

10
2ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

70
1972
5/14/72

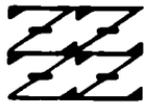
**COMPARACION DE NIVELES DE DEPRESION Y
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN DOS
GRUPOS: UNO CON LUMBALGIA CRONICA
MECANOPOSTURAL Y UNO SIN DOLOR**



T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
GABRIELA GARCIA ACOSTA



U N A M
F E S
Z A R A G O Z A



LO FORMAN 1/2
DE CUARTO DISEÑO

MEXICO, D.F.

JUNIO 1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Sagué por primera vez mi cara al mundo y me sentí extraño, ajeno. Al transcurso del tiempo mis ojos asomados admiraron la complejidad del mundo, era asesorador. Más dos seres me indicaron el camino y motivaron a ser participo, crítico, reflexivo y soñador no sólo de ese gran mundo, sino de la vida misma.

!!! Gracias Padres !!!

Las experiencias que forjaron el desarrollo de mi infancia y adolescencia fueron el pretexto de las aventuras que disfrutamos, al descubrir al hombre, juntos.

!!! Gracias Hermanos !!!

La formación académica me dirigió con devenir de los años a decidir el curso profesional designado a cubrir expectativas e ideales, a romper esquemas y a generar constructos. Sin embargo, temía perderme en el saber infinito y en la egolatría del conocimiento absoluto, pero el don de los infranqueables mentores que desrocaron mis paradigmas, me permitieron reconocer al hombre perdido entre falacias y construir junto al profesionalista, a un ser humano humilde y reflexivo.

!!! Gracias Profesores!!!

!!! Gracias Detha, por compartir y colaborar a alcanzar un sueño !!!

Simultáneamente, la vida me sorprendió con sucesos hermosos e inspirados, tres personas se unieron a nuestro hogar, y juntos aprendimos a compartir y a disfrutar la riqueza de convivir en el reto de ser una nueva y gran familia.

!!! Gracias Abuelito Miguel, Andrea y Silvia !!!

Camine por la vida, en la fortaleza de la soledad, pero sin darme cuenta el amor dispuso junto a mí a su más fiel guerrero, quién apacible y cariñoso me enseñó a construir dos anhelos en una sola realidad llena de amor.

!!! Jorge, gracias por tu apoyo incondicional, y principalmente por hacer mi vida muy feliz !!!

Juntos nos enriquecimos de saber, aprendimos a compartir, a crear y crecer de la experiencia y forma de pensar de cada uno de nosotros, construimos una amistad. Pero el tiempo separa senderos, abre brechas, sin embargo, la grandeza que nos brinda el ser amigos va más allá del tiempo y el espacio.

!!! Gracias amigos !!!

Ahora, me enorgullece decir, que gracias a todos y cada uno de ustedes, e alcanzado una meta y observo al mundo de otro modo.

INDICE

	Página
Resumen	
Introducción	
Capítulo 1. Dolor crónico	6
• Definición y clasificación del dolor de espalda	8
<i>Tratamientos</i>	12
<i>Intervenciones médicas</i>	12
<i>Intervenciones psicológicas</i>	13
Capítulo 2. Depresión	17
• Definición	18
• Síntomas	20
Capítulo 3. Depresión y Dolor crónico	25
Capítulo 4. Estrés y Estrategias de Afrontamiento	29
• Estrés	29
• Modelos de estrés y enfermedad	30
• Estrategias de Afrontamiento	32
<i>Evaluación primaria</i>	32
<i>Evaluación secundaria</i>	33

<i>Reevaluación</i>	34
<i>Proceso de Afrontamiento</i>	34
<i>Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción</i>	35
<i>Modos de afrontamiento dirigidos al problema</i>	36
Planteamiento del problema y propósito de estudio	40
• Hipótesis	44
• Método	45
<i>Sujetos</i>	45
<i>Materiales</i>	46
<i>Diseño</i>	48
<i>Escenario</i>	48
<i>Procedimiento</i>	48
Resultados	51
Discusión	63
Referencias	71
Anexos	76

Comparación de Niveles de Depresión y Estrategias de Afrontamiento en dos grupos: uno con lumbalgia crónica mecanopostural y uno sin dolor.

GARCIA ACOSTA GABRIELA

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

ASESOR MTRA BERTHA RAMOS DEL RIO

RESUMEN

El propósito del presente estudio fue observar las diferencias en los niveles de severidad de la depresión y la utilización de las Estrategias de Afrontamiento en un grupo de pacientes con lumbalgia crónica mecanopostural y un grupo sin dolor crónico. Participaron 30 sujetos conformados en dos grupos: una muestra intencionada de 15 pacientes de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte (U M F R R N) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con diagnóstico de lumbalgia crónica mecanopostural (G1) y una muestra de 15 pacientes sin dolor crónico (G2). La distribución fue 12 del sexo femenino y 18 del sexo masculino, con un promedio de edad de $X = 43.43$ (25 - 60 años). El G1 presentó un periodo de evolución del dolor promedio de $X = 2$ años 8 meses (de 6 meses a 8 años). Se aplicó en ambos grupos una entrevista inicial, el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Modos de Afrontamiento, al grupo con lumbalgia crónica mecanopostural, se le pidió monitorear diariamente la intensidad de su dolor durante quince días. Los resultados mostraron que los pacientes con lumbalgia crónica presentaban mayores niveles de depresión que el grupo sin dolor, sin embargo, los parámetros de dolor y la depresión no mostraron ninguna relación, por otra parte, se encontró que el grupo con dolor emplea más la estrategia escape-evitación en comparación al grupo sin dolor. Se observaron dos correlaciones positivas estadísticamente significativas en el grupo de pacientes con lumbalgia crónica mecanopostural: una en relación a la estrategia de distanciamiento con el periodo de evolución del dolor, y otra entre la estrategia de solución de problemas con respecto a la frecuencia del dolor.

Introducción

La inserción creciente de la Psicología en el campo de la salud ha obedecido en considerable medida a sus posibilidades de participar en la solución de un amplio círculo de problemas médicos, y en particular, de aquellos relacionados con la profilaxis, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades crónicas. Justamente el dolor, y más especialmente el dolor crónico, se encuentra en una zona tangencial con algunos de estos problemas. El dolor es un síntoma importante de muchas enfermedades crónicas y, por su naturaleza, requiere una visión multidimensional (Carbonell, M., Grau, J. A., Bosch, F., Zas, B., Rial, N., Tabio, E., 1993).

El dolor es el síntoma principal más común en la consulta médica, sin embargo en comparación con el dolor agudo, el dolor crónico, tiende a ser descrito como un problema en términos de costo humano y gasto financiero (Russell, 1988). El dolor crónico es un síntoma común que causa considerable sufrimiento en los pacientes, debido a que este síntoma frecuentemente resulta incapacitante, y tiene un enorme impacto socioeconómico (Spengler, 1982).

Por ejemplo, se estima que en gastos de atención médica, compensaciones, incapacidades y gastos relacionados, cerca de 70 billones de dólares invierte la Unión Americana en el costo del dolor crónico anualmente (Russell, 1988). Así como se estima que cerca de una tercera parte de la población Americana presenta dolor crónico persistente o recurrente, y quizá una mitad o dos terceras partes de estas personas están parcial o totalmente incapacitadas por períodos de semanas, meses e incluso años (Bonica, 1990). Aunque en México se carece de datos epidemiológicos al respecto, Campuzano (1987) reportó que el dolor crónico está presente entre un 75 y 80% de los pacientes que acuden a la consulta médica general (citado en Ramos, 1989).

Es ampliamente reconocido que el dolor crónico tiene repercusiones en el ámbito personal, social y económico en el individuo (Tollison, 1987), debido a que genera distress psicológico, dificultades maritales, disfunción vocacional, incapacidad funcional, y/o excesiva medicación y uso de los servicios de salud, así como disfunción física y psicológica (Turner, 1990). Por lo que algunos autores estiman que el dolor crónico tiene gran impacto en la calidad de vida de las personas que lo padecen (Williams, 1988; Tollison, 1987; Bonica, 1990).

Las causas y los efectos del dolor deben evaluarse dentro de varias categorías físicas, funcionales, cognitivo-conductuales, emocionales, económicas y socioculturales. De tal manera que factores demográficos como edad, sexo, educación, etnia y nivel socioeconómico son importantes predisponentes. Así, el estrés, estilo de vida, historia y estructura familiar e historia personal pueden posibilitar el inicio del dolor (Williams, 1988).

El dolor físico es un potente estresor psicológico que afecta la imagen corporal, la autoestima, el sentimiento de identidad, la capacidad para trabajar, el mantenimiento de las relaciones sociales, familiares y maritales (Derogatis, L. R., Wise, T. N., 1992).

En la multiplicidad de padecimientos con dolor crónico, reportes locales y regionales de algunos países (Estados Unidos, Gran Bretaña, Israel, Escandinavia, Italia, Alemania y Australia) tienden a incluir en las enfermedades de mayor prevalencia el dolor de espalda, migraña y otros tipos de dolor de cabeza, dolor por artritis y otras enfermedades reumáticas/musculoesqueléticas, dolor por cáncer, dolor cardíaco y una variedad de síndromes dolorosos menos frecuentes (Bonica, 1990).

El dolor de espalda es la más frecuente causa de incapacidad funcional y de ausentismo en la población de sociedades industrializadas, y el segundo en incidencia después del dolor de cabeza, dentro de las principales causas de dolor crónico (Tollison y Kriegel, 1989). Probablemente el 80% de la humanidad se queja de dolor lumbar en algún periodo de su existencia y este dolor es responsable de numerosas consultas y frecuentes ausencias laborales por incapacidad física. En México, en el servicio de Urgencias del Hospital de Ortopedia y Traumatología "Magdalena de las Salinas", la lumbalgia es una causa muy frecuente de solicitud de atención médica y prácticamente las 24 hrs. del día es factible encontrar en este servicio pacientes con cuadro agudo de lumbalgia (Gutiérrez, 1985). Tal es el caso, que en el periodo comprendido del mes de Mayo a Octubre de 1985, se registraron un total de 420 casos por esta causa (Rodríguez, 1986).

El dolor crónico de espalda o lumbalgia provoca grandes problemas a la persona que lo sufre, debido a que el bienestar familiar, la economía personal, la autoestima, el estilo de vida, el contenido y la satisfacción social son variables que se ven afectadas, aunado al sufrimiento que el dolor provoca (Linton, 1993).

Es ampliamente reconocido que existe una apreciable proporción de pacientes con dolor crónico que presentan desórdenes depresivos (Dworkin y Gitlin, 1991), se ha encontrado que los pacientes con lumbalgia crónica consistentemente presentan una alta incidencia de dichos síntomas (Krishnan, K. R., France, R. D., Houpt, J. L., 1985, Atkinson, J. H., Slater, M. A., Grant, I., Patterson, T. L., Garfin, S. R., 1988), siendo considerada la depresión en esta población un importante factor predictor del dolor y las conductas de dolor (Krause, S. J., Wiener, R. L., Tait, R. C., 1994, Keefe, F. J., Wilkins, R. H., Cook, W. A., Crisson, J. E., Muhlbaier, L. H., 1986)

El estado de ánimo depresivo presenta síntomas muy particulares como pesimismo, disminución del apetito, pérdida de peso, ideas suicidas, presencia de llanto, sentimientos de culpa, aislamiento social, pero presenta síntomas compartidos con la presencia de lumbalgia crónica como problemas del sueño, preocupación somática, fatigabilidad e irritabilidad (Love, 1987)

Debido a que el dolor crónico en general es uno de los más importantes problemas de salud y el principal motivo de asistencia médica, es necesario abordarlo a partir de una visión multidimensional que permita evaluar la magnitud del problema no solo en el ámbito médico, sino que también es necesario evaluar el impacto social y personal de la población que lo padece

Actualmente, la alta incidencia de la lumbalgia crónica, ha obligado durante la última década a investigar de manera integral la epidemiología, patofisiología, etiología, evolución y repercusiones sociales de un padecimiento que se incrementa rápidamente. Sin embargo, es importante enfatizar que la lumbalgia crónica lleva consigo numerosos problemas tanto en el bienestar familiar, la economía personal, el soporte social y en el estado emocional de la persona que lo sufre, alterando generalmente su estilo de vida. El estado de ánimo depresivo que estrechamente se vincula a la presencia de dolor crónico contribuye en algunos pacientes, en gran medida al deterioro de su calidad de vida. Sin embargo, el estado depresivo también percibido dentro de la perspectiva multicausal, se presenta inmerso entre factores individuales, ambientales, sociales y cognitivos.

En la multiplicidad de factores cognitivos, la evaluación y el afrontamiento cognitivo del dolor parecen tener una participación crucial más no única, dentro de los determinantes de la presencia del

estado de ánimo depresivo en los pacientes con dolor crónico, en este caso en particular, de los pacientes con lumbalgia crónica mecanopostural

Debido a ello, es necesario encaminar esfuerzos que permitan corroborar la vinculación de un problema de salud, la lumbalgia crónica, con un estado emocional en particular, la depresión y la participación de quizá uno de varios mediadores de dicho vínculo, las estrategias de afrontamiento cognitivo. A partir de ello, el interés fundamental del presente estudio es verificar e indagar al máximo los recursos que contribuyan a la comprensión biopsicosocial de un problema de salud de gran incidencia e impacto social, la lumbalgia crónica

Dolor Crónico

El problema de dolor crónico, al menos en el mundo Occidental ha alcanzado proporciones alarmantes y actualmente agota considerables recursos económicos (Linton, 1993)

El estudio del dolor se remonta siglos atrás, mostrando diversas connotaciones teóricas dependiendo del punto de vista en que se analiza. Hace algunos años, Sternbach identificó la diferencia del dolor somatogénico y el dolor psicógeno, desde el punto de vista de una perspectiva psicofisiológica plasmada en su definición del dolor en 1968, donde expresa que el dolor *"es un concepto abstracto el cual se refiere a: 1) una sensación privada de daño, 2) un estímulo dañino, el cual es señal o aviso de que un tejido podría ser lastimado, 3) un patrón de respuesta, el cual opera para proteger al organismo de las amenazas. Las respuestas pueden ser descritas en varios términos los cuales reflejan ciertos conceptos: neurológicos, fisiológicos, conductuales y afectivos"* (en Russell, 1988)

Posteriormente, en 1970 la aportación que hizo Melzack resulta importante, en el sentido a que hace referencia al dolor como una percepción que es afectada por una multiplicidad de factores, puesto que consideró que la percepción del dolor más que estar en función de la cantidad de daño físico infligida en una persona, se ve influida por factores tales como las expectativas y la sugestión que pueden significativamente afectar el total de la respuesta de dolor (en Russell, 1988)

Durante los años 70's los médicos tienden a ser más conscientes de que factores conductuales y psicológicos juegan un rol importante en el desarrollo y mantenimiento del dolor crónico (Tollison y Kriegel, 1989). De tal manera, el dolor puede ser a su vez definido como una respuesta emocional por un input aferente. La percepción es obviamente influida por la emoción, y esta es a su vez particularmente dependiente de la personalidad y el estado de ánimo (Jayson, 1976)

En ese momento, la perspectiva del dolor como *"una experiencia sensorial y emocionalmente displacentera asociada con actual o potencial daño a tejidos, o descrito en términos de daño a éstos"* resulta limitada, puesto que a partir de ella resulta lógico concluir que si el dolor es un fenómeno puramente físico, podría ser controlado al bloquear los receptores de dolor y sus vías nerviosas a través del cuerpo. Desafortunadamente, los resultados de controlar el dolor por medio de cirugías o bloqueo químico de las vías nerviosas es poco satisfactorio (Tollison, 1987).

Debido a estas circunstancias, actualmente, la práctica médica es confrontada con la evidencia creciente de que aun cuando existe una red biológica que sustenta la sensación de dolor, el funcionamiento de dicha red es ampliamente influido por factores psicológicos, emocionales y por procesos de aprendizaje (Tollison, 1987).

Entre los factores que afectan la respuesta al tratamiento se incluyen características psicológicas y de personalidad, uso de analgésicos, nivel socioeconómico y soporte social. En conclusión, el dolor y particularmente el dolor crónico es multidimensional.

La definición más aceptada del dolor crónico es propuesta por la International Association for the Study of Pain, la cual describe al dolor crónico como *"aquél dolor el cual persiste pasado el tiempo normal de recuperación. Considerando una persistencia mayor o equivalente a 6 meses"* (IASP, 1994). En comparación con el dolor agudo, que tiene breve duración y claramente es asociado a una causa, el dolor crónico tiene una duración mayor de 6 meses de episodios periódicos o constantes y frecuentemente sus causas son inciertas (Tollison 1987).

Haciendo referencia a los padecimientos con dolor crónico, se bosqueja en un artículo de la Revista Time (Junio 11, 1984) que existe una alta incidencia en los Estados Unidos de personas con dolor de espalda crónico, aproximadamente 70 millones, de los cuales 20 millones sufren de dolor de cabeza migrañoso, 5 millones diagnosticados con ciática, y más de un millón de americanos sufren de dolor asociado con cáncer (en Russell, 1988), estas cifras tienden a incrementarse en el transcurso de los años.

DEFINICION Y CLASIFICACION DEL DOLOR DE ESPALDA

El dolor de espalda es una de las más comunes y complejas enfermedades encontradas en la moderna practica medica. En el Nuprin Pain Report, Louis Harris y Asociados, en 1986 reportan que 75 millones de americanos sufren de dolor de espalda, hay 7 millones de nuevas victimas cada año, 4 millones de estos sufridores de dolor de espalda están incapacitados para trabajar y 89 millones de dias de trabajo son perdidos por año a causa del dolor de espalda, que aunado al costo de procedimientos diagnósticos y tratamiento exceden los 5 billones de dolares anuales (en Tollison y Kriegel, 1989). En Mexico, en el Hospital de Ortopedia y Traumatologia "Magdalena de las Salinas" durante el primer cuatrimestre de 1984 se proporcionaron 1,588 consultas por lumbalgia, siendo la primer causa de atención médica y probablemente la primera causa de incapacidad laboral, aunque no se cuenta con el dato de manera oficial (Gutierrez, 1985)

El dolor de espalda puede ser descrito a traves de dos componentes no mutuamente excluyentes primero, el dolor es experimentado o percibido en la superficie dorsal del cuerpo, en un área que se extiende del occipucio hasta la region glútea y se expande a zonas laterales del cuello y del tronco, segundo, el dolor se presume proviene de estructuras dorsales, particularmente de la columna vertebral y el tejido relacionado. El dolor de espalda se extiende desde el cuello hasta el coxis, el dolor de espalda baja, quizá más adecuadamente llamado dolor lumbosacro ocurre entre el doceavo nervio y por encima de los glúteos, mientras que el dolor de espalda superior, es diferenciado entre cervical y dorsal (Jayson, 1976)

El dolor de la espalda varia en su intensidad desde una molestia intermitente y moderada hasta un dolor muy intenso e insoportable, según las características de los tejidos afectados y la extension de las lesiones que se han producido en ellos. El dolor puede localizarse en el área patógena o ser irradiado de una parte inervada por el segmento espinal que corresponde al área dolorosa. El umbral del dolor varia considerablemente en cada individuo (DePalma, 1957)

Entre las enfermedades específicas de la columna se encuentran en menor número de casos la artritis reumatoide cervical, el cáncer de los huesos de la columna o la mielitis transversa de la médula espinal, estas se presentan en menos del 1% de los pacientes que sufren dolor de espalda. La mayor parte del 99% restante tiene trastornos mecánicos de la espalda, si en estos se incluyen las alteraciones degenerativas (Stoddard, 1984)

Las causas de la "*espalda dolorosa*" pueden ser de orden mecánico, químico, metabólico, o aun hormonal (DePalma, 1957), se presenta como resultado de problemas posturales, alteraciones congénitas, traumatismos, infecciones, desórdenes degenerativos, enfermedades inflamatorias, desórdenes circulatorios y por lo menos otras 30 diferentes causas (Tollison, 1987). La más frecuente causa de dolor e incapacidad en esta región es la enfermedad o disfunción musculoesquelética de la espalda baja y miembros inferiores, seguida por los desórdenes neuropáticos y las enfermedades vasculares periféricas (Bonica, 1990)

Entre las disfunciones musculoesqueléticas de la espalda baja, el dolor aparece con mayor frecuencia en las regiones lumbosacra y sacrolumbar donde la columna espinal es móvil y se ancla a la base fija de la pelvis (DePalma, 1957), a estos tipos de trastornos que afectan las vértebras lumbares y sacro se les conoce como Lumbalgia (Keim, 1973) "La lumbalgia es un síndrome cuyo síntoma pivote es el dolor en la región lumbar, que puede acompañarse de signos y síntomas neurológicos y viscerales, de presentación aguda o crónica, de etiología multifactorial y que representa un importante problema socioeconómico debido a su alta incidencia e incapacidad" (Gutiérrez, 1985). De los pacientes que presentan dolor lumbosacro el 96% obtienen su recuperación 6 meses después, con un reporte de recurrencia del 30 al 70% un año después del inicio del dolor, de estos un pequeño grupo progresa a presentar dolor de espalda crónico, con las respectivas consecuencias físicas, psicológicas, económicas y sociales que esto conlleva (Tollison y Kriegel, 1989)

El dolor lumbosacro tiene mayor prevalencia entre el rango de edad de 25 a 65 años, la influencia de la edad es fundamental puesto que permite detectar dos clases potenciales de problemas lumbares: una minoría que presenta dolor lumbar provocado por la madurez y vejez del organismo y una mayoría con menores índices de edad, que presenta estructuras espinales afectadas por las demandas del

estilo de vida. Aunado a la edad, existe evidencia, de que el dolor lumbar es más frecuente en aquellas personas quienes tienen menos años de educación, esto podría estar directamente relacionado al tipo de ocupación que se realiza (Jayson, 1976). En un estudio realizado en Israel se encontró que el dolor lumbar es mucho más común en los trabajadores que no estaban satisfechos con su actual ocupación o status social, aquellos quienes estaban tensos y fatigados después del trabajo, y aquellos quienes tenían mucha responsabilidad y estaban bajo mucho estrés. En Suiza se reporta que entre el 50 y el 80% de la población trabajadora, sufre de dolor lumbar, cifras similares se reportan en los Estados Unidos. Los síntomas de dolor lumbar entre los trabajadores es igualmente común en hombres y mujeres (en Bonica, 1990). En México, en un estudio realizado por Gutierrez en 1985, en el Hospital de Ortopedia y Traumatología "Magdalena de las Salinas", se encontró primeramente, que el período de edad donde hay mayor afección de lumbalgia es entre los 35 y 40 años, encontrándose asimismo, que la población predominante fue la económicamente activa, principalmente obreros que se encontraban sometidos a grandes esfuerzos físicos, teniendo en segundo lugar las labores del hogar, con lo cual se corroboró que dichas labores son capaces de desarrollar patología a nivel de columna lumbar.

Esto nos permite considerar que el tipo de ocupación que se desempeña no solo es un factor de riesgo, sino también un factor que precipita y mantiene el dolor lumbar (Tollison y Krieger, 1989).

La mayoría de los empleos exigen grandes demandas de tipo orgánico, por lo que se ejerce gran esfuerzo sobre la espalda, como por ejemplo en trabajos de tipo manual, empleos que requieren que la persona haga complejos esfuerzos para realizar movimientos rotativos, carga de peso u ocupaciones sedentarias con una postura estática (Jayson, 1976). Debido a esto la mayor incidencia de dolor lumbar entre la población trabajadora es de tipo mecánico-postural.

Dentro de los tipos de dolor de espalda mecánico por problemas posturales, se encuentran aquellos ocasionados por inadecuados hábitos posturales, estrés postural ocupacional, obesidad, deficiencia muscular y anomalías congénitas (Bonica, 1990).

Los trastornos mecánicos de la columna causan dolor relacionado con la actividad, es decir, la molestia no se produce cuando el sujeto está en reposo, más si el dolor es muy intenso puede persistir aún en reposo, pero por lo general al adoptar otra postura se mitiga la intensidad del mismo. El dolor de causa mecánica suele ser intermitente y lo acentúan ciertos movimientos o actividades, y puede disminuirse la molestia evitando esos movimientos o dichas actividades (Stoddard, 1984)

Prolongada contracción de los músculos o grupos musculares que exceden las necesidades funcionales y posturales, provocan un incremento en la tensión, la cual frecuentemente causa el dolor de espalda

Las causas más comunes de incremento de la tensión muscular, son los conflictos emocionales o el incremento del estrés emocional relacionado al trabajo o la familia, por ello es importante tomar en cuenta que la tensión emocional, la ansiedad, la ira y otros factores están involucrados en los mecanismos psicofisiológicos que causan el dolor lumbar

El incremento en la tensión muscular causada por defectos posturales, ocurre cuando ciertas posturas del cuerpo son repetidas frecuentemente por periodos de tiempo prolongados, por ejemplo, mantener una posición fija por largos periodos o tendencia a tener rígidos los músculos bajo situaciones de estrés produce tensión muscular, sin embargo, el incremento en la tensión no solo ocasiona dolor, también es precursor del espasmo muscular y contribuye a generar daño sobre el músculo

El espasmo muscular es definido como una contracción involuntaria usualmente dolorosa, el espasmo en los músculos esqueléticos paraespinales son la mayor causa de dolor lumbar, dependiendo de la causa y rapidez del inicio, el dolor puede ser severo y bien localizado, o de severidad moderada y difuso

Aunado al dolor, el cual es frecuentemente severo, el espasmo muscular esquelético no tratado conduce al paciente dentro de un círculo vicioso de dolor que induce un incremento en la contracción muscular, el cual se revierte incrementando el dolor y ocasionando severas limitaciones de movimiento. Se reduce la tolerancia a estar sentado, de pie o caminar, y la persona agrava su dolor si se inclina o se levanta, por lo que la mayoría de los pacientes experimentan disturbios del sueño y depresión (Bonica, 1990).

TRATAMIENTOS

INTERVENCIONES MEDICAS

El tratamiento para el dolor lumbar crónico mecanopostural es básicamente de tipo rehabilitatorio y farmacológico, ya que por la etiología del padecimiento tiene como propósito permitir al sujeto realizar sus actividades cotidianas sin experimentar molestias intensas, para ello, debe aprender a vivir con algo de dolor, que puede aminorarse más no aliviarse por completo

Se utilizan diversas modalidades de tratamientos para reducir el dolor a un nivel tolerable, sin embargo, es importante enfatizar que en el tratamiento del dolor crónico el entrenamiento y atención psicológica es imperativo (Keim, 1973)

Los agentes físicos empleados en el tratamiento del dolor lumbar tiene una amplia historia a través del tiempo, las compresas calientes, baños minerales, fomentos, el frío y la electricidad han sido utilizadas desde tiempos ancestrales, actualmente versiones más sofisticadas de estos agentes, ofrecen mejoría del dolor y facilitan la rehabilitación de muchos pacientes (Gutiérrez, 1985)

Terapia física

Se orienta a la recuperación y adaptación de la parte afectada o incapacitada al aplicar diferentes tipos de ejercicios y manejar aparatos o equipo electromédico, los tratamientos más frecuentes consisten en **electroterapia** a través de diatermias, estimulación y corrientes diadinámicas, **hidroterapia** en tanques terapéuticos, compresas de agua fría y caliente y baños de contraste y, **mecanoterapia** que comprende ejercicios en rampas, paralelas, bicicletas, escaleras, remos, poleas, etc

Terapia ocupacional

Se aboca primordialmente a proporcionar patrones de movimiento de diferentes tipos actividades ya sea manuales, creativas, sociales, laborales, personales, con la finalidad de favorecer la independencia física mediante el adiestramiento de actividades (McDonald, 1979)

Medidas higiénico posturales de columna

Consiste en mostrar a los pacientes las posturas correctas para empujar, jalar y cargar objetos pesados, adecuadas posturas al sentarse y recostarse, recomendaciones de control de peso, no utilizar tacón y realizar actividades deportivas, entre otras, asimismo incluye el enseñar al paciente a realizar ejercicios que están encaminados a mejorar la flexibilidad, tono muscular e incrementar la fuerza del dorso. En la actualidad, los ejercicios se consideran el recurso más importante para el tratamiento de la lumbalgia crónica mecanopostural ya que ha probado ser un método que provee múltiples beneficios a los pacientes

Terapia farmacológica

Es el recurso más ampliamente empleado en la medicina y su objetivo es eliminar o disminuir la presencia de dolor, sin embargo, se ha demostrado que los pacientes con dolor crónico adquieren dependencia, ya que la eficacia de los analgésicos no es consistente y su efecto para mitigar el dolor se reduce, por lo que su utilidad terapéutica es muy limitada (Keim, 1973)

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

De acuerdo con Linton (1990) las más completas investigaciones con métodos psicológicos han demostrado la eficacia en la utilización de los métodos cognitivo-conductuales en el tratamiento de lumbalgia crónica. Estos tratamientos han sido derivados de teorías cognitivas y conductuales del dolor y las técnicas más comunes son terapias de relajación, técnicas operantes, estrategias cognitivas, entrenamiento social y terapias de afrontamiento

Técnicas de relajación

Estas incluyen relajación progresiva, relajación cognitiva, relajación aplicada, relajación indirectamente controlada, entrenamiento autogénico, imaginación y meditación (Linton, 1990)

El objetivo de la terapia de relajación es reducir la tensión muscular y por medio de ello romper el ciclo tensión-dolor o proveer al paciente un método efectivo para controlar el dolor, con la finalidad

de que posteriormente lo incorpore como una estrategia de afrontamiento, y lo emplee en situaciones cotidianas. La terapia de relajación reduce la intensidad del dolor, generando un incremento en la actividad y un decremento en el uso de medicamentos (Tollison, 1987)

Técnicas operantes

Las técnicas operantes se basan en el aprendizaje y están dirigidas a identificar las conductas problema y a modificarlas por medio de reforzamiento deliberado, por lo que se desarrolla el clásico programa operante, el cual incluye medidas para decrementar la ingesta de medicamentos, los niveles y las conductas de dolor e incrementar los niveles de actividad (Linton, 1990)

Una técnica relativamente reciente en este aspecto es la *retroalimentación biológica* (biofeedback), la cual a través de instrumentos de monitoreo registra y proporciona al paciente información sobre su actividad biológica, dicha información permite al sujeto identificar y controlar sus reacciones corporales a partir de un entrenamiento operante que tiene como efecto colateral el aprendizaje de su relajación muscular (Tollison, 1987)

Entrenamiento de Actividades

Un problema que se ha encontrado extremadamente prevalente en los pacientes con dolor crónico es la incapacidad funcional, casi todos los pacientes se quejan de que ellos son incapaces de participar normalmente en algunas actividades cotidianas, por ello, el objetivo del entrenamiento en actividades es incrementar el nivel de actividad de los pacientes por medio de programas típicos de reforzamiento donde se seleccionan actividades blanco y se incrementan los niveles de reforzamiento de acuerdo a un sistema de cuotas.

El sistema por cuotas involucra medir los niveles de la actividad blanco en el pretratamiento y gradualmente incrementar la actividad a través del establecimiento de una cuota, si la cuota es exitosamente alcanzada, el incremento es reforzado (Linton, 1990)

Estrategias cognitivas

Los metodos cognitivos han sido divididos dentro de dos amplias categorias aquellas relacionadas con estrés, y la modificación de cogniciones relacionadas al dolor. Las técnicas orientadas al estrés han sido anteriormente discutidas en la seccion de terapias de relajacion (tecnicas que examinan el decremento de la tensión muscular), entre las que se enfocan a la modificación de cogniciones se encuentran

-*Intención imaginativa* consiste en pensar acerca de alguna cosa incompatible con la experiencia de dolor, por ejemplo relajarse en un calmado y bello lugar en vacaciones

-*Transformación del contexto*, donde la tarea es imaginar que el dolor actualmente ocurre pero bajo condiciones diferentes, en condiciones mas apropiadas. Esto es, uno puede imaginar ser una persona miticamente fuerte experimentando dolor de espalda mientras salva personas, entonces el dolor es asociado con un estado afectivo positivo mas que con temor, ansiedad o depresión

-*Distraccion de la atención* es otro metodo comun donde la atencion es orientada hacia otras tareas, por ejemplo contar o leer. La idea parece basarse en el hecho de que el dolor es modificado en ciertas situaciones que requieren mucha concentración (Linton, 1990)

Entrenamiento asertivo

El entrenamiento en habilidades sociales se encamina a incrementar adecuados comportamientos sociales y frecuentemente es dirigido hacia situaciones como el trabajo o la casa o bien a otras situaciones que requieren participacion social. El enseñar a los pacientes con dolor cronico de espalda mejores habilidades sociales, asertivas y de comunicación es con la esperanza de que esto incremente su calidad de vida y con ello reducir su problema de dolor. Es recomendable que este tipo de procedimientos sean combinados con otros tratamientos para el dolor (Linton, 1990)

Aproximación de Estrategias de Afrontamiento

Esta aproximación combina las técnicas cognitivo-conductuales descritas anteriormente y además el aspecto de como el paciente interpreta su problema de dolor. Esto muestra que los pacientes

con dolor crónico, por ejemplo, frecuentemente tienen métodos pasivos de relacionarse con su dolor (Rosentel and Keefe, 1983) Sin embargo, esta pasividad y métodos generalmente inefectivos (e.g. esperar reposando a que el dolor se vaya) puede ser remplazada por métodos más efectivos y activos (Linton, 1990)

Una técnica que enseña al paciente cómo afrontar y relajarse ante una amplia variedad de situaciones estresantes es la *modulación del estrés*, la cual ayuda a relajar la tensión y la activación fisiológica y a sustituir las antiguas interpretaciones negativas por un arsenal de pensamientos de afrontamiento al estrés (McKay, M., Davis, M., Fanning, P., 1988)

En términos generales, las técnicas para el entrenamiento en habilidades de afrontamiento ayudan al paciente a identificar sus métodos para relacionarse con el dolor y poder incluir nuevos métodos como la relajación o un programa de actividades. Algunos terapeutas creen que el afrontamiento es la llave para un tratamiento exitoso, por lo que es necesario activar al paciente y conocer las creencias que él tiene acerca de su dolor y la incapacidad que le ocasiona (Linton, 1990)

Depresión

La depresión es una de las perturbaciones más antiguamente estudiadas, pero no tuvo en sus inicios un reconocimiento en la vida psicológica, sino que primeramente fue descrita por Hipócrates como una enfermedad provocada por un problema físico, *-el exceso de bilis negra en la sangre actuaba en el alma y en el cuerpo de la persona creando un estado de tristeza y abatimiento-*, sin embargo de esta descripción básica nació el concepto clásico de depresión (Polaino-Lorente, 1985)

La enfermedad depresiva es un hecho contemporáneo, con reconocimiento en el ámbito psicológico, y constituye un problema importante de salud pública, debido a que se estima que en el mundo aproximadamente cien millones de personas sufren de trastornos depresivos graves que necesitan atención, y por lo menos una de cada diez personas experimentan uno o más episodios depresivos durante su vida (James, 1981)

Durante las tres últimas décadas, se ha registrado un continuo incremento del cuadro depresivo entre las personas que viven en las grandes comunidades urbanas, y sobre todo entre la población de los países industrializados, debido a esto, la importancia de la depresión ha destacado de tal forma, que se le considera no sólo como el problema más frecuente en el campo de la salud mental, sino aun, como el padecimiento que más trastornos acarrea a la humanidad (Calderón, 1990)

En una encuesta realizada a médicos generales de la República Federal Alemana, Francia, Austria y Suiza se encontró que uno de cada 20 pacientes atendidos sufría depresión, asimismo, en otro estudio realizado en los Estados Unidos se detectó un incremento alarmante en el número de personas con diagnóstico de depresión en los hospitales generales, consultorios médicos y centros de salud, muchos de esos casos eran jóvenes y mujeres menores de 30 años, remitidos por intento de suicidio (Calderón, 1990)

Se estiman que alrededor de 120 a 200 millones de personas padecen depresión (Sartorius y Kielholz, 1973, en Ramos del Rio, 1989) y en otros que de la población mundial, el 10.7% de las mujeres y el 3.1% de los hombres la presentan (Rabassa-Asenjo, 1982, en Ramos del Rio, 1989)

Los reportes internacionales acerca de la prevalencia de la depresión coinciden con los estudios realizados en nuestro país, en anotar un constante incremento de este síndrome en los últimos años. Sin embargo, a fin de aportar datos que contribuyan al conocimiento del perfil epidemiológico, en México se llevó a cabo una investigación en el Distrito Federal durante el segundo semestre de 1981, se detectó que de un total de 928 personas el 28.2% presentaba depresión, en relación a la edad el 27.8% eran personas mayores de 60 años, y el 30.7% eran viudos. También se encontró una relación significativa con el nivel de escolaridad, el 40% de las personas deprimidas nunca había ido a la escuela, el 38.2% sólo habían estudiado la primaria incompleta y el 6.8% tenían carrera universitaria completa (Calderon, 1990). De tal manera que en el Distrito Federal y en la República Mexicana los trastornos afectivos como la depresión, ocupan el 4to. lugar dentro de los problemas de salud (Campillo y Caraveo, 1979, en Ramos del Rio, 1989)

DEFINICION

La definición de la depresión en ocasiones está determinada por las teorías etiológicas que tratan de explicarla, y estas han sido diversas, desde aquellas que involucran deficiencias bioquímicas y déficit hereditarios-constitucionales, hasta las que involucran factores psicológicos internos o rompimientos sutiles en los patrones de relación entre los organismos y su medio ambiente. Esta diversidad de teorías explicativas de la depresión permite en cierta forma una aproximación al fenómeno, a partir de dominios de análisis diferentes (Polaino-Lorente, 1985)

Por un lado, la depresión ha sido definida como un trastorno metabólico que debe ser tratado de manera exclusiva o predominantemente con drogas, y por otro, como un sentimiento de tristeza permanente o un desorden del afecto, en tanto que en otras ocasiones se le refiere como un síndrome que produce graves alteraciones en el funcionamiento psicológico y en algunas funciones somáticas (Arieti, S., Bemporad, J., 1981)

Sin embargo, la depresión es muy comúnmente considerada como un trastorno del estado de ánimo, que genera cambios en los componentes cognitivos, conductuales, motivacionales y vegetativos del individuo que la padece, por lo que es necesario tener una comprensión integral de la depresión (Arieti, S., Bemporad, J., 1981)

Dependiendo de su naturaleza, el término depresión puede referir desde una variación normal en la expresión emocional hasta una variación más intensa de la expresión de un estado de ánimo disforico, lo cual es considerado como un síntoma, mientras que al conjunto de signos y síntomas que producen graves alteraciones en el funcionamiento biológico y psicológico se le considera síndrome depresivo, y si en algunos casos, la depresión tiene una etiología, ya sea neurobiológica o patofisiológica es calificada como enfermedad (Arieti, S., Bemporad, J., 1981)

En la mayoría de los casos la depresión es referida a partir de los signos y síntomas que presenta, como por ejemplo, el *DSM III* donde la descripción de síntomas que presenta el individuo son un cambio en la forma de actuar previa y son relativamente persistentes, alteración del apetito, cambio en el peso, alteraciones del sueño, enlentecimiento psicomotor, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades para la concentración, ideas de muerte recurrentes o ideas y/o intentos de suicidio. El diagnóstico solo se verifica si se mantiene la alteración y si no está superpuesta a un trastorno de otro tipo (*DSM III*; American Psychiatric Association, 1992)

Partiendo de la diversidad de definiciones referentes a la depresión, se considera que una definición que concibe a la depresión de manera integrada es la propuesta por Hollon y Beck (1979), ya que contempla la intervención de diversos factores, sin el menoscabo de la participación de alguno de ellos, de tal manera, la depresión se define como un "síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva, considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los restantes componentes"

SINTOMAS

El estado depresivo tiene repercusión individual y social, existe una disminución en las relaciones sociales, en la autoestima y la salud, hay incapacidad de satisfacer demandas y necesidades, conflictos interpersonales, incapacidad de control de las situaciones, etc., lo cual deteriora la calidad de vida de la persona (Derogatis, et al., 1992)

La depresión está marcada por el cambio, las actividades previamente gratificantes parecen perder su atractivo, los individuos activos y esforzados llegan a ser destruidos por la duda, la indecisión, la apatía y el aislamiento (Hollon, S., Beck, A., 1979) A veces parece que las depresiones son provocadas por eventos externos, por ejemplo, la pérdida de un ser amado, mientras que en otras ocasiones, pareciera que no tienen un factor precipitante aparente (Calderón, 1990)

Los síntomas centrales de la depresión son la tristeza, el pesimismo, el descontento de sí mismo, junto con una pérdida de energía, de motivación y de concentración. El grado en que estos síntomas pueden presentarse y las combinaciones de los mismos son variables (Mendels, 1989)

Trastornos afectivos

La persona generalmente inicia con un estado de indiferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés, procura hacer el menor esfuerzo y con frecuencia prefiere permanecer aislado, aparecen rasgos de tristeza y aflicción más o menos relacionados con situaciones problemáticas o difíciles que la persona amplifica considerablemente, pero puede haber tristeza que no tiene ningún motivo aparente. La persona deprimida muestra inseguridad, no tiene confianza en sí misma y le cuesta trabajo tomar decisiones, lo que deteriora su actividad y su voluntad, por lo que con frecuencia está desinteresado, aburrido y dudoso (Calderón, 1990)

También frecuentemente se presenta un sentimiento difuso de inutilidad, vaciedad y futilidad en el depresivo. Los pacientes frecuentemente se quejan de sentirse abatidos e insatisfechos, se describen como infelices y con falta de ilusiones, y se detecta hipersensibilidad y susceptibilidad en su estado de ánimo (Mendels, 1989) Algunos pacientes depresivos experimentan estados de ansiedad, tensión e

irritabilidad que se manifiesta preferentemente en hostilidad hacia los otros, lo cual les ocasiona tener pésimas relaciones interpersonales (James, 1981)

Trastornos Cognitivos

El depresivo se enjuicia a sí mismo dentro de una gama de pensamientos que comprende desde la insuficiencia y la ineficiencia hasta la extrema culpabilidad (Mendels, 1989). también existe frecuentemente un sentimiento de temor que la persona no puede explicar, así como ideas recurrentes de fracaso que le conducen a la creencia de que cualquier acción que ejecute va a tener un resultado negativo, lo cual le produce una autoevaluación e incapacidad de enfrentar las situaciones actuales (Calderon, 1990)

Muy frecuentemente el paciente presenta circularidad de ideas y cavilaciones. sus pensamientos se caracterizan por contenidos monotemáticos ya sea de su propia enfermedad, la ruina económica y/o la culpa moral, en ocasiones presenta ideas obsesivas sobre temores, y tiende a catastrofizar la mayoría de los acontecimientos (James, 1981)

Aunque las funciones intelectuales no son las más afectadas en el estado depresivo, sí es importante mencionar que es común que la percepción, la atención, concentración y comprensión se encuentren disminuidas (Mendels, 1989)

El depresivo tiende a considerarse a sí mismo como incapacitado, derrotado y enfermo y a su mundo lleno de obstáculos para la obtención de aún la mínima satisfacción, y a sus futuros desprovistos de alguna gratificación, prometiendo sólo dolor y frustración. A este fenómeno se le ha llamado heurísticamente "la triada cognitiva de la depresión". Los pensamientos de la persona están distorsionados, así sus errores como la inferencia arbitraria, la supergeneralización y la exageración de los problemas determinan su esquema cognitivo (Beck, A., Shaw, B., en Ellis, A., 1981)

Trastornos conductuales

Se presenta una inhibición aparente y un decaimiento de los movimientos corporales y de los gestos expresivos (Mendels, 1989), dicha inhibición psicomotriz se traduce en la lentificación de las

respuestas motoras, gestos invariables y estereotipados, existe disminución de energía, incapacidad para llevar a cabo cualquier tarea que implique un esfuerzo, lo que disminuye notablemente su rendimiento (Mackinnon, R., Michels, R., 1973)

Como contraste, algunos pacientes manifiestan en vez de lentitud psicomotriz un estado de agitación, mostrando una inquietud extrema, tanto física como psicológica (Mendels, 1989)

Existe pérdida del interés por aspectos de higiene y cuidado personal, parece que estas actividades han perdido todo sentido, asimismo presenta constantes periodos de llanto y en ocasiones hermetismo e incomunicación (Mackinnon, R., Michels, R., 1973)

Se ha detectado en los últimos años una mayor prevalencia en depresivos a ingerir bebidas alcohólicas y fármacos que pueden originar dependencia, posiblemente con el fin de utilizar sus efectos desinhibidores para moderar la angustia (Calderon, 1990)

Trastornos somáticos

La persona deprimida experimenta disminución de la fase de sueño paradójico, imposibilidad de dormirse, sueño inquieto, superficial y con pesadillas, que es frecuentemente interrumpido, o por el contrario hipersomnia (Mackinnon, R., Michels, R., 1973)

Muchos depresivos muestran una acentuada pérdida de apetito que algunas veces se transforma en anorexia, lo cual provoca una disminución importante del peso. Caso opuesto, algunas personas tienen episodios recurrentes de bulimia (Derogatis, et al., 1992)

La disminución de la libido es el síntoma que con mayor frecuencia se presenta, y consiste en una disminución del interés sexual y por consiguiente en un decremento de las relaciones sexuales. En la mujer es muy común encontrar amenorrea, o inhibición de la respuesta sexual que puede ir desde el orgasmo insatisfactorio, hasta una falta completa de respuesta a la estimulación sexual, presentándose en algunos casos frigidez.

En las personas depresivas es constante identificar cuadros gastrointestinales que se relacionan con los factores psicológicos, entre ellos están el vómito, la úlcera péptica, la colitis ulcerosa y el colon irritable. Asimismo muestran trastornos cardiovasculares como alteraciones en la frecuencia cardíaca o

la tensión arterial, disnea nerviosa, algias cardioráscicas de tipo tensional, bradicardia y taquicardia (Mendels, 1989)

También presentan sequedad de boca, cefaleas, neuralgias, sensación de opresión en el pecho, dificultad para engullir, estreñimiento, vertigo y prurito (Mackinnon, R., Michels, 1973)

Debido a la gran diversidad de sintomatología de la depresión se correlaciona de manera directa y en ocasiones indirecta, con una gran variedad de enfermedades físicas, admisiones hospitalarias frecuentes y doble probabilidad de mortalidad (Gasto, C., Vallejo, J., Menchón, J. M., 1993)

Sin embargo, es importante enfatizar que la presentación aislada de algunos de estos síntomas no puede catalogarse como depresión, sino que deberá ser contrastado con la recurrencia, duración e intensidad de los episodios depresivos, debido a que existen sentimientos de infelicidad que pueden fluctuar durante el día y retirarse ante eventos favorables, que no serían considerados como estados depresivos (James, 1981)

Problemas familiares

El trastorno depresivo, especialmente el que no está bajo tratamiento, tiene profundos efectos familiares, en particular con los hijos de padres depresivos, quienes tienen un riesgo elevado de presentar problemas psicológicos, dificultades y bajo rendimiento escolar, problemas de salud, índices de criminalidad e impulsividad

La depresión en cualquiera de los miembros de la pareja incrementa la insatisfacción marital, altera los patrones de comunicación, genera patrones de conducta protectora, la persona depresiva es considerada enferma, por lo que en ocasiones se le aísla o, en el sentido opuesto, se sobreprotege (Gastó, et al., 1993)

La relación familiar puede convertirse hostil tanto para el depresivo que tiende a presentar comportamientos agresivos y de frustración, como para las personas que conviven con él. En ocasiones existe desmoralización y/o agotamiento secundario a los esfuerzos que hace la familia por sostener al depresivo, por lo que las familias de los depresivos experimentan fatiga, desesperanza y falta de interés por las actividades sociales (Calderón, 1990)

Las consecuencias personales y sociales del trastorno depresivo pueden variar considerablemente dependiendo del sexo, edad, interacción social, situación económica, laboral y del lugar que ocupa la persona dentro de la familia.

Por otra parte, el trastorno depresivo tiene un sustancial costo para la sociedad en términos de productividad, puesto que genera un frecuente ausentismo laboral, o falta de motivación e iniciativa en el trabajo, así como constantes incapacidades que tiene que sufragar la empresa (Polaino-Lorente, 1985).

Depresión y Dolor Crónico

En algunos casos, la depresión puede ocurrir en el transcurso de una enfermedad física en diferentes formas, puede ser una reacción intrínseca a la enfermedad, una reacción a la enfermedad o puede generarse como una entidad distinta y desvinculada de la enfermedad. Un diagnóstico diferencial exitoso en casos de dolor crónico que involucra depresión es frecuentemente difícil, ya que la depresión tiene manifestaciones somáticas que pueden involucrarse con los síntomas del dolor crónico (Derogatis, et al., 1992)

Es conocido el aspecto de que la duración e intensidad del dolor es un importante factor que determina sus efectos; porque mientras el individuo promedio puede soportar a corto plazo las consecuencias fisiológicas y psicológicas, incluso del más severo dolor, si el dolor se prolonga ejerce efectos que causan deterioro físico y mental (Bonica, 1990)

En tanto que, la importancia de la depresión como condición psicológica que afecta la experiencia del dolor del paciente con dolor crónico (Haythornthwaite, et al., 1991), puede deberse a que la limitación física y la inactividad contribuyen fuertemente al estado depresivo, lo cual genera un espiral en su adaptación de dolor (Atkinson, et al., 1988)

Por lo que, resulta hasta cierto punto común, que la lista de síntomas utilizados para hacer el diagnóstico de la depresión pudiera también ser atribuida más al dolor crónico que a la depresión misma. sin embargo, algunos síntomas podrían ser más reconocidos con la depresión por ejemplo, algunos pacientes con dolor crónico presentan dificultad para concentrarse a causa del dolor e indecisión y disminución de la memoria, los cuales son un punto de diagnóstico en la depresión.

Por tal motivo, se ha encontrado que el 50% de los pacientes con dolor crónico y depresión desarrollan los dos desórdenes simultáneamente, y que aproximadamente un 40% presenta depresión algunas veces después del inicio del dolor. En otros pacientes, el dolor puede ocurrir como un síntoma

de la depresión, posiblemente mediado por múltiples mecanismos psicológicos y/o biológicos, incluyendo ansiedad, tensión, preocupación somática y cambios bioquímicos (Romano y Turner, 1985)

En los pacientes que presentan dolor crónico, la frecuencia de depresión oscila entre el 22 y el 78% de los casos, en tanto que los pacientes que presentan depresión, la frecuencia de dolor persistente varía del 30 al 100% de los casos (Bonica, 1990)

Debido a que existen síntomas asociados que complican el diagnóstico de depresión en pacientes con dolor crónico, se ha estudiado que el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Depresión de Zung son instrumentos muy viables en estos casos, debido a que reportan ser capaces de identificar correctamente las personas depresivas de las no depresivas aproximadamente del 82 al 88% de las muestras de pacientes con dolor crónico (Bonica, 1990)

En este sentido, es común la depresión en los pacientes con lumbalgia, debido a que experimentan cambios en su estado de ánimo o perspectiva de vida desde el inicio del dolor, aparecen síntomas depresivos como disturbios del sueño, cambios en la alimentación, cambios en el funcionamiento sexual (dificultades para tener o mantener las erecciones, decremento de la lubricación vaginal, etc.), decremento del deseo sexual, cambio en las relaciones maritales y familiares. La depresión en estos pacientes está asociada a la alta percepción intensa del dolor, disturbios afectivos y severas disrupciones en el ámbito vocacional, social marital, sexual, y familiar (Tollison y Kriegel, 1989)

Tan es así, que prolongadas y repetidas ausencias en el trabajo puede ocasionar problemas laborales, así como las limitaciones funcionales o incapacidad para realizar ciertos movimientos puede generar reubicación del puesto de trabajo e incluso despido (Jayson, 1976), con la subsecuente disminución de la calidad y satisfacción de vida, provocada por la disminución de la remuneración económica (Atkinson, et al., 1988)

Los pacientes que tienen dolor lumbar y depresión, presentan distorsiones cognoscitivas que predisponen a los pacientes con dolor crónico a desarrollar depresión, o en ocasiones estas distorsiones cognoscitivas ocurren como consecuencia del estado depresivo y del dolor en sí (Romano y Turner, 1985), por ejemplo, los pacientes se perciben como socialmente indeseables cuando se describen a sí mismos y muestran altos niveles de inhibición afectiva y defensiva (Haythornthwaite, et al., 1991).

De acuerdo con Atkinson, et. al (1988) el incremento del estrés en el estilo de vida precede a la exacerbación o remisión del dolor lumbar crónico, o conlleva a problemas secundarios al dolor. De tal manera, encontró que algunos pacientes con dolor de espalda crónico sufren más, si también experimentan eventos de vida amenazantes o mayores dificultades como consecuencia de sus problemas de espalda. Bajo estas circunstancias los pacientes desarrollan síntomas o estados de ánimo depresivos, los cuales pueden complicar sus esfuerzos adaptativos con su condición de dolor.

Los pacientes depresivos reportan gran intensidad de dolor, gran interferencia en sus vidas debido al dolor y mayores conductas de dolor (Haythornthwaite, J. A., Sieber, W. J., Kerns, R. D., 1991), por lo que la depresión es un importante factor que necesariamente debe ser considerado cuando se evalúa la significancia clínica del dolor y conductas de dolor en pacientes con lumbalgia (Keefe, et al., 1986).

Si bien, la depresión y el dolor crónico pueden ser relacionados de dos importantes formas: la depresión puede estar frecuentemente acompañada al dolor crónico, y contrariamente, los individuos depresivos presentan varios tipos de dolor. Al asumir que la depresión se presenta primero, o que el dolor es primero, se asume que la causa y el efecto es unidireccional (Bonica, 1990). Sin embargo, aun dentro de esta controversia, se considera que los vínculos en los que la depresión y el dolor crónico están asociados y los mecanismos de dicha asociación, existen (Romano y Turner, 1985).

Se sospecha que la percepción de la disminución significativa en la actividad física está asociada con un decremento en la satisfacción de vida y baja percepción de autocontrol, esto conduce a hipotetizar la existencia de mediadores (p.e. cognitivos, socioculturales, etc.) necesarios o vínculos indirectos entre la experiencia de dolor y síntomas depresivos. El modelo mediacional cognitivo-conductual sugiere que el estado de ánimo depresivo en los pacientes con dolor crónico puede ser explicado por la evaluación que los pacientes hacen del grado en el cual el dolor interfiere con importantes áreas de funcionamiento y percepción de autocontrol. La evaluación del problema del dolor y sus efectos es extremadamente importante en la evaluación y manejo de la depresión (Rudy, T. E., Kerns, R. D., Turk, D. C., 1988).

Las diferencias en la adaptación entre los sufridores de dolor crónico puede en parte relacionarse en cómo ellos evalúan y afrontan su problema de dolor, debido a esto se estudia la relación entre la evaluación, estrategias de afrontamiento y adaptación de los problemas de dolor crónico (Turner, 1990)

Estrés y Estrategias de Afrontamiento

ESTRES

La tendencia teórica y de investigación, en la relación entre situaciones estresantes e indicadores de nivel adaptativo de la salud y de síntomas psicológicos se refleja en la creencia de que esta relación es mediada por un proceso de afrontamiento (Lazarus, R., y Folkman, S., 1986)

Sin embargo, es necesario enfatizar que existen múltiples factores que pueden moderar la relación entre el estrés y el nivel de salud, desde características muy específicas de personalidad como la conducta Tipo A, locus de control, hostilidad, fatalismo, inflexibilidad, autoestima, hasta aspectos tan genéricos como apoyo social y vulnerabilidad biológica. Asimismo el estrés puede desencadenar el inicio de la enfermedad o estar involucrado en el curso, mantenimiento y término de la enfermedad (Maes, S., Vingerhoets, A., Van Heck, G., 1987)

En la literatura de estrés y afrontamiento, el concepto de adaptación usualmente se refiere al bienestar psicológico o al funcionamiento mental adaptativo. Un número de dimensiones de adaptación tienden a ser propuestas como relevantes en el dolor crónico, éstas incluyen conductas de dolor, autoreporte de severidad del dolor, nivel de actividad, uso de medicamento, utilización de los servicios de salud, fuerza y movilidad física, y depresión. Porque el dolor crónico no es sinónimo de incapacidad y depresión, es importante identificar los factores que promueven el funcionamiento adaptativo del dolor (Jensen, et. al., 1991).

El funcionamiento físico y psicosocial de los individuos con condiciones médicas crónicas varía ampliamente, puesto que dicho funcionamiento puede estar significativamente afectado por factores psicológicos, incluyendo entre éstos el cómo los pacientes evalúan y afrontan el estrés de su enfermedad (Bombardier, C. H., D'Amico, C., Jordan, J. S., 1990)

Existe evidencia de que la respuesta de afrontamiento de los individuos hacia el estrés juega un importante rol en el ajuste de la enfermedad. La cuestión de cómo las personas afrontan el dolor, se refiere a los pensamientos y conductas que las personas utilizan para manejar su dolor o sus reacciones emocionales al dolor y que reducen su distress emocional. Se ha encontrado que los pacientes con dolor utilizan una amplia variedad de estrategias y que el entrenamiento de estrategias cognitivas para el control del dolor tiende a demostrar un incremento en el umbral y tolerancia al dolor y decremento en el reporte de dolor (Turner y Clancy, 1986).

Existe amplio reconocimiento de que las estrategias de afrontamiento son un factor que determinan como los pacientes se ajustan al dolor crónico. Algunas estrategias de afrontamiento son más útiles que otras en determinar los efectos adversos o beneficios en aquellos pacientes que reportan dolor persistente.

Para comprender el rol de las estrategias de afrontamiento en sufridores de dolor persistente es necesario tomar en cuenta los tipos de estrategias de afrontamiento utilizadas, la relación entre diferentes tipos de estrategias de afrontamiento y el ajuste al dolor, así como variables de los propios pacientes, tipo y duración de la enfermedad (Crook, J., Tunks, E., Kalaher, S., Roberts, J., 1988), el contexto en el cual la enfermedad ocurre y, como cambian estos factores en el tiempo (Lazarus, 1993).

MODELOS DE ESTRÉS - ENFERMEDAD

Los modelos de estrés y afrontamiento pueden ser útiles para explicar las diferencias en la adaptación en pacientes con dolor crónico. Usando como modelos una base conceptual, varios investigadores examinan la habilidad de las creencias y estrategias de afrontamiento como predictores de la adaptación al dolor crónico (Jensen, et al., 1991).

Maes, S., Vingerhoets, A. y Van Heck, G. (1987) hacen una recopilación de algunos modelos de la literatura que explican específicamente la relación entre el estrés, la enfermedad y la forma en que los pacientes perciben y afrontan los estresores de la enfermedad.

Modelo de autorregulación de Leventhal El tema básico de este modelo es que el individuo es motivado interiormente a regular o minimizar sus riesgos relacionados con la salud y como actuar para reducir estas amenazas en forma consistente con las percepciones de ellas. Este es un modelo de procesamiento de información dividido en dos caminos paralelos. Uno, involucra la creación de una perspectiva objetiva o representación de la enfermedad, y el desarrollo de un plan de afrontamiento para el manejo de la amenaza. Otro, involucra la creación de una respuesta emocional del problema y el desarrollo de un plan de afrontamiento para el manejo de la emoción. Los dos caminos interactúan en la adaptación de individuo a cada situación específica. Las desventajas de este modelo son que la forma en que el individuo representa las amenazas o síntomas guía la respuesta de afrontamiento y sugiere el criterio para evaluar los resultados, y la elaboración de la representación de la enfermedad refleja las interacciones de ambos sistemas, el emocional y el objetivo.

Modelo de psicomantenimiento de Kinsman y asociados El psicomantenimiento se refiere a los factores psicológicos y conductuales que mantienen e incrementan la percepción de severidad y la intractabilidad médica de la enfermedad una vez que se ha desarrollado. La idea central del modelo es que la predisposición premorbidia del estilo de personalidad interactúa con el comienzo, tipo y severidad de la enfermedad, como resultado de la personalidad específica del paciente. Este modelo no considera el rol de la conducta de afrontamiento como variable mediadora entre la experiencia de emociones específicas y los factores ambientales.

Modelo de evaluación del estrés de Lazarus: La idea central de este modelo es el afrontamiento como rol mediador en las relaciones entre el estrés de la enfermedad y las conductas de salud resultantes. El modelo ilustra que los procesos de evaluación son centrales en la conducta humana en situaciones de estrés. Si un individuo es confrontado con una situación, primero la evalúa antes de entrar en acción. El modelo enfatiza el rol de un constante interjuego de las cogniciones y emociones, y como el estrés puede afectar la evaluación individual de los problemas físicos (Maes, et al., 1987).

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

La teoría cognitiva del estrés psicológico y afrontamiento en el cual Lazarus y Folkman se basan, es transaccional, debido a que la persona y el ambiente son vistas a través de una perspectiva dinámica, mutuamente recíproca y bidireccional. El estrés es conceptualizado como una relación entre la persona y el ambiente, el cual es evaluado por la persona como demanda que excede sus recursos y peligras su bienestar. La teoría identifica dos procesos: evaluación cognitiva y afrontamiento, como mediadores críticos en la relación estrés persona-ambiente y sus resultados a inmediato y largo plazo (Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., Delongis, A., 1986).

La importancia de considerar al estrés como un proceso puede ser bien observado cuando se considera el cambio de amenazas y demandas que confronta el individuo con enfermedad crónica y/o incapacidad (Turk, 1980).

Debido a esto, se considera pertinente hacer una revisión de los aspectos más importantes de la teoría de Lazarus y Folkman (1984), sobre estrés y procesos cognitivos.

La evaluación cognitiva refleja la particular y cambiante relación que se establece entre un individuo con determinadas características (valores, compromisos, estilos de pensamiento y de percepción) y el entorno cuyas características deben predecirse e interpretarse.

La evaluación de la situación requiere una actividad mental en la que se incluye el proceso de enjuiciamiento, discriminación y elección, basados en la experiencia pasada. El concepto de evaluación cognitiva es aquel proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo. Se distinguen dos aspectos de la evaluación: evaluación primaria y evaluación secundaria.

Evaluación primaria.

Se pueden distinguir tres clases de evaluación primaria: irrelevante, benigna-positiva y estresante. Cuando el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para el individuo, tal encuentro pertenece a la categoría de irrelevante.

Las evaluaciones benigno-positivas, se caracterizan por generar emociones placenteras tales como alegría, felicidad, amor, regocijo o tranquilidad. Entre las evaluaciones estresantes se incluyen aquellas que significan daño/pérdida, amenaza y desafío.

Se considera daño o pérdida cuando el individuo ha recibido ya algún perjuicio como haber sufrido una lesión o una enfermedad incapacitante, algún daño a la estima propia o social, o bien haber perdido algún ser querido. La amenaza se refiere a aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero que se prevén. Aun cuando ya hayan tenido lugar, se consideran igualmente amenaza por la carga de implicaciones negativas para el futuro que toda pérdida lleva consigo.

La tercera clase de evaluación del estrés, el desafío, tiene mucho en común con la amenaza en el sentido en que ambos implican la movilización de estrategias de afrontamiento. En el desafío hay una valoración de las fuerzas necesarias para vencer en la confrontación, lo cual se caracteriza por generar emociones placenteras tales como impaciencia, excitación y regocijo, mientras que en la amenaza se valora principalmente el potencial lesivo, lo cual se acompaña de emociones negativas tales como el miedo, ansiedad y mal humor.

Evaluación secundaria

La evaluación dirigida a determinar qué puede hacerse en una situación de peligro, ya sea bajo amenaza o desafío, es la evaluación secundaria. La actividad evaluativa secundaria es característica de cada confrontación estresante, ya que los resultados dependen de lo que se haga, de que pueda hacerse algo, y de lo que está en juego. Es un complejo proceso evaluativo de aquellas opciones afrontativas por el que se obtiene la seguridad de que uno puede aplicar una estrategia particular o un grupo de ellas de forma efectiva, la evaluación de la estrategia de afrontamiento incluye valorar también las consecuencias de utilizar una estrategia determinada o un grupo de ellas respecto a otras demandas internas y/o externas que podrían ocurrir simultáneamente.

Las evaluaciones secundarias de las estrategias de afrontamiento y las primarias de lo que hay en juego, interaccionan entre si determinando el grado de estres y la intensidad y calidad de la respuesta emocional.

Reevaluación

El concepto de reevaluación hace referencia a un cambio introducido en la evaluación inicial con base en la nueva información recibida del entorno y/o con base en la información que se desprende de las propias reacciones de éste. Una reevaluación es simplemente una evaluación de una situación que sigue a otra previa y que es capaz de modificarla. Los procesos de evaluación cognitiva son mediadores de estas complejas transacciones bidireccionales entre el individuo y el entorno.

Proceso de Afrontamiento

El afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. La dinámica caracteriza al afrontamiento como proceso, debido a que los cambios acompañantes son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno.

Sin embargo, el afrontamiento no debe confundirse con el dominio sobre el entorno, muchas fuentes de estrés no pueden dominarse y en tales condiciones el afrontamiento eficaz incluiría todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar o incluso, ignorar aquello que no puede dominar.

El planteamiento del afrontamiento como proceso tiene tres momentos principales: primero, el que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace; segundo, los pensamientos y acciones de afrontamiento se hallan siempre dirigidos hacia condiciones particulares, por lo que es necesario conocer aquello que el individuo afronta; tercero, el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar con estrategias, principalmente defensivas, y en otros con aquellas que sirvan para resolver el problema,

todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno. Por lo que de acuerdo con Meidensohn (1979) "*cada persona afronta un particular grupo de circunstancias dentro del contexto de una historia personal única*" (en Lazarus y Folkman, 1984).

La función del afrontamiento incluye mucho más que la resolución de un problema y su desarrollo efectivo sirve también a otras funciones. Su función tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia, el resultado del afrontamiento está referido al efecto que cada estrategia tiene. Sin embargo, en concordancia con Mechanic (1974) a partir de una perspectiva socio-psicológica se pueden citar tres funciones: afrontar las demandas sociales y del entorno, crear el grado de motivación necesario para hacer frente a tales demandas y mantener y equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos a las demandas externas (en Lazarus y Folkman, 1984).

Junto a las funciones descritas existe una diferenciación de extrema importancia: la diferencia que hay entre el afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a manipular la respuesta emocional a que el problema da lugar. El primero será referido como *afrontamiento dirigido al problema* y el segundo como *afrontamiento dirigido a la emoción*.

En general, las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema, son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción.

Existe una amplia gama de formas de afrontamiento dirigidas a la emoción. Un considerable grupo está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluye estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.

Ciertas formas cognitivas de afrontamiento dirigido a la emoción modifican la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente, estas estrategias equivalen a la reevaluación. Este tipo de afrontamiento se utiliza para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no importara, etc.

Folkman y Lazarus (1988) distinguen diferentes estilos de afrontamiento dirigidos a la emoción, entre los cuales se encuentran

Dirigidas a la emoción

Distanciamiento: Describe aquellos esfuerzos cognitivos por alejarse y minimizar la significancia de la situación

Autocontrol: Describe los esfuerzos de autoregular los sentimientos y las acciones

Escape-Evitación: Describe los esfuerzos cognitivos y conductuales para escapar y evitar el problema.

Responsabilidad: Conocer el propio rol de participación en el problema con una visión concomitante de intentar componer las cosas

Reevaluación positiva: Describe el esfuerzo de crear un sentido positivo al enfocarlo en crecimiento personal. También tiene una dimensión religiosa

Modos de afrontamiento dirigidos al problema.

Las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son parecidas a las utilizadas para resolución de éste, como ellas, generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas con base en su costo, beneficio, su elección y aplicación. Sin embargo, el afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias más amplio. La resolución del problema implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, mientras que en el afrontamiento dirigido al problema también se incluyen las

estrategias que hacen referencia al interior del sujeto. Entre las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema se encuentran: resolución de problemas y confrontativo.

Dirigidas al problema

Confrontativo: Describe los esfuerzos agresivos para alterar la situación y sugiere algún grado de hostilidad y riesgo.

Resolución de problemas: Describe esfuerzos deliberados enfocados al problema para alterar la situación, vinculado a una visión analítica para solucionarlo.

◆ Existe una estrategia de afrontamiento que involucra ambos tipos de afrontamiento, tanto dirigido a la emoción como dirigido al problema, el apoyo social, el cual es definido como:

Apoyo social: Describe los esfuerzos de buscar información adicional, soportes tangibles y soportes emocionales.

Folkman y Lazarus, et al. (1986) encontraron que el tipo de afrontamiento varía en relación de qué en él se ve amenazado (evaluación primaria) y que opciones de afrontamiento tiene (evaluación secundaria). Por ejemplo, cuando las personas sienten que su autoestima es amenazada, emplearán más el afrontamiento confrontativo, escape-avoidancia y autocontrol y aceptarán más responsabilidad, que cuando su autoestima no está en riesgo, cuando una meta en el trabajo es lograda se utilizará más la estrategia de solución de problemas, debido a que este tipo de afrontamiento se emplea cuando las personas evalúan que son capaces de cambiar para mejorar, mientras que el distanciamiento es utilizado en situaciones donde el sujeto no es responsable del cambio.

Esto indica, que el afrontamiento está relacionado con la calidad del resultado que se puede obtener del encuentro estresante, de tal forma, que el afrontamiento confrontativo y el distanciamiento son asociados con resultados que el sujeto encuentra insatisfactorios, en tanto que la solución de problemas y la reevaluación positiva es asociada con resultados satisfactorios.

También, se ha encontrado que el tipo de afrontamiento utilizado está estrechamente determinado más que por la de edad de la persona que enfrenta el encuentro estresante por el tipo de estresor que se presenta, ya sea de pérdida, amenaza y cambio. Asimismo el contexto en el que se experimenta la situación estresante, por ejemplo, la familia, el trabajo, la salud, y la amenaza que implica (e.g. autoestima, afectos o bienestar personal) son factores que intervienen en el tipo de estrategia que se emplea (Folkman, R., Lazarus, S., et al., 1987).

El afrontamiento de un individuo viene determinado por los recursos de que dispone, las creencias existenciales, las creencias generales sobre el control, los compromisos que tienen una propiedad motivacional que puede ayudar al afrontamiento, los recursos para la resolución de problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales.

Debido a esto, es necesario considerar que, como los pensamientos y actos cambian de acuerdo con las demandas situacionales de un momento dado, los estilos y estrategias de afrontamiento en relación con la enfermedad varían (Lazarus y Folkman, 1984).

En este punto resulta trascendental para este estudio la mención que Lazarus y Folkman (1984) realizan de la teoría de Lipowski, donde las estrategias de afrontamiento están relacionadas directamente con las actitudes y con los significados que la enfermedad, la lesión o la incapacidad tienen para el sujeto, el significado funciona como núcleo cognitivo que influye sobre las respuestas emocionales y motivacionales ante la enfermedad y, por tanto sobre las estrategias de afrontamiento.

Lipowski describió categorías de significados de la enfermedad, que reflejan las experiencias personales previas, el grado de conocimientos, el bagaje cultural y las creencias del enfermo.

Por ejemplo:

- *La enfermedad como desafío*. Esta forma de ver la enfermedad inspira generalmente formas de afrontamiento activas y adaptativas. La enfermedad o la incapacidad es considerada como cualquier otra situación de la vida que impone una demandas y obliga una labor específica para manejarlas con los medios de que se dispone. Las actitudes y los modelos de afrontamiento tienden a ser flexibles y razonables.

-
- La enfermedad como enemigo La enfermedad es considerada como una invasión por fuerzas enemigas, internas o externas, por lo que las consecuencias emocionales de esta forma de conceptualización son la ansiedad, el miedo y/o el mal humor

Esta es muy buena evidencia de que la adaptación a la enfermedad está influida por factores psicológicos, especialmente en cómo los pacientes evalúan y afrontan el estrés de su enfermedad

Planteamiento del Problema

De acuerdo con algunos autores (Bombardier, et al . 1990, Rosenstiel y Keefe, 1983, Felton y Revenson, 1984) existe una estrecha relacion entre el afrontamiento y la adaptación al dolor cronico, y a partir del estudio realizado por Bombardier, et al (1990) con pacientes que presentaban enfermedades crónicas como dolor de espalda (55%), dolor de cabeza (33%) y desordenes cardiovasculares y gastrointestinales entre otros, se encontro que los tipos de evaluacion de la enfermedad y las respuestas de afrontamiento son recurrentes predictores del funcionamiento adaptativo relacionado con la enfermedad, de la depresion y de la percepcion sobre la severidad de los sintomas. Asimismo, se encontro que el afrontamiento dirigido al problema está positivamente relacionado a un ajuste social pobre y a la depresión. Estos descubrimientos sugieren la presencia de un afrontamiento enfocado a la emoción consistente en deseos de evitacion y culpa, las cuales son estrategias maladaptativas en condiciones medicas crónicas.

La identificacion de cuales estrategias de afrontamiento son mas efectivas que otras esta basado en modelos clinicos psicologicos y conductuales y algunos estudios empiricos (Crook, et al 1988). Por ejemplo, Rosenstiel y Keefe (1983) reportaron que el afrontamiento cognitivo como esperanza, desviar la atención o rezar fueron predictores de la adaptación al dolor cronico en pacientes con lumbalgia crónica, encontrando tambien que las estrategias de afrontamiento que los pacientes emplean no estan relacionadas con la duracion del dolor, el nivel de incapacidad o la historia de múltiples cirugias lumbares.

Se han encontrado asociaciones significativas entre el uso de estrategias de distraccion de la atención y la intensidad del dolor, y entre la tendencia a catastrofizar y deterioro fisico y social (Turner y Clancy, 1986).

Por otro lado, Aldwin y Revenson (1987), reportan una relación bidireccional entre el afrontamiento y sintomas psicologicos. Aquellas personas con pobre salud mental sometidos a altos niveles de estrés utilizaron muy pocas estrategias de afrontamiento adaptativas, contrariamente, los

esfuerzos de afrontamiento son afectados por la salud mental independientemente del nivel de síntomas y el grado de estrés.

También se ha encontrado que las respuestas de afrontamiento están relacionadas a cambios en las actividades diarias y que muestran una relación altamente significativa con la insatisfacción del funcionamiento familiar (Watt-Watson, Evans, Watson, 1988)

Folkman y Lazarus (1986) encontraron que los sujetos que presentaban altos niveles de sintomatología depresiva utilizaron más el afrontamiento confrontativo, el auto-control y el escape-avoidancia y aceptaron mayor responsabilidad y soporte social que aquellos sujetos que presentaban pocos síntomas. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre los grupos en el uso del distanciamiento, solución del problema y reevaluación positiva. Asimismo, Coyne, Aldwin (1981) encontraron que el afrontamiento en personas depresivas está caracterizado por la búsqueda de soporte de información y soporte emocional, pero que no difiere de las personas no depresivas en la utilización de afrontamiento enfocado al problema.

Muchos autores (Turner y Clancy, 1986, Watt-Watson, et al., 1988, Rudy, et al., 1988, Rosenstiel y Keefe, 1983, Bombardier, et al., 1990, Crook, et al., 1988) sustentan la correlación entre estilos de afrontamiento y el estado de ánimo depresivo. A su vez, la depresión es significativamente correlacionada a las respuestas de afrontamiento, la insatisfacción familiar, la intensidad del dolor (Watt-Watson, et al., 1988), las conductas de dolor (Krause, et al., 1994), el nivel de actividad, la ingesta de medicamentos (Keefe, et al., 1986) y la catastrofización (Turner, y Clancy, 1986).

A partir de lo anterior, se establece la existencia de la relación bidireccional entre las estrategias de afrontamiento y la depresión, sin embargo es necesario enfatizar que las estrategias de afrontamiento también están estrechamente vinculadas a la adaptación del dolor crónico, así también existe la constante referencia de la asociación entre la depresión y el dolor crónico. Lo cual provee sustento teórico del enlace lineal bivariable de factores, sin embargo, este enlace muestra conexiones inter e intramediacionales que proveen demostración empírica quizá indirecta, de que existen factores psicológicos que actúan como mediadores y que están involucrados en la relación existente entre la depresión y el dolor crónico, siendo probablemente uno de ellos, las estrategias de afrontamiento. Por lo

que este estudio pretende estudiar *¿Cuál es la manera en que se relacionan la presencia del dolor, las estrategias de afrontamiento y la depresión en una muestra de pacientes con lumbalgia crónica mecanopostural de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social en comparación con un grupo sin dolor?*

OBJETIVO GENERAL:

Comparar los niveles de depresión y las Estrategias de Afrontamiento en dos grupos, uno con lumbalgia crónica mecanopostural y uno sin dolor

Objetivos Específicos:

- 1) Determinar las diferencias en los niveles de depresión en dos grupos, uno con lumbalgia crónica mecanopostural y uno sin dolor.*
- 2) Determinar las diferencias en las estrategias de afrontamiento empleadas en dos grupos, uno con lumbalgia crónica mecanopostural y uno sin dolor.*
- 3) Determinar la relación entre los parámetros de severidad del dolor (periodo de evolución, frecuencia, intensidad y duración) y los niveles de depresión en los pacientes con lumbalgia crónica mecanopostural.*
- 4) Determinar la relación entre los parámetros de severidad dolor (periodo de evolución, frecuencia, intensidad y duración) y las estrategias de afrontamiento de los pacientes con lumbalgia crónica mecanopostural.*
- 5) Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de depresión en dos grupos, uno con lumbalgia crónica mecanopostural y otro sin dolor.*

VARIABLES:

Las variables consideradas en el estudio son atributivas debido a que preexisten en los sujetos que van a ser estudiados, es decir, el medio ambiente, la herencia y otras circunstancias han hecho de

ellas lo que son actualmente, y debido a que es difícil manipularlas, solamente serán medidas (Kerlinger, 1985)

V.I.: Dolor crónico

Definición teórica

Experiencia sensorial y emocionalmente displacentera que persiste pasado el tiempo normal de recuperación. Considerando una persistencia mayor o equivalente a 6 meses (IASP, 1994)

Definición operacional

Parámetros de severidad del dolor, medido a través de la frecuencia, intensidad y duración del dolor a partir del monitoreo diario, así como periodo de evolución del padecimiento, registrado en meses y años

V.D: Estrategias de Afrontamiento

Definición teórica

El afrontamiento son todos aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1984)

Definición operacional

Se considerará el puntaje relativo obtenido para cada uno de los estilos de afrontamiento (confrontativo, distanciamiento, auto-control, apoyo social, responsabilidad, escape-avoidance, solución de problemas y reevaluación positiva) para posteriormente, clasificar los estilos en dirigidos a la emoción y dirigidos al problema, considerando al apoyo social como un estilo de afrontamiento intermedio entre los dirigidos a la emoción y al problema

V.D. Depresión

Definición teórica

Síndrome en el que interactúan diversas modalidades somática, afectiva, conductual y cognitiva, considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los restantes componentes (Hollon, y Beck, 1979)

Definición operacional

Puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck, considerando los niveles de severidad de dicho instrumento

HIPOTESIS:

- 1) Los pacientes con lumbalgia crónica mecanopostural presentarán mayores niveles de depresión que los sujetos sin dolor.*
- 2) Existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con lumbalgia crónica mecanopostural en relación al grupo sin dolor.*
- 3) Los pacientes con lumbalgia crónica mecanopostural que presenten más altos parámetros de severidad del dolor mostrarán mayores niveles de depresión.*
- 4) Los pacientes con lumbalgia crónica mecanopostural que presenten más altos parámetros de severidad del dolor emplearán más las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción.*
- 5) A mayor nivel de severidad de depresión en los pacientes con lumbalgia crónica mecanopostural existirá una mayor incidencia en la utilización de estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción.*

METODO

SUJETOS

Participaron 30 sujetos de ambos sexos, 12 mujeres y 18 hombres, con una edad promedio de $X = 43.43$ años (25-60), los cuales fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico o intencional (Kerlinger, 1979). Los sujetos se dividieron en dos grupos: el primer grupo (G1) estuvo conformado por 15 pacientes de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social diagnosticados con lumbalgia crónica mecanopostural. El segundo grupo (G2) estuvo conformado por 15 sujetos voluntarios sin dolor.

Los sujetos de ambos grupos cumplieron con los siguientes criterios de selección:

Los criterios de inclusión para el G1 fueron:

- Periodo de evolución de dolor de espalda de por lo menos 6 meses
- Diagnostico medico de lumbalgia crónica mecanopostural no sistematizada
- Rango de edad entre 25 y 60 años
- Escolaridad mínima de primaria terminada

Los criterios de no inclusión para el G1 fueron:

- Lumbalgia resultante de tumores, enfermedades metabólicas, viscerales, infecciosas, congénitas y circulatorias
- Traumatismos de columna vertebral
- Operaciones previas de columna
- Antecedentes de tratamientos invasivos
- Antecedentes psiquiátricos
- Antecedentes de farmacodependencia y alcoholismo
- Ingesta de tranquilizantes, antidepresivos, ansiolíticos o fármacos de repercusión en el sistema nervioso

-Padecimientos neurológicos

Los criterios de inclusión para el G2 fueron:

- Ausencia de enfermedades crónicas degenerativas
- Escaridad mínima de primaria
- Rango de edad entre 25 y 60 años

Los criterios de no inclusión para el G2 fueron:

- Antecedentes psiquiátricos
- Padecimientos neurológicos
- Antecedentes de farmacodependencia o alcoholismo
- Ingesta de fármacos de repercusión en el sistema nervioso (eg. antidepresivos, ansiolíticos, somníferos, etc.)

Los criterios de exclusión para ambos grupos fueron:

- No terminar el periodo de monitoreo (aplicable solo para el G1)
- Ingesta de fármacos de repercusión en el sistema nervioso durante el periodo de participación en la investigación
- Deserción
- Llenado incompleto o inadecuado de Inventarios

MATERIALES

➤ *Entrevista para la Evaluación del Dolor del Pam Therapy Center (EED)* (Tollison, 1987), la cual fue adaptada a las necesidades del presente estudio. Esta es una entrevista estructurada constituida por 49 reactivos, que permiten recopilar datos personales, familiares, laborales, información sobre el dolor y sintomatología concomitante, tratamientos recibidos y actitud hacia el dolor (anexo 1)

◆ *Entrevista estructurada para sujetos sin dolor (EESD)*, la cual fue elaborada para fines exclusivos de este estudio, y esta integrada por 17 reactivos, que permiten recopilar datos personales sobre aspectos de salud, situación familiar, laboral, y adicciones existentes (anexo 2)

◆ *Inventario de Depresión de Beck (IDB)* (Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. and Erbaugh, J., 1961), el cual consta de 21 reactivos que pueden ser calificados en una escala de 0 a 3 puntos, a partir del puntaje obtenido se determina el nivel de depresión 0-8 nula, 9-15 leve, 16-22 moderada y de 23 o más severa (anexo 3)

◆ *Inventario de Mecanismos de Afrontamiento (IMA)* (Lazarus y Folkman, 1988), que consta de 67 reactivos, los cuales son evaluados de acuerdo a una escala de 0 a 3, donde 0 es no, de ninguna manera, hasta 3 siempre, en gran medida. Posteriormente se obtendrá el puntaje bruto, es decir la sumatoria de las calificaciones de los ítems correspondientes a cada estilo de afrontamiento a partir del cual se determinará el promedio de cada estilo y el promedio total

Finalmente, se obtendrá el porcentaje relativo (división del promedio de cada tipo de afrontamiento entre la suma total de los promedios, multiplicado por 100). Este tipo de sumatoria permite evaluar 8 diferentes estilos de afrontamiento que pueden agruparse en dos categorías las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción que incluyen los estilos distanciamiento, auto-control, responsabilidad, escape evitación y reevaluación positiva, y las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema que incluye los estilos confrontativo y resolución de problemas, existiendo un estilo de afrontamiento compartido por ambas el apoyo social (anexo 4)

◆ *Escala de Automonitoreo del Dolor de Espalda (HAD)*, la cual evalúa la frecuencia, intensidad y duración del dolor. Se considera la frecuencia como el número de episodios de dolor durante una semana, en el sentido en que, un episodio de dolor se define como aquel limitado por intensidad de cero. Respecto a la intensidad, se evalúa la intensidad máxima como el número más alto de la escala de 0 a 5, donde 0 significa ausencia de dolor y 5 dolor muy fuerte; asimismo, se obtiene la intensidad promedio,

que es la suma de la intensidad del bloque de 7 días dividiéndolo entre la duración. La duración corresponde al número total de horas por bloque semanal en la que se reporta el dolor. Esta es una adaptación de la hoja de automonitoreo de Dolor de Cabeza de Budzynski (Budzynsky, T., Stoyva, J., Adler, C. and Mullaney, D. J., 1973) (anexo 5)

DISEÑO

Se empleó un diseño de comparación de dos grupos independientes, debido a que se determinó la medida en que las diferencias de las muestras constituyen un indicio convincente de una diferencia en el proceso aplicado a ellas (Siegel, 1979)

ESCENARIO

Un cubículo de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte del Área de Psicología, con dimensiones aproximadas de 1.60 cm X 3.80 cm, el cual cuenta con escritorio, archivero y 4 sillas, con buena iluminación, pero escasa ventilación

PROCEDIMIENTO

El desarrollo del estudio constó de 3 sesiones para ambos grupos, una por semana, con una duración aproximada de 30 minutos cada una

Los pacientes diagnosticados con lumbalgia crónica mecanopostural (G1) fueron remitidos por el médico tratante de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte, al servicio de Psicología de la Unidad. En la **primera sesión**, se realizó la entrevista para la Evaluación del Dolor, donde se confirmó que el paciente cumplía con los criterios de selección de la muestra, de ser el caso, se le explicó el objetivo de su visita al servicio de psicología, estableciendo como única finalidad el recabar información sobre su padecimiento de dolor, posteriormente se le informó que debía asistir durante 2 sesiones de 30 minutos una vez por semana y se le pidió monitorear la frecuencia, intensidad y duración de su dolor diariamente durante 2 semanas, explicándole la utilización de la Hoja de automonitoreo de Dolor de Espalda

En la **segunda sesión**, se recogieron las hojas de monitoreo, se comentó con el paciente su registro, y se le pidió que contestara el Inventario de Depresión de Beck

En la **tercera y última sesión**, nuevamente se recogieron las hojas de monitoreo, y se le solicitó al paciente que contestara el Inventario de Modos de Afrontamiento pensando exclusivamente en lo que hace respecto a su dolor de espalda

Para el grupo sin dolor crónico (**G2**), se distribuyeron carteles en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte, invitando a los derechohabientes a participar en la investigación, solicitándoles acudir al cubículo correspondiente del Área de Psicología, en donde se les aplicó individualmente la Entrevista estructurada para sujetos sin dolor, confirmando que cumplían con los criterios de selección, de ser así, se les solicitó en las sesiones siguientes contestaran el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Modos de Afrontamiento, este último contestándolo con referencia a qué hacen cuando presentan alguna enfermedad (sin precisarles cual)

A continuación se presenta un resumen del procedimiento que se empleó para ambos grupos

PROCEDIMIENTO

GRUPO	SESION	FASE	ACTIVIDADES
G1	1	CANALIZACION	ENTREVISTA PARA LA EVALUACION DEL DOLOR HOJA DE AUTOMONITOREO
	2	EVALUACION PSICOLOGICA	INVENTARIO DE DEPRESION HOJA DE AUTOMONITOREO
	3	EVALUACION PSICOLOGICA	INVENTARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO HOJA DE AUTOMONITOREO
G2	1	SELECCION	ENTREVISTA INICIAL PARA SUJETOS SIN DOLOR
	2	EVALUACION PSICOLOGICA	INVENTARIO DE DEPRESION
	3	EVALUACION PSICOLOGICA	INVENTARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO

Resultados

Los datos obtenidos fueron analizados por medio del paquete estadístico para las Ciencias Sociales SPSS, mediante las pruebas no paramétricas *U de Mann Whitney* para el análisis de varianza, y el coeficiente de correlación de rango de *Spearman*, ya que este estudio empleó dos muestras independientes pequeñas en medidas de escala ordinal (Siegel, 1979)

I. Características demográficas.

En la *Tabla 1*, se muestran las características demográficas de cada uno de los grupos. Debido a que los grupos se aparearon por las variables edad y sexo, el promedio de edad fue de $\bar{X} = 43.43$ años (27 a 60), en tanto que la distribución en sexo fue 40% (6) mujeres y 60% (9) hombres, para cada uno de los grupos.

Respecto al estado civil, en el G1 el 66% (10) reportó ser casado, 20% (3) viudo, 6% (1) soltero y 6% (1) madre soltera, en tanto que en el G2, el 66% (10) reportó ser casado, 13% (2) soltero, 6% (1) viudo, 6% (1) unión libre y 6% (1) madre soltera.

En relación a la escolaridad, en el primer grupo el 40% (6) concluyó la Primaria, 20% (3) Secundaria, 13% (2) nivel Técnico, 20% (3) Bachillerato y 6% (1) nivel Licenciatura. En el segundo grupo se encontró que el 6% (1) terminó la Primaria, 33% (5) Secundaria, 40% (6) nivel Técnico, 6% (1) Bachillerato y el 13% (2) nivel Licenciatura.

En cuanto a la ocupación, en el G1 se encontró que el 46% (7) eran obreros, 26% (4) empleados de oficina, 6% (1) comerciante, 6% (1) pensionado, 6% (1) desempleado y 6% (1) ama de casa, sin embargo, en el G2 el 46% (7) correspondió a empleados de oficina, 40% (6) obreros, 6% (1) comerciante y el 6% (1) ama de casa.

I. Características clínicas.

En las *Tablas 2 y 3*, se muestran los parámetros de severidad del dolor del G1. De tal forma, en la *Tabla 2* se muestra que el promedio del periodo de evolución del dolor de espalda en los 15 pacientes fue de 2 años 8 meses, teniendo como mínimo un periodo de 6 meses y un máximo de 8 años.

GRUPOS	G1 (N = 15)	G2 (N = 15)
EDAD	M = 43.2	M = 43.6
SEXO		
MUJERES	40% (6)	40% (6)
HOMBRES	60% (9)	60% (9)
EDO. CIVIL		
SOLTERO	6% (1)	13% (2)
CASADO	66% (10)	66% (10)
VIUDO	20% (3)	6% (1)
UNION LIBRE	- - - -	6% (1)
VIUDA SOLTERA	6% (1)	6% (1)
ESCOLARIDAD		
PRIMARIA	40% (6)	6% (1)
SECUNDARIA	20% (3)	33% (5)
TECNICO	20% (3)	6% (1)
BACHILLERATO	6% (1)	13% (2)
LICENCIATURA	13% (2)	40% (6)
OCUPACION		
OBRAERO	46% (7)	40% (6)
EMPLEADO DE OFICINA	26% (4)	46% (7)
COMERCIANTE	6% (1)	6% (1)
PENSIONADO	6% (1)	- - - -
DESEMPLEADO	6% (1)	- - - -
AMA DE CASA	6% (1)	6% (1)

Tabla 1. Características demográficas correspondientes a cada uno de los grupos.

Asimismo, en la *Tabla 3*, se describen los parámetros del dolor de espalda, los cuales fueron obtenidos durante el periodo de automonitoreo diario del dolor de espalda, con base en el procedimiento propuesto por Budzynski y cols para cefaleas (1973), pero adaptado al dolor de espalda. Por medio de este registro se observó que la frecuencia promedio de dolor de espalda por semana fue de 8.06, con una duración de 116 horas y una intensidad máxima de 4.57 (dolor fuerte que le dificulta concentrarse y realizar tareas difíciles pero le permite hacer cosas fáciles).

A. Entrevista para la Evaluación del dolor

De acuerdo con los resultados obtenidos en el G1 en la Entrevista para la Evaluación del dolor, el 60% (9) de los sujetos refirió que su dolor de espalda comenzó debido al trabajo, pero no con motivo de un accidente, sino por el esfuerzo físico constante o la postura corporal que su actividad laboral le demandaba. Por el contrario, el 33% (5) reportó que la causa de su dolor se debía a un accidente de trabajo, específicamente caídas y un 6% (1) comentó que se debía a accidentes de otro tipo, particularmente de transporte.

Con respecto a la zonas de percepción del dolor, el 100% de los sujetos refirió dolor de espalda baja con irradiación a otras partes del cuerpo, se encontró que un 86% (13) reportó dolor en extremidades inferiores (piernas, cadera, glúteos, cintura y pantorrillas), y un 13% (2) indicó dolor en extremidades superiores (cuello y brazos).

Asimismo, a través de la Entrevista se determinó que respecto a la persistencia del dolor 46% (7) de los sujetos consideraba que siempre tenían dolor, 40% (6) que el dolor estaba solo frecuentemente y el 13% (2) consideró que el dolor usualmente estaba presente. Datos que se confirman con el automonitoreo.

PERIODO DE EVOLUCION	
MINIMO	6 meses
MAXIMO	8 años
PROMEDIO	2 años 8 meses

Tabla 2. Periodo de evolucion del dolor de espalda

	SEMANA 1	SEMANA 2	PROMEDIO
FRECUENCIA (episodios)	8.8	7.33	8.06
DURACION (horas)	121.13	111.07	116.1
INTENSIDAD	4.67	4.47	4.57

Tabla 3. Parámetros de severidad del dolor de espalda Promedio semanal y global de dos semanas de monitoreo

Se encontró que el 80% (12) ingería medicamento (analgésicos y antibióticos) para disminuir la intensidad del dolor de espalda, en tanto que un 20% (3) no consumía analgésicos aún cuando estos eran prescritos medicamente

La percepción de efectividad del medicamento, en los sujetos que los consumían fue parcialmente satisfactoria dado que, un 50% (6) indicó que el dolor frecuentemente disminuía, 16% (2) considero que el dolor usualmente disminuía, 16% (2) no tiene ningún efecto sobre el dolor y solo el 16% (2) refirió que siempre que lo toma el dolor desaparece

También se observó que las situaciones que los sujetos consideraban les generaba un incremento del dolor eran en un 40% (6) caminar, con un 33% (5) de frecuencia respectivamente trabajar, esfuerzo físico y permanecer en una sola posición (ya sea sentado, parado o recostado) mucho tiempo, 26% (4) sentarse, 26% (4) inclinarse y en 20% (3) cada una de las siguientes condiciones: pararse, movimiento, tensión y frío

Las situaciones que generaban un decremento en el dolor fueron 100% (15) reposo, 40% (6) fomentos, 33% (5) medicamentos, 13% (2) caminar y ejercicio, en tanto que distraerse y usar faja un 6% (1) respectivamente

Por otra parte, el 60% (9) indicó tener problemas para dormir a causa del dolor, aunque refirió no ingerir medicamentos para ello, en tanto que el 40% (6) restante comentó no tener ningún problema para dormir

III. Características psicológicas.

A. Inventario de Depresión de Beck (IDB)

En la *Tabla 4* se presentan los resultados del IDB de los grupos 1 y 2 en forma de porcentajes y frecuencias (número de sujetos que calificaron el ítem) en cada uno de los reactivos. Cada reactivo describe una manifestación o modalidad ya sea de tipo conductual, cognitiva, somática o afectiva, específicas de la depresión

Posteriormente, se obtuvo una media global del total de calificaciones obtenidas, para así comparar la media resultante con los parámetros de severidad de la depresión propuestos por Beck, et al (1961)

Los porcentajes fueron considerados como significativos si por lo menos el 40% (6) de los sujetos de los diferentes grupos hubieran contestado afirmativamente el reactivo

De tal forma, en el G1 los reactivos que obtuvieron mayor puntaje en el inventario fueron inhibición en el trabajo (94%), preocupación somática (87%), autoacusaciones (80%), fatigabilidad (73%), pesimismo (66%), estado de ánimo (tristeza) (60%), irritabilidad (60%), imagen corporal (como poco atractiva) (60%), falta de satisfacción (53%), aislamiento social (53%), indecisión (46%) y odio a si mismo (40%). Es importante mencionar, que el 87% de los sujetos pertenecientes a este grupo, reporto significativas pérdidas de peso (2 a 10 kilos) recientemente, sin embargo, esto se debio mas a una prescripción médica que se realiza cotidianamente a los pacientes de dolor de espalda, que a una manifestación conductual de la depresión, por lo únicamente se puntuaron en el inventario los casos en los que el paciente refería que la pérdida de peso no se debía a prescripción medica o dietas personales.

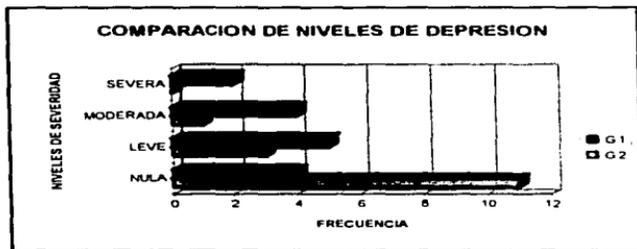
Para el G2 sólo se observaron los reactivos referentes a perturbación del sueño (60%), irritabilidad (46%), estado de ánimo (tristeza) (40%), autoacusaciones (40%) y falta de satisfacción (40%) El resto de los reactivos en ambos grupos obtuvieron un puntaje menor al considerado como significativo

De tal forma, que en el primer grupo (G1), el índice de severidad de la depresión fue de $X = 13.80$ equivalente a un nivel de *Depresión Leve*, en tanto que en el G2 el índice fue de $X = 6.06$ considerado como nivel de *Depresión Nula (Gráfica 1)*

La aplicación del análisis de varianza U de Mann Whitney (Siegel, 1979) revelo que existe diferencia estadísticamente significativa ($p < .0037$) en los puntajes de depresión medidos por el IDB entre el G1 y G2

REACTIVO	MODALIDAD	G1	G2
A. ESTADO DE ANIMO	AFECTO	60% (9)	40% (6)
B. PESIMISMO	COGNICION	66% (10)	26% (4)
C. SENTIMIENTO DE FRACASO	COGNICION	26% (4)	13% (2)
D. FALTA DE SATISFACCION	AFECTO	53% (8)	40% (6)
E. SENTIMIENTO DE CULPA	COGNICION	6% (1)	6% (1)
F. SENTIMIENTO DE CASTIGO	COGNICION	26% (4)	13 % (2)
G. ODIS A SI MISMO	AFECTO	40% (6)	13% (2)
H. AUTOACUSACIONES	COGNICION	80% (12)	40% (6)
I. DESEOS AUTOPUNITIVOS	COGNICION	6% (1)	6% (1)
J. BROTES DE LLANTO	CONDUCTA	26% (4)	26% (4)
K. IRRITABILIDAD	AFECTO	60% (9)	46% (7)
L. AISLAMIENTO SOCIAL	RELAC INTER	53% (8)	-----
M. INDECISION	COGNICION	46% (7)	20% (3)
N. IMAGEN CORPORAL	COGNICION	60% (9)	13% (2)
O. INHIBICION DEL TRABAJO	CONDUCTA	94% (14)	13% (2)
P. PERTURBACION DEL SUEÑO	DROGAS	27% (4)	60% (9)
Q. FATIGABILIDAD	SENSACIONES	73% (11)	33% (5)
R. PERDIDA DE APETITO	DROGAS	20% (3)	13% (2)
S. PERDIDA DE PESO	DROGAS	33% (5)	20% (3)
T. PREOCUPACION SOMATICA	COGNICION	87% (13)	20% (3)
U. PERDIDA DE LA LIBIDO	DROGAS	33% (5)	20% (3)
INDICE DE DEPRESION		X=13.80	X=6.06
SEVERIDAD		LEVE	NULA

Tabla 4 Porcentajes y frecuencias grupales por reactivo y nivel de severidad de la depresión del IDB



Gráfica 1. Comparación entre grupos de niveles de severidad de depresión

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	G1	G2	U	SIG
CONFRONTAMIENTO	14.33	12.4	99.5	0.5949
DISTANCIAMIENTO	11.4	11.6	110.5	0.9349
AUTOCONTROL	10.86	12.86	85.5	0.2671
APOYO SOCIAL	16.13	14.13	93	0.4363
RESPONSABILIDAD	11.8	12.06	109.5	0.9025
ESCAPE-EVITACION	7.6	4.26	56.5	.0186*
SOLUCION DE PROBLEMAS	14.6	15.26	95	0.4864
REEVALUACION POSITIVA	13.73	16.66	76.5	0.137

p .05

Tabla 5. Medias de porcentajes relativos por estilos de afrontamiento para cada grupo, valor de la U de Mann Whitney y nivel de significancia (*sig*) correspondiente a cada uno de los estilos

B. Estrategias de Afrontamiento

En la *Tabla 5*, se presentan los resultados del Inventario Modos de Afrontamiento para el G1 y G2, con relación a las medias de los porcentajes relativos correspondientes a cada uno de los estilos de afrontamiento.

En el G1 los estilos de afrontamiento que obtuvieron las medias más altas fueron en primer lugar apoyo social ($X = 16.13$), posteriormente solución de problemas ($X = 14.60$), seguida por confrontamiento ($X = 14.33$) y reevaluación positiva ($X = 13.73$), en tanto que para el G2 correspondieron a reevaluación positiva ($X = 16.66$) en primera instancia, posteriormente solución de problemas ($X = 15.26$), seguida por apoyo social ($X = 14.13$).

Es importante mencionar que las medias encontradas en el estilo de distanciamiento para ambos grupos es muy similar, debido a que en el G1 la media corresponde a $X = 11.40$ y en el G2 a $X = 11.60$, mientras que en el estilo escape-evitación se observa una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.0186$) entre el G1 que presenta una media $X = 7.60$ y el G2 que muestra una media $X = 4.26$ (Gráfica 2).

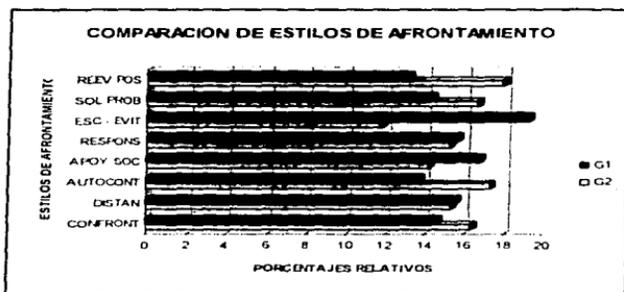
C. Parámetros de severidad del dolor e Índice de Depresión

Al correlacionar los puntajes del IDB con cada uno de los parámetros de dolor (evolución del dolor, frecuencia, intensidad y duración) empleando el coeficiente de correlación de rango de Spearman (Siegel, 1979) no se encontró ninguna correlación estadísticamente significativa, ya que las correlaciones más altas que se observaron fueron una correlación de 2978 entre la intensidad del dolor y el índice de depresión, y una correlación de 2007 entre la duración del dolor y la depresión, así como una correlación negativa de -1632 entre la evolución del dolor y la depresión (Gráfica 3 y 4).

D. Parámetros de dolor y Estrategias de Afrontamiento

El análisis de correlación mostró que en el G1 existe una correlación estadísticamente significativa (7122) entre distanciamiento y la evolución del dolor, asimismo el estilo solución de problemas presentó una correlación significativa (6131) con relación a la frecuencia del dolor. También, se observaron otras correlaciones importantes aunque no estadísticamente significativas entre el confrontamiento y la intensidad del dolor (5490) y el autocontrol respecto a la evolución del dolor (4569). En tanto que se encontraron correlaciones negativas entre el autocontrol y la intensidad del

dolor (- 5812) y el afrontamiento en relación a evolución del dolor (- 5436) El resto de los estilos de afrontamiento evidenció correlaciones mínimas con los parámetros de dolor (*Tabla 6*)

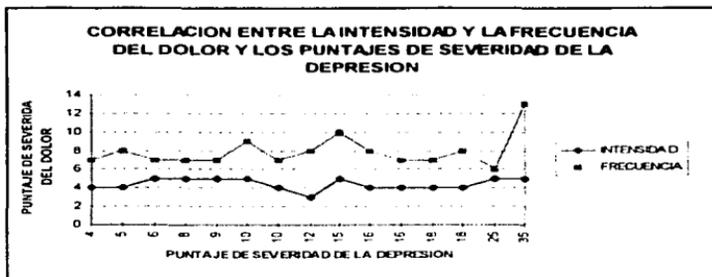


Gráfica 2 Comparacion de estilos de afrontamiento entre el grupo con dolor (G1) y el grupo sin dolor (G2)

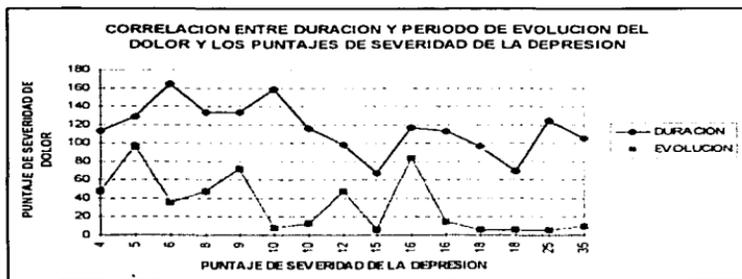
ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	EVL DOLOR	F	D	I
CONFRONTAMIENTO	-0.5436	0.05143	-0.1033	0.549
DISTANCIAMIENTO	0.7122**	-0.2999	0.2286	-0.3176
AUTOCONTROL	0.4569	-0.0622	0.0976	-0.5812 *
APOYO SOCIAL	-0.2786	0.4446	-0.0591	0.2392
RESPONSABILIDAD	0.3074	-0.0165	0.2514	-0.2143
ESCAPE-EVITACION	-0.2034	-0.0165	-0.4093	-0.1149
SOLUCION DE PROBLEMAS	-0.0737	0.6131**	-0.0791	-0.0406
REEVALUACION POSITIVA	0.2991	0.3416	-0.247	-0.2542

* *p* < .01 ** *p* < .001

Tabla 6 Coeficiente de Correlación de Spearman para parámetros de dolor (Evl Dolor, evaluación del dolor, Frecuencia, Duración e Intensidad) y Estilos de Afrontamiento del G1



Gráfica 3. Análisis de correlación con un nivel de significancia $p < .01$ de la intensidad y frecuencia del dolor y los niveles de depresión en los pacientes con lumbalgia crónica (77).



Gráfica 4. Análisis de correlación con un nivel de significancia de .01 de la duración del dolor y periodo de evolución respecto al puntaje de depresión del G1

E. Índices de depresión y Estrategias de Afrontamiento

A partir del análisis de correlación se determinó que para el G1 existe una correlación estadísticamente significativa (6792) entre el nivel de depresión y el empleo de apoyo social, sin embargo, se observó una correlación negativa importante aunque no significativa (- 5843) entre el nivel de depresión y el distanciamiento

Para el G2 no se encontraron correlaciones significativas entre la depresión y los estilos de afrontamiento, sin embargo, se encontraron dos correlaciones negativas entre los estilos de afrontamiento una correspondiente a distanciamiento con relación a reevaluación positiva (- 7299) y la segunda entre confrontamiento y apoyo social (- 5459)

De igual forma, en el primer grupo se detectó una correlación negativa estadísticamente significativa (- 8532) entre confrontamiento y responsabilidad, y en el estilo de confrontamiento y autocontrol (- 6174), en tanto que el autocontrol respecto a distanciamiento mostró una correlación positiva (5338) aunque no estadísticamente significativa (Tabla 7)

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	NIVEL DE DEPRESION	
	G 1	G 2
CONFRONTAMIENTO	0.1782	0.0316
DISTANCIAMIENTO	-0.5843	-0.0578
AUTOCONTROL	-0.07	0.0863
APOYO SOCIAL	0.6792	0.2796
RESPONSABILIDAD	-0.0442	0.1338
ESCAPE-EVITACION	0.2248	0.1269
SOLUCION DE PROBLEMAS	0.4387	-0.3454
REEVALUACION POSITIVA	-0.414	-0.1065

p *-.001

Tabla 7 Coeficiente de Correlación de Spearman entre los estilos de afrontamiento y el nivel de depresión de Beck para cada uno de los grupos

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo general comparar los niveles de depresión y las estrategias de afrontamiento en dos grupos, uno con dolor y uno sin dolor, dicho estudio permitió contrastar los resultados con los hallazgos reportados en la literatura. A partir de ello se encontró que los pacientes con lumbalgia crónica mecanopostural con respecto a la ocupación son compatibles con Gutiérrez (1986), quien afirma que el perfil laboral predominante entre los lumbálgicos es el de obrero, seguida en frecuencia por empleados de oficina (asistentes administrativos y secretariales), lo cual corrobora que la incidencia de la lumbalgia crónica mecanopostural se relaciona estrechamente con el tipo de empleo que se desempeña, y tal como Jason (1996) indica esta asociada a áreas laborales que demandan grandes esfuerzos físicos particularmente sobre la espalda, así como ocupaciones que requieren posturas estáticas por tiempo prolongado o levantamiento de peso en exceso o recurrentemente. A su vez estos datos son consistentes con Tollison y Kriegel (1989) en el sentido en que la ocupación es un factor que determina y mantiene el dolor lumbar.

De tal forma, se demuestra la relación y se confirma el impacto de un factor social sobre la salud física y psicológica de un individuo, en este sentido, es innegable ponderar la participación de variables sociales que pueden optimizar o ir en detrimento, como en este caso, de la calidad de vida de las personas. Sin embargo, como dato curioso y en contraposición con esta afirmación el grupo sin dolor aun presentando similar población ubicada en áreas laborales tales como empleados de oficina y obreros, no muestra indicadores de lumbalgia, por lo que se sugiere realizar investigaciones en lo que respecta a índices de lumbalgia por ocupación y antigüedad laboral, para así corroborar esta relación o determinar otras posibles variables implicadas.

Por otra parte, la Entrevista para la Evaluación del dolor permitió corroborar la presencia de dolor constante de espalda, respaldada previamente por el diagnóstico médico y reportada posteriormente en las hojas de monitoreo del paciente. Asimismo con la Entrevista se identificó tal y como lo indica Stoddard (1984) que el dolor de espalda en los sujetos se exacerba con la actividad y el movimiento, y decrecienta notablemente con el reposo, lo cual es un buen indicador de que situaciones estresantes que frecuentemente conllevan a la tensión muscular pueden ser fuentes exacerbantes de dolor.

y que por ende el propiciar o promover técnicas de relajación muscular y manejo de estrés podrían ser complementarias a la atención médica proporcionada. Sin embargo, la lumbalgia crónica no solo repercute en el organismo del individuo provocándole dolor, sino que también tiene amplia repercusión en el ámbito psicológico, ya que al igual que en otros estudios (Dworkin y Gitlin, 1991, Krishnan, 1985, Atkinson, 1988), se demostró que los pacientes con lumbalgia crónica mecanopostural muestran una alta incidencia de síntomas depresivos.

La Entrevista para la Evaluación del dolor reportó en los pacientes la existencia de síntomas como inhibición de actividades o del trabajo a causa del dolor, fatigabilidad y perturbación del sueño, mismos que fueron corroborados a través del Inventario de Depresión de Beck (1961), en el que se detectaron síntomas de inhibición del trabajo, preocupación somática, autoacusaciones, fatigabilidad, pesimismo, tristeza, perturbación del sueño, falta de satisfacción social, aislamiento social, entre otros. Dichos síntomas se reportan de manera análoga en otras investigaciones (Atkinson, et al., 1988, Bonica, 1990, Tollison y Kriegel, 1989) realizadas con sujetos con lumbalgia crónica mecanopostural.

Es entonces, que el puntaje de severidad del Inventario determina que los sujetos con lumbalgia crónica presentan depresión leve en comparación con el grupo sin dolor, por lo que la hipótesis planteada a ese respecto se cumple.

Sin embargo, cabe mencionar que sólo se comprueba que existe una asociación entre la lumbalgia crónica y la depresión, no así una relación de causalidad. En este sentido se advierte la apreciación de Bonica (1990) que el asumir una relación causa-efecto propicia una visión unidireccional, lo cual limita el valor explicativo de una visión integradora que no depende de cual factor fue primero.

De tal manera, se contrastan los modelos unidireccionales que postulan que ambos, el dolor crónico y la depresión son resultantes de una causa común, tal y como indica Rudy, et al. (1988) la presencia de dolor no es condición suficiente para el desarrollo subsecuente de la depresión, ni es aplicable en el sentido inverso, debido a que existen diversos mediadores psicológicos que están involucrados en la relación dolor crónico y depresión, por lo que se sugiere que posteriores investigaciones retomen un modelo mediacional cognitivo - conductual el cual permita contemplar diversas variables implicadas en la relación dolor crónico-depresión, con lo cual se pueda estimar

simultáneamente las relaciones entre variables, identificar los múltiples indicadores participantes para evitar hacer un traslape metodológico de factores, mantener constantes las variables factibles de ello, o simplemente otorgarles un papel intermediador dentro de tan complejo vínculo relacional

Por otra parte, el resultado del análisis de correlación realizado entre los parámetros de severidad del dolor y la depresión no mostró ninguna relación estadísticamente significativa, por lo que se concluye que en los pacientes con lumbalgia crónica el presentar un mayor periodo de evolución, frecuencia, intensidad y/o duración del dolor no incrementa o decremента los niveles de depresión, esto implica rechazar la correspondiente hipótesis planteada

Al respecto, es necesario mencionar que si bien no se encontró ninguna correlación al respecto, es importante reconocer que algunas investigaciones que realizan estudios con población de pacientes lumbálgicos no emplean ningún tipo de instrumento para la evaluación del dolor (Love, 1987, Atkinson, et al., 1988), algunos solamente se remiten al diagnóstico referido en reportes médicos (Crissón, et al., 1986, Cheatle, et al., 1990, Krishnan, et al., 1985), y otros simplemente consideran el reporte del paciente a través del monitoreo diario o semanal (Rudy, et al., 1988). Por lo que es importante referir que no se consideran dos puntos importantes en la evaluación del dolor: primero, tener de diversas fuentes de información, como el reporte médico tanto diagnóstico como sintomatológico de la enfermedad contrastándolo con la percepción del paciente sobre su dolor y si es posible incluir la apreciación de los familiares o algún procedimiento de estimulación fisiológica, con la finalidad de integrar un reporte confiable acerca de la situación dolorosa del paciente; segundo, considerar dentro de la evaluación del dolor diversos parámetros de medición del dolor como intensidad, frecuencia y duración del dolor.

Es imperativo que las investigaciones relacionadas con el estudio del dolor ya sea crónico o agudo lleven a cabo una evaluación integral y multidisciplinaria del dolor, ya que si no se toman las medidas pertinentes, es posible que la variable dolor sea considerada "polivalente", es decir, adquiera múltiples valores estimativos como "lo intenso del dolor", "la frecuencia con que se presenta", "la permanencia del dolor", tanto para el investigador como para el paciente, lo cual implica que la medición del impacto del dolor sobre alguna variable psicológica no pueda precisarse de manera adecuada en el

plano metodológico. Por lo que se sugiere que en general todas aquellas investigaciones que retomen al dolor como variable de estudio, prevean algún instrumento, registro, monitoreo y/o evaluación del dolor que vaya más allá del simple reporte médico.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, se determinó que el grupo con lumbalgia crónica emplea más el estilo de apoyo social, seguida por solución de problemas y confrontación, en tanto que para el grupo sin dolor los estilos de reevaluación positiva, solución de problemas y apoyo social fueron los que puntuaron más alto. En tanto que el estilo de distanciamiento mostró ser igualmente empleado en ambos grupos.

Estos hallazgos pueden de manera superficial indicar que si bien, existen algunas diferencias en el empleo de las estrategias de afrontamiento entre un grupo con dolor y uno sin dolor, estas son estrategias de tipo adaptativo, ya que permite a los sujetos con dolor confrontar su condición y buscar alternativas para reconvertirla, asimismo, el grupo sin dolor emplea estrategias favorables en su estilo de vida.

Con este argumento, se puede reflexionar acerca del papel del afrontamiento en la adaptación a condiciones médicas crónicas, tal y como Turner y Clancy (1987) refieren, en cuanto a que el afrontamiento está fuertemente relacionado al ajuste psicológico, social y emocional de la enfermedad crónica, por lo que es de particular importancia considerarlo en el tratamiento de condiciones médicas resistentes.

Si bien, no se observaron diferencias estadísticamente significativas, el estilo escape-evitación mostró una diferencia significativa al ser más empleado por el grupo con lumbalgia crónica. Esto puede deberse como lo indica Lazarus y Folkman (1987) a que este tipo de afrontamiento se utiliza con diversos fines: para conservar la esperanza y el optimismo, para negar el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no importara.

A este respecto, se corrobora lo reportado por Bombardier, et al. (1990) en el sentido en que en poblaciones de sujetos con dolor crónico, el empleo del estilo de afrontamiento escape-evitación sugiere que el paciente no acepta la naturaleza crónica de su condición y utiliza dicho afrontamiento para tratar de olvidar o ignorar sus limitaciones y proteger así sus sentimientos. De tal forma, las

estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción regulan las consecuencias afectivas internas del estresor, en tanto que las estrategias dirigidas al problema buscan manejar los aspectos ambientales externos del estresor

Asimismo también es fundamental considerar que si bien existe una participación de las estrategias de afrontamiento en la adaptación a la enfermedad crónica, como en este caso, la lumbalgia mecanopostural, es importante reconocer el papel de las evaluaciones que el sujeto hace de su enfermedad crónica, tanto en la evaluación primaria de lo que hay en juego como en la evaluación secundaria respecto a las estrategias de afrontamiento, debido a que ambas evaluaciones interactúan entre sí determinando el grado de estrés, la intensidad y calidad de la respuesta emocional que el sujeto presenta

Debido a lo anterior, sería de vital importancia que posteriores investigaciones sobre esta línea, valoren el rol que tiene la evaluación que el sujeto hace de la enfermedad en el mayor o menor empleo de ciertos estilos de afrontamiento así como en su consiguiente ajuste a la misma

Al respecto, se declara que la hipótesis concerniente a si existen o no diferencias en el empleo de las estrategias de afrontamiento entre el grupo con lumbalgia crónica mecanopostural y el grupo sin dolor, es parcialmente demostrada en tanto que sólo 1 de 8 estilos mostró dicha diferencia. Sin embargo, esta situación limita la determinación de conclusiones contundentes en tanto que abren una gama de interrogantes teórico metodológicas a resolver

Por otra parte, el análisis de correlación entre los parámetros de dolor y las estrategias de afrontamiento mostraron relaciones positivas estadísticamente significativas entre el estilo de distanciamiento y la evolución del dolor, así como el estilo solución de problemas y la frecuencia del dolor, lo cual indica para ambos casos que las variables son directamente proporcionales y que la manera en como se comporte una variable determina la otra. De tal forma que, a mayor período de evolución del dolor mayor empleo de distanciamiento, y a mayor frecuencia del dolor mayor uso del estilo solución de problemas.

En este sentido, la hipótesis que refiere la existencia de una relación entre los parámetros de severidad del dolor y las estrategias de afrontamiento en los pacientes con lumbalgia crónica

mecanopostural se cumple únicamente en los estilos de distanciamiento y solución de problemas, el primero con respecto al periodo de evolución del dolor, y el segundo con relación a la frecuencia del dolor

Esto se traduce en el sentido en que al incrementarse el periodo de evolución del dolor el individuo emplea estas estrategias de afrontamiento como esfuerzos cognitivos para alejarse y disminuir el impacto emocional (distanciamiento), o autorregular sus sentimientos y las acciones que su dolor crónico le ocasionan (solución de problemas)

En cuanto al análisis de correlación entre los niveles de depresión y las estrategias de afrontamiento, el grupo con dolor mostro que el nivel de depresión y el empleo del estilo de apoyo social son directamente proporcionales, en tanto que en el grupo sin dolor no se encontro relacion alguna de este tipo, esto puede deberse a los puntajes de severidad de depresión que presento este grupo

Sin embargo, la hipótesis de que a mayor nivel de severidad de la depresión existiera una mayor incidencia en la utilización de las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción en el grupo con lumbalgia crónica mecanopostural presenta una disyuntiva, en el sentido en que el apoyo social es el unico estilo que forma parte de ambas categorías, dirigidas a la emoción y dirigidas al problema, debido a que refiere tanto la búsqueda de información como alternativa de resolución del problema, como incorpora soportes emocionales respecto al problema mismo.

Es importante mencionar, que al realizar este análisis de correlación se encontro la existencia de relaciones proporcionalmente inversas entre diversos estilos de afrontamiento, los cuales varían de acuerdo al grupo analizado tan es así que en el grupo con dolor se detectó esta relación en el estilo de confrontamiento con respecto a responsabilidad y autocontrol, y en el grupo sin dolor se observo entre los estilos de confrontamiento y apoyo social, así como distanciamiento y reevaluación positiva

Los datos reportados en esta investigación abren un panorama de interrogantes para futuras investigaciones que deseen esclarecer con precisión cual es el efecto que cada una de las variables (dolor crónico y depresión) tiene por separado y qué efecto generan en conjunto, sobre las estrategias de afrontamiento en general, y sobre cada uno de los estilos en particular tanto en poblaciones de sujetos

sin dolor crónico como con dolor. Esto debido a que se encontró que las estrategias de afrontamiento no se mueven de manera análoga o paralelamente entre sí, sino que cada uno de los estilos por sus características muy particulares se relaciona de manera diversa con las variables manejadas en el estudio, ya sea en cada uno de los grupos, niveles de depresión o parámetros de dolor, lo cual muestra un amplio espectro de relacionabilidad tanto con otras variables como entre ellas mismas. Esta cuestión de multivariabilidad no fue contemplada en el desarrollo de las hipótesis de esta investigación, lo cual representó una generalidad hasta cierto punto limitante, ya que solo algunos estilos cumplían con la aseveración establecida y la hipótesis planteaba las estrategias de afrontamiento de manera global divididas en dirigidas a la emoción o al problema y no de manera particular, en cada uno de los estilos de afrontamiento en específico frente a una variable determinada.

Sin embargo, este inconveniente plantea una nueva gama de posibilidades infinitas donde si bien las estrategias de afrontamiento representan quizá uno de los factores psicológicos que actúan como mediadores y/o que están involucrados en la relación existente entre el dolor crónico y la depresión, tienen en sí mismos cada estilo de afrontamiento una amplitud de interrelaciones entre ellos y con múltiples variables psicológicas que incrementan la vastedad de interrogantes que envuelven al hombre en su vivir con el dolor crónico y la depresión.

Por tal motivo, y de acuerdo con Crook, et al (1988) es importante reconocer que las estrategias de afrontamiento son un factor que determina el cómo los pacientes se ajustan al dolor, sin embargo, es imprescindible tomar en cuenta los tipos de estrategias utilizadas, la relación entre ellas y el ajuste al dolor, así como variables de los propios pacientes, tipo y duración de la enfermedad, así como al contexto en el cual la enfermedad ocurre y como cambian estos factores a través del tiempo (Lazarus, 1993).

Por otro lado, un problema metodológico relacionado al tamaño de la muestra, es el grado de generalización que puede atribuirse a los resultados, por lo que su representatividad es limitada, aunque la homogeneidad de la muestra en dos características demográficas: edad y sexo permitió tener muestras altamente comparables.

Otra limitante con respecto a la muestra es la selección no aleatoria de los sujetos, ya que se emplearon criterios deliberados para obtener muestras representativas en áreas típicas ya establecidas, lo cual restringe el grado de generalidad de los hallazgos obtenidos

Asimismo, otro problema metodológico importante es el empleo de instrumentos psicológicos no estandarizados ni validados con población mexicana, lo cual deja de lado aspectos culturales, económicos y sociales de los mexicanos debido a que la contrastación de los datos se realiza con parámetros socioeconómico culturales distintos

Sin embargo, éste estudio da pauta a que futuras investigaciones retomen el tema con las consideraciones aquí descritas y exploren el vasto campo de información que cubre la relación entre estrategias de afrontamiento, dolor crónico y depresión

Por lo que es necesario comprender y reflexionar que la Psicología está consolidando y ampliando su campo de acción simultáneamente dentro del ámbito médico, lo cual motiva a generar programas de atención factibles que promuevan de manera eficaz y eficiente a la reintegración física y social del individuo. De tal forma que, para poder incursionar dentro de este medio, no solo es necesario contar con los elementos teórico metodológicos básicos para comprender y estimar el objetivo, proceso y función de la Psicología dentro del campo de la salud y la enfermedad, sino que también es de vital importancia fomentar la investigación psicológica en el área de la salud, ya que en esa medida se dará pauta a la incursión literaria y práctica de la Psicología en el área de la salud

Referencias

- Aldwin, C. M., Revenson, T. A. (1987) Does Coping Help? A Reexamination of the Relation Between Coping and Mental Health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53 (2), 337-348.
- Arieti, S., Bemporad, J. (1981) *Psicoterapia de la Depresión*. Ed. Paidós, España.
- Atkinson, J. H., Slater, M. A., Grant, I., Patterson, T. L., Garfin, S. R. (1988). Depressed mood in chronic low back pain: relationship with stressful life events. *Pain*, 35, 47-55.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. and Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Bombardier, C. H., D'Amico, C., Jordan, J. S. (1990) The Relationship of Appraisal and Coping to Chronic Illness Adjustment. *Behavior Research and Therapy*, 28 (4), 297-304.
- Bonica, J. (1990) *The Management of Pain*. Vol I y II. Ed. Lea & Febiger, USA.
- Budzynski, T., Stoyva, J., Adler, C. and Mullaney, D. J. (1973) EMG biofeedback and tension headache: A controlled outcome study. *Psychosomatic Medicine*, 35, 484-496.
- Calderón, N. (1990) *Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento*. Ed. Trillas, México.
- Carbonell, M. M., Grau, J. A., Bosch, F., Zas, B., Rial, N., Tabio, E. (1993) *La atención psicológica al dolor crónico en una proyección multidisciplinaria*. Gpo. de Trabajo Científico en Psicología del Dolor, Cuba.
- Cheatle, M., Brady, J., Ruland, T. (1990) Chronic Low Back Pain, Depression, and Attributional Style. *The Clinical Journal of Pain*, 6, 114-117.
- Coyne, J. C., Aldwin, C. (1981) Depression and Coping In Stressful Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 439-447.
- Crisson, J., Keefe, F., Wilkins, R., Cook, W. (1986) Self-Report of Depressive Symptoms in Low Back Pain Patients. *Journal of Clinical Psychology*, 42 (3), 425-430.
- Crook, J., Tunks, E., Kalaher, S., Roberts, J. (1988) Coping with persistent pain: a comparison of persistent pain sufferers in a specialty pain clinic and in a family practice clinic. *Pain*, 34, 175-184.

DePalma, A. (1957) *Dolor de espalda y lumbar*. Ed Interamericana, México

Derogatis, L. R., Wise, T. N. (1992) Anxiety and Depressive Disorders in the Medical Patient *American Psychiatric, USA*

DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (1992) Ed Masson, American Psychiatric.

Dworkin, R. H., Gitlin, M. (1991). Clinical aspects of Depression in Chronic Pain Patients. *The Clinical Journal of Pain. 7, 79-94*

Ellis, A., Grieger, R. (1981). *Manual de Terapia Racional Emotiva DDB*. España

Felton, B. J., Revenson, T. A. (1984). Coping With Chronic Illness: A Study of Illness Controllability and the Influence of Coping Strategies on Psychological Adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. 52 (3), 343-353*

Folkman, S., Lazarus, R. S. (1986). Stress Processes and Depressive Symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology. 95 (2), 107-113.*

Folkman, S., Lazarus, S., Gruen, R. J., Delongis, A. (1986) Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology. 50 (3), 571-579*

Folkman, S., Lazarus, R., Pichel, S., Novas, J. (1987) Age Differences in Stress and Coping Processes. *Psychology and Aging. 2 (2), 171-184*

Folkman, S., Lazarus, R. S. (1988). *Ways of Coping Questionnaire Manual*. Consulting Psychologists Press, USA.

Gastó, C., Vallejo, J., Menchón, J. M. (1993) *Depresiones crónicas*. Ed. Doyma, España

Gutiérrez, V. M. (1985) *Conceptos actuales del tratamiento no quirúrgico en la lumbalgia crónica*. Tesis, UNAM, México.

Haythornthwaite, J. A., Sieber, W. J., Kerns, R. D. (1991) Depression and the chronic pain experience. *Pain. 46, 177-184.*

Hollon, S. D., Beck, A. (1979). Therapy of Depression en Kendall, P C y Hollon, S.D., (Eds) *Cognitive Behavioral Interventions: Theory Research and Procedures*. Academic Press, USA.

International Association for the Study of Pain (1994). *Classification of Chronic Pain*. IASP Press, Australia.

-
- James, A. (1981)** *Depresión y existencia humana*. Ed. Salvat, España.
- Jayson, M. (1976)** *The Lumbar Spine and Back Pain*. Grune & Stratton, Gran Bretaña.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., Karoly, P. (1991)**. Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain* 47, 249-283.
- Keefe, F. J., Wilkins, R. H., Cook, W. A., Crisson, J. E., Muhlbaier, L. H. (1986)** Depression, Pain, and Pain Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54 (5), 665-669.
- Keim, H. (1973)** *Lumbalgia*. CIBA Pharmaceutical Company, USA
- Kerlinger, F. (1979)** *Investigación del Comportamiento*. Ed. Interamericana, México
- Krause, S. J., Wiener, R. L., Tait, R. C. (1994)** Depression and Pain Behavior in Patients with Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*. 10, 122-127
- Krishanan, K. R., France, R. D., Houpt, J. L. (1985)** Chronic low back pain and depression. *Psychosomatics*. 26 (4), 299-301
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984)** *Estrés y procesos cognitivos*. Ed. Martínez Roca, México.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1986)** Stress Processes and Depressive Symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*. 95 (2), 107-113.
- Lazarus, R. S. (1993)**. Coping Theory and Research: Past, Present and Future. *Psychosomatic Medicine*. 55, 234-247
- Linton, S. J. (1993)** *Psychological Interventions for Patients with Chronic Back Pain*. Modules Learning Division of Mental Health, Sweden.
- Love, A. W. (1987)** Depression in Chronic Low Back Pain Patients: Diagnostic Efficiency of Three Self-Report Questionnaires. *Journal of Clinical Psychology*. 43 (1), 84-89.
- Mackinnon, R., Michels, R., (1973)** *Psiquiatría Clínica Aplicada*. Ed. Interamericana, México.
- Maes, S., Vingerhoets, A., Van Heck, G. (1987)** The Study of Stress and Disease: some developments and requirements. *Social Science Medicine*. 25 (6), 567-578
- McDonald, M. (1979)**. *Terapéutica Ocupacional en Rehabilitación*. Ed. Salvat, México.
- Mendels, J. (1989)** *La Depresión*. Ed. Herder, España

-
- Polaino-Lorente, A.** (1985) *La Depresión*. Ed Martínez Roca, España.
- Ramos del Rio, B.** (1989) *Comparación de índices de Depresión entre dos poblaciones: Una con dolor crónico y una sin dolor*. Tesis, UNAM, México.
- Rodríguez de San Miguel, J. L.** (1992) *Depresión e Ideas Irracionales en Cefaléas*. FES-Zaragoza, México.
- Rodríguez, J. M.** (1986) *Dolor bajo de espalda*. Tesis, UNAM, México.
- Romano, J. M., Turner, J. A.** (1985) Chronic Pain and Depression: Does the Evidence Support a Relationship? *Psychological Bulletin*, 97 (1), 18-34.
- Rosenstiel, A. K., Keefe, F. J.** (1983) The Use of Coping Strategies in Chronic Low Back Pain Patients: Relationship to Patient Characteristics and Current Adjustment *Pain*, 17, 33-44.
- Rudy, T. E., Kerns, R. D., Turk, D. C.** (1988) Chronic pain and depression toward a cognitive-behavioral mediation model *Pain*, 35, 129-140.
- Russell, M. L.** (1988) *Stress Management for Chronic Disease*. Pergamon Press, Great Britain.
- Siegel, S.** (1979) *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. Ed Trillas, México.
- Spengler, D.** (1982) *Low Back Pain Assessment and Management*. Grune & Stratton, Gran Bretaña.
- Stoddard, A.** (1984) *Dolor de Espalda*. Ed Fondo Educativo Interamericano, México.
- Sullivan, M. J. L., D'Eon, J. L.** (1990) Relation Between Catastrophizing and Depression in Chronic Pain Patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (3), 260-263.
- Tollison, D.** (1987). *Relief from back pain*. The Tollison Program. Gardner Press, USA.
- Tollison, D. y Kriegel, M.** (1989). *Interdisciplinary Rehabilitation of Low Back Pain*. Williams & Wilkins, USA.
- Turk, D., Kerns, R.** (1980) Assessment in Health Psychology : A Cognitive-Behavioral Perspective *Specialized Assessment Methods*, 335-366.
- Turner, J. A., Clancy, S.** (1986) Strategies for Coping with Chronic Low Back Pain. Relationship to Pain and Disability. *Pain*, 24, 355-364.

Turner, J. A. (1990). Coping Strategies of Patients with Chronic Pain *Pain Supplement*, 5, S251

Watt-Watson, J. H., Evans, R. J., Watson, P. N. (1988) Relationships Among Coping Responses and Perceptions of Pain Intensity, Depression, and Family Functioning *The Clinical Journal of Pain*, 4, 101-106

Williams, R. (1988) Toward a set of reliable and valid measures for chronic pain assessment and outcome research *Pain*, 35, 239-251

Zinser, O. (1992). *Psicologia Experimental*. Ed Interamericana, Mexico.

A N E X O S

ANEXO 1

ENTREVISTA PARA LA EVALUACION DEL DOLOR

Fecha: _____

1. Edad.
2. Sexo:
3. Escolaridad:
4. Estado civil:
5. Ocupación:
6. ¿Cuántas personas integran su familia?
7. ¿Cómo describe su situación familiar?
 - a) Muy satisfactoria
 - b) Satisfactoria
 - c) Tolerable
 - d) Intolerable
8. ¿Cuál es la principal causa de problemas familiares?
 - a) Dinero
 - b) Niños
 - c) Parientes
 - d) Situación de trabajo
 - e) Diferencias personales
 - f) Problemas sexuales
 - g) Familiares enfermos
 - h) Religión
9. ¿Cuál es su situación laboral actual?
 - a) Laborando
 - b) Incapacidad
 - c) Pensionado
 - d) Retirado
 - e) Desempleado
10. ¿Si está desempleado o sólo trabaja medio tiempo, esto se debe al dolor?

-
11. ¿Si está empleado, disfruta su trabajo?
- a) Todo el tiempo
 - b) Frecuentemente
 - c) Algunas veces
 - d) Raramente o no siempre
12. ¿ Piensa que puede realizar su horario regular de trabajo?
- a) Todo el tiempo completo
 - b) Sólo medio tiempo
 - c) Sólo una parte del tiempo
13. Comparando la capacidad que tenía al realizar su trabajo antes de la presencia de dolor, ahora usted:
- a) Puede realizarlo mucho mejor que antes
 - b) Hace un poco menos
 - c) Realiza mucho menos que antes
 - d) No puede realizarlo
14. Comparando su situación antes de la presencia del dolor, ¿su interés por actividades sociales actualmente?
- a) Es igual
 - b) Es menos que antes
 - c) Es mucho menor que antes
 - d) No desea tener actividades sociales
15. ¿Su capacidad actual para realizar actividades sociales?
- a) Es igual que antes
 - b) Es menor que antes
 - c) Es mucho menor que antes
 - d) No logra tener la capacidad para realizarlas
16. ¿Su interés por actividades sexuales?
- a) Es igual que antes
 - b) Es menor que antes
 - c) Es mucho menor que antes
 - d) No tiene deseos para realizarlos
17. ¿Su capacidad para realizar actividades sexuales?
- a) Es igual que antes
 - b) Es menor que antes
 - c) Es mucho menor que antes
 - d) No logra tener la capacidad para realizarlas
18. ¿Presenta algún tipo de padecimiento psiquiátrico?
19. ¿Está bajo tratamiento terapéutico o farmacológico por esta causa?

20. A parte de su problema de dolor de espalda, ¿tiene alguna otra enfermedad?

¿De qué tipo?

21. ¿Es frecuentemente hospitalizado por problemas de salud?

22. ¿Frecuentemente se siente miserable o infeliz?

23. ¿Su apetito es bueno o escaso?

24. ¿Se siente más irritable que lo usual?

25. ¿Tiene problemas para dormir a causa del dolor?

- a) Nunca
- b) Algunas veces
- c) Usualmente
- d) Siempre

26. ¿Toma medicamento para poder dormir?

- ¿Con qué frecuencia?
- ¿En qué dosis?

27. ¿Cómo comenzó su dolor de espalda?

- a) Un accidente de trabajo
- b) Un accidente en casa
- c) Accidente de otro tipo
- d) Por el trabajo, pero no accidente
- e) Posterior a una enfermedad
- f) Simplemente se presentó un día
- h) Otra razón, especificar cuál

28. ¿Cuál es el periodo de evolución del dolor?

29. ¿En qué partes del cuerpo se presenta el dolor?

30. Su dolor:

- a) Raramente está presente
- b) Sólo ocurre bajo ciertas circunstancias
- c) Frecuentemente está presente
- d) Usualmente está presente
- e) Siempre está presente

31. De las siguientes situaciones ¿cuáles le generan un incremento o decremento del dolor?

Estimulantes (café, fumar, etc)	Cambios bruscos de temperatura	Mancjar
Licor	Masajes	Distraerse
Comer	Tensión	Orinar
Calor	Movimiento	Pararse
Frio	Sentarse	Presión
Humedad	Inclinarse	Ruidos
Trabajar	Act sexual	Luces

32. ¿Ha qué tipo atención médica a recurrido a causa del dolor?

33. ¿Ha sido operado a causa del dolor?

34. ¿Ha estado hospitalizado debido a la intensidad del dolor?

35. ¿Ha recibido tratamientos invasivos (raquia, por ejemplo)?

36. ¿Toma medicamento para disminuir su dolor de espalda?

¿Con qué frecuencia?

¿En qué dosis?

37. ¿Es efectivo el medicamento que toma para el dolor?

a) Siempre que lo tomo el dolor desaparece

b) Siempre hace que el dolor disminuya

c) Usualmente el dolor desaparece

d) Usualmente el dolor disminuye

e) Frecuentemente el dolor desaparece

f) Frecuentemente el dolor disminuye

g) No tiene ningún efecto sobre el dolor

38. ¿En un periodo aproximado de 6 meses, ha fallecido algún familiar o persona cercana?

39. ¿Con qué frecuencia fuma?

40. ¿Con qué frecuencia consume alcohol?

ANEXO 2

ENTREVISTA INICIAL PARA SUJETOS SIN DOLOR

Fecha: _____

1. Edad:
2. Sexo:
3. Escolaridad:
4. Estado civil:
5. Ocupación:
6. ¿Presenta alguna enfermedad física?
¿Cuál?
7. ¿Presenta dolor de espalda, cabeza, o de algún otro tipo?
8. ¿Está recibiendo algún tipo de tratamiento médico?
¿De qué tipo?
¿Por qué circunstancia?
9. ¿Actualmente ingiere algún tipo de medicamento?
¿Para qué?
¿Con qué frecuencia y dosis?
10. ¿Presenta algún padecimiento psiquiátrico?
11. ¿Está bajo tratamiento psicológico?
¿Por qué causa?
¿A partir de cuando?

12. ¿Cómo describe su situación familiar?

- a) Muy satisfactoria
- b) Satisfactoria
- c) Tolerable
- d) Intolerable

13. ¿Cuál es la principal causa de problemas familiares?

- a) Dinero
- b) Niños
- c) Parientes
- d) Situación de trabajo
- e) Diferencias personales
- f) Problemas sexuales
- g) Familiares enfermos
- h) Religión

14. ¿Actualmente tiene problemas laborales?

¿De qué tipo?

15. ¿En un periodo aproximado de 6 meses, ha fallecido algún familiar o persona cercana?

16. ¿Con qué frecuencia consume alcohol?

17. ¿Con qué frecuencia fuma?

ANEXO 3

FECHA: _____

PUNTUACION: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK Y COLS

A continuación encontrará usted una serie de cuadros con frases que nos indican diferentes grados de depresión. Por favor, encierre en un círculo el número de la frase que describa mejor la forma en que usted se siente actualmente

A. ESTADO DE ANIMO

- 0. No me siento triste
- 1. Me siento triste o melancólico
- 2a. Estoy triste o melancólico todo el tiempo y no puedo evitarlo
- 2b. Soy tan triste o desdichado que es muy doloroso
- 3. Soy tan triste o desdichado que no puedo tolerarlo

B. PESIMISMO

- 0. No estoy particularmente pesimista o desalentado con respecto al futuro
- 1. Me siento desalentado con respecto al futuro
- 2a. Siento que no tengo nada que perseguir en el futuro
- 2b. Siento que nunca podre salir de mis problemas
- 3. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar

C. SENTIMIENTO DE FRACASO

- 0. No me siento fracasado
- 1. Siento que he fracasado más que la persona promedio
- 2a. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo
- 2b. Cuando me pongo a ver lo que ha sido mi vida, sólo encuentro una serie de fracasos
- 3. Siento que soy un completo fracaso como persona

D. FALTA DE SATISFACCION

- 0. No estoy particularmente insatisfecho
- 1a. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo
- 1b. No disfruto las cosas en la misma forma que antes
- 2. Nunca volveré a obtener satisfacción alguna
- 3. Estoy insatisfecho de todo

E SENTIMIENTO DE CULPA

- 0 No me siento particularmente culpable
- 1 Me siento malo o indigno una buena parte del tiempo
- 2a Me siento bastante culpable
- 2b Me siento malo o indigno prácticamente todo el tiempo
- 3 Me siento como si fuera muy malo o despreciable

F SENTIMIENTO DE CASTIGO

- 0 No siento que esté siendo castigado
- 1 Tengo el sentimiento de que algo malo puede sucederme
- 2 Siento que estoy siendo castigado o que seré castigado
- 3a Siento que merezco ser castigado
- 3b Quiero ser castigado

G ODIOS A SI MISMO

- 0 No me siento desilusionado de mi mismo
- 1a Me siento desilusionado de mi mismo
- 1b No me gusta a mi mismo
- 2 Estoy disgustado conmigo mismo
- 3 Me odio a mi mismo

H. AUTOACUSACIONES

- 0 No siento que yo sea peor que las demás personas
- 1. Me critico mucho a mi mismo por mi debilidad o mis errores
- 2a Me culpo a mi mismo por todo lo que sale mal
- 2b Siento que tengo muchos defectos
- 3. Siento que no sirvo para nada

I. DESEOS AUTOPUNITIVOS

- 0 No tengo ninguna intención de dañarme
- 1. He pensado dañarme a mi mismo pero no lo llevaría a cabo
- 2a Pienso que estaría mejor muerto
- 2b. Tengo planes definidos para cometer suicidio
- 2c Pienso que mi familia estaría mejor si yo muriera
- 3. Me mataría a mi mismo si pudiera

J. BROTES DE LLANTO

- 0. No lloro más que lo usual
- 1. Ahora lloro más de lo que acostumbraba
- 2. Ahora lloro todo el tiempo No puedo detenerme
- 3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo aunque quiera

K. IRRITABILIDAD

- 0. No me irrito más ahora de lo que siempre lo he hecho
- 1. Ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes
- 2. Me siento irritado todo el tiempo
- 3. Las cosas que usualmente me irritan ya no consiguen hacerlo ahora

L. AISLAMIENTO SOCIAL

- 0. No he perdido interés en otras personas
- 1. Estoy menos interesado en otras personas de lo que era usual
- 2. He perdido mucho interés en la gente y me preocupa poco lo que suceda
- 3. He perdido todo mi interés en la gente y no me preocupa nada de lo que les pase

M. INDECISIÓN

- 0. Tomo decisiones tan bien como antes
- 1. Estoy menos seguro de mi mismo y trato de evitar tomar decisiones
- 2. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
- 3. En ningún caso puedo tomar ningún tipo de decisión

N. IMAGEN CORPORAL

- 0. No siento que me vea peor ahora que antes
- 1. Me preocupa el que yo parezca viejo o poco atractivo
- 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y ellos me hacen parecer poco atractivo
- 3. Siento que soy feo o repulsivo a la vista

O. INHIBICIÓN DEL TRABAJO

- 0. Puedo trabajar tan bien como antes
- 1a. Tengo que esforzarme más para comenzar a hacer algo
- 1b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba
- 2. Me cuesta muchísimo trabajo hacer algo
- 3. De plano no puedo hacer nada

P. PERTURBACIONES DEL SUEÑO

- 0. Puedo dormir tan bien como antes
- 1. Ahora despierto más cansado que antes
- 2. Despierto una o dos horas más temprano que antes y es muy difícil que me vuelva a dormir
- 3. No puedo dormir más que cinco horas y me despierto muy temprano diariamente

Q. FATIGABILIDAD

- 0. No me canso más que lo usual
- 1. Me canso más fácilmente que antes
- 2. Me cansa hacer algo
- 3. Estoy muy cansado para hacer algo

R. PERDIDA DE APETITO

- 0. Mi apetito no es peor que lo usual
- 1. Mi apetito no es tan bueno como antes
- 2. Mi apetito es mucho peor ahora
- 3. No tengo apetito de nada

S. PERDIDA DE PESO

- 0. No he perdido mucho peso o ninguno últimamente
- 1. He perdido más de tres kilos
- 2. He perdido más de cinco kilos
- 3. He perdido más de siete kilos

T. PREOCUPACION SOMATICA

- 0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual
- 1. Me preocupo por dolores o molestias estomacales o estreñimiento o algún otro sentimiento corporal desagradable
- 2. Estoy tan preocupado por cómo o qué siento que no puedo hacer nada
- 3. Estoy completamente absorto en lo que siento

U. PERDIDA DE LA LIBIDO

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1. Estoy menos interesado en el sexo ahora
- 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
- 3. He perdido el interés en el sexo por completo

ANALISIS MULTIMODAL DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Nombre: _____

Fecha: _____

No. de Expediente: _____

Terapeuta: _____

REACTIVO	MODALIDAD	PUNTAJE	CONTENIDO
A. Estado de Animo	Afecto		
B. Pesimismo	Cognición		
C. Sentimiento de Fracaso	Cognición		
D. Falta de Satisfacción	Afecto		
E. Sentimiento de Culpa	Cognición		
F. Sentimiento de Castigo	Cognición		
G. Odio a si mismo	Afecto		
H. Autoacusaciones	Cognición		
I. Deseos Autopunitivos	Cognición		
J. Brotes de Llanto	Conducta		
K. Irritabilidad	Afecto		
L. Aislamiento Social	Relaciones Interpersonales		
M. Indecisión	Cognición		
N. Imagen Corporal	Cognición		
O. Inhibición del Trabajo	Conducta		
P. Perturbación del Sueño	Drogas		
Q. Fatigabilidad	Sensaciones		
R. Pérdida de Apetito	Drogas		
S. Pérdida de Peso	Drogas		
T. Preocupación Somática	Cognición		
U. Pérdida de Libido	Drogas		
		P.T. _____	

ANEXO 4

INVENTARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO

Lea por favor cada una de las oraciones que se indican a continuación y tache el número que mejor describa su situación de acuerdo a la siguiente escala

- 0= No, de ninguna manera
1= En alguna medida
2= Generalmente, usualmente
3= Siempre, en gran medida

1.	Me concentro exclusivamente en lo que tengo que hacer a continuación	0	1	2	3
2.	Intento analizar el problema para comprenderlo mejor	0	1	2	3
3.	Me concentro en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás	0	1	2	3
4.	Pienso que el tiempo cambiará las cosas y que todo lo que tengo que hacer es esperar	0	1	2	3
5.	Me comprometo o me propongo obtener algo positivo de la situación	0	1	2	3
6.	Hago cualquier cosa y pienso que al menos no me quedé sin hacer nada.	0	1	2	3
7.	Intento encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión	0	1	2	3
8.	Hablo con alguien para averiguar más sobre la situación.	0	1	2	3
9.	Me critico o me sermoneo a mi mismo	0	1	2	3
10.	No agoto mis posibilidades de solución en un mismo instante sino que reservo alguna otra alternativa abierta.	0	1	2	3
11.	Confío en que ocurra un milagro.	0	1	2	3
12.	Sigo adelante con mi destino pues sólo algunas veces tengo mala suerte	0	1	2	3

13.	Sigo adelante como si no hubiera pasado nada	0	1	2	3
14	Guardo sólo para mí mis sentimientos	0	1	2	3
15	Busco alguna mínima esperanza, viendo las cosas por su lado bueno.	0	1	2	3
16	Duermo más de lo que acostumbro	0	1	2	3
17	Manifiesto mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema	0	1	2	3
18	Acepto la simpatía y comprensión de alguna persona	0	1	2	3
19	Me digo a mí mismo cosas que me hacen sentir mejor	0	1	2	3
20	Me siento inspirado para hacer algo creativo	0	1	2	3
21.	Intento olvidarme de todo.	0	1	2	3
22.	Busco la ayuda de un profesional	0	1	2	3
23.	Pienso que los problemas me hacen madurar como persona.	0	1	2	3
24	Espero a ver lo que sucede antes de hacer algo	0	1	2	3
25	Me disculpo o hago algo para compensar	0	1	2	3
26.	Desarrollo un plan de acción y lo sigo	0	1	2	3
27.	Considero y acepto una segunda posibilidad mejor, después de la que yo quería.	0	1	2	3
28.	De algún modo expreso mis sentimientos.	0	1	2	3
29.	Me doy cuenta de que soy la causa del problema.	0	1	2	3
30	Salgo mejor de la situación de como empecé.	0	1	2	3
31.	Hablo con alguien que puede hacer algo por mi problema.	0	1	2	3
32.	Me alejo del problema por un tiempo; intento descansar o distraerme.	0	1	2	3

33	Intento sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos	0	1	2	3
34	Tomo una decisión importante o algo muy arriesgado	0	1	2	3
35	Intento no actuar demasiado aprisa o dejarme llevar por un primer impulso	0	1	2	3
36	Tengo fe en algo nuevo	0	1	2	3
37	Mantengo mi orgullo y pongo al mal tiempo buena cara	0	1	2	3
38	Redescubro lo que es importante en la vida	0	1	2	3
39	Hago cambios para que las cosas salgan mejor.	0	1	2	3
40	Evito estar con gente en general	0	1	2	3
41	No dejo que el problema me venza, rehuso pensar mucho tiempo en el problema.	0	1	2	3
42	Pregunto su opinión a un pariente o amigo y respeto su consejo	0	1	2	3
43	Oculto a los demás lo mal que me va	0	1	2	3
44	No tomo en serio la situación y me niego a hacerlo.	0	1	2	3
45	Le platico a alguien como me siento	0	1	2	3
46	Me mantengo firme y pelco por lo que quiero.	0	1	2	3
47	Me desquito con los demás	0	1	2	3
48	Recurro a experiencias pasadas, ya antes me habia encontrado en una situación similar.	0	1	2	3
49	Se lo que tengo que hacer y redoblo mis esfuerzos para conseguir que las cosas marchen mejor.	0	1	2	3
50	Me niego a creer lo que ha ocurrido.	0	1	2	3
51	Me prometo a mí mismo que las cosas serán distintas la próxima vez.	0	1	2	3

52.	Propongo un par de soluciones distintas al problema.	0	1	2	3
53.	Acepto la situación pues yo no puedo hacer nada al respecto	0	1	2	3
54.	Intento que mis sentimientos no interfieran demasiado con otras cosas	0	1	2	3
55.	Deseo poder cambiar lo que está ocurriendo o la forma como me siento	0	1	2	3
56.	Cambio algo de mi	0	1	2	3
57.	Sueño o me imagino otro tiempo u otro lugar mejor que el presente	0	1	2	3
58.	Deseo que la situación se desvanezca o termine de algún modo	0	1	2	3
59.	Fantaseo o imagino el modo en que podrian cambiar las cosas	0	1	2	3
60.	Rezo alguna oración	0	1	2	3
61.	Me preparo para lo peor	0	1	2	3
62.	Repaso mentalmente lo que haré o dire	0	1	2	3
63.	Pienso como dominaria la situación a quien admiro y la tomo como modelo	0	1	2	3
64.	Intento ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.	0	1	2	3
65.	Me digo a mí mismo que las cosas podrian ser peor.	0	1	2	3
66.	Realizo algún ejercicio	0	1	2	3
67.	Intento algo distinto de todo lo anterior (describalo).	0	1	2	3

Nombre: _____ Fecha: _____

CUESTIONARIO DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO
HOJA DE CALIFICACION

NOMBRE: _____ Dx _____ FECHA _____

Estilo de Afrontamiento	Reactivo/Calificación						Bruto	Promedio	Relativo (%)
A. Confrontativo	6/	7/	17/	28/	34/	46/			
B. Distanciamiento	12/	13/	15/	21/	41/	44/			
C. Auto-control	10/	14/	35/	43/	54/	62/	63/		
D. Soporte Social	8/	18/	22/	31/	42/	45/			
E. Responsabilidad	9/	25/	29/	51/					
F. Escape-Evitación	11/	16/	33/	40/	47/	50/	58/	59/	
G. Resolución de Problemas	1/	26/	39/	48/	49/	52/			
H. Reevaluación Positiva	20/	23/	30/	36/	38/	56/	60/		
Total									

COMENTARIOS: _____

CALIFICACION

- 1) Puntaje Bruto: Suma de las calificaciones de los items correspondientes a cada modo de afrontamiento
- 2) Promedio: Puntaje Bruto entre el número de items
- 3) Puntaje Relativo: Dividir el promedio de cada tipo de afrontamiento entre la suma total de los promedios y multiplicar por 100.

ANEXO 5

<p>NOMBRE _____</p> <p>FECHA _____</p>	<p>FECHA _____</p>
<p>FECHA _____</p>	<p>GUIA PARA EVALUAR LA INTENSIDAD DEL DOLOR</p> <p>0 Ausencia total del dolor</p> <p>1 <i>Dolor muy leve</i> que se siente solo cuando se fija especialmente en el</p> <p>2 <i>Dolor leve</i> que por momentos se olvida</p> <p>3 <i>Dolor moderado</i> que le permite realizar sus labores de costumbre</p> <p>4 <i>Dolor fuerte</i> que le dificulta concentrarse y realizar tareas difíciles, pero le permite hacer cosas fáciles</p> <p>5 <i>Dolor muy fuerte</i> e incapacitante que le obliga a abandonar sus actividades</p>