contingente, lo que sugiere que las conductas de dolor primero son respondientes y posteriormente se hacen operantes, donde la perpetuación de las conductas se hace debido a que el paciente recibe situaciones deseables o positivas como por ejemplo: más atención, compensación financiera, o prolongación de licencias de trabajo, etc., (Paeile y Saavedra, 1990).

La clasificación de Fordyce (cit. En Penzo, 1989) considera las siguientes categorías de conductas de dolor:

- a) **No verbales** : suspiros, gemidos, contracciones, adopción de posturas compensatorias, movimientos cautelosos, etc.
- b) **Informes verbales del dolor**: descripción de características tales como intensidad, localización y cualidades del dolor.
- c) **Petición de ayuda en relación con el dolor**: petición de fármacos, de aplicación de calor, de masajes, de asistencia médica o de ser eximidos de alguna tarea.

d) Limitación funcional o restricción de movimientos relacionados con el dolor: guardar reposo, interrupciones momentáneas o duraderas de la actividad habitual.

Se deben considerar a las conductas de dolor como expresiones funcionales del dolor, ellas nos brindan la información sobre la intensidad, localización, dinámica del dolor; pero también nos comunican sobre las necesidades, creencias y actitudes del paciente (Martin et al., 1993)

Una medición clínica puede hacerse cuantificando la conducta dolorosa, entre las actividades que comúnmente se miden están: actividad del paciente, como por ejemplo, cambios de posturas y actividades diarias, medición de la cantidad de tiempo que permanece de pie, sentado, reclinado; patrones de sueño; actividad sexual; desempeño de tareas específicas como subir escaleras; consumo o demanda de medicamentos; ingesta de medicamentos; actividades caseras como: jardinería, preparación de alimentos; participación en actividades recreativas (cit. en Pacile y Saavedra, 1990).

Keefe et al. (1986) desarrollaron un sistema codificado para la observación de cinco conductas dolorosas en pacientes con lumbalgia: muecas, frotos, movimientos protectores, suspiros, etc., que ocurren bajo condiciones de movimiento dinámico y estático. La frecuencia de conducta dolorosa da un puntaje total que tiene una buena correlación con las mediciones subjetivas de dolor.

Para conocer la evaluación cognitiva del dolor, no solo pueden emplearse mediciones subjetivas y objetivas del dolor sino que también se puede conocer al evaluar las estrategias de afrontamiento que utilizan los sufridores de dolor, pues dichas estrategias están muy correlacionadas con la evaluación de la intensidad del dolor (Laswon et al., 1990). De igual forma Crisson y Keefe (1988) utilizaron un cuestionario de estrategias de afrontamiento y mediciones subjetivas del dolor y correlacionaron altamente las dos mediciones, concluyendo que la manera en que afrontan los pacientes depende directamente de la manera en que evalúan el dolor

1.4 MODERADORES PSICOLOGICOS QUE INTERVIENEN EN LA EVALUACION

Como anteriormente se mencionó la importancia de la evaluación que el paciente realice del dolor, la mayoría de las ocasiones, contribuye al mantenimiento y exacerbación de los cuadros del dolor. En la evaluación del dolor como respuesta al estrés hay características psicológicas que actúan como moderadores, entre ellas están: extroversión-introversión, neuroticismo, conducta tipo A, Locus de control y personalidad "fuerte" (Sutherland, 1990).

Las teorías cognitivas argumenta que en la evaluación las creencias son determinantes para el ajuste del estrés, por lo que algunos investigadores como Jensen, y Karoly, (1992) examinaron la relación que existe entre las creencias de los pacientes con dolor crónico y su ajuste al dolor, observando que las creencias sobre las causas de su dolor pueden influir en la forma que lo atienden y por otro lado la confianza en sus propias habilidades de control puede influir sobre sus estrategias de afrontamiento, así mismo las creencias de control tienen un impacto importante en el estado de ánimo de los pacientes y su bienestar.

Las creencias o configuraciones cognitivas de la persona determinan la forma en que percibe y evalúa las situaciones (Lazarus y Folkman, 1984); por lo que considerando lo anterior las creencias de los pacientes con dolor lumbar deben repercutir en la forma en que evalúan o perciben su dolor.

Las creencias sobre el control personal tiene mucho que ver con la sensación de dominio y de confianza; así pues hablar de dolor como experiencia generalizada es hablar de una disposición estable de la personalidad. Una creencia general de control incluye un grado en que el individuo puede controlar los acontecimientos y las situaciones (Lazarus y Folkman, 1984).

1.4.1 LOCUS DE CONTROL

La formulación mejor conocida sobre las creencias de control es el concepto de Rotter de *Locus de control* (Sutherland, 1990) que está basada en la teoría interaccionista del aprendizaje social, que establece que el reforzamiento actúa creando una expectativa de que dicho reforzamiento procederá a una conducta o evento particular en situaciones futuras. Rotter establece que el individuo aprende del medio ambiente a través del modelamiento, las experiencias pasadas y el reforzamiento de ciertas conductas las cuales tendrán un efecto sobre las expectativas y eventualmente las expectativas guiarán la conducta.

Para Rotter (Karoly, 1985) el concepto de *Locus de control* implica la creencia que un individuo tiene respecto a quien o que factores controlan su vida. El Locus de control tiene dos dimensiones: internalidad y externalidad.

El *Locus de control interno* se refiere a la creencia de que los acontecimientos son contingentes con la conducta de uno y el *Locus de control externo* se refiere a la creencia de que estos no son contingentes con la conducta del individuo, sino que dependen de otros factores como la suerte, la casualidad, el poder de los demás, el destino (cit. en Lazarus y Folkman, 1984).

Aplicando los principios de percepción de control a las diferentes situaciones, puede suponerse que un individuo con Locus de control interno evaluará a la situación como controlable a diferencia del individuo con Locus de control externo que muy probablemente evaluará a la situación como fuera de su control (Steptoe, 1989).

De acuerdo con la literatura Crisson y cols. (1988) señalan que las personas que padecen dolor crónico y tiene un Locus de control interno, creen que lo que hace muy posiblemente afecta el curso de su dolor, y sus esfuerzos están encaminados a producir una reducción del mismo, estos individuos desarrollan estrategias de afrontamiento activas para minimizar, tolerar y reducir el dolor; en cambio las

personas con Locus de control externo emplean otro tipo de estrategias, consideradas pasivas, pues creen que el curso futuro de su padecimiento depende directamente de la intervención de los médicos y además atribuyen en gran parte su dolor al destino o a la suerte.

Buckelew, Shotty, Hewett, Landon, Morrow, Frank, (1990) refieren que en las personas que predomina el *Locus de control externo*, pueden encontrarse dos estilos atribucionales. Unos que atribuyen solamente a la suerte y al destino y otros que consideran que los hechos dependen del poder de otros. Observándose que quienes atribuyen solamente a la suerte y al destino utilizan estrategias de afrontamiento ineficaces, y permanecen pasivos, en comparación con quienes combinan el estilo atribucional interno y el externo, en lo que respecta al poder de otros, y siguen estrictamente el régimen terapéutico sugerido por el médico.

Algunos investigadores como Crisson y cols. (1989) se han interesado en investigar el Locus de control de los pacientes con dolor lumbar crónico para observar de qué forma la percepción de control se relaciona con la experiencia de dolor y el estrés psicológico que experimentan, encontrando que aquellas personas con un Locus de control externo, que se orientaba más a atribuir las cosas al destino o a la suerte, reportaban depresión, ansiedad, síntomas obsesivo-compulsivos y tenían altos niveles de estrés psicológico, reportando además incapacidad y un bajo nivel de actividad; además de que un análisis correlacional revela que presentan Locus de control externo tiende a emplear estrategias de afrontamiento maladaptativas y sus habilidades para reducir el dolor son escasas.

Toomey, Mann, Abashian, Carniker, Jeanne, (1991) en pacientes con dolor crónico observaron una asociación entre habilidades de control del dolor y variación en la magnitud y periodicidad del mismo, concluyendo que a medida que aumenta la percepción de control personal sobre el dolor se produce una reducción en la intensidad y frecuencia del dolor, por lo que la percepción de control del dolor afecta de forma importante a la percepción del dolor.

Al parecer muchos pacientes con dolor crónico muestran características de incapacidad aprendida, o inutilidad aprendida como resultado de experiencias en las que se evalúa la dolor como incontrolable y el estrés que genera la persistencia de dicho dolor (Stephoe, 1989).

Harkapaa, Jaivkoki, Mellin, Hurri, (1991) investigaron la relación entre características de la enfermedad, *distrés* psicológico, creencias de control y resultados del tratamiento en pacientes con *lumbalgia crónica*, encontrando que las creencias de control fueron asociadas con un resultado exitoso del tratamiento, los pacientes con Locus de control interno, siguieron el tratamiento, aprendieron más rápido los ejercicios y lo practicaban en casa más frecuentemente y presentaron menos *distrés* psicológico. Los mismos autores señalan que los pacientes con predominio interno consumían menor cantidad de fármacos para el control del dolor y practicaban ejercicios de relajación, a diferencia de los pacientes con predominio externo que consumían un alto índice de fármacos para el control del dolor.

Buckelew et al. (1990) evaluaron el Locus de control de sufridores de *lumbalgia* considerando las diferencias de género y correlacionándolo con el ajuste y persistencia del dolor, encontrando que los pacientes con *Locus de control externo* reportaban una intensidad más alta del dolor en comparación de los que tenían un Locus de control interno y observando además que en los pacientes de género masculino se presenta una mayor incidencia de Locus de control externo en comparación con los pacientes con de género femenino.

Jensen, Turner, Romano, Karoly, (1991) citan en algunas investigaciones que se han realizado para observar la relación entre las creencias de control y evaluación del dolor encontrando que hay una correlación significativa entre los altos niveles de percepción de control y bajos niveles de percepción de la intensidad el dolor. Y además sugiere que hay una fuerte correlación entre el Locus de control y los esfuerzos de los pacientes por afrontar el dolor.

Para evaluar el *Locus de control* en la mayoría de las investigaciones se ha utilizado la Escala de Locus de control en Salud de Wallston y Wallston (1981), realizando algunas adaptaciones dependiendo del padecimiento. La escala mide tres dimensiones de la percepción de control, una de ellas evalúa el Locus de control interno, las otras dos percepciones de control en salud son fuentes externas, por ejemplo la suerte o el poder de otros.

Las investigaciones que se han realizado para relacionar el *Locus de control* de los pacientes con dolor lumbar crónico con variables como estrés psicológico, estrategias de afrontamiento, mejoría, percepción de incapacidad, entre otras, de alguna forma permiten conocer la evaluación cognitiva que el paciente realiza de su dolor.

1.4.2 PERCEPCION DE AUTOEFICACIA

Otro de los moderadores psicológicos que influye en la evaluación cognitiva es la percepción de *Autoeficacia*. Según Bandura (1977) la *Autoeficacia* es la convicción que un individuo tiene de que puede ejecutar exitosamente una conducta requerida, por lo que una expectativa de *Autoeficacia* es un juicio sobre la propia habilidad para ejecutar algún patrón de conducta. La importancia de la eficacia percibida radica en que se ha encontrado que la experiencia de resultados incontrolables reduce la velocidad y persistencia de la ejecución y además incrementa los estados de ánimo negativos, ya que cuando la gente fracasa repetitivamente en sus esfuerzos no solamente altera su punto de vista entre acciones y resultados, sino que también disminuye su autoeficacia juzgada, pues la *Autoeficacia* percibida al igual que el Locus de control se convierten en predictores de la conducta (Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice, Jacobs, Rogers, 1982).

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984) las expectativas de autoeficacia forman parte de la evaluación cognitiva secundaria, influyendo sobre el afrontamiento, afectando el deseo de persistir en el empeño de afrontar los obstáculos y las experiencias que les son aversivas. Cuando las expectativas de éxito aumentan y el individuo juzga sus recursos más adecuados para satisfacer las demandas que le presenta la situación, su relación pasa a ser evaluada como más controlable y por consiguiente como menos amenazante. Entre más alta sea la eficacia percibida mayor será la persistencia de los sujetos, en tanto que las bajas expectativas de autoeficacia se correlacionan altamente con la pasividad del sujeto (Bandura, Ciolli, Taylor, Brouillard, 1988).

De acuerdo con Bandura (1977) las expectativas de autoeficacia pueden variar en diferentes dimensiones las cuales tienen implicaciones importantes en la ejecución: **1) Magnitud** - Se refiere al nivel de dificultad de una tarea determinada, variando desde las que se evalúan como simples hasta las que se evalúan como difíciles o compleja. **2) Generalidad** - es el grado en que una expectativa dada

crea expectativas circunscritas o generales. Y finalmente **3) Fuerza o intensidad** - refiere que a mayor fuerza de expectativas de control mayor perseverancia en los esfuerzos.

Dolce (1987) señala que la percepción de *Autoeficacia* está asociada con el nivel de funcionamiento del paciente con dolor crónico y sus respuestas al tratamiento, por lo que los pacientes que se perciben como incapaces de realizar acciones para su rehabilitación no ejecutan acciones encaminadas a su mejoría; en contraste, los pacientes con alta creencia de autoeficacia se muestran más activos con respecto al tratamiento. Así las creencias de baja eficacia personal, aparecen como una barrera cognitiva que el mismo paciente se coloca, por lo que considerando la teoría de la Autoeficacia se contribuye a la comprensión y manejo del dolor crónico.

Algunos autores como Litt (1988) han encontrado que la *Autoeficacia* y la percepción de control actúan como moderadores cognitivos para la tolerancia al dolor. Señalando además que los cambios en las expectativas de *Autoeficacia* predicen cambio en la tolerancia al dolor, todo lo anterior se encontró produciendo dolor en situación experimental

Dolce et al. (1986) observaron en pacientes con dolor crónico que la *Autoeficacia* y la habilidad para realizar los ejercicios terapéuticos incrementaba con el curso de un programa de tratamiento conductual para el manejo del dolor, y confirmando que aquellos que tenían una alta creencia de autoeficacia incrementaban su participación en el tratamiento realizando los ejercicios físicos y disminuyendo el consumo de medicamentos.

Por su parte Council et al (1988) observaron en pacientes con *lumbalgia crónica* que la *Autoeficacia* se relacionaba con la habilidad para ejecutar movimientos, pues a medida que aumentaba la percepción de autoeficacia se observaba mayor movilidad en los sujetos al realizar sus ejercicios terapéuticos y presentaban menos conductas de dolor al momento de realizarlos.

Kores, Murphy, Rosenthal, Elias, North, (1990) evaluaron en pacientes con dolor crónico su percepción de habilidad para ejecutar cinco actividades, durante el tratamiento multidisciplinario para el manejo del dolor y observaron que la *Autoeficacia* se asociaba positivamente con la tolerancia al dolor y que aquellos sujetos que durante las semanas de tratamiento en las escalas presentaron altos puntajes de *Autoeficacia* reportaron mas mejoría y menor consumo de fármacos, que los que tenían bajos puntajes de *Autoeficacia*, y además en el postratamiento de 3 y 11 meses la mejoría se mantuvo.

La *Autoeficacia* también parece estar muy relacionada con las estrategias de afrontamiento de los sujetos y su ajuste al dolor. Jensen y Karoly (1992) observaron que en los pacientes con dolor crónico su auto-reporte de capacidades a realizar estaba muy relacionado con las estrategias que utilizaban para afrontar el dolor y la intensidad con la que lo evaluaron.

Blalock (1989) encontraron en pacientes con dolor crónico que las creencias de autoeficacia se asociaban positivamente con autoestima y habilidad para ejecutar actividades de la vida diaria y negativamente con depresión.

Jensen (1991) señala que las investigaciones sobre creencias de *Autoeficacia* proveen una fuerte evidencia de la relación que este moderador psicológico tiene con el afrontamiento y evaluación del dolor, por lo que las creencias de *Autoeficacia* se asocian con el funcionamiento psicológico, y de alguna forma predice los cambios en el tratamiento y el ajuste al dolor crónico

Rosenstock, Strecher, Becker, (1988) señala que si bien el *Locus de control* y la percepción de *Autoeficacia* no se refieren a lo mismo, ambos forman parte del concepto generalizado del sí mismo, por su parte el *Locus de control* se refiere a expectativas de resultado y la percepción de autoeficacia se refiere a expectativas de ejecución, estos dos constructos se combinan y forman cuatro clasificaciones, al considerar que el *Locus de control* tiene dos dimensiones: interno y externo y la *Autoeficacia* a su vez tiene dos dimensiones: alta y baja. Las combinaciones serán por lo tanto *Locus de control* interno y *alta*

Autoeficacia; Locus de control externo y alta Autoeficacia; Locus de control interno y baja Autoeficacia; Locus de control externo y baja autoeficacia. De las cuatro combinaciones se sugiere que los que son internos y tienen alta percepción de Autoeficacia obtienen mejores resultados en comparación con quienes tienen baja percepción de Autoeficacia y Locus de control externo

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

De acuerdo con lo citado por Lazarus y Folkman (1984) entre los factores más importantes que influyen en la evaluación cognitiva están las creencias de control y *Autoeficacia* y considerando que investigaciones como la de Buckelew (1990) que trabaja con sufridores de dolor lumbar se encontró que el *Locus de control* se correlaciona con el ajuste al dolor; y por su parte Hårkäpää y cols. (1991) evaluaron *Locus de control* de personas con dolor lumbar y encontraron que el *Locus de control* puede ser un predictor de resultados del tratamiento, observando que quienes tienen un *Locus de control* interno fueron más adherentes al tratamiento, aprendieron los ejercicios físicos y mejoraron más en comparación con los que tiene creencias de control externo. Y por su parte Crisson y cols. (1988) encontraron que el *Locus de control* se vincula con el estrés y las cogniciones; por lo que el *Locus de control* de los pacientes con lumbalgia crónica es importante en el proceso de evaluación y ajuste al dolor. Por su parte Dolce (1987) señala que la *Autoeficacia* que perciben los sujetos se correlaciona en forma positiva con su tolerancia al dolor. Englobando entonces a los moderadores psicológicos: *Locus de control* y *Autoeficacia*, Litt (1988) encontró que estas variables actúan como mediadores cognitivos en la tolerancia al dolor producido en forma experimental en el laboratorio. Partiendo de todo lo anterior, para conocer de que manera influyen dichos moderadores en el dolor y tomando en cuenta que la *lumbalgia* es un padecimiento crónico donde el dolor es un síntoma importante y la evaluación cognitiva del paciente influye en la forma en que participa en el tratamiento, se considera importante conocer de que manera el *Locus de control* y la percepción de *Autoeficacia* influyen en la evaluación del dolor que realizan los pacientes de con *lumbalgia crónica* de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte (U.M.F.R.R.N.) del IMSS

2. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION

2.1 UBICACION GEOGRAFICA

La Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte se encuentra ubicada en Avenida Instituto Politécnico Nacional No. 1525 Colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero, Código Postal 07760 del Distrito Federal. Ocupa un terreno de 13, 000 m2.

2.2 ANTECEDENTES

La Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte, comenzó a proporcionar servicio el 25 de Abril de 1978 y fue inaugurada el 18 de Junio de 1978, su finalidad es proporcionar atención especializada en Medicina de Rehabilitación a la población derechohabiente de la zona norte. La atención inicial se proporciono por personal de la Unidad de Rehabilitación de Tlatelolco, el cual fue incrementando con el tiempo así como el recurso material, a la fecha de su inauguración oficial se encontraba funcionando a toda su capacidad (UMFRRN, 1995).

Actualmente la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte se encuentra catalogada como un centro de tercer nivel de especialidad, habiéndose caracterizado por el alto nivel de eficiencia asistencia e investigación. La atención en Medicina de Rehabilitación es un precepto legal contenido en el artículo 63 de la Ley del Seguro Social y en artículo 478 de la Ley Federal del Trabajo, emanados de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos y plasmados en el derecho de la salud de todos los mexicanos. Dentro del marco conceptual de la Subdirección General Médica, la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte, depende normativamente de la Subjefatura de Rehabilitación de la Jefatura de Atención Médica y operativamente de la Jefatura de los servicio Médicos de la Delegación I Noroeste del Distrito Federal (IMSS, 1984)

Las políticas de la Unidad de Medicina Física de la Región Norte son las emanadas de la Subdirección General Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, que se pueden resumir en la coordinación y fortalecimiento de las operaciones de los servicios de las unidades Médicas para lograr la eficiencia en el otorgamiento de la atención médica dentro del marco de racionalización y optimización de los recursos, todo ello con el objeto de abatir secuelas y minusvalías en la población derechohabiente, así como coadyuvar a mejorar la calidad de vida de la comunidad a la que se sirve.

2.3 TIPO DE SERVICIOS QUE PRESTA A LA COMUNIDAD

La Unidad de Medicina Física de la Región Norte atiende a los derechohabientes de adscritos a todas las Unidades de Medicina Familiar y Hospitales Generales de Zona de la Delegación 1 Noroeste, del Distrito Federal que requieren atención especializada de Rehabilitación, así como a los derechohabientes remitidos de los Hospitales de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes y Magdalena de la Salinas y los adscritos a las Unidades de Medicina Familiar y Hospitales Generales de Zona de las Subdelegaciones del Estado de México: Ecatepec, Tlanepantla y Naucalpan.

Con los servicios de Medicina Física se puede lograr la reincorporación o readaptación a su trabajo de la gran mayoría de asegurados con secuelas de enfermedad o de accidente.

Los servicios de Medicina Física constan fundamentalmente de 3 áreas:

1.- Área médica, en la que se establece el diagnóstico y el pronóstico, se prescriben los tratamientos y se controla la evolución del mismo y se da de alta a los pacientes.

2.- Área de terapia física con tres divisiones:

a) Electroterapia (infrarrojos, ultravioleta, diatermia, ultrasonido, estimulación, corrientes diadinámicas, etc.)

b) Hidroterapia (baños de remolino, tina de Hubbard, tanque de parafina, tanque terapéutico).

c) Mecanoterapia (gimnasio terapéutico), que comprende rampas, paralelas, bicicletas, escaleras, remos, poleas, mesas de Elgin, etc.

3.- Area de terapia ocupacional, con las siguientes subdivisiones:

a) Actividades de la vida diaria: alimentación, aseo personal, vestido.

b) Terapia ocupacional funcional para recuperar las funciones limitadas.

c) Terapia ocupacional recreativa.

d) Terapia ocupacional laboral.

e) Terapia ocupacional psiquiátrica

También se proporcionan servicios de terapia de lenguaje y ajuste psicológico, realizando primeramente una evaluación del aspecto emocional, considerando que cuando se presenta algún desajuste físico tiene repercusiones en el ámbito psicológico, se proporciona entonces a pacientes en rehabilitación terapia de apoyo.

La unidad también cuenta con el servicio de Taller de Adiestramiento en Actividades Múltiples, es donde se valora, capacita a los pacientes en proceso de rehabilitación para la reintegración laboral.

Dentro de los programas que se manejan dentro de la unidad se encuentra el Programa de Higiene de Columna, tomando en cuenta que entre la población que asiste a la unidad la lumbalgia es un padecimiento frecuente y que en su mayoría su origen es mecanopostural. El propósito del programa es proporcionar una oportunidad a los pacientes con dolor lumbar, para la reeducación física y supervisión de los ejercicios recomendados, induciéndoles al autocuidado.

La Unidad cuenta también con el Servicio de Electromiografía y Potenciales Evocados, dicho estudio evalúa la actividad eléctrica de los nervios periféricos y músculos por medio de electrodos colocados sobre la piel o en el interior del músculo permitiendo la confirmación del diagnóstico de padecimientos del sistema neuro-músculo-esquelético, grado de lesión y pronóstico.

2.4. ORGANIZACION INTERNA

La Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte se encuentra organizada internamente de la siguiente manera

- Dirección
- Subdirección Médica
- Administración
- Comités
- Orientación y Quejas
- Jefatura de consulta Externa
- Jefatura de tratamientos
- Jefatura de enfermería
- Jefatura de trabajo social médico
- Jefatura de conservación
- Jefatura de Educación e Investigación Médica
- Departamento de control de prestaciones
- Servicios básicos
- Departamento de personal
- Centro de Información
- Vigilancia
- Ropería
- Almacén

2.5 RECURSOS HUMANOS

El personal que dentro de la Unidad labora está distribuido en las áreas que se mencionaron en el apartado anterior en 2 horarios de atención: Matutino y Vespertino (UMFRRN, 1995)

● Médicos especialistas de Tercer nivel	22
● Enfermeras	23
● Servicios básicos	28
● Area administrativa	12
● Trabajadores Sociales	6
● Asistentes médicas	14
● Terapeutas Fisicos	43
● Terapeutas ocupacionales	10
● Gestores ocupacionales	2
● Psicólogas	4
● Fonoaudiólogos	2
● Médicos residentes	23
● Coordinador de Cursos Terapéuticos	3
● Personal becado	41
● Personal de confianza	39
● Vigilante	7
● Auxiliar universal de oficinas	1
● Bibliotecario	2

CRUZ CERON-RAMOS DEL RIO

- Técnico en equipo médico 1
- Técnico plomero 1
- Técnico de fluidos 1
- Técnico Mecánico 1
- Técnico Electricista 1
- Oficial de Intendencia 1
- Auxiliar de intendencia 1

2.6 RECURSOS MATERIALES

Las áreas y espacios en donde se proporcionan las consultas y se llevan a cabo los programas de rehabilitación en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte, son los siguientes:

● Superficie del terreno	13,000 m2
● Superficie construida	6,450 m2
● Areas verdes	3,730 m2
● Areas pétreas	2,820 m2
● Consultorio de Especialidades	15
● Areas de terapia Física	4
● Areas de terapia ocupacional	6
● Cubículos de psicología	4
● Cubículos de terapia de Lenguaje	2
● Taller de adiestramiento	1
● Area de Yesos	1
● Cubículo de Gestoria Ocupacional	1
● Jefaturas y áreas de gobierno	
● Aulas	2
● Biblioteca	1
● Almacén	1
● Roperia	1
● Departamento (Centro de información, Personal Control de prestaciones)	
● Area de conservación.	

3 ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y ATENCION A LA POBLACION

Las actividades que se realizaron durante el Servicio Social se encuentran inmersas dentro del Programa del Rehabilitación Integral de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte.

Considerando a la rehabilitación como un proceso mediante el cual se reestructuran y reestablecen las capacidades residuales tanto físicas como psicológicas que se han visto alteradas por diversas causas. Los pacientes que acuden a rehabilitación médica son por lo general personas que como resultado de la incapacidad física se encuentran en inferioridad funcional para llevar a cabo sus actividades diarias.

La rehabilitación integral es la cúspide del proceso mismo de la rehabilitación, es el éxito logrado por el equipo humano especializado y por la aplicación de técnicas y procedimientos adecuados para llegar a la meta en la que el paciente rehabilitado tenga las capacidades necesarias para ser independiente y alcanzar un ajuste emocional satisfactorio, adaptación social adecuada y una capacidad laboral que le permite independencia económica (IMSS, 1984)

Dentro del programa de Rehabilitación Integral de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte el servicio de Psicología tiene por objetivo atender los problemas Psicológicos del individuo y su familia que surgen como resultado de los daños físicos, sin dejar de lado los aspectos biológicos y sociales realizando acciones para atenderlos y atenuarlos, estableciendo criterios y estándares de los compromisos biológicos y psicológicos del daño a la salud (UMFRRN, 1995).

Dentro del programa de Rehabilitación Integral las actividades del Servicio Social de la carrera: Lic. En Psicología consisten en la participación directa en el Programa de Psicología de la Rehabilitación, realizando e integrando estudios, psicodiagnósticos, interpretación de Test psicológicos y en la aplicación de los modelos de terapia, individual, grupal y familiar, evaluando el impacto psicológico de las acciones de rehabilitación a Mediano Plazo.

La rehabilitación intenta ayudar al individuo discapacitado a reincorporarse a las actividades sociales y diarias con el mayor nivel compatible con su incapacidad.

Los objetivos de la evaluación psicológica en la rehabilitación es predecir lo que el paciente podrá realizar durante la rehabilitación, algunos tests revelan características subyacentes que permiten hacer predicciones de la conducta futura del paciente.

Dentro del programa de Rehabilitación Integral las actividades de Psicología también están dirigidas a proporcionar a los pacientes Terapia de Apoyo, si posterior a la evaluación psicológica esto se considera pertinente, considerando que el trauma y la incapacidad necesitan una rehabilitación tanto emocional como física; pues la resolución por el paciente de fases tales como el shock, la negación, la reacción depresiva, la reacción contra la independencia y la adaptación desempeñan papeles importantes a la hora de facilitar o impedir la rehabilitación física (Krueger, 1988). Los síntomas emocionales pueden incluir síndromes evidentes como la depresión, ansiedad, o bien implicar cuestiones más complejas como interferencia en el proceso de la actividad rehabilitador, incapacidad para alcanzar metas factibles o dificultades de interacción entre el paciente, su pareja, su familia y en general su entorno; originando o agudizando conflictos personales, familiares y sociales.

3.1 SERVICIO

Durante el Servicio Social se dio atención a la población que acudía a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación que era remitida por el personal médico al Servicio de Psicología. La atención fue principalmente de forma individual y en algunos casos se otorgó terapia de pareja o familiar, es importante señalar que no se otorgaron sesiones grupales de tipo informativo o terapéutico, principalmente debido a que la institución no cuenta con áreas adecuadas para llevar a cabo dichas actividades, a pesar de esto durante el primer trimestre se llevó a cabo una sesión grupal de Relajación con pacientes neurológicos, sin embargo no se realizaron más sesiones debido a que los espacios no se consideraron adecuados para la práctica de relajación.

Durante el servicio se atendieron un total de 177 casos, a continuación se presenta la Tabla I en la que de manera general se muestra el número de casos atendidos por trimestre y el motivo por el cual fueron canalizados, por el servicio médico al área de Psicología.

TABLA 1 DISTRIBUCION DE CASOS ATENDIDOS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

	TRIMESTRES				TOTAL
	I	II	III	IV	
EVALUACION DE DESARROLLO PSICOMOTOR Y C.I.	4	18	15	2	39
TERAPIA DE APOYO (INDIVIDUAL)	6	11	18		35
TERAPIA DE APOYO (FAMILIAR Y DE PAREJA)	2	1	1	1	5
TOTAL	30	57	70	20	177

Los pacientes que fueron remitidos al servicio correspondían a los siguientes Módulos de atención:

- 1.- Módulo pediátricos
- 2.- Módulo amputados
- 3.- Módulo neurológicos
- 4.- Módulo ortopédicos

1.- Los pacientes del módulo pediátricos que fueron remitidos al servicio presentaban problemas en la adquisición del lenguaje, dislalias, o bien retardo en el desarrollo psicomotor, fueron canalizados al servicio para aplicación de pruebas psicológicas y valoración de desarrollo psicomotor. Primeramente se aplicaba una Entrevista Clínica y posteriormente la batería de pruebas psicológicas. Dentro de la batería de pruebas que se aplicaban se encuentran: Escrutinio de Desarrollo de Denver, Test Guestatlico Visomotor de Bender, Test de Percepción Visual Frostig, para evaluación de C.I. se empleó el Test WISC-R de la escala Wescheler y Terman Merrill de la Escala Stanford Binet. Posterior a la evaluación psicológica los pacientes eran remitidos a Terapia de lenguaje o a tratamiento de Terapia Física con programas de estimulación temprana o canalizados nuevamente con el médico Pediatra.

Dentro de la evaluación psicológica se incluía además la aplicación de Test proyectivos al paciente y considerando además los datos obtenidos por la entrevista inicial, realizada a alguno de los padres, si se detectaban conflictos familiares, en la mayoría de los casos se proporcionaba Terapia Familiar.

En algunos casos de problemas psicomotores se observaba una tendencia a sobreproteger al paciente, lo cual no favorecía el tratamiento físico que se otorgaba en la Unidad por lo que se trabajaba con los padres para reducir en ellos conductas sobreprotectoras.

Algunos pacientes del módulo pediátricos fueron remitidos por problemas de conducta, enuresis nocturna o ansiedad, con dichos pacientes se trabajo por medio de terapia conductual, con manejo de reforzamiento positivo, al tiempo que se trabajaba también con los progenitores.

2.- Los pacientes del módulo de amputados en su mayoría eran canalizados para proporcionarles Terapia de apoyo, por encontrarse en fase depresiva en la elaboración del duelo. Se trabajaba con ellos con el modelo de Terapia Breve, al tiempo que los pacientes asistían a Terapia física.

3.- Los pacientes del módulo neurológicos eran pacientes con Hemiparesia facial, Hemiparesia lateral o Hemiplejicos, en estos casos se proporcionaba a los pacientes psicoterapia de apoyo, al mismo tiempo que se proporcionaba asesoramiento familiar para un mejor manejo terapéutico. Con algunos pacientes se empleaban técnicas de relajación para el manejo de ansiedad generalizada.

4.- Los pacientes del módulo ortopédicos en su mayoría eran pacientes con problemas físicos resultado de traumatismos; lesiones crónico-degenerativas, como artritis reumatoide; accidentes de trabajo o lesiones por problemas mecanoposturales, algunos pacientes de este módulo de atención fueron remitidos al servicio de psicología para que se les proporcionara Terapia de Apoyo, pero en su mayoría los pacientes eran remitidos para valoración de Personalidad y Ganancias secundarias, ya que muchos de ellos presentaban el problema físico como consecuencia de accidentes laborales y por tanto se valoraba la posibilidad de proporcionar pensión económica como consecuencia de la invalidez.

Para la evaluación personalidad y Ganancias secundarias se aplicaba además de la Entrevista inicial, el Cuestionario para el Estudio del Dolor GEMAT-02, Test de Personalidad MMPI, Test Willoby, Test Proyectivos Machover, Inventarios de Depresión de Beck, Inventarios de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE).

La mayoría de los pacientes que integran este módulo ortopédicos lo constituyen aquellos con Lumbalgia crónica, es por ello que dentro de la Unidad se ha creado el programa Higiene de Columna.

Es la misma razón la que motiva considerar a dicha población para la realización de la Investigación realizada dentro de las actividades de Servicio Social.

Los problemas que principalmente se presentaron durante la realización del Servicio Social eran referente a los espacios para llevar a cabo las sesiones grupales, las cuales finalmente tuvieron que ser suspendidas. Sin embargo, el problema esencial lo constituía el hecho de que las sesiones de Terapia de Apoyo, en las que preferentemente se empleaba Terapia Breve, en repetidas ocasiones se vieron canceladas, esto debido a que las sesiones de psicología se otorgaban al tiempo que los pacientes asistían a terapia física y muchas veces se daba por concluida la rehabilitación física y con ello los pacientes eran dados de alta de la Unidad, razón por la cual no podían seguir asistiendo a las Sesiones del servicio de Psicología y concluir el programa terapéutico planeado.

3.2 INVESTIGACION

OBJETIVO:

Conocer de que manera influye el Locus de control y la percepción de *Autoeficacia* en la evaluación del dolor en paciente con *lumbalgia crónica*.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Conocer cual es el *Locus de control* que se presenta con más frecuencia en los pacientes lumbalgicos y la relación que guarda con la evaluación del dolor.
- Conocer cual es la dimensión de *Autoeficacia* que predomina en los sufridores de *lumbalgia* y como se relaciona con la evaluación del dolor.

TIPO DE INVESTIGACION: Aplicada de campo.

VARIABLES:

Las variables que se manejaran en está investigación son de tipo atributivas (Kerlinger, 1986) debido a que solamente serán medidas y no manipuladas.

- **V. I. 1 *Locus de control:***

Se presenta en dos dimensiones: *Locus de control Interno; Locus de control externo*. Estará definido por el puntaje obtenido en la Escala de Locus de control en Salud (Wallston, 1981) adaptada a dolor lumbar.

- **V. I. 2 *Autoeficacia:***

Se presenta en dos dimensiones de *autoeficacia: Alta autoeficacia; Baja autoeficacia*. Estará definida por el puntaje obtenido en la Escala de Autoeficacia General de Sherer (1981).

- V D. 1 Evaluación del dolor:

Se considerarán

- 1) La evaluación de la intensidad, duración y frecuencia del dolor, que se obtendrán del monitoreo diario del dolor.
- 2) Conductas de dolor .- El número de conductas de dolor que presenten de acuerdo con el cuestionario de Conductas de Dolor de Fordyce (1983).

HIPOTESIS GENERAL:

- El *Locus de Control* y la percepción de *Autoeficacia*, de los pacientes con *lumbalgia crónica*, influyen en la Evaluación del dolor de espalda y las conductas de dolor que presentan.

HIPOTESIS ESPECIFICAS:

- Los pacientes lumbalgicos presentan un Locus de control externo, que contribuye para que evalúen el dolor como muy intenso, presente una mayor duración y frecuencia y emitan muchas conductas de dolor
- La dimensión de autoeficacia que predomina en los pacientes lumbalgicos es la de baja autoeficacia, lo cual favorece a que evalúen el dolor como más intenso, con mayor duración y frecuencia y presenten más conductas de dolor.

METODO

SUJETOS:

Participaron 30 pacientes de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte (U.M.F.R.R.N.) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que acudieron a la consulta externa con diagnóstico Lumbalgia Crónica Mecanopostural, seleccionados de forma intencional.

El 56.7% de los pacientes de sexo masculino y 43.3 % del sexo femenino, (v. Tabla 1). La edad promedio fue de $\bar{X} = 42.5$ años (30 a 59 años).

TABLA 1 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS RESPECTO AL SEXO



En cuanto al estado civil de los sujetos se encontró un predominio de sujetos casados que constituye el 86.7% de la muestra, el 6.7% de los sujetos eran solteros, un 3.3% vivía en unión libre y el 3.3% restante eran viudos (v. Tabla 2).

En cuanto a la escolaridad de los sujetos se encontró que el nivel de escolaridad que predominó fue Primaria completa con un 40%, seguido por estudios de Nivel técnico que representan un 16.7 % de la muestra, los niveles de escolaridad Secundaria incompleta y Secundaria completa presentaron un 13.3% de la muestra, el 6.7% de la muestra no tenían ningún tipo de estudios, y solo el 3.3 % concluyó estudios de Licenciatura. En la tabla 3 se presenta la frecuencia del nivel de escolaridad

TABLA 2 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS CON RESPECTO AL EDO. CIVIL

TABLA 3 NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS SUJETOS

Al realizarse la investigación se encontró que el 13.3 % de los sujetos de la muestra se encontraban desempleados, en la Tabla 4 se muestran las ocupaciones de los pacientes que integraban dicha muestra, considerando también las ocupaciones de los pacientes que no tenían empleo. Se observó

un predominio de ocupaciones que requieren de esfuerzo físico y de aquellas personas que durante toda su jornada de trabajo se encuentran en la misma posición, como obreros que corresponde a un 40%, choferes 20%, mecánicos 10%; secretarias 10% y costureras 10%.

TABLA 5 OCUPACIONES DE LOS SUJETOS QUE INTEGRAN LA MUESTRA

El periodo de evolución promedio del dolor fue entre 6 meses y 14 años, con una media de evolución de $\bar{X} = 2.7$ años.

INSTRUMENTOS

- **Cuestionario para el Estudio del Dolor GEMAT-02** elaborado por Martín, Grau, Bosch, Zas, Rial, Lorenzo, Hernández (1993). Que consta de 14 preguntas que permiten la evaluación de 10 criterios del perfil: 1) Periodo de evolución, 2) Frecuencia del dolor, 3) Localización, 4) Limitación de la actividad, 5) Vivencia de la limitación, 6) Vinculación con estados emocionales, 7) Estilos de afrontamiento, 8) Síntomas y conductas de dolor 9) Ganancias secundarias y 10) Generalización del

dolor, por medio de una Escala Análoga Visual. El cuestionario para el Estudio del dolor GEMAT-02 es un instrumento para la evaluación psicológica, el cuestionario fue construido y validado en Cuba en 1991, con población abierta y sufridores de dolor crónico (v. Anexo 1).

- **Hojas de registro diario de automonitoreo del dolor de espalda** (Budzynsky, Stoyva, Alder y Mullaney, 1973). En dichas hojas el paciente registra en una escala numérica del cero al cinco la intensidad del dolor, donde 0 significa ausencia del dolor y 5 dolor incapacitante. Esta forma de registro además permite evaluar la frecuencia y duración del dolor (v. Anexo 2).
- **Cuestionario de Conductas de Dolor de Fordyce** (1983) que consiste en un listado de conductas de las cuales el paciente selecciona aquellas que realiza en presencia del dolor (v. Anexo 3)
- **Escala de Autoeficacia General de Sherer** (1982) que consta de 17 reactivos, 11 de ellos denotan *baja autoeficacia* y los 6 restantes evalúan *alta autoeficacia*, empleando la Escala de Likert para contestarlo, (v. Anexo 5) La escala se fue validada con población norteamericana, el factor de análisis proveen evidencia de que dicha escala presenta relación conceptual con otras mediciones de personalidad como Locus de Control, Autoestima y Competencia interpersonal. La Escala no se encuentra estandarizada en población mexicana, sin embargo actualmente no se cuenta con una prueba que evalúe Autoeficacia en mexicanos y esta prueba se eligió entre otras por haber sido empleada en otras investigaciones referidas en Dolce (1986) y mostrar consistencia en los datos obtenidos en la validación.
- **Escala de Locus de Control en Salud de Wallston y Wallston** (1981). Dicha escala fue construida por Wallston en 1976 con la finalidad de medir el Locus de control en el área de salud, ya que permite predecir ciertas conductas en base a la internalidad-externalidad. Consta de 36 reactivos de los cuales 13 miden internalidad y 23 externalidad. La escala de Locus de Control se emplea en actualmente en investigaciones que relacionan dicho moderador psicológico con la ansiedad, la

motivación, depresión, ansiedad, obesidad y alcoholismo (De la Rosa, 1985). Dicha escala fue adaptada a dolor lumbar para los fines de la presente investigación.

DISEÑO

Se empleó un diseño cuasiexperimental factorial incompleto 2X2. (Castro, 1977). Esto debido a que cada una de las variables independientes presenta dos dimensiones. El diseño es incompleto por no tener el mismo número de sujetos en cada una de las condiciones experimentales, debido a que los sujetos se asignaron a los grupos dependiendo de las puntuaciones obtenidas en las Escalas de Locus de Control y autoeficacia; es aunque es importante reiterar que esta investigación es de tipo exploratorio y no se manipularan las variables de ninguna condición experimental ya que sólo serán medidas. A continuación se muestra diseño factorial empleado y el número de sujetos asignados a cada condición.

		LOCUS DE CONTROL	
AUTO	Interno	12	Externo 8
	Alta		Alta
EFICACIA	Interno	1	Externo 9
	Baja		Baja

ESCENARIO

La evaluación psicológica se llevó a cabo en un consultorio del área de consulta externa de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte, cuyas dimensiones son de 3 x 5 m.

PROCEDIMIENTO:

Los pacientes con diagnóstico de Lumbalgia crónica mecanopostural que asistían a consulta externa fueron remitidos por el médico tratante al Servicio de Psicología. Se emplearon 3 sesiones, una sesión por semana, con una duración aproximada de 30 minutos, cada sesión.

En la *primera sesión* se informó al paciente en que consistía la investigación y posteriormente a

obtener su aprobación se recabaron los datos personales del paciente y se aplicó el Cuestionario para el Estudio del Dolor GEMAT-02 también se le explicó al paciente la forma de registro de la intensidad del dolor en las hojas de monitoreo, se le solicitó que registrará diariamente, y cada hora, la intensidad de su dolor. El monitoreo diario del dolor se realizó durante tres semanas, en cada una de las sesiones posteriores el paciente entregó sus registros en las hojas de monitoreo, indagaba con el paciente la existencia de algún problema para realizar el monitoreo y se comentó de que manera variaba la intensidad del dolor y las actividades que realizaba, todo esto considerando las hojas de monitoreo.

En la *segunda sesión* el paciente contestó el Cuestionario de Conductas de Dolor y la Escala de Autoeficacia General.

En la *tercera sesión* el paciente contestó la Escala de Locus de control en Salud, adaptada para dolor de espalda.

4 RESULTADOS:

Los datos obtenidos fueron analizados por medio de los paquetes estadísticos EPI 6 y STATISTICA. Con la intensidad, duración y frecuencia de dolor se empleó estadística descriptiva y con los resultados del Cuestionario de Conductas de Dolor, Cuestionario para el Estudio del Dolor y las Escalas de *Locus de control* y *Autoeficacia* se realizó solamente análisis de frecuencias. Posteriormente se realizaron correlaciones entre la intensidad de dolor y los puntajes de *Locus de control*, *Autoeficacia*.

Registro diario de dolor

De acuerdo con el monitoreo diario del dolor que realizaron los pacientes durante tres semanas se obtuvieron 3 dimensiones del dolor: Frecuencia, Duración e Intensidad. En cuanto a la Frecuencia del dolor se registró en todos los pacientes un dolor constante, durante el periodo de vigilia con una duración promedio de $\bar{X}=14$ hrs. al día, dichas características del dolor se encuentran en la Tabla 5. La intensidad promedio fue de $\bar{X}=3.399$ con una intensidad mínima promedio de $\bar{X}=2.133$ y la intensidad máxima promedio fue $\bar{X}=4.433$, estos datos se muestran a continuación en la Tabla 6.

TABLA 5 DIMENSIONES DEL DOLOR DE ACUERDO AL MONITOREO DIARIO



TABLA 6 INTENSIDAD DEL DOLOR

Escala de Locus de Control

De acuerdo con los resultados obtenidos en la Escala de Locus de Control en Salud de Wallston y Wallston, se encontró que en los pacientes lumbalgicos predomino el *Locus de Control Externo* con un 56.7% sobre el *Locus de control interno* con un 43.3 %, no se encontraron diferencias significativas con respecto al genero en lo referente a internalidad y externalidad, por lo que los datos fueron agrupados sin considerar al género como un factor determinante. Dichos porcentajes se muestran en la Tabla 7.

TABLA 7 DIMENSIONES DE LOCUS DE CONTROL

LOCUS DE CONTROL	PORCENTAJE
INTERNO	43.3
EXTERNO	56.7
TOTAL	100

Escala de Autoeficacia General

En cuanto a la percepción de *Autoeficacia* de los pacientes lumbalgicos, que se obtuvo a través de la Escala propuesta por Sherer (1982) se observo que predominó la Percepción de alta autoeficacia con un 66% sobre la dimensión de baja autoeficacia que mostró un 33.3 %.

Tampoco se encontraron diferencias significativas con respecto al género, los resultados se muestran en la Tabla 8.

TABLA 8 DIMENSIONES DE AUTOEFICACIA GENERAL

AUTOEFICACIA	PORCENTAJE
ALTA	66.7
BAJA	33.3
TOTAL	100

Cuestionario de Conductas de Dolor

Se observó que los pacientes presentaron un promedio de 29 conductas de dolor, de acuerdo al cuestionario aplicado; en la Tabla 9 se enlistan las conductas que presentaron mayor incidencia en la muestra de pacientes lumbalgicos.

TABLA 9 CONDUCTAS DE DOLOR

CONDUCTA	FRECUENCIA
Evitar levantar objetos pesados	100%
Evitar estar de pie por mucho tiempo	90%
Hablar con algún familiar acerca del dolor	90%
Distracción viendo T.V. o leyendo	84%
Evitar o reducir el ejercicio	80%
Aplicar alguna crema o ungüento al sitio de dolor	80%
Evitar o reducir las labores domésticas	70%
Coger o sostener los objetos	76%
Reducir el número de personas que visitan	76%
Hacer masajes o frías al sitio	76%

Se correlacionó *el Locus de control y autoeficacia* por medio de un Contingencia obteniéndose una $r = .4756$, dicha correlación se considera media, lo cual indica que existe una relación entre el Locus de Control y la Percepción de autoeficacia.

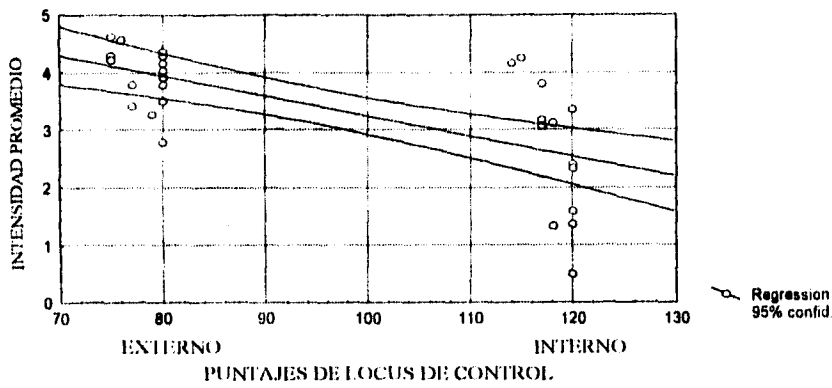
Tomando en cuenta de las características del dolor sólo a la intensidad, debido que en duración y frecuencia no se observaron diferencias se realizó la correlación con los puntajes de las Escalas evaluadas, por medio de una Correlación momento-producto de Pearson con un 95 % de confianza.

La Gráfica 1 muestra la correlación entre *el Locus de Control* y la intensidad promedio de dolor ($r = -.66$) con un alfa $\alpha = .05$, dicha correlación se considera media alta y significativa, con un coeficiente de determinación 43.56 %. Por medio de esta correlación se confirma que el *Locus de control* de las personas con *lumbalgia crónica* se encuentra muy relacionado con la evaluación de intensidad de dicho dolor. Y tomando en cuenta que puntajes mayores en la escala refieren predominio de *Locus de control interno*, se observa la relación de que conforme aumentan los puntajes en la Escala de *Locus de control* disminuye los puntajes de intensidad con que se evalúa el dolor y por tanto aquellas personas con *Locus de control interno* tienden a evaluar al dolor con menor intensidad, a diferencia de los que tienen un predominio de *Locus de control externo* que evalúan al dolor como más intenso.

La correlación entre Percepción de *autoeficacia* e intensidad promedio de dolor es $r = -.33$, con un alfa $\alpha = .05$ y un coeficiente de determinación 10.89%, esta correlación es considerada como baja y se observa que no hay una relación tan importante entre la *autoeficacia* percibida por los pacientes con *lumbalgia crónica* y evaluación de la intensidad del dolor que realizan, pues se observa que los pacientes con *alta autoeficacia* evalúan al dolor tanto leve como muy fuerte, y lo mismo sucede en el caso de percepción de *baja autoeficacia*, lo anterior se muestra en la Gráfica 2.

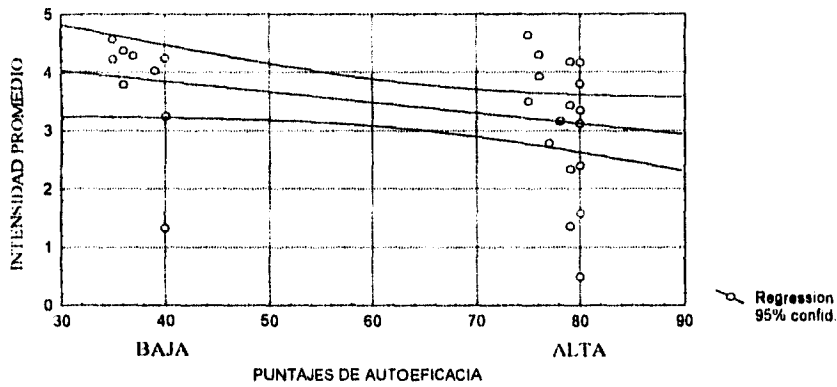
**GRAFICA 1 ANALISIS DE CORRELACION
LOCUS DE CONTROL E INTENSIDAD PROMEDIO DE DOLOR**

Correlation: $r = -.6620$



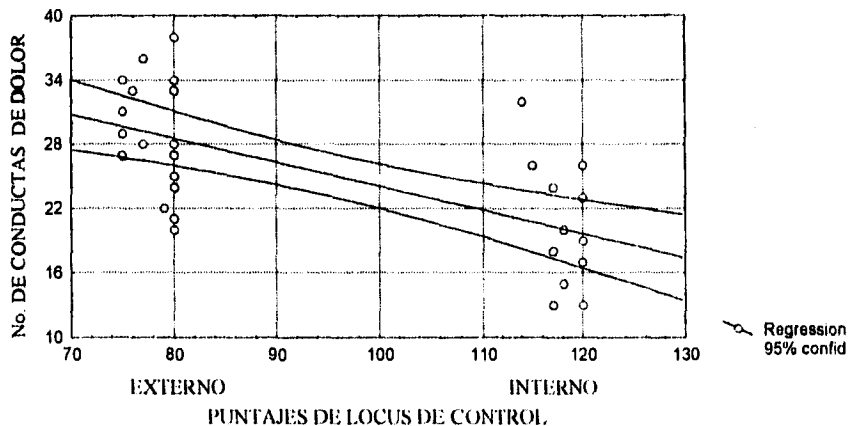
**GRAFICA 2 ANALISIS DE CORRELACION
AUTOEFICACIA E INTENSIDAD PROMEDIO DE DOLOR**

Correlation: $r = -.3354$

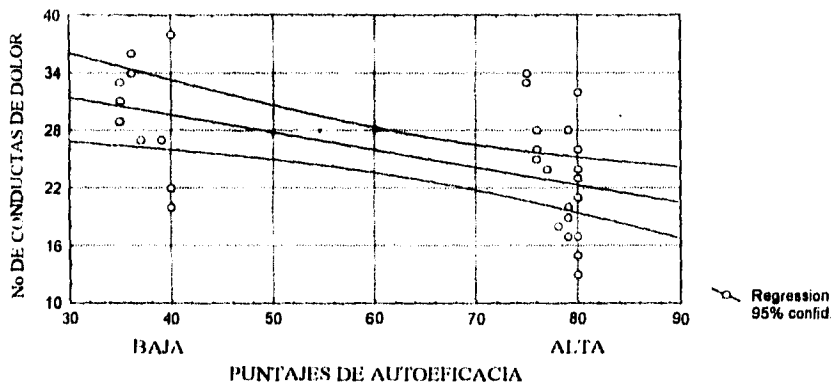


Al analizar la correlación entre el número de Conductas de dolor que presentan los pacientes con lumbalgia y la dimensión del Locus de control se obtuvo una $r = -.65$, con un alfa $\alpha = .05$, dicha correlación es considerada como media alta y por tanto muestra una relación importante entre los puntajes de Locus de control y el número de conductas de dolor, observándose que los pacientes con Locus de control interno (es decir con mayores puntajes en la escala) presentan menos Conductas de dolor esto se muestra en la Gráfica 3; y al correlacionar la percepción de autoeficacia con las Conductas de dolor se obtiene una correlación de $r = -.52$ con un alfa $\alpha = .05$, esta correlación se considera como media en la que se observa que en hay una relación entre la Autoeficacia percibida y el número de conductas de dolor que presentan los pacientes, observándose la relación de que conforme aumenta el puntaje en la escala de autoeficacia, disminuye el número de conductas de dolor que se emiten. Dicha correlación se presenta en la Gráfica 4.

**GRAFICA 3 ANALISIS DE CORRELACION
LOCUS DE CONTROL Y CONDUCTAS DE DOLOR**
Correlation: $r = -.6537$

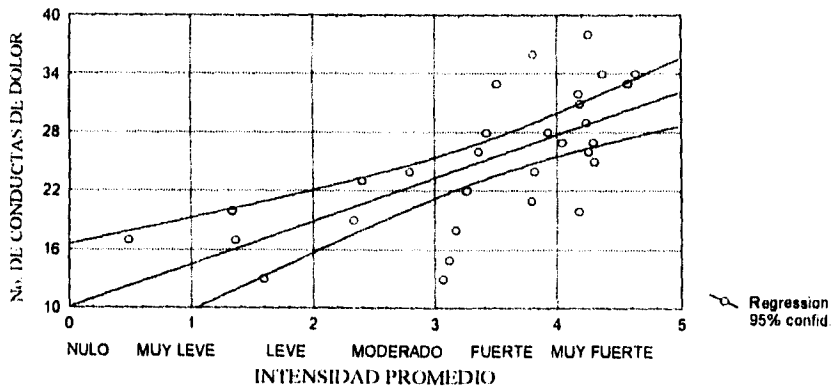


**GRAFICA 4 ANALISIS DE CORRELACION
AUTOEFICACIA Y CONDUCTAS DE DOLOR**
Correlation: $r = - .5224$



Considerando la Evaluación de la intensidad del dolor y las conductas de dolor se observó una relación importante en donde mientras se evalúa el dolor como más intenso (de moderado a muy fuerte), se presentan más conductas de dolor. Se obtuvo una $r=.6857$ con un alfa $\alpha=.05$. Lo anterior se muestra en la Gráfica 5.

**GRAFICA 5 ANALISIS DE CORRELACION
INTENSIDAD PROMEDIO Y CONDUCTAS DE DOLOR**
Correlation: $r = .68579$



Cuestionario para el Estudio del Dolor GEMAT-02.

Los resultados obtenidos en el Cuestionario para el Estudio del Dolor GEMAT- 02, se agrupan en 11 criterios según los autores, de acuerdo con las respuestas de los pacientes lumbalgicos se obtuvo lo siguiente para cada uno de dichos criterios:

En el **criterio 1** que evalúa tiempo de evolución del dolor se encontró que un 3.3 % de los pacientes señaló tener dolor de 3 a 6 meses, el 33.7 % refirió que el periodo de evolución comprende de 6 meses a un año, y el 60 % restante refiere dolor desde más de un año.

El **criterio 2** evalúa la frecuencia del dolor, de acuerdo con los resultados el 6.7 % de la muestra presenta dolor casi todos los días y un 93.3 % señala que el dolor es constante.

El **criterio 3** se refiere a la localización del dolor desde el momento en que comenzó a manifestarse a la fecha actual, para evaluar si dicho dolor se ha generalizado, el 50 % de la población refiere que el dolor se mantiene localizado en las zonas originales, un 36.7 % refiere que el dolor se ha extendido a las zonas más próximas, un 10% de la muestra señala que se ha extendido a amplias zonas del cuerpo y el 3.3 % restante señala que el dolor se ha extendido a casi todo el cuerpo.

El **criterio 4** evalúa las limitaciones a las actividades que el sujeto realizaba de forma cotidiana, antes de la presencia del dolor, se observa que un 70 % de los pacientes refieren que siempre tienen limitaciones para la actividad laboral y un 60 % refiere que nunca presentan limitaciones para la diversión, dichos resultados se resumen en la Tabla 10.

El **criterio 5** se refiere a la vivencia de la limitación , se centra principalmente en el valor afectivo que el paciente da a la limitación, en esta pregunta el 50% respondió que el área más importante en la que se veía limitado era el aspecto laboral y el 33% señaló que lo más importante era la atención a la familia.

TABLA II ESTADOS EMOCIONALES VINCULADOS CON EL DOLOR

ESTADO EMOCIONAL	CON MUCHA FRECUENCIA	EN ALGUN MOMENTO
Nervios	70%	20%
Cala cabeza	80%	18%
Temor de que algo malo suceda	70%	30%
Taquicardia	24.7%	73.3%
Salto en el estomago	10%	40%
Sudoración	80.3%	76.4%
Temblores	30%	80%
Tiritera	70%	10%
Tensión	73.3%	26.7%
Corazón de lata	43.3%	46.7%
Pensar que se va a morir	20%	76.7%
Pensar que es fatal	30%	50%
Fatiga	80.3%	6.7%

Predictibilidad se refiere a la percepción del sujeto de conocer en que momento le va a dar el dolor y su eficacia para prevenir las crisis dolorosas, el 20 % señala que sabe cuando le va a dar el dolor y generalmente puede evitarlo, el 16.% refiere que sabe cuando le va a dar el dolor pero no puede hacer nada por evitarlo y el 63.3 % de la muestra señala que no sabe cuando le va a dar el dolor, y generalmente le da sorpresivamente.

Expectativas se refieren a las creencias que el sujeto tiene respecto al momento en que se su dolor desaparecerá, obteniéndose que el 40% de la muestra considera que el dolor se le quitará pronto, el 43.3 % señala que el dolor se le quitará pero que pasará bastante tiempo y el 16.7% restante señala que nunca dejará de sentir ese dolor.

Control se evalúa considerando las respuestas de los sujetos a las afirmaciones que se muestran en la Tabla 12, en dicha tabla se incluye el porcentaje de sujetos de la muestra que contesta Verdadero o Falso a cada situación. Un 33% de los pacientes considera que su dolor es más fuerte que ellos mismos y un 36.7% de la muestra coincide en señalar que no puede evitar que el dolor limite su vida. Sin embargo, es importante señalar que las tres primeras afirmaciones estan orientadas a la *Autoeficacia* del sujeto y se encontró que un 76.7% se percibe capaz de hacer cosas que le quiten el dolor, este dato se relaciona con los resultados obtenidos en la Escala de *Autoeficacia* donde se observa que un 66% de la muestra tiene una *alta Autoeficacia*. Otra de las afirmaciones se orienta a la percepción del control y se obtuvo que un 53% refiere que no puede controlar el dolor, dicho dato coincide con lo obtenido en la Escala de *Locus de Control*, pues un 56% de la muestra presenta *Locus de Control Externo*, y por tanto considera que el control de su dolor depende de factores externos.

TABLA 11 CREENCIAS DE CONTROL SOBRE EL DOLOR

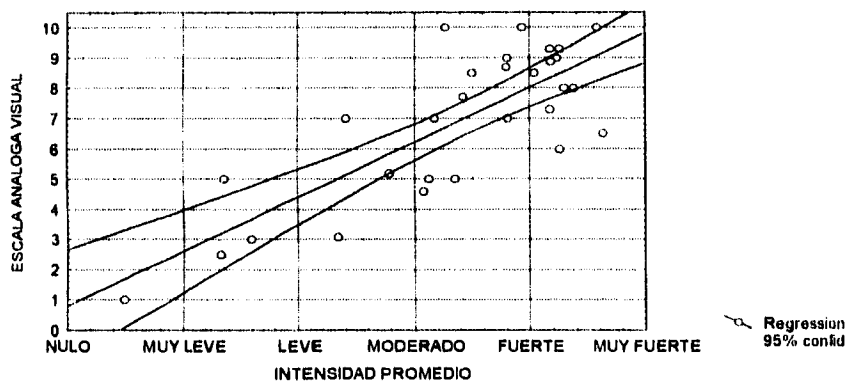
AFIRMACIÓN DE CONTROL	VERDADERO	FALSO
Puedo hacer cosas que me quiten el dolor	76.7%	23.3%
Puedo hacer cosas para que el dolor se vaya	76.7%	23.3%
Puedo evitar que me da el dolor	11.7%	88.3%
El dolor es más fuerte que yo	33.3%	66.7%
No puedo controlar el dolor	46.7%	53.3%
No puedo evitar que el dolor limite mi vida	36.7%	63.3%

El criterio 8 evalúa síntomas y conductas de dolor, se observó que la conducta de dolor que los pacientes lumbalgicos de la muestra presentaron con mayor frecuencia fue, descansar y tomar reposo (76%), seguida de Darse masaje, fricciones, ponerse calor o fomentos (63%),y un 40 % refiere tomar medicamentos.

El criterio 9 evalúa las Ganancias secundarias, primeramente en ele aspecto familiar y laboral, se observó que un 70 % de los pacientes obtenian Ganancias secundarias en el ambiente familiar y un 23 % obtenia Ganancias secundarias en el ambiente laboral.

El criterio 10 corresponde a Generalización del dolor y se basa en una Escala Análoga Visual, misma que se correlacionó con los puntajes obtenidos en el automonitoreo del dolor y se obtuvo una $r = .80$ con un alfa de $\alpha = .05$ dicha correlación se considera alta y refiere una relación importante entre los puntajes de la Escala Análoga Visual con los obtenidos por el automonitoreo de 3 semanas lo anterior se presenta en la Gráfica 6.

**GRAFICA 6 ANALISIS DE CORRELACION
INTENSIDAD PROMEDIO DEL MONITOREO Y ESCALA ANALOGA VISUAL.**
Correlation: $r = .80183$



CONCLUSIONES

Los objetivos del Servicio Social de la carrera de Psicología, son principalmente propiciar situaciones de aplicación de la práctica psicológica que permitan relacionar al psicólogo como profesional de la conducta, comprometiéndole con la solución de problemas nacionales y de esta manera permitan adecuar el perfil profesional a los problemas prioritarios de la población. Y por otro lado poner en práctica la información teórica adquirida e integrada a lo largo de la carrera de Psicología.

Dentro del Programa Rehabilitación Integral de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, se contó con la oportunidad de realizar actividades propias de la formación del psicólogo, como la evaluación psicológica, por medio de pruebas estandarizadas y test proyectivos, así como también aplicando modelos de terapia breve tanto individual, de pareja y familiar.

Pero es conveniente señalar que si bien se contó con las bases para cubrir los requerimientos del Programa de Servicio Social, esto se vió facilitado debido a la formación obtenida dentro del Programa de *Psicología de la Salud*, pues desafortunadamente en el Plan de estudios de la carrera no se otorga la importancia debida al área de salud, limitando con esto el amplio campo que representa para la Psicología, y por tanto se carece de conocimientos para incursionar en dicho ámbito, donde el trabajo del Psicólogo no es sólo necesario, sino también fundamental, considerando que la Salud es un campo multidisciplinario.

Dentro del área de trabajo se atendió una amplia gama de problemáticas y pacientes, que como consecuencia de alguna incapacidad o lesión física, presentaban desajustes o conflictos emocionales, dicha situación favorece definitivamente a la formación del profesional y además propicia la constante búsqueda de información y técnicas de intervención que permiten dar un mejor servicio a la población que requiere de apoyo.

La rehabilitación representa un amplio y rico campo para la Psicología que aún no ha sido objeto de estudio como merece y que sin lugar a dudas representa una situación de suma importancia tanto a nivel personal, social y nacional, debido a que todo problema de salud debe ser abordado desde una visión multidisciplinaria.

La incorporación de los conocimientos psicológicos al diagnóstico y al tratamiento de la incapacidad, la lesión física y el dolor crónico, es decir, en general al área de salud se justifica por la necesidad de explotar al máximo todos los recursos que contribuyan a la disminución de un problema de salud, que como anteriormente se dijo implica un alto costo individual social y económico.

La presente investigación se desprende de dicha necesidad y los resultados son consistentes con investigaciones previas, así como también plantean la importancia de continuar por la línea de investigación y considerar la relevancia de proporcionar una atención multidisciplinaria a los problemas de salud.

Debido a la incidencia de la lumbalgia en México y a las repercusiones psicológicas y sociales que desencadena, en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte, se ha creado un programa de Higiene de Columna, considerando que el mayor número de pacientes que asiste a dicha unidad padece de problemas lumbares. Lo anterior es una de las razones que motivaron a realizar la investigación con dicha población.

Asimismo como resultado de la investigación se encontró que la mayoría de los pacientes atendidos fue de sexo masculino y que la edad promedio fue de 42 años, esto datos orientan, una vez más, a tomar en cuenta la relevancia socioeconómica del padecimiento lumbar, pues estos sujetos forman parte de la población económicamente activa, y la lumbalgia en la mayoría de los casos impide que sigan realizando sus actividades laborales normales, lo que repercute a nivel familiar, social, económico por el alto costo que representa la inactividad de esta población mexicana.

Otro aspecto relevante es la etiología de la lumbalgia, que de acuerdo con Caillet (1986) es principalmente mecanopostural, donde la ocupación de las personas constituye un factor de riesgo, en investigaciones previas (Parrilla, 1996) se refiere que en choferes cargadores y almacenistas se presentan problemas lumbares. en la presente investigación se observó que la ocupaciones que predominaron en la muestra fueron: obreros y choferes, lo anterior encamina a la necesidad de crear programas preventivos, observando que la incidencia de dichas ocupaciones es alta y que la etiología predominante es mecanopostural. se puede sugerir que la prevención resultaría más conveniente que la rehabilitación.

En cuanto a las hipótesis planteadas se puede concluir que en general se cumplieron, pues de acuerdo a lo obtenido en esta investigación el *Locus de Control* y la *Autoeficacia* de los pacientes con *lumbalgia crónica* se encontraron relacionados con la evaluación de la intensidad del dolor, así como con el número de conductas de dolor que presentaron.

Se observó que el *Locus de Control* que predominó fue Externo, en un 56% de la muestra, más sin embargo no hay una diferencia tan significativa entre las dos dimensiones de *Locus de Control*. El encontrar este dato es consistente con lo reportado por Steptoe (1989) que indica que en pacientes con dolor crónico se observa una tendencia a percibirse incapaces de controlar el dolor. No se encontraron diferencias significativas respecto al sexo en los sujetos y el predominio de *Locus de Control* como en la investigación realizada por Buckelew (1990).

Al correlacionar el *Locus de Control* con la intensidad del dolor se encontró que a medida que aumenta la percepción del control interno la evaluación del dolor es de menor intensidad, esto confirma lo reportado por Jensen (1991) y Toomey (1994) quienes señalan que hay una correlación importante entre altos niveles de percepción de control y bajos niveles de intensidad del dolor. Esto debido quizás al tipo de estrategias de afrontamiento activas que emplean los pacientes con *Locus de Control Interno*, de acuerdo a lo citado por Crisson (1989).

En cuanto a la correlación entre el *Locus de Control* y las conductas de dolor se observó que hay una relación entre *Locus de Control Interno* y una menor cantidad de conductas de dolor presentadas, lo cual es consistente con lo reportado en la literatura, considerando que Turk (1986) señala que las conductas de dolor son otra forma de mostrar la evaluación cognitiva del dolor.

Las conductas de dolor más frecuentes que presentaron los pacientes se pueden englobar de acuerdo a la clasificación de Fordyce (1983), en aspectos de limitación funcional o restricción de movimientos, además es importante resaltar que un 96% de los pacientes también mostraron conductas de petición de ayuda en relación con el dolor lo cual hace pensar que su *Locus de Control es Externo*.

El *Locus de Control* del paciente con *lumbalgia crónica* es importante, pues de acuerdo con Tollison (1987) y Cuencas (1991) un 66% del éxito rehabilitatorio y la recuperación de los pacientes con problemas de dolor de espalda crónico depende exclusivamente de la responsabilidad del paciente. Observándose que los pacientes que presentan problemas para rehabilitarse y siguen quejándose de dolor extremo presentan un *Locus de Control Externo* y por tanto no participan en el tratamiento.

En lo referente a la *Autoeficacia* percibida por los sujetos del presente estudio se observó un predominio de *Alta Autoeficacia* (un 66%) y la correlación con la intensidad del dolor permite decir que la relación entre la *Autoeficacia* del paciente y su evaluación de intensidad del dolor no es tan estrecha, no así al correlacionar la *Autoeficacia* con el número de conductas de dolor, donde se obtuvieron resultados similares a lo reportado por Council (1988) quien señala que los que se perciben como más eficaces presentan menos conductas de dolor. Los datos obtenidos en la literatura muestran que la *baja Autoeficacia* se relaciona con la pasividad del sujeto con respecto al tratamiento y su tolerancia al dolor (Dolce, 1987 y Litt, 1988), sin embargo no se ofrecen muchos datos de la relación entre *autoeficacia* y evaluación de la intensidad del dolor, sólo Jensen y Karoly (1992) refieren que encontraron correlación entre el auto-reporte de la capacidad del paciente y su evaluación de la intensidad del dolor.

Al correlacionar ambos moderadores psicológicos se observó que hay una relación importante entre la *Autoeficacia* y el *Locus de Control* de los sujetos, lo cual es consistente por lo reportado por Sherer (1982). También se observó que existe una relación notable entre la intensidad del dolor y el número de conductas de dolor que presentan los pacientes: por lo que quienes evalúan al dolor como muy intenso presentan mayor cantidad de conductas de dolor.

Otros resultados que proporcionó la investigación son los obtenidos de la aplicación del Cuestionario para el Estudio del Dolor GEMAT-02 que en algunos de sus criterios evalúa aspectos como percepción de control, conductas de dolor y estados emocionales vinculados al cuadro de dolor crónico. La relevancia de todo esto radica en el hecho de que en aspectos como creencias de control los resultados son consistentes con los datos obtenidos en la Escala de Locus de Control de Wallston y Wallston (1981) y la Escala de Autoeficacia de Sherer (1982).

Por otro lado se toman en cuenta los estados emocionales vinculados al dolor como nerviosismo, tensión y tristeza, que de acuerdo con Penzo (1989) son factores del cuadro de dolor crónico. Otro dato que se obtuvo es la correlación entre el monitoreo diario del dolor y la Escala Análoga Visual del GEMAT-02, donde se observa una alta relación entre la intensidad reportada en los registros diarios y el registro del dolor en el momento de contestar el cuestionario. Por todo lo anterior la investigación realizada con los pacientes lumbalgicos, reafirma la importancia de vincular los aspectos psicológicos en los programas de rehabilitación, presentando además la factibilidad de favorecer en los pacientes expectativas de control y eficacia que sin lugar a dudas favorecerán su ajuste al dolor crónico y a otros problemas de salud.

Todos los resultados obtenidos son importantes más no hay que dejar de lado que dentro de los problemas metodológicos de la presente investigación se encuentra que el tamaño de la muestra es pequeño y por lo tanto no se pueden generalizar los resultados obtenidos, y por otro lado el número de

sujetos en cada condición experimental no es el mismo por lo cual el diseño empleado es incompleto.

Otro problema metodológico importante lo constituye el hecho de que las Escalas y Cuestionarios empleados, aunque se utilizan ampliamente en investigaciones (como la escala de Locus de Control en Salud), no se encuentran aún estandarizados y validados en México, lo que reafirma la necesidad imperante de trabajar más en esta línea de investigación, pues el dolor crónico representa un problema preponderante, más aún no se cuenta con instrumentos psicológicos que permitan la evaluación del dolor. Sin embargo se considera que la actual investigación aporta elementos para continuar trabajando en el área de Salud y particularmente en el dolor crónico desde la perspectiva psicológica dentro de un ámbito multidisciplinario.

BIBLIOGRAFIA

- Aguila, M. (1985) *Seguimiento comparativo de pacientes con dolor lumbar*. Tesis. U.N.A.M., México.
- Bandura, A. (1977) *Self-efficacy: Toward unifying theory of behavioral change*. Psychological Review, 84, 191-215.
- Bandura, A., Cioffi, D., Taylor, Brouillard, M. (1988) *Perceived Self efficacy in coping with cognitive stresses and opioid activation*. Journal of Personality and Social Psychology, 55, 479-488.
- Blalock S. (1989) *Social comparison among individuals with rheumatoids arthritis*. J.Appl. Soc. Psychol., 57, 652-657.
- Bonica, J.(1990) *The management of pain*. LEA & Febiger, U.S.A. vol. I y II.
- Buckelew, S., Shotty, M., Hewett, J., Landon, T., Morrow, K. and Frank, R. (1990) *Health Locus of control, gender differences and adjustment to persistent pain*. Pain, 42, 287-294.
- Budsynsky, T., Stoyva, J., Alder, C., Mullaney, D. (1973) *EMG Biofeedback and tension headache: A controlled outcome study*. Psychosomatic Medicine, 35
- Buendía, J. (1991) *Psicología Clínica y Salud*. Universidad de Murcia, España.
- Cailliet, L. (1986) *Lumbalgia*. Manual Moderno, México.
- Castro, L. (1977) *Diseño experimental sin estadística*. Trillas, México.
- Chionière, J. Melzack, R., Girard, N., Rondrau, J. Paquin, M. (1990) *Comparison between patients' and nurses' assessment of pain and medication efficacy in severe burn injuries*. Pain, 40, 143-152.

- Collins, G , Cohen, M. Naliboff, B y Schanderler, S. (1982) *Comparative analisis of paraspinal and frontalis EMG heartrate and skin conductance in chronic low back pain patients and normal to various postures and stress*. Scandinavian Jorunal of Rehabilitation Medicina, 14, 39-46.
- Council, J. (1988) *Expenctancies and functional impairment in chronic low back pain*. Pain, 35,323,331.
- Crisson, J., Keefe, F., (1988) *The relation of Locus of Control to pain coping strategies and distress in chronic pain patients*. Pain, 35, 147-154.
- Cuencas, R. (1991) *La medicina conductual: un modelo interdisciplinario en una clínica para el dolor crónico de la columna*. Salud mental, 14, 25-32.
- De la Rosa, J, (1986) *Escalas de Locus de Control y autoconcepto construcción y validación*. Tesis U.N.A.M.
- Dolce, (1986) *Prediction of outcome among chronic pain patients behavior researchs therapy*., 14, 313-319.
- Dolce, J. (1987) *Self efficacy and disability beliefs in behavioral treatment of pain*. Behavioral Researchs Therapy., 25, 289-299.
- Ducko, P., Margolis, R. and Tait, R.(1985) *Psychological assessment in chronic pain*. Journal of Clinical Psychological, 41, 499-504.
- Folkman, S., Lazarus, R., Rand, G. And De Longis, A. (1986) *Appraisal, Coping, Health Stratus and Psychological symptoms*. Journal of Personality and Social Psychology, 50,571-579.
- Follick, M., Ahern, D. Y Laser-Wolstan, N. (1984) *Evaluation diary for chronic pain patients*. Pain, 19.

- Fordyce (1983) *The validity of pain Behavior measurement*. En Melzack, Pain Measurement and assessment. Raven, U S A.
- Garnica (1984) *Rehabilitación integral de pucientes con lumbalgía en el Hospital General de Zona de Aguascalientes*. Tesis. U.N.A.M. México.
- Harkápaá, K., Jaivkoki, A., Mellin, G., Hurri, H. (1991) *Health of Locus of control beliefs and psychological distress as predictors for treatment outcome in low-back pain patients: Results of 3 months follow-up of a controlled intervention study*. Pain, 46, 35-41.
- Holtzaman, (1987) *Psicología y salud*. Boletín de la O.M.S vol. 65-6
- International Association of Study of Pain. I.A.S.P (1994) *Classification of chronic pain* U.S.A.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (1984) *El IMSS y la rehabilitación Memorias del IMSS*. Mexico.
- Jensen, M., Turner, J., Romano, J., Karoly, P. (1991) *Coping with chronic pain: a critical review of the literature*. Pain, 47, 249-283.
- Jensen, M., Karoly, D. (1992) *Pain-Specifics, Beliefs*. The Clinical Journal of Pain, 8, 123-130.
- Karoly. P. (1985) *Measurement strategies in Health Psychology*. U.S.A.
- Keefe, F. and Gill, K. (1986) *Behavioral concepts in the analysis of chronic pain syndromes*. Journal Consulting and Clinical Psychology, 54, 776-783.
- Keim (1973) *Lumbalgia*. CIBA-Pharmaceutical Company, U.S.A.
- Kerlinger, F. (1986) *Investigación del comportamiento*. Interamericana. México.

- Kores , R., Murphy, W., Rosenthal, T., Elias, D. y North, W. (1990) *Predicting outcome of chronic pain treatment via a modified self-efficacy scale*. Behavior Res. Ther., 28,165-169.
- Krueger D. (1988) *Psicología de la Rehabilitación* . Harder., España.
- Lawson, K., Reesor, K., Keefe, F., Turner, J. (1990) *Dimensions of pain related cognitive coping: Cross validation of the factor structure of the Coping Strategy Questionnaire*. Pain, 43, 195-205.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984) *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca, México.
- Leavitt, F. and Garron, D. (1980) *Validity of back pain classification scale for psychological disturbance as measurement by MMPI*. Journal of Consulting and Clinical Psychological, 36, 186-189.
- Lefebvre, M. (1981) *Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients*. Journal Consulting and Clinical Psychological, 49, 519-525.
- Linton, S. (1993) *Psychological intervention for patients with chronic back pain*. Modules Learning Division of Mental Health, Sweden.
- Litt, M. (1988) *Self-efficacy and perceived control: Cognitive mediators of pain tolerance*. Journal of Personality and Social Psychology, 54, 149-160.
- Martín M., Grau, J., Bosch, F., Zas, B., Rial, N., Lorenzo, A., Hernandez, M. (1993) *La atención psicológica al dolor crónico en una proyección multidisciplinaria*. Ciencias Médicas, Cuba.
- Martín M., Grau, J., Bosch, F., Zas, B., Rial, N., Lorenzo, A., Hernandez, M. (1993b) *Construcción de un inventario para la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico:GEMAT-02*.Reporte de Investigación, Cuba.

- Melzack, (1984) *Textbook of pain*. Churchill Livingstone, Inglaterra.
- Parrilla, J. (1996) *Lumbalgia mecanopostural*. Tesis, IMSS. Monterrey.
- Paicic, J. y Saavedra, H. (1990) *El dolor: aspectos básicos y clínicos*. Publicaciones Técnicas Mediterraneo, Chile.
- Penzo, W. (1989) *El dolor crónico*. Martinez Roca. España.
- Ramos, B. (1989) *Comparación de índices de depresión entre dos poblaciones: una con dolor de cabeza crónico y una sin dolor*. Tesis. UNAM., México.
- Rosenstock, Y., Strechor, V., Becker, M. (1988) *Social Learning Theory and Health Beliefs Model*. Health education Quarterly, 15, 175-183.
- Roskies and Lazarus, (1980) *Coping theory and the teaching of coping skills*. In Davidson P. Davidson S. Behavioral Medicine. Bruiner Mazel. U:S:A:
- Rotter, (1966) *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. Psychological Monographs 80 Whole 609.
- Sherer, M., Maddux, J., Mercandante, N., Prentice, S., Jacobs, B., Rogers, R. (1982) *The self-efficacy scale: Construction and validation*. Psychological Reports, 51, 663-671.
- Siegel (1990) *Estadística no paramétrica*. Trillas, México.
- Slater, S. (1991) *Pain and impairment beliefs in chronic low pain*. Pain, 44.
- Smith, T., Follick, M., Ahern, D., Adams, A. (1986) *Cognitive distortion and disability in chronic low back pain*. Cognitive Therapy and Researches, 10, 201-210.

- Stoptoe, A. (1989) *Stress, personal control and Health*. Ed. Chapman and Hall, Inglaterra.
- Sutherland, V. y Cooper, C. (1990). *Understanding Stress a Psychological Perspectives for Health Professionals*. Ed. Chapman and Hall, Inglaterra.
- Tollison, D. (1987) *Relief from back pain. The Tollisons Program*. Gardener Press, U.S.A.
- Tollison, D. y Kriegel, M. (1989) *Interdisciplinary rehabilitation of low back pain*. Williams & Wilkins, U.S.A.
- Tommey T., Mann D., Abashian, Carniker, Jeanne T., (1993) *Pain Locus of Control scores in chronic pain patients and medical clinic patients with and without pain*. Pain.
- Turk, D. and Rudy, T. (1986) *Assessment of cognitive factors in chronic pain*. Journal Consulting and Clinical Psychological. 54, 760-768.
- Villalobos, (1984) *El problema de las lumbalgias y su rehabilitación*. Tesis. I:M:S:S. México.
- Vlaeyen, J., Van, H., Groenman, N. and Schuerman, J. (1987) *Dimensions and components observed chronic pain behavior*. Pain 31, 65-75.
- Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte. (1994) *Programa de Trabajo de la UMFRN*. IMSS, México.
- Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte. (1995) *Programa de Trabajo de la UMFRN*. IMSS, México.
- Wallston, K. y Wallston, B. (1981) *Health Locus of control scales*. Researches with the locus of control. Vol.I.

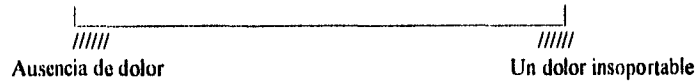
- Williams, R. (1988) *Towards a set of reliable and valid measures for chronic pain assessment and outcome research*. *Pain*, 35, 239-251.
- Zinset, O. (1992) *Psicología experimental*. Mc. Graw Hill, México.

ANEXOS

Utilizando los números del 1 al 10 ordene las siguientes actividades de acuerdo a cuán importante es para usted que ellas están limitadas

- Quehaceres del hogar. Reparaciones caseras.
- Utilización de los medios de transporte habituales.
- Atención a la familia. Cuidado de los hijos.
- Sueño.
- Relaciones sexuales.
- Actividad laboral.
- Compra diaria.
- Vida social.
- Diversión, deporte.
- Aseo personal.

5.- Marque con una cruz (X) en la línea la intensidad del dolor que experimenta.



6.- Conteste con una cruz (X) lo que sea más cierto en su caso:

ESTOY ASI	CUANDO TENGO DOLOR	EN NINGUN MOMENTO
Estoy nervioso e intranquilo		
Siento miedo por cualquier cosa		
Pienso que algo malo va a suceder		
Tengo taquicardia		
Tengo salto o nudo en el estomago		
Tengo sudoraciones		
Siento temblores		
Me siento tenso o alterado		
Me siento triste		
Lloro facilmente		
He pensado que es mejor morir		
A veces pienso que no soy util		
Me fatigo pronto		

7.- Señale en que áreas de su vida está usted insatisfecho:

- Trabajo
- Familia
- Pareja
- Estudios
- Relaciones interpersonales
- Diversión

11. - De las siguientes proposiciones seleccione la que más corresponda a su caso:

- Este dolor se me va a quitar pronto.
- Este dolor se me va a quitar pero pasara bastante tiempo.
- Nunca dejare de sentir este dolor.

12 - Conteste verdadero (V) o falso (F) No se fije por lo que otros le hayan dicho sino por su propio criterio personal.

- Yo puedo hacer cosas que me quiten el dolor.
- Yo puedo hacer cosas para que este dolor no me limite la vida.
- Yo puedo hacer cosas (o dejar de hacerlas) para que no me de este dolor.
- Este dolor es más fuerte que yo.
- No puedo controlar este dolor ni evitarlo
- No puedo evitar que este dolor me limite la vida.

13 - Conteste lo que sucede cuando usted tiene dolor:

	No procede	A veces	Frecuentemente	Siempre
Recibo consuelo de los familiares cercanos				
Me ayudan en los quehaceres domesticos				
Disminuyen las discusiones en el hogar				
Mis familiares me complacen y consideran				
Tengo más compañía de mis familiares y amigos				
Disminuyen las exigencias en mi trabajo				
Me consideran más en el trabajo				
Recibo ayuda de mis compañeros de trabajo				
Mi pareja me exige menos relaciones sexuales				
Recibo ayuda económica				
No puedo asistir al trabajo				
Me prestan más atención				

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE CONDUCTAS DE DOLOR

NOMBRE _____ FECHA _____

INSTRUCCIONES: Marque con una (X) dentro del parentesis aquellas situaciones que realiza cuando el dolor está presente:

- 1.- Toma medicina recetada por el médico ()
- 2.- Evita o reduce levantar objetos pesados ()
- 3.-Evita o reduce viajar en transporte público ()
- 4.- Aplica alguna forma de calor en el lugar donde tiene dolor, por ejemplo: bolsa con agua ()
caliente, fontentos de agua, etc.
- 5.- Evita o reduce cocinar ()
- 6.- Habla con algún familiar acerca de su dolor ()
- 7.- Evita o reduce ir a restaurantes ()
- 8.- Evita o reduce subir y bajar escaleras ()
- 9.- Evita o reduce hacer ejercicio suave ()
- 10.- Agarra, frota golpea el sitio del dolor ()
- 11.-Evita o reduce hacer aseo pesado (por ejemplo: trapear) ()
- 12.- Evita o reduce exponerse a luces brillantes ()
- 13.-Se sienta en silla con respaldo duro ()
- 14.- Lloro ()
- 15.- Evita o reduce ir al trabajo ()
- 16.- Evita o reduce inclinarse ()
- 17.- Se distrae leyendo, viendo T.V., etc. ()
- 18.- Evita o reduce realizar labores de jardinería ()
- 19.- Evita caminar pequeñas distancias ()

-
- 20 - Evita estar demasiado tiempo en una sola postura (ejemplo: parado a sentado) ()
 - 21 - Habla a un amigo acerca de su dolor ()
 - 22 - Evita o reduce pasar su tiempo libre en hobbies que no requieran ejercicio físico ()
 - 23 - Evita o reduce lavar el automóvil ()
 - 24 - Evita o reduce ir de compras ()
 - 25 - Coge o arrastra las piernas ()
 - 26 - Evita o reduce el salir a un bar ()
 - 27 - Evita o reduce tener relaciones sexuales ()
 - 28 - Toma tabletas no recetadas por el médico ()
 - 29 - Evita o reduce salir a visitar familiares o amigos ()
 - 30 - Suspira, gime o grita cuando tiene dolor ()
 - 31 - Evita o reduce viajar en automóvil ()
 - 32 - Evita o reduce ir a fiestas ()
 - 33 - Se acuesta en el suelo o en cama dura ()
 - 34 - Evita olores fuertes ()
 - 35 - Va a nadar o hacer otro ejercicio que alivie el dolor ()
 - 36 - Evita o reduce ir al teatro ()
 - 37 - Cambia de postura (ejemplo: se sienta, se para, se acuesta) ()
 - 38 - Evita o reduce realizar pequeñas reparaciones o arreglos en casa ()
 - 39 - Evita perder su tiempo con la gente con quien vive ()
 - 40 - Le da por tomar ()
 - 41 - Se da masaje en la espalda ()
 - 42 - Evita o reduce realizar tareas fáciles en casa (ejemplo: sacudir, lavar platos) ()
 - 43 - Le platica a algún conocido sobre su dolor ()
 - 44 - Evita o reduce bailar ()
 - 45 - Reduce la velocidad de sus movimientos físicos ()
 - 46 - Evita o minimiza estirarse ()
 - 47 - Hace muecas o frunce el ceño ()
 - 48 - Evita que le visiten ()
 - 49 - Evita o reduce trasladarse de un lugar a otro. ()

ANEXO 4

ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

NOMBRE: _____ FECHA _____

INSTRUCCIONES:

Para cada una de las oraciones siguientes tache el número que represente el grado en que esté usted de acuerdo o en desacuerdo dependiendo de las siguientes opciones:

- 1= Totalmente en desacuerdo
- 2= Moderadamente en desacuerdo
- 3= Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
- 4= Moderadamente de acuerdo
- 5= Totalmente de acuerdo

Por favor asegúrese de que su respuesta sea solamente una. En este cuestionario no hay respuestas correctas ni incorrectas.

1.- Cuando hago planes tengo la seguridad de que puedo trabajar en ellos	1	2	3	4	5
2.- Uno de mis problemas es que no puedo concluir todo el trabajo que tengo bajo mi responsabilidad	1	2	3	4	5
3.- Si no puedo hacer una actividad a la primera, lo intento hasta que la logro	1	2	3	4	5
4.- Cuando me propongo una meta importante, pocas veces la alcanzo	1	2	3	4	5
5.- Dejo las cosas antes de terminarlas	1	2	3	4	5
6.- Evito las situaciones difíciles	1	2	3	4	5
7.- Si algunas cosas al verlas me parecen complicadas, no me molesto en intentarlas	1	2	3	4	5
8.- Cuando tengo cosas que hacer, trabajo en ellas hasta terminarlas	1	2	3	4	5
9.- Cuando me decido a hacer algo me dedico a trabajar en ello	1	2	3	4	5
10.- Cuando intento aprender algo nuevo, pronto me doy por vencido si no tengo éxito	1	2	3	4	5
11.- Cuando ocurren problemas inesperados, yo no los resuelvo bien	1	2	3	4	5
12.- Evito intentar aprender cosas nuevas cuando parecen muy difíciles para mí.	1	2	3	4	5
13.- Los fracasos solo hacen que yo intente las cosas con más fuerza	1	2	3	4	5
14.- Siento inseguridad en mi habilidad para hacer las cosas	1	2	3	4	5
15.- Me doy por vencido fácilmente	1	2	3	4	5
16.- Siento autoconfianza personal	1	2	3	4	5
17.- No soy capaz de resolver la mayoría de los problemas que llegan a mi vida	1	2	3	4	5

ANEXO 5

ESCALA DE LOCUS DE CONTROL

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES. Este es un cuestionario para explorar la forma en que las personas opinan sobre ciertos aspectos relacionados con el dolor de espalda.

Junto a cada enunciado está una escala que tiene un rango de 1 (Completamente en desacuerdo) hasta 5 (Completamente de acuerdo). Usted deberá marcar el número que represente el grado en que usted esté de acuerdo. Por favor asegúrese de que su respuesta sea solamente una. Este cuestionario es de opiniones personales de manera que no hay respuestas correctas o incorrectas.

- 1 = Totalmente en desacuerdo
 2 = Moderadamente en desacuerdo
 3 = Ni en acuerdo ni en desacuerdo
 4 = Moderadamente de acuerdo
 5 = Totalmente de acuerdo

1.	Si me aumenta el dolor de espalda mi propio comportamiento determinará que tan pronto se me quite.	1	2	3	4	5
2.	No importa lo que haga, si me va a doler la espalda, me dolerá.	1	2	3	4	5
3.	Muchas de las cosas que afectan mi dolor de espalda suceden por situaciones imprevistas.	1	2	3	4	5
4.	Siempre que me duele la espalda debo consultar al médico	1	2	3	4	5
5.	La mejor forma de controlar mi dolor de espalda, es visitar regularmente al médico.	1	2	3	4	5
6.	Yo controlo mi dolor de espalda.	1	2	3	4	5
7.	Mi familia tiene mucho que ver con que me aumente el dolor de espalda.	1	2	3	3	5
8.	Cuando tengo dolor de espalda es porque no he seguido el tratamiento.	1	2	3	4	5
9.	La suerte tiene mucho que ver con que tan pronto me recupere del dolor de espalda.	1	2	3	4	5
10.	El control de mi dolor de espalda depende mucho de las acciones de médicos y terapeutas.	1	2	3	4	5
11.	No tener dolor de espalda es en gran parte cuestión de buena suerte.	1	2	3	4	5

CRUZ CERON-RAMOS DEL RIO

12. Yo soy la causa de mi dolor de espalda.	1	2	3	4	5
13. Si tengo cuidado de mi mismo puedo evitar que mi dolor de espalda aumente	1	2	3	4	5
14. Cuando me recupero del dolor de espalda, generalmente es porque otras personas (doctores, enfermeras, familiares) han tenido cuidado de mi.	1	2	3	4	5
15. Sin importar lo que hago me duele la espalda.	1	2	3	4	5
16. Si tomo las medidas adecuadas puedo evitar que mi dolor de espalda aumente.	1	2	3	4	5
17. En lo que se refiere a mi dolor de espalda, solo puedo hacer lo que el doctor me indica.	1	2	3	4	5
18. La verdad es que yo mismo puedo controlar mi dolor de espalda.	1	2	3	4	5
19. Cuando tengo dolor de espalda tengo la fuerza para reponerme de él.	1	2	3	4	5
20. A menudo siento que no importa lo que haga, si voy a tener dolor de espalda lo tendré.	1	2	3	4	5
21. Si veo regularmente a un médico excelente, es más difícil que me duela la espalda.	1	2	3	4	5
22. Los acontecimientos accidentales parecen influir mucho en mi dolor de espalda.	1	2	3	4	5
23. Solo puedo prevenir los fuertes dolores de espalda consultando a un profesional de la salud.	1	2	3	4	5
24. Soy directamente responsable de padecer dolor de espalda.	1	2	3	4	5
25. Otras personas tienen que ver con que me duela la espalda.	1	2	3	4	5
26. Se por lo que sea, por lo que me duele la espalda es por mi culpa.	1	2	3	4	5
27. Cuando tengo muy fuerte el dolor de espalda solo tengo que dejar que las cosas sigan su curso.	1	2	3	4	5
28. Los profesionales de la salud me protegen de que mi dolor de espalda aumente o empeore.	1	2	3	4	5
29. Cuando no tengo dolor de espalda, sencillamente es porque tengo suerte.	1	2	3	4	5
30. El que no me aumente el dolor de espalda depende de que tan bien me cuide.	1	2	3	4	5
31. Cuando el dolor de espalda aumenmta es porque no me he cuidado bien.	1	2	3	4	5

CRUZ CERON-RAMOS DEL RIO

32. Los cuidados que recibo de otras personas determinan que tan pronto me recupere.	1	2	3	4	5
33. Aun cuando me cuide es fácil que me duela la espalda.	1	2	3	4	5
34. Cuando aumenta mi dolor de espalda es cosa del destino.	1	2	3	4	5
35. Cuidándome bien es casi seguro que puedo controlar mi dolor de espalda.	1	2	3	4	5
36. Seguir al pie de la letra las indicaciones del doctor, es la mejor forma de controlar mi dolor de espalda.	1	2	3	4	5