

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

P r e s e n t a

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.