



Vol. 21 No. 3

Septiembre de 2018

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Alberto Gómez Zarco¹, Ana Leticia Becerra Gálvez², Rocio Tron Álvarez³, Patricia Hernández Solís⁴ y Blanca Elizabeth Iniesta Barrón⁵

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

El Dolor crónico es un problema de salud cuyo abordaje es sumamente complejo debido a que intervienen factores biológicos, sociales, económicos y culturales, los cuales impactan en la calidad de vida, la adherencia terapéutica y el estado anímico de quien sufre dolor y quienes lo rodean. El objetivo de la presente investigación fue conocer las características sociodemográficas de los pacientes que han asistido a la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Juárez de México durante el período que va de marzo de 2012 a marzo de 2017. Se obtuvo una muestra de 527 pacientes de los cuales el 60,3% fueron atendidos por dolor oncológico y el 43,5% de ellos tenían comorbilidades como Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes Mellitus tipo 2 y Osteoporosis. Respecto a otras características sociodemográficas, se encontró que el 65,5% de la muestra vive fuera del área metropolitana, el 78,9% tiene nivel educativo secundaria o inferior, el 89,9% tiene empleo sin remuneración salarial establecida y prestaciones. El 13,6% de la muestra total no posee redes de apoyo que permitan el mejor ajuste a

¹ Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Correo Electrónico: psic.albertogomez@gmail.com

² División de Investigación y Posgrado de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Correo Electrónico behaviormed.ana@gmail.com

³ Carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Correo Electrónico rociotron@hotmail.com

⁴ Jefatura de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Juárez de México. Correo Electrónico aaaph2000@prodigy.net.mx

⁵ Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México Correo Electrónico blancelizabeth0@gmail.com

la enfermedad y al dolor. Conocer las características de quienes acuden a un servicio como Clínica del Dolor y Cuidados paliativos es fundamental para la creación de protocolos de intervención multidisciplinaria que fomenten la adherencia terapéutica, el ajuste a la condición médica y la mejora de las redes de apoyo.

Palabras clave: perfil sociodemográfico, dolor crónico, Clínica del Dolor, características y necesidades.

SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF PATIENTS WITH CHRONIC PAIN AT HOSPITAL JUÁREZ OF MÉXICO

ABSTRACT

Chronic pain it's a complex health problem due to the involvement of various organic, social, economic and cultural factors, which impacts on the quality of life, therapeutic adherence and the mood in the patients and their families. The aim of this investigation was to know the sociodemographic characteristics of the patients who attended the Clinic of Pain and Palliative Care of the Hospital Juárez of México during the period from March 2012 to March 2017. A sample of 527 patients was obtained. When the descriptive analysis was carried out, 60.3% were treated for pain related to cancer, 43.5% had co morbidities such as Systemic Arterial Hypertension, Type 2 Diabetes Mellitus and Osteoporosis, and 66.6%. Regarding other sociodemographic characteristics, 65.5% of the sample lives outside the metropolitan area, 78.9% have secondary or lower education, 89.9% have jobs without fixed remuneration and most of the sample has few support networks. Knowing the characteristics of those who come to a service such as the Pain Clinic is fundamental for the creation of multidisciplinary intervention protocols that promote therapeutic adherence, adjustment to medical condition and improvement of support networks.

Keywords: sociodemographic profile, chronic pain, Pain Clinic, characteristics and needs.

El estudio y control del dolor en enfermos crónicos ha tomado gran relevancia debido a la considerable cantidad de patologías dolorosas existentes. La International Association for the Study of Pain ([IASP], 1994) ha definido al dolor como “*una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño*”. Esta definición es actualmente la más aceptada debido a que considera los componentes físicos, fisiológicos, psicológicos y sociales del dolor como parte importante de la experiencia dolorosa. El dolor incluye mecanismos neurofisiológicos nociceptivos, afectivo-emocionales y cognoscitivos, siendo estos últimos los que caracterizan la

subjetividad la experiencia dolorosa (Guillemet y Guy-Coichard, 2016; Melzack, 1999).

El dolor crónico (aquel con duración mayor a tres meses yde presencia continua o intermitente) es considerado como una enfermedad en sí misma puesto que genera cambios no sólo a nivel del Sistema Nervioso Central sino también en la calidad de vida del paciente y puede clasificarse a su vez en dolor no oncológico y oncológico (Guillemet y Guy-Coichard, 2016; Moreno y Prada, 2004). Algunos estudios revelan que el dolor crónico tiene una prevalencia mayor en mujeres, la cual oscila del 51 al 71%, personas con edades superiores a los 50 años, casados (54 al 78%), con niveles educativos primarios o menores (del 45 al 63%) y en quienes viven en ámbitos urbanos con un 56 al 74% (Casals y Samper, 2004; Llorca, Muriel, González-Tablas y Díez, 2007; Monsalve, Cerdá-Olmedo, Minguez y de Andrés, 2000; Plata-Muñoz, Castillo-Olivares y Guevara-López, 2004).

Las características psicológicas que suelen tener los pacientes con dolor crónico son: altos niveles de depresión, ansiedad, angustia, impotencia y temor. Además de poseer estrategias de afrontamiento poco adaptativas, pensamientos catastróficos y creencias erróneas sobre su padecimiento, aislamiento social, automedicación, disminución de actividades por la pérdida de movilidad y dificultades económicas (Barragán-Solís, 2006; Camacho y Anarte, 2003; Casals y Samper, 2004; Guillemet y Guy-Coichard, 2016; Haythornthwite, 2007; Lavielle, Clarck, Martínez, Mercado Y Ryan, 2008; Llorca, Muriel, González-Tablas y Díez, 2007; Monsalve, Cerdá-Olmedo, Minguez y de Andrés, 2000; Morales-Virgil, Alfaro-Ramírez del Castillo, Sánchez-Román, Guevara-López y Vázquez-Pineda, 2008; Turk, Burwinkle y Thieme, 2006).

Dolor crónico oncológico. Los pacientes con cáncer presentan en el 66.4% de los casos dolor intenso en alguna fase de la enfermedad principalmente debido a la localización de la neoplasia, la actividad tumoral o como efecto colateral del tratamiento médico (Caraceni et al. 2012; Van den Beuken-van Everdingen, Hochstenbach, Joosten, Tjan-Heigen y Janssen, 2016). Padecimientos oncológicos como: leucemias, sarcomas, osteosarcomas, linfomas y mielomas pueden generar dolor debido a la progresión propia de la enfermedad, mediante la

liberación de sustancias que sensibilizan a las neuronas que conducen las señales dolorosas o a la modificación, compresión, distensión y/o destrucción de las fibras nerviosas, así como a consecuencia de los tratamientos a los que se someten los pacientes, tales como toma de biopsia, cirugías, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia (Mantyh, 2007; Paice, 2006).

Dolor crónico no oncológico. Este tipo de dolor puede ser provocado por padecimientos como la neuropatía diabética, neuropatía pos herpética, neuralgia del trigémino, artritis reumatoide, osteoartrosis y fibromialgia, los cuales inician como una lesión tisular inflamatoria que se hizo crónica debido a diversos factores fisiológicos o psicológicos. Este tipo de dolor se divide en nociceptivo somático (sistema óseo, muscular, piel y articulaciones), nociceptivo visceral (vísceras torácicas y abdominales) y neuropático, el cuál es la afección del sistema nervioso central y periférico (Guillemet Y Guy-Coichard, 2016; López, 1996; Moreno y Prada, 2004).

En diversos estudios se han encontrado prevalencias de dolor neuropático de hasta 50,9% en la población que asiste a atención médica general y alcanza el 27% como consecuencia de diversas enfermedades o tratamientos médicos (Gálvez, Rejas, Pérez y Gómez, 2006; Van Hecke, Austin, Khan, Smith Y Torrance, 2014), mientras que para el dolor nociceptivo, la prevalencia llega hasta el 95% como motivo de consulta en los servicios de rehabilitación (Ibáñez, Pineda, Martínez, Tinoco y Flor, 2015) y desde el 1% en el caso de la fibromialgia hasta el 47% en la osteoartritis (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias y Castro-Lopes, 2012).

Dada la prevalencia de los padecimientos que provocan dolor y el impacto que tienen sobre la calidad de vida, se hace necesario el trabajo interdisciplinario con estos pacientes y sus familiares (Covarrubias-Gómez, 2008; Covarrubias-Gómez, Guevara-López, Gutiérrez-Salmerón, Betancourt-Sandoval y Córdova-Domínguez, 2010). El trabajo psicológico es de relevancia ya que puede favorecer la disminución de sintomatología depresiva y/o ansiosa, ayudar a la adquisición de estrategias cognitivas y conductuales que le devuelvan la sensación de control ante el dolor, mejorar la calidad de las relaciones interpersonales y favorecer la

adherencia al tratamiento. Es por ello que el objetivo del presente estudio fue describir las características de los pacientes que acuden a la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Juárez de México con la finalidad de proponer estrategias de intervención ajustadas a esta población.

MÉTODO

Muestra. Estuvo conformada por 527 pacientes cuya edad oscilaba entre los 9 y 94 años, con una media de 59.5 (DE: 17.452, Mo= 46), siendo el 64.7% de sexo femenino. El tipo de muestreo fue no aleatorio por conveniencia. El criterio de inclusión fue ser paciente atendido por el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos durante el período de marzo de 2012 a marzo de 2017. Se excluyeron todos aquellos casos de los cuales no se contará con información médica y notas del área de trabajo social.

Procedimiento. Todos los datos fueron obtenidos del expediente clínico interno del servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Juárez de México. Se obtuvo una base de datos inicial de 781 casos, sin embargo, se eliminaron aquellos pacientes con dolor de tipo agudo, quedando un total de 527 casos. Una vez obtenidos los indicadores, se realizó el análisis descriptivo de los mismos y se buscó la intensidad de las relaciones entre las variables con el Coeficiente de Contingencia empleando el paquete IBM SPSS Statistics versión 22 para Windows.

RESULTADOS

Muestra total

Participaron un total de 527 pacientes cuya edad oscilaba entre los 9 y 94 años, con una media de 59.5 (DE: 17.452, Mo= 46), siendo el 64.7% de sexo femenino. La prevalencia del dolor oncológico fue mayor (60,3% de los casos) de la muestra total. De los pacientes con dolor crónico oncológico se destacan los siguientes datos: el 61% era de sexo femenino (n=194), el 32% sólo asistió a consulta de primera vez mientras que el resto llevó un seguimiento médico y psicológico por el servicio que oscilaba de 1 a 44 meses con una media de 9 (DE= 9.84, Mo= 1). El

32% fue referido como paciente en etapa paliativa ($n=102$). Por otro lado de los pacientes con dolor crónico no oncológico se observó que hubo una prevalencia del 70,4% en mujeres ($n=147$) y el 36.8% asistió solamente a consulta de primera vez, mientras que los restantes tuvieron seguimiento por un lapso de entre 1 y 63 meses con una media de 11.4 meses (DE= 11.86, Mo= 1).

El 43,5% de la muestra total ($n= 229$) presentaba comorbilidades, siendo los más frecuentes la Hipertensión Arterial Sistémica (53,7%, $n= 123$), Diabetes Mellitus tipo 2 con 33,2% ($n= 76$), Osteoporosis con 4,8% ($n=11$) y Artritis Reumatoide con el 3,4% ($n= 8$) y sólo el 33.4% ha permanecido bajo tratamiento médico durante el 2017 ($n=176$).

Los pacientes atendidos por la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos provienen de diversos servicios médicos de base. En el caso de los pacientes con dolor oncológico, los principales servicios de envío fueron Oncología (88,1%) y Hematología (4,4%), mientras que en el caso de quienes padecen dolor no oncológico fueron Ortopedia (24,9%), Servicios Quirúrgicos (16,7%) y Medicina Interna (10%). Es importante destacar que Clínica del Dolor es el servicio base del 12% de la muestra, mientras que las especialidades de Urgencias, Rehabilitación, Psiquiatría, Oftalmología, Neurología, Neumología, Nefrología, Infectología, Ginecología, Gastroenterología, Endoscopia, Endocrinología, Displasias, Dermatología y Biología de la Reproducción son las especialidades que refieren menor cantidad de pacientes (2,5 %).

Las variables sociodemográficas de los pacientes atendidos en esta Clínica se pueden observar en las Tablas 1 y 2 las cuales se categorizaron según el tipo de dolor crónico. Como puede observarse las principales entidades de origen de toda la muestra fueron la Ciudad de México con el 35,1%, el Estado de México con 22,8% e Hidalgo con el 10,8%, mientras que, en relación al lugar de residencia, la mayor prevalencia la tuvo el Estado de México con 278 (52,7%) y la Ciudad de México con 180 (34,1%). Con respecto a la religión, hubo una mayor prevalencia de pacientes católicos (87,1%), el 7,2% era cristiano y 3.4% se consideraba evangélico, mormón o testigo de Jehová y en cuanto al estado civil, el 55,1%

(n=290) era casado o vivía en unión libre, el 17,4% era viudo, 16,9% soltero y 10,6% divorciado o separado.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con dolor crónico oncológico del Hospital Juárez de México.

	Frecuencia	%
Sexo		
Femenino	194	61.0
Masculino	124	39.0
Edad		
9-20	9	2.8
21-40	39	12.3
41-60	116	36.5
>60	154	48.4
Lugar de Origen		
CDMX	100	31.4
EDOMEX	80	25.1
Hidalgo	42	15.2
Oaxaca	17	5.3
Michoacán	16	5
Puebla	14	4.4
Otros	49	15.6
Lugar de Residencia		
EDOMEX	177	55.7
CDMX	91	28.6
Hidalgo	26	8.2
Puebla	6	1.9
Otros	18	5.6
Escolaridad		
Analfabeta	41	12.9
Primaria	160	50.3
Secundaria	61	19.2
Preparatoria	27	8.5
Carrera Técnica/ Comercial	13	4.1
Licenciatura	14	4.4
Posgrado	2	0.6
Ocupación		
Ama de Casa	143	45
Oficio	40	12.6
Desempleado	44	13.8
Comerciante	22	6.9
Campesino	25	7.4
Empleado	23	7.2
Jubilado/Pensionado	13	4.1
Profesionista	3	0.9
Estudiante	5	1.6

Estado civil		
Casado/Unión Libre	179	56.2
Viudo	49	15.8
Soltero	58	18.2
Divorciado/Separado	32	10
Religión		
Católica	277	87.1
Cristiana	22	6.9
Otra	9	2.8
Ninguna	10	3.2

Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes con dolor crónico no oncológico del Hospital Juárez de México

	Frecuencia	%
Sexo		
Femenino	62	28.8
Masculino	147	71.2
Edad		
9-20	2	1
21-40	25	12
41-60	82	39.2
>60	110	47.8
Lugar de Origen		
CDMX	85	40.6
EDOMEX	40	19.1
Hidalgo	15	7.2
Oaxaca	7	3.3
Michoacán	12	5.7
Puebla	8	3.8
Otros	42	20.3
Lugar de Residencia		
EDOMEX	101	48.3
CDMX	89	42.6
Hidalgo	9	4.3
Puebla	2	1
Otros	8	3.8
Escolaridad		
Analfabeta	26	12.4
Primaria	87	41.5
Secundaria	41	19.5
Preparatoria	17	8.1
Carrera Técnica/ Comercial	22	10.5
Licenciatura	15	7.5
Posgrado	1	0.5

Ocupación			
Ama de Casa	105	50.2	
Oficio	11	5.8	
Desempleado	21	10	
Comerciante	22	10.5	
Campesino	6	2.8	
Empleado	13	6.1	
Jubilado/Pensionado	6	6	
Profesionista	6	6	
Estudiante	3	3	
Estado civil			
Casado/Unión Libre	111	53.2	
Viudo	43	20.6	
Soltero	31	14.8	
Divorciado/Separado	24	11.4	
Religión			
Católica	180	86.1	
Cristiana	16	7.6	
Otra	9	4.3	
Ninguna	4	2	

La escolaridad de los pacientes era básica en su mayoría, puesto que el 24.5% tenía primaria terminada, primaria trunca en un 22.4% y secundaria completa con 19.9%, mientras que sólo el 3.6% tenían escolaridades de preparatoria o superior. Al estimarse el Coeficiente de contingencia de la variable escolaridad con el lugar de origen se encontró una correlación moderada y significativa ($C=.419$; $p=.000$), ya que en provincia predominaron los niveles educativos inferiores a secundaria, mientras que en la Ciudad de México predominó la escolaridad de secundaria o superior.

En cuanto a la ocupación, se encontró un mayor predominio de amas de casa, con un 47% de la muestra, el 12.9% tenían algún oficio como albañiles, carpinteros, jardineros, estilistas, plomeros, mecánicos, meseras, artesanos o eran trabajadores eventuales y el resto eran desempleados. Se estimó la asociación entre el lugar de residencia y la ocupación por medio del Coeficiente C y se encontró una correlación moderada y significativa ($C=.401$; $p=.000$) debido a que los pacientes provenientes de provincia se dedicaban principalmente a la agricultura, mientras que quienes vivían en la Ciudad de México eran predominantemente comerciantes y empleados.

El tamaño de la red de apoyo primario tenía un rango de 0 a 12 personas, con una media de 2.55 personas ($DE=1.75$, $Mo= 1$), predominando la familia nuclear (pareja e hijos) en un 49,3%, seguida por la familia extensa (padres, hermanos, hijos, sobrinos, abuelos, nietos, etc.) en un 35,5% (ver Tabla 3).

Tabla 3. Redes de apoyo de los pacientes con dolor crónico oncológico y no oncológico del Hospital Juárez de México

Tipo de Dolor	Pacientes con Dolor Oncológico		Pacientes con Dolor No Oncológico	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Modalidad de la Red de Apoyo				
Nuclear	162	50.9	98	46.9
Extensa	110	34.6	77	36.8
Origen	25	8	13	6.4
Ninguna	16	5	18	8.6
Otras	5	1.5	3	1.3
Cuenta con cuidador primario				
Si	318	100	206	98.6
No	0	0	0	0
No respondió	0	0	3	1.4
Sexo del Cuidador Primario				
Femenino	223	70.2	139	66.6
Masculino	95	29.8	67	32
No respondió	0	0	3	1.4
Parentesco del Cuidador Principal				
Hijo	126	39.6	99	47.2
Esposo/a	104	32.7	68	32.6
Padre	29	9.1	18	8.6
Hermano	31	9.7	9	4.3
Otro	28	8.9	12	5.7
No tiene	0	0	3	1.4

En el caso de los pacientes con dolor oncológico, la familia de origen (padres y hermanos) es la que ocupa el tercer lugar en prevalencia con el 8%, mientras que en quienes padecen dolor no oncológico este puesto es ocupado por aquellos que viven solos. Al estimar el Coeficiente de correlación del tipo de red familiar con la edad del paciente, se encontró una correlación entre moderada y fuerte, así como significativa ($C= .68$, $p= .000$). Se observó que a menor edad del paciente predominaban la familia de origen y la nuclear, mientras que a mayor edad lo hacían las familias extensas. Al buscarse la asociación entre el tipo de red de apoyo cercana con el estado civil del paciente, se encontró una correlación

moderada y significativa ($C= .535$, $p= .000$), ya que los pacientes casados, viudos y separados vivían predominantemente en familias nucleares, mientras que los solteros en las familias de origen.

Los cuidadores primarios de los pacientes eran principalmente mujeres (68,7%). Es importante notar que, en el caso de los pacientes con dolor no oncológico, el 3% no identificaban a un cuidador primario. Los cuidadores eran principalmente hijos o hijas en un 42,7% ($n= 225$), seguidos por la pareja en un 32,6 % ($n= 172$). Al estimarse el Coeficiente de contingencia entre la relación con el cuidador primario y el estado civil del paciente, se encontró una correlación moderada y significativa ($C= .631$, $p= .000$) puesto que los pacientes casados eran cuidados principalmente por sus parejas e hijos, mientras que los solteros por sus padres y hermanos.

Se encontró una correlación moderada y significativa en la asociación entre la relación del paciente con el cuidador y en nivel escolar del paciente ($C= .503$, $p= .000$), ya que las personas con niveles escolares inferiores a primaria terminada son cuidados principalmente por sus hijos o hijas, mientras que al estimar el coeficiente C con la variable ocupación se obtuvo una correlación moderada ($C=.491$, $p=.000$), observándose que las amas de casa y empleadas domésticas son cuidadas esencialmente por sus hijos o hijas y los pacientes que se dedican a algún oficio (albañiles, carpinteros, jardineros, plomeros, mecánicos, artesanos, etc.) por sus parejas.

La correlación entre la variable tipo de relación con el cuidador con el tipo de red de apoyo más cercana fue moderada y significativa ($C= .609$, $p= .000$), ya que aquellos que tienen una familia extensa o ninguna red de apoyo cercana son cuidados por sus hijos, mientras que los que provienen de familias de origen son asistidos por sus padres. También se encontró una correlación fuerte y significativa de esta variable con el sexo del cuidador ($C= .72$, $p= .000$), encontrándose que las cuidadoras eran principalmente hermanas, madres, hijas, nueras, nietas y amigas, mientras que las parejas de ambos sexos figuran en un porcentaje similar.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los datos obtenidos en esta investigación sugieren el tipo de intervenciones de carácter psicológico que se podrían diseñar para estas poblaciones, lo cual suponen un reto para el psicólogo que labora en el ámbito hospitalario puesto que no solamente hablamos de pacientes con dolor, sino de personas con características psicosociales particulares que deben ser consideradas en el proceso de evaluación según el tipo de dolor por ejemplo: el avance propio de la enfermedad, si se encuentra en etapa paliativa, la duración del dolor y las redes de apoyo. En la Figura 1 se observan las posibles líneas de intervención psicológica según el tipo de paciente y las características del dolor. Los pacientes atendidos en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos tienen otra serie de características que hay que tomar en cuenta al implementar estrategias de intervención, como son:

1. El 65,6% de los pacientes de la muestra residen fuera de la Ciudad de México, lo que indica traslados por largas distancias, mayores gastos económicos y fatiga, lo que implica que las intervenciones deben ser breves y específicas.
2. El 78,9% tienen niveles educativos de secundaria o inferiores por lo cual se debe dar prioridad a técnicas conductuales puesto que con pacientes de estas características las técnicas de base cognitiva pueden ser complejas y difíciles de comprender e implementar en los pacientes.
3. Cerca del 90% tienen empleos que no les ofrecen prestaciones o ingresos fijos, situación que puede dificultar la adherencia al tratamiento y recomendaciones médicas, por lo es recomendable que se implementen técnicas de solución de problemas en conjunto con los profesionales de trabajo social.
4. Más del 40% de los pacientes con dolor presentan otro padecimiento como Diabetes Mellitus tipo 2 o Artritis Reumatoide, los cuales en ocasiones no sólo provocan o exacerbán el dolor, sino que generan costos económicos mayores al ser necesarios tratamientos y medicamentos extra. Ante ello, se requiere de técnicas que faciliten el ajuste a su nuevo estilo de vida y provean de soluciones para las posibles dificultades que provocan los otros padecimientos médicos.

5. El tiempo para intervenir sobre las diferentes problemáticas del paciente es una dificultad para el personal de salud en general y el psicólogo en particular puesto que la entrevista médica inicial que se realiza con los pacientes con dolor crónico en el Hospital Juárez de México suele tener una duración aproximada de 60-90 minutos ya que se busca la valoración exhaustiva del caso. Dicha duración puede resultar un problema dado que suele provocar cansancio físico y emocional del paciente, lo que hace el trabajo psicológico sea específico y de corta duración.

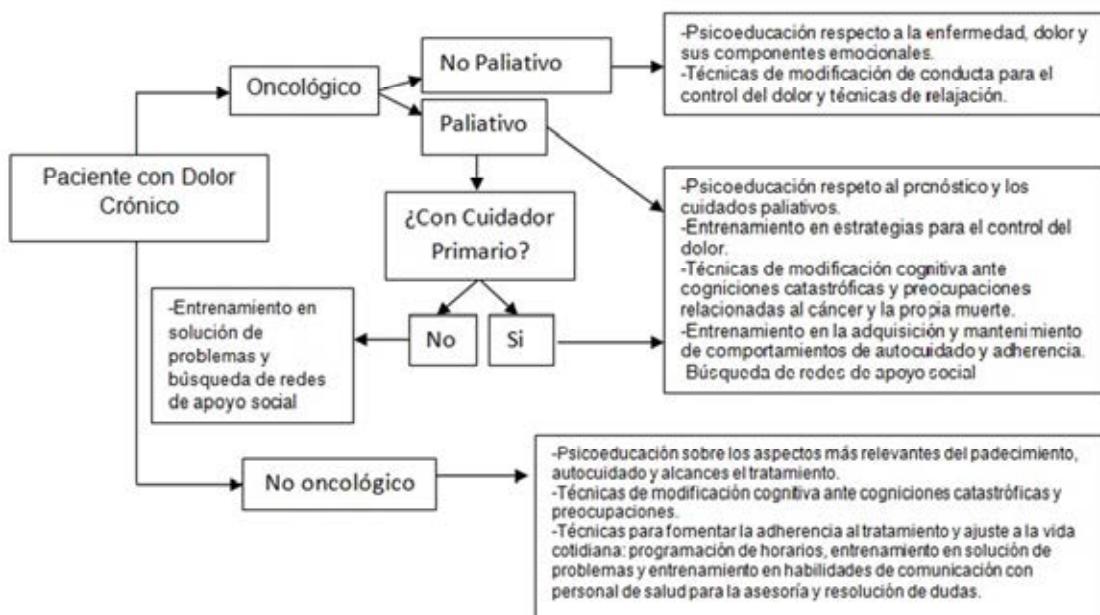


Figura 1: Intervención Psicológica para pacientes con dolor crónico oncológico y no oncológico del Hospital Juárez de México

Las redes de apoyo son pieza clave en el manejo de los pacientes con dolor. Como pudimos observar, los pacientes de esta muestra cuentan con redes cercanas relativamente escasas, las cuales en ocasiones son personas de una edad mayor al paciente, tienen otras obligaciones tales como la manutención y cuidado no sólo del enfermo, sino que también de padres y/o hijos o están constituidas por personas con las que no tienen parentesco. Un punto importante de recalcar, es el haber encontrado un mayor número de pacientes y cuidadores de sexo femenino, lo cual coindice con el estudio de Alfaro-Ramírez del Castillo et al. (2008), lo que implica además del cuidado de su paciente una mayor carga de

labores domésticas, de cuidado de los hijos y/u otros familiares y en ocasiones laborales. Lo anterior repercute de manera importante en el cuidado del paciente debido al riesgo de sobrecarga o claudicación de los cuidadores, por lo cual es necesaria la implementación de protocolos psicológicos basados en técnicas como psicoeducación para ayudarles a la comprensión del padecimiento, tratamiento y pronóstico de su paciente, detención y cambio de pensamiento (o en caso de ser posible dadas las características cognitivas del cuidador, promover el descubrimiento guiado mediante el debate de creencias irrationales) con el objetivo de disminuir la presencia y/o modificar las distorsiones cognitivas que se presenten en relación al paciente o su padecimiento, y por último, dotarlos de habilidades de comunicación asertiva de necesidades y solución de problemas enfocada a la búsqueda de apoyo instrumental por parte de familiares o redes no profesionalizadas.

Como hemos visto hasta ahora, el trabajo psicológico en servicios como Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos requiere una atención multidisciplinaria en la cual el psicólogo será uno de los pilares fundamentales. Para eso es necesario también tomar en cuenta algunas necesidades que estos servicios requieren para llevar a cabo su labor de forma adecuada y eficiente. En primer lugar, es necesario un equipo de salud multidisciplinario altamente capacitado en el control del dolor y con conocimientos profundos sobre las intervenciones médicas y psicológicas más eficaces en cuidados paliativos, ya que aún cuando estos últimos son procurados de la mejor forma posible, aún falta mucho por hacer debido al déficit de personal de salud en esta área e insumos necesarios. La capacitación continua, el trabajo en equipo, la adecuada comunicación con miembros de otras disciplinas, así como una infraestructura adecuada para el seguimiento vía telefónica y visitas domiciliarias se hace patente en este tipo de servicios de salud, ya que de lo contrario no es posible el cuidado del paciente y sus familiares.

Una segunda área de oportunidad es la creación de redes de comunicación efectiva entre servicios médicos, puesto que en muchas ocasiones, los pacientes no conocen realmente su estado de salud actual y el equipo de salud no conoce la terapéutica que se realiza o se realizará con el paciente, lo que puede repercutir

en el tratamiento efectivo y la adherencia al mismo. En tercer lugar es necesaria la gestión de programas de apoyo institucional para pacientes paliativos debido a que este tipo de pacientes son un sector de la población altamente vulnerable, no únicamente por la necesidad de mayores cuidados para él y sus familiares, sino también a los escasos recursos económicos a los que se enfrentan y largas distancias que deben recorrer.

Una cuarta área de oportunidad es la creación de redes de apoyo entre pacientes, las cuales pueden proveerlos de soporte psicológico y ayuda material (donación de medicamentos y materiales que ya no se empleen). Al compartir experiencias y aquellas formas en que han solucionado ciertos problemas relacionados a la enfermedad, puede proveer al paciente y sus familiares de herramientas que les ayuden a adherirse al tratamiento y eviten los sentimientos de incomprendión, soledad o de ser los únicos con este tipo de padecimientos. Por último, la creación de programas en los que se entrene a los pacientes y sus cuidadores en los cuidados médicos necesarios para la mejora de la calidad de vida tanto para el enfermo como para sus familiares. La capacitación integral del cuidador ante las complicaciones médicas asociadas al dolor que presenta el paciente resultará de utilidad para el control del estrés percibido.

El trabajo con pacientes con dolor crónico es sumamente complejo, sin embargo, no sólo el psicólogo clínico, sino también el equipo multidisciplinario, tienen mucho que hacer. El psicólogo es una pieza clave en el abordaje de este tipo de pacientes puesto que puede proveerlo de técnicas que mejoren la calidad de la mayoría de las esferas de su vida, por lo que el insertar a los profesionales de la salud mental en estos campos de acción es de suma importancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Alfaro-Ramírez, O., Morales-Vigil, T., Vázquez-Pineda, F., Sánchez-Román, S., Ramos-del Rio, B- y Guevara-López, U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 46(5), 485-494. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/4577/457745523005/>

- Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. y Castro-Lopes. (2012). Epidemiology of chronic pain: A population-based nation wide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain*, 13 (8), 773-783.
- Barragán-Solís, A. (2006). El dolor crónico: una visión antropológica de acuerdo a familiares y pacientes. *Archivos en Medicina Familiar*, 8 (2), 109-117. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/507/50780208/>
- Camacho, L. y Anarte, M. (2003). Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. *Psicothema*, 15 (3), 464-470. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/727/72715320/>
- Caraceni, A., Bertetto, O., Labianca, R., Maltoni, M., Mercadante, S., Varrassi, G., Zaninetta, G., Zucco, F., Bagnasco, M., Lanata, L. y De Conno, F. (2012). Episodic (Breakthrough) pain prevalence in a population of cancer pain patients. Comparison of clinical diagnoses with the QUDEI-Italian Questionnaire for intense episodic pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43 (5), 833-841. Recuperado de: [http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(12\)00013-9/pdf](http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(12)00013-9/pdf)
- Casals, M. y Samper, D. (2004) Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 11 (5); p. 260-269. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462004000500002Yscript=sci_arttextYtIng=en
- Covarrubias-Gómez, A. (2008). Las clínicas del dolor en México. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 31 (1), 66-70.
- Covarrubias-Gómez, A., Guevara-López, U., Gutiérrez-Salmerón, C., Betancourt-Sandoval, J. y Córdova-Domínguez, J. (2010). Epidemiología del dolor crónico en México. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 33 (4), 207-213.
- Gálvez, R., Rejas, J.- Pérez, M. y Gómez, M. (2005). Prevalencia del dolor neuropático en España: implicaciones clínicas, laborales y asistenciales. *Medicina Clínica*, 126 (6), 221-229.
- Guillemet, G. y Guy-Coichard, C. (2016). Principios de tratamiento del dolor crónico. *Kinesiterapia-Medicina Física*, 37 (3), 1-12.
- Haythornwaite, J. (2007). Evaluación de las creencias sobre el dolor, de las estrategias de afrontamiento y del funcionalismo de la vida diaria. In P., Wall, S., McMahon, R., Melzack M., y Koltzenburg (Ed.). *Tratado del dolor* (pp. 321-334). España: Elsevier.
- IASP. Definición de “dolor”. Recuperado de <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576#Pain>

- Ibarra, P., Pineda, S., Martínez, C., Tinoco, J. y Flor, F. (2015). Prevalencia del dolor no oncológico en la consulta de rehabilitación. *Rehabilitación*, 49 (4), 224-229.
- Llorca, g., Muriel, C., González-Tablas, M. y Díez, M. (2007). Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 14(1) p. 26-35.
- López, F. (1996). Definición y clasificación del dolor. *Clínicas Urológicas de la Complutense*, 4, 49-55.
- Mantyh, P. (2007). Dolor oncológico: Causas, consecuencias y opciones terapéuticas. In P., Wall, S., McMahon, R., MelzackY M., Koltzenburg (Ed.). *Tratado del dolor* (pp. 1115-1126). España: Elsevier.
- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain supplement*, 6, S121-S126.
- Monzalve, V., Cerdá-Olmedo, G., Mínguez, A. y de Andrés, J. (2000). Ansiedad t depression en pacientes domiciliarios frente a pacientes ambulatorios con dolor crónico. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 7(1); p. 6-11
- Morales-Virgil, T., Alfaro-Ramírez del Castillo, O., Sánchez-Róman, S., Guevara-López, U. y Vázquez-Pineda, F. (2008). Ansiedad y depresión por dolor crónico neuropático y nociceptivo. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46 (5), 479-484. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2008/im085d.pdf>
- Moreno, C. y Prada, D. (2004). Fisiopatología del dolor clínico. *Guía neurológica*, 3, 9-21.
- Paice, J. (2006). Dolor oncológico. In J., Von Rohen, J., Paice M., y Preodor (Ed.), *Diagnóstico y tratamiento en el dolor* (pp. 85-101). Madrid: Mc Graw-Hill / Interamericana de España.
- Plata-Muñoz, M., Castillo-Olivares,M. y Guevara-López, U. (2004). Evaluación del afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 27(1); p16-23.
- Turk, D., Burwinkle, T. y Thieme, K. (2006). Intervenciones psicológicas. In J., Von Rohen, J., PaiceY M., Preodor (Ed.), *Diagnóstico y tratamiento en el dolor* (pp. 50-61). Madrid: Mc Graw-Hill / Interamericana de España.
- Van den Beuken-van Everdingen, M., Hochstenbach, L., Joosten, E., Tjan-Heijnen, V. y Janssen, D. (2016). Update on prevalence of pain in patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(6), 1070-1090.

Van Hecke, O., Austin, S., Khan, R., Smith, B.H- y Torrance, N. (2014). Neuropathic pain in the general population: A systematic review of epidemiological studies. *Pain*, 155, 654-662.