

LA ATRIBUCIÓN AL DOLOR Y SU RELACIÓN
CON EL DIAGNÓSTICO MÉDICO Y ALGOLÓGICO
EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA



LA ATRIBUCIÓN AL DOLOR Y SU RELACIÓN
CON EL DIAGNÓSTICO MÉDICO Y ALGOLÓGICO
EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA

Presenta

MARÍA GUADALUPE GONZÁLEZ Y MUÑOZ

PRESIDENTE: DRA. MARTHA PATRICIA BONILLA MUÑOZ
PRIMER VOCAL: DR. ANTONIO TENA SUCK
SECRETARIO: DRA. DEBORAH LEGORRETA
SUPLENTE: DR. JOSÉ LIHT SIGALL
SUPLENTE: DR. OSCAR RICARDO GALICIA CASTILLO

México, D.F.
2005

*El dolor tiene algo de vacío;
no puedo recordar cuando empezó
o si hubo un tiempo cuando no estaba*

Emily Dickinson

INDICE

Indice	1
Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
CAPITULO I	10
MARCO TEORICO	
1.1. Diferentes Perspectivas del Dolor	10
Desde la Filosofía	10
Desde la Literatura	13
Desde el Arte	16
Desde la Religión	17
1.2. El Dolor. Conceptos Básicos	21
1.2.1 Definición de términos	21
1.2.2 Teorías sobre el dolor	22
1.2.3 Clasificación	24
Dolor Orgánico y Dolor Psicógeno	24
Dolor Agudo	25
Dolor Crónico	25
Orígenes del Tratamiento. Clínicas del dolor	29
1.3 Aspectos Médicos del Dolor Crónico	33
1.3.1 Diagnóstico médico	34
Cefalea	34
Dolor facial	34
Cáncer	35
Lumbalgia	37
Neuropatía Diabética	38
Artritis Reumatoide	39
Herpes Zóster	41
Fibromialgia	42
1.3.2 Diagnóstico algológico	44
Somático	44
Visceral	45
Neuropático	45

1.4 Manifestaciones psicológicas del paciente con dolor crónico	46
1.4.1 Aspectos históricos	46
1.4.2 Principales síntomas	51
Depresión	52
Ansiedad	56
1.5 Teoría de la Atribución	60
1.5.1 Antecedentes	60
1.5.2 Principios básicos de la atribución causal	61
1.5.3 Dimensiones de la atribución causal	65
1.5.4 Atribuciones respecto de sí-mismo	68
1.5.5 Funciones	70
1.5.6 Perspectivas	71
CAPITULO 2	
METODO	73
2.1 Justificación	73
2.2 Objetivos	76
Objetivo General	76
Objetivos Específicos	76
2.3 Preguntas	76
2.4 Hipótesis	77
2.5 Método	77
2.5.1 Tipo de estudio	77
2.5.2 Variables	77
2.5.2.1 Definición conceptual de variables	78
2.5.2.2 Definición operacional de variables	78
2.5.3 Sujetos	79
2.5.4 Instrumentos	80
a) Cuestionario demográfico	80
b) Cuestionario diagnóstico	81
c) Escala de atribución del dolor	83
2.5.5 Construcción del instrumento original	83
1.Obtención de dimensiones del constructo <i>Atribución</i>	83
2.Elaboración de reactivos	84
3.Juicio de expertos	85
4. Piloteo del instrumento	86
5. Aplicación del instrumento	86

6. Análisis de reactivos	86
a) Correlación reactivos-calificación total	86
b) Comparación de grupos contrastados	88
c) Análisis de frecuencias	90
7. Análisis Factorial	91
7.1 Validez	91
7.2 Confiabilidad	95
2.5.6 Aplicación Instrumento final	95
2.5.7 Procedimiento	98
CAPITULO 3	
RESULTADOS	100
3.1 Análisis descriptivo	100
3.2 Prueba de hipótesis o análisis inferencial	102
3.2.1. Diagnóstico Médico	102
3.2.2. Diagnóstico Médico-Relación Subescalas	102
3.2.3. Diagnóstico Algológico	103
3.2.4. Diagnóstico Algológico-Relación Subescalas	104
3.2.5. Sexo-Atribución del Dolor	104
3.2.6. Edad-Atribución del Dolor	105
3.2.7. Estado Civil-Atribución del Dolor	107
3.2.8. Escolaridad- Atribución del Dolor	108
3.2.9. Religión-Atribución del Dolor	109
CAPITULO 4	
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	110
BIBLIOGRAFÍA	123
INDICE DE TABLAS	131
APÉNDICES	133

RESUMEN

El dolor ha sido estudiado ampliamente por diversas disciplinas. En el campo de la psicología, la atribución que el paciente hace de su dolor es fundamental para comprender los procesos internos que lo significan. Con el propósito de evaluar este constructo, se desarrolló una escala con pacientes que padecen dolor crónico. La escala final constó de 23 reactivos agrupados en cuatro subescalas: Maltrato-Desesperanza, Autocastigo, Percepción de Incapacidad y Victimización. Se obtuvieron altos índices de validez y confiabilidad. Los padecimientos osteo-generativos resultaron los de mayor frecuencia en el grupo estudiado (39%) y el dolor más frecuente fue el neuropático (53%). Los enfermos de Diabetes Mellitus fueron quienes puntuaron más alto en Percepción de Incapacidad ($\bar{X}=2.03$) y los oncológicos en Autocastigo ($\bar{X}=1.48$). El grupo de edad que puntuó más alto en las cuatro subescalas fue el de 51 a 59 años. Los hombres obtuvieron mayores puntajes en Autocastigo y Victimización y las mujeres en Percepción de Incapacidad. Se encontró que a mayor escolaridad, menor atribución a aspectos negativos. En cuanto a religión, se observó que los católicos tienden a sentirse víctimas, maltratados, desesperanzados y con una percepción de incapacidad. Se concluye que la aplicación de la Escala de Atribución del Dolor es una guía útil para conocer las atribuciones causales del dolor. Se sugiere elaborar programas para disminuir la percepción de incapacidad del paciente, elevar su autoeficacia, con lo cual, se espera, disminuya el dolor.

Palabras clave: dolor, atribución, significado, diagnóstico clínico, diagnóstico algológico

ABSTRACT

Pain has been thoroughly studied under various disciplines. In Psychology, we take very much in account the meaning the patient gives to its pain, due to the fact that it involves the inner processes of the patient. To evaluate this statement, we developed a scale with chronic pain patients that consisted of 23 questions grouped in four sub scales: Abuse_hopelessness: Self punishment, Perception of disability and Victimization. We attained high levels of validity and trust. In osteo-degenerative diseases were more frequent in 39% and the most frequent reported pain was the neurophatic one with 53%. Patients suffering from Diabetes Mellitus had the higher punctuation in their perception of disability ($\bar{X}=2.03$) and oncological patients scored higher on self-punishment ($\bar{X}=1.48$). The age group with the higher punctuation on all four subscales was 51-59 years old. The male group scored higher in self-punishment and victimization and the female group on Perception of disability. It was also found that the higher the academic degree, the lesser negative reaction to pain. In the religious aspect, Catholics showed a higher tendency to feel abused and hopeless, thus reporting disability and victimization. We conclude that the use of this Scale of Pain Meaning is a useful tool to gather information to causes of pain. It is suggested to create methods to diminish disability feelings in the patient, in order to raise his self efficiency and ultimately reduce his pain.

Key words: Attribution, pain, clinical diagnosis, meaning, algological diagnosis.

INTRODUCCIÓN

Los síndromes dolorosos agudos o crónicos son de las razones más frecuentes que llevan a los pacientes a consultar al médico. Tratar el dolor es una de las principales habilidades que adquiere el médico en el arte de ejercer su profesión y el paciente suele investir al médico del poder de eliminar su dolor. Hasta hace pocos años fue la medicina interna junto con las ciencias médicas básicas: anatomía, bioquímica, fisiología y farmacología quienes se encargaron del estudio y tratamiento del dolor. A pesar de tantos avances logrados por los médicos en cuanto al manejo del dolor, llega un momento en que, en algunos casos, este se presenta como persistente, rebelde e intratable. A los pacientes se les dificulta encontrar la palabra que describa y defina su dolor y su sufrimiento. Recurren al lenguaje pre-verbal: quejidos, gritos o llanto.

México es un país con necesidades sociales y de salud muy amplias y complejas. Abrir el campo de acción del psicólogo clínico al ámbito hospitalario implica ofrecerle una opción concreta para cumplir con su compromiso de trabajo en mejorar la salud mental, social y comunitaria. Su presencia en las instituciones de salud se requiere cada vez más y crece el número de médicos que consideran necesario aprender a trabajar de forma multidisciplinaria; observan impotentes el fracaso de algunos tratamientos farmacológicos respecto a la cura del dolor y están aceptando la lectura que se hace desde la psicología. Algunos comienzan a considerarla una herramienta de trabajo importante y necesaria. Es un hecho que nunca serán expertos en el manejo psicológico del paciente, si embargo pueden

adquirir habilidades para explorar el área psicoafectiva y reconocer cuando deben remitir al paciente con el psicólogo del servicio, ofreciendo así una intervención integral. Este estudio pretende ser un instrumento para orientar a los médicos y a los psicólogos en el estudio del aspecto psicológico del dolor crónico.

El capítulo 1 está estructurado por cinco aspectos principales. Se inicia con la presentación de diferentes perspectivas del dolor desarrolladas por las Ciencias del Hombre revisando aspectos filosóficos, literarios, artísticos y religiosos. Se acepta que el ser humano se mueve dentro de un universo simbólico, en donde el lenguaje, el mito, el arte y la religión constituyen hilos que tejen la red simbólica enriquecida y modificada a su vez por sus propias emociones, esperanzas y temores. Tomar en cuenta el contexto cultural en el cual se significa el dolor crónico, podría permitir lograr una mayor comprensión del enjambre de significaciones ambiguas y complejas que compone el dolor humano.

A continuación se presentan los conceptos básicos del dolor, los términos que se han empleado a lo largo de la historia con sus diferentes significados. El dolor no es meramente un asunto de nervios y neurotransmisores. El sujeto le asigna diversos significados dentro de su contexto sociocultural. A continuación se mencionan las teorías tempranas del dolor y su evolución histórica. Dentro de la clasificación está el dolor orgánico, psicógeno, agudo y crónico con sus características principales.

En un tercer momento se aborda el aspecto médico del dolor. Los padecimientos más frecuentes observados en la práctica clínica, que presentan dolor como síntoma principal son: cefalea, dolor facial, neuropatía diabética, neuralgia postherpética, lumbalgia, cáncer,

artritis reumatoide y fibromialgia El tipo de dolor que acompaña a estas entidades nosológicas se clasifica en: dolor neuropático, somático, visceral o mixto. Los médicos han elaborado hojas de registro en donde se anota, por el tipo de dolor: su intensidad, duración y las áreas que afecta. Para medir el dolor físico utilizan la Escala Visual Análoga (EVA). El tratamiento multidisciplinario de este tipo de paciente, implica el reto de combinar métodos psicológicos y farmacológicos.

Posteriormente se exponen las manifestaciones psicológicas más frecuentes del dolor crónico: la depresión y la ansiedad y se revisan algunos aspectos históricos En ocasiones un estado psicológico puede causar un síndrome doloroso, o puede incrementar el dolor producido por un trastorno orgánico. Comúnmente el dolor crónico generado por alteraciones fisiológicas desencadena desórdenes psicológicos. El paciente en estas condiciones, piensa y se conduce de un modo particular; se ha observado en la práctica clínica que sufren trastornos de ansiedad y de depresión recurrente por su incapacidad funcional. El dolor inhibe su capacidad para gozar de la vida, puede apartarlo del trabajo, llevarlo al rol de incapacitado, separarlo de sus amigos y amurallarlo en una cárcel individual de aislamiento. En sus manifestaciones extremas, lo lleva a ideaciones suicidas. El dolor crónico no es una enfermedad terminal, se puede vivir muchos años en estas condiciones, desencadenándose considerables consecuencias bio-psico-sociales.

Se cierra el primer capítulo con la presentación de la Teoría de la Atribución. Se muestra como el ser humano busca una explicación a los eventos inesperados y desagradables: la enfermedad, el dolor, circunstancias displacenteras, estimulan la búsqueda de causas que le permitan mantener una consistencia psicológica en sus creencias y en sus opiniones. A este movimiento interno se le denomina proceso atributivo. Cuando se

encuentra la causa que genera esa situación desagradable, se logra un equilibrio interno y una sensación de bienestar y control.

El capítulo 2 corresponde al método de investigación, el cual incluye la justificación, los objetivos, las preguntas de investigación e hipótesis. El método se circunscribe a la muestra seleccionada, la definición de las variables, el tipo de estudio, el desarrollo de los instrumentos, incluyendo las tres versiones requeridas para su validación y confiabilización, así como el procedimiento seguido para su ejecución.

En el capítulo 3 se presentan los resultados obtenidos que permitieron probar las hipótesis planteadas. En el capítulo 4, con base en los resultados obtenidos, se presenta el análisis de la contrastación de las hipótesis y sus implicaciones teóricas, conclusiones derivadas del estudio y algunas propuestas para nuevas investigaciones.

En México, son varias las instituciones médicas que se han encargado del estudio y tratamiento del dolor a través de la creación de las Clínicas del dolor. Entre ellas se encuentra el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), lugar donde se llevó a cabo la presente investigación. Este trabajo forma parte de una línea de investigación de la Clínica del Dolor y Medicina Paliativa.

I. MARCO TEÓRICO

1.1 DIFERENTES PERSPECTIVAS DEL DOLOR

*Al dolor, la muerte lo calma,
Pero primero conduce a lo peor*

George Bataille

El fenómeno del dolor ha sido tratado por las ciencias humanas. No puede ser estudiado aislado del hombre; al considerar el dolor, también se considera al hombre. Se presenta a continuación una lectura no exhaustiva del tema. No se pretende decir todo, únicamente señalar las articulaciones que, a través del lenguaje escrito y artístico, se presentan en el dolor como objeto de su discurso. La problemática del dolor y el hombre como sujeto de ese dolor, como un prisma para la lectura desde la filosofía, la literatura, el arte y la religión. La perspectiva de la psicología y de la medicina se tratarán en un capítulo aparte.

1.1.1 DESDE LA FILOSOFÍA

Se reconoce en general, que el autoconocimiento es el objetivo fundamental de la indagación filosófica. El conocimiento propio se persigue como ideal de realización personal. El dolor pertenece a una de las experiencias más fundamentales en el ser humano y por lo tanto ha sido objeto de reflexión de filosófica. Aristóteles, quien afirma que el

deseo de todo hombre es llegar a conocer, utiliza el término *pathos* para describir un acto doloroso dirigido hacia el cuerpo humano, con la capacidad de trastornar y destruir la naturaleza de la persona que lo experimenta. (Cassirer, 1968). Hacia el 409 a.C., Sófocles escribe Filoctetes, una obra cuyo tema explícito es el dolor. La herida que una espina causa a su pie se sitúa en la raíz de la tragedia: en esa infección se encarna el sufrimiento cotidiano. El dolor físico, se intensifica de tal manera que lo lleva hasta el extremo de caer inconsciente y aislarse de sus amigos. El dolor hace sentir su poder, es capaz de reducir la vida de un hombre al vacío y a la miseria total. En este sentido comenta Weil que la aflicción es anónima, priva de personalidad a la víctima, y nunca volverá a creer que es alguien.

Descartes, precursor del modelo orgánico del dolor que se desarrolló a mediados del siglo diecinueve, consideró que el dolor es una sensación como el calor o el frío y que la relación entre daño y dolor se da en una relación directa y causal (Morris, 1996). Con una postura opuesta se encuentra Pascal, quien poseía dones incomparables para elucidar las cuestiones más oscuras y para condensar y concentrar sistemas complejos y dispersos de pensamiento. Él cree que el dolor no es algo que se sufre o se soporta, sino algo que se interpreta; entra al ámbito del significado a través del sistema del pensamiento. Para él, comprender y resolver el enigma en el hombre no se hace mediante proposiciones geométricas. Su primera ley es el principio de contradicción. La contradicción es el verdadero elemento de la existencia humana (Cassirer, 1968).

En la misma línea del significado, está Epicteto (100d.c.) quien comenta las cosas no tienen la capacidad de perturbar y alarmar al hombre, sino las opiniones y figuraciones

que tiene sobre las cosas las que principalmente lo afectan (Cassirer, 1968). El hombre no vive en un único universo físico, sino en un universo simbólico. El lenguaje, el mito, el arte y la religión, constituyen partes de este universo, son hilos que tejen la red simbólica. Es así como el sujeto se ve envuelto en formas lingüísticas, imágenes artísticas, símbolos míticos y en ritos religiosos, que a su vez son enriquecidos o modificados por sus emociones, esperanzas y temores, en medio de sus fantasías y de sus sueños.

Hegel (1820), afirma que el lenguaje es un proceso, una función de la psique humana, habla del pensamiento reflexivo como la capacidad para destacar de toda la masa indiscriminada del curso de los fenómenos sensibles, ciertos elementos fijos, con el fin de aislarlos y concentra la atención sobre ellos. (Cassirer, 1968). Para Heidegger (1950), el dolor es un misterio que permanece velado y para Sartre (1960) es una empresa; Nietzsche (1872), afirma: "El animal más sufriente de la tierra se inventó para si mismo: la carcajada" (en Morris: 91). Bataille (1957), filósofo francés, incursiona también el ámbito de la religión y del arte. Desde el punto de vista filosófico, sostiene que cada sujeto es distinto de los demás, entre cada uno hay un abismo, una discontinuidad y pasa su vida entre lo continuo y lo discontinuo. Para él, son los sentimientos los que dan un enfoque personal a la visión individual y esto le permite discriminar las semejanzas y las diferencias respecto a las experiencias de los demás y su propia experiencia interior.

1.1.2 DESDE LA LITERATURA.

La palabra, la escritura, el texto para manifestar una idea, una experiencia, una sensación. Misteriosos procesos ligan la sensación humana con la emoción, la percepción y el lenguaje en un tiempo y en un espacio determinado. Lograr que la narrativa manifieste la dimensión impalpable del mundo psicológico, es un don de los grandes literatos.

En la muerte de Iván Ilych, Tolstoi (1918), describe como un hombre común y corriente, amable, inteligente, capaz y sociable, a través del tiempo en que se desarrolla su enfermedad y persiste su dolor, va significando su vida de distintas formas. El dolor constante hace que vaya modificando su estilo de vida y la percepción de la realidad. Experimenta soledad, temor, horror. En el campo del significado, el dolor pasa de la carencia total de significado, hasta la implacable certeza de su muerte.

La falta de significado, es lo que permite reconocer las ocasiones en que el dolor empieza a adquirir un significado complejo, dejando una sensación de incertidumbre. Con el tiempo el dolor del protagonista se convierte en objeto de interpretación y es a través del dolor que penetra en un estado de alerta espiritual. Llegando al término de su vida, disminuye la incertidumbre, Ilych asciende inesperadamente a una altura religiosa desde la cual contempla su dolor terrible, agónico, terminal, como algo insignificante. La comprensión final de su experiencia, mediante un acto de interpretación, lo pone en contacto con su contingencia resultando de forma paradójica, el acto más profundo de su vida.

Shakespeare tuvo la habilidad para plasmar en su obra la profunda contradicción que vive el ser humano. En Edipo y el Rey Lear, describe el efecto del dolor por la pérdida del poder, de la razón y de la libertad. La tragedia no ofrece consuelo, aporta el incomprensible conocimiento del ser humano que ha sufrido por tanto tiempo o tan profundamente. Su discurso tiene la capacidad de estremecer al lector, llevándolo a experimentar una dimensión de la vida humana generalmente desconocida y temida.

El Marqués de Sade (1930), considera que el dolor tiene el poder de desentrañar certezas. Critica el sentimentalismo y la bondad natural e introduce la liberación de toda ley y de toda autoridad. Sade, quien escribió en la soledad de un calabozo, nunca tomó en cuenta al prójimo, y consideraba que el mayor dolor de los demás siempre cuenta menos que su propio placer. Dedicó muchas obras a la afirmación de que la vida era la búsqueda de placer y el placer era proporcional al dolor y a la destrucción de la vida (Bataille, 1957).

Krauss (2004), médico de profesión ha incursionado el mundo de la palabra escrita como un medio de trascender su experiencia clínica en relación al dolor, al sufrimiento, a la muerte. La poesía según Rimbaud, nos conduce a la confusión, a la eternidad, a la muerte y por la muerte, a la continuidad: *la poesía es la eternidad, es la mar ida con el sol.*

Y así, el médico escribe sobre el dolor en sentido amplio:

"El dolor de la tierra espera. La vida no tiene porque entristecerse, no tiene por qué parar. Ni el dolor del sol, ni el dolor del cuerpo, ni el dolor de la noche pueden más que la vida. [...] No hay llagas eternas ni dolores infinitos. [...] la vida carece de ayer. El dolor de la tierra habla. El dolor de la tierra cura".

Y del dolor del hombre concreto:

"...Mi dolor musita, mira. Entiende que la tristeza mata menos que la muerte y que el cielo no acaba porque llora: cuándo ha dejado el cielo de bajar a la tierra?"

Y del suicida:

"Escribí: a los animales les basta la vida. Poco después reparé: quizás a quien se suicida también. La soledad puede ser infinita, los días interminables. Cuando kairos claudica, la vida se apaga. [...]El tiempo y la muerte carecen de conciencia. Algunos suicidas, en cambio, son tiempo, son conciencia, son vida, son espacio. Al menos, son su tiempo, su conciencia. Son su muerte, su vida, su espacio."

Y va más allá de la muerte

*"...La muerte: de qué murió?
El cadáver: por qué fallecí?
El forense: No sé: el corazón, la cabeza, el hígado...
Todo bien. Casi siempre sucede lo mismo. Se acabó la Vida, se anquilosó el deseo.
La muerte: Exploró el alma?
El cadáver: No. El forense trató de exponerla. Fue Imposible: los pernos estaban oxidados, los recuerdos Desparramados, el aceite enmohecido.
El forense: Intenté disecar el alma. No lo logré. El Dolor del ánima hablaba como la muerte. El silencio, El vacío, la melancolía, desarmaron los goznes de la Vida. Quise hurgar el alma. No pude. El filo del Bisturí se melló, las tijeras se cerraron. Procuré Penetrar la tristeza. Fracasé. El frío del alma era Impenetrable. Todo era invierno. Todo era ayer."*

(Kraus, A. Comunicación Personal. 4 de dic. del 2004)

1.1.3 DESDE EL ARTE.

La pintura y la escultura, no responden a la forma de los textos discursivos. Como lenguaje tienen su propia forma. Leonardo da Vinci realiza en 1483 un dibujo que titula *Alegoría del placer y del dolor* y que en sus notas para describir las figuras del hombre y de la mujer interconectadas se lee:

"Placer y Dolor se representan como gemelos, como si estuvieran unidos, porque nunca se da el uno sin el otro...Están dibujados dándose la espalda, porque son contrarios el uno al otro. Se los muestra creciendo desde un mismo tronco, porque tienen una y la misma base, porque el fundamento del placer es el trabajo doloroso y el fundamento del dolor son los placeres vanos y lascivos" (Morris:101).

Se encuentran varios dibujos, desde simples ilustraciones hasta obras muy completas, representando distintos tipos de dolor. En 1475, Pollaiuolo pinta *El Martirio de San Sebastián*. Obra que se encuentra en la Galería Nacional de Londres. En 1514, Durero pinta *La Melancolía*, su obra se encuentra en el museo de Filadelfia. En 1625 Reni pinta el *Martirio de San Sebastián*, cuadro que se encuentra en Art Resource, Nueva York. En 1810 se encuentra un dibujo anónimo sobre *El Dolor Agudo*. En 1833 se encuentra una ilustración de Daumier titulada *El Cólico*. En 1835 Cruickshank realiza un dibujo que llama *El Dolor de Cabeza*.

Bataille (1957), filósofo francés, hace una analogía entre el dolor extremo, la experiencia mística y el orgasmo femenino, plasmado en la obra de Bernini (1645), *El Éxtasis de Santa Teresa*. Desde un punto de vista religioso, el dolor de San Sebastián y de Santa Teresa, poseen el poder de trascender el mundo y la carne. Libera y permite ingresar

en una comunión con lo divino. De este modo, no es algo que deba ser curado y ni siquiera soportado; es una experiencia que da acceso a una comprensión de lo numinoso, de otro modo inaccesible. El dolor visionario manifestado en las esculturas citadas, emplea el cuerpo para liberarse del cuerpo. Manifiesta una experiencia que escapa del mundo, ligado al sufrimiento humano. Santa Catalina advierte que no busca el dolor, pero le da la bienvenida cuando llega inevitablemente, como una señal que apunta más allá de sí misma. Su gesto indica una unión extática con Dios, en la cual el sufrimiento ya no se distingue del amor.

1.1.4 DESDE LA RELIGIÓN

Para tratar este punto en extremo complejo, se harán consideraciones en distintos sentidos. Desde el punto de vista antropológico, la religión fue una de las máximas expresiones de la vida cotidiana en todas las sociedades mesoamericanas. En ella quedaron resumidos muchos de los conocimientos acerca de la naturaleza y los principios de la organización social. Todo acto humano respondía a un ritual dentro de esas sociedades profundamente religiosas y el arte, en consecuencia, era reflejo de esa actitud generalizada. También todos los artefactos, herramientas y utensilios cumplían, antes que nada, funciones y usos sociales vitales para satisfacer necesidades de la persona y su comunidad. Con el paso del tiempo, cambia fundamentalmente la concepción del mundo y los fenómenos naturales son interpretados como fuerzas sobrenaturales autónomas que influyen en el hombre y determinan su destino. El mago, el hechicero o chamán, concentra el conocimiento y se convierte en el enlace entre su comunidad y los seres invisibles a los que invoca con beneficios de esas fuerzas. Gradualmente los chamanes absorbieron funciones

directivas y controlaron el poder, gracias al cúmulo de conocimientos que les ayudaron a comprender y prever mejor los fenómenos naturales (Museo Amparo. 1996. Puebla, Pue.).

Se revisó únicamente bibliografía en relación con el cristianismo debido a que los sujetos de la muestra refirieron en un 89% pertenecer a la religión católica. Una característica de los cristianos medievales es el uso que hicieron del dolor. Les servía como signo y medio de contacto con la divinidad. La comunidad cristiana medieval habría suprimido su valor espiritual si hubiera negado el dolor. Un dolor sin significado habría amenazado con arrojarlos a un mundo desprovisto de significado. Fue una cultura que tenía muy clara la calidad redentora y penitencial del dolor. Un pintor alemán de fines del siglo XV, Grünewald captura en su pintura el misterio del Dios sufriente en la crucifixión. Es una pintura que utiliza el dolor para destacar la humanidad de Jesús.

En la edad media, estaban muy influenciados por el dolor humano de la crucifixión y esos valores llegaron a Latinoamérica por enseñanza. Se aceptaron los dogmas religiosos del cristianismo y poca gente discutía en esa época la creencia de que los pecadores enfrentarían una eternidad de tormentos en el infierno. La comprensión del dolor como un medio de experiencia mística, puede ayudar a entender los martirios habituales en la vida de los santos cristianos. Algunos mártires como San Sebastián, soportaron dolores insufribles, no dramatizando el dolor sino aceptándolo y trascendiendo. Sebastián sufre con una compostura que confirma que está más allá de la experiencia normal. El dolor tiene en ese tiempo una función santificadora y se acepta como prueba de fe. Ese dolor se vivía como una imitación de los sufrimientos de Cristo en la cruz (Morris, 1996).

El dolor es un elemento vital en la vida de Santa Teresa. El poeta inglés del siglo diecisiete Grashaw, escribió algunos poemas en donde destaca sus "heridas deliciosas", "alegrías intolerables y "dolores dulces y sutiles" (Grashaw, R. En Morris:358). Parafraseando a Santa Teresa afirma que le gustaría explicar su dolor profundo, un dolor que mezcla el cuerpo y el alma Morris comenta que en la vida de Santa Teresa, su cuerpo siente junto con su alma, contrasta la pena del cuerpo y del alma con un dolor mucho más desolado que sólo concierne al alma y que se presenta en el estado de oración.

Catalina de Siena fue una asceta para quien la humillación de la carne ofrecía un camino indispensable para un acercamiento directo a Dios. Escribe un libro que titula El diálogo (1377-1378), en donde describe la inversión de valores en que funda su cultivo personal del dolor. Cree que el mundo material es un lugar de "espinas venenosas" y recomienda que quienes buscan a Dios -desdeñando el placer- deben moverse activamente en pos del sufrimiento mediante la humillación de la carne. Refiere como ese dolor espiritualizado los va a llenar de alegría, el dolor que se experimenta por motivos religiosos, lo define como sufrimiento gozoso.

La cultura de la edad media estaba influida por el dualismo espíritu-cuerpo. Los cristianos de esa época creían que el espíritu y la carne se enfrentaban en un combate a muerte. Los doctores de la Iglesia Católica enseñaron que el mayor dolor era el del alma apartada de Dios. El alma divinizada halla la felicidad en un dolor físico que es transitorio, que se busca y se acepta en nombre de Dios y los libera del tormento del infierno, que es eterno. Esa influencia llegó hasta nuestro mundo, y perdura en muchas personas hasta nuestros días. Durante la etapa de entrevistas abiertas un paciente oncológico femenino de 42 años al preguntarle: ¿a qué atribuye usted su dolor?, respondió: "El sufrimiento es un

gran valor y unido a la pasión de Cristo es redentivo. El dolor es una fuente de gracias para la comunidad y es apostolado. Dios quiere algo de mí, quiere que yo colabore. Trato de vivirlo en alegría, serenidad y silencio. Ofreciéndolo. Me hace sentir que es mi realidad”

El papel de la religión en la concepción del dolor está íntimamente relacionado con aspectos culturales. Freud en 1927 escribe en *El Porvenir de una Ilusión*, que ante el desvalimiento de los seres humanos, surge la necesidad de desterrar los terrores de la naturaleza (enfermedad, muerte, catástrofes), reconciliar la crueldad del destino (pérdidas de seres queridos, privaciones que la vida cultural exige). De modo que la fuerza que el hombre da a la religión proviene de la fuerza de profundos deseos:

Protección amorosa ante el desvalimiento

Calmar la angustia ante los peligros de la vida

Orden ético del universo ante la experiencia de injusticia y desorden mundial

Prolongación de la existencia terrena mediante la vida futura.

Goethe escribe:

*“Quien posee ciencia y arte,
tiene también religión;
y quien no posee aquellos dos,
¡pues que tenga religión!”*

Bataille (1975), desde su lectura filosófica refiere que el cristianismo retuvo lo fundamental del espíritu religioso que para él, es lograr la experiencia de continuidad en el ser. Los hombres serían transformados en la continuidad divina en el amor de unos a otros, superando la violencia. Con el paso del tiempo se fue reduciendo el concepto de lo sagrado y de lo divino y fue creciendo la idea de un más allá de este mundo real. Cielo, infierno,

elegidos y condenados, ángeles y demonios, llegaron a ser fragmentos divididos, distintos unos de otros. En el sacrificio de la cruz, la víctima se arriesga sola, pero se arriesga hasta la muerte. El sacrificio se simboliza como un medio de expiación de los pecados. Y así se une el acto de amor, el dolor y el sacrificio en un significado de redención y salvación individual y universal.

1.2 EL DOLOR CONCEPTOS BÁSICOS

El dolor no es simplemente un asunto de nervios y neurotransmisores, es necesario estudiarlo desde la perspectiva del sujeto, los significados que le asigna, dentro de un contexto cultural. En este capítulo se van a presentar las definiciones del dolor, y sus distintos significados, el dolor psicógeno, las características del dolor agudo y del dolor crónico, así como la clasificación del dolor que hace la algología, ciencia que se ha especializado en estudio y tratamiento del dolor.

1.2.1 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Si se atiende al origen semántico del significado del concepto de dolor, se encuentra que el griego antiguo lo expresa con varios términos, lo cual indica la complejidad del fenómeno (véase tabla 1).

Tabla 1
Términos griegos que significan dolor
(Pierret,1979)

Achos
Algos
Odyne
Kedos
Ponos

Estos son los términos fundamentales y más antiguos, provenientes de la cultura griega. Todos ellos tenían originariamente un significado concreto, material, poco a poco adquirieron un significado abstracto en mayor o menor medida. *Achos* significa dolor espiritual y *algos* denota dolor físico. *Odyne* es un dolor intenso físico o moral (que empezó significando dolor de muelas o dientes). *Ponos* significaba originariamente la acción y el hecho de trabajar sin descanso en términos deplorables, esa raíz conlleva la idea de pobreza. Con el tiempo, *ponos* pasó a significar sufrimiento. En lo que se refiere al término *Kedos*, su significado inicial era “familiar”, de ahí pasó a denotar aflicción y dolor sentidos por la pérdida de un familiar y luego de cualquier ser querido. Pierre,(1979), define al dolor como: “una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con el daño real o potencial de algún tejido o que se describe en términos de tal daño”. Sin embargo, la experiencia dolorosa es algo más complejo. El dolor muscular no es idéntico al dolor visceral y ambos difieren del dolor neuropático. El Institute of Medicine Committee on Pain, Disability and Chronic Illnes Behavior, señala: “La experiencia del dolor es más que un proceso sensorial. Es una percepción compleja que involucra altos niveles de Sistema Nervioso Central, estados emocionales y profundos procesos de orden mental” (Jacox, 1994).

1.2.2 TEORÍAS SOBRE EL DOLOR

Se puede pensar que sería maravilloso nunca tener una experiencia de dolor; el dolor daña, a la mayoría de las personas les disgusta y tratan de evitarlo. Sin embargo, tener la capacidad de sentir dolor es indispensable para la sobrevivencia. Permite darse cuenta de las heridas o de las enfermedades y buscar un tratamiento. Hay personas que no sienten

dolor, que nacen con lo que se denomina insensibilidad congénita al dolor. Se presenta desde el nacimiento y pueden tener heridas importantes que los lleva a serias mutilaciones y a la muerte. El estudio sistemático y metodológico del dolor se puede agrupar en dos amplios periodos. Se mencionan a continuación las principales teorías.

A) TEORÍAS TEMPRANAS

A comienzos se 1900, las teorías dominantes del dolor se basaban en un modelo mecanicista. Ellos proponían que si un estímulo efectivo activaba un receptor, la señal viajaba de la médula espinal al cerebro y de ahí resultaba la sensación (Melzack & Wall, 1965). Se presentaron dos teorías: *la teoría de la especificidad* argumentaba que el cuerpo tiene separados los sistemas sensorial y perceptual del dolor, del mismo modo como la vista y el oído. Esta teoría considera que el sistema sensorial tiene sus propios receptores para detectar los estímulos dolorosos, sus nervios periféricos y sus vías hacia el cerebro, así como sus propias áreas en el cerebro para procesar las señales de dolor. La segunda teoría es llamada *la teoría pattern*, la cual propone que no están separados los sistemas sensorial y perceptual del dolor y que los receptores del dolor son compartidos para otros sentidos. De acuerdo a esta teoría, las personas sienten dolor cuando ciertos patrones de actividad neural se presentan. Estos patrones de comportamiento neuronal se activan únicamente cuando el estímulo es muy intenso. De acuerdo a Melzack y Wall (1982), ninguna de estas tempranas teorías, explican la percepción del dolor. Afirma que el problema más serio es que ninguna intenta explicar porque la experiencia del dolor es afectada por aspectos psicológicos, de como ideas y creencias modifican el significado del dolor.

B) LA TEORÍA DE LA COMPUERTA DE MELZACK Y WALL

Hacia 1965, Melzack y Wall, introdujeron su teoría de la compuerta de la percepción del dolor. Esta teoría integró conceptos útiles de las teorías iniciales y mejoraron en algunos sentidos, en especial en la descripción de mecanismos fisiológicos y de cómo aspectos psicológicos pueden afectar la experiencia de dolor de las personas.

1.2.3 CLASIFICACIÓN

1) Dolor Orgánico y Psicógeno

En las personas que sufren una herida física, la experiencia de dolor está claramente relacionada con un daño de tejido se le denomina dolor orgánico. El otro tipo de dolor, cuando el médico no encuentra ninguna base orgánica que lo explique, parece provenir de ciertos procesos psicológicos y por esta razón este malestar es descrito como dolor psicógeno. No hace mucho tiempo los investigadores consideraban el dolor orgánico y el psicógeno como entidades separadas y afirmaban que el dolor psicógeno no involucra sensaciones reales (Bakal, 1979).

En la actualidad, los investigadores reconocen que la experiencia del dolor involucra aspectos fisiológicos y psicológicos. Esta experiencia es vista como un continuo más que como una dicotomía. Se considera que los diferentes tipos de dolor tienen desiguales mezclas de componentes orgánicos y psíquicos. Esto se comprueba cuando personas con heridas tisulares refieren poco o nada de dolor mientras que otras, sin daño serio, reportan dolor severo. El papel de los factores psicológicos se incrementa cuando la experiencia de dolor se prolonga en el tiempo (Okijuhi, 1999).

2) Dolor agudo

Es un evento repentino, relativamente corto y de variable duración. Cuando está asociado con daño tisular, el dolor disminuye con la curación. Puede aparecer durante la privación de sueño, en el parto, por fatiga, o por exceso de ejercicio físico. El dolor agudo advierte que algo está mal, es la señal para buscar el alivio a la causa del dolor o a sus síntomas. El comportamiento que desencadena el dolor en la persona está muy influenciado por experiencias pasadas, por el escenario socio-cultural donde la herida o el dolor ocurren, por el estado psicológico del sujeto en el momento en que ocurre el evento, así como por la personalidad del paciente (Morris, 1997). Puede modificar la respuesta al dolor algunos rasgos de personalidad y que no se presente un beneficio secundario (Wilson, 1998).

3) Dolor crónico

El dolor agudo se vuelve crónico, cuando se presenta en el paciente un suceso de dolor diario, extendiéndose en un periodo mayor de cuatro meses. Personas con dolor crónico presentan altos niveles de ansiedad y tienden a desarrollar sentimientos de desesperanza y de desamparo porque varios tratamientos a los que han sido sometidas, han fracasado. Los efectos del dolor crónico va a depender de sí el dolor es benigno (inocuo) o maligno (daño grave); si el malestar es continuo o se presenta en periodos intensos y discontinuos. Basados en estos factores, Turk y Meichenbaum (1983), han descrito tres tipos de dolor crónico:

Dolor crónico recurrente: proviene de causas benignas y es caracterizado por episodios de intenso dolor, que se alternan con episodios sin dolor. Como ejemplo está la migraña, el dolor miofascial y contracciones musculares

Dolor crónico benigno-intratable: Es un malestar que se presenta prácticamente todo el tiempo, con variaciones en duración y en intensidad. No está relacionado con una enfermedad mortal. El dolor bajo de espalda muy seguido tiene este patrón.

Dolor crónico progresivo: Es caracterizado por un malestar continuo, asociado con una enfermedad grave. Con el tiempo se va incrementando en intensidad. La artritis reumatoide y el cáncer son condiciones que producen este tipo de dolor.

En la tabla 2 se presentan las características del dolor agudo y del dolor crónico.

Tabla 2
Clasificación del dolor según
la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor
(Wall, 1983)

<i>Dolor agudo</i>	<i>Dolor crónico</i>
Inicio: bien definido y reciente	Inicio: mal definido
Causa identificable	Causa: proceso de larga evolución
Duración: días/semanas, predecible	Duración: meses/años, impredecible
Tratamiento: suele ser eficaz	Tratamiento: uso crónico de analgésicos
Uso temporal de analgésicos	Mayores necesidades de asistencia
	Tendencia a desarrollar trastornos psicoafectivos
<i>Ejemplos de dolor agudo</i>	<i>Ejemplos de dolor crónico</i>
Postoperatorio	Dolor por cáncer
Enfermedades cardiovasculares	Dolor por neuropatía diabética
Politraumatizados	Dolor por neuritis post-herpética
Quemaduras extensas	Dolor por artritis reumatoide
Situaciones de agudización	Dolor bajo de espalda
Dolor dental	

Los criterios esenciales para el diagnóstico del dolor crónico se relacionan con aspectos psicológicos, más que con un componente nociceptivo. Algunos factores psicológicos que cursan con este tipo de dolor:

- El sujeto desarrolla el papel de enfermo
- Expresión de psicosis o de neurosis
- Es frecuente la depresión
- Existe un beneficio secundario
- Suele estar presente una conducta de enfermedad (Wilson, 1988)

Los pacientes con dolor crónico presentan síntomas neurovegetativos como alteración en el sueño, en el apetito y en el peso corporal. Se muestran irritables, con disminución de la libido y de capacidad para concentrarse. Los pacientes con dolor crónico, generalmente tienen una historia de múltiples intervenciones médicas y quirúrgicas buscando básicamente mitigar su dolor. A esto se añade distrés emocional, disturbios familiares, dificultades económicas y un estilo de vida alterado. Generalmente a mayor duración del dolor crónico, más factores psicológicos y sociales influyen en el curso del síndrome. Básicamente, el dolor crónico llega a afectar el humor de la persona, su estado emocional y sus motivaciones para vivir debido a que los aspectos psicológicos juegan un papel muy importante en la forma como se percibe el dolor (Chapman, 1984).

Cuando las personas padecen de dolor crónico, sin una causa física, se diagnostica como desorden somatomorfo y se asume el origen del dolor en factores psicógenos (Davison & Neale, 1998). Sin embargo, el no encontrar una base orgánica, no necesariamente significa que no hay tal daño. Desafortunadamente muchos profesionales de la salud, aun creen que el dolor que no tiene manifestaciones claras orgánicas, es únicamente psicógeno (Karloly, 1985).

La algología es la ciencia que tiene como objetivo estudiar y conocer las bases biológicas, neurológicas, farmacodinámicas y psicológicas del dolor agudo, crónico y oncológico para tratarlo mediante las intervenciones correspondientes. Los médicos han elaborado hojas de registro en donde se anota, por regiones en el cuerpo, el tipo de dolor (ardoroso, opresivo, punzante, quemante, incisivo, como una descarga eléctrica, etc.), su intensidad, su duración y las áreas que afecta. Para medir el dolor físico utilizan la Escala Visual Análoga (EVA). Se le muestra al paciente la tabla y se le pide que clasifique su dolor con un número: ausencia de dolor 0, el peor dolor que han sentido 10. Para niños y pacientes analfabetas se han elaborado las tablas con caritas que muestran gradualmente de mucho dolor hasta alegría.

El Cuestionario de dolor McGill-Melzack evalúa el tipo de dolor mediante grupos de respuestas sensoriales y afectivas: su dolor es penetrante, de puñalada, de taladro, odioso, cruel...? Se registra el dolor por zonas en unas figuras que aparecen antero-posteriores y se pregunta por los síntomas (náusea, mareo, constipación, etc.), por trastornos de sueño y alimenticios y por la actividad (mucho, poca, alguna, nada).

Se han construido algunos términos relacionados con el dolor (véase tabla 3).

Tabla 3
Taxonomía del dolor
(Aronoff, 1986)

<i>Término</i>	<i>Definición</i>
Anestesia	Ausencia de todo tipo de sensaciones
Anestesia dolorosa	Dolor en un área anestesiada
Alodinea	Dolor debido a un estímulo no doloroso (aire)
Causalgia	Síndrome compuesto por dolor quemante, alodinea e hiperpatía, después de la lesión traumática de un nervio
Disestesia	Sensación anormal no placentera espontánea o evocada
Dolor central:	Dolor asociado con una lesión en el SNC
Hiperalgnesia	Sensación aumentada ante el estímulo doloroso
Hipoalgnesia	Sensación disminuida ante el estímulo doloroso
Neuritis	Inflamación de uno o varios nervios
Neuropatía	Un trastorno en la función o un cambio patológico en un nervio
Parestesia	Sensación anormal dolorosa espontánea o evocada
Umbral del dolor	Estímulo mínimo con que aparece dolor
Tolerancia al dolor	Nivel máximo de dolor tolerable

4) Orígenes del tratamiento. Clínicas del Dolor

El dolor crónico es uno de los padecimientos más discapacitantes en el mundo, pertenece al grupo de enfermedades características de nuestro tiempo y además constituye un serio problema económico y de atención sanitaria internacional. Las clínicas del dolor son una respuesta a este problema y con el tiempo se dio un cambio de paradigma en el pensamiento médico en donde se trata al dolor como diagnóstico y no como síntoma.

Desarrollo inicial

Entre 1930 y 1945 se produjeron avances significativos en el tratamiento del dolor. El cirujano francés Leriche, fue el primero en identificar el dolor crónico como un estado de enfermedad. Durante la Segunda Guerra Mundial. Beecher hizo algunas observaciones sobre el dolor en hombres heridos en campaña. Sus publicaciones convencieron a la comunidad médica de que la experiencia del dolor no siempre es proporcional a la lesión tisular y que otros muchos factores lo pueden modificar.

Durante la Guerra, Bonica y Alexander (1938), desarrollaron nociones amplias del dolor y su control. Vieron que el dolor persistente se complica al aumentar el sufrimiento, la depresión, los problemas psicológicos y el consumo excesivo de medicamentos. Consideraron que los pacientes con dolor crónico serían mejor tratados por un equipo de salud multidisciplinar. Bonica puso en práctica este planeamiento con personal militar durante la guerra en el Madigan Army Hospital en Tacoma, Wash., EUA.

Desarrollo de las clínicas del dolor en la posguerra

Después de la Segunda Guerra Mundial, aparecieron en Estados Unidos muchas clínicas del dolor, organizadas por anestesiólogos que utilizaban técnicas de bloqueo nervioso para el control del dolor. A finales de 1946, Bonica puso en práctica el concepto de trabajo multidisciplinar para el tratamiento de los pacientes con dolor crónico.

Desarrollo de las clínicas del dolor en el mundo

Tuvieron que pasar más de 10 años de experiencia clínica en hospitales militares y privados para que se desarrollara uno de los primeros centros multidisciplinarios del dolor en la Universidad de Washington, ha servido como modelo para el resto de las clínicas creadas en el resto del mundo. Algunas clínicas han reconocido el vínculo psico-somático en el dolor. Lo consideran ya no únicamente una sensación sino una percepción, lo cual implica un proceso mental (Morris, 1996). Este paso podría relacionarse con los trabajos de Wundt (1874) de tratar de separar el mecanismo de la emoción y del pensamiento.

Hasta el comienzo de los años setenta comenzaron a desarrollarse clínicas del dolor en otros centros médicos. Según Bonica, en 1987 había entre 1,800 y 2,000 instalaciones del dolor en unos 36 países. De ellas, 1,100 estaban en Estados Unidos, 220 en Europa Occidental, 75 en Canadá, 80 en Asia/Australia y en el resto de los países había de 2 a 20 centros.

Hacia la década de los setenta se crearon en México clínicas del dolor en el Hospital General y en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán. Se han desarrollado diversos centros de atención multidisciplinarios denominados Clínicas del dolor en varios hospitales del Distrito Federal y diversos estados de la República. Estos centros se han agrupado formando la Asociación para el Estudio y el Tratamiento del Dolor (AMETD) y están regidos por la Organización Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor (IASP), la cual se fundó en 1974 y ha crecido hasta contar con más de 2,500 miembros.

En la Institución de salud donde se llevó a cabo la presente investigación (INCMNSZ), el paciente llega a consulta externa y cuando su dolor es intratable y refractario, lo refieren, por interconsulta, a la Clínica del Dolor y Medicina Paliativa. Este servicio está integrado por el jefe de servicio, dos adscritos, médicos anestesiólogos residentes de algología, un psiquiatra, psicólogos, una trabajadora social y una enfermera. Este equipo multidisciplinario trabaja actualmente en dos programas: a) pacientes con dolor crónico y b) cuidados paliativos para enfermos terminales.

Normas de los centros de tratamiento del dolor

Las clínicas del dolor son unidades organizadas con espacio y personal dedicados a la evaluación de la interacción de los aspectos físicos, emocionales y sociológicos de los pacientes con dolor crónico. Han desarrollado un método multidisciplinario para el tratamiento del dolor. Para ser identificado como centro general del dolor, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Espacio y camas asignadas al centro del dolor
- Equipo de profesionales de más de una disciplina
- Equipo de apoyo (administrativo, enfermería, fisioterapia)
- Proceso de evaluación para detección y selección de pacientes
- Revisión y mantenimiento de historias clínicas
- Valoración psicológica de rutina
- Actividades continuas de investigación
- Programa de formación
- Evaluación periódica de los resultados

1.3. ASPECTOS MÉDICOS DEL DOLOR CRÓNICO

El dolor agudo, aparece cuando el impulso viaja a través del tejido dañado, de la espina dorsal y el cerebro, sin embargo lo que sucede con el dolor crónico es mucho más complejo. Dentro de la modalidad del trabajo interdisciplinario en la clínica del dolor, resulta necesario para el psicólogo conocer algunos aspectos médicos, este tipo de trabajo ofrece la posibilidad de escuchar diferentes lecturas sobre un determinado caso clínico. No se pretende tener los conocimientos ni la capacidad para hacer un diagnóstico médico y se considera la importancia de tener claros los límites de acción. Sin embargo el diálogo puede realizarse entre los profesionales de la salud, conociendo aspectos básicos de cada especialidad. En el caso de los psicólogos, es posible identificar las manifestaciones psicológicas que provocan algunas enfermedades. Se considera necesario conocer los términos médicos que se utilizan para describir la enfermedad y sus manifestaciones, esto permite dentro del trabajo hospitalario una mejor y mayor participación en las revisiones diarias por parte del psicólogo. Se van a mencionar las enfermedades que presentan como síntoma principal el dolor, y que es la razón por la que el médico internista refiere al paciente a la Clínica del Dolor. Se focalizará la atención, básicamente en las consecuencias emocionales del padecimiento, aspectos epidemiológicos y de género. Se dejan fuera las consideraciones bio-químicas y farmacológicas.

1.3.1 DIAGNÓSTICO MÉDICO

1) Cefalea

La cefalea como síntoma en una historia clínica tiene una elevada prevalencia en todo tipo de poblaciones. En la mayoría de los estudios se ha evidenciado un claro predominio de la afectación en las mujeres respecto a los hombres, en la proporción de 2-3 a 1. Respecto a la herencia, la incidencia familiar se ha situado en el 25% de los casos. La transmisión parece realizarse a través de la vía materna. La Sociedad Internacional de Dolor de Cabeza (IHS), distingue entre cefaleas primarias y secundarias. La cefalea primaria es aquella en la cual no hay una enfermedad de fondo y la cefalea secundaria presenta el dolor de cabeza como síntoma de enfermedad. La cefalea por tensión es la forma más frecuente de dolor de cabeza. Cursa con síntomas de ansiedad o depresión. Parece ser que los conflictos emocionales originan una contracción muscular sostenida de los músculos de la cabeza y cuello, que tendrá un papel decisivo en la aparición de la cefalea. La cefalea en racimos es uno de los peores dolores que puede sufrir un ser humano. La frecuencia media de los ataques es de dos a tres diarios con una duración de 45 minutos a una hora durante 8 a 10 semanas. Durante el ataque, el paciente no es capaz de descansar. Los ataques de racimos prolongados y sin alivio tienen relación con el suicidio (Cacho, 1997).

2) Dolor Facial

La neuralgia del trigémino, se considera entre los dolores más intensos que puede padecer el hombre. Es un mal doloroso y recurrente de la cara. El dolor se caracteriza por paroxismos de un dolor parecido a una descarga eléctrica, duran entre varios segundos y menos de 2 minutos. Se desencadena por contacto con áreas de estímulo (comer, afeitarse).

El dolor desencadena espasmos de los músculos de la cara. El paciente sufre a menudo de depresión grave y en ocasiones tendencia al suicidio, con altos niveles de ansiedad durante los ataques agudos (Fromm, 1989).

3) Cáncer

Entidad nosológica ampliamente estudiada en su relación con síntomas psicológicos. No siempre es el cáncer la causa del dolor, este va a estar determinado en el paciente oncológico (PO), por su estado de ánimo y por el significado que atribuye a su dolor y a su enfermedad. El cáncer es asociado a dolor, mutilaciones y muerte segura (Sontag, 1996). Los síntomas más comunes según Twycross (1997), son: discomfort, insomnio, fatiga, ansiedad, miedo, enojo, tristeza, depresión, aburrimiento, aislamiento y abandono social (Véase tabla 4).

Tabla 4
Síntomas comunes en cáncer
(Twycross, 1997)

<i>Físicos</i>	<i>%</i>	<i>Psicológicos:</i>	<i>%</i>
Baja energía	73	Preocupación	72
Dolor	63	Tristeza	67
Debilidad	60	Nerviosismo	62
Boca seca	55	Insomnio	53
Náusea	45	Irritabilidad	47
Anorexia	45	Desconcentración	40

En la evaluación del PO es importante hacer un diagnóstico diferencial, debido a que la propia enfermedad y los medicamentos pueden causar síntomas depresivos o delirio. Existen pacientes que pueden parecer deprimidos, pero en realidad es que están muy cerca

de la muerte, ya sin ninguna energía residual y anhedonia. También hay que discriminar en pacientes muy robustos si es una reacción severa de ajuste a su nueva situación vivida como tristeza provocada por el cambio en sus circunstancias personales. (imagen corporal, temor a deformaciones, etc.).

El paciente oncológico presenta problemas familiares. La familia modifica su psicodinamia y pueden observarse dos tipos de respuesta: a) Se unen en la "conspiración del silencio", la cual consiste en pedir al médico o psicólogo que no le hable de su diagnóstico al PO. Entre ellos guardan silencio por temor a que se deprima y presente ideación suicida. Esta actitud aumenta la tensión entre el equipo médico, el paciente y entre la misma familia. b) Puede formar una red de apoyo para dar al PO contención afectiva y apoyo durante el tratamiento. Esta actitud facilita los procedimientos, y también permite ofrecer apoyo y protección a los miembros de la familia más lábiles: los niños y los abuelos. Según el criterio del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Desórdenes Mentales de la APA, (APA 1994), cerca del 50% de los pacientes oncológicos tienen desórdenes psiquiátricos. Cerca de 66% presentan trastornos de adaptación con rasgos depresivos, ansiosos o mixtos. El otro 33% presentan en orden de frecuencia: depresión, delirio, desórdenes de ansiedad, desórdenes de personalidad o psicosis.

Para Twycross (1997), el dolor está asociado con el tiempo que transcurre desde que se notifica el diagnóstico médico. En ese momento comienza una elaboración de la mala noticia, la cual depende del nivel de integración psicológica del sujeto. Se presenta en la Tabla 5 el periodo de evolución en situaciones favorables. Estos tiempos se pueden modificar dependiendo del tipo de personalidad del sujeto, de sus trastornos psicológicos y

del tipo de red social. A mayor presencia de trastornos psicosociales es mayor la probabilidad de elaboración patológica. Se observa que los pacientes que acuden a la clínica con neuropatía posherpética, neuropatía diabética y dolor lumbar, presentan trastornos de personalidad, que impiden adherencia al tratamiento.

Tabla 5
Respuesta psicológica
ante la pérdida de la salud
(Twycrooss, 1997)

<i>FASE</i>	<i>SINTOMAS</i>	<i>DURACIÓN</i>
Disrupción	Negación, incredulidad Desesperación	1 semana
Disforia	Ansiedad, insomnio, enojo. culpa, tristeza, baja concentración, actividades suspendidas	Varias Semanas
Adaptación	Confrontamiento de las Implicaciones, nuevas metas, nuevo enfoque de la esperanza. Se retoman actividades	Comienza Después De 2-3 Meses

4) Lumbalgia

El dolor lumbar es muy frecuente, puede ir acompañado de síntomas en las extremidades inferiores. Ocupa el segundo lugar como causa de ausentismo laboral en pacientes menores de 55 años. La mayor parte de la población experimenta algún episodio lumbar a lo largo de su vida y la mayor parte mejora en menos de dos meses. Otros, sufren

de un dolor crónico intenso, difícil de curar (Aronoff, 1977). Las características más frecuentes son:

Hace su aparición más frecuente entre el tercer y sexto decenio de la vida Afecta a ambos sexos

El dolor puede se produce por la compresión de la raíz nerviosa lumbar, o por la irritación de la raíz nerviosa que desemboca en inflamación

Involucra a una población adulta en época de máxima actividad laboral, los costos económicos que genera son de consecuencias significativas

Se generan estados depresivos que dificultarán las relaciones familiares, sociales y laborales

Son personas que experimentan ansiedad, dada la naturaleza inesperada y súbita del dolor, presentan cambios importantes en su actitud acerca de la enfermedad y de la salud

Se modifica la flexibilidad de sus respuestas y de conducta ante diversas situaciones en su estilo de vida. Es frecuente que se produzcan consecuencias socio-económicas, estrés y cambios en las relaciones sociales y en la autopercepción.

Los cambios en sus relaciones sociales y laborales contribuyen a la total desorganización de la vida del paciente y complica la interpretación del dolor (Fernández, 1997).

5) Neuropatía Diabética

La neuropatía diabética es la más común en la práctica clínica diaria ya que afecta hasta a la mitad de los pacientes con diabetes mellitus (DM) después de los 25 años afecta a múltiples sistemas (Pirart, 1978). Es un padecimiento que lleva el riesgo de desarrollar complicaciones en pie (pie diabético) y con frecuencia lleva a amputaciones de miembros inferiores (Humphry 1994). Dentro de la afectación del sistema nervioso están las neuropatías periférica, autónoma y craneal. La DM se asocia sobre todo con las

polineuropatías y esto se puede presentar con la aparición gradual de parestesias y dolor en las piernas y en los pies. Los síntomas neuropáticos pueden persistir durante años.

La neuropatía sensitiva aguda diabética puede aparecer de forma espontánea. Se caracteriza por dolor intenso, con sensación de quemazón constante en los pies, disestesias, alodinia y dolores lacinantes en las piernas. Se exagera el dolor en las noches. A menudo se acompaña de pérdida de peso y depresión (Lewis, 1986). La neuropatía toracoabdominal diabética, también conocida como polineuropatía troncal, puede simular patología cardíaca. Los pacientes se suelen quejar de dolor quemante e hiperestesias en el tórax. El dolor se incrementa en la noche.

6) Artritis Reumatoide (AR)

Dentro de las enfermedades reumatológicas, las que se presentan con mayor frecuencia en la Clínica del dolor del INCMNSZ son:

A) Osteoartritis, que es un trastorno lentamente progresivo. Se caracteriza por dolor, deformidad, engrosamiento articular y limitación de movimiento. Su etiología aún no está clara, parece que el envejecimiento desempeña un papel en su desarrollo. Se ha calculado que la osteoartritis es responsable del 5% de las jubilaciones por causa laboral. Su prevalencia aumenta por encima de los 50 años. Aunque hombres y mujeres tienen la misma tasa de afectación de cadera, la afectación de las manos y de las rodillas es mayor en la mujeres. Los factores hereditarios pueden tener un papel en ciertos tipos de osteoartritis.

El síntoma principal es el dolor (Del Pino, 1997), al principio, puede ser intermitente y ligero, acaba por ser constante y discapacitante. Mejora con el reposo, empeora con el ejercicio o con la carga de peso. Se puede producir rigidez y limitación

progresiva del movimiento, a menudo después de periodos de inactividad. El diagnóstico se suele hacer con un fundamento radiológico. El tratamiento va dirigido a disminuir la tensión que recae sobre las articulaciones, disminuyendo el dolor y evitando un mayor daño articular. Se apoya en el terapeuta ocupacional que instruya al paciente sobre los principios de protección articular, el nutriólogo para tratar problemas de obesidad para disminuir la sobrecarga articular. Los fisioterapeutas pueden ayudar a mejorar la postura y desarrollar un programa de ejercicios con objeto de preservar o mejorar la movilidad y fortalecer los músculos implicados. El psicólogo puede trabajar la adherencia terapéutica para lograr que el paciente colabore con su tratamiento.

B) Artritis reumatoide (AR). El comienzo de la enfermedad puede ser en forma de presentación aguda. La mayoría de los pacientes desarrollan sus síntomas entre los 30 y los 50 años. Muchos pacientes tienden a padecer una enfermedad progresiva y discapacitante y algunos experimentan brotes con remisiones que no suelen ser prolongadas (Harris,1989).

El diagnóstico de AR se hace cuando se reúnen cuatro de siete criterios clínicos:

- Rigidez matutina
- Artritis de tres o más áreas articulares
- Artritis de las articulaciones de las manos
- Artritis simétrica
- Nódulos reumatoides
- Factor reumatoide sérico
- Cambios radiográficos

Otras articulaciones que pueden verse afectadas son la columna cervical, el hombro, el codo, la cadera, la rodilla, el tobillo y el pie. La etiología de la AR sigue siendo desconocida. Los pacientes con AR a menudo presentan dolor y rigidez que compromete múltiples articulaciones. El dolor en las articulaciones afectadas empeora con la movilización y puede no haber relación entre la intensidad del dolor de una articulación dada y el grado de inflamación activa. Suele existir rigidez matutina. Puede haber dolor e

hinchazón articular, particularmente en las pequeñas articulaciones de las manos y de los pies. Los músculos vecinos también pueden doler. El tratamiento está dirigido a disminuir el dolor, la inflamación, la preservación de la capacidad funcional, la resolución del proceso patológico. Ayuda el reposo y la fijación con férulas. El ejercicio puede ayudar al mantenimiento de la fuerza muscular y de la movilidad articular (Harris,1989).

7) Herpes Zóster (HS)

Es una enfermedad infecciosa aguda originada por el virus herpes zóster. Aparece una erupción vesicular en forma de cinturón alrededor del tronco. La incidencia aproximada es de 125 por 100 000 por año en la población general y ambos sexos son afectados por igual. La edad es el factor principal en la incidencia del herpes y en el desarrollo de la neuralgia postherpética. La enfermedad es menos común en la infancia, se presenta con mayor frecuencia entre los 20 y los 50 años, para aumentar notablemente en las décadas posteriores. Se observa que la neuralgia postherpética aparece casi exclusivamente en pacientes de más de 50 años . La mayoría de los pacientes tienen entre 70 y 90 años, lo que hace suponer un decremento inmunológico contra el virus (Bokai, 1987). El HS es más frecuente y grave en los pacientes inmunosuprimidos (algunos tipos de cáncer, después de la radio o quimioterapia). El HS se presenta con dolor agudo, parestesias y disestesias en la zona de distribución dermatómica. El dolor puede acompañarse por fiebre, cefalea, rigidez de cuello.

La neuralgia postherpética (NPH) es una secuela del HS. La fisiopatología de la NPH no está clara, puede implicar mecanismos centrales y periféricos. Se presenta pérdida de grandes fibras nerviosas. La mayoría de los pacientes experimentan dolor refractario al

tratamiento. La NPH se ha definido como dolor persistente después de la formación de costras o después de 4 semanas, 6 semanas, 2 meses o 6 meses. Se presenta aproximadamente en un 10% de pacientes mayores de 40 años y en un 20-40% de pacientes mayores de 60 años. La neuralgia postherpética es uno de los problemas más difíciles con los que se encuentran los médicos. Muy pocas entre otras patologías originan un dolor tan intenso en el paciente (Taub, 1973).

Estos pacientes presentan dolor implacable, asociado con ánimo deprimido, trastornos del sueño, anorexia, cansancio, estreñimiento y disminución de la libido, ideación suicida como medio de liberarse del dolor. El dolor se presenta con combinación de quemazón, dolorimiento y picazón, acompañado de paroxismos intensos de dolor punzante o quemante. Muchos pacientes describen alodinea superpuesta a los componentes continuos del dolor. Ningún tipo de tratamiento ha sido eficaz. Se combina el tratamiento farmacológico (agentes antivíricos, analgésicos y antidepresivos y tranquilizantes), con bloqueos y terapia psicológica. El objetivo de la terapia psicológica está dirigida hacia el manejo del estrés que le desencadena su situación de dolor. La estabilidad emocional del paciente está casi siempre afectada, así como la dinámica familiar (Taub, 1973).

8) Fibromialgia (FM)

Entidad nosológica que ha sido definida por varios nombres: fibromialgia, fibrositis, dolor miofacial, puntos “Trigger dolorosos”. Hasta que en 1990 el colegio Americano de Reumatología la define como fibromialgia. Es un trastorno de la regulación de la percepción dolorosa, de etiología desconocida, producto de la interacción de múltiples factores. Se le ha asociado con el Síndrome de Fatiga crónica y una infección inicial. Se

han documentado anormalidades inmunológicas particulares (Yunus, (1981). Desde la perspectiva del paciente con FM, el dolor y los otros síntomas son algo REAL. La naturaleza “invisible” de los síntomas y la larga evolución, los hace objeto de duras críticas y de poca credibilidad. Los pacientes están genuinamente convencidos de que sus cuerpos no funcionan bien y tanto su familia como amigos y compañeros de trabajo, tienen más altas expectativas de las que el paciente puede cumplir (Wolfe, 1990).

Muchos pacientes con FM tuvieron experiencias negativas en la infancia y conductas mal adaptativas en la vida adulta. Las causas del distrés psicológico disminuyen los umbrales para percibir el dolor. Las evidencias neurobiológicas y psicológicas, sugieren que los estados de estrés crónico, una hiperexcitabilidad, asociadas con alteraciones en los mecanismos nociceptivos pueden explicar el dolor y la fatiga en la FM (Roizenblatt, 1997).

La sintomatología que comprende la FM abarca tres sistemas:

- a) Músculo-esquelético, con dolor muscular generalizado
- b) Desórdenes neuroendocrinos
- c) Distrés psicológico (incluyendo depresión)

Este síndrome está más caracterizado por sufrimiento, dolor e incapacidad que por anormalidades orgánicas. Las características que presentan los pacientes son:

Tienen explicaciones y autodiagnósticos altamente elaborados

Los síntomas son refractarios y múltiples

Tienen altas tasas de comorbilidad psicológica

Su sufrimiento es exacerbado por ideas de auto-perpetuación y por síntomas erróneamente atribuidos a enfermedades serias y progresivas, con probables secuelas invalidantes

Pueden representar el “rol de enfermo” con posibles ganancias secundarias a efectos de indemnización (Romano, 1997).

1.3.2 Diagnóstico algológico

La detención de los estímulos que causan lesión en los tejidos y la respuesta a dichos estímulos son de una importancia fundamental para la supervivencia del ser humano. Ciertas variedades del dolor tienen características específicas. Los sistemas nociceptivos han sido investigados ampliamente en los animales de experimentación, pero el sistema humano es mucho menos accesible a las pruebas físicas y químicas, sin embargo, el hombre puede describir sus sensaciones. El sistema nervioso humano posee mecanismos para detectar y responder a los estímulos nocivos. Estos sistemas disponen de receptores para detectar el acontecimiento lesivo, de vías para transmitir la información hacia el sistema nervioso central, de un mecanismo central de procesamiento y de un sistema de respuesta. Este último sistema podría incluir reflejos de retirada, comportamiento de evitación, formas de aprendizaje y respuestas autonómicas. Los mecanismos del dolor, sus vías y su tratamiento, se agrupan bajo las siguientes categorías:

1) Dolor somático

También se le denomina dolor nociceptivo. Se refiere al dolor de huesos, de músculos y de piel producido por receptores especializados. Estos nociceptores son terminaciones nerviosas que responden a estímulos mecánicos, térmicos y químicos de alta intensidad. Funcionan como transductores, convirtiendo la energía mecánica, térmica o química en señales eléctricas, que posteriormente son transmitidas a la médula espinal.

Están localizados en la piel, el músculo, el hueso o la víscera. Existen nociceptores específicos para las distintas modalidades: frío, calor, presión, etc. No se ha determinado el papel exacto que representan los distintos tipos de nociceptores en una respuesta concreta a un estímulo nocivo, pero en la mayor parte de los casos clínicos se activa más de un tipo de nociceptor (Wilson, 1978).

2) Dolor visceral

Se han identificado nociceptores en todos los tejidos y órganos, excepto en el sistema nervioso central. Existen menos nociceptores en las vísceras que en la piel y estos nociceptores tienen un perfil de activación diferente. Por ejemplo al cortar o quemar el cérvix uterino no se produce un “dolor clínico”, pero la tracción, la distensión o la isquemia producen un cierto tipo de dolor. Este dolor es a menudo difuso y mal localizado. Los nociceptores viscerales tienen unos campos receptores amplios y una amplia distribución dentro de la médula en los diversos segmentos espinales. Esto impide una localización precisa de la sensación visceral y puede explicar el fenómeno del dolor desplazado. Un paciente no puede sentir dolor en el páncreas, pero si ser consciente del dolor en la porción superior del abdomen o en la espalda (Willson, 1978).

3) Dolor neuropático

Ciertas alteraciones de las estructuras neurológicas y de su funcionamiento pueden dar lugar al dolor. Los cambios metabólicos en la diabetes, la lesión viral en el herpes zóster, pueden producir una neuropatía dolorosa. La lesión de los ganglios raquídeos, la médula espinal, el tallo cerebral, el tálamo o la corteza cerebral pueden causar dolor

neuropático central, normalmente de duración indefinida. En estos casos no existe una lesión tisular activa.

El dolor puede sentirse en una región carente de sensibilidad. Este dolor aparece acompañado de una sobreactividad simpática, que puede reflejarse en alteraciones del control del riego sanguíneo de la piel, de los músculos y los huesos del área afectada y en alteraciones de la piloerección, de la sudoración y de la sensibilidad cutánea. La principal diferencia entre el dolor neuropático, y el visceral y el somático es que no existe una señal de entrada nociceptiva continua. Es un dolor difícil de tratar (Willson, 1978).

1.4. MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS DEL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO

*El dolor habla quedo, habla solo.
Habla cuando llueve la vida y
calla cuando la noche transcurre sin despertar.*

Arnoldo Kraus

1.4.1 Aspectos Históricos

Fueron Wundt (1874) y Titchener (1896), los primeros psicofisiólogos en trabajar en el dolor dentro del campo de estudio de la psicología. Wundt afirma que la causalidad psíquica es diferente de la física y que la palabra *causa* puede aplicarse a los sucesos mentales. Consideraba que la atención, los pensamientos y las emociones podían ser observables y por tanto, pasar a ser parte de la ciencia. Proponen la teoría de la intensidad, la cual supone el abandono de la concepción del dolor como una entidad meramente sensorial e independiente, al considerar que no toda estimulación es capaz, por si sola, de provocar una sensación nociceptiva. Al sobrepasar determinados niveles de umbral se puede producir la sensación de dolor. La variación en los niveles de umbral va a estar

afectada por numerosos factores tanto internos como situacionales. Precisamente esa variación en los niveles de umbral va a ser el origen del estudio del dolor en psicología: determinar cuáles son los factores psicológicos implicados en la percepción del dolor. Para Titchener los significados eran asuntos “lógicos”, que debían ser excluidos de la psicología, esta posición del autor respecto al significado ha sido criticada como carente de sentido.

Sigmund Freud trabaja las manifestaciones del dolor en el área fisiológica y en la psicológica. La fisiológica la presenta en su Proyecto de Psicología (1950). El habla de una psicología de ciencia natural, presenta los procesos psíquicos como "estados cuantitativamente comandados de unas partes materiales comprobables, y hacerlo de modo que esos procesos se vuelvan exentos de contradicción". Refiere que todos los dispositivos de naturaleza biológica tienen unas fronteras de acción eficaz, fuera de las cuales fracasan, y este fracaso se exterioriza en fenómenos que rozan lo patológico. Para Freud, el fracaso de estos dispositivos es el dolor. Su teoría refiere que el dolor va por todos los caminos de descarga, porque el dolor deja en las neuronas un mensaje que denomina facilitaciones. Estas facilitaciones forman vías de manifestación somática que se establecen como caminos de conducción.

Su teoría del dolor, como manifestación psicológica, la presenta en su trabajo sobre Inhibición, Síntoma y Angustia (Freud, 1926). Habla del dolor del alma, del sufrimiento. Al tratar de distinguir las características entre angustia, dolor y duelo reconoce que es muy poco lo que hay en ese momento sobre la psicología de los procesos del sentimiento. Se plantea una pregunta: ¿Cuándo la separación de objeto produce angustia, cuándo duelo y cuándo dolor?. Reconoce que por el momento no hay perspectiva de respuesta. Sólo plantea

algunas indicaciones. Señala como el lactante se angustia cuando no ve a su madre porque todavía no puede distinguir una ausencia temporal de una duradera, pero que en su reacción de llanto hace suponer que hay dolor. Así el niño va aprendiendo a sentir *una añoranza* no acompañada de desesperación. La situación en la que el niño echa de menos a su madre no es una situación de pérdida, sino traumática, cuando registra una necesidad. El niño no cuenta con una pérdida de objeto. Pero más adelante se da cuenta que la mamá puede ser mala y que puede perder su amor; esto se convierte en un nuevo peligro y una nueva condición de angustia permanente. En esta interrelación con la madre y las repetidas situaciones de satisfacción crea una nueva calidad en la relación: la llama *añoranza*. Es a esta novedad a la que refiere como reacción de dolor. El dolor es por lo tanto la reacción que tiene el sujeto frente a la pérdida del objeto y la angustia es la reacción respecto al peligro que esa pérdida, es decir, la pérdida misma del objeto (Freud, 1926).

El autor comenta que es evidente que el niño tiene oportunidad de hacer esas vivencias de dolor, que son independientes de las vivencias de necesidad. Señala que a esa condición genética del dolor, a esa situación de añoranza, le falta por completo el factor, esencial para el dolor, de la estimulación periférica. Señala que es de llamar la atención que el lenguaje tenga una palabra para referirse al dolor interior, anímico, verificando con las sensaciones de la pérdida del objeto con dolor físico (Freud, 1926). Menciona la existencia de una conexión entre el dolor del cuerpo y el dolor del alma, habla del paso del dolor del cuerpo al dolor del alma (ámbito anímico) denominando la mudanza de investidura narcisista (cuerpo) en investidura de objeto (añoranza). Refiere el intenso estado de desvalimiento psíquico que conllevan estos casos.

En un estudio realizado por Saal (1987), sobre el lenguaje en la obra de Freud, en concreto Los estudios sobre la histeria, comenta que cuando Breuer da la palabra a Ana O. (Berta Pappenheim), y la escucha, se produce un cambio cualitativo en la técnica del psicoanálisis: a) el eje pasa por la palabra del paciente en la técnica y en la teoría, b) existe una relación causal entre el síntoma y una palabra sofocada, reprimida y c) en la relación terapéutica lo que está en juego es un decir y un modo de decir.

Kleinman (1987), psiquiatra que explora a sus pacientes con dolor, desde una nueva perspectiva. Reconoce que la investigación clínica y la ciencia de la conducta no tienen categorías para describir el sufrimiento ni un modo de registrar esta dimensión tan consistente en los relatos de pacientes y familiares. Amplía su exploración médica, indagando lo que la enfermedad y el dolor "*significan*" para sus pacientes, ofreciendo otras alternativas de interpretación para este fenómeno.

Siguiendo a Fordyce (1999), las reacciones psicológicas ante el dolor implican tres dimensiones básicas:

Reacciones afectivas: incluyen emociones como el miedo, la agresividad y la ansiedad anticipatoria ante el dolor.

Reacciones cognitivas-conductuales: constituidas por pensamientos relacionados con la situación inmediata, con la enfermedad o con las lesiones tisulares. También incluye las respuestas aprendidas frente al dolor y a la lesión, así como las influencias situacionales.

Factores constitucionales, rasgos de personalidad, varían con el dolor, lo que hacen es determinar el modo de expresión del mismo.

Fordyce (1999), afirma que el dolor agudo puede convertirse en crónico bajo ciertas condiciones psicológicas y ambientales. El aumento de la activación emocional negativa puede intensificar la nocicepción en la periferia, disminuyendo los niveles de tolerancia del sujeto ante la estimulación dolorosa. De manera similar, la ansiedad provocaría un aumento y/o mantenimiento de la sensación dolorosa al incrementarse la tensión músculo-esquelética alrededor de la zona lesionada. Asimismo los mecanismos de control central del dolor derivados de los procesos cognitivos y motivacionales fundamentales, mantienen la sensación de dolor.

Sarafino (2002), es de la idea que el desarrollo actual del estudio y tratamiento del dolor no puede entenderse sin hacer referencia a los aspectos psicosociales implicados en este fenómeno. Además, se encuentran presentes factores aprendidos, que afectarán la adaptación al dolor crónico y que darán lugar a una "conducta de dolor", de forma que si una determinada conducta es seguida de consecuencias positivas, como conseguir mayor atención, su frecuencia probablemente aumentará, mientras que si se sigue de consecuencias negativas, irá extinguiéndose con el tiempo. A los reforzadores se les denomina "ganancias secundarias".

Si se escucha la voz de los pacientes, ellos describen un dolor como crónico cuando los períodos en los que perciben un dolor intolerable son tan frecuentes como para interferir con su funcionamiento normal. Muestran padecer dolor crónico a través de tres aspectos: conductas de dolor, funcionamiento alterado y percepción de incapacidad (Turk, 1989).

1.4.2 Principales Síntomas

Lynzey y Aronson (1995), afirman que los pacientes con dolor crónico, presentan quejas repetidas, aumento en el consumo de medicamentos, cese de la actividad física, incluida la actividad laboral, expresiones faciales características, alteración en la dinámica familiar como conductas frecuentes; el dolor y la enfermedad giran en sus interacciones cotidianas. El mantener estas conductas, supone una nueva forma de comunicarse con el medio, ventajas afectivas y económicas. Pueden variar estas conductas, observando los efectos sobre el medio y así provocan su cronicidad. Sarafino (2001), comenta que las personas que sufren dolor reciben atención, cuidado y afecto de su familia, de sus amigos, pueden recibir un reforzamiento social hacia una conducta de dolor. Investigadores han demostrado esta relación a través de video grabaciones de la conducta del niño hospitalizado y sus padres en niños que tienen desórdenes de la piel crónicos. Los padres muestran atención ante los rasquidos del niño porque se puede lastimar y el niño, ante la preocupación de los ellos, se rasca más.

En una institución de salud, es común que los médicos y las enfermeras no vean los problemas psicológicos en el paciente con dolor crónico. La razón básica es que en el hospital se da una atención selectiva a los problemas físicos. También los pacientes esperan ser aliviados de su síntoma doloroso mediante el tratamiento farmacológico o intervencionista. En el trabajo multidisciplinario se busca poner atención también a los problemas psicológicos que se derivan del dolor crónico. Los trastornos depresivos y de ansiedad son los que con mayor frecuencia se observan en este tipo paciente.

Depresión. La tristeza, el desaliento, el pesimismo y el sentimiento de desesperanza ante la imposibilidad de mejorar situaciones displacenteras es una respuesta común en el ser humano. Las manifestaciones de la depresión pueden ir desde su presencia en forma leve que es básicamente adaptativa, la depresión moderada que suele involucrarse con una reparación psíquica, posterior a una situación traumática, especialmente cuando se implica una pérdida importante hasta la depresión mayor, que es autolimitante.

Beck (1999), plantea que en el trastorno depresivo interactúan aspectos biológicos, somáticos y psicológicos. Cuando una persona está deprimida se da un cambio en la manera en que elabora la información. Divide la conceptualización de los pacientes con trastornos depresivos en la triada cognoscitiva: creencias negativas de sí mismo, del mundo que lo rodea y del futuro. Estas creencias y estilos de procesamiento de información distorsionados influyen en la conducta del paciente y lo puede llevar a ideación suicida.

Los síntomas que se presentan en la depresión son tristeza, desaliento, pesimismo, sentimiento de desesperanza. La depresión puede ser leve, moderada o severa, dependiendo del nivel en la manifestación de sus síntomas y de la duración de estos. La depresión se presenta en un 5-15% de los pacientes con dolor crónico. Otro 10-15% presenta síntomas depresivos como parte de su ajuste a la enfermedad, o por haber perdido la esperanza (Twycross, 1997).

En ocasiones la depresión no es identificada porque:

Médicos y enfermeras ignoran el decaimiento porque lo consideran entendible o reactivo a su situación

El paciente se puede sentir mejor cuando el médico lo entrevista

Habilidades sociales enmascaran el decaimiento (la sonrisa)

La depresión es enmascarada por síntomas recurrentes de ansiedad

Para diagnosticar depresión mayor, se deben presentar por lo menos cinco de los siguientes síntomas:

Animo depresivo

Marcada disminución de placer o interés en las actividades

Pérdida importante de peso o ganar peso

Insomnio o hipersomnia

Agitación o inhibición psicomotora

Indecisión

Fatiga

Sentimientos importantes de devaluación o culpa

Ideas suicidas. (DSMIV-R)

Las depresiones mayores y los trastornos depresivos no suelen ser diagnosticados correctamente en los pacientes y por lo tanto, no reciben tratamiento adecuado. Minawa y cols., (1996), han descrito una incidencia de trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos en estadios avanzados del 53%, de los cuales 3.2% eran trastornos depresivos. Según otros autores, las incidencias de depresión descritas durante estadios avanzados del cáncer, fluctúan entre un 10 y un 15%. Estas variaciones pueden deberse a diferencias en la definición de la depresión, puede entenderse una depresión mayor o trastornos de adaptación con el ánimo deprimido (Plumb,1996).

Son muchos los motivos que pueden conducir a la aparición de sintomatología depresiva en pacientes con dolor crónico. Entre ellos cabe mencionar la soledad y el aislamiento a la que se ven sometidos, las numerosas pérdidas que han tenido que afrontar durante el curso prolongado de su enfermedad, las pérdidas funcionales que limitan su actividad diaria, las alteraciones en las relaciones interpersonales e íntimas que surgen del deterioro físico; las alteraciones en la imagen corporal y la deformidad producidos por la enfermedad; la falta de comunicación con personas significativas; la presencia de dolor físico y el sufrimiento por la pérdida de su autonomía, el cambio de roles al que se ve forzado, la incertidumbre ante el futuro en cuanto al área personal, familiar, laboral y social.

Además existen factores físicos o biológicos que pueden contribuir a un estado de ánimo deprimido, tales como alteraciones endocrinas, infecciones, trastornos neurológicos, administración de determinados medicamentos. La depresión puede acentuar la percepción del dolor y otros síntomas físicos que pueden llevar a la ideación suicida (véase tabla 6).

Tabla 6
Factores de riesgo para el suicidio
(Twycross, 1997)

<i>Históricos</i>		<i>Psicológicos:</i>	
Historia familiar suicida Intentos previos Desórdenes psiquiátricos existentes	pre-	Depresión Aislamiento social Miedo de deformidad física seria Miedo a sufrir Sensación de desamparo asociado con dependencia física y pérdida de control	con
<i>Diagnóstico:</i>		<i>Físicos:</i>	
Cáncer (particularmente en cuello y cabeza) SIDA Daño en el cordón espinal Esclerosis Múltiple Lupus eritematoso		Dolor severo Múltiples síntomas físicos	

Ansiedad. Desde que el paciente es diagnosticado con dolor crónico se produce un proceso de ajuste entre él y su enfermedad. La adaptación es variable de una persona a otra. Son frecuentes las reacciones emocionales y alteraciones comportamentales. Estas alteraciones están moduladas por características personales, familiares, el curso de la enfermedad, el manejo de la información, complicaciones médicas etc. Resultando por lo tanto, un proceso complejo y en ocasiones impredecible.

En este contexto, la aparición de episodios de ansiedad es normal. La ansiedad es un concepto que se ha utilizado para designar a una emoción y a sus manifestaciones conductuales. Es un concepto que no está bien delimitado y las fronteras con otros conceptos similares son borrosas. Las diferencias en los diferentes conceptos están dadas por las situaciones estímulares que originan una respuesta de desajuste y desadaptación en el paciente con dolor crónico.

Miedo: es una emoción similar a la de ansiedad; lo que diferencia es la naturaleza del estímulo que origina la emoción. El miedo se origina por la estimulación potencialmente peligrosa. Es un legado evolutivo vital, es una respuesta claramente adaptativa en la que los cambios fisiológicos y cognitivos tienen como fin desencadenar una respuesta motora de escape o evitación

Estrés: una situación es definida como estresora por el sujeto cuando éste hace una evaluación de la situación y de los recursos con los que cuenta para hacerle frente, valorando que dicha situación sobrepasa sus habilidades de afrontamiento. En este concepto se hace hincapié en los factores cognitivos de la valoración (Lazarus, 1986)

Angustia: se considera como un temor desencadenado por eventos inciertos que significan peligro remoto e incierto. Se manifiestan diferencias en el nivel de angustia, según la edad, la ocupación, síndromes clínicos y cultura. Según Bernstein (1984) la angustia fluctúa en la primera infancia, se va acrecentando en la adolescencia y decrece en la madurez, se eleva después de los 60 años

Sufrimiento: concepto más amplio que el de ansiedad. Se refiere a un complejo estado afectivo, caracterizado por la sensación subjetiva que tiene el individuo provocada por el agotamiento de los recursos personales frente a situaciones que implican pérdidas significativas. Hace especial énfasis en el aspecto experiencial subjetivo

El trastorno de ansiedad se caracteriza por un sentimiento de aprehensión y de incertidumbre. Se presenta una preocupación e inquietud difusa acompañada de un sentimiento de incapacidad para enfrentarse a los problemas diarios, en muchas ocasiones cursa con depresión. Para los pacientes que reciben tratamiento, la ansiedad puede aumentar la posibilidad de sufrir dolor (Tobal, 1995). Spielberg (1994), menciona que la ansiedad se puede presentar como rasgo o como estado. Como estado, la ansiedad se presenta de manera *transitoria*, con sus manifestaciones biológicas, que varían en intensidad y fluctúa en el tiempo. Se presenta por la percepción conciente de sentimientos de tensión y aprehensión y por una intensa activación del S.N.A. Como rasgo, es una diferencial individual *constante*. Existe una propensión a la ansiedad. Hay una especial disposición para percibir estímulos situacionales como peligrosos o amenazantes y la tendencia a responder ante tales amenazas con reacciones de estados de ansiedad. Los sujetos que presentan este trastorno, se quejan de tensión muscular, especialmente en el cuello y en la región supraclavicular, tienen diarreas leves y crónicas, orinan con frecuencia y sus trastornos del sueño incluyen insomnio y pesadillas. Se presenta sudoración, alteraciones cardiovasculares. Pueden presentar disnea y taquicardia (Véase tabla 7).

Tabla 7
Tríada de respuestas en el
trastorno de ansiedad
(Tobal, 1995)

Respuestas Psicológicas	<p>Irritabilidad Concentración disminuida Preocupación Miedo excesivo Pensamientos negativos de inferioridad o incapacidad Dificultad para concentrarse Inseguridad Aprensión Sensación de peligro o amenaza Sensación de desamor Sensación de desamparo Sensación de pérdida de control generalizada Dificultad para pensar con claridad</p>
Respuestas Fisiológicas	<p>Respuestas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada, accesos de calor Respuestas respiratorias: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial Respuestas gastrointestinales: náuseas, diarrea, vómito, molestias digestivas, anorexia Respuestas génito-urinarias: micciones frecuentes, enuresis, trastornos sexuales Respuestas neuromusculares: tensión muscular, temblores, cefaleas, hormigueo, fatigabilidad Respuestas neurovegetativas: sequedad en la boca, sudoración excesiva, mareos, lipotimia</p>
Respuestas motoras	<p>Conductas de escape Conductas de evitación Hiperactividad Paralización motora Movimientos repetitivos Movimientos torpes y desorganizados Dificultades en la expresión verbal.</p>

Existe una relación entre la experiencia del dolor y la ansiedad. El aumento de ansiedad hace que los pacientes califiquen su dolor como insoportable, provocando la automedicación y complicando más su situación. Ello implica que la reducción de la ansiedad supone de manera indirecta, un alivio en el dolor (Wall, 1983).

Es común encontrar una respuesta de enojo en este tipo de pacientes. Esto se presenta cuando el paciente pierde el auto-control en el momento en que la demanda emocional de la situación excede sus recursos emocionales. El enojo es una respuesta emocional ante lo que no se puede manejar. El enojo es una respuesta común ante la pérdida de un valor, asociado con la enfermedad y el dolor. Sin embargo, existen causas específicas del enojo que deben ser identificadas:

negación del diagnóstico y del pronóstico

forma en la que el médico dio a conocer el diagnóstico

parte de una reacción de ajuste al diagnóstico y al pronóstico

negación al tratamiento

doctores no comunicativos y fallas en el tratamiento

sentimiento de injusticia respecto de la enfermedad

sentimiento de ser abandonado por Dios

frustración por las limitaciones impuestas por la progresión de la enfermedad

(Twycross, 1997).

1.5 TEORÍA DE LA ATRIBUCIÓN

El ser humano busca una explicación a lo que le ocurre, cuando el acontecimiento es *significativo* para él. En este dar un significado a su vida, utiliza símbolos que se pueden manifestar como atribuciones. Atribuir significa dar una explicación a los acontecimientos, es decir, asignar una causa o razón al comportamiento propio o al de los demás.

1.5.1 Antecedentes

El trabajo precursor de la teoría de la atribución es el realizado por Festinger (1957), dentro del campo de la psicología social, denominado *disonancia cognitiva*, el cual sostiene que la gente está motivada para evitar y reducir el disconfort causado por inconsistencias entre cogniciones. Tiempo atrás, Lewin (1936), afirma que los hechos psicológicos existen en un tiempo determinado no necesariamente en un espacio físico sino en un *espacio simbólico* donde habita el hecho psicológico que propicia el surgimiento de ideas y atribuciones. Es en este espacio simbólico donde las atribuciones pueden ser contenidas. Argumenta que sólo los eventos presentes podrán tomarse en cuenta, pues es ahí donde el espacio simbólico puede existir.

Lewin considera al individuo y al grupo como un sistema interdependiente que se une a través de símbolos, lo que corresponde con los estudios de Cassirer (1982), quien señala al pensamiento simbólico como espacio donde se condensa la vida misma, pues es ahí donde se refieren y explican los acontecimientos, que pueden o no desarrollarse en un espacio físico y que se comparte con la cultura humana. El ser humano es por naturaleza curioso, pero no todo le llama la atención. Según Hastie (1984), los individuos tienden a preguntarse "por qué?", cuando algo inesperado o inusual ocurre. Eventos inesperados

crean la necesidad de mayor predicción. La enfermedad, el dolor y los eventos displacenteros estimulan la búsqueda de su atribución causal (Bohner, Bless, Schwarz y Strack, 1988).

Los eventos de la vida que generan más angustia, sensación de peligro o miseria, estimulan de forma importante la necesidad de buscar una explicación a su causa. Taylor, Lichtman y Wood (1984) encontraron que el 95% de pacientes oncológicos hacían atribuciones acerca de la causa de su enfermedad. Entre los miembros de la familia para quienes la enfermedad era menos dolorosa, hacían atribuciones en un 70%. Worthman (1977), señala los esfuerzos de los parapléjicos, incapacitados por una lesión medular, por analizar lo que les sucedió.

Según Bohner et al., (1988), las atribuciones causales son importantes porque ayudan a la gente a predecir y a controlar el medio. Se tiende más a buscar explicación sobre eventos inesperados y negativos, que sobre esperados y positivos, debido a que se necesita tener la capacidad de evitarlos. Las atribuciones causales son también importantes porque determinan los sentimientos, actitudes y comportamiento.

1.5.2 Principios básicos de la atribución causal

A pesar de que existen diferentes acercamientos al proceso atributivo, la mayoría de los teóricos coinciden en llamar a los principios básicos Teoría de la Atribución. (Sears, Peplau, Taylor, 1990). El primero en teorizar sobre las atribuciones es Fritz Heider (1944). En relación a como la gente común se explica qué causa que, propuso dos motivos

universales: la necesidad de formarse un entendimiento coherente sobre el mundo y la necesidad de controlar el medio. La necesidad fundamental para satisfacer esos motivos es adquirir la habilidad para predecir cómo se va a comportar la gente, de lo contrario se percibe el mundo como aleatorio, sorpresivo e incoherente. Para poder predecir lo que los otros van a hacer, es necesario una teoría elemental sobre el comportamiento humano. Heider propone que todos, no sólo los psicólogos, buscan explicaciones para el comportamiento y las reacciones de los demás. El llamó psicología ingenua la teoría general del comportamiento humano hecha por la gente común.

El proceso atributivo comienza, según Heider, con la observación de una conducta y finaliza cuando el observador cree encontrar la causa que lo produjo. Esta atribución puede ser personal o interna, cuando queda claro que la conducta es posible para el sujeto, cuando él realmente quería llevarla a cabo. La denomina externa o ambiental cuando la conducta supera la capacidad del sujeto o este no pretendía realizarla. Un suceso queda explicado satisfactoriamente cuando se descubre porque ha ocurrido. Heider (1958), afirma que la gente común "tiene un gran y profundo entendimiento de sí mismo y de la demás gente, y, que a través de esos pensamientos no formulados o vagamente concebidos, puede capacitarse para interactuar con los demás". Considera que la gente no sólo observa los eventos y los graba en su mente, sino que someten los eventos a un análisis psicológico en un esfuerzo por entender sus causas. En este análisis psicológico:

Se inclinan a atribuir las acciones a causas estables y permanentes, más que a causas transitorias y variables

Buscan explicarse las conductas en términos de cuestiones personales (actitudes, necesidades, creencias y estructuras personales) o

En términos de propiedades permanentes o estructuras en el medio ambiente
(instituciones sociales)

Valoran si la conducta es intencional o no intencional

Las atribuciones referidas por los individuos dicen mucho de los pensamientos y formas de actuar en diferentes situaciones. Ya sean atribuciones concretas o abstractas, siempre constituyen una forma posible de moverse en-el-mundo y explicárselo. Pueden existir diferentes interpretaciones para un mismo evento:

“...atribución y cognición están influenciadas por fuerzas meramente subjetivas de necesidades y deseos, así como por las evidencias más objetivas presentadas de materia en bruto. Lo más importante es el punto de vista adoptado entre lo que uno percibe e interpreta de acuerdo a lo que uno quiere mirar o a la capacidad de asumir la posición de la persona quien es la fuente de acción” (Heider 1967:121).

Tanto el medio ambiente como factores personales interactúan en la producción de la acción. Entre más se vea a la persona como causante de la acción, menos se va a considerar la influencia del medio y viceversa.

Tajfel (1984), presenta al hombre como un ser con motivaciones, cogniciones y relaciones sociales, refiere que la mayor ventaja del hombre es su capacidad para modificar su conducta en función del modo como percibe y comprende su situación. Afirma que las atribuciones causales están basadas en tres procesos:

La categorización, que permite establecer atributos entre objetos que no tienen diferencias claras. La categorización se realiza mediante comparaciones que son subjetivas, tratando de simplificar las diferencias

La asimilación que consiste en el contenido o la imagen de las categorías creadas que se aceptan como parte de la interacción con lo otros en una sociedad. Para ello es

necesario conocer las preferencias y el equilibrio entre el conocimiento de la pertenencia al grupo y la existencia de otros grupos aparte del propio

Búsqueda de la coherencia, es la forma en que el individuo le da sentido a los eventos para poder entenderlos y así, adaptarse a los cambios sociales

Hewstone (1992) resume la idea de Heider y considera cuatro puntos clave para llevar a cabo el proceso atributivo, poniendo énfasis en el lugar que ocupa el sujeto dentro del evento:

1. El sujeto utiliza el sentido común como forma de interpretar su entorno
 - La existencia de causas personales y situaciones (atribución interna o externa)
 - Las disposiciones personales repercuten en acciones intencionales, con lo cual se convierten en “equifinalidades” cuando la acción está orientada a los fines, “de causalidad” cuando las personas son agentes de la acción y “de esfuerzo” cuando está basado en la motivación
 - Las atribuciones de los efectos pueden otorgarse al objeto, a la persona o a la situación dependiendo de los factores propios del sujeto, de las propiedades del objeto y de las condiciones mediadoras

Kelley (1972), ha generado el análisis más formal de la atribución causal, el cual llama modelo de covariación. El principio de covariación significa que los sujetos, para formular sus juicios atributivos, examinan como covarían entre sí los diversos elementos de información que disponen. Se plantea el problema de la *validez atributiva*, es decir, cómo es que las personas deciden que sus impresiones sobre una conducta son correctas. Considera que las personas tienen expectativas e ideas preconcebidas acerca de las causas. Propone un modelo de covariación en el cual afirma que cualquier persona, al realizar una atribución, suele manejar una serie de elementos de información:

Todas o la mayor parte de las personas responden frente a la situación dada del mismo modo que la persona observada (*consenso*)

Generalmente, la persona responde siempre de la misma o parecida forma a la situación considerada (*consistencia*)

En ocasiones la persona observada puede responder de modo diferente ante la situación de cómo responde de costumbre (*distintividad*)

Kelley, (1973), menciona que las. “las atribuciones después de todo, son solamente interpretaciones subjetivas e inferencias acerca de qué causa qué”, es decir el que atribuye es quien recibe e interpreta lo que le rodea. En 1967 se entendía que la persona necesita encontrar una explicación teórica a lo que le sucede, en 1972 se sabe que también tienen necesidad de aplicar su conocimiento de las causas, en orden de ejercer control sobre su mundo, mediante la explicación, la predicción y el control.

En 1976, Orvis, Kelley & Butler dan otro paso, ellos infieren que las atribuciones muchas veces pueden estar motivadas por la necesidad de justificar su propio comportamiento y de criticar las acciones de los demás.

1.5.3 Dimensiones de la atribución causal.

Russell (1982), propone una escala de dimensión causal en donde los sujetos valoran subjetivamente sus propias atribuciones según las dimensiones de locus, estabilidad y controlabilidad. De esta manera se pueden evaluar las percepciones que los sujetos tienen de las causas en una situación dada.

Locus de causalidad. Es atribuir la causa de algo a un estado interno o a fuerzas externas. Las internas incluyen todas las causas: estado de ánimo, actitudes, rasgos

de personalidad, habilidades, salud, preferencias o deseos. Las atribuciones externas incluyen: presión de los demás, dinero, situación social, el tiempo, etc.

Estabilidad e inestabilidad. Se necesita saber qué tanto una causa es permanente o no y qué tanto su permanencia depende del mundo externo o de disposiciones internas de la persona. Algunas causas externas son estables como las leyes y las reglas o la dificultad para algunas tareas. Otras son inestables como el tiempo, la suerte o vivir en tiempo de guerra o de paz. Las causas internas también pueden ser estables: sentido del humor, estado de ánimo y habilidades o inestables: motivación para el estudio o esfuerzo para realizar un trabajo.

Controlabilidad. Algunas causas se perciben como controlables o fuera de control. Esto puede coexistir con cualquier combinación con el locus y la estabilidad.

Estas tres dimensiones de la atribución causal son las que la gente utiliza con mayor frecuencia para explicarse los eventos de connotación negativa (Meyer y Koebl,1982).

La teoría atributiva de la motivación y la emoción, considera que estas dimensiones son utilizadas en mayor medida por las personas cuando estas se enfrentan a un fracaso en sus vidas (Hewstone,1992). La mayoría de las personas que evalúan sus fracasos utilizan una combinación de las dimensiones 2 y 3 (inestables e incontrolables), con ello evitan generar sensaciones de frustración o culpa (Camuñas, 2000). También es posible que una persona explique este tipo de acontecimientos con una combinación de las dimensiones 1,2,3 (interno, estable e incontrolable), lo que lleva a la formación de un estado emocional negativo, que en vez de mantener el nivel óptimo de autoestima, lo debilita y con ello se ven afectados aspectos conductuales, físicos y mentales (ibid). Otros autores han considerado que los estilos atribucionales pueden crear emociones negativas que pueden llevar a la ansiedad, la depresión y la desesperanza (Weiner,1986). Alloy, Abramson y

Dykham (1990), consideran que la desesperanza concebida por Weiner es una clase de depresión provocada por la sensación de incontrolabilidad de los sucesos que rodean a la persona.

Las creencias sobre el locus de control reflejan el grado en el cual una persona cree que sus acciones llevarán a obtener los resultados deseados. Rotter (1966), dividió a las personas en dos grupos: “internos” y “externos”. De acuerdo con esta tipología, los “internos” creen que los eventos son una consecuencia de sus acciones y, en consecuencia, los perciben bajo su control. Los “externos”, en contraste, creen que los eventos no están relacionados con sus acciones sino que están determinados por factores más allá de su propio control personal.

En un modelo de salud Wallston y cols., (1978), identificaron tres dimensiones independientes de percepción de control: interna, azar y otros poderosos. Su modelo sugiere que aquellos que califican alto en la dimensión interna consideran que su salud está en gran parte bajo su control y es más probable que realicen conductas para el mantenimiento de la salud. De manera contraria, aquellos que puntúan alto en la clasificación denominada azar, consideran a su salud como relativamente independiente de su conducta y en consecuencia, son más comunes las conductas que dañan su salud.

Las implicaciones de que otros poderosos (comúnmente médicos) tienen influencia sobre su salud, frecuentemente son más difíciles de predecir; los puntajes altos pueden indicar una receptividad hacia los mensajes de salud apoyados por autoridades médicas; por el contrario, también pueden sugerir una fuerte creencia en la capacidad del sistema médico para curar cualquier enfermedad importante y en consecuencia, una indiferencia hacia los mensajes de promoción de la salud.

Wallston y Smith (1994), establecieron, de acuerdo con la teoría de aprendizaje social, que los individuos están motivados para realizar conductas que conduzcan a evaluar los resultados. Las creencias del locus de control solo influirán en aquellos que le den un valor a la salud, es decir, la idea que tengan de estar saludables será directamente proporcional a las conductas orientadas a la salud. La tendencia del sujeto a explicar la conducta en relación a factores internos o externos, fueron estudiados por Jones y Nisbett (1975), afirman que el sujeto suele atribuir la conducta de la persona que observa a las características personales de éste, pero que el mismo sujeto, tiende a explicar esa misma conducta, que es la suya, apelando a las características de la situación. Los autores atribuyen las diferencias entre el sujeto que observa y el observado a diversos factores informativos, perceptivos y motivacionales, considerando que se presenta esta valoración de modo sistemático. De este modo, en la percepción de sí mismo así como en la percepción de los demás, se busca la asociación constante de causas y efectos.

1.5.4 Atribuciones respecto de sí-mismo.

Una de las principales hipótesis en la teoría de la atribución es que la gente llega a percibir estados internos propios, del mismo modo que llega a la percepción de otros estados. Estos estados se infieren del propio comportamiento abierto, conocido y de las percepciones de las fuerzas ambientales que lo rodean. Esta idea deriva de la premisa que las emociones, actitudes, rasgos y habilidades se presentan en el ser humano de forma poco precisa y ambigua. Se tiene un acceso limitado a los procesos internos, teniendo solo conciencia de alguna manera de los factores que influyen el comportamiento (Nisbett y Wilson, 1977).

Existen otros estudios que abordan las atribuciones causales espontáneas afirmando que, en ocasiones, los individuos no reflexionan sobre las explicaciones que encuentran y entonces el proceso es inconsciente; el sujeto no busca controlar nuevas informaciones. Según Hewstone (1992), los sucesos no esperados y la no consecución de una meta, pueden provocar la aparición de atribuciones. Según él, ciertos autores proponen que los sujetos realizan más inferencias cuando no esperaban el resultado. Ante un evento negativo, los resultados están fuera de control. Es necesario explicar que fue lo que sucedió para disminuir la intensidad de la carga afectiva.

Bem (1967), sostiene que se reciben señales ambiguas de las propias actitudes. Cuando el individuo observa su comportamiento en una situación sin presiones externas, asume que expresa sus actitudes verdaderas y hace atribuciones internas; sin embargo si se perciben fuertes presiones externas para hacer algo, o tomar alguna posición, se considera la conducta como causada por fuerzas externas, no propias. Sucede algo similar respecto a la motivación y a la percepción de sí mismo. Leeper, Green y Nisbet (1973), afirman que el realizar una tarea muy bien remunerada está dirigida por una atribución externa. Hacer la misma tarea sin remuneración esta guiada por una atribución interna. Esto lleva a la predicción paradójica que una mínima recompensa externa guía a los mas grandes intereses internos en esa tarea porque la persona atribuye a su realización un interés interno y no a una recompensa externa.

La teoría Weiner (1986), sostiene que algunas atribuciones generan emociones específicas. El éxito produce sentimientos positivos (alegría) y el fracaso, sentimientos negativos (tristeza). Cuando una persona tiene éxito, hace una atribución interna (habilidad,

esfuerzo), produce orgullo, una atribución externa como un test fácil o un compañero que ayudó, produce agradecimiento. El fracaso explicado por causas internas (falta de esfuerzo o baja habilidad), producen sentimientos de vergüenza, mientras que la atribución externa (un test más difícil del que se esperaba o una evaluación injusta) puede producir sorpresa o enojo. El control de las causas percibidas es también importante. Atribuciones internas para eventos negativos, pueden producir distintas emociones dependiendo del grado de control de la causa. "La culpa" viene de causas internas controlables, como el esfuerzo (pude haber estudiado más); mientras que "la depresión" viene de causas que no se pueden controlar muy bien como la habilidad o carencias (no soy tan inteligente para hacer esto). El enojo es asociado con causas controlables, en cambio "la piedad" o "la simpatía" son entendidas como incontrolables (Weiner, 1986). También sostiene que la forma de atribución puede influir en el modo de sentir, a la vez que los sentimientos pueden influir en el tipo de atribuciones realizadas.

1.5.5 Funciones

Dentro de las funciones de la atribución, se han distinguido básicamente tres: control, autoestima y presentación del yo. El control incluye tanto la explicación como la predicción de la conducta. La tendencia de las personas a percibir negativamente a quienes son víctimas de alguna desgracia o que adolecen de algún defecto y a achacarles las causas de sus males, se puede explicar como un deseo de creer que tanto esas desgracias como esos defectos son, en cierta medida, controlables. La necesidad o el deseo de controlar puede ser inferida por estudios que han demostrado que las personas tienden a exagerar sus propios poderes personales (Langer, 1975). El deseo de control fue también encontrado en la teoría del "mundo justo" de Lerner. El sugiere que para mantener el control sobre sus

propias creencias, las personas consideran que cada uno tiene lo que se merece. Estudios hechos por Zuckerman (1979), demuestran que la gente tiende a sentir más responsabilidad por sus éxitos (causas internas), que por sus fracasos (causas externas). Se sugiere en este estudio que pueden atribuir el éxito a factores personales porque necesitan proteger y aumentar su autoestima, o porque necesitan mantener el sentido de control sobre su medio, o porque tienen necesidad de mostrar una impresión favorable a los demás, porque es importante el modo como el otro los perciba.

Wortman (1976), señala que muchas personas que sufren enfermedades se culpan a sí mismas. Al rechazar la idea de que la enfermedad puede deberse al azar, se convencen de que podrán evitarla en lo sucesivo. Otro factor que ha sido estudiado de forma sistemática por Bird & Williams (1980), es la relación que existe entre las diferencias de sexo y la atribución hecha. Existe una percepción social influida por el género de la persona que hace que el éxito de un hombre sea atribuido a su habilidad y el de la mujer, a su suerte o esfuerzo. Un fracaso en el hombre es atribuido a la mala suerte, en cambio en la mujer, a su falta de habilidad. Los hombres, generalmente tienen mayores expectativas de éxito que las mujeres y en general se reportan más expectativas respecto al éxito de los hombres que respecto al de las mujeres (Deaux,1976; Feldman Summeres and Kiesler,1974).

1.5.6 Perspectivas.

Con el paso del tiempo, las teorías sobre atribución causal dejan de considerar los factores disposicionales (individuales) y situacionales (contexto) como ejes fundamentales de interpretación. Ibáñez (1994), afirma que las interpretaciones de las personas son parte de construcciones sociales compartidas, que pueden referirse como representaciones o como

procesos cognitivos. Hace énfasis en estudiar la forma en que los sujetos comprenden su realidad, a partir de sentirse dispuestos a dar significado a su mundo.

Ibáñez resalta que tanto el interaccionismo simbólico como la atribución causal buscan conocer los procesos que utilizan las personas para entender su entorno, darle sentido y encontrar la presentación más adecuada para la realidad. Esta postura coloca al individuo como agente activo de su realidad, es decir, las atribuciones causales contribuyen al estudio de la construcción de significados sociales dispuestos a través de la interacción. Para Ibáñez, se va construyendo la concepción de la realidad a través del medio cultural en el cual se vive, el sitio que se tiene en la estructura social y las experiencias que se tienen en la vida cotidiana.

Las personas pueden referirse a las causas de los eventos en forma descriptiva o mediante adjetivos, que son ilustrativos porque expresan cualidades propias. Del modo como los sujetos perciben, utilizan el sentido común se puede lograr un acercamiento al nivel de consistencia existente entre lo conocido y lo imprevisto. La percepción también repercute en la evaluación de los sentimientos derivados de las acciones, lo que puede conducir a corregirlas o evitarlas. Si la situación es percibida como peligrosa, se puede tomar parte para evitar o cambiar las condiciones que posibilitarían un daño. Esta noción puede agregarse al tema de las atribuciones causales de accidentes/enfermedades. La percepción de conductas, pensamientos y afectos riesgosos, puede ser un factor que propicie un cambio en el sujeto.

2. MÉTODO

2.1 JUSTIFICACIÓN

En los datos que se encontraron en la revisión bibliográfica que se realizó en cuanto a atribución del dolor y enfermedad, no se encontró ningún estudio que tratara de forma directa la atribución causal del dolor crónico.

Bossis, P., (1999). Hace un estudio de relación entre la atribución y la expresión de la emoción en familias con un primer episodio de esquizofrenia en uno de sus miembros. Se utilizó un modelo atribucional de percepción de control, dibujos sobre el estrés y sus estilos de afrontamiento. Se estudiaron 56 familias. Se valoraron los niveles de expresión emocional, las atribuciones causales de la enfermedad y estrategias de afrontamiento en el momento de hospitalización. Se encontró que las familias con mayor expresión de emociones, atribuían la enfermedad a causas controlables. No se encontró ninguna relación entre la expresión de la emoción y las estrategias de afrontamiento.

Kraatz, E., (1999). Estudia en mujeres con cáncer de seno, cuáles creen ellas que sea la causa de su enfermedad, para guiar a las enfermeras en el apoyo a las pacientes después de recibir su diagnóstico. La atribución fue operacionalizada a través de la Escala Russel de Atribuciones Causales. En este estudio también se estudio la influencia del soporte social con la Medical Outcomes Survey y el bienestar emocional con la Psychological General Well-Being Index. Los cuestionarios fueron enviados por correo a una muestra randomizada entre 500 mujeres que vivían en el oeste medio de Estados Unidos con diagnóstico de cáncer de seno en los últimos tres años. Los resultados indican que la mayoría (82%) mantuvieron una atribución con más de una causa en orden de

importancia descendente: herencia, medio ambiente, hormonas, estilo de vida, genética, causas físicas, factores de suerte y la fe.

Frank,N.,Blount,R.,Brown,T.,(1997). Estudian en 86 pacientes pediátricos oncológicos entre 7 y 18 años, la relación entre su estilo de atribución, sus estrategias de afrontamiento y las de sus padres, la competencia social y el ajuste psicosocial. Encontraron que se puede predecir trastornos de ansiedad en los niños que tenían un estilo de atribución depresivo.

Schiaffino,K.,Revenson,T.,(1995). Examinaron la relación entre la aparición de la enfermedad y las atribuciones causales en 64 pacientes con Artritis Reumatoide (AR). La información se obtuvo mediante una entrevista inicial y escalas cognitivo-conductuales, de deseabilidad social y de depresión. Se evaluó la sensación de amenaza y la atribución causal con respecto del diagnóstico y el estilo de pensamiento.

El estudio de la atribución causal del dolor abre una posibilidad de exploración a los factores multidisciplinares que cursan con el dolor crónico. Esta investigación es un trabajo inaugural en cuanto al tema de estudio, es una búsqueda de alternativas metodológicas, que respondan a la necesidad de comprender al paciente con dolor crónico. Puede brindar tanto al alumno de psicología, como a los profesionales de la salud, elementos de conocimiento y de reflexión sobre el intricado proceso mente-cuerpo-sociedad, en el área específica del dolor, lo cual puede ser significativo dentro de su formación académica y profesional. El psicólogo como profesional comprometido, necesita realizar una continua actualización, profundizando siempre su conocimiento de la naturaleza humana. El dolor, el amor y la muerte, son realidades inherentes al ser humano; sus manifestaciones y distintas significaciones competen al psicólogo clínico.

Esta investigación puede ayudar a los pacientes a reflexionar mediante la pregunta inicial planteada: “a qué atribuye usted su dolor, cuáles podrían ser las causas de su dolor?, qué siente con las causas que usted encuentra de su dolor?”. Esta reflexión, les puede proporcionar elementos para iniciar un auto-análisis y descubrir la relación mente-cuerpo-afectos, y observar de que modo su dolor, puede modificar sus afectos y su conducta. Puede analizar el impacto emocional que el dolor crónico desencadena en él y en su ámbito familiar, lo que ya puede ser el comienzo de una acción terapéutica. Se parte de la certeza que el ser humano tiende a buscar una explicación de lo que le sucede y que cuando encuentra la causa, obtiene mayor tranquilidad y la sensación de control ante los eventos.

El comprender más ampliamente el proceso de atribución, que el paciente con dolor crónico, en la necesidad de comprender por qué le duele, por qué sufre, por qué está tan limitado, por qué no puede ser como los demás etc., permitirá al psicólogo, realizar una evaluación y elaborar programas de intervención. El trabajo estará dirigido de manera más focal al problema específico: creencias negativas de sí mismo, del mundo que lo rodea o del futuro. Distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de información. Diseño de programas de intervención psicoterapéutica para disminuir trastornos de ansiedad o depresivos. Se pretende finalmente que el paciente incremente la comprensión de sus ideas, de sus sentimientos y de sus conductas sobre su dolor, y que logre tener una actitud de esperanza que le permita hacer cambios para mejorar su calidad de vida en el ámbito individual y social.

2.2 OBJETIVOS

A) Objetivo general

Explorar las causas a las cuales los pacientes atribuyen su dolor y comprobar si existe una relación con su diagnóstico médico y algológico.

B) Objetivos específicos

Elaborar un instrumento válido y confiable que permita hacer una medición de las causas a las que el paciente con dolor crónico atribuye su dolor

Hacer un análisis sistemático del constructo estudiado y de las dimensiones encontradas

Observar las diferencias que se presenten entre la atribución del dolor y las variables demográficas: edad, religión, estado civil, sexo y nivel educativo

Tener elementos válidos para diseñar estrategias terapéuticas en las que el paciente con dolor crónico pueda trabajar aquellos elementos que estén bajo su control y desee modificar, modificar su actitud respecto a los factores que no pueda controlar.

2.3 PREGUNTAS

Debido a que el dolor en los pacientes con dolor crónico muchas veces se presenta como rebelde e intratable, se considera que si se exploran aspectos relativos a la atribución causal de su dolor, se podrá aumentar la comprensión de este fenómeno y estructurar programas de intervención psicoterapéutica más eficaces.

Las preguntas que guiaron esta investigación fueron:

Cuáles son las causas a las que el paciente con dolor crónico atribuye su dolor?

Qué diferencias existen entre la atribución causal del dolor y el diagnóstico médico y algológico, así como con la edad, el sexo, la religión, el estado civil y el nivel educativo del sujeto?

2.4 HIPÓTESIS

H1 La atribución que hace el paciente de su dolor está en función de su diagnóstico médico y algológico

H2 Existen diferencias estadísticamente significativas entre la atribución del dolor hecha por el paciente y su edad, sexo, estado civil, escolaridad y religión

2.5 MÉTODO

2.5.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio fue ex-post-facto, no experimental. Muestras independientes de dos o más grupos, dependiendo de la variable atributiva de que se trate. Contraste de grupos (Tena, 1994).

2.5.2 VARIABLES

Variable Dependiente
Atribución del dolor

B) Variables Atributivas:
Diagnóstico médico
Diagnóstico algológico
Edad
Sexo
Religión
Estado Civil
Nivel de escolaridad

2.5.2.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Atribución: acción de atribuir, autoridad, facultad y poder. El proceso atributivo comienza, con la observación de una conducta y finaliza cuando el observador cree encontrar la causa que lo produjo. Esta atribución puede ser personal o interna, cuando queda claro que la conducta es posible para el sujeto y realmente quiere llevarla a cabo o externa cuando la conducta supera la capacidad del sujeto o no pretendía realizarla. Un suceso queda explicado satisfactoriamente cuando se descubre porque ha ocurrido (Heider, 1958)

Diagnóstico médico: En vista de que sólo se ven sujetos enfermos sería: Determinación de la enfermedad hecha por el médico en base a la exploración médica, signos y síntomas que presenta, avalado por los estudios de gabinete (laboratorio), la imagenología (Rayos X, tomografía, resonancia Magnética) y electromiografía, en los casos necesarios (Guevara, 2002)

Diagnóstico algológico: En vista de que sólo se ven individuos enfermos sería: determinación del tipo de dolor hecha por el médico en base a la exploración médica, signos y síntomas que presenta en relación a su tipo de dolor, características y manifestaciones somáticas, neurológicas o viscerales (idem)

Edad: Tiempo que lleva existiendo una persona desde su nacimiento (Moliner, 1997))

Sexo: Constitución orgánica que distingue al hombre de la mujer (idem)

Estado Civil: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles (idem)

Nivel Educativo: Grado escolar cursado dentro del sistema nacional educativo (idem)

Religión: conjunto de creencias y prácticas relativas a lo que un individuo o grupo considera como divino o sagrado (idem)

2.5.2.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Atribución al dolor. Esta variable se midió con las respuestas de los sujetos a la Escala de Atribución causales del dolor que se construyó, validó y confiabilizó en el presente estudio

Diagnóstico médico: Anotación hecha por el médico en el Libro de Registro en relación a entidad nosológica que presenta el paciente

Diagnóstico algológico: Anotación hecha por el médico en el Libro de Registro en relación al tipo y características somáticas, viscerales o neuropáticas del dolor del paciente

Edad: Dato registrado en el cuestionario demográfico

Sexo: Dato registrado en el cuestionario demográfico

Estado Civil: Dato registrado en el cuestionario demográfico

Nivel Educativo: Dato registrado en el cuestionario demográfico

Religión: Dato registrado en el cuestionario demográfico. Las religiones que se registraron fueron: Católica, Protestante, Testigo de Jehová, No creyente.

2.5.3 SUJETOS

La muestra estuvo integrada por los pacientes que acudieron a consulta –por interconsulta– a la Clínica del Dolor y Medicina Paliativa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). Fue una muestra no aleatoria, ya que se aplicaron los instrumentos de medición a quienes de forma voluntaria aceptaron participar en el estudio.

Criterios de inclusión:

Pacientes que llegaron a la consulta externa de la clínica del dolor y medicina paliativa del INCMNSZ

Criterios de exclusión:

Pacientes con algún trastorno cognitivo, que les imposibilitó responder el instrumento de medición

Criterios de eliminación:

Pacientes que no contestaron totalmente el instrumento

Pacientes que en el momento de la entrevista presentaron una crisis algológica o psicológica

Pacientes que por sus condiciones médicas no pudieron contestar

2.5.4 INSTRUMENTOS

a) **Cuestionario demográfico.** Se elaboró un instrumento de preguntas abiertas, que registró las siguientes variables:

- Edad del respondiente
- Sexo
- Estado civil
- Nivel educativo formal alcanzado
- Religión. Si la practica o no

El tamaño de la muestra fue de 100 pacientes; 23% de ellos fueron hombres y 77% mujeres. Su edad osciló entre los 22 y los 77 años, con una edad promedio para los hombres de 53.8 años y para las mujeres de 55.4 años. El estado civil de los integrantes de la muestra difiere de los datos censales (INEGI, 2001), ya que los sujetos reportaron más el estado marital que unión libre, y comparativamente hubo más viudos que en la población general (Véase tabla 8).

Tabla 8
Estado Civil de los integrantes de la Muestra
y de la Población Mexicana

<i>Estado civil</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Distribución porcentual de la población mexicana por estado conyugal</i>
Soltero	26.0%	37.2%
Casado	52.0%	44.6%
Viudo	14.0%	4.3%
Divorciado	3.0%	1.0%
Separado	4.0%	2.6%
Unión libre	1.0%	10.3%
Total	100.0%	100.0%

El 37% de los sujetos contaba con educación básica. El resto se distribuyó casi homogéneamente en los niveles medios de instrucción y se incrementó en el nivel superior. Llama la atención el hecho de que se haya presentado un 5% de pacientes con estudios de posgrado, que sumados a los de licenciatura, dan una proporción mayor (24%) a la que se observa a nivel nacional (11%, INEGI, 2001) (Véase tabla 9).

Tabla 9
Escolaridad de la Muestra y de la Población Mexicana

<i>Escolaridad</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Distribución porcentual de la población mexicana de 15 años y más según nivel de instrucción</i>
Sin instrucción	0.0%	10.3%
Primaria	37.0%	37.5%
Secundaria	12.0%	24.4%
Técnica	13.0%	27.0%
Bachillerato	14.0%	
Profesional	19.0%	24.0%
Posgrado	5.0%	
Total	100.0%	100.0%

Respecto a la religión, se exploraron dos aspectos: a) qué religión tenían y b) si eran practicantes o no. Como se observa en la tabla 8, la religión dominante fue la católica con un 89%. Los protestantes y los testigos de Jehová fueron los menos frecuentes (Véase tabla 10). En cuanto a la práctica de la religión, 53% la practica y 46% no lo hace.

Tabla 10
Religión Profesada por los Integrantes de la Muestra

<i>Religión</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Católica	89	89.0%
Protestante	6	6.0%
No creyente	3	3.0%
Testigo de Jehová	2	2.0%
Total	100	100.0%

b) Cuestionario diagnóstico:

Incluye dos reactivos que registran:

- a) Diagnóstico médico
- b) Diagnóstico algológico

Los padecimientos reumáticos resultaron los más frecuentemente presentados en la muestra estudiada (39%), seguidos por la diabetes mellitus (23%). El 9% de los sujetos padecían cáncer (este bajo porcentaje, comparado con la prevalencia de esta enfermedad en la población mexicana, pudiera explicarse porque la mayoría de los pacientes oncológicos asisten al Instituto Nacional de Cancerología), (Véase tabla 11).

Tabla 11
Diagnóstico Clínico de los Pacientes
que Integraron la Muestra

<i>Enfermedad</i>	<i>Porcentaje</i>
Artritis Reumatoide	39.0%
Diabetes Mellitus	23.0%
Fibromialgia	15.0%
Herpes Zoster	11.0%
Cáncer	9.0%
Cefalea	3.0%
Total	100.0%

En cuanto al diagnóstico algológico, alcanzó el mayor porcentaje (53%) el tipo de dolor neuropático, y el menor, el visceral (4%), (Véase tabla 12).

Tabla 12
Diagnóstico Algológico de los Pacientes
que Integraron la Muestra

<i>Tipo de dolor</i>	<i>Porcentaje</i>
Dolor neuropático	53.0%
Dolor mixto	24.0%
Dolor somático	19.4%
Dolor visceral	4.0%
Total	100.0%

c) Escala de atribución del dolor:

Debido a que no se encontró ninguna escala de atribución del dolor, *validado y confiable* en México, dirigido a pacientes con dolor crónico, se procedió a construir un instrumento de medición de esta variable. Se utilizó como guía el material inédito de la Dra. Isabel Reyes Lagunes, (2001).

2.5.5 CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO ORIGINAL

Se escogió el modelo de escalamiento de personas: medidas de muchos reactivos. En este modelo se le pide al sujeto que dé una respuesta frente a un conjunto de reactivos. Uno de los objetivos de este modelo es clasificar a las personas en tantas categorías como sea posible, para encontrar la mayor diferenciación o discriminación entre ellas. De este modo se pretende obtener información relevante a los propósitos de la investigación con la máxima confiabilidad y validez.

Así mismo se consideró que los sujetos que respondieron tenían cierta información o actitudes sobre el tema, que fue el caso de los pacientes con dolor crónico de la Clínica del Dolor del INCMNSZ.

En la construcción de la escala de atribución del dolor, se realizaron los siguientes procedimientos:

1. Obtención de dimensiones del constructo *atribución*

Fueron entrevistados con un formato abierto 20 pacientes de la clínica del dolor con el fin de explorar las causas con las cuales explicaban su dolor. Las respuestas dadas por los pacientes en forma oral, fueron capturadas en una libreta.

Se obtuvieron los aspectos que ellos consideraban importantes, o causa de su dolor y las palabras que empleaban para expresar sus vivencias al respecto. Con la aportación de

estas entrevistas y con el material obtenido en la revisión de bibliografía especializada, emergieron las siguientes dimensiones:

Locus: es atribuir la causa del dolor a un estado interno o a fuerzas externas. Las causas internas pueden ser: estados de ánimo, actitudes, rasgos de personalidad, habilidades, salud, preferencias, deseos. Las atribuciones externas incluyen todas las causas externas a la persona: presión social, dinero, situación social, el tiempo, etc.

b) *Estabilidad:* se refiere a que tanto una causa es permanente o no y qué tanto su permanencia depende del mundo externo o de disposiciones internas de la persona. Externas estables: leyes, reglas; inestables: el clima, la suerte, vivir en tiempo de inseguridad, etc. Causas internas estables: sentido del humor, estado de ánimo, habilidades; internas inestables: motivación para realizar una tarea, esfuerzo para realizar algo, etc.

c) *Controlabilidad:* algunas causas se perciben como controlables, dominables, con posibilidad de direccionabilidad o se pueden percibir como fuera de control. Esto puede coexistir con cualquier combinación con el locus y con la estabilidad.

2. Elaboración de Reactivos

Se formularon 59 afirmaciones con base en las expresiones recabadas durante las entrevistas abiertas para cubrir las dimensiones propuestas y para completar la aseveración “yo tengo este dolor por...”

Este número se eligió con base en la recomendación psicométrica de elaborar un mínimo de 20 y un máximo de 80 reactivos para lograr un coeficiente de consistencia interna de 0.80.

En la redacción de los reactivos se observaron las siguientes indicaciones: (Reyes, 2001)

Usar palabras sencillas, conocidas por los respondientes potenciales

Hacer preguntas concisas, no mas de 20 palabras

Evitar cualquier pregunta o reactivo no relacionado con la variable

Evitar preguntas ambiguas que puedan ser interpretadas de diferentes maneras

Elaborar cada reactivo con una sola una idea

Emplear con cuidado o casi nunca palabras universales como “siempre”, “ninguno”, “nunca”, “casi”, “a veces” ya que significan diferentes cosas para diferentes personas

Evitar usar dobles negativos (producen ambigüedad)

No usar reactivos que sean contestados por todos o que no sean contestados por nadie

Las opciones de respuesta fueron tipo Likert: a) totalmente de acuerdo, b) de acuerdo, c) en desacuerdo, d) totalmente en desacuerdo. Se le otorgó el valor de 4 a la opción que representa mayor cantidad de atribución del dolor, se le dio un peso de 3 a la siguiente opción, un peso de 2 a la siguiente y a la última, que representa la menor presencia o ausencia de la atribución, se le asignó el peso de 1

Con los 59 reactivos se construyó el primer instrumento (véase apéndice 1)

3. Juicio de Expertos

Se invitó a un grupo de 10 médicos algólogos, especializados en el tema del dolor a fungir como jueces de los 59 reactivos. Se les pidió que respondieran de acuerdo con lo que pensarán o creyeran, con los siguientes objetivos:

Asegurar que el vocabulario y la sintaxis sean adecuadas

Asegurar la correcta comprensión de las instrucciones

Establecer una primera aproximación respecto al tiempo que se llevará la aplicación del instrumento

Determinar si se requiere entrenar de manera especial a los aplicadores

Detectar reactivos que son respondidos de la misma manera por todos o por nadie, para eliminarlos

Solicitar sugerencias y propuesta de otros reactivos

Afinar y corregir el instrumento

El análisis de las respuestas de los médicos condujo a la eliminación de 4 reactivos (13,14, 40 y 42) y a la corrección de la redacción. Este procedimiento dio lugar a la segunda versión del instrumento con 46 reactivos (véase apéndice 2)

4. Piloteo del instrumento

Se aplicó la segunda versión del instrumento a 20 pacientes de la clínica del dolor, lo cual permitió:

- a) Asegurar que el vocabulario y la sintaxis fueran adecuados
- Asegurar la correcta comprensión de las instrucciones
- Establecer una aproximación respecto al tiempo que llevaría la aplicación del instrumento (de 15 a 20 minutos)

5. Aplicación del instrumento

Con el propósito de validar el instrumento, la segunda versión fue aplicada a 230 sujetos que padecían dolor crónico. Este número de sujetos fue determinado con base en el criterio psicométrico que indica la aplicación a por lo menos 5 sujetos por reactivo (46 reactivos por 5 sujetos = 230). Se capacitó a dos psicólogas para la aplicación del instrumento en la Clínica del dolor del INCMNSZ.

6. Análisis de Reactivos

Para conformar la escala definitiva, se efectuó el análisis de las respuestas a la segunda versión del instrumento aplicado a los 230 sujetos. Se realizaron los siguientes procedimientos:

- a) Correlación reactivos-calificación total.** Se correlacionó cada reactivo con la calificación total, se obtuvieron coeficientes de correlación producto-momento-de Pearson. Todos los reactivos (excepto el 12: Mi enfermedad) tuvieron correlaciones significativas ($p \leq .05$). Los reactivos con $r \leq 0.50$ fueron eliminados (1,2,4,5,6,11,12,13,20,22,33 y 42) (Véase tabla 13).

Tabla 13
Ccorrelación de cada Reactivo
con la Calificación Total

<i>Reactivo</i>	<i>Correlación Pearson</i>	<i>Sig (2colas)</i>
1. El estrés acumulado	0.398**	.000
2.Mi mala alimentación	0.455**	.000
3.Ser hombre (mujer)	0.503**	.000
4.El tratamiento médico	0.319**	.000
5.Herencia de mis padres	0.361**	.000
6.Ser tan sensible	0.470**	.000
7.Dar al sufrimiento un gran valor	0.585**	.000
8.Estar todo el tiempo enojado (enojada)	0.628**	.000
9.Mi incapacidad para gozar el momento presente	0.545**	.000
10.Ser un castigo de Dios	0.566**	.000
11.Tanta medicina	0.342**	.000
12.Mi enfermedad	0.093**	.000
13.Mi edad	0.323**	.000
14.Tanto esfuerzo físico	0.542**	.000
15.La violencia que hay en mi familia	0.706**	.000
16.Ser más fácil para mi sufrir que gozar	0.543**	.000
17.Ser así mi destino	0.626**	.000
18.Ser mal padre (madre)	0.516**	.000
19.Haber sacado de mi vida el deseo de ser feliz	0.590**	.000
20.El maltrato que he sufrido desde niño (niña)	0.481**	.000
21.Mis nervios	0.502**	.000
22.Mis problemas económicos	0.491**	.000
23.La exposición a la contaminación ambiental	0.548**	.000
24.Estar mal en mi relación de pareja	0.602**	.000
26.Sentirme deprimido (deprimida)	0.674**	.000
28.Ser mal hermano (hermana)	0.540**	.000
29.Mi tendencia al autosacrificio	0.591**	.000
30.Sentir culpa cuando soy feliz	0.613**	.000
31.Tener tan mala suerte	0.600**	.000
32.El rencor que siento cuando me hacen mal	0.555**	.000
33.Cambiar tantas veces de médico	0.421**	.000
34.Mi falta de capacidad para enfrentar problemas	0.704**	.000
35.Mi tristeza de tantos años	0.686**	.000
36.Ser mal hijo (hija)	0.541**	.000
37.La desesperanza en mi vida	0.697**	.000
38.Darme por vencido (vencida)	0.666**	.000
39.Pensar siempre lo peor	0.613**	.000
40.La falta de apoyo familiar	0.655**	.000

<i>Reactivo</i>	<i>Correlación Pearson</i>	<i>Sig (2colas)</i>
41.El rechazo que he sufrido de los demás	0.646**	.000
42.Causas desconocidas por mí	0.361**	.000
43.Estar solo (sola) en la vida	0.609**	.000
44.Ser parte de mi historia de sufrimiento	0.694**	.000
45.Haber perdido mi espíritu de lucha	0.672**	.000
46.La presión de los demás sobre mí	0.660**	.000

Con los 46 reactivos restantes, se obtuvo un coeficiente de consistencia interna (alpha de Cronbach) de 0.946. Se encontró una alta cohesión entre los reactivos debido a que todos hablan de lo mismo, por lo tanto se decidió tomar como .500 el nivel de significancia. Cabe mencionar que todos los reactivos fueron positivos y tuvieron significancia (.300).

b) Comparación de grupos contrastados. Con el propósito de determinar si los reactivos seleccionados discriminaban entre los sujetos que obtuvieron calificaciones totales altas y los que obtuvieron calificaciones totales bajas, se tomó el 25% superior e inferior de los sujetos para formar los dos grupos de contrastación. El primero estuvo conformado por 57 sujetos y el segundo por 58. Se contrastaron con prueba t y se requirió que tuvieran igualdad de varianzas. Con este procedimiento se eliminaron los reactivos 21, 26 y 27 (véase tabla 14).

Tabla 14
Contrastación de Grupos Alto y Bajo

<i>Reactivo</i>	<i>Medias</i>	<i>Prueba de igualdad de varianzas</i>	<i>Prueba t de igualdad de medias</i>
3.Ser hombre (mujer)	Gpo. bajo=2.91 Gpo. alto=3.97	70.653***	1= -8.132*** 2= -8.066
7.Dar al sufrimiento un gran valor	Gpo. bajo=2.25 Gpo. alto =3.79	20.121***	1=-10.850*** 2=-10.811
8.Estar todo el tiempo enojado (enojada)	Gpo. bajo=2.63 Gpo. alto =3.90	71.057***	1=-10.131*** -10.061

<i>Reactivo</i>	<i>Medias</i>	<i>Prueba de igualdad de varianzas</i>	<i>Prueba t de igualdad de medias</i>
9.Mi incapacidad para gozar el momento presente	Gpo. bajo=2.56 Gpo. alto =3.91	63.615***	1=-10.431*** 2=-10.368
10.Ser un castigo de Dios	Gpo. bajo=2.93 Gpo. alto =3.98	86.200***	1=-7.833*** 2=-7.767
14.Tanto esfuerzo físico	Gpo. bajo=2.18 Gpo. alto =3.76	22.122***	1=-10.161*** 2=-10.122
15.La violencia que hay en mi familia	Gpo. bajo=2.53 Gpo. alto =3.98	156.591***	1=-10.976*** 2=-10.884
16.Ser más fácil para mi sufrir que gozar	Gpo. bajo=2.75 Gpo. alto =3.97	89.170***	1=-9.184*** 2=-9.115
17.Ser así mi destino	Gpo. bajo=2.58 Gpo. alto =3.97	115.951***	1=-10.217*** 2=-10.140
18.Ser mal padre (madre)	Gpo. bajo=3.18 Gpo. alto =3.94	31.363***	1=-6.384*** 2=-6.223
19.Haber sacado de mi vida el deseo de ser feliz	Gpo.bajo=2.84 Gpo.alto=3.95	42.044***	1=-8.708*** 2=-8.657
21.Mis nervios	Gpo.bajo=1.82 Gpo.alto =3.86	2.755	1=-8.608*** 1=-8.624
23.La exposición a la contaminación ambiental	Gpo.bajo=2.67 Gpo.alto =3.88	37.291***	1=-9.695*** 2=-9.650
24.Estar mal en mi relación de pareja	Gpo.bajo =2.70 Gpo.alto =4.00	115.620***	1=-9.136*** 2=-8.078
25.Ser tan débil físicamente	Gpo.bajo =2.33 Gpo. alto=3.79	21.168***	1=-10.907*** 2=-10.869
26.Sentirme deprimido (deprimida)	Gpo.bajo=1.86 Gpo.alto =3.79	8.124**	1=-14.421*** 2=-14.395
27.Descuidarme tanto	Gpo. bajo=2.02 Gpo. alto=3.66	.024	1=-10.179*** 2=-10.176
28.Ser mal hermano (hermana)	Gpo. bajo =3.14 Gpo. alto=4.00	127.980***	1=-8.470*** 2=-8.470
29.Mi tendencia al autosacrificio	Gpo. bajo =2.88 Gpo. alto= 3.98	80.636***	1=-9.381*** 2=-9.302
30.Sentir culpa cuando soy feliz	Gpo. bajo =3.12 Gpo. alto =4.00	70.951***	1=-9.425*** 2=-9.342
31.Tener tan mala suerte	Gpo. bajo =2.68 Gpo. alto =3.95	81.903***	1=-10.073*** 2=-10.001
32.El rencor que siento cuando me hacen mal	Gpo. bajo =2.54 Gpo. alto =3.93	68.845***	1=-10.219*** 2=-10.158
34.Mi falta de capacidad para enfrentar problemas	Gpo. bajo =2.25 Gpo. alto =4.00	104.691***	1=-17.523*** 2=-17.370
35.Mi tristeza de tantos años	Gpo. bajo= 2.28 Gpo. alto= 3.88	63.409***	1=-11.219*** 2=-11.357

<i>Reactivo</i>	<i>Medias</i>	<i>Prueba de igualdad de varianzas</i>	<i>Prueba t de igualdad de medias</i>
36.Ser mal hijo (hija)	Gpo. bajo =3.25 Gpo. alto =4.00	161.943***	1=-8.045*** 2=-7.975
37.La desesperanza en mi vida	Gpo. bajo =2.51 Gpo. alto =3.98	144.772***	1=-12.225*** 2=-12.122
38.Darme por vencido (vencida)	Gpo. bajo =2.61 Gpo. alto =3.95	79.761***	1=-10.315*** 2=-10.240
39.Pensar siempre lo peor	Gpo. bajo =2.70 Gpo. alto =3.98	94.754***	1=-10.825*** 2=-10.803
40.La falta de apoyo familiar	Gpo. bajo =2.68 Gpo. alto =4.00	147.286***	1=-10.572*** 2=-10.480
41.El rechazo que he sufrido de los demás	Gpo. bajo =2.84 Gpo. alto =3.98	68.367***	1=-8.967*** 2=-8.892
43.Estar solo (sola) en mi vida	Gpo. bajo =2.65 Gpo.alto =3.91	53.325***	1=-8.770*** 2=-8.721
44.Ser parte de mi historia de sufrimiento	Gpo. bajo =2.60 Gpo. alto =4.00	150.597***	1=-11.123*** 2=-11.026
45.Haber perdido mi espíritu de lucha	Gpo. bajo =2.67 Gpo. alto =4.00	145.834***	1=-10.278*** 2=-10.188
46.La presión de los demás sobre mí	Gpo. bajo =2.60 Gpo. alto =3.88	39.418***	1=-9.008*** 2=-8.968

***p=.001, ** p= .01, *p= .05

c) Análisis de frecuencias. Para asegurar la normalidad de cada uno de los reactivos, se analizó la distribución de frecuencias. Se eliminaron los reactivos que tuvieron 50% o más de las respuestas en una sola de las opciones: 10,18,28,30 y 36, con lo cual quedaron 27 reactivos. (Véase tabla 15)

Tabla 15
Porcentaje de Respuesta a Cada Opción

<i>Reactivo</i>	<i>Opción 1</i>	<i>Opción 2</i>	<i>Opción 3</i>	<i>Opción 4</i>	<i>Total</i>
3.Ser hombre(mujer)	4.3	7.8	29.6	58.3	100.0
7.Dar al sufrimiento un gran valor	8.7	18.7	33.0	39.6	100.0
8.Estar todo el tiempo enojado (enojada)	3.0	12.6	33.5	50.9	100.0
9.Mi incapacidad para gozar el momento presente	6.1	14.3	32.6	47.0	100.0

<i>Reactivo</i>	<i>Opción 1</i>	<i>Opción 2</i>	<i>Opción 3</i>	<i>Opción 4</i>	<i>Total</i>
10. Castigo de Dios	4.8	6.5	23.5	65.2	100.0
14.Tanto esfuerzo físico	17.0	19.1	26.1	37.8	100.0
15.La violencia que hay en mi familia	5.7	7.4	30.0	57.0	100.0
16.Ser más fácil para mí sufrir que gozar	3.9	9.6	27.8	58.7	100.0
17.Ser así mi destino	6.5	12.2	28.3	53.0	100.0
18.Ser mal padre	.5	6.1	28.3	65.2	100.0
19.Haber sacado de mi vida el deseo de ser feliz	3.9	9.1	27.4	59.6	100.0
23.La exposición a la contaminación ambiental	3.9	15.2	29.1	51.7	100.0
24.Estar mal en mi relación de pareja	5.3	8.5	28.2	58.0	100.0
25.Ser tan débil físicamente	7.0	20.9	30.4	41.7	100.0
28.Ser mal hermano (hermana)	0.9	6.6	29.2	63.3	100.0
29.Mi tendencia al autosacrificio	2.2	9.1	29.6	59.1	100.0
30. Sentir culpa cuando soy feliz	.4	4.3	33.9	61.3	100.0
31.Tener tan mala suerte	5.2	10.4	27.4	57.0	100.0
32.El rencor que siento cuando me hacen mal	7.8	10.9	30.0	59.3	100.0
34.Mi falta de capacidad para enfrentar problemas	5.7	19.1	27.4	47.8	100.0
35.Mi tristeza de tantos años	9.6	13.9	29.6	47.0	100.0
37.La desesperanza en mi vida	5.2	10.4	30.0	54.3	100.0
38.Darme por vencido (vencida)	4.3	7.4	30.4	57.8	100.0
38.Pensar siempre lo peor	4.8	9.6	31.7	53.9	100.0
40.La falta de apoyo familiar	3.9	10.0	28.3	57.8	100.0
41.El rechazo que he sufrido de los demás	4.3	5.2	31.7	58.7	100.0
43.Estar solo (sola)en la vida	5.2	6.5	30.4	57.8	100.0
44.Ser parte de mi historia de sufrimiento	6.1	8.3	29.6	56.1	100.0
45.Haber perdido mi espíritu de lucha	5.2	6.1	30.4	58.3	100.0
46.La presión de los demás sobre mí	5.2	8.7	29.6	56.5	100.0

7. Análisis Factorial

7.1 Validez

La validez de construcción del instrumento fue obtenida a través del análisis factorial. Se realizó un análisis de componentes principales sin iteración (PA1) en el que las variables incluidas en el análisis se consideran una muestra representativa del universo de

variables. El objetivo primordial de este análisis es extraer factores que sean consistentes internamente.

Se observaron las siguientes recomendaciones psicométricas (Reyes, 2001):

No emplear mas de 100 variables o reactivos

Tener una muestra cuya N sea por lo menos 5 veces el número de reactivos del instrumento inicial

Todos los reactivos sean de opción múltiple para garantizar la distribución normal de las respuestas

Se eligió el método de rotación varimax con base en el supuesto de independencia de los factores terminales y porque este método produce soluciones factoriales que maximizan la cantidad de varianza explicada.

De acuerdo con el planteamiento teórico, la solución rotada obtenida fue la óptima para explicar el fenómeno de estudio.

El análisis reportó 5 factores iniciales con valores eigen mayores de 1, los cuales explicaron el 60.53% de la varianza. Esto señala la posibilidad de reducir el número original de variables (26) a 5 (véase tabla 16).

Tabla 16
Factores Iniciales con Valores Eigen
mayores que 1

Factor	Valor Eigen	Varianza explicada	
		%	% acumulativo
1	10.503	40.395	40.395
2	1.607	6.181	46.575
3	1.434	5.515	52.090
4	1.172	4.508	56.599
5	1.024	3.939	60.537

Todos los reactivos tuvieron pesos factoriales mayores a .40, excepto el 29 (*Mi tendencia al autosacrificio*), por lo que fue eliminado.

Los reactivos 23 (*La exposición a la contaminación ambiental*) y 39 (*Pensar siempre lo peor*) integraron el factor 5, pero, aunque tuvieron cargas factoriales altas (.740 y .484), fueron eliminados porque una dimensión no puede ser conformada por sólo 2 reactivos (Reyes, 2001).

Los factores definidos de acuerdo con su contenido conceptual fueron:

- Maltrato-Desesperanza
- Autocastigo
- Percepción de incapacidad
- Victimización

En la tabla 17 se muestran las cargas factoriales de los reactivos que conforman la escala final y los factores a los que corresponden (véase tabla 17).

Tabla 17
Factores obtenidos en el Análisis Factorial
con Rotación Varimax

Reactivo	<i>Factor Maltrato- desesperanza</i>	<i>Factor Autocastigo</i>	<i>Factor Percepción de incapacidad</i>	<i>Factor Victimización</i>
40. La falta de apoyo familiar	.791	.243	-.001	.078
41. El rechazo que he sufrido de los demás	.769	.236	.185	.013
46. La presión de los demás sobre mí	.676	.234	.185	.307
38. Darme por vencido (vencida)	.646	.301	.167	.159
35. Mi tristeza de tantos años	.613	.123	.278	.192

<i>Reactivo</i>	<i>Factor Maltrato- desesperanza</i>	<i>Factor Autocastigo</i>	<i>Factor Percepción de incapacidad</i>	<i>Factor Victimización</i>
37. La desesperanza en mi vida	.606	-.059	.297	.362
45. Haber perdido mi espíritu de lucha	.480	.409	.118	.413
44. Ser parte de mi historia de sufrimiento	.460	.052	.331	.590
7. Dar al sufrimiento un gran valor	.265	.734	.121	.066
8. Estar todo el tiempo enojado (enojada)	.125	.610	.252	.136
24. Estar mal en mi relación de pareja	.241	.551	.135	.077
32. El rencor que siento cuando me hacen mal	.360	.513	.085	.178
14. Tanto esfuerzo físico	.152	.343	.638	-.057
25. Ser tan débil físicamente	.341	.080	.595	.001
3. Ser hombre (mujer)	.453	.158	.518	.170
16. Ser más fácil para mi sufrir que gozar	.098	.305	.512	.356
34. Mi falta de capacidad para resolver problemas	.371	.341	.416	.333
19. Haber sacado de mi vida el deseo de ser feliz	.113	.320	.080	.701
43. Estar solo (sola) en mi vida	.427	.282	-.028	.582
31. Tener tan mala suerte	.218	-.025	.394	.550
17. Ser así mi destino	.093	.102	.685	.420

A pesar de que la carga factorial del reactivo 44 (*Ser parte de mi historia de sufrimiento*) es mayor en el factor *Victimización*, se prefirió ubicarlo en el factor *Maltrato-desesperanza*, por razones de claridad conceptual.

Lo mismo ocurrió con el reactivo 17 (*Ser así mi destino*), cuya carga factorial es mayor en el factor *Percepción de incapacidad*, pero se colocó en el de *Victimización por las mismas razones*.

7.2 Confiabilidad

Se obtuvo una muy alta consistencia interna para la escala total y para el factor *Maltrato-desesperanza*, e índices buenos para el resto de los factores, explicables por el número de reactivos que los conforman (véase tabla 18).

Tabla 18
Índices de Confiabilidad
obtenidos para las Subescalas y la Escala Completa

<i>Subescala</i>	<i>Número de reactivos</i>	<i>Alpha de Cronbach</i>
Maltrato-desesperanza	9	.909
Autocastigo	5	.794
Percepción de incapacidad	5	.725
Victimización	4	.727
Escala total	23	.946

2.5.6 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO FINAL

Una vez realizados los procedimientos indicados:

Elaboración de reactivos originales

Juicio de expertos

Aplicación inicial

Análisis de reactivos –correlación reactivos-calificación total

Comparación de grupos contrastados

Análisis de frecuencias

Análisis factorial

La tercera versión de la Escala de Atribución del Dolor (apéndice 3), quedó conformada por 23 reactivos agrupados en 4 subescalas:

Maltrato-Desesperanza

Autocastigo

Percepción de incapacidad

Victimización (véase tabla 19).

Tabla 19
Reactivos por Subescala

<i>MALTRATO-DESESPERANZA</i>	<i>AUTOCASTIGO</i>	<i>PERCEPCIÓN DE INCAPACIDAD</i>	<i>VICTIMIZACION</i>
13.La violencia que hay en mi familia	2.Dar al sufrimiento un gran valor	1. Ser hombre (mujer)	17. Ser así mi destino
15. La falta de apoyo familiar	19. Estar todo el tiempo enojado(a)	20. Tanto esfuerzo físico	14. Haber sacado de mi vida el deseo de ser feliz
11.El rechazo que he sufrido de los demás	12.Mi incapacidad para gozar el momento presente	21. Ser más fácil para mi sufrir que gozar	22.Tener tan mala suerte
9.La presión de los demás sobre mí	23.Estar mal en mi relación de pareja	16. Ser tan débil físicamente	6.Estar solo (sola) en mi vida
3.Mi tristeza de tantos años	10. El rencor que siento cuando me hacen mal	4. Mi falta de capacidad para resolver problemas	
5. La desesperanza en mi vida			
18.Darme por vencido(vencida)			
8.Ser parte de mi historia de sufrimiento			

DESCRIPCIÓN TEÓRICA DE LAS SUBESCALAS

MALTRATO-DESESPERANZA:

Maltrato: Serie de actos y carencias que turban de forma severa al sujeto y atentan contra su integridad corporal, desarrollo físico, afectivo, intelectual y moral en cualquier etapa de su vida (Marchiri, 1995)

Desesperanza: Dejar de creer que algo bueno o conveniente que se desea ocurrirá realmente. Dejar de tener confianza, e ilusiones. No contar con nadie. Ya no esperar nada de nadie (Mouliner, 1997)

AUTOCASTIGO: Exigencia interna que, según Freud, se hallaría en el origen del comportamiento de ciertos sujetos en los que la investigación psicoanalítica pone de manifiesto que buscan situaciones penosas o humillantes y se complacen en ellas. Es el caso del masoquismo moral. Lo que hay de irreductible en tales comportamientos debería relacionarse en último análisis con la pulsión de muerte. (Laplanche y Pontalis, 1987)

PERCEPCIÓN DE INCAPACIDAD: Trastorno de la senso-percepción de tipo cualitativo en la que el sujeto tiene la completa seguridad de su falta de habilidades para enfrentarse a situaciones concretas. Es un autoconcepto derivado de situaciones de maltrato en las cuales los sujetos desde etapas tempranas han sido objeto de maltrato y han sido psicológicamente victimizados o abusados. No han gozado de respeto, confianza, generosidad y cuidado amoroso de sus progenitores (Lazarus, 2000)

VICTIMIZACIÓN: Tipo de agresión mediante la cual se impide y se obstaculiza injustamente la satisfacción de necesidades físicas, psicoafectivas o intelectuales por motivos de resentimiento o venganza consciente o inconsciente (Glaser, 1994)

CORRELACIONES ENTRE LAS SUBESCALAS

Las correlaciones entre las subescalas fueron muy altas: considerando que entre más se acerque una correlación a 1.00 que es la correlación perfecta, todas resultaron significativas, lo cual quiere decir que las personas tienden a puntuar similarmente en las cuatro subescalas (véase tabla 20)

Tabla 20
Correlaciones entre las Subescalas

<i>Subescalas</i>	<i>Subescala Autocastigo</i>	<i>Subescala Percepción de Incapacidad</i>	<i>Subescala Victimización</i>
Subescala Maltrato-Desesperanza	.758(**)	.719(**)	.738(**)
	.000	.000	.000
	100	100	100
Subescala Autocastigo	.	.651(**)	.705(**)
	.	.000	.000
		100	100
Subescala Percepción de Incapacidad	.	.	.743(**)
	.	.	.000
			100

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

2.5.7 PROCEDIMIENTO

Para la aplicación del Instrumento de Atribución del Dolor a los pacientes con dolor crónico, se capacitó a dos psicólogas. Se invitó de forma oral a los pacientes que asistían a la consulta externa a participar en el protocolo de investigación del servicio. Se observaba si cumplían con los criterios de inclusión y se procedía a explicar las instrucciones con el

objetivo de que entendieran claramente de lo que se trataba la escala y lo que se les pedía que contestaran. Con una tarjeta, se hizo una guía con la valoración (de 4 a 1), para facilitar su comprensión y que pudieran registrar su respuesta de modo más exacto.

Cuando terminaban de contestar los 23 reactivos, se revisaba que no hubiera ningún reactivo sin contestar, o que no hubiera 2 respuestas en una misma fila y se les preguntaba (señalando los reactivos contestados en las columnas "totalmente de acuerdo" o "de acuerdo"), "¿qué siente usted de que sea por esta causa que tiene dolor?". Si no había reactivos señalados en esas columnas, se les preguntaba si había otra causa que ellos pudieran señalar y que sentían al reconocer esa causa.. Se le invitaba a responder por escrito en la parte de atrás del cuestionario.

Algunos pacientes (la mayoría), se mostraron muy cooperativos (deseabilidad social), otros no quisieron escribir nada, se limitaban a contestar la parte frontal del cuestionario. Se registró en la parte de datos demográficos el Número de Expediente, para buscar el diagnóstico médico y el diagnóstico algológico, anotado por el médico algólogo después de la anamnesis.

Los datos se vaciaron en el programa SPSS-11 para realizar el análisis de reactivos. Inicialmente se efectuó un análisis descriptivo para obtener medias y desviación estándar para cada uno de los reactivos y para cada subescala de la Escala de Atribución del Dolor. Después se procedió a efectuar el análisis estadístico inferencial para probar las hipótesis propuestas.

En relación con el **diagnóstico médico**, inicialmente se clasificaron las entidades nosológicas y se obtuvieron los porcentajes correspondientes. A continuación se calcularon las medias que en cada subescala de atribución correspondieron a cada diagnóstico médico y se aplicó un análisis de varianza (ANOVA) para determinar si las diferencias entre los grupos eran estadísticamente significativas, en cuyo caso se efectuó una prueba de

contrastes de Scheffé a fin de conocer entre qué grupos se presentaban las diferencias. Para la variable **diagnóstico algológico**, se procedió de la misma manera.

Para probar la hipótesis relativa a diferencias por **sexo** en atribución, se aplicaron pruebas t para cada una de las subescalas. En cuanto a la variable **edad**, los sujetos se agruparon en intervalos de diez años, según su edad, y se aplicó un ANOVA con el propósito de probar diferencias en cada subescala. Para someter a prueba las hipótesis relativas al **estado civil**, se aplicaron también ANOVAS, lo mismo que para la **escolaridad** y la **religión**.

3 RESULTADOS

3.1 Análisis Descriptivo

En la tabla 16 se muestran los puntajes de desviación estándar y media obtenidos para cada uno de los 23 reactivos de la *Escala de atribución del dolor*. La media y la desviación estándar del reactivo 20, *Por tanto esfuerzo físico*, fueron los más altos (2.07 y 1.13, respectivamente), y los del reactivo 19, *Por estar todo el tiempo enojado*, los más bajos (1.42 y .62, respectivamente) (Véase tabla 21).

Tabla 21
Media y desviación estándar de los reactivos
de la escala de atribución del dolor

<i>Reactivo</i>	<i>Media</i>	Desviación estándar
1. Hombre-mujer	1.70	.948
2. Dar al sufrir gran valor	1.80	1.005

<i>Reactivo</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>
3. Tristeza de tantos años	1.65	.914
4. Incapacidad para resolver problemas	1.85	.936
5. Desesperanza en mi vida	1.68	.898
6. Estar solo en la vida	1.72	.954
7. Perder mi espíritu de lucha	1.66	.901
8. Mi historia de sufrimiento	1.58	.867
9. Presión de los demás	1.84	1.070
10. Rencor cuando me hacen mal	1.66	.945
11. Rechazo de los demás	1.63	.917
12. Incapacidad para gozar	1.65	.857
13. Violencia familiar	1.57	.807
14. Deseo de ser feliz	1.60	.865
15. Falta de apoyo familiar	1.49	.810
16. Ser débil físicamente	1.73	.993
17. Ser mi destino	1.71	.977
18. Darme por vencido	1.51	.859
19. Todo el tiempo enojado	1.42	.622
20. Tanto esfuerzo físico	2.07	1.139
21. Ser más fácil sufrir que gozar	1.51	.847
23. Tener mala suerte	1.48	.797
23. Estar mal en pareja	1.45	.710

Los resultados por subescala se presentan en la tabla 21. La media mas alta correspondió a *Percepción de incapacidad* (1.77), así como la mayor dispersión (.63) (Véase tabla 22).

Tabla 22
Valores obtenidos para las subescalas
y de la escala total de atribución del dolor

<i>Subescala</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Maltrato- Desesperanza	1.62	0.56	1.00	3.33
Autocastigo	1.60	0.57	1.00	3.00
Percepción de Incapacidad	1.77	0.63	1.00	4.00
Victimización	1.62	0.58	1.00	3.25
<i>Escala total</i>	1.65	0.52	1.00	3.22

3.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS O ANÁLISIS INFERENCIAL

3.2.1 Diagnóstico Médico

Con respecto al diagnóstico médico, las entidades nosológicas fueron clasificadas según se muestra en la tabla 22. Los padecimientos osteo-degenerativos resultaron los de mayor frecuencia en el grupo estudiado (Véase tabla 23).

Tabla 23
Clasificación de Diagnóstico Médico
y Porcentaje de los Sujetos Afectados

<i>Diagnóstico médico general</i>	<i>Diagnóstico médico específico</i>	<i>Porcentaje de sujetos</i>
Cáncer	Cáncer de cerebro, de colon, hepático, de mama, de páncreas, de próstata, de pulmón, lupus heritematoso	9.0
Diabetes Mellitus I y II	Neuropatía diabética	23.0
Padecimientos osteo-degenerativos	Artritis reumatoide, artralgia, bursitis, canal estrecho, fractura ósea, osteoartritis radiculopatía y lumbalgia	39.0
Fibromialgia	Fibromialgia, fatiga crónica, cefalea y síndrome de dolor crónico .	18.0
Herpes	Neuropatía postherpética	11.0
<i>Total</i>		100.0

3.2.2 Diagnóstico médico en relación con las Subescalas

En cuanto a los valores obtenidos para el Diagnóstico Médico en relación con las subescalas, se presentan en la tabla 24. Aparecen diferencias significativas entre Cáncer y Diabetes Mellitus para la Subescala Autocastigo y la Subescala Percepción de Incapacidad respectivamente.

Tabla 24
Valores obtenidos para el diagnóstico médico
en relación con las subescalas

<i>Diagnóstico médico</i>	Cáncer	Diabetes Mellitus I y II	Padecimientos osteo-degenerativos	Fibromialgia	Herpes	<i>Total</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Subescala Maltrato-Desesperanza	1.35	1.78	1.55	1.69	1.63	1.62	1.308	.273
Subescala Autocastigo	1.48	1.76	1.48	1.68	1.68	1.60	1.144	.341
Subescala Percepción de Incapacidad	1.26	2.03	1.74	1.77	1.72	1.77	2.654	.038
Subescala Victimización	1.27	1.82	1.59	1.69	1.50	1.62	1.788	.138

3.2.3. Diagnóstico Algológico

Con respecto al diagnóstico algológico, se encontró que el tipo de dolor neuropático, es el de mayor presencia (véase tabla 25).

Tabla 25
Tipo de diagnóstico algológico
y porcentaje de sujetos que lo padecen

<i>Diagnóstico algológico</i>	<i>Porcentaje de sujetos</i>
Somático	19.0
Viseral	4.0
Mixto	24.0
Neuropático	53.0
<i>Total</i>	100.0

3.2.4. Diagnóstico Algológico en relación con las Subescalas

Los valores encontrados en el Diagnóstico algológico y su relación con las Subescalas, se muestran en la tabla 26. No se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre el diagnóstico algológico y la atribución causal del dolor.

Tabla 26
Valores encontrados en el diagnóstico algológico y su relación con las subescalas

<i>Diagnóstico algológico</i>	<i>Somático</i>	<i>Visceral</i>	<i>Mixto</i>	<i>Neuropático</i>	<i>Total</i>	<i>F</i>	<i>Nivel de Significancia</i>
Subescala Maltrato-Desesperanza	1.5497	1.3056	1.6806	1.6478	1.6233	.654	.582
Subescala Autocastigo	1.6053	1.3000	1.6625	1.6066	.456	.456	.714
Subescala Percepción de Incapacidad	1.0500	1.0500	1.7500	1.8491	2.119	2.119	.103
Subescala Victimización	1.6053	1.1250	1.6458	1.6651	1.108	1.108	.350

3.2.5. Sexo-Atribución del dolor

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en ninguna de las subescalas de atribución. Sin embargo, pueden observarse las siguientes tendencias: los hombres obtuvieron puntajes más altos que las mujeres en

autocastigo y en victimización, y las mujeres en percepción de incapacidad. Hombres y mujeres puntuaron igual en maltrato-desesperanza (Véase tabla 27)

Tabla 27
Diferencias por sexo

<i>Subescala</i>	<i>Sexo</i>	<i>Media</i>	<i>t</i>
Maltrato- Desesperanza	Hombres	1.6184	-.049 ns
	Mujeres	1.6248	
Subescala Autocastigo	Hombres	1.6761	.656 ns
	Mujeres	1.5870	
Percepción de Incapacidad	Hombres	1.7130	-.510 ns
	Mujeres	1.7896	
Victimización	Hombres	1.7609	1.268 ns
	Mujeres	1.5877	

ns: diferencia no significativa

3.2.6. Edad-Atribución del dolor

Se observa una curva de U invertida en la atribución con relación a la edad: las personas jóvenes y las de más edad, obtuvieron puntajes menores y la cúspide se encontró en los pacientes de 51 a 59 años (Véase tabla 28).

Tabla 28
Diferencias por Edad

<i>Subescala</i>	<i>Intervalo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Media</i>	<i>F</i>	<i>Sig</i>
Maltrato- Desesperanza	21-29	6	1.5926	.849	.518
	31-39	13	1.4444		
	41-49	15	1.6222		
	51-59	18	1.7840		
	61-69	29	1.6935		
	71-79	19	1.4971		
	Total	100	1.6233		
<i>Subescalas</i>	<i>Intervalo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Media</i>	<i>F</i>	<i>Sig</i>
Autocastigo	21-29	6	1.3333	.569	.723
	31-39	13	1.5115		
	41-49	15	1.5967		
	51-59	18	1.7389		
	61-69	29	1.6483		
	71-79	19	1.5816		
	Total	100	1.6075		
<i>Subescalas</i>	<i>Intervalo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Media</i>	<i>F</i>	<i>Sig</i>
Percepción de Incapacidad	21-29	6	1.7000	1.220	.306
	31-39	13	1.5538		
	41-49	15	1.6667		
	51-59	18	2.0444		
	61-69	29	1.8276		
	71-79	19	1.6842		
	Total	100	1.7720		
<i>Subescalas</i>	<i>Intervalo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Media</i>	<i>F</i>	<i>Sig</i>
Victimización	21-29	6	1.4167	.784	.564
	31-39	13	1.5385		
	41-49	15	1.5667		
	51-59	18	1.8472		
	61-69	29	1.6293		
	71-79	19	1.5921		
	Total	100	1.6275		

3.2.7 Estado Civil-Atribución del Dolor

En cuanto al estado civil, se reagruparon en forma distinta y no surgieron diferencias. Sin embargo, pueden observarse algunas tendencias: en la mayoría de las escalas, los viudos/divorciados/separados sacan puntajes más bajos que los solteros y casados/unión libre (Véase tabla 29).

Tabla 29
Diferencias por Estado Civil

<i>Subescala</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Media</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Subescala Maltrato-Desesperanza	Soltero	25	1.6089	.507	.604
	Casado / en unión libre	53	1.6730		
	Viudo/divorciado/separado	21	1.5291		
	Total	99	1.6263		
Subescala Autocastigo	Soltero	25	1.5240	.436	.648
	Casado / en unión libre	53	1.6538		
	Viudo/divorciado/separado	21	1.6000		
	Total	99	1.6096		
Subescala Percepción de Incapacidad	Soltero	25	1.8800	.607	.547
	Casado / en unión libre	53	1.7623		
	Viudo/divorciado/separado	21	1.6762		
	Total	99	1.7737		
Subescala Victimización	Soltero	25	1.7100	.347	.708
	Casado / en unión libre	53	1.6226		
	Viudo/divorciado/separado	21	1.5714		
	Total	99	1.6338		

3.2.8. Escolaridad-Atribución del Dolor

Se encontraron diferencias significativas entre los diferentes niveles de escolaridad en la subescala de percepción de incapacidad. Se encuentra una tendencia elevada en todas las subescalas entre las personas que estudiaron solo secundaria. Después de secundaria, se observa que, a mayor escolaridad, menor atribución del dolor a aspectos negativos. (Véase tabla 30)

Tabla 30
Diferencias por escolaridad

<i>Subescalas</i>	<i>Nivel Escolaridad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Media</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Subescala Maltrato- Desesperanza	Primaria	38	1.6579	1.608	.179
	Secundaria	11	1.9192		
	Técnica	13	1.5043		
	Bachillerato	15	1.6889		
	Lic.y Posgrado	23	1.4493		
	Total	100	1.6233		
Subescala Autocastigo	Primaria	38	1.5974	1.446	.225
	Secundaria	11	1.9682		
	Técnica	13	1.5846		
	Bachillerato	15	1.5900		
	Lic.y Posgrado	23	1.4761		
	Total	100	1.6075		
Subescala Percepción de Incapacidad	Primaria	38	1.8632	2.461	2.461
	Secundaria	11	2.0000		
	Técnica	13	1.7846		
	Bachillerato	15	1.8800		
	Lic.y Posgrado	23	1.4348		
	Total	100	1.7720		

<i>Subescalas</i>	<i>Nivel Escolaridad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Media</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Subescala Victimización	Primaria	38	1.7237	1.633	.172
	Secundaria	11	1.8409		
	Técnica	13	1.6538		
	Bachillerato	15	1.5500		
	Lic.y Posgrado	23	1.4022		
	Total	100	1.6275		

3.2.9 Religión-Atribución del Dolor

Las diferencias que se encontraron en religión, muestra que los católicos, a diferencia de los no católicos, tienden a percibirse maltratados y desesperanzados, con una percepción de incapacidad y como víctimas (Véase tabla 31).

Tabla 31
Diferencias por religión

<i>Subescalas</i>	<i>Religión recodificada</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Media</i>	<i>t</i>	<i>Sig. (2- tailed)</i>
Subescala Maltrato- Desesperanza	Católica	89	1.6567	2.970	.007
	Otras	11	1.3535		
Subescala Autocastigo	Católica	89	1.6360	1.451	.171
	Otras	11	1.3773		
Subescala Percepción de Incapacidad	Católica	89	1.8135	2.683	.016
	Otras	11	1.4364		
Subescala Victimización	Católica	89	1.6573	2.088	.052
	Otras	11	1.3864		

4. Discusión y Conclusiones

Como marco de referencia para el estudio del dolor en general, se encontró una gran variedad de trabajos en el campo de la filosofía, de la religión, de la psicología, de la literatura y del arte, en especial en el área de la pintura y de la escultura. Sin embargo, no se encontraron trabajos empíricos que relacionen directamente el dolor crónico con sus atribuciones causales. El reto consistió entonces en buscar una estrategia que permitiera acceder al punto de vista de los directamente implicados es decir, los pacientes con dolor crónico, quienes podrían aportar un cúmulo de información que llevarían a una mayor comprensión del fenómeno. Acercarse al hecho psicológico: cómo se piensa y cómo se significa el dolor crónico.

Se planteó entonces la posibilidad de hacer un estudio sobre las atribuciones causales y su relación con el dolor crónico, ya que cómo afirma Lewin, (1936), los hechos psicológicos existen en un tiempo determinado dentro del espacio simbólico, lugar que propicia el surgimiento de ideas y de atribuciones. De acuerdo con la teoría de la atribución, el sujeto utiliza el sentido común como forma de interpretar su entorno. De acuerdo con Heider (1958), se tiende a atribuir las acciones a causas estables y permanentes, se buscan explicaciones en términos de cuestiones personales como actitudes, necesidades, creencias y estructuras personales o del medio ambiente. Las atribuciones de los efectos pueden otorgarse al objeto, a la persona o a la situación dependiendo de los factores propios del sujeto, de las propiedades del objeto y de las condiciones mediadoras (Hewstone,1992).

La Teoría de la Atribución constituye una aproximación conceptual para estudiar las causas del dolor crónico. Se consideró al paciente con dolor crónico como un agente activo de su realidad. El proceso de encontrar una explicación de la causa es complejo, se intentó un acercamiento, conocer lo que el individuo refiere en relación a sus estados internos para dar una explicación y un sentido a su padecer en relación con su entorno y así encontrar la presentación más adecuada para su realidad. Es decir, las atribuciones causales contribuyen al estudio de la construcción de significados sociales en su interacción con su cuerpo, con su mente y con su mundo externo. Para Ibáñez, se va construyendo la concepción de la realidad a través del medio cultural en el cual se vive, el sitio que se tiene en la estructura social y las experiencias que se tienen en la vida cotidiana (Ibáñez 1994).

Se va a utilizar el lenguaje psicoanalítico para hacer la interpretación de los resultados del presente estudio ya que permite realizar articulaciones entre el dolor crónico y las atribuciones hechas por los pacientes. A través de este discurso, se pretende incrementar la comprensión del síntoma como una manifestación de diversos significantes. No se trata de dar respuestas, sino presentar observaciones derivadas del análisis estadístico, susceptibles de interpretación para mantener abierto un diálogo que facilite nuevas líneas y métodos de investigación. El paciente con dolor crónico, muestra desórdenes emocionales asociados a trastornos somatoformes, afectivos, de personalidad y dependencia del alcohol (Fordyce 1999). La observación de este tipo de trastornos en el trabajo clínico con los pacientes estudiados y los reportes documentados, llevó a la idea inicial de realizar el estudio de las atribuciones del dolor y su relación con los trastornos de personalidad.

Se presentó el primer obstáculo al realizar la valoración con un instrumento válido y confiable. Debido a que en la Institución Hospitalaria donde se realizó la investigación, sólo se permite al psiquiatra aplicar el DSMIV-R. Esta limitación en realidad se tornó un beneficio, ya que el DSM-IV R de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos de América se ha convertido en una clasificación cerrada; esta afirmación se avala si se toma en consideración los Trastornos de la personalidad (283), aquello que rebasa su categorización lo encuadra en un Trastorno de personalidad no especificado (301.9). De tal modo que el obstáculo presentado, derivó en una invitación a la creatividad: se decidió construir una Escala de atribución causal del dolor y de este modo cubrir un espectro amplio de observaciones. Es así como se incluyen las variables diagnóstico médico y psicológico, y las demográficas: edad, sexo, estado civil, nivel educativo y religión. Se dejó afuera la variable nivel socioeconómico por la dificultad que implica valorarla.

Al hacer la pregunta inicial al paciente con dolor crónico: ¿A qué atribuye usted su dolor?, se observó que la mayoría de ellos estaban con una disposición adecuada para responder y que su discurso rebasaba la pregunta inicial. Ese discurso estaba matizado con datos de su historia de vida, anecdóticos y con otro tipo de preguntas que ellos mismos se hacían. Esas preguntas incluían preocupaciones en relación con su familia o con su trabajo. De tal modo que parecía que lo que “más les dolía” era perder el trabajo, o no poder hacer las cosas que antes hacían, o los cambios que se habían generado en su dinámica familiar en donde su discapacidad les impedía convivir con sus seres cercanos, salir de vacaciones, etc.

En el momento de aplicar el instrumento y pedir que lo contestaran siguiendo las instrucciones, algunos pacientes preguntaban cuál era el objetivo de lo que se les pedía, se les explicaba que formarían parte de un protocolo de investigación sobre el dolor crónico y que se les darían los resultados al final; otros afirmaron que no le veían el caso contestar. Dos cuestionarios se anularon porque respondieron todos los reactivos en una sola opción. Este evento permite inferir que algunos pacientes tienen más necesidad de ser escuchados que de contestar un instrumento. Sin embargo, de los sujetos que conformaron la muestra, la mayoría mostraron una correcta disposición y participación, probablemente debido a la deseabilidad social. Unos pocos comentaron: "...qué bien que se hagan este tipo de estudios, porque nos ponen a pensar".

Al construir la escala de atribución del dolor, se pudo observar una gran consistencia en todos los reactivos, resultado que llamó la atención. Al hacer la matriz de componentes, todos los reactivos quedaron agrupados en una columna con excepción de la atribución referida a la herencia, a la enfermedad, al tratamiento médico, a problemas económicos.. Se tuvo que realizar un rotación tipo Varimax, para que los reactivos se reagruparan de modo diferente, sin embargo hay que tomar en cuenta que los reactivos desde el inicio quedaron agrupados en un solo factor para consideraciones posteriores.

En relación a la media y desviación estándar de los reactivos de la escala de atribución del dolor, llama la atención que el reactivo "*por tanto esfuerzo físico*" (tabla 16), haya sido el más alto (2.07 y 1.13). Al hacer la entrevista abierta, pacientes femeninas se quejaban de haber hecho "trabajos pesados" desde que eran niñas. Trabajos que consistían en cargar cosas pesadas; también recordaban regaños, insultos y golpes. No encontraban

relación entre lo que debían hacer y su corta edad. En el campo atributivo, Weiner (1986) comenta que puede producirse una sensación de enojo en una persona que le pasó algo negativo, producido por alguien más que pudo haberlo evitado. Sin embargo el reactivo Por estar todo el tiempo enojado, fue el reactivo que obtuvo la media y la desviación estándar más baja (1.42-.622). Haciendo un ejercicio de hermenéutica, se podría interpretar a través de su discurso un maltrato físico y psicológico. Freud habla del masoquismo como actividad en la cual la satisfacción va ligada al sufrimiento o a la humillación experimentados por el sujeto. Reconoce elementos masoquistas en numerosos comportamientos sexuales pero lo extiende a lo que denomina “masoquismo moral”, en el cual el sujeto, debido a un sentimiento de culpabilidad inconsciente, busca la posición de víctima (Laplanche, 1987). Actualmente se han hecho estudios en donde este tipo de maltrato recibe el nombre de “acoso moral”: Irigoyen (1999), se refiere a las faltas de respeto, manipulación o mentiras como pequeños actos perversos y afirma que estos actos son tan cotidianos que parecen normales. Para quien lo sufre en silencio, estos actos se encuentran insostenibles, pero al no tener la seguridad de que serán comprendidas, las víctimas callan, con graves consecuencias para su salud psicológica. Tal vez los sujetos repriman su sentimiento de enojo y asumir el papel de víctimas sea una respuesta más adaptativa.

Se encontró que la media más alta y la mayor dispersión en los valores obtenidos para las subescalas y la escala total de atribución del dolor fue para la subescala: *Percepción de Incapacidad*. Fishbain (1996), refiere que cuando se escucha a los pacientes, ellos describen un dolor como crónico cuando es tan intolerable y tan frecuente como para interferir en su cotidianeidad. Muestran padecer dolor crónico a través de tres aspectos:

conductas de dolor, funcionamiento alterado y percepción de incapacidad. Dentro de las dimensiones de la atribución casual, la percepción de incapacidad corresponde a un locus interno, se percibe una actitud negativa y una falta de habilidad para enfrentarse a los problemas. Esta tendencia en el individuo puede considerarse interna estable. De acuerdo con Rotter (1966), propone una tipología en la cual los “sujetos internos” creen que los eventos son una consecuencia de sus acciones y por lo tanto los perciben bajo su control. Al mismo tiempo, según el modelo de Weiner (1986), atribuciones internas para eventos negativos que se perciben como controlables, general culpa.

Los padecimientos osteo-generativos resultaron los de mayor frecuencia en el grupo estudiado. En esta entidad nosológica, el síntoma principal es el dolor; también se presenta deformidad, rigidez y limitación en el movimiento. Su principal temor es padecer una enfermedad progresiva y discapacitante.(Del Pino, 1977). La subescala *Percepción de Incapacidad*, en relación con las demás subescalas, obtuvo el valor más alto (1.74) (en relación de esta enfermedad con las otras subescalas, no con las enfermedades estudiadas). Existe una relación entre los temores encontrados en la bibliografía y la respuesta que dieron en el instrumento. La enfermedad, considerada como algo externo, según Rotter (1966), serían eventos que están determinados por factores más allá de su propio control personal. Para Weiner, el trastorno depresivo sería la respuesta a la creencia de que la causa de la enfermedad no se puede controlar.

En el modelo de Wallston(1994), los sujetos que puntúan alto en la dimensión interna, consideran que su salud está en gran parte bajo su control y los que consideran que su salud es relativamente independiente de su conducta, que no pueden hacer nada. Este

modelo se podría aplicar a sujetos sanos, para generar una conducta preventiva hacia la salud. Los sujetos de la muestra ya están enfermos.

Dentro de los valores obtenidos para el diagnóstico médico en relación con las subescalas, aparecen diferencias significativas entre Cáncer y la subescala de Autocastigo (1.48), así como entre la Diabetes Mellitus y la subescala Percepción de Incapacidad (2.03).

Haciendo una lectura desde el significado del dolor y de la enfermedad, se puede citar en primer lugar a Sontag (1996), quien considera que la enfermedad es el lado nocturno de la vida, el estar en el “reino de los enfermos”, genera fantasías punitivas sobre ese estado. En relación al cáncer existen algunas metáforas siniestras. El cáncer es la enfermedad que entra a la vida de las personas sin llamar, es vivida como una invasión despiadada y secreta. Esta sensación durará hasta que se aclare su etiología y su tratamiento sea tan eficaz como para la varicela o la lepra, enfermedades mortales en su momento histórico.

Si se recuerda lo que afirma Freud (1924), respecto al masoquismo moral, se puede inferir que estos pacientes pueden manejar una *culpa* inconsciente que los lleva a interpretar su enfermedad como una forma concreta de *autocastigo*. El término culpa es una acepción muy amplia en psicoanálisis. Puede designar un estado afectivo (remordimiento, autorreproche) consecutivo a un acto que el sujeto considera reprensible. O un sentimiento difuso de indignidad personal sin relación con un acto preciso. El sentimiento de culpabilidad se postula en psicoanálisis como un sistema de motivaciones inconscientes que explican comportamientos de fracaso, conductas delictivas y sufrimientos que se

autoinflinge el sujeto (Laplanche, 1987). Esta afección se caracteriza principalmente por autoacusaciones, autodesprecio y tendencia al autocastigo, que puede conducir al suicidio.

La necesidad de castigo estaría relacionada directamente con el masoquismo moral. Freud menciona la existencia de fenómenos que implican autocastigo: sueños de castigo, síntomas de trastornos obsesivo compulsivos (TOC), en donde el autorreproche se presenta con mayor frecuencia. En la melancolía se pone de relieve la violencia de una compulsión al autocastigo que puede llegar al suicidio.

Aparecen conceptos ambiguos, por un lado, al considerar el cáncer como una enfermedad que entra sin llamar y es vivida como una invasión despiadada, según Sontag, se puede considerar la dimensión de causa externa, estable y fuera de control. Por otro lado, al puntuar alto en la subescala de autocastigo, implica la noción de culpa que pudiera incluir un aspecto melancólico.

Freud (1924), llamó reacción terapéutica negativa a la impresión que tiene el analista “...de una fuerza que se defiende por todos los medios contra la curación y que no quiere en absoluto desprenderse de la enfermedad y del sufrimiento”. Si se realiza una observación del nombre de las subescalas, que emergió básicamente del contenido de los reactivos agrupados: *Maltrato-Desesperanza*, *Autocastigo*, *Percepción de Incapacidad* y *Victimización* se encuentra una relación con los conceptos psicoanalíticos: Necesidad de castigo, sentimiento de culpabilidad, reacción terapéutica negativa, superyó, que es una de las instancias de la personalidad, descrita por Freud (1923) en su segunda teoría del aparato psíquico. Su función es la de un juez con respecto al yo. Considera la conciencia moral, la

autoobservación y la formación de ideales como sus funciones y con la neurosis de fracaso. El término Neurosis de Fracaso es introducido por Laforgue, designa una estructura psicológica de una gama de individuos que parecen ser los artífices de su propia desgracia. Laforgue ha consagrado numerosos trabajos a estudiar la función del superyó, los mecanismos de autocastigo y la psicopatología del fracaso (Laplanche, 1987).

Respecto a los valores encontrados en el Diagnóstico Algológico y su relación con las Subescalas, se encontró que el dolor neuropático es el que se presenta con mayor frecuencia (53%). Al relacionarlos con las subescalas, la Percepción de Incapacidad tuvo la mayor puntuación (1.8), aunque no es estadísticamente significativo, presenta una tendencia que podría relacionarse con la dificultad para tratar y curar este tipo de dolor. Se considera la variable con mayor connotación biológica.

En cuanto a la distribución de respuestas en la variable sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Se observaron tendencias de los hombres hacia el Autocastigo y Victimización y en las mujeres hacia la Percepción de Incapacidad. Ambos puntuaron igual en Maltrato-Desesperanza

Saal (1982), en un trabajo sobre el lenguaje en la obra de Freud, retoma el caso de Ano O. (Berta Pappenheim), una paciente histérica con una florida y variada sintomatología. Era uno de esos cuadros conocidos y bien descritos por la medicina de la época. Ante ellos se generaban distintas actitudes: algunos médicos mostraban desprecio por este tipo de pacientes, tal vez ante su impotencia, los acusaban de simulación. El punto

inaugural en el nuevo saber es que se orienta la atención hacia la paciente: se le escucha. Se va descubriendo que el síntoma aparece en lugar de lo no dicho. La palabra muestra una relación con el síntoma histérico aún cuando la paciente ignore la relación entre su discurso y las manifestaciones de su cuerpo.

Es en el caso de Elizabeth von R., de quien Freud refiere que su simbolización no estaba bien desarrollada, lo sorprende una relación entre un dicho y su síntoma: el “no puedo dar un paso más” y el efecto de parálisis de la astasia-abasia. Al respecto, escribe: “Ya elucidé en el historial clínico cómo la astasia-abasia de nuestra paciente se edificó sobre esos dolores una vez que *a la conversión se le abrió un camino determinado*. Pero allí sustenté también la tesis de que la enferma creó o acrecentó la perturbación funcional *por vía de simbolización*, vale decir, halló en la astasia-abasia una expresión somática de su falta de autonomía, de su impotencia para cambiar en algo las circunstancias; y de los giros lingüísticos “no avanzar un paso”, “no tener apoyo”, etc., constituyeron los puentes para ese nuevo acto de conversión” (Freud: 188).

Thomas cuando escribe: "el lenguaje es el fundamento de la reproducción del sexismo; es un aparato de construcción y de representación de la realidad y por consiguiente de la acción sobre ella por medio de elaboraciones simbólicas. A través de él internalizamos ideas, imágenes, modelos sociales y concepciones de lo femenino y de lo masculino, entre otras. En este sentido no habrá ni devenir femenino, ni nuevos sujetos, si dejamos el trabajo sobre lo simbólico y sobre el lenguaje, todo ese sistema de representaciones del mundo que conforman los pilares de nuestras identidades.

En la variable Religión, fueron los católicos (86%) quienes puntuaron significativamente alto en todas las subescalas. Tienden a sentirse maltratados y desesperanzados y con una percepción de incapacidad y victimización. Para estructurar la discusión en este punto, será necesario hacer una referencia a datos del Marco Teórico:

En Mesoamérica los chamanes absorbieron la función directiva y el poder. Sus conocimientos les ayudaron a comprender y prever los fenómenos naturales y se convirtieron en guía de la comunidad. Por otro lado, el Cristianismo como religión más evolucionada, va a presentar significados más abstractos y más simbólicos: encuentra en el dolor un camino para la santificación y para la redención.

En otro campo de las ciencias del hombre, la filosofía presenta con Descartes modelos simples, directos y causales. Mas adelante aparecen Pascal, Epicuro y Bataille, entre otros, quienes presentan modelos más complejos que implican la interpretación, el lenguaje y la búsqueda del significado a través del proceso de pensamiento.

En un intento de explicar el dolor, la medicina, pasó del modelo directo biologicista-mecanicista de las teorías iniciales en donde se estudia la causa y el efecto del dolor aislado de la percepción e interpretación de éste, hasta llegar a la Teoría de la Compuerta de Melzack-Wall en la cual se integran mecanismos fisiológicos y psicológicos, haciendo hincapié en cómo estos últimos pueden afectar la experiencia del dolor.

En Psicología, ciencia que se origina en el ámbito de la fisiología experimental tiene como exponentes principales a Wundt y Titchener, quienes en sus trabajos sobre el dolor

manifiestan que la causalidad física es diferente de la psíquica y que la palabra causa puede aplicarse a los sucesos mentales, hasta llegar a Kleiman quien indaga lo que la enfermedad y el dolor significan para sus pacientes.

Como se puede observar son varias las cosas que se pueden revisar en la historia con el paso del tiempo. Los cambios son graduales y sin embargo se pueden ver movimientos hacia el crecimiento en una forma elíptica como refiere Pichón Riviére. Quizá la significancia encontrada en el grupo de católicos en las cuatro subescalas, indique que el Cristianismo, tanto a nivel institucional como individual, esté en un momento adecuado para resignificar el dolor y ofrecer nuevas alternativas de interpretación que vayan más de acuerdo con las necesidades del Sujeto del Siglo XXI, quizá esto explique, en parte, por qué del total de católicos en la muestra (86%) el 46% no practica su religión

Para relacionar los hallazgos de esta investigación con otro nivel de comprensión se propone realizar investigaciones de corte cualitativo que permitan dar protagonismo al lenguaje, al discurso del sujeto afectado por dolor crónico. Se ve clara la necesidad de continuar con una línea de investigación en relación al discurso del paciente. Qué pasa cuando el paciente se hace conciente del tipo de atribuciones de su dolor y relacionar este material con la adherencia terapéutica con sus actitudes, su estilo de percepción y su forma de interpretar su realidad.

Se sabe que en las expresiones comportamentales, dentro de la respuesta sexual del ser humano hay en muchas ocasiones una relación importante entre el dolor y el placer; desde esta premisa se plantea la pregunta de si existirá alguna relación entre el dolor

crónico y trastornos afectivos de los pacientes. Habrá alguna relación entre el dolor crónico y el gozo que obtienen los pacientes de ser atendidos por sus familiares?

También se considera como una línea importante de investigación la relación entre la percepción de incapacidad, el maltrato-deseesperanza, la victimización y autocastigo y la práctica de la religión católica, ya que este grupo de personas puntúo muy alto en las cuatro subescalas. Tal vez la idea que se tenía del sufrimiento en la edad media se ha modificado y el sujeto del siglo XXI, da otros significados al dolor y al sufrimiento.

Sería pertinente realizar una investigaciones relacionando los resultados respecto al sexo en donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con otros estudios de género. Llama la atención que los hombres obtuvieron puntajes más altos en autocastigo y victimización y que las mujeres obtuvieron puntajes más altos en percepción de incapacidad, así como que hombres y mujeres puntuaron igual en maltrato-deseesperanza.

BIBLIOGRAFIA

- Alloy LB., Abramson LY, Dykham BM.,(1990). Depressive realtyies and nondepressive optimistic illusions: the role of the self. En Ingram RE *Contemporary psychological approaches to depression:Treatment, research and theory*. New York: Plenum Press
- Aronoff,G.,(1986). *Evaluation & Treatment of chronic pain*. Baltimore, Urban & Schwarzenberg
- Aronoff,G. (1977). Follow-up of patients treated with nerve blocks after low back pain. *Anesthesiology*;46: 170-178
- Bakal, D., (1979). En Sarafino, E. (2002). *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. New Yersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Barba,A.(1997). Aspectos psicosociales del dolor. En *Estudio y Tratamiento del dolor agudo y crónico*. Apuntes inéditos de la clínica del dolor del INCMNSZ.
- Bataille, G.(1957). *El Erotismo*. España: TusQuets:28
- Beck, J., (2000). *Terapia Cognitiva*. Barcelona: Gedisa
- Bem (1967). En Jones, E.E. & Harris, V.A. (1967). *The attribution of attitudes. Journal of Experimental Social Psychology*; **3**: 2-24.
- Bird / Williams, (1970). En Jones, E.E. & Nisbett, R.E. (1971). *The actor and the observer: Divergent perceptions of the cases of behavior*. Morristown, N.J.: General Learning Press
- Bonica, J. (2001). *The Management of Pain*. Philadelphia: Lea & Febiger
- Bohner, Bless y Schwarz, (1868). En Jones, E.E. & Nisbett, R.E. (1971). *The actor and the observer: Divergent perceptions of the cases of behavior*. Morristown, N.J.: General Learning Press.
- Bernstain, D. (1984). *Manejo de la ansiedad*. Barcelona: Omega
- Bossis,A., (1999). The relationship of attributions and coping to expressed emotion in family members of relatives whirh first-episode schizophrenia. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*; 60 (5.B), 2331, US: Univ Microfilms International.

- Cacho, J.(1997). Migraña y otras cefaleas. *En Estudio y Tratamiento del Dolor Agudo y Crónico*. Apuntes inéditos de la clínica del dolor del INCMNSZ
- Camuñas, N.,(2000). *Atribuciones causales ante exámenes: Un nuevo inventario*. *Boletín de la Sociedad Española para Estudios de la Ansiedad y el Estrés*; 13:15-21
- Cassirer, E. (1982). *Antropología Filosófica*. México: Fondo de Cultura Económica
- Chapman, (1984). En Sarafino, E. (2002), *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Davison & Neale, (1998). En Sarafino, E. (2002), *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Del Pino, J.(1997). Dolor en Reumatología. *En Estudio y Tratamiento del Dolor Agudo y Crónico*. Apuntes inéditos de la clínica del dolor del INCMNSZ.
- Engel,G.(1959). *Psychogenic Pain and the Pain-prone Patient*. New York: AmJMed.
- Fernández,L.(1997). Dolor Lumbar. *Estudio y Tratamiento del Dolor Agudo y Crónico*. Apuntes inéditos de la clínica del dolor del INCMNSZ.
- Festinger, T. (1957). En Morales,F.(1996). *Psicología Social y Trabajo Social*. México:McGraw-Hill
- Fields,H.(1988). Sources of variability in the sensation of pain. *Pain*:33; 195-200
- Fischbain,D.(1996). Pain and psychopathology. En Fogel BS, Schiffer RB. *Neuropsychiatry*. Baltimore, Williams & Wilkins
- Fordyce,W. Et al. (1973). Operant conditioning in the treatment of chronic pain. *Arch Phys Med Rehabil* ; 54:399-408
- Fordyce,W.(1999). *Forward. Evaluation & Treatment of Chronic Pain*. Baltimore: Williams & Wilkins
- Frank, N. (1996). Patterns of coping, attributions and adjustment in pediatric oncology patients. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*; 56 (8-B). US: Univ. Microfilms International.
- Frank,N., Blount,R., Brown,R., (1997). Attributions, coping and adjustment in children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*; 22(4); 563-576. Oxford University press, England
- Freud, S., (1927). *El Porvenir de una Ilusión*. Obras Completas. Tomo XXI. Argentina: Amorrortu.

- Freud,S., (1950). *Proyecto de psicología*. Obras Completas Tomo I. Argentina: Amorrortu.
- Freud,S., (1917). *Duelo y Melancolía*. Obras Completas.Tomo XIV. Argentina: Amorrortu.
- Freud,S., (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Obras Completas.Tomo XX. Argentina: Amorrortu.
- Fromm, G.H., (1989). Trigeminal Neuralgia and related disorders in pain: mechanisms and syndromes. En Raj, PP.(1994).*Tratamiento Práctico del Dolor*. Madrid: Mosby
- Gatche, R., Polatin, P.,(1994). *Psychopathology and the rehabilitation of patients with chronic low back pain disability*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.
- Glaser, D., (1994). Abuso emocional. En Victimología: II Advocatus
- Glover. J., Dibble, S.L., Dood, M.J.,(1995). Mood states of oncology outpatients:does pain make a difference?. *Journal of Pain and Symptom Management*. 10 (2):120-128
- Ghia, J.(1994). Desarrollo y organización de los Centros del Dolor. España: Mosby
- Grashaw, R. (1652). A Hymn to the Name and Honor of the Admirable Sainte Teresa. En Morris, D.(1996). *La cultura del dolor*. México: Andrés Bello
- Guevara, U., (2001). Programa del Curso de Posgrado para Especialistas en Algología. UNAM-INCMNSZ
- Harris, E.D.,(1989). Aspectos clínicos de la artritis reumatoide. En Raj, PP.(1994): *Tratamiento Práctico del Dolor*.Boston: Mosby Year Books.
- Hastie (1970). En Jones, E.E. & Nisbett, R.E. (1971). *The actor and the observer: Divergent perceptions of the cases of behavior*. Morristown, N.J.: General Learning Press
- Heider, F., (1944). Social percepción and phenomenal causality. *Psychological Review*; 51:358-374
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Heider, F., (1967). *The psychology of interpersonal relations*. Nueva York: John Wiley & Sons
- Hernández, R., Fernández,C.(1991). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill
- Hewstone, M. (1988). Casual attribution: From cognitive processes to collective beliefs. *The Psychologist*, 8: 323-327.

- Hewstone, M. (1990). The ultimate attribution error? A review of the literature on intergroup casual attribution. *European Journal of Social Psychology*, 20: 311-335.
- Hewstone, M.,(1992). La Atribución Causal. Madrid: Paidós.Jones & Davis (1995) (capítulo) En Morales,F.(edición). *Psicología Social y Trabajo Social*. México:McGraw-Hill
- Humphry, LL., Palumbo, P.J., et al. (1994). The contribution of noninsulin dependant diabetes to lower extremity amputation in the community en *Gaceta Mexicana del dolor*, 2004,2(3):4
- Ibañez, T., (1989). El conocimiento de la realidad social. Barcelona: Sendai
- Jacox et al. (1994). Acute Pain Management. *Pain*, 47(1),78
- Jones, E.E. & Harris, V.A., (1967). *The attribution of attitudes*. *Journal of Experimental Social Psychology*, 3: 2-24.
- Jones, E.E. & Nisbett, R.E., (1971). *The actor and the observer: Divergent perceptions of the cases of behavior*. Morristown, N.J.: General Learning Press.
- Jones & Davis (1995). Atribuciones internas y externas. En Morales, F . (1997): *Psicología Social y Trabajo Social*. México:McGraw-Hill
- Karoly, 1985. En Sarafino, E. (2002). *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Kelley, W., (1986). Chronic Pain and Trauma, *Adv. Psychosom Med* 16, 141-142
- Kelley, H.H., (1973). The process of causal attribution. *American Psychologist*, 28: 107-128.
- Kerlinger, F., (1975). *Investigación del Comportamiento. Técnicas y metodología*. México: Interamericana.
- Kleiman, A. (1987). *The Illness Narratives. Suffering, Healing & the Human Condition*.U.S.A.: Basic Books.
- Kraatz, E., (1999). Illness attribution in Midwestern women with breast cancer. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*; 60 (2B), 0577, US: Univ. Microfilms Internatiional.
- Krauss, A., (2004). Comunicación Personal. 4 de diciembre del 2004

- Lambert, Libman y Poster (1997). En Barba: Aspectos psicosociales del dolor. *Estudio y Tratamiento del dolor agudo y crónico*. Apuntes de la clínica del dolor del INCMNSZ)
- Langer, (1975). En Jones, E.E. & Nisbett, R.E. (1971). *The actor and the observer: Divergent perceptions of the causes of behavior*. Morristown, N.J.: General Learning Press
- Laplanche,J.,Pontalis,J., (1987). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor
- Lazarus, R., (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca
- Lazarus, R., (2000). *Pasión y Razón: La comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Paidós
- Lerichè, R., (1937). La cirugía del dolor en Morris,D.(1996). *La Cultura del Dolor*.México: Andrés Bello
- Lewin, K. ,(1936). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill
- Lewis, M., (1986). Enfermedades médicas causantes de dolor. En Raj, PP.(1994). *Tratamiento Práctico del Dolor*. Boston: Mosby Year Books
- Lindsey, G., Aronson, E.(1995). *Handbook of Social Psychology*. Vol.II. New York: Lawrena Eribaum Associates,Inc.
- Lynn, A., Norris, P. y Tan, G., (1999). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*,(64): 455-462.
- Lyons, A. Petrucelli J., (1978). *Medicine, an illustrated history*. New York: Abrams
- Llorca, G., (1997). Dolor Psíquico. *Estudio y Tratamiento de Dolor Agudo y Crónico*. Apuntes de la clínica del dolor del INCMNSZ).
- Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Desórdenes Mentales de la APA, (APA 1994)
- Melzack,R., (1983). *Concepts of pain Measurement. Pain Measurement and Assessment* Ed. Raven Press: New York.
- Melzack ,R., (1990). The tragedy of needless pain. *Sci Am* 262,27-33
- Minawa, H., et al.,(1996). Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. En Die M.,López, E. (2000): *Aspectos Psicológicos en cuidados paliativos*..España: Ades Ediciones
- Morales, F., (1997). *Psicología Social y Trabajo Social*. México: MacGraw.Hill
- Morris, D.,(1996). *La cultura del dolor*. México: Andrés Bello

- Mouliner, M.,(1997). *Diccionario de Uso del Español*. Madrid: Gredos
- Nietzsche, F., (1972). *Más allá del bien y del mal*. México: Alianza Editorial
- Okijuki, T., (1999). En Sarafino, E. (2002): *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. New Yersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Padua, J., (1978). *Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS: oferta y condición para su utilización e interpretación de resultados*. Cuadernos del CES 12. México: Colegio de México
- Pierret, J.,(1979). A list whith definitions and notes on usage. *Pain*, 52(1),24-28
- Pirart, J., (1978). Diabetes Mellitus and its degenerativa complications en *Gaceta Mexicana del Dolor* (2004):2 (3):4
- Plumb M., Holland, J., (1996). Comparative studies of psychologic function in patients with advanced cancer. En Die M.,López, E. (2000): Aspectos Psicológicos en cuidados paliativos. España: Ades Ediciones
- Robinson, G., (2002). Atribución, afrontamiento y funcionamiento emocional en familias con niños con problemas de desarrollo. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*; 62 (9): 4234, US: Univ microfilms International
- Roizenblatt, H. S., Tufik,S., Goldenberg, J., (1997). Fibromyalgia: clinical an polisommographic aspects. *J. Rheumatol*; 24: 579-585
- Romano, T.J., (1991). Fibromyalgia: diagnosis and Treatment. *WVMedJ*; 87:112-114
- Rotter, (1966), en Kelley, H.H., (1973). The process of causal attribution. *American Psychologist*, 28: 107-128
- Rowlingson, J., (1994). Dolor en la región lumbar. En Prithvi, R.(1994): Tratamiento Práctico del Dolor Boston: Mosby Year Book
- Russell, (1982), en Sears, D.O., Peplau, L.A. & Taylor, S.E., (1991). *Social Psychology*. 6th edition. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Sánchez,F., (1997). Dolor miofascial. Neuropatías y neuralgias periféricas. *Estudio y Tratamiento del Dolor Crónico y Agudo*. Apuntes de la clínica del dolor del INCMNSZ.
- Sternbach, R.,(1968). *A Psychophysiological Analisis*. New York: Academic Press
- Saal, F., (1987). *El lenguaje y el inconsciente freudiano*. México: Siglo Veintiuno

Sarafino, E., (2002). *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

*Scheier en Lindzey, G., Calvin, H.,
(1978). Teorías de la personalidad.
México: Limusa*

Schiaffino, K., Revenson, T., (1995). Why me? The persistence of negative appraisals over the course of illness. *Journal of Applied Social Psychology*; 25 (7): 601-618. Bellwether Publishing, US.

Sears, D., Peplau, L., Taylor, S., (1990). *Social Psychology*. New Jersey: Prentice Hall

Seligson, I., Reynoso-Erazo, L., Nava, C., (1993). Psicología de la salud. *Salud y Sociedad*: (2), 1.

Sociedad Internacional de Dolor de Cabeza (1988). Clasificación cronológica del dolor. *Vivir sin dolor* (2003) 1:4.4

Sófocles (409 AC.). En Morris, D., (1996). La cultura del dolor. México: Andrés Bello

Sontag, S., (1996). *La enfermedad y sus metáforas*. España: Taurus

Tajfel, L., (1984). En Sears, D.O., Peplau, L.A. & Taylor, S.E. (1991). *Social Psychology*. 6th edition. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall

Taylor, Lichtman y Wood (1991). En Sears, D.O., Peplau, L.A. & Taylor, S.E. (1991). *Social Psychology*. 6th edition. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall

Tena, A. y Turnbull, B., (1994). *Manual de Investigación Experimental*. Elaboración de Tesis. México: Plaza-Valdés.

Titchner, E., (1896). En Boring, E. (1980): *Historia de la Psicología Experimental*. México: Trillas; p.441

Tyrer, S., (1992). Psychiatric Assessment of Chronic Pain. *Br J of Psychiatry*, 160, 733-741

Turk, D., (1989). Una perspectiva cognitiva-conductual del dolor crónico, en Prithvi, R. (1994). *Tratamiento Práctico del dolor*. Madrid: Mosby

Taub, J., (1973). Manejo de la neuralgia posherpética. En Raj, P.P. (1994): *Tratamiento Práctico del Dolor*. Boston: Mosby Year Books

Tobal, M., (1995). La ansiedad. Madrid: Aguilar

Tolstoi, L., (1992). *La muerte de Iván Illich*. Nueva York: New American Library

- Twycross, R., (1997). *Symptom Management in Advanced Cancer*. Oxon: Radcliffe Medical Progress
- Villoria, M., (1997). Consideraciones Generales. *Estudio y Tratamiento del Dolor Agudo y Crónico*. Apuntes clínica del dolor del INCMNSZ
- Wall, P.,(1983). Pain Terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain*,3 (6):24
- Wall R., (1983). Aspectos psicosociales del dolor. En Barba (1997). *Estudio y tratamiento del dolor agudo y crónico*. Apuntes inéditos de la clínica del dolor del INCMNSZ
- Wallston (1971). En Jones, E.E. & Nisbett, R.E. (1971). *The actor and the observer: Divergent perceptions of the causes of behavior*. Morristown, N.J.: General Learning Press.
- Weil En Morris,D. (1996). *La Cultura del Dolor*. México: Andrés Bello.
- Weiner, B., (1986). An attributional theory of achievement motivation and emotion. New York: Springer
- Wolfe, F, Smythe, H.A., Yunus, M., (1990). Criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum*: 33:160-172
- Wundt (1874) y Titchener (1896). En Boring, E., (1980). *Historia de la Psicología Experimental*. México: Trillas.
- Wilson, P., (1978). Mecanismos del dolor: anatomía y fisiología. En Raj, PP.(1994). *Tratamiento Práctico del Dolor*. Boston: Mosby Year Books
- Wortman, (1976). En Jones, E.E. & Nisbett, R.E. (1971). *The actor and the observer: Divergent perceptions of the causes of behavior*. Morristown, N.J.: General Learning Press
- Wundt, W., (1874). En Boring,E.(1980). *Historia de la Psicología Experimental*. México: Trillas:350
- Yunus,M., Masi, A.T. Calabro, J.J., (1981). Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. 11:151-171
- Zuckerman, (1971). En Jones, E.E. & Nisbett, R.E. (1971). *The actor and the observer: Divergent perceptions of the causes of behavior*. Morristown, N.J.: General Learning Press

Índice de Tablas

TABLA	NOMBRE	PAG.
1.	Términos griegos que significa dolor	21
2.	Clasificación del dolor según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor	26
3.	Taxonomía del dolor	29
4.	Síntomas comunes en cáncer	35
5.	Respuesta psicológica ante la pérdida de la salud	37
6.	Factores de riesgo para el suicidio	55
7.	Tirada de respuestas en el trastorno de ansiedad	58
8.	Estado Civil de los integrantes de la Muestra y de la Población Mexicana	80
9.	Escolaridad de la muestra y de la población mexicana	81
10.	Religión profesada por los integrantes de la muestra	81
11.	Diagnóstico Clínico de los Pacientes que Integraron la Muestra	82
12.	Diagnóstico Algológico de los Pacientes que Integraron la Muestra	82
13.	Correlación de cada Reactivo con la Calificación Total	87
14.	Contratación de grupos alto y bajo	88
15.	Porcentaje de respuesta a cada opción	90
16.	Factores iniciales con valor Eigen mayores que 1	92
17.	Factores obtenidos en el análisis factorial con rotación varimax	93
18.	Índices de confiabilidad obtenidos para las subescalas y la escala completa	95
19.	Reactivos por Subescala	96

TABLA	NOMBRE	PAG.
20.	Correlaciones entre las subescalas	98
21.	Media y desviación estándar de los reactivos de la escala de atribución del dolor	100
22.	Valores obtenidos para las subescalas y de la escala total de atribución del dolor	101
23.	Clasificación de diagnóstico médico y porcentaje de los sujetos afectados	102
24.	Valores obtenidos para el diagnóstico médico en relación con las subescalas	103
25.	Tipo de diagnóstico algo lógico y porcentaje de sujetos que lo padecen	103
26.	Valores encontrados en el diagnóstico algo lógico y su relación con las subescalas	104
27.	Diferencias por sexo	105
28.	Diferencias por edad	105
29.	Diferencias por estado civil	107
30.	Diferencias por escolaridad	108
31.	Diferencias por religión	109

ATRIBUCIÓN CAUSAL AL DOLOR

Lugar:	Folio:
Fecha:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Aplicador:	Edad:

LA CLÍNICA DEL DOLOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN, realiza un estudio relativo a las causas que se perciben del dolor. Agradecemos su cooperación. Las respuestas serán anónimas y sólo con fines de investigación.

Instrucciones: Favor de señalar con una "x" el número que indique la respuesta correcta.

Ejemplo:

La causa del sobrecalentamiento de la tierra es el aumento incontrolado de contaminantes

Si estoy totalmente de acuerdo marco:	1	2	3	4
Si estoy de acuerdo marco:		2		
Si estoy en desacuerdo marco:			3	
Si estoy totalmente en desacuerdo marco:				4

	1	2	3	4
YO TENGO ESTE DOLOR POR:				
1 Mi enfermedad				
2 Mi incapacidad para gozar				
3 Ser hombre (mujer)				
4 Mi mala alimentación				
5 El tratamiento médico				
6 Ser tan sensible				
7 Mi desequilibrio hormonal				
8 Estar todo el tiempo enojado (enojada)				
9 Herencia de mis padres				
10 Ser un castigo de Dios				
11 Tanta medicina				
12 El estrés acumulado				
13 Ser parte de mi				
14 El cáncer				
15 Mi edad				
16 Ser diferente a los demás				
17 La violencia que hay en mi familia				
18 La humedad en donde vivo				
19 Mi destino				
20 Ser mal padre (madre)				
21 Tanto esfuerzo físico				
22 El maltrato que he sufrido desde niño (niña)				
23 Mi vejez				
24 El médico, que no hizo el diagnóstico a tiempo				
25 Mis problemas económicos				
26 La exposición a la contaminación ambiental				
27 El tumor				
28 Sentirme deprimido (deprimida)				
29 Estar mal en mi relación de pareja				
30 Tener un pensamiento catastrófico				
31 Mis nervios desgastados				
32 La fisioterapia				
33 Ser tan débil físicamente				
34 Tener tan mala suerte				
35 Ser mal hermano (hermana)				
36 El rencor que siento cuando me hacen mal				
37 Descuidarme tanto				
38 Ser mal hijo (hija)				
39 Merecerlo así				
40 El abandono de mi familia				
41 Mi tristeza de tantos años				
42 Voluntad de Dios				
43 Darme por vencido (vencida)				
44 La brujería que me hicieron				
45 El rechazo que he sufrido de los demás				
46 Causas desconocidas por mí				
47 La desesperanza en mi vida				
48 Pensar siempre lo peor				
49 Haber perdido mi espíritu de lucha				
50 La presión de los demás sobre mí				
51 Estar desamparado (desamparada)				
52 Mi actitud negativa ante la vida				
53 La falta de apoyo familiar				
54 Fuerzas negativas que me quieren destruir				
55 Ser tan fatalista				
56 Ser parte de mi historia de sufrimiento				
57 Por estar solo				
58 Mi falta de capacidad para enfrentar problemas				
59 Estar desprotegido (Desprotegida)				

APENDICE I

**PRIMERA VERSIÓN DEL INSTRUMENTO
(59 REACTIVOS)**

ATRIBUCIÓN CAUSAL AL DOLOR

Consulta 1 ra. Vez _____

Lugar: _____		Folio: _____
Fecha: _____	Sexo: F M	
Aplicador: _____	Edad: _____	Estado Civil: _____
Religión: _____	Practicante (si) (no)	Dx. Clínico: _____
Escolaridad: _____		Dx. Algológico: somatico- visceral- mixto- neuropático

LA CLÍNICA DEL DOLOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN, realiza un estudio relativo a las causas que se perciben del dolor. Agradecemos su cooperación. Las respuestas serán anónimas y sólo con fines de investigación.

Instrucciones: Favor de señalar con una "x" el cuadro que indique su respuesta.

YO TENGO ESTE DOLOR POR:	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
1 El estrés acumulado					
2 Mi mala alimentación					
3 Ser hombre (mujer)					
4 El tratamiento médico					
5 Herencia de mis padres					
6 Ser tan sensible					
7 Dar al sufrimiento un gran valor					
8 Estar todo el tiempo enojado (enojada)					
9 Mi incapacidad para gozar el momento presente					
10 Ser un castigo de Dios					
11 Tanta medicina					
12 Mi enfermedad					
13 Mi edad					
14 Tanto esfuerzo físico					
15 La violencia que hay en mi familia					
16 Ser más fácil para mi sufrir que gozar					
17 Ser así mi destino					
18 Ser mal padre (madre)					No soy padre (madre) <input type="checkbox"/>
19 Haber sacado de mi vida el deseo de ser feliz					
20 El maltrato que he sufrido desde niño (niña)					
21 Mis nervios					
22 Mis problemas económicos					
23 La exposición a la contaminación ambiental					
24 Estar mal en mi relación de pareja					No tengo pareja <input type="checkbox"/>
25 Ser tan débil físicamente					
26 Sentirme deprimido (deprimida)					
27 Descuidarme tanto					
28 Ser mal hermano (hermana)					No tengo hermanos (as) <input type="checkbox"/>
29 Mi tendencia al autosacrificio					
30 Sentir culpa cuando soy feliz					
31 Tener tan mala suerte					
32 El rencor que siento cuando me hacen mal					
33 Cambiar tantas veces de médico					
34 Mi falta de capacidad para enfrentar problemas					
35 Mi tristeza de tantos años					
36 Ser mal hijo (hija)					
37 La desesperanza en mi vida					
38 Darme por vencido (vencida)					
39 Pensar siempre lo peor					
40 La falta de apoyo familiar					
41 El rechazo que he sufrido de los demás					
42 Causas desconocidas por mi					
43 Estar solo (sola) en la vida					
44 Ser parte de mi historia de sufrimiento					
45 Haber perdido mi espíritu de lucha					
46 La presión de los demás sobre mi					

OTRA CAUSA Y / O COMENTARIOS:

ATRIBUCIÓN CAUSAL AL DOLOR

Lugar: _____		Sexo: F M	Folio: _____
Fecha: _____		Edad: _____	Estado Civil: _____
Aplicador: _____			
Religión: _____	Practicante (si) (no)	Dx. Clínico: _____	
Escolaridad: _____		Dx. Algológico: somatico- visceral- mixto- neuropático	

LA CLÍNICA DEL DOLOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN, realiza un estudio relativo a las causas que se perciben del dolor. Agradecemos su cooperación. Las respuestas serán anónimas y sólo con fines de investigación. (No hay respuestas correctas o incorrectas).

Instrucciones: Favor de señalar con una "x" el cuadro que indique su respuesta.

YO TENGO ESTE DOLOR POR:	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
1 Ser hombre (mujer)					
2 Dar al sufrimiento un gran valor					
3 Mi tristeza de tantos años					
4 Mi incapacidad para resolver problemas					
5 La desesperanza en mi vida					
6 Estar solo (sola) en la vida					
7 Perder mi espíritu de lucha					
8 Mi historia de sufrimiento					
9 La presión de los demás sobre mí					
10 El rencor que siento cuando me hacen mal					
11 El rechazo que he sufrido de los demás					
12 Mi incapacidad para gozar el momento presente					
13 La violencia que hay en mi familia					
14 Haber sacado de mi vida el deseo de ser feliz					
15 La falta de apoyo familiar					
16 Ser tan débil físicamente					
17 Ser mi destino					
18 Darme por vencido (vencida)					
19 Estar todo el tiempo enojada (enojada)					
20 Tanto esfuerzo físico					
21 Ser más fácil para mí sufrir que gozar					
22 Tener tan mala suerte					
23 Estar mal en mi relación de pareja					No tengo pareja

El sentimiento que tengo al ver la causa que yo doy a mi dolor es:
