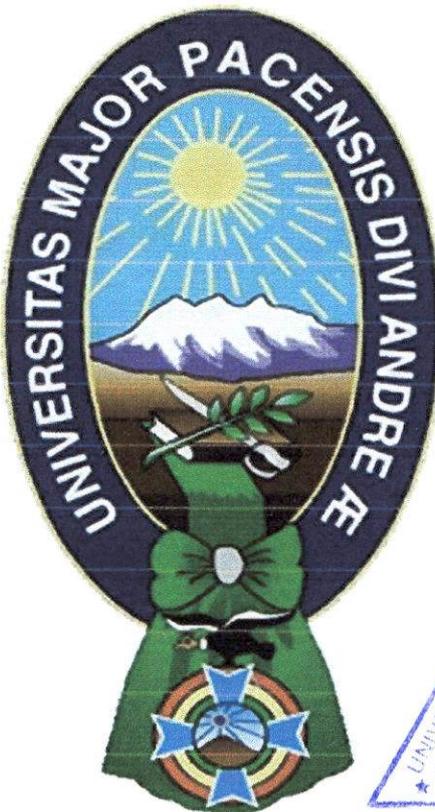


MAR C

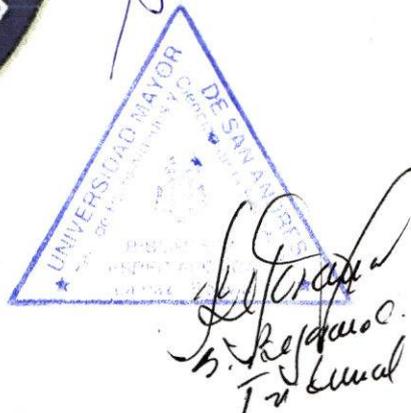
T-3119

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

*Dora Beatriz Pinelo Navarro  
Tutor*



*Flora Gladys Paredes Aranda*



**TESIS DE GRADO**

*111 h.*

**"NEUROTICISMO, AFRONTAMIENTO  
Y DOLOR CRÓNICO"**

**POSTULANTE: FLORA GLADYS PAREDES ARANDA**

**TUTOR: LIC. DORA BEATRIZ PINELO NAVARRO**

**LA PAZ - BOLIVIA  
2013**

*Tesis  
3119*

## **AGRADEZCO**

*A la Lic. . Dora Beatriz Pinelo N. mi Tutora la que fue mi guía para la realización de la tesis de Grado. Agradezco sus observaciones, sus aportaciones precisas, su atención, su seguimiento, y sobre todo su apoyo.*

## *AGRADECIMIENTOS*

*A mi querida familia, a mis padres, por su apoyo, a mis queridos hermanos y hermanas, a mis sobrinas (os) y en especial a mi hijita Jazmín Celeste, que es la ilusión de mi vida, mi compañía y mi motivación para la realización de la Tesis de Grado.*

*Los agradecimientos al Dr. Alex Gutiérrez mi tribunal revisor de Perfil de Tesis, por su apoyo y su empuje motivacional sin olvidar su confianza.*

*Le agradezco al Dr. Sergio Bejarano, mi tribunal lector de Tesis por sus observaciones pertinentes y sus recomendaciones durante la realización de la Tesis de Grado.*

*Agradezco su colaboración a la Dra. Ruth Calderón Sainz, (Directora) del Hospital de Clínicas;*

*Al Dr. Pabel Sainz, jefe Unidad de Hemodiálisis; Dr. Ventura Bustillos, gracias por su atención, motivación, y su colaboración en momentos puntuales de este trabajo;*

*También al Dr. Miguel Quiroga, jefe Unidad de Oncología; al personal médico, enfermeras, a todos los que colaboraron en la investigación.*

*Muchas Gracias también a los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis*

*A los pacientes de Oncología que han participado de forma voluntaria y estuvieron dispuestos a colaborar en la presente investigación a todas ellas gracias.*

*También a Eddy, que me apoyó incondicionalmente en los momentos precisos para la realización del estudio.*

*Gracias también a Patricio, que en su momento ha contribuido al empuje de este trabajo.*

*A mis compañeras, que me apoyaron en todo momento.*

*Muchas gracias a todas las personas que me motivaron, sin sus apoyos, nunca habría  
realizado este trabajo.*

*"Lo esencial para la dicha es la completa dignidad en el  
sentimiento, incluso en el dolor"*

*Auguste Comte*

## INDICE

**AGRADECIMIENTOS**

**INDICE**

**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN ..... 9**

### **CAPITULO I**

**I.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... 16**

**I.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN..... 25**

**I.3. OBJETIVOS ..... 26**

**Objetivo General ..... 26**

**Objetivos Específicos..... 26**

**I.4. HIPÓTESIS ..... 27**

**I.5. JUSTIFICACIÓN ..... 28**

### **CAPITULO II**

**II. MARCO TEÓRICO ..... 311**

**II.1. TEORÍA DE LA PERSONALIDAD DE EYSENCK. .... 31**

**II.1.1 Dimensión de Neuroticismo..... 33**

**II.1.2. Constructos teóricos de investigaciones..... 35**

**II.2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ..... 37**

**II.2.1. Afrontamiento dirigido a la emoción ..... 39**

**II.2.2. Afrontamiento dirigido al problema..... 40**

**II.2.3. Estrategias activas. .... 41**

**II.2.4. Estrategias pasivas..... 42**

**II.2.5. Constructos teóricos de investigaciones..... 42**

**II.3. DOLOR CRÓNICO ..... 45**

**II.3.1. Definición de las dimensiones de Melzack y Casey (1968)..... 46**

**II.3.2. Dolor en función de su duración: ..... 47**

II.3.3. Constructos teóricos de investigaciones.....	49
II.4. PACIENTES DE ONCOLÓGICA.....	50
II.4.1. El cáncer.....	50
II.5. PACIENTES DE HEMODIÁLISIS.....	52
II.5.1. La insuficiencia renal crónica.....	52
II.5.2. Hemodiálisis.....	53

**CAPITULO III**

<b>III. METODOLOGÍA .....</b>	<b>55</b>
III.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	55
III.2. VARIABLES .....	55
III.2.1. Definición conceptual de las variables.....	56
III.2.2. Operacionalización de variables .....	60
III.3. PARTICIPANTES .....	63
III.4. INSTRUMENTOS.....	64
III.5. PROCEDIMIENTO .....	66

**CAPITULO IV**

<b>IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>70</b>
IV.1. Análisis de confiabilidad de los instrumento.....	70
IV.1.1 Correlación de Neuroticismo, Afrontamiento y Dolor crónico .....	80
IV.1.2. Análisis estadístico .....	83
IV.1.3. Prueba de muestras independientes .....	83
IV.1.4. Relación de Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico de oncología ..	88
IV.1.5. Relación de Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico, de hemodiálisis.....	91

## **CAPITULO V**

<b>V.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	94
<b>V.2. RECOMENDACIONES</b> .....	102
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	106

## **ANEXO**

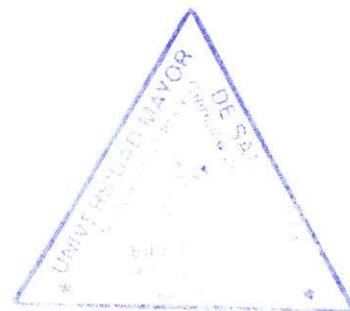
Anexo 1 Analisis estadísticos para Neuroticismo

Anexo 2 Análisis estadístico para la prueba de McGill de Dolor

Anexo 3 Análisis estadístico de neuroticismo en oncología y de hemodiálisis

Anexo 4 Datos demográficos: pacientes oncológicos

Anexo 5 Datos demográficos: pacientes en hemodiálisis



**APÉNDICE 1:** Cartas de solicitud al jefe del la Unidad de Oncología del Hospital de Clínicas.

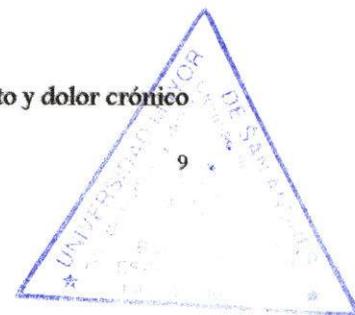
**APÉNDICE 2:** Cartas de solicitud a de jefe del la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de Clínicas.

## Resumen

La presente investigación, comprobó la hipótesis respecto a la relación entre la “*dimensión neuroticismo, la intensidad de dolor percibida y las estrategias de afrontamiento*”. La misma que viene a constituirse en un ejercicio no experimental de replicación de la investigación realizada en España en el año 2001, por las autoras Ramírez, M. C., Esteve, Z. R., y López, M. A. E. A., que seleccionaron sujetos con dolor crónico: Benigno y Oncológico; a diferencia de la presente investigación que participaron 93 pacientes con dolor crónico de las unidades: Oncología y Hemodiálisis del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz.

Cabe hacer notar que si bien la replicación de la investigación mencionada, permitirá utilizar los mismos instrumentos otorgados amablemente por las españolas estas son: La *Escala Vanderbilt de Afrontamiento al Dolor* (Brown y Nicassio, 1987); El *Cuestionario de McGill de Dolor* (Ruiz et al., 1990) y el *Inventario de Personalidad de Eysenck* (Eysenck y Eysenck, 1990). Dicha relación se sometió a un análisis estadístico SSPS, (Versión 11.5), y el coeficiente de correlación de Spearman y Kendall.

Los resultados obtenidos de la presente investigación se asemejan a los datos encontrados en el año 2001, por las autoras españolas quienes demostraron la relación entre altos niveles de neuroticismo que se convierten en predictores de estrategias (pasivas); y una relación entre el uso de estrategias pasivas y la intensidad de dolor percibido. También, hallaron la relación negativa entre la estrategia de catastrofismo y las activas. De ahí, que en la presente investigación se evidencia la relación positiva entre las variables: “*Neuroticismo, Estrategias de Afrontamiento y Dolor Crónico*”. De tal modo, que ambos grupos de pacientes obtuvieron elevados niveles de neuroticismo, y su mayor manejo son las estrategias de afrontamiento catastrofista cuya relación es significativa y positiva con la intensidad de dolor. Otro dato que se encontró es la relación negativa entre el afrontamiento catastrofista y el afrontamiento activo, esto explica la relación negativa entre la estrategia activa y pasiva. Otro dato, que se halló es la relación positiva entre la variable neuroticismo y la intensidad de dolor percibido.



## INTRODUCCIÓN

En América Latina, existe un elevado porcentaje de pacientes con dolor crónico-terminal, relacionado a otras enfermedades crónicas; como las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial, el cáncer la diabetes, las enfermedades renales, el VIH/SIDA entre otras.

Al analizar las cifras de dolor en los últimos años se ha observado un considerable aumento de las enfermedades degenerativas crónicas, aumentado el número de personas que padecen dolor crónico. Actualmente la salud ocupa un lugar de importancia en Bolivia.

Así, Álvarez, W. (Septiembre, 2011) señala que *"La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) entregó a Bolivia el reconocimiento por los logros obtenidos en cuanto a tratamientos para el dolor de las diferentes enfermedades que acechan a la población...* Asimismo, mencionó que Bolivia se encuentra dentro de los *"30 países que trabajan con estudio, tratamiento y diagnóstico del dolor"*<sup>1</sup> (p. 7)

De acuerdo a los datos mencionados, junto a la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas que aumentan de forma progresiva, estas enfermedades estarían ocupando un área importante dentro de la salud en Bolivia. Así como lo señala Saldaña, I. M., (2009)...*"hemos ingresado en un proceso de transición epidemiológica, con una creciente importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus, la insuficiencia renal crónica, las enfermedades cardiovasculares e inmunológicas. Cambios que nos permiten entender la dinámica de salud de las poblaciones en términos de discapacidad, enfermedad y muerte"*.<sup>2</sup>

En este sentido, la presente investigación da importancia a pacientes que padecen cáncer y pacientes de Hemodiálisis. Los pacientes oncológicos se encuentran sometidos bajo tratamientos invasivos, mutilantes y prolongados en tiempo, puede durar semanas,

<sup>1</sup> Bolivia recibe reconocimiento en tratamientos para el dolor. EL DIARIO Sociales, (septiembre 2011)

<sup>2</sup> Saldaña, I. M. (2009, 5 de mayo). Editorial. *Sociedad Paceña de Nefrología*, Boletín Nefron: n° 1 – 17.

meses e inclusive años; el cáncer no sólo afectan aspectos físicos causándole dolor crónico, sino que, involucra factores psicológicos y sociales.

Durante el tratamiento de quimioterapia deben enfrentan el estrés que produce, además de aceptar y convivir con la enfermedad puesto que es una de las actividades más importantes durante su vida, y si cuenta con el apoyo de familiares, amigos, y el personal del hospital esta nueva situación se hace más llevadera.

En el caso de los pacientes de hemodiálisis, se encuentran imposibilitados de llevar a cabo sus actividades cotidianas normales, pues, están sometidos a una máquina de diálisis de por vida; afectando los aspectos físicos, psicológicos y sociales. Estos sujetos experimentan situaciones nuevas durante el curso del tratamiento, causándole cambios para quien la padece así como para su entorno familiar, alterando la propia imagen de la persona y su función corporal; por causa de la cirugía, implantes de fistulas, sondas, las marcas de agujas, la coloración amarillenta de la piel, todos estos signos provocan deterioro físico, por lo que, la persona se convierte en un ser aislado por la vida que lleva.

No obstante, se debe considerar que todo individuo dolor crónico oncológico y de hemodiálisis experimenta y cambios, a nivel cognitivo y conductual, también, experimenta pérdidas importantes y dolorosas en los diferentes ámbitos de su vida. En el caso de los pacientes hemodializados, las pérdidas tienen una gran relevancia tanto en el terreno *“físico y cognitivo...la fluctuación de la uremia causa una importante reducción física, y es frecuente la sensación permanente de encontrarse enfermo, debido a síntomas tales como náuseas, fatiga, mareos, dificultades para dormir, incapacidad para concentrarse y deterioro en huesos y nervios, etc. “En el caso de los pacientes con cáncer puede advertir de su presencia a través de una serie de síntomas inespecíficos, entre los que destaca: fatiga, debilidad, pérdida de peso, pérdida de apetito o fiebre”<sup>3</sup>. En las alteraciones emocionales “presentan un buen número de cambios significativos y profundos” (p. 252)*

---

<sup>3</sup>. Amigo, V.I., Fernández, R.C., Pérez, A. M., (1998). Manual de psicología de la salud Ed. Pirámide S. A. Madrid.

La amenaza de estas pérdidas llevará al sujeto a tratar de convivir y tolerar el dolor. Esta nueva forma de vivir hace que vaya... *“adquiriendo nuevas creencias cognitivo-comportamentales”* (Moretti, L. S. 2010), distintivamente en el denominado afrontamiento hacia la enfermedad.

Dicho afrontamiento según Lazarus y Folkman, (1986), *“conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (p.164).

En este sentido, la mayor actividad del sujeto que padece dolor crónico será tratar de reducir el malestar causado por la amenaza percibida, además de tratar de comprender el significado de su enfermedad y la integración de éste a sus vidas. Por lo tanto, es posible que para la mayoría de los pacientes oncológicos y de hemodiálisis podría ser a menudo dificultoso adecuarse a su situación.

En este sentido, las estrategias de afrontamiento ayudan a tener una mejor adaptación al dolor crónico. De acuerdo a los autores Suarez, et al., en el año 2005, *“el afrontamiento es cualquier actividad que el individuo puede realizar, tanto en el nivel cognoscitivo como en el conductual, para enfrentar una determinada situación. Por lo tanto, son recursos con que cuenta la persona como pensamientos, reinterpretaciones, conductas etc. para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación”*( p.4).

De esta manera, las estrategias de afrontamiento constituyen una importante variable mediadora de la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes, como las enfermedades crónicas. El estudio, realizado por los autores Soucase, B., et al., en el 2004, quienes indican que el uso de estrategias de afrontamiento más bien pasivas se asocian significativa y positivamente con la dimensiones de calidad de vida que implican cierto grado de desadaptación por parte del paciente a la enfermedad, mientras que el uso de

estrategias más activas ante el dolor se relacionan significativa y negativamente con dichas dimensiones. (p. 358)

El dolor será la que determinara 1) la capacidad del sujeto para manejar la situación que es, en sí misma y dadas sus características contextuales, estresantes. 2) los recursos (internos y externos) con los que cuenta para hacerle frente; y 3) las características personales (sexo, edad, variable de personalidad) que, en interacción con las mencionadas pueden actuar como variables diferenciales en la vivencia de la experiencia de dolor (Sánchez, Cánovas y Sánchez López, 1994)

En un estudio evidencia la existencia de una relación entre las estrategias de afrontamiento y ciertos factores de personalidad, es decir, la adaptación a una situación estresante dependerá de ciertas estrategias de afrontamiento que utiliza la persona. Al respecto, los autores M. Cañellas, Gema García, Jenny Moix Queraltó, P. Infante, S. Subirá en el 2005, quienes afirman que las personas con dolor crónico *"presentan un patrón de personalidad más desadaptativo o desajustado, que la población general. Es probable que este patrón de personalidad intervenga favoreciendo el inicio o mantenimiento del dolor crónico"* (pp.17-24).

Teniendo como pieza fundamental la investigación realizada por las autoras Ramírez, M. C., Esteve, Z. R., y López, M. A. E. en el año 2001, en el contexto español, se ha considerado replicar dicho estudio pero con pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis y con pacientes que padecen la enfermedad del cáncer, esto contrariamente al estudio anterior que se abordó con sujetos con dolor crónico, tanto benigno como oncológico que acudían a la Unidad del Dolor y al Servicio de Reumatología de la Residencia Hospitalaria Carlos Haya de Málaga.

Cabe hacer notar que si bien la replicación de la investigación mencionada, permitirá utilizar los mismos instrumentos otorgados amablemente por las investigadoras españolas, dichos instrumentos de medición las cuales son: a) *La Escala Vanderbilt de Brown y Nicassio*, (1987), (adaptación Española realizada por Ramírez, M. C., Esteve, Z.

R., y López, M. A. E. 2001); b) *El Cuestionario McGill de Dolor* de Ruiz et al., (1990); y c) *El Inventario de Personalidad de Eysenck* (Eysenck y Eysenck, 1990).

De este modo, al margen de considerar de utilidad académica el replicar la investigación mencionada, también será de mucha utilidad en el área de salud, además, de obtener una medida de la variable de la dimensión de personalidad neuroticismo que probablemente es un factor determinante en el inicio y duración de la enfermedad, y la relación que pueda tener con el manejo de estrategias de afrontamiento. Una puntualización importante a tener en cuenta, es la adaptación del paciente a la situación estresante como padecer el dolor crónico oncológico y hemodiálisis; por lo que, su repercusión negativa afecta la calidad de vida. En este sentido, las estrategias de afrontamiento serán las que medien el grado de adaptación entre la dimensión neuroticismo, y la situación estresante.

La presente investigación se realizó bajo las normas de método científico tomando en cuenta cada uno de los pasos de investigación científica.

El primer capítulo hace referencia al planteamiento del problema donde se describe las variables de estudio "*Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico*".

En el segundo capítulo hace referencia a la elaboración del marco teórico, se buscó información referente a las variables del presente estudio, "*neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico*" añadiendo estudios previos, también, actualizaciones teóricas; Se tuvo como referencia principal el estudio hallado sobre la relación existente entre las variables neuroticismo, dolor crónico y afrontamiento, encontrada en el año 2001, por las autoras Ramírez, M. C., Esteve, Z. R., y López, M. A. E. realizada en el contexto español.

En el tercer capítulo se desarrolló el método de estudio, tipo de diseños es el no experimental de la presente investigación.

Los participantes que componen el presente estudio, son 93 pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis y pacientes que padecen la enfermedad del cáncer de la Unidad

de Oncología y de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de Clínicas de la Ciudad de La Paz.

Cabe hacer notar que si bien la replicación de la investigación mencionada, permitirá utilizar los mismos instrumentos - otorgados amablemente por las investigadoras españolas - de medición las cuales son: a) *La Escala Vanderbilt de Brown y Nicassio*, (1987), (adaptación Española realizada por Ramírez, M. C., Esteve, Z. R., y López, M. A. E. 2001); b) *El Cuestionario McGill de Dolor* de Ruiz et al., (1990); y c) *El Inventario de Personalidad de Eysenck* (Eysenck y Eysenck, 1990). De acuerdo a los instrumentos mencionados se aplicó paralelamente a ambos grupos de pacientes en un periodo de dos meses.

El cuarto capítulo, se desarrolla la presentación y análisis de los resultados mediante la tabulación y recopilación de datos, posteriormente, se obtuvo los datos mediante el programa estadístico SPSS (versión 11,5) y el coeficiente de rho de Spearman, simbolizado como  $r_s$  y tau de Kendall, simbolizado como  $t$ .

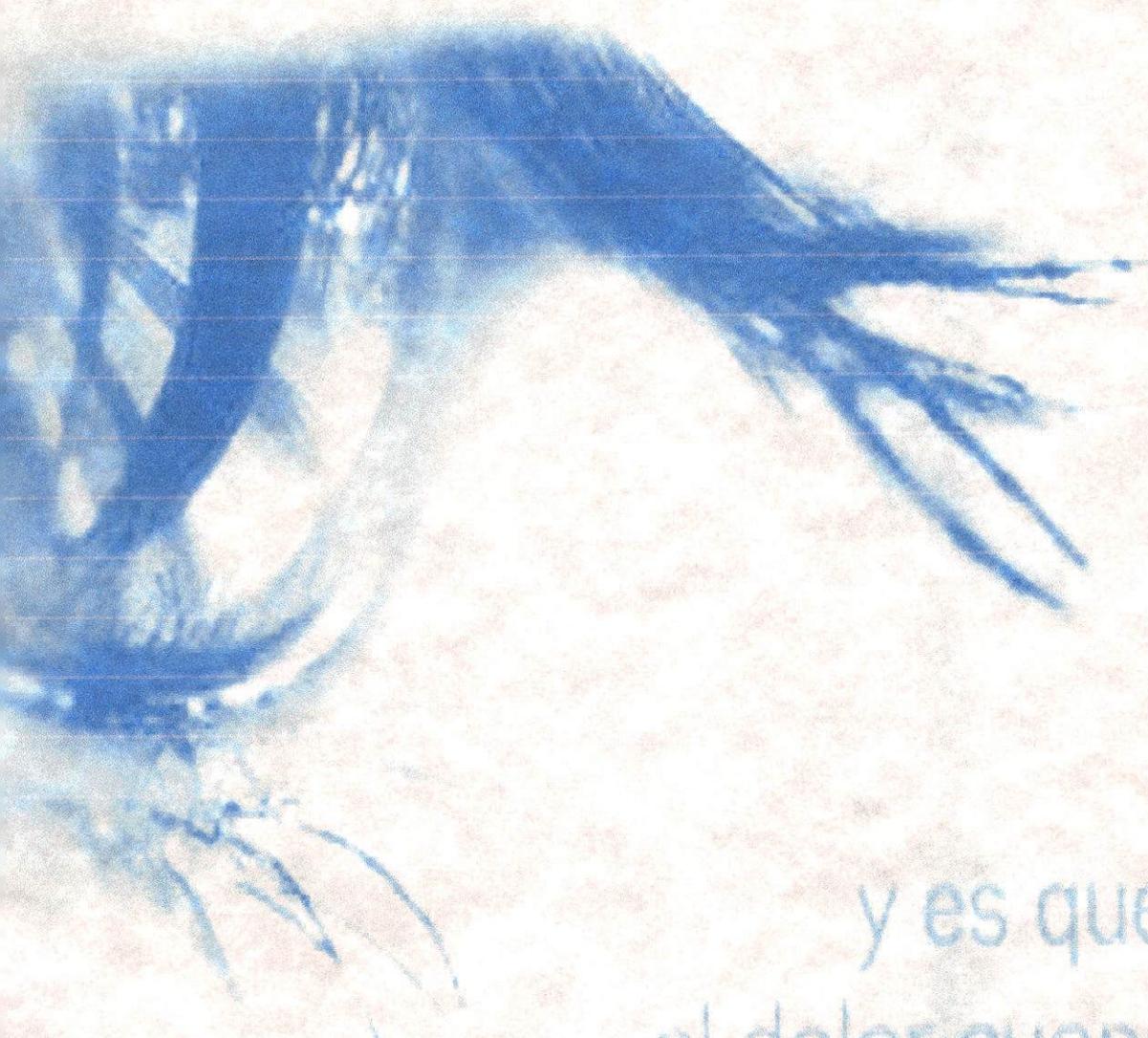
Se realizó la descripción de los resultados de los datos estadísticos, los mismos que se obtuvo con el dicho programa (SPSS versión 11,5) además, de los resultados obtenidos de la correlación entre las variables: Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico; se obtuvo los datos de comparación entre ambos grupos de pacientes que componen la presente investigación.

El quinto capítulo hace referencia a las conclusiones y recomendaciones tomando en cuenta los datos obtenidos del resultado de la presente investigación. Las conclusiones se realizaron tomando en cuenta las hipótesis de la presente investigación. Asimismo, se incluirán los resultados de investigaciones previas sobre las variables a medir, y otras que podrían estar también relacionadas. Finalmente, se realizó las respectivas recomendaciones tomando en cuenta las repercusiones emocionales, cognitivas y conductuales de la persona

que padece cáncer y hemodiálisis y las forma de adaptarse lo mejor posible a la situación estresante.

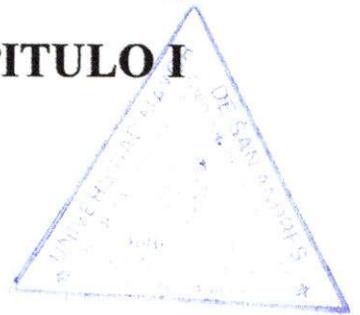
De igual forma se realizó recomendaciones de implementación de programas, de técnicas de entrenamiento, capacitaciones, etc. El apoyo psicológico para estos pacientes que padecen dolor crónico oncológico y de hemodiálisis con un enfoque multidisciplinario.

# CAPITULO I



y es que  
el dolor cuando  
es por dentro..

es mas fuerte...

**CAPITULO I****I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La presente investigación contempla el dolor crónico como una experiencia desagradable que causa un gran impacto en la vida del ser humano, constituyéndose en uno de los problemas actuales que afecta a todo el mundo y que posiblemente se incremente en los últimos años. Existen muchas estadísticas que señalan que en la última década gran parte de la población en general sufre de dolor crónico. En América Latina existe un elevado porcentaje de pacientes con dolor crónico-terminal, relacionado a otras enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial, el cáncer, la diabetes, las enfermedades renales, el VIH/SIDA, entre otras.

En este sentido Bistre, C. S. (2007), señala que *“en general las principales causas de muerte son cáncer, complicaciones de la diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, violencia y accidentalidad. Todas ellas acompañadas de dolor. Un estudio mexicano señala que el 26% de la población sufre de alguna forma de dolor crónico”* (p.7).

La Asociación Colombiana para Estudio del Dolor (ACED), en las encuestas que realizó en los años 2001, 2002, 2004 y 2008, indica que *“ha logrado determinar que la prevalencia de dolor en nuestro medio es del 51% de la población, la mayoría mujeres (86%), y la mayoría de ellos insatisfechos con el manejo médico que habitualmente se le realiza”*<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Universidad del Rosario. Contenido Temático Curso Superior Universitario de Medicina del Dolor. Bogotá, Colombia. Se encuentra en la pág. Web: <http://www.urosario.edu.co/Educacion-Continuada/documentos/Contenidos-tematicos/Medicina/Temas-Curso-Medicina-del-Dolor/B>

Por su parte, Bistre, C. S. (2007), menciona que *“en América Latina no tenemos cifras exactas sobre el dolor crónico, probablemente los resultados serán reveladores para poder entender mejor los problemas que tenemos y trabajar sobre ellos”* (p.8).

En Bolivia, según los datos de la situación actual del cáncer la epidemióloga Maury, S. del Programa de Enfermedades no Transmisibles, citada por Pérez, W. 2011, informan que... *“si bien el incremento del cáncer es global a nivel mundial, Bolivia de inicio, no tenía un reporte sobre las personas afectadas... desde el 2010 se empezó a tomar en cuenta dentro de las estadísticas y el registro actual es de 15.111 personas que estuvieron diagnosticadas con algún tipo de cáncer. Hablando con los especialistas, ellos indicaron el crecimiento acelerado que se registra cada año”* (p. A17).

Este mismo autor Pérez, W., (2011), señala que: *“los datos del Ministerio de Salud, las personas con algún tipo de cáncer se encuentran concentradas mayoritariamente en cuatro departamentos de Bolivia. Maury, S., sostuvo que Cochabamba concentra al 39% con 5.891 casos, le sigue Santa Cruz con el 20% al registrar a 3.042; luego La Paz con el 18% y 2.767 pacientes; y Chuquisaca con el 14% al tener en registros a 2.153”* (p. A17).

El registro nacional de diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante del programa nacional de salud renal, que pertenece al ministerio de salud y deportes, indica que *“en cuanto a la insuficiencia renal crónica terminal en nuestro país, se puede decir que no difiere de otras enfermedades crónicas degenerativas que han visto aumentar su incidencia de forma significativamente a lo largo de la última década debido a la transición epidemiológica, en la que las enfermedades no transmisibles empiezan a adquirir una mayor importancia. La incidencia y prevalencia de la insuficiencia renal crónica, se ha*

*venido incrementando de forma abrupta y descontrolada a niveles semejantes a los encontrados en países industrializados”<sup>5</sup> (p.7).*

Según Maury, F. S., (2009), mencionó en su artículo denominado insuficiencia renal crónica terminal en Bolivia, menciona que... *“desde hace 3 años el Ministerio de Salud y Deportes a través de su Programa Nacional de Salud Renal inicio el estudio Epidemiológico de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Bolivia, creando para ello el Registro Nacional de Diálisis Peritoneal, Hemodiálisis y Trasplante Renal, mismo que fue ejecutado con la participación plena de la Sociedad Boliviana de Nefrología, instrumento de investigación que permitió conocer la distribución y variabilidad de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal en nuestro país”* no obstante *“se realizó el levantamiento de datos del 100% de centros de salud que prestan servicios de terapias de sustitución renal, mismas que corresponden a 39 instituciones entre la seguridad social, públicas y privadas”<sup>6</sup>.*

En este sentido, según las afirmaciones de la responsable nacional de Salud Renal, Pacheco, A.C., en los datos estadísticos con que cuenta dicho programa... *“tenemos registrados 1.080 pacientes que se encuentran recibiendo tratamientos de sustitución renal en las diferentes instituciones del país, tanto públicas como privadas”*. Asimismo, mencionó que el *“40.7 por ciento de estos son pacientes que se encuentran en la Caja Nacional de Salud (CNS), el 21.8 por ciento en los centros de salud privados y un 18.6 por ciento en los distintos hospitales públicos del país”*, que los *“datos estadísticos que demuestra que los hombres son afectados en un 55.8 por ciento y en un 42.2 por ciento a mujeres. La raza más afectada es la mestiza”*, y que el *“crecimiento de esta enfermedad en relación a un 60 por ciento a nivel nacional”<sup>7</sup>.*

<sup>5</sup> Registro nacional de diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante, Programa nacional de salud renal. Ministerio de Salud y Deportes, La Paz, 2005, Organización Panamericana de la Salud-Bolivia.

<sup>6</sup> Maury, F. S., (2009). Insuficiencia renal crónica terminal en Bolivia. Programa de Salud Renal. Sociedad Paceña de Nefrología. Boletín Nefron: N° 1 - 17 de Mayo de 2009.

<sup>7</sup> Enfermedades renales crecen en Bolivia a un ritmo de 60 por ciento al año. (2008, 8 Septiembre). *Hoy Bolivia Com. El*

De acuerdo a los datos mencionados, junto a la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas que aumentan de forma progresiva, estarían ocupando un espacio importante dentro de la salud en Bolivia. Así como lo señala Saldaña, I. M., (2009)...“*hemos ingresado en un proceso de transición epidemiológica, con una creciente importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus, la insuficiencia renal crónica, las enfermedades cardiovasculares e inmunológicas. Cambios que nos permiten entender la dinámica de salud de las poblaciones en términos de discapacidad, enfermedad y muerte*”<sup>8</sup>

Actualmente las enfermedades crónicas como el cáncer y la hemodiálisis se han convertido en uno de los mayores problemas de la salud, generando además gran preocupación en los pacientes, ya que su vida se encuentra perturbada por experiencias emocionales desagradables tanto psicológica, social y culturalmente; de hecho esta experiencia de dolor, va progresivamente deteriorando la vida funcional y cotidiana de estos pacientes, particularmente en los siguientes ámbitos:

- Familiar: se ve afectada la relación de pareja y de alguna manera las relaciones con el resto de los miembros de su familia.
- Social: disminuyen las relaciones interpersonales.
- Emocional: se producen pensamientos y sentimientos de inutilidad.
- Laboral: disminuyen las competencias laborales, en desmedro del ingreso económico.

No obstante, se debe considerar que toda persona que padece cáncer, experimenta cambios significativos, y también pérdidas importantes dolorosas y devastadoras en los diferentes ámbitos de su vida, *"el cáncer puede advertir de su presencia a través de una*

---

<sup>8</sup> Saldaña, I. M. (2009, 5 de mayo). Editorial. *Sociedad Paceña de Nefrología*, Boletín nefron: nº 1 – 17.

*serie de síntomas inespecíficos, entre los que destaca: fiebre, debilidad, pérdida de peso, pérdida de apetito o fiebre.*" (Amigo, V. I. et al., 1998, p. 188). En las alteraciones emocionales se *"presentan un buen número de cambios significativos y profundos"* (Oblitas, L. A., 2004, p. 252)

Tanto los pacientes que padecen la enfermedad del cáncer y los pacientes en tratamiento de hemodiálisis podrían percibir el dolor de forma evolutiva, lo que podría durar años o inclusive durante toda su vida. Además, se desarrollan frecuentes conductas las cuales son: evitación a diferentes actividades físicas, sociales y laborales; Las constantes pérdidas que experimentan por la dependencia a la enfermedad misma (cáncer y hemodiálisis); además, de someterse a la medicación, también al personal médico y a la familia.

La experiencia de padecer dolor crónico-terminal...*"generalmente afectan la calidad de vida de los sujetos que la padecen. Las consecuencias y los tratamientos de ellas requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes que comprometen todas las habilidades afectiva, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas a su vida"* (Oblitas, L. A., 2004, p. 251).

Los estados emocionales en muchas ocasiones es cambiante por las reacciones que provoca la experiencia de enfermedad. En el caso de los pacientes de hemodiálisis la imagen corporal con el paso del tiempo se va deteriorando, su vida familiar se ve afectada por los cambios que debe asimilar en su diario vivir, y la imposibilidad de trabajar le causa un desmedro económico, considerando que son altos costos que supone el tratamiento (hemodializarse). Además, de asimilar y comprender a la enfermedad misma, y el proceso de su tratamiento, con el fin de tratar de prolongar la vida, pero sin la posibilidad de sanarse completamente todos estos aspectos ocasionan alteraciones psicológicas.

En este sentido, todas estas experiencias desagradables que causa el dolor crónico tiene implicaciones negativas en la vida de las personas que la padecen, (oncológico y

hemodiálisis) *"por lo que, la experiencia de dolor vendrá determinar: 1) la capacidad del sujeto para manejar una situación que es, en sí misma y dadas sus características contextuales, estresante (lo cual alude al concepto de afrontamiento); 2) los recursos (internos y externos) con los que cuenta para hacerles frente; y 3) las características personales (sexo, edad, variables de personalidad) que, en interacción con las anteriormente mencionadas pueden actuar como variables diferenciales en la vivencia de la experiencia de dolor"*. (Sánchez Cánovas y Sánchez López, 1994, citado por Ramírez, M. C., Esteve, Z. R., y López, M. A. E., 2001, p.129)

Las personas que padecen dolor crónico, deben afrontar una situación que cambia su vida, además, de adaptarse a la situación de dolor crónico (cáncer y de hemodiálisis) que posiblemente dependa de varios *"factores como ser: el diagnostico de enfermedad, la edad, el género, estatus social el apoyo de la familia, la educación, la religión, los patrones de personalidad, la inteligencia, los autoesquemas, los estilos de afrontamiento, etc."* (Vinaccia, S., Ramírez, L., Toro, F., 2001, citado por Vinaccia, S., 2003, p. 162)

También, *"los factores cognitivos, emocionales y comportamentales, que están involucrados en la experiencia individual y del contexto sociocultural de los individuos, influyen tanto en el proceso del enfermar como en la prevención de los trastornos y enfermedades"* (Oliveros, E., et al., 2010, p.27).

En este sentido, existen estudios que demuestran la relación entre las estrategias de afrontamiento y ciertos factores de la personalidad, es decir, que la adaptación a una situación estresante dependerá de ciertos aspectos de la personalidad. Al respecto, se ha encontrado un estudio realizado por los autores M. Cañellas, Gema García, Jenny Moix Queraltó, P. Infante, S. Subirá en el 2005, quienes afirman que las personas con dolor crónico *"presentan un patrón de personalidad más desadaptativo o desajustado, que la población general. Es probable que este patrón de personalidad intervenga favoreciendo el*

*inicio o mantenimiento del dolor crónico, aunque son necesarios más estudios de tipo prospectivo para poder afirmar esta incidencia con mayor seguridad” (p. 17).*

De esta manera, ciertos factores de la personalidad llevan a utilizar estrategias de afrontamiento con un bajo nivel de adaptación. En este sentido, las investigaciones que se han encontrado están centrados en la dimensión de neuroticismo. El estudio realizado por los autores Medina, C. Y., et al., en el año 2007, quienes señalan que el neuroticismo es multifactorial pues en parte depende de características de tipo genético, lo que puede llevar a una mayor o menor predisposición hereditaria. Por otra parte, de característica de tipo ambiental. *“La relación existente entre neuroticismo y estrés es muy marcada, de tal modo que puntajes altos en neuroticismo son indicadores de vulnerabilidad al estrés” (p.2).*

Al respecto, se halló una investigación indicando claramente que altos niveles de neuroticismo llevan a un malestar prolongado y extendido, tanto en los individuos neuróticos como en las personas cercanas a ellos. El autor Infante V. P. (2002), indica que los individuos con alto neuroticismo tienen mayor predisposición al desarrollo de enfermedades físicas. Estos estudios señalan que el neuroticismo es una característica de la personalidad que refleja una tendencia a experimentar emociones angustiosas y preocupantes. Estas emociones negativas propician cambios físicos que pueden contribuir con la progresión de una enfermedad física. (p.55)

El neuroticismo está influenciado por el sufrimiento de la enfermedad, dada la tendencia de las personas con alto neuroticismo a experimentar emociones angustiosas, negativas, preocupantes y de baja autoestima, asimismo, algunos estudios evidencian que los individuos con alto neuroticismo pueden presentar un patrón de pensamiento catastrófico sobre los aspectos de su vida. Por lo tanto, varios autores han contribuido argumentado la importancia que puedan tener las características de personalidad y el empleo de estrategias de afrontamiento, la relación existente entre estas dos variables a su vez con el nivel de adaptación de los sujetos sometidos a situaciones estresantes. (Lazarus y Folkman, 1984, p. 65)

Debido a lo anterior, se desarrollaron investigaciones sobre las estrategias de afrontamiento y el neuroticismo que constituyen importantes variables de adaptación del paciente a eventos altamente estresantes, como las enfermedades crónicas. En este sentido, se encontró el estudio realizado por los autores Rodríguez, F. L., Cano, G. F. J., Blanco, P. A., (2004) quienes apoyan los estudios que relacionan el neuroticismo con el uso de estrategias desadaptativas; demostrando en su análisis factoriales que las estrategias de afrontamiento del dolor crónico son desadaptativas y que implica un manejo de dolor caracterizado por la abundancia del lenguaje interno negativo, ansiógeno, depresógeno, una escasa percepción de control y autoeficacia, también, proliferación de conductas de dolor. (p.90)

De esta manera, las estrategias de afrontamiento constituyen una importante variable mediadora de adaptación del paciente a eventos altamente estresantes como las enfermedades crónicas. En este sentido, los autores Soucase, B., et al., en el 2004, indican que el uso de estrategias de afrontamiento más bien pasivas se asocian significativa y positivamente con la dimensiones de calidad de vida que implican cierto grado de desadaptación por parte del paciente a la enfermedad, mientras que el uso de estrategias más activas ante el dolor se relacionan significativa y negativamente con dichas dimensiones. (p. 358)

El estudio realizado por las autoras Ramírez, M. C., Esteve, Z. R., y López, M. A. E., (2001) demuestran que el neuroticismo se relaciona con el uso de las estrategias de afrontamiento, añadiendo que altos niveles de neuroticismo se convierten en predictores de estrategias pasivas; y que existe una relación significativa entre el uso de estrategias pasivas y la intensidad de dolor percibido. Asimismo, mencionan que les ha sido interesante encontrar la relación negativa que se establece entre las estrategias pasivas y activas, es decir, entre el catastrofismo y las activas. (supresión de emociones y afrontamiento conductual) (p.135)

En este sentido, tomando como referencia principal el estudio mencionado y siguiendo con el propósito de la presente investigación sobre la relación entre las variables neuroticismo, dolor crónico y afrontamiento, encontrada en el año 2001, por las autoras Ramírez, M. C., Esteve, Z. R., y López, M. A. E. realizada en el contexto español, se ha considerado replicar la investigación realizada por estas autoras, pero con pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis y con pacientes que padecen la enfermedad del cáncer, esto contrariamente al estudio anterior que se abordó con sujetos con dolor crónico, tanto benigno como oncológico que acudían a la Unidad del Dolor y al Servicio de Reumatología de la Residencia Hospitalaria Carlos Haya de Málaga.

Cabe hacer notar que si bien la replicación de la investigación mencionada, permitirá utilizar los mismos instrumentos - otorgados amablemente por las investigadoras españolas - de medición las cuales son: a) *La Escala Vanderbilt de Brown y Nicassio*, (1987), (adaptación Española realizada por Ramírez, M. C., Esteve, Z. R., y López, M. A. E. 2001); b) *El Cuestionario McGill de Dolor* de Ruiz et al., (1990); y c) *El Inventario de Personalidad de Eysenck* (Eysenck y Eysenck, 1990).

Una vez que se encuentre la relación entre las variables a medir de la presente investigación: Niveles de neuroticismo, las estrategias de afrontamiento (pasivo y activo) que manejan ambos grupos de pacientes que padecen dolor crónico, se realizará el análisis de comparación de los resultados entre ambos grupos de pacientes que padecen cáncer y pacientes con tratamiento de hemodiálisis.

Finalmente, se verificará si se asemejan con los resultados de los datos encontrados de la investigación de las autoras españolas Ramírez, M. C., Esteve, Z. R., y López, M. A. E. realizada en el año 2001, realizada en el contexto español.

Cabe considerar, que será de utilidad académica el replicar la investigación mencionada, se presume también que será de mucha utilidad en el área de salud. Teniendo en cuenta el marco de referencia de actualizaciones teóricas, además, de las conclusiones

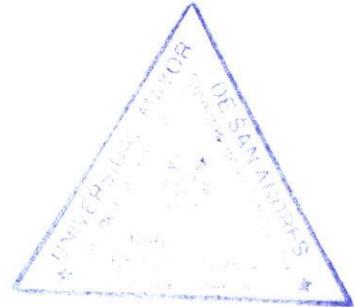
de los resultados de investigaciones previas sobre las variables a medir. Se estudiarán otras variables que podrían estar también relacionadas como ser las correspondientes al contexto cultural, el ambiente hospitalario, la educación, etc.

Es así que nace la idea de realizar la réplica del estudio realizado el año 2001, por las autoras Ramírez, M. C., Esteve, Z. R., y López, M. A. E., los resultados de relación que encontraron estas autoras fueron fundamentales para la realización del presente trabajo.

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Existirá una relación entre la dimensión neuroticismo, y el manejo de estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos comparados con los pacientes en tratamiento de hemodiálisis y que están padeciendo dolor crónico?

### **I.3. OBJETIVOS**



#### **I.3.1. Objetivo General**

Verificar la relación entre la dimensión neuroticismo, y el manejo de estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos comparados con los pacientes en tratamiento de hemodiálisis y que están padeciendo dolor crónico.

#### **I.3.2. Objetivos Específicos**

- Determinar si existe relación entre la dimensión neuroticismo y el manejo de estrategias de afrontamiento pasivo en los pacientes que reciben tratamiento oncológico a comparación con los pacientes de hemodiálisis.
- Establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento pasivas por parte de los pacientes oncológicos y los pacientes que reciben tratamiento en hemodiálisis ante la intensidad de dolor percibido.

## **L4. HIPÓTESIS**

### **Hipótesis general**

Hi: Existe relación entre la dimensión de neuroticismo y el manejo de estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos, comparados con los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, y que están padeciendo dolor crónico.

### **Hipótesis específicas**

- Hi: Los pacientes oncológicos presentarán puntajes elevados en la dimensión de neuroticismo, por lo que emplean mayor uso de estrategias de afrontamiento pasivas (catastrofismo y búsqueda de apoyo social), en comparación con los pacientes que reciben tratamiento en hemodiálisis que presentaran puntajes bajos en la dimensión de neuroticismo y el mayor manejo de estrategias de afrontamiento activas (supresión de emociones y afrontamiento conductual).
- Hi: Los pacientes con tratamiento oncológico utilizan estrategias de afrontamiento pasivo, y una menor tolerancia a la intensidad de dolor, comparados con los pacientes que reciben tratamiento en hemodiálisis que emplean estrategias de afrontamiento activo y una mayor tolerancia al dolor.

Ho: No existe relación entre las variables mencionadas en los pacientes con tratamiento en hemodiálisis y los pacientes oncológicos.

## **I.5. JUSTIFICACIÓN**

La presente investigación tiene como finalidad relacionar las variables "*neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico*". Al respecto, y teniendo cuenta la evidencia de la investigación hallada sobre la relación existente entre las variables de dimensión de personalidad neuroticismo, dolor crónico y afrontamiento, encontrada en el año 2001, por las autoras Ramírez, M. C., Esteve, Z. R., y López, M. A. E., realizada en el contexto español, se ha considerado replicar la investigación realizada por estas autoras, pero con pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis y con pacientes que padecen la enfermedad del cáncer, esto contrariamente al estudio anterior que se abordó con sujetos con dolor crónico, tanto benigno como oncológico que acudían a la Unidad del Dolor y al Servicio de Reumatología de la Residencia Hospitalaria Carlos Haya de Málaga.

Los sujetos de la presente investigación son pacientes que padecen cáncer y los que reciben tratamiento hemodiálisis. Experimentan cambios significativos en los aspectos psicológicos, físicos y sociales, en muchas ocasiones padecer estas enfermedades está sujeto a constantes pérdidas, como ser: pierde su independencia tanto por el tratamiento y por la misma enfermedad. A la vez, se encuentran inmersos a experimentar diversas sensaciones, emociones, limitaciones, etc. Además, de asimilar la comprensión de la enfermedad misma y atravesar por la situación de estrés que provoca el tratamiento (quimioterapia, hemodiálisis ) tratando de prolongar la vida, pero sin la posibilidad de sanarse completamente.

En el caso de los pacientes que padecen la enfermedad del cáncer a menudo experimentan diversas experiencias, sensaciones durante las cirugías, como ser el miedo e incertidumbre; en cuanto a las limitaciones: someterse a los medicamentos fuertes que provoca en muchas ocasiones la imposibilidad a llevar a cabo sus actividades cotidianas normales en su vida, por el tiempo que le dedican al tratamiento de quimioterapia.

De igual forma, los pacientes de hemodiálisis experimentan varias conductas, emociones, sensaciones durante el diagnóstico. Las cirugías, las fistulas, el tratamiento de diálisis exige una serie de restricciones dietéticas y físicas, perturbando su imagen corporal, y que con el paso del tiempo se va deteriorando. Otro aspecto importante, no desarrollan sus actividades cotidianas con normalidad, experimentan pérdidas en los aspectos: físico, familiar y social. En cuanto al entorno familiar, se ve afectado por el estrés que produce la diálisis, además, el tiempo que dedican al tratamiento le imposibilita trabajar con normalidad. Los altos costos que supone la enfermedad junto con lo anteriormente mencionado, pueden generar alteraciones a nivel psicológico.

Por consiguiente, los pacientes oncológicos y de hemodiálisis, su mayor actividad será tratar de afrontar la situación de estrés que produce padecer de dolor crónico, al mismo tiempo de adaptarse al tratamiento. Por lo que, las estrategias de afrontamiento que puedan utilizar los pacientes serán las que ayuden en la adaptarse a la enfermedad, además, de ser la mediadora entre la dimensión de neuroticismo y el dolor crónico.

En este sentido, el propósito de la presente investigación es obtener la relación entre los niveles de la dimensión de personalidad neuroticismo y estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes oncológicos y hemodializados que atraviesan por la situación de dolor crónico. Se presume que los resultados que se encontró, serán de utilidad académica y de mucha utilidad para el área de la salud.

Además, en el presente estudio se contribuye a comparar los datos entre ambos grupos de pacientes (oncológico y hemodiálisis), también, se contrastará los datos obtenidos con los resultados de la investigación española.

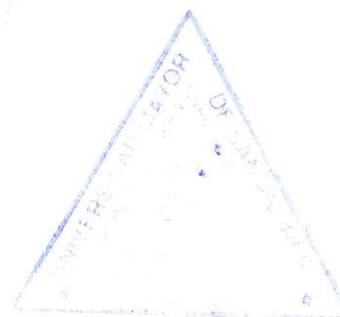
Asimismo, se propone programas de entrenamiento sobre el mayor manejo de estrategias de afrontamiento activo, y tratar de disminuir el manejo de estrategias de afrontamiento pasivo.

El apoyo psicoterapéutico cuyo propósito será dar apoyo en el inicio del diagnóstico, en el curso de la enfermedad y durante el tratamiento, también, se sugiere el apoyo terapéutico dirigido a la familia. El apoyo será individual ante la problemática emocional que atraviese el paciente, asimismo, el apoyo mediante capacitaciones en el caso del aspecto económico. También, se ofrece algunas sugerencias o alternativas de solución para atenuar la situación desde las relaciones sociales existentes, para este tipo de pacientes, que servirá de retroalimentación a la familia y al personal médico.

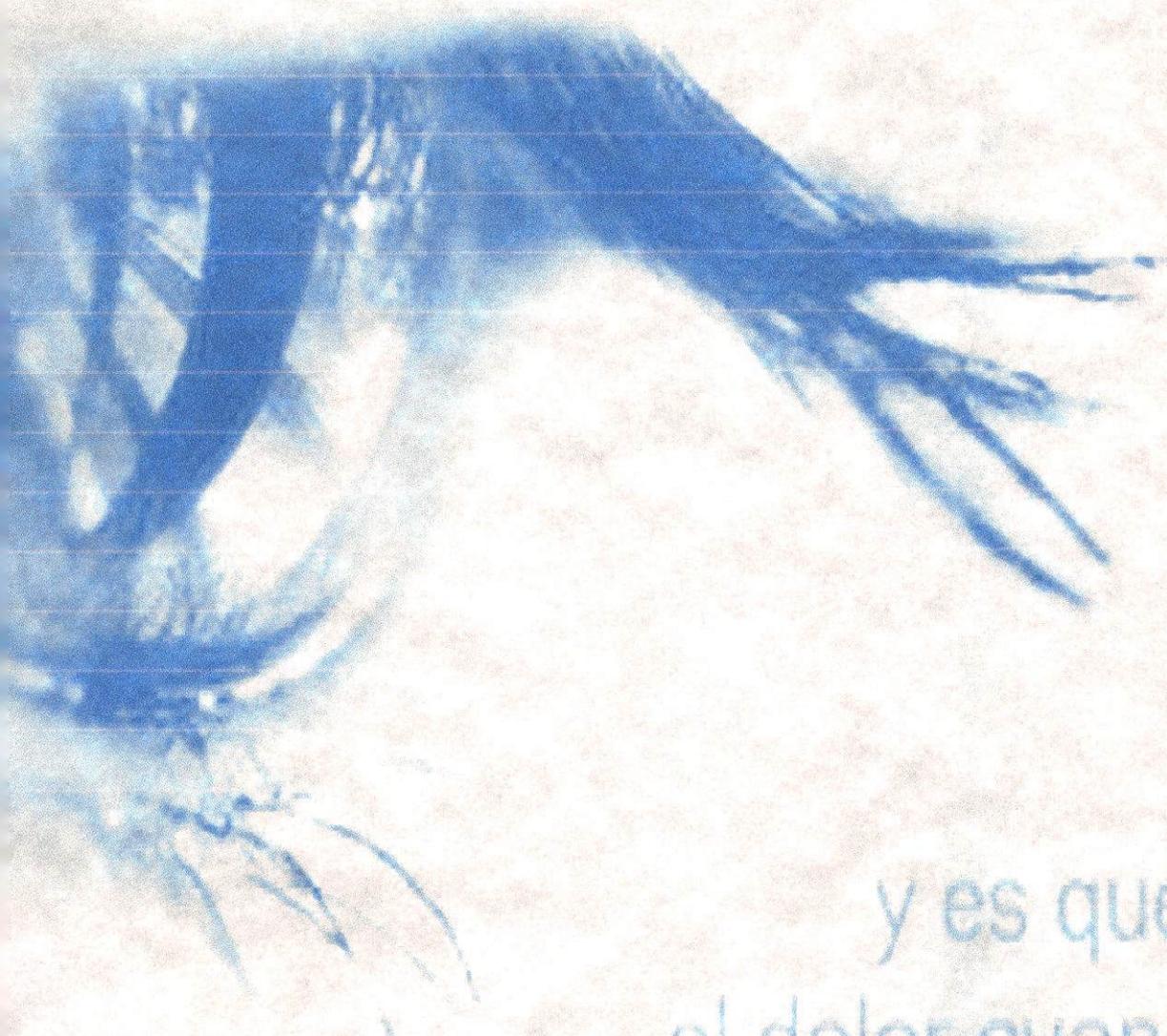
En cuanto, a las instituciones: hospitales, clínicas que apoyan a los pacientes en proceso de dolor crónico y los cuidados paliativos, se indica la importancia del campo de la salud psicológica ya que, con las sugerencias de alternativas de técnicas psicológicas que se propone, las personas llegarán a adquirir o desarrollarán sus propias capacidades a fin de que ellas mismas sean capaces de manejar, afrontar, y adaptarse a la situaciones que se les presenta.

Asimismo, es necesario proyectar intervenciones a partir del enfoque multidisciplinario de la psicología, puesto que desde esta disciplina se pueden alcanzar objetivos que no podrían lograrse por otras ciencias.

También, en la presente investigación, se profundizaron el marco teórico añadiendo investigaciones, actualizaciones teóricas, y otras que podrían estar también relacionadas como ser las correspondientes a la cultura, el ambiente hospitalario, la educación y la religión.



## CAPITULO II



y es que  
el dolor cuando  
es por dentro..

es mas fuerte...

## CAPITULO II

### II. MARCO TEÓRICO

#### II.1. La teoría de la Personalidad de Eysenck.

La Personalidad es definida por Eysenck; Eysenck, 1985, como *“Una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única al ambiente. El carácter denota el sistema más o menos estable y duradero de la conducta conativa (voluntad) de una persona; el temperamento, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta afectiva (emoción); el intelecto, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta cognitiva (inteligencia); el físico, su sistema más o menos estable y duradero de la configuración corporal y de la dotación neuroendócrina”* (citado por Schmidt, V., et al. 2007).

En sus teorías de Eysenck, (1952-1994) el rasgo psicológico ocupa un lugar central, razón por la cual se suele considerarse como una teoría *“disposicional”*. Una disposición o rasgo es definida por Fabregat, O., et al., (2001) como *“una tendencia de conducta que da estabilidad y consistencia a las acciones, las reacciones emocionales y los estilos cognitivos de los sujetos”* (p. 9).

Para Eysenck, los rasgos son *“factores disposicionales que determinan nuestra conducta regular y persistentemente en muchos tipos de situaciones diferentes”* (citado por (Schmidt, V., et al., 2007, p. 9).

Las teorías dimensionales (o factorialistas) proponen la existencia de factores de personalidad como dimensiones continuas sobre las que pueden disponerse cuantitativamente las diferencias individuales (Mayor y Pinillos, 1989). Para Pelechano, (2000). El concepto de dimensionalidad implica fundamentalmente dos aspectos básicos: a)

existe un limitado número de dimensiones básicas de personalidad, y b) tales dimensiones se distribuyen de manera normal, formando un continuo en el que cualquier persona puede ser ubicada.

Para Schmidt, V., et al., (2007) menciona que la dimensión de Eysenck puede ser utilizada como sinónimo de factor (por el método estadístico que básicamente se emplea en las teorías dimensionales: el análisis factorial), las cuales están determinadas como dimensiones básicas de personalidad de Eysenck estas son: Extraversión (E), Neuroticismo (N) y Psicoticismo (P). Por lo que, las personas pueden ser descritas en función del grado de E, N y P, y pueden ser ubicadas en algún punto del espacio tridimensional que estos suprafactores generan. De este modo, un sujeto no es simplemente extravertido sino que tiene algún grado de E.

A continuación, se presenta la clasificación y definición de rasgos típicos que definen cada dimensión de la personalidad de Eysenck, (1990) citados según Schmidt, V., et al., (2007).

Dimensión	Definición
<b>Neuroticismo</b>	Es una dimensión relacionada con la disposición a padecer lo que clásicamente se conoce como trastornos neuróticos, tanto trastornos de ansiedad como del estado de ánimo. Un individuo con alto Neuroticismo es: ansioso, deprimido, tenso, irracional, tímido, triste, emotivo, con baja autoestima y sentimientos de culpa, depresión, irracionalidad, vergüenza, mal humor, emotividad y preocupación.
<b>Extroversión</b>	Un individuo extravertido es: sociable, vivaz, activo, asertivo, buscador de sensaciones socializadas, despreocupado, dominante, espontáneo y aventurero.

<b>Psicoticismo</b>	Un individuo con alto Psicoticismo es: agresivo, hostil, frío, egocéntrico, impersonal, impulsivo, antisocial, creativo, rígido y poco empático. Un individuo con bajo P es: altruista, empático, responsable, socializado y convencional.
---------------------	--

Asimismo, los autores Schultz, Duane P., Sydney Ellen Schultz, en el 2000, señalan que Eysenck en ningún momento pretendió que la Personalidad esté definida sólo por estos tipos y sus rasgos respectivos; él aceptaba que pudieran estar polarizada estas son:

E - Extroversión - Introversión.

N - Neuroticismo - Estabilidad emocional.

P - Psicoticismo - Control de impulsos.

Estos mismos autores, indican que estas dimensiones permanecen estables a lo largo del ciclo vital, desde la niñez hasta la edad adulta a pesar de las diferentes experiencias sociales y ambientales que cada uno tiene. Las situaciones pueden cambiar, pero las dimensiones permanecen constantes. (p. 281)

La presente investigación se centrará en la dimensión de Neuroticismo. Para Eysenck, H. J., (1970), define la dimensión "neuroticismo o vulnerabilidad para la neurosis, implica una baja tolerancia para el estrés, sea física, como en las situaciones dolorosas, sea psicológica, como en las situaciones conflictivas o de frustración". Esta dimensión de personalidad oscila entre aquellas "personas normales, calmadas y tranquilas y aquellas que tienden a ser bastante "nerviosas", estas tienden a sufrir más frecuentemente de una variedad de "trastornos nerviosos" que llamamos neurosis, de ahí el nombre de la dimensión" (p.51).

En la revisión teórica de los autores Schultz, Duane P., Sydney Ellen Schultz, en el año 2000, mencionan que la teoría de Eysenck es apoyada con la teoría de la neurosis, por lo que, se revisará de forma somera a la autora Horney, (1937), la precursora de la teoría de

neurosis, dentro de su constructo teórico utilizado, expuso la denominación de tendencias neuróticas que las define como *“la incompatibilidad básica de las tres tendencias neuróticas; este conflicto es el núcleo de la neurosis”*. De esta forma, expuso que *“Los neuróticos o normales, sufren cierto conflicto entre esos modos básicamente irreconciliables, la diferencia entre la persona normal y neurótica estriba en la intensidad del conflicto; es mucho más intenso en esta última. La gente neurótica debe batallar (...) y enfrenta todas las situaciones con las conductas y actitudes”* (p. 157).

Los neuróticos según el autor Eysenck, (1970), se caracterizan por ser ansiosos, depresivos, tensos, irracionales y malhumorados. Pueden tener baja autoestima y son proclives a los sentimientos de culpa, reaccionan a estímulos con una hipersensibilidad crónica. Esta condición da lugar a una mayor emocionalidad en la respuesta a casi cualquier situación difícil. De hecho, los neuróticos reaccionan de manera emocional ante hechos que otras personas consideran. En tanto, la diferencia que presenta Eysenck es *“la dimensión de personalidad neuroticismo es en gran medida heredado, un producto de la genética más que del aprendizaje o la experiencia”*. Esas diferencias se manifiestan en la reactividad biológica innata, en la predisposición genética hacia el neuroticismo o hacia la estabilidad emocional. Además, Eysenck, *“no descartó la influencias ambientales y situacionales en la personalidad, como las interacciones familiares en la niñez, pero creía que sus efectos en la personalidad eran limitados”* (Schultz, D. P. y Schultz, S. E. (2000), p. 282).

Por otro lado, los autores Medina, C. Y., et al., en el año 2007, señalan que el neuroticismo es multifactorial pues en parte depende de características de tipo genético, lo que puede llevar a una mayor o menor predisposición hereditaria; por otra parte, existe la característica de tipo ambiental. *“La relación existente entre neuroticismo y estrés es muy marcada, de tal modo que puntajes altos en neuroticismo son indicadores de vulnerabilidad al estrés”* (p.2).

Las personas con puntuaciones elevadas en Neuroticismo, tiende a ser preocupada, voluble, deprimida, tienden a manifestar desordenes psicossomáticas (dolores de cabeza, dolores de espalda, malestares digestivas). Es emocionalmente hipersensible les cuesta regresar a la normalidad después de las experiencias emocionales. (Eysenck, 1994).

La hipersensibilidad que les caracteriza dificulta su adaptación, que le causa conductas estrictas e irracionales (Colom,1998). En cambio en el otro extremo la persona con puntuaciones bajas tiende a ser ecuánime, calmada y con control emocional. Neuroticismo - Estabilidad emocional, son dos polos opuestos cada individuo puede situarse en algún punto sobre la línea estabilidad emocional - inestabilidad emocional. Normalmente, la mayoría de la gente se encuentra situado en un punto medio (Eysenck, 1974)

Al respecto, se hallan investigaciones relacionadas con la dimensión de neuroticismo, relacionado con situaciones, como el estrés, la enfermedad, etc. De hecho, existen estudios indicando claramente que altos niveles de neuroticismo llevan a un malestar prolongado y extendido, tanto en los individuos neuróticos como en las personas cercanas a ellos.

De acuerdo, al autor Infante V. P. (2002) indica que los individuos con alto nivel de neuroticismo tienen mayor predisposición al desarrollo de enfermedades físicas. Estos estudios señalan que el neuroticismo es una característica de la personalidad que refleja una tendencia a experimentar emociones angustiosas y preocupantes. Estas emociones negativas propician cambios físicos que pueden contribuir con la progresión de una enfermedad física. De tal modo, que la tendencia de las personas con alto neuroticismo a experimentar emociones angustiosas, negativas, preocupantes y de baja autoestima, algunos autores consideran que los individuos con alto neuroticismo pueden presentar un patrón de pensamiento catastrófico sobre los aspectos de su vida. En el sentido retrospectivo Larsen, (1992) observo que los pacientes con alto neuroticismo recordaban altas frecuencias de sus

síntomas físicos, pero que en los registros de su dolor se observaban frecuencias menores. (p.55)

Las autoras Ramírez, M. C., Esteve, Z. R., y López, M. A. E., en el año 2001, realizaron una investigación que altos niveles de neuroticismo se convierten en predictores de estrategias (pasivas); y que existe una relación significativa entre el uso de estrategias pasivas y la intensidad de dolor percibido. Asimismo, mencionan que les ha sido interesante encontrar la relación negativa que se establece entre las estrategias pasivas y activas, es decir, entre el catastrofismo y las activas (supresión de emociones y afrontamiento conductual). (p.135)

En este mismo contexto, los autores Soriano, P. J. F., Monsalve, D. V., Ibáñez, G. E., Gómez, C., (2010), indican que la dimensión de neuroticismo se relaciona con un mayor uso del catastrofismo, considerándose un predictor de la conducta observable de dolor. El neuroticismo también se relaciona con valoraciones de vigilancia al dolor y con valoraciones catastrofistas, las cuales repercuten en el empleo de estrategias de afrontamiento pasivos. (p.541)

Para Rodríguez, F. L., Cano, G. F. J., Blanco, P. A., (2004), quienes observaron que en el análisis factoriales de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico hallaron que son desadaptativas y que implica un manejo de dolor caracterizado por la abundancia del lenguaje interno negativo, ansiógeno, depresógeno, una escasa percepción de control y autoeficacia, también, proliferación de conductas de dolor. (p. 90)

Otra investigación realizada por las autoras Mariela V. Giles y María M. Richard's, en el 2001, quienes concluyen que *"existe una vinculación entre las estrategias de afrontamiento del estrés un rol fundamental en el proceso salud-stress-enfermedad, siendo el tipo de personalidad un predictor del grado de adaptación o desadaptación"* (p. 45).

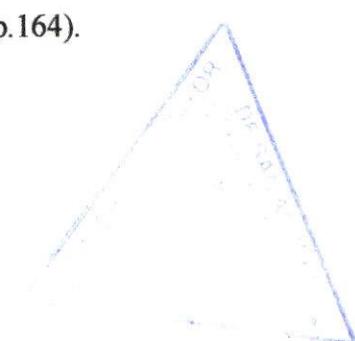
Para Suarez, et al., en el año 2005, quienes concluyen que *“el afrontamiento es cualquier actividad que el individuo puede realizar, tanto en el nivel cognoscitivo como en el conductual, para enfrentar una determinada situación. Por lo tanto, son recursos con que cuenta la persona como pensamientos, reinterpretaciones, conductas etc. para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación”* (p. 4).

Las estrategias de afrontamiento constituyen una importante variable mediadora de la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes, como las enfermedades crónicas. En este sentido los autores Soucase, B., et al., en el 2004, quienes indican que el uso de estrategias de afrontamiento más bien pasivas (como por ejemplo, la religión) se asocian significativa y positivamente con la dimensiones de calidad de vida que implican cierto grado de desadaptación por parte del paciente a la enfermedad, mientras que el uso de estrategias más activas ante el dolor (por ejemplo, distracción y autocontrol mental) se relacionan significativa y negativamente con dichas dimensiones. (p. 358)

Para Oliveros, E., Barrera, M., Martínez, S., & Pinto, T., en el 2010, quienes indican que las estrategias tales como la búsqueda de apoyo social, ante un diagnóstico de cáncer sin posibilidad de recuperación; ciertos factores cognitivos, emocionales y comportamentales, producto de la experiencia individual y del contexto sociocultural de los individuos, influyen tanto en el proceso del enfermar como en la prevención de los trastornos y enfermedades. (p.27)

## **II.1. Estrategias de Afrontamiento**

De acuerdo a Lazarus y Folkman, (1986), definen las estrategias de afrontamiento como *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (p.164).



Para el autor Lull, D.M., et al., en el 2003, quienes establecen que la teoría de Lazarus y Folkman, (1986), *“es un modelo transaccional del estrés en tanto que el afrontamiento no es simplemente una respuesta a un hecho que ha sucedido, sino que es un proceso activo de modelado de lo que ha sucedido y de lo que sucederá”* (p.175).

Para el autor Buendía, V. J., (1993), las estrategias de afrontamiento *“implica tanto los esfuerzos cognitivos como conductuales que emplea el sujeto para controlar las situaciones estresoras y reducir o eliminar la experiencia de estrés* (Sandin, 1989)”. Además, las estrategias de afrontamiento está constituido únicamente por aquellas conductas o pensamientos que son utilizadas conscientemente por el individuo para controlar los efectos producidos por la anticipación o experiencia de la situación estresante (Stone y Neale 1984) (p. 43)

Además, se debe mencionar que todos los *“individuos pueden hacer uso de sus recursos personales y sociales para afrontar el estrés. El coping (afrontamiento) que emplee el sujeto puede depender de las características de la situación estresora y de su valoración”* (...). Los autores Lazarus y Folkman (1984), identifican que *“los recursos disponibles y de las limitación que puedan dificultar el uso de dichos recursos en el contexto de una interacción determinada... es decir que tener muchos recursos no solo significa disponer de ellos, sino también tener habilidad para utilizarlos ante las diferentes exigencias del entorno”*( Buendía, V. J., (1993, p. 161).

De acuerdo a Lazarus, y Folkam (1986), las estrategias de afrontamiento pueden agruparse en dos categorías estas son: *“afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional que el problema da lugar”*. Por lo tanto, el afrontamiento dirigido a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificarlas condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, son más

susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio. (pp.172-176)

Asimismo, el autor Buendía, V. j., en 1993, distingue al afrontamiento dirigido a la emoción como el *“regular los estados emocionales evocados por la situación o acontecimientos estresantes (Afrontamiento centrado en la emoción; Lazarus y Folkman, 1980), por ejemplo, evitando la situación estresante, reevaluando cognitivamente el suceso perturbados o atendiendo selectivamente a aspectos positivos de uno mismo o del entorno”* (p. 44).

Para Lazarus y Folkman, (1986), el *“afrontamiento dirigido a la emoción modifican la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente”* es decir los procesos dirigidos a la emoción pueden cambiar el significado de una situación estresante sin distorsionar la realidad. *“Utilizamos el afrontamiento dirigido a la emoción para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar como si lo ocurrido no nos importara, etc.”* (p.174).

El afrontamiento dirigido al problema, está encargado a *“modificar la situación o acontecimiento estresante (afrontamiento en el problema; Lazarus y Folkman, 1980); entre ellos se incluirían las estrategias de resolución de problema o las destinadas a alterar la relación descompensada entre el sujeto y su entorno, bien mediante la modificación de las circunstancias problemáticas, bien mediante la aportación o inversión de nuevos recursos que contrarresten el efecto negativo de las condiciones ambientales para el sujeto”* (Buendía, V. J., 1993) (p. 44).

De la misma manera *“está dirigida a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo, y a su beneficio y a su elección y aplicación”* (Kahn y cols. 1964). Sin embargo, engloba un conjunto de estrategias más amplio, puesto que incluye estrategias que hacen referencia al interior del sujeto, las cuales

están dirigidas a ayudar al individuo a manejar o resolver los problemas. (Lazarus y Folkman, 1986) (p. 175)

Tanto las estrategias dirigidas al problema como las dirigidas a la emoción coexisten, siendo utilizadas con el fin de afrontar demandas internas como externas originadas por situaciones estresantes, y la forma en que se afronte la situación dependerá de los recursos de que disponga la persona y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos dentro de la interacción. (Lazarus y Folkman, 1986, p.177)

A continuación, se presenta ocho estrategias específicas de afrontamiento al problema y la emoción: (Oblitas, L. A. 2004, p. 246)

**Estrategias centradas en el problema:**

- **Confrontación:** acciones directas para alterar la situación. Ejemplo: “me mantuve firme y luché por lo que quería”
- **Búsqueda de apoyo social:** acciones para buscar consejo, información o simpatía o comprensión. Ejemplo: “acudía a personas amigas que pudieran darme una mano.
- **Búsqueda de soluciones:** acciones orientadas a buscar las posibles alternativas de solución. Ejemplo: “analicé detenidamente la solución y me trace un plan de acción paso a paso”.

**Estrategias centradas en la emoción:**

- **Autocontrol:** esfuerzos para regular los sentimientos y acciones. Ejemplo: “intenté controlar mis sentimientos y que no me dominara el problema”.
- **Distanciamiento:** esfuerzos para separarse de la situación. Ejemplo: “procuré distraerme y no pensar demasiado en el problema”.
- **Reevaluación positiva:** esfuerzos para crear un significado positivo centrándose. Ejemplo: “pasar por esa experiencia enriqueció mi vida”.
- **Autoinculpación:** verse como responsable de los problemas por medio de autorreproches o autocastigos. Ejemplo: “asumí que yo me había buscado el problema”.
- **Escape/evitación:** evitación de la situación de estrés. Ejemplo: “fantaseé y soñé con tiempos mejores”.

Tanto las estrategias dirigidas al problema como las dirigidas a la emoción coexisten, siendo utilizadas con el fin de afrontar demandas internas como externas originadas por situaciones estresantes, y la forma en que se afronte la situación dependerá de los recursos de que disponga la persona y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos dentro de la interacción. (Lazarus y Folkman, 1986, p.177)

De los instrumentos de evaluación existentes tal vez sea el *Vanderbilt Pain Management Inventory* (VPMI) (Brown y Nicassio, 1987) el que recoge mayor número de estrategias de afrontamiento conductuales. Estas últimas junto a algunas de tipo cognitivo, conforman las estrategias de afrontamiento activas y pasivas.

Estas estrategias se pueden clasificar como adaptativas o desadaptativas según sea su relación con el dolor experimentado por el sujeto y su funcionamiento psicosocial. Las estrategias de afrontamiento ante el dolor (Brown y Nicassio, 1987), son las estrategias de afrontamiento activo y pasivo. (pp. 131-132)

**Estrategias activas:** Son aquellas que requieren la participación del paciente en el tratamiento del dolor y su uso está asociado a un mejor funcionamiento físico y psicológico (ejercicio, actividad o ignorar las sensaciones de dolor).

También, están dirigidas al control del dolor o a seguir funcionando a pesar de él. Se distinguen:

**Afrontamiento conductual:** Se refiere a intentar influir sobre el dolor mediante conductas observable o combinaciones de conductas y cogniciones (ejemplo: "se pone a leer").

**Supresión de emociones negativas:** Eliminar los pensamientos y sentimientos negativos respecto al dolor (ejemplo: "se quita de la cabeza los pensamientos que le molestan").

**Estrategias de pasivas:** Son aquellas en las que el paciente se abandona o cede la responsabilidad del tratamiento a medios externos (toma de medicación, reposo). Estrategias mediante las cuales cede a otros el control del dolor y que hacen que el dolor deteriore otras áreas de la vida del sujeto.

Las dos subescalas de estrategias pasivas son:

**Catastrofismo:** El sujeto no es capaz de mantener los esfuerzos por afrontar la situación, se preocupa de forma excesiva por el futuro y tiende a ver el dolor y su situación como algo catastrófico (ejemplo: "piensa que este dolor le tiene hartado, cansado y que puede con usted" )

**Búsqueda de apoyo social:** Acude a otros para que le ayuden a controlar el dolor (ejemplo: "llama al médico o a la enfermera")

De hecho, la mayoría de las personas que padecen alguna enfermedad crónica afrontan distintas situaciones; esto implica la participación del paciente durante el tratamiento y recuperación. Para Osorio, A. E. Del C., (1998), en su investigación concluye que existe una acogida al afrontamiento por parte de los pacientes; pues la acogida a la enfermedad y discapacidad indica la superación de los aspectos negativos de la enfermedad, asimismo, aprender a vivir con la enfermedad y discapacidad haciendo que sea propios con la persona, por tanto, permiten tener una experiencia plenamente humana. Además, encontró que el afrontamiento ante la experiencia negativa y traumática de la discapacidad fue una experiencia estimulante y un desafío para los sujetos de la investigación. (pp. 214-216)

La forma de valorar la situación dolorosa y la forma de hacer frente a dicha situación pueden influir en la percepción de la intensidad y experiencia del dolor. (Rangel, Ma. V., et al., 2010, p. 4). En este sentido, el estudio realizado por Otondo, L. M. E. (1995), indica que las estrategias de afrontamiento están dirigidas al alivio del malestar causado por

la enfermedad, asimismo, son utilizadas por los sujetos enmarcándose a la búsqueda de información juntamente con el apoyo interpersonal que recibe del hospital y la familia. El contacto y la compañía influyen de alguna manera en los sujetos para continuar enfrentando los desafíos que les presenta en el proceso de rehabilitación y afrontamiento.

Por su parte, Morales, H. D. C., (2000), considera importante los aspectos personales a nivel fisiológico, en especial el grado de secuelas de lesiones y pérdidas tanto tangible como simbólica que la enfermedad deja, como la incapacidad de moverse, dolencias, molestias, impedimentos, economía y familia; también la vulnerabilidad emocional vinculada a la forma de percibir e interpretar la situación, lo cual dependerá para la utilización del afrontamiento.

Para Oqueno, C. M. O., (2000), quien añade que las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes variaba ampliamente por edades; así se evidenció que a medida que va pasando el tiempo los recursos de afrontamiento cambian, además, entran otros factores en juego. Asimismo, encuentra una correlación entre mayor nivel de instrucción y mayor disponibilidad de recursos de afrontamiento.

Otro estudio reciente, no se hallaron correlaciones significativas entre las estrategias activas, intensidad del dolor y nivel de funcionamiento cotidiano, mas las correlaciones fueron significativas entre las estrategias pasivas y ambos criterios en un sentido inverso. Esteve Zarazaga R., López Martínez A.E. y Ramírez Maestre C. en el año 1999, estas autoras concluían indicando una relación negativa más intensa entre el dolor y el uso de estrategias activas, aunque también es posible explicar la debilidad de esta relación si atendemos al hecho de que en esta muestra existe una escasa relación entre estrategias activas o pasivas y el nivel de funcionamiento de los sujetos, lo que, en cierta medida viene a suponer la utilidad de las dimensiones del afrontamiento "activa" y "pasiva" como predictores de la adaptación de los pacientes. (p. 343)

Al respecto, se halló un estudio realizado por Rodríguez, Parra, M<sup>a</sup> José Rosa; Zarazaga, Esteve M<sup>a</sup> y López Martínez Alicia E., el año 2000, quienes "*observaron una relación positiva entre estrategias pasivas y dolor y una relación negativa entre estrategias activas y dolor, hallándose una relación incompatible entre ambos tipos de estrategias de afrontamiento*" (pp. 339-345).

Para los autores Soucase, V. Monsalve y J. F. Soriano (2005), evidencian que "*Las estrategias de afrontamiento ante el dolor más utilizadas por la muestra han sido la autoafirmación, la búsqueda de información y la religión, mostrando puntuaciones en ansiedad y depresión moderadamente elevadas*" (pp. 8).

En el mismo contexto, se halló la investigación la realizada por M. T. Anarte, C. Ramírez, A. E. López, y R. Esteve, en el 2001, quienes demuestran la existencia de una marcada diferencia entre los sujetos con dolor crónico oncológico y aquéllos que sufren un dolor crónico benigno, en lo referente al uso de estrategias de afrontamiento utilizadas por ambos grupos de pacientes, es primordial considerar estas diferencias cuando se diseñen intervenciones psicológicas dirigidas a los diversos grupos de pacientes que padecen dolor crónico. (pp.102)

Según los autores Gómez-Pérez, L., López-Martínez A. E. en el año 2008, quienes demuestran la correlación de las tres variables psicológicas (perfiles de personalidad, estrategias de afrontamiento y grado de adherencia médica)... Un análisis de correlaciones canónicas revela que los pacientes que presentan un perfil de personalidad menos ajustado y que utilizan en menor medida estrategias de afrontamiento activas para manejar su dolor consideran menos efectivo el tratamiento médico que reciben. (pp.283)

### **II.3. Dolor crónico**

#### **Dolor**

Para Rangel, Ma. V., et al., en el 2010 definieron al dolor como *" un fenómeno que ha acompañado al hombre desde los albores de la humanidad. Éste en sus manifestaciones físicas y psicológicas ha estado inevitablemente al lado del ser humano durante toda su vida, ligado a procesos históricos, fenómenos ambientales, procesos fisiológicos y patológicos"* (p.1).

Para los autores Loeser y Melzack, (1999), quienes definieron al dolor como una *"experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial, descrito en términos de daño y sufrimiento"*. Esta definición es muy importante ya que reconoce el dolor como una experiencia subjetiva y compleja, considerando la relación entre la experiencia sensorial y los estados afectivos. El dolor es el resultado de la interacción entre factores moleculares, celulares, fisiológicos, biológicos, psicológicos y sociales (normas culturales, contexto social, etc.)(Rangel, Ma. V., et al., 2010, p. 4)

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 1979, 1994) definió el dolor como *"Una sensación no placentera y experiencia emocional asociada con actual o potencial daño o descrito en términos de dicho daño... El dolor es siempre subjetivo"* (IASP, 1994, p. 210).

En este sentido, la persona que sufre de dolor crónico, experimenta varios comportamientos que puede hacerle caer en uno o múltiples círculos viciosos de malestar. Si llega a realizar cualquier tipo de actividad física se producirá un debilitamiento de la musculatura, con el aumento de la sensación de dolor; en cuanto a las perturbaciones emocionales, les causa sensaciones de malestar y, finalmente, si el único remedio utilizado

por la persona es la medicación, esta puede provocar una dependencia que hace que el sujeto necesite cada vez mas dosis para aliviar el dolor.

Por otro lado, la persona con dolor crónico, según el autor Amigo, V.I. et al., (1998) podría experimentar notables cambios en lo laboral, invalidez y un consumo, a veces excesivo, de medicamentos para combatirlo. Además, de experimentar *“frecuentemente, conductas de evitación de determinadas actividades físicas, laborales o, incluso, conductas íntimas que facilitan su progresivo y creciente aislamiento. Todo ello puede provocar a menudo “estados emocionales que, por si mismo, son capaces de exacerbar el dolor”* (p.63).

La teoría del dolor propuesta por Melzack y Wall (1965) quien define que el *“dolor como una experiencia multidimensional con una mayor similaridad a los estados emocionales que a los procesos sensoriales”*. Actualmente existe un acuerdo generalizado en que el dolor es un fenómeno multidimensional en el que entran en concurso factores sensoriales, emocionales, conductuales y cognitivos.

A continuación se presenta la definición de las tres dimensiones según: (Melzack y Casey (1968) citado en Amigo, V.I., et al., 1998, p.65)

<b>D I M E N S I O N E S</b>	<b>SENSORIAL- DISCRIMINATIVA</b>	Hacer referencia a la transmisión de la estimulación nociva (térmica, mecánica, etc.) que activa los nociceptores y que explica la intensidad del dolor y su localización en el organismo. Se refiere a la localización, intensidad y duración del dolor.
	<b>AFECTIVO- MOTIVACIONAL</b>	Hace referencia a la caracterización que la persona hace del dolor cuando lo adjetiva como desagradable o nocivo. Estas son cualidades que se pueden asociar con estados de ansiedad en el sujeto y respuesta de escape y/o evitación.
	<b>COGNITIVO- EVALUATIVA:</b>	Hace referencia al papel de variables como la atención, las creencias y los pensamientos tienen sobre el dolor y que pueden afectar, además, a las dimensiones sensorial-discriminativa y afectivo-motivacional.

Para los autores Soriano, J., y Monsalve, V., en el 2005, quienes consideran que el dolor ha dejado de considerarse una experiencia exclusivamente física para dar paso a la importancia del ámbito psicológico, de manera que en la actualidad se considera desde un punto de vista multidimensional en donde se considera la experiencia de dolor como el resultado de las interacciones existentes entre la dimensión sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa (Melzack y Wall, 1965). En este modelo se destaca el papel neuromodulador que poseen los acontecimientos cognitivos, así como también la importancia de las relaciones existentes entre el dolor crónico y el estrés. (p. 92)

De acuerdo a Infante V. P., en el 2002, indica que "*el dolor psicógeno, funcional, psíquico; se emplean para describir el dolor que no encuentra ninguna etiología orgánica satisfactoria*". En estos casos, a pesar de una investigación cuidadosa no puede descubrir ninguna causa física de enfermedad o lesión, ya sea periférica o central. El origen de la enfermedad es puramente psíquico (Cailliet, 1995). Por lo tanto, en el sujeto con dolor psicógeno es frecuente observar una exagerada respuesta a los estímulos, el dolor es vago, mal definido, migratorio o localizado en puntos variables. La intensidad del dolor es directamente proporcional al estado emotivo. (p. 17)

A continuación se presenta el dolor en función de su duración:

**Dolor agudo.**

Este dolor se caracteriza por tener una aparición repentina y lenta. Existen claramente signos de lesión, inflamación y manifestaciones neurovegetativas que avalan la queja del dolor (Penzo, W., 1989). También se caracteriza por un patrón temporal bien definido. Su comienzo y finalización es breve, de pocas semanas siempre menor de 3 ó 6 meses, está acompañado de cambios en el sistema nervioso autónomo (taquicardia, sudoración, etc.) y puede darse junto a estados de ansiedad (Muriel y Madrid, 1994). Sin embargo, el dolor desaparece cuando se trata la lesión. Su tratamiento suele ser óptimo mediante tratamiento farmacológico simple.

**Dolor crónico**

Se define como una experiencia psicofisiológica desagradable que permanece a pesar de haber disminuido o desaparecido el daño tisular. De acuerdo a este autor Penzo, W., (1989) planteó que el dolor crónico es *"cualquier situación dolorosa que no responde a las medidas convencionales y que dura 6 o más meses"* (Madrid Arias, 1987) p. 63.

Este mismo autor evidencia que el dolor crónico, en su diagnóstico es difícil y el éxito del tratamiento es limitado. Frecuentemente la respuesta a los tratamientos y analgésicos habituales es baja y solo existe respuesta positiva a tratamientos mediante morfina u otros fármacos opiáceos (Vallejo, 1984 y APA, 1995). Su larga duración y magnitud acaban por producir cierto grado de incapacitación física y se acompaña de molestias vegetativas, tales como trastornos del sueño, trastornos del apetito disminución de la actividad sexual y aumento de la irritabilidad. El impacto psicológico es más claro que en el dolor agudo y se encuentra asociado inicialmente a síntomas de ansiedad y posteriormente a síntomas de depresión. (Infante V. P., 2002, p. 16)

De acuerdo a este mismo autor, se clasifica dos tipos de dolor:

**El dolor benigno:** lo podríamos etiquetar como dolor inútil ya que no "avisa" de ningún deterioro; en algunos casos, podemos oír el término de dolor psicógeno para refiriéndose a que la causa es enteramente psicológica.

**El dolor maligno:** es el que indica que existe un deterioro progresivo en nuestro organismo. El ejemplo más claro sería el dolor oncológico.

Para Muriel y Madrid, (1994) dentro del contexto de dolor crónico se pueden distinguir tres grupos en función de las características del dolor. (Infante V. P., 2002, p.17)

- Dolor agudo recurrente, es decir de ocurrencia durante toda la vida o un periodo prolongado, por ejemplo: las cefaleas migrañosas. Estos cuadros tienen periodos de dolor autolimitados, y su final es predecible; no obstante, tiende a recaer.
- Dolor continuo de duración limitada ó dolor crónico agudo. Este dolor tiende a durar meses o años, pero con alta probabilidad de finalizar por curación.
- Dolor crónico no maligno ó también llamado síndrome del dolor crónico benigno irritable. El paciente está gravemente incapacitado por el dolor. El dolor se debe a causas que no amenazan la vida del paciente, sin embargo, no existe respuesta a los métodos habituales para su tratamiento.

De acuerdo a la exploración de las investigaciones sobre el dolor crónico, se ha encontrado la realizada por M. Cañellas, Gema García, Jenny Moix Queraltó, P. Infante, S. Subirá en el 2005, quienes concluyen que las personas con dolor crónico... *"presenta un patrón de personalidad más desadaptativo o desajustado, que la población general. Es probable que este patrón de personalidad intervenga favoreciendo el inicio o mantenimiento del dolor crónico, aunque son necesarios más estudios de tipo prospectivo para poder afirmar esta incidencia con mayor seguridad"* (pp. 17-24).

Respecto al constructo dolor crónico, los autores M. Cañellas, Gema García, Jenny Moix Queraltó, P. Infante, S. Subirá en el 2005, quienes afirman que las personas con dolor crónico... *"presenta un patrón de personalidad más desadaptativo o desajustado, que la población general. Es probable que este patrón de personalidad intervenga favoreciendo el inicio o mantenimiento del dolor crónico, aunque son necesarios más estudios de tipo prospectivo para poder afirmar esta incidencia con mayor seguridad"* (p. 17).

## II.4. Pacientes de Oncológica

### El cáncer,

El cáncer, tiene una enorme connotación psicosocial y esta asociadas a sufrimiento, muerte, minusvalía, incertidumbre y lo impredecible de su curso, así como el distrés afectivo que provoca y las afectaciones a la autonomía, control, imagen corporal y autoestima de los pacientes, entre otras situaciones. Es preciso señalar también que la enfermedad oncológica requiere de tratamientos invasivos, mutilantes y prolongados en tiempo.

De acuerdo a Amigo, V.I., et al., (1998) indica que *"El término cáncer proviene de carcinos (cangrejo), que Hipócrates utilizó para designar los procesos neoplásicos (como el de mama) que, a simple vista, se presentan como formaciones dotadas de prolongaciones o patas que, al igual que un cangrejo, hacen presa en los tejidos que invaden"* (p. 181).

De esta manera, *"la proliferación anormal de células, cuyas órdenes están grabadas en los cromosomas de las células, se altera, y se desencadena una división incontrolada que da lugar al crecimiento geométrico de una masa tumoral o neoplasia"*. Multiplicándose rápidamente, las células cancerosas pueden, infiltrarse en órganos. (p. 181)

Las neoplasias (nueva formación) pueden ser benignas o malignas y suelen dar lugar a la aparición de un bulto, que es lo que se denomina comúnmente *"tumor"*; estas son:

- Neoplasia benigna. Crece a ritmo lento, no invaden tejidos aledaños, y no produce metástasis.
- Neoplasia maligna. Crece rápidamente, invade tejidos aledaños, y produce metástasis.

De la misma forma estas células *"no permanecen unidas entre sí porque su membrana carece de puntos de adherencia, lo que favorece su tendencia a invadir los"*

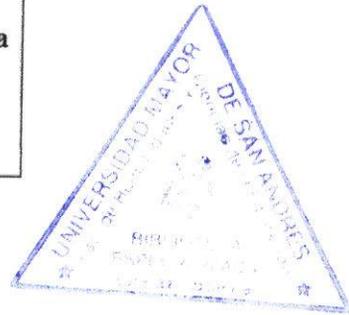
*tejidos vecinos. Además, tienen la capacidad para desplazarse reptando entre las demás células y, al mismo tiempo, segregan enzimas y fermentos que destruyen la sustancia colágena del tejido conjuntivo que sirve de soporte a los tejidos".* Además, tiene la capacidad de metastizarse, es decir desplazarse a otras partes del organismo, propagándose a través del sistema circulatorio y del linfático. Aparte, la carcinogénesis es un proceso silencioso, esto hace que muchos tipos de cánceres pasen inadvertidos hasta que se encuentran en la fase avanzada. Los síntomas que en este momento aparecen dependen tanto de la localización en la que se asientan (con abultamiento, dolor hemorragia, etc.) (Amigo, V.I., et al., 1998, p. 183)

El cáncer puede advertir de su presencia a través de una serie de síntomas inespecíficos, entre los que se destacan: fatiga, debilidad, pérdida de peso, pérdida del apetito y fiebre. Los oncólogos han descrito siete signos de alarma que pueden ser síntomas de la presencia de un tumor maligno en un estado precoz. (Amigo, V.I., et al., en (1998), p. 189).

- *El cáncer de colon recto o de las vías urinarias (en especial de la próstata) pueden dar lugar a una alteración inexplicable de los hábitos de evacuación intestinal y urinaria.*
- *Los tumores en el riñón, vejiga y recto pueden presentarse con la expulsión de sangre por el ano y o vías genitourinarias.*
- *El cáncer cutáneo se manifiesta, a veces, a través de una ulceración de la piel que tarda en cicatrizar.*
- *El cáncer de mama o los ganglios afectados de metástasis dan lugar a la aparición de un bulto en el pecho o en otra parte del organismo (aunque parece que tan solo el 20 % de los bultos en el pecho tiene carácter maligno).*
- *El melanoma se presenta a través del crecimiento súbito de una verruga, peca o lunar.*
- *El cáncer de pulmón o laringe puede dar lugar a una tos persistente o*

cambio en la cualidad de la voz, especialmente ronquera.

- *El cáncer de estómago o de esófago puede manifestarse en una persistente pesadez gástrica o en la dificultad de tragar los alimentos.*



#### II.4. Pacientes de Hemodiálisis

De acuerdo a Amigo, V.I., et al., (1998) *“hace referencia a la reducción de la capacidad de los riñones para filtrar los productos de desecho de la sangre y excretarlos a través de la orina, regulando así el equilibrio corporal de agua, sal y presión arterial. Cuando esa excreción de desechos no se produce, se observa un conjunto de síntomas de intensidad variable, que es lo que se conoce como uremia. Si bien la insuficiencia renal aguda puede ser reversible, si se trata adecuadamente la causa que la provoca, la insuficiencia renal crónica (IRC) conlleva la pérdida de la función”* (p.216).

Asimismo, puede tener su origen en cualquier enfermedad que provoque una lesión progresiva en los riñones, tal como la hipertensión, la diabetes mellitus o, el uso excesivo de analgésicos durante largos periodos de tiempo. También, puede llegar a progresar durante años hasta llegar a un punto en que amenaza la vida del paciente, en cuyo caso se hablaría de insuficiencia renal crónica terminal. Los síntomas aparecen de modo gradual; las náuseas, pérdida de apetito y debilidad. Si el proceso no se detiene, los síntomas que denotan una insuficiencia terminal son, entre otros letargos intensos, cefalea, vómitos, lengua saburral, mal aliento, etc. Además, pueden aparecer otros cuadros tales como la hipertensión (que puede ser tanto causa como consecuencia de la insuficiencia renal), anemia, hiperparatiroidismo, neuropatía o miopía. (p.216)

De acuerdo, al autor Rodríguez, Á. E., Campillo R. M., Avilés, E. M., (f/n) quienes señalan que *“la insuficiencia renal crónica es la pérdida de la capacidad funcional de los riñones en forma permanente, llegando a un grado funcional tan bajo que requiere diálisis*

esta es una alternativa de tratamiento cuando el deterioro de la función renal se hace irreversible; la misma puede ser de dos tipos: hemodiálisis y diálisis peritoneal” (p.3)

La persona que tiene insuficiencia renal necesita tratamiento para reemplazar algunas de las tareas importantes que hacen sus riñones. Los tratamientos para la insuficiencia renal son la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante de riñón. La presente investigación se centra en los pacientes con tratamiento en hemodiálisis.

### **Hemodiálisis**

La hemodiálisis, una técnica que permite eliminar los productos de desechos de la sangre y el exceso de líquido en el organismo. Pues una de las funciones más importantes del riñón es la de mantener el equilibrio de agua y electrolitos y eliminar productos de desecho. Se debe tener en cuenta que una quinta parte de la sangre filtrada, tales como sodio, potasio, calcio, aminoácidos, glucosa y agua, al tiempo que elimina, en forma de orina, la urea, que es un productor nitrogenado resultante de la destrucción de las proteínas, así como otros minerales, toxinas y aquellos fármacos que estuviesen presentes en exceso en el organismo.

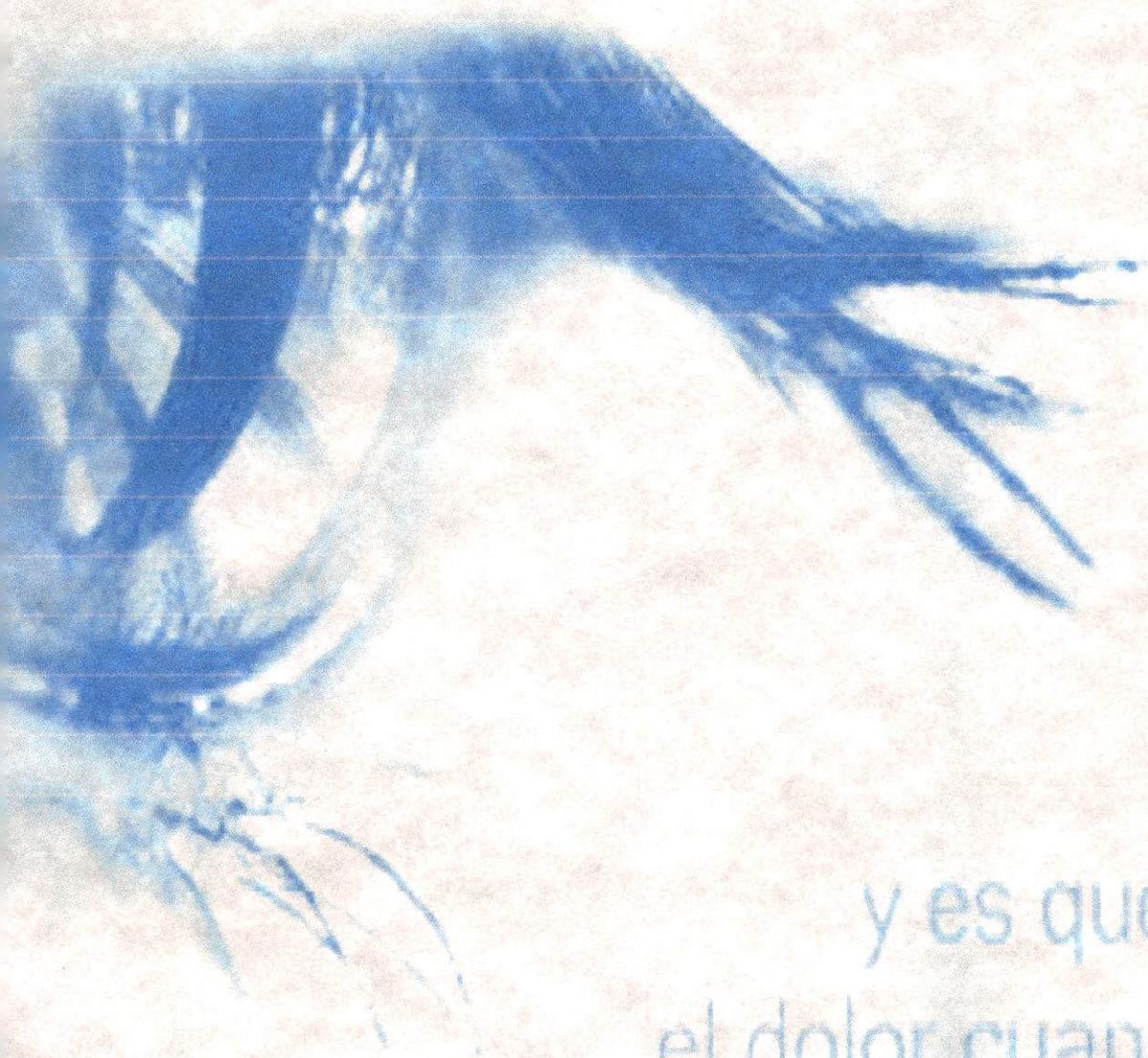
Para Amigo, V.I., et al., (1998) indica que *"las reacciones más frecuentes a la hemodiálisis son respuestas fóbicas y de ansiedad, reacciones de suicidio, un estilo de no adhesión pasiva a la prescripciones médicas, depresión, disfunción sexual y problemas psicosociales"* (p. 216).

En el campo de la hemodiálisis y el trasplante renal, se han publicado en los últimos años numerosos estudios sobre calidad de vida en estos pacientes, en donde el dolor supone un factor altamente prevalente, siendo evidente su impacto negativo sobre la calidad de vida de las personas que lo padecen. Sin embargo, es muy escasa la literatura referente a las características del dolor en pacientes de hemodiálisis.

Un estudio canadiense muestra cómo un 50% de los pacientes sometidos a hemodiálisis refieren tener dolor, observando una escasa aplicación de los tratamientos analgésicos para el control del mismo. La mayor accesibilidad a la terapia hemodialítica, el envejecimiento de la población hemodializada y el mayor tiempo de permanencia en diálisis han contribuido a la presencia habitual del dolor en estos pacientes, en especial del dolor crónico.

Según los autores García, V. F. W., Fajardo, C., Guevara, R., González, P. V., y Hurtado A., en el 2002 quienes proponen que una buena adherencia a la dieta, ingesta de fluidos, toma de medicamentos; estas exigencias pueden resultar una fuente de insatisfacción para muchos pacientes, generando conflictos que pueden derivar en conductas de autoagresión tales como la falta de adherencia con la restricción de líquidos y de dieta. (p. 34)

## CAPITULO III



y es que  
el dolor cuando  
es por dentro..

es mas fuerte...

## CAPITULO III

### III. METODOLOGÍA

#### III.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación, utiliza un diseño de relación - no experimental, “*esto quiere decir que solo se trata de observar los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después ser analizados*” (Kerlinger, 1979, p. 116).<sup>9</sup> Por lo tanto, esta investigación está basada en un diseño no experimental ya que solo pretende analizar los resultados buscando la correlación entre las variables “*Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico*”.

#### III.2. VARIABLES

**Variable independiente:**

- Pacientes de Oncología y de Hemodiálisis

**Variable dependiente:**

- Neuroticismo
- Estrategias de afrontamiento
- Dolor crónico

---

<sup>9</sup> Hernández Sampieri, Roberto; et al. Metodología de la Investigación. 9ª. Ed. McGraw-Hill. México, D.F., 2001.

### **III.2.1. Definición conceptual de las variables.**

#### **Neuroticismo**

El neuroticismo es multifactorial pues en parte depende de características de tipo genético, lo que puede llevar a una mayor o menor predisposición hereditaria; por otra parte, existe la característica de tipo ambiental. La dimensión de neuroticismo se caracteriza por la relación con el estrés de tal modo que puntajes altos en neuroticismo pueden ser indicadores de vulnerabilidad al estrés. (Eysenck, 1970, p. 51)

Esta dimensión se encuentra en uno de los extremos la misma, el polo alto, que se caracteriza por los factores que son: la ansiedad, la depresión, el sentimiento de culpa, la baja autoestima, la irracionalidad, la timidez, la tristeza y la emotividad, falta de persistencia, personas emocionalmente inestables, reacciones emocionales, personas que tienden a frustrarse, experimentan emociones desagradables, etc.

#### **Estrategias de afrontamiento**

Las estrategias de afrontamiento está constituido únicamente por aquellas conductas o pensamientos que son utilizadas conscientemente por el individuo para controlar los efectos producidos por la anticipación o experiencia de la situación estresante (Stone y Neale 1984, citado en Buendía, V. J., 1993, p. 43)

Estas estrategias se pueden clasificar como adaptativas o desadaptativas según sea su relación con el dolor experimentado por el sujeto y su funcionamiento psicosocial. Las estrategias de afrontamiento ante el dolor (Brown y Nicassio, 1987), son las estrategias de afrontamiento activo y pasivo. (pp. 131-132)

**Estrategias activas:** Son aquellas que requieren la participación del paciente en el tratamiento del dolor y su uso está asociado a un mejor funcionamiento físico y psicológico

(ejercicio, actividad o ignorar las sensaciones de dolor).

- Afrontamiento conductual
- Supresión de emociones negativas

**Estrategias pasivas:** Son aquellas en las que el paciente se abandona o cede la responsabilidad del tratamiento a medios externos (toma de medicación, reposo).

**Estrategias mediante las que se cede a otros el control del dolor y que hacen que el dolor deteriore otras áreas de la vida del sujeto:**

- Catastrofismo
- Búsqueda de apoyo social

### **Dolor crónico.**

El dolor crónico, como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial, descrito en términos de daño y sufrimiento. De tal modo, que la experiencia de dolor crónico da importancia al tiempo que lleva padeciendo el dolor y da importancia al ámbito psicológico.

Es importante considerar que el dolor ha dejado de considerarse una experiencia física para dar paso a la importancia del ámbito psicológico, de tal manera que se debe considerar desde un punto de vista multidimensional en donde se considera la experiencia de dolor como el resultado de las interacciones existentes entre la dimensión:

- La dimensión sensorial - discriminativa
- Motivacional - afectiva
- Cognitivo - evaluativa

En este modelo se destaca el papel neuromodulador que poseen los acontecimientos cognitivos, así como también la importancia de las relaciones existentes entre el dolor crónico y el estrés.

### **Variable independiente: Pacientes oncológicos y de hemodiálisis**

#### **Pacientes oncológicos**

Los pacientes oncológicos padecen la enfermedad del cáncer, por lo que, se caracteriza por el *“crecimiento tumoral de células anormales que lesionan los tejidos circundantes o por patología relacionadas como es la cirugía, diagnósticos invasivos, procedimientos terapéuticos, toxicidad de la quimioterapia o de la radioterapia, infecciones oportunistas, inactividad física, etc.”* (Castillo, R. G. 2010).

El cáncer son células en crecimiento en el cuerpo se van dividiendo sin control, destruyendo el tejido corporal normal. Por lo tanto el cáncer se puede expandir por todo el cuerpo de la persona. *“ese sistema de división celular, cuyas órdenes están grabadas en los cromosomas de las células se altera, y se desencadena una división incontrolada que da lugar al crecimiento geométrico de una masa tumoral o neoplasia”*. Se considera que existe dos neoplasias: *neoplasia benigna*, no produce metástasis y la *neoplasia maligna*, produce metástasis. (Amigo, V.I., et al., 1998, p. 183)

#### **Pacientes de Hemodiálisis**

También se denomina hemodiálisis aquella situación patológica en la que el paciente sufre un fracaso global de todas las funciones renales, alterándose la

función reguladora del riñón. Por lo que, la hemodiálisis se caracteriza por la pérdida de las funciones depuradora y reguladora que origina retención de productos metabólicos tóxicos y alteración en el volumen, por lo que, la sustitución de las funciones de los riñones la cumple la técnica de hemodiálisis.

Es un método terapéutico de sustitución renal, que consiste en un circuito extracorpóreo que incluye un filtro, un sistema de líneas para la extracción de desechos metabólicos, agua, con el fin de mantener la vida.

Consiste en pasar la sangre del paciente por un filtro llamado dializador, con ayuda de una máquina o monitor. Al conjunto se le denomina riñón artificial, para la realización de la hemodiálisis es necesaria la realización de lo que se denomina fístula arteriovenosa. (Montero, V. J.J., Rodríguez, O. A., s/f).

## III.2.2. Operacionalización de variables

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIÓN	INDICADORES	MEDICIÓN	SIGNIFICACIÓN	ESCALA	INSTRUMENTOS
PERSONALIDAD DE EYSENCK	DIMENSIÓN	Neuroticismo	Obtener una medida : Altos niveles	Se considera obtener una medida de la variable neuroticismo	11-57	Inventario de Personalidad de Eysenck (Eysenck y Eysenck, 1990)
		Estabilidad Emocional	Obtener una medida: Bajos niveles	Obtener una medida de la variable Estabilidad Emocional	1-11	Inventario de Personalidad de Eysenck (Eysenck y Eysenck, 1990)

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIÓN	INDICADORES	MEDICIÓN	SIGNIFICACIÓN	ESCALA	INSTRUMENTOS
<b>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL DOLOR</b>	<b>PASIVO</b>	Catastrofismo	La situación, el futuro	El sujeto no es capaz de mantener los esfuerzos por afrontar la situación, se preocupa de forma excesiva por el futuro y tiende a ver el dolor y su situación como algo catastrófico	1-10	Escala Vanderbilt de Afrontamiento al Dolor (Brown y Nicassio, 1987),
		Búsqueda de apoyo social		Acude a otras personas para que le ayuden a controlar el dolor	1-10	Escala Vanderbilt de Afrontamiento al Dolor (Brown y Nicassio, 1987),
	<b>ACTIVO</b>	Afrontamiento conductual	Influir sobre el dolor	Se refiere a intentar influir sobre el dolor mediante conductas observables o combinaciones de conductas y cogniciones	11-18	Escala Vanderbilt de Afrontamiento al Dolor (Brown y Nicassio, 1987),
		Supresión de emociones negativas	Pensamientos Sentimientos negativos	Evaluación de los pensamientos y sentimientos negativos respecto al dolor	11-18	Escala Vanderbilt de Afrontamiento al Dolor (Brown y Nicassio, 1987),

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIÓN	INDICADORES	MEDICIÓN	SIGNIFICACIÓN	ESCALA	INSTRUMENTOS
DOLOR CRÓNICO	FACTOR ACCIÓN SENSORIAL	Percepción de dolor	Localización	Se refiere a la localización, intensidad y duración del dolor.	1-6	<i>Cuestionario McGill de Dolor</i> (Ruiz et al., 1990)
	FACTOR EVALUACIÓN SENSORIAL	Caracterización que se hace del dolor	Cualidades del dolor	Hace referencia a la caracterización que la persona hace del dolor que se pueden asociar con estados de ansiedad en el sujeto.	1-7	<i>Cuestionario McGill de Dolor</i> (Ruiz et al., 1990)
	FACTOR EVALUACIÓN AFECTIVA	Valoración	Atención, creencias y pensamientos	Hace referencia al papel de variables como la atención, las creencias y los pensamientos tienen sobre el dolor.	1-4	<i>Cuestionario McGill de Dolor</i> (Ruiz et al., 1990)

### **III.3. PARTICIPANTES**

La muestra utilizada es no probabilística; es decir, *“la muestra no probabilística se diferencia de la probabilística porque los elementos no dependen de la probabilidad sino de las causas relacionadas con las características del investigador o del que hace la muestra”* (Sampieri, R. H., et al. 1998, p. 226). Para realizar el presente estudio, los participantes que componen son 93 pacientes de las Unidades: Oncología y de Hemodiálisis del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, participaron como voluntarios en la aplicación de las pruebas y presentaron las siguientes características:

#### **Pacientes de Oncología**

- Pacientes con diagnóstico de cáncer
- Bajo Intervenciones quirúrgicas y cirugía
- Duración de dolor crónico durante un tiempo de 6 meses a 4 años
- Permanecer un rango de edad aproximadamente de 15 a 78 años

#### **Pacientes de Hemodiálisis**

- Pacientes con diagnóstico en hemodiálisis
- Bajo Intervenciones quirúrgicas
- Duración de dolor crónico durante un tiempo de 6 meses a 4 años
- Permanecer un rango de edad aproximadamente de 15 a 78 años.

### **III.4. INSTRUMENTOS**

Como instrumentos de recolección de datos se utilizaron los siguientes:

(Ramírez, M. C., Esteve, Z. R., y López, M. A. E., 2001)

**a) *El Inventario de Personalidad de Eysenck (Eysenck y Eysenck, 1990)***

Este instrumento, para obtener una medida de la variable neuroticismo, es un cuestionario elaborado en el año 1964 por Eysenck y Eysenck a partir del *Maudsley Personality Inventory*, y consta de 57 ítems que conforman tres escalas para evaluar dos dimensiones de personalidad, y una escala para detectar deseabilidad social. Las dos dimensiones que mide este instrumento son, en base a un esquema ortogonal, la extraversión-introversión (factor E) y estabilidad emocional-inestabilidad emocional (neuroticismo o factor N). En la presente investigación, únicamente se considera las puntuaciones en neuroticismo. Puntuaciones bajas en el factor Neuroticismo son indicativas de estabilidad emocional, mientras que los individuos con puntuaciones elevadas presentan una tendencia al neuroticismo, labilidad emocional y sensibilidad, manifestando, además, una predisposición al malestar emocional bajo situaciones de estrés. En la presente investigación se utilizó la Forma B del *Inventario de Personalidad de Eysenck* (Eysenck y Eysenck, 1990).

**b) *La Escala Vanderbilt de Brown y Nicassio, (1987)***

Este instrumento mide el afrontamiento al dolor; consta de 2 escalas que evalúan la frecuencia con la que los pacientes utilizan estrategias *activas o pasivas* cuando el dolor es intenso o moderado. La escala total consta de 18 preguntas que se contestan de acuerdo a una escala de 4 puntos. Los sujetos deben señalar la frecuencia con la que realizan las actividades que se consignan en los ítems cuando experimentan dolor ("*casi nunca*", "*algunas veces*", "*frecuentemente*", "*casi siempre*"). La adaptación Española del instrumento fue realizada por las autoras

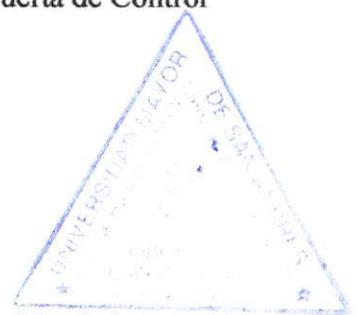
Ramírez, M. C., Esteve, Z. R., y López, M. A. E. en el 2001, siguiendo las normas habituales en la traducción de instrumentos de evaluación psicológica, y con el criterio de conseguir un modelo lo más exacto posible, respecto al contenido de la versión original inglesa (Werner y Campbell, 1970; Brislin, 1986). La administración piloto del instrumento puso de relieve una comprensión óptima de las preguntas por parte de los pacientes. Tras analizar la fiabilidad de ambas subescalas se considera que ésta era aceptable ( $\alpha_{\text{activas}} = 0.69$ ;  $\alpha_{\text{pasivas}} = 0.70$ ), eliminándose previamente 3 ítems de la escala pasiva y 2 de la activa para mejorar la consistencia interna.

c) ***El Cuestionario McGill de Dolor de Ruiz et al., (1990)***

Para evaluar la intensidad de dolor percibido por los pacientes, el *Cuestionario McGill de Dolor (Melzack, 1975)*, en una de sus versiones españolas, concretamente la de Lázaro y colaboradores (1994). Los descriptores del cuestionario se reúnen en tres categorías de orden superior que a su vez corresponden con las dimensiones del dolor (según la Teoría de la Puerta de Control de Melzack y Wall, 1965):

- Dimensión sensorial-discriminativa
- Dimensión motivacional-afectiva
- Dimensión cognitiva-evaluativa

Este cuestionario comprende 62 descriptores distribuidos en 15 subclases y, a su vez, en tres clases o dimensiones (sensorial, afectiva y evaluativa), una escala numérica donde los pacientes deben valorar de 1 a 10 la intensidad del dolor (1=sin dolor y 10=dolor insoportable).



### **III.5. PROCEDIMIENTO**

El procedimiento que se siguió en la presente investigación se dividió en tres etapas:

#### **ETAPA 1: ACERCAMIENTO A LA POBLACIÓN PARA CONFIRMAR LA INVESTIGACIÓN**

Inicialmente se delimitó a la población de la presente investigación, con la participación de los pacientes diagnosticados con cáncer que se encuentran bajo tratamiento (quimioterapia) de la Unidad de Oncología, igualmente, con los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica (IRC) quienes se encuentran bajo tratamiento de hemodiálisis. En primer lugar, se contactó mediante una carta de solicitud (Ver apéndice 1 y 2) presentando la propuesta de investigación a la Directora del Hospital de Clínicas, quien aceptó; posteriormente la dicha propuesta se remitió al Jefe de Enseñanza e Investigación, quien aceptó la intervención de la presente investigación.

Mediante una carta (Apéndice1) se informó al Jefe de cada unidad: Unidad de Oncología y Unidad de Hemodiálisis, quienes aceptaron la realización de la investigación y la aplicación de los tres instrumentos. La valoración de los pacientes se comenzó al mismo tiempo en las dos unidades; en la Unidad de Oncología, con un total de 48 pacientes diagnosticados con cáncer los cuales son: a) pacientes internados; b) pacientes externos: quienes acuden a las sesiones de quimioterapia.

En el caso de pacientes de la Unidad de Hemodiálisis (Apéndice 2) con un total de 45 pacientes en tratamiento de diálisis, los cuales son: pacientes internados y externos que componen tres turnos: a) Primer turno: lunes, miércoles y viernes; b) El segundo turno: martes, jueves y sábado; c) Tercer turno; martes y viernes.

## **ETAPA 2: APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS**

En la primera etapa de la investigación, se realizó la recolección de datos aplicando los instrumentos de medición las cuales son: *Escala Vanderbilt de Afrontamiento al Dolor* (Brown y Nicassio, 1987); *Cuestionario de McGill de Dolor* (Ruiz et al., 1990) y el *Inventario de Personalidad de Eysenck* (Eysenck y Eysenck, 1990). El procedimiento de la aplicación de dichos instrumentos es en el siguiente orden:

- a. Primeramente, la administración de los instrumentos fueron a los pacientes internos de la Unidad de Oncología, los pacientes participaron de forma voluntaria en su totalidad; por motivos de la intervención quirúrgica, se tuvo que aplicar los instrumentos todos los días después de cada visita médica, en las camas de cada paciente, primero se observó la poca presencia del personal médico y enfermeras; esto para evitar las interrupciones durante la administración de las pruebas, segundo, no había acompañantes; de esta manera, se procedió con la administración y valoración según el orden de cama del hospital. En el caso de los pacientes externos, la participación de forma voluntaria con previa cita. Se administró de acuerdo al orden establecido de las sesiones de quimioterapia y radioterapia; cada 7, 15 y 21 días del mes de acuerdo al grado de tratamiento. La aplicación de las pruebas fue al inicio de cada sesión de tratamiento. Debido al bajo nivel de escolaridad y la situación de tratamiento, los tres instrumentos fueron aplicados oralmente.
  
- b. En el caso de los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis, estos sujetos reciben tratamiento de diálisis día por medio durante una semana, todos participaron de forma voluntaria, cabe resaltar que la aplicación de las pruebas se realizó sin acompañantes, previamente se acordó que la

valoración sería con previa cita se acordó que sería unas horas antes de hemodializarse, algunos pacientes decidieron participar durante las sesión de diálisis, esto por el factor económico que no les permitía asistir otro día. La aplicación de los tres instrumentos es realizado en lapso de ocho semanas. La hora de inicio a las 8:10 am., y se concluía a las 13:15, la administración de las pruebas se realizó en forma oral por el bajo nivel de escolaridad de los pacientes.

### **ETAPA 3: ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS**

#### **a. Tabulación.**

Se realizó la recolección de datos obtenidos y consecuentemente se elaboró la tabulación de datos, de acuerdo a los tres instrumentos. Se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 11,5) y el coeficiente de rho de Spearman, simbolizado como  $r_s$  y tau de Kendall, simbolizado como  $t$ .

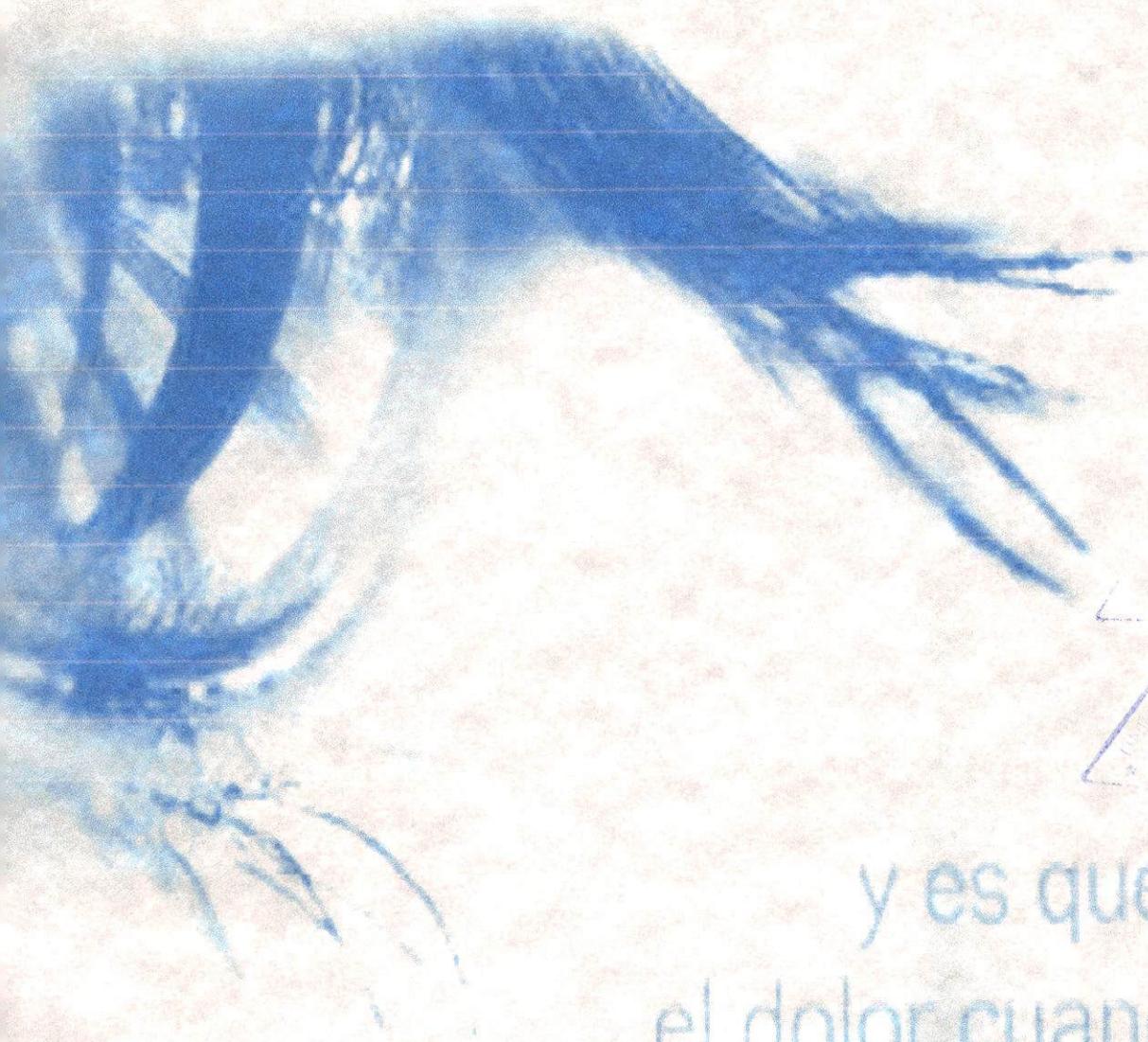
#### **b. Análisis de los resultados.**

Se realizó el análisis de los resultados que se obtuvo con el programa SPSS (versión 11,5) igualmente, el análisis de los datos estadísticos juntamente con la alternación de las conclusiones, basándose en los resultados obtenidos de la correlación entre las variables *neuroticismo*, *afrontamiento* y *dolor crónico* de la presente investigación.

#### **ETAPA 4: ELABORACIÓN DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

Tomando en cuenta los resultados, se procedió a la realización de las conclusiones de acuerdo a los objetivos planteados e hipótesis y por último se desarrollo una serie de recomendaciones.

# CAPITULO IV



y es que  
el dolor cuando  
es por dentro..

es mas fuerte...

## CAPITULO IV

### **IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Para el análisis y obtener los resultados de la presente investigación se utilizó el paquete estadístico SSPS (versión 11,5), de coeficiente de correlación de Spearman y Kendall. Los coeficientes de rho de Spearman, simbolizado como  $r_s$  y tau de Kendall, como  $t$ , son medidas de correlación por variables en un nivel de medición ordinal, de tal modo que los individuos u objetos de la muestra pueden ordenarse por rangos (jerarquías).

Debe observarse que todos los sujetos u objetos deben jerarquizarse por rangos que contienen las propiedades de una escala ordinal (se ordena de mayor a menor). Ambos coeficientes varían de -1.0 (correlación negativa perfecta) a +1.0 (correlación positiva perfecta). Se trata de estadísticas sumamente eficientes para datos ordinales. La diferencia entre ellos. (Nie et al., 1975, p. 289)

De acuerdo a los resultados de la presente investigación, se analizó los datos con el programa estadístico de correlación de coeficientes de rho de Spearman, (simbolizado:  $r_s$  y tau de Kendall, simbolizado:  $t$ ), para relacionar el nivel de dimensión neuroticismo, con las escalas de afrontamiento y estas a su vez con las dimensiones del dolor.

Según el procedimiento se proporciona tablas de Análisis de confiabilidad de los instrumentos. También, se presenta el modelo resultante de correlación general entre: Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico que proporciona nueve relaciones de las descritas en los siguientes cuadros, estas mismas correlaciones están expresadas en tablas correspondientes a las variables del estudio. También se presenta modelos de resultados de correlación para de ambos grupos (oncología y hemodiálisis) proporcionando datos de relaciones en tablas. Igualmente, se proporciona cuatro cuadros de análisis estadístico de comparación de las variables del estudio con su respectivas Pruebas de Muestras Independientes para ambos grupos

A continuación se presenta el procesamiento y análisis de datos en tablas, cuadros y su respectiva interpretación.

#### **IV.1. ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO PARA NEUROTICISMO**

El análisis de los datos de confiabilidad del instrumento de neuroticismo según los pacientes oncológicos y en hemodiálisis.

**Tabla 1. Procesamiento de confiabilidad del instrumento Neuroticismo**

<b>Tratamiento</b>	<b>Casos</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Ítems</b>
<b>Oncología</b>	48	52%	57
<b>Hemodiálisis</b>	45	48%	57
<b>Total</b>	93	100%	57

**Tabla 1.** La prueba de Alfa de Cronbach, evidencia la confiabilidad de los ítems del cuestionario de Eysenck para el total de elementos en ambos casos: Oncología y Hemodiálisis.

**Tabla 2. Procesamiento de datos Alfa de Cronbach**

<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Ítems</b>
0.710	57

Tratamiento	Alfa de Cronbach	Ítems
Oncología	0.541	57
Hemodiálisis	0.797	57

**Tabla 2.** El valor de Alfa de Cronbach para el cuestionario de Neuroticismo es de 0.71, Lo que equivale la existencia de un nivel moderadamente alto de confiabilidad del instrumento.

#### **IV. 1.1. DATOS DE LA DIMENSIÓN DE NEUROTICISMO**

**Tabla 3. Dimensión de neuroticismo**

**Tabla 3.1**

		Catastrofismo		
		Media	Máximo	Mínimo
Neuroticismo	Estabilidad emocional	14,13	18,00	12,00
	Neuroticismo	16,26	20,00	11,00
		Búsqueda de Apoyo Social		
		Media	Máximo	Mínimo
Neuroticismo	Estabilidad emocional	15,88	19,00	13,00
	Neuroticismo	15,36	19,00	12,00

**Tabla 3.2**

		Afrontamiento Conductual		
		Media	Máximo	Mínimo
Neuroticismo	Estabilidad emocional	7,88	10,00	6,00
	Neuroticismo	6,55	9,00	4,00
		Supresión Emocional		
		Media	Máximo	Mínimo
Neuroticismo	Estabilidad emocional	7,63	9,00	6,00
	Neuroticismo	7,39	10,00	5,00

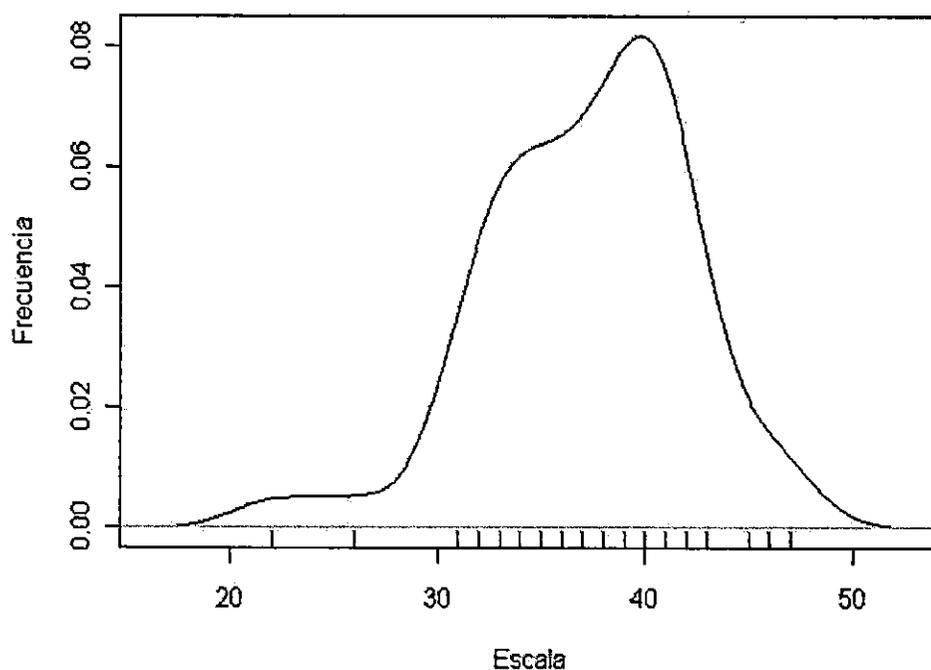
**Tabla 3.3**

		Puntaje Dolor		
		Media	Máximo	Mínimo
Neuroticismo	Estabilidad emocional	8,13	11,00	5,00
	Neuroticismo	10,35	16,00	6,00

**Tabla 3.1, 3.2, 3.3.** La clasificación según los niveles de Neuroticismo a la totalidad de los pacientes es de la siguiente forma: puntajes menores o iguales a 11 se catalogan “estabilidad emocional” puntuaciones bajas tiende a ser ecuánime, calmada y con control emocional. Puntajes mayores a 11 como “Neuroticismo” las puntuaciones elevados en Neuroticismo, tiende a ser preocupada, voluble, deprimida, ansioso, tenso, irracional, tímido, triste, emotivo, con baja autoestima y sentimientos de culpa, tienden a manifestar desordenes psicósomáticas (dolores de cabeza, dolores de espalda, malestares digestivos). Es emocionalmente hipersensible les cuesta regresar a la normalidad después de las experiencias emocionales.

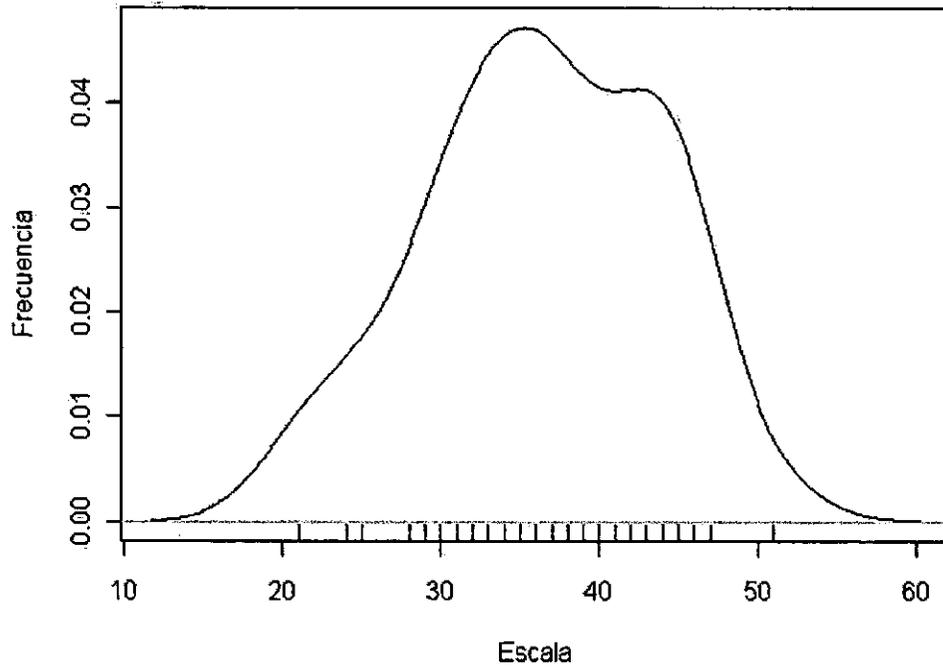
Los cuadros 1 al 7, presentan resultados estadísticos de las variables "Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico" que se exponen en los siguientes cuadros:

**Cuadro 1. Niveles de Neuroticismo según la exploración en Oncología**

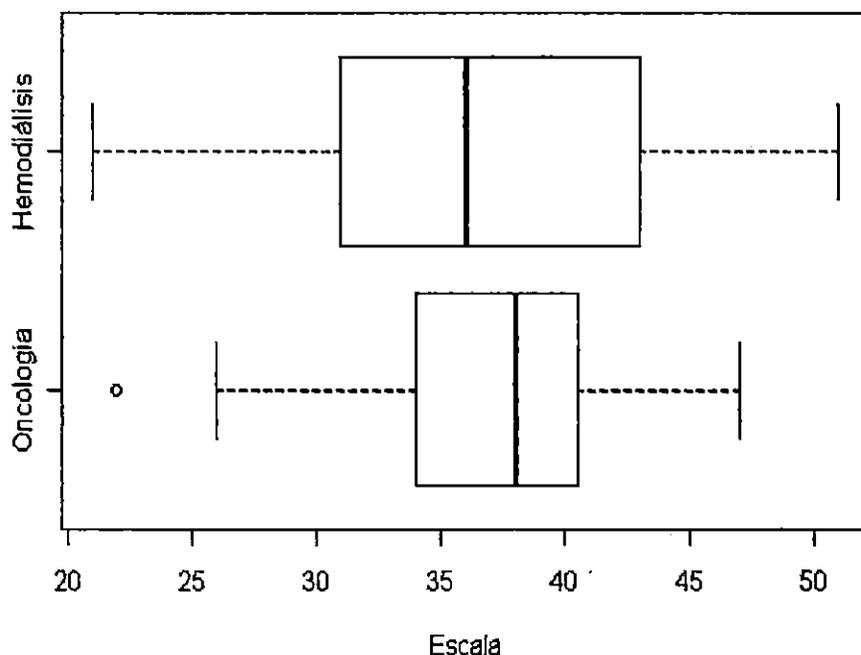


**Cuadro 1.** La frecuencia de respuestas que obtuvieron los pacientes de oncología se encuentra agrupados dentro de la escala de 30 y 47, de la dimensión de neuroticismo.

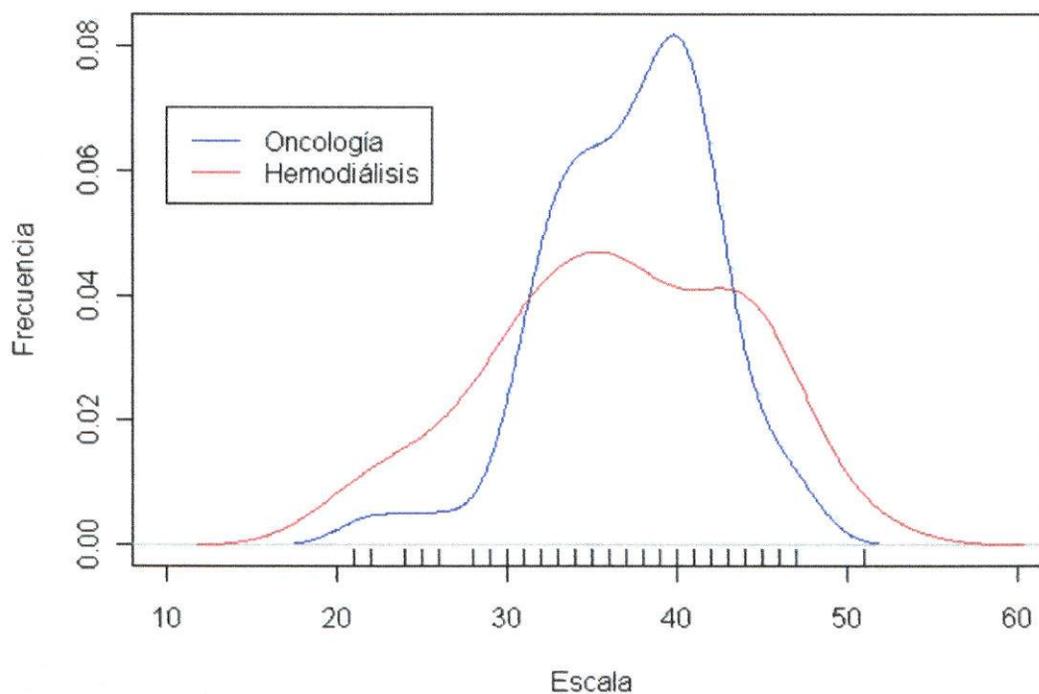
**Cuadro 2. Niveles de Neuroticismo según la Exploración en Hemodiálisis**



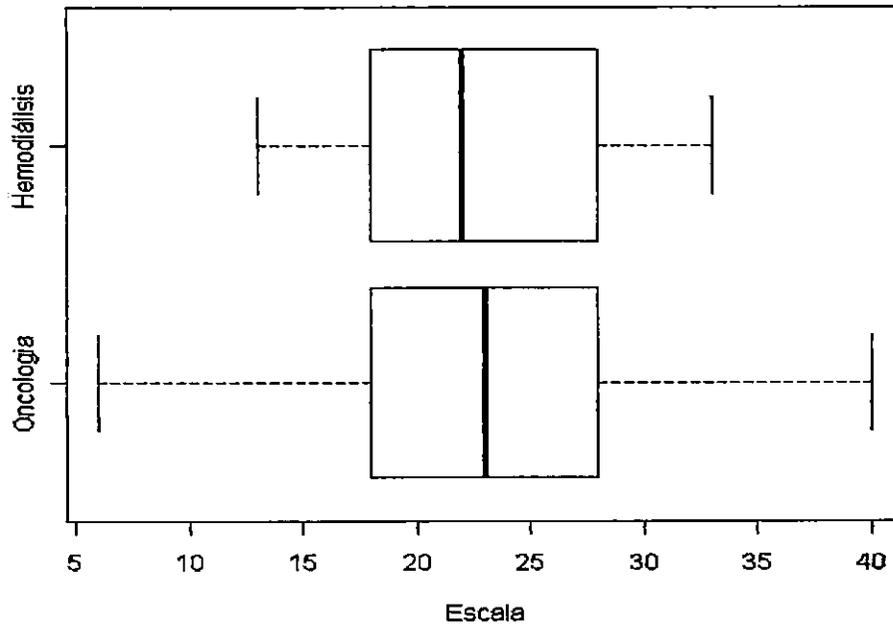
**Cuadro 2.** La frecuencia de respuestas que obtuvieron los pacientes de hemodiálisis se encuentra agrupado dentro de la escala 21 y 47, de la dimensión de neuroticismo.

**Cuadro 3. Análisis Exploratorio de la dimensión Neuroticismo en ambos grupos.**

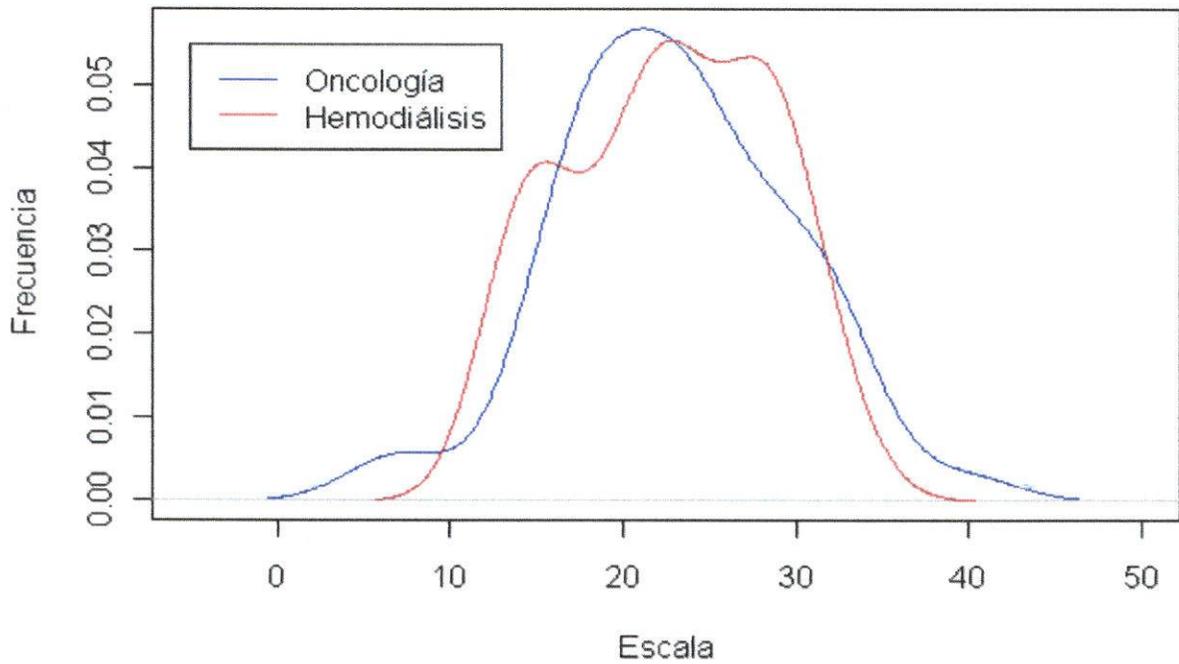
**Cuadro 3.** La prueba de análisis de comparación en ambos grupos de puntaje obtenido de la dimensión "neuroticismo", evidencia que los puntajes se agrupan en la escala mínimo 21 y 51 en pacientes hemodializados y los puntajes se agrupan entre las escalas mínimo 26 y 47 en pacientes de oncología.

**Cuadro 4. Neuroticismo según Oncología y Hemodiálisis juntos.**

**Cuadro 4.** El análisis exploratorio de ambos grupos, se evidencia que los niveles de neuroticismo en pacientes Oncológicos se encuentran agrupados dentro de la escala a un nivel medio de 35, en el caso de pacientes en hemodiálisis se encuentran dispersos los puntajes dentro la escala.

**Cuadro 5. Análisis exploratorio para la prueba de McGill de Dolor**

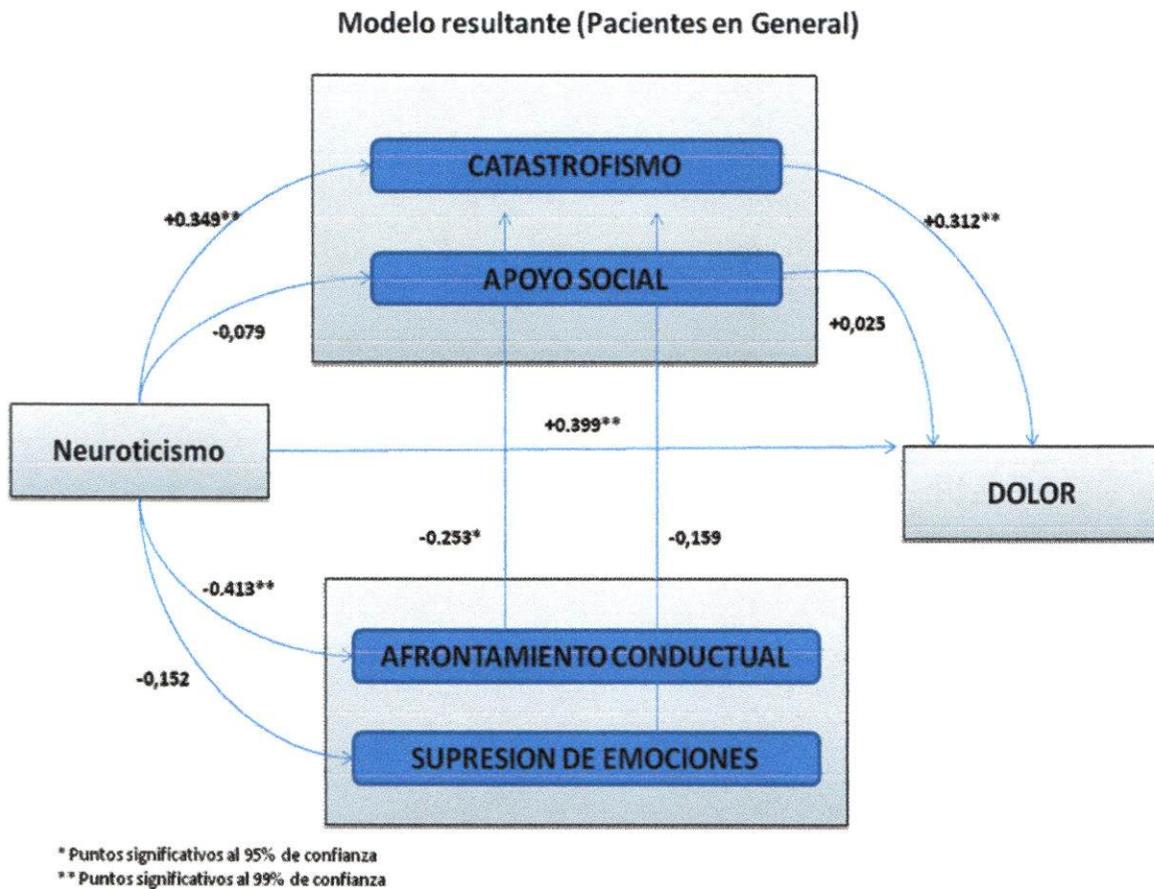
**Cuadro 5.** Los datos estadístico evidencia que los pacientes de oncología obtuvieron puntajes altos de dolor entre: mínimo 6, y máximo 40; y los pacientes en hemodiálisis obtuvieron puntajes medios de dolor entre: mínimo 13 y máximo 33.

**Cuadro 6. Niveles de Dolor para Oncología y Hemodiálisis juntos**

**Cuadro 6.** Los análisis de exploración juntos, se evidencia que los niveles de dolor para Oncología está más disperso y perciben más dolor y los pacientes en hemodiálisis con un nivel medio de dolor.

A continuación se presenta el procesamiento y análisis de los datos de correlación de las variables de la presente investigación.

### **Cuadro 7. Correlación entre: Neuroticismo, Afrontamiento y Dolor crónico**



**Cuadro 7.** La prueba de coeficiente de correlación de Spearman evidencia una correlación significativa entre las variables: "Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico".

Las tablas 4 al 8 se presentan correlaciones de las variables "Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico" que se expone en las siguientes tablas, también se presentan resultados de las tablas de comparación y su respectiva interpretación.

**Tabla 4. Correlación entre: Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico.**

Tabla de Correlaciones entre Variables de Estudio								
		Neuroticismo	Catastrofismo	Búsqueda de Apoyo Social	Afrontamiento Conductual	Supresión Emocional	Puntaje Dolor	
Rho de Spearman	<b>Neuroticismo</b>	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000	.349** ,001	-,079 ,451	-.413** ,000	-,152 ,146	.399** ,000
	<b>Catastrofismo</b>	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	.349** ,001	1,000	-.257* ,013	-.253* ,014	-,159 ,128	.312** ,002
	<b>Búsqueda de Apoyo Social</b>	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	-,079 ,451	-.257* ,013	1,000	,112 ,287	-,056 ,596	,025 ,811
	<b>Afrontamiento Conductual</b>	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	-.413** ,000	-.253* ,014	,112 ,287	1,000	,132 ,206	-.307** ,003
	<b>Supresión Emocional</b>	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	-,152 ,146	-,159 ,128	-,056 ,596	,132 ,206	1,000	-,067 ,521
	<b>Puntaje Dolor</b>	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	.399** ,000	.312** ,002	,025 ,811	-.307** ,003	-,067 ,521	1,000

**Tabla 4.** La prueba de correlación evidencia una relación de **0.349**, altamente significativa y positiva entre los niveles altos de dimensión de "neuroticismo" y la "estrategia de afrontamiento pasivo", específicamente con la "el catastrofismo".

La prueba de correlación evidencia una relación negativa de **-0,079** entre la dimensión de "neuroticismo" y la "búsqueda de apoyo social".

La prueba de correlación evidencia una relación de **0.312**, altamente significativo y positivo entre el "catastrofismo" con la intensidad de "dolor crónico".

La prueba de correlación evidencia una relación mínima de **-0,025** entre la dimensión la "búsqueda de apoyo social" y "dolor".

La prueba de correlación evidencia una relación de **-0.413**, significativo y negativa entre la dimensión "neuroticismo" con la estrategia de afrontamiento activo específicamente con el afrontamiento conductual.

La prueba de correlación evidencia una relación de **-0,152**, significativo y negativa entre la dimensión "neuroticismo" con la estrategia de afrontamiento activo específicamente con la supresión de emociones.

La prueba de correlación evidencia una relación de **-0.307**, significativo y negativo "afrontamiento conductual" con la "intensidad de dolor".

La prueba de correlación evidencia una relación de significativo y negativa entre la "estrategia pasiva" con la "estrategia activa", concretamente entre el catastrofismo y el afrontamiento conductual **-0.253**, y supresión de emoción **-0,159**.

La prueba de correlación evidencia la relación de **0,399**, significativo y positivo entre altos niveles en la dimensión "neuroticismo" con el "dolor crónico".

**Tabla 5. Análisis estadístico de la dimensión de neuroticismo**

Estadísticos de grupo					
	Tipo de Enfermedad	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Neuroticismo	Oncológico	48	<u>17,5625</u>	3,74681	,54081
	Hemodiálisis	45	<u>17,3778</u>	4,53917	,67666

Prueba de muestras independientes											
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior	
Neuroticismo	Se han asumido varianzas iguales	1,988	,162	,215	91	<u>831</u>	,18472	,86088	-1,52532	1,89476	

El nivel de significancia del 5%, comprobándose los resultados con la prueba T-Student, mostrando la diferencia de medias con muestras independientes.

**Tabla 5.** En el análisis estadístico se evidencia los promedios de media en los puntajes en pacientes oncológicos de 17.56, y en hemodiálisis de 17.377. La prueba de muestras independientes y el análisis estadístico de la prueba T, el nivel de significancia es de 83.1% que es mayor al nivel de significancia de la prueba (5%) por lo que, es mínima la

diferencia en los puntajes de la dimensión de neuroticismo en ambos grupos por lo que, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

**Tabla 6. Análisis estadístico de niveles de tolerancia del dolor**

Estadísticos de grupo					
	Tipo de Enfermedad	N	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media
Puntaje Dolor	Oncológico	48	<u>10,5417</u>	1,70054	,24545
	Hemodiálisis	45	<u>9,7556</u>	2,27791	,33957

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	Inferior	Superior
Puntaje Dolor	Se han asumido varianzas iguales	4,774	,031	1,894	91	<u>[061]</u>	,78611	,41513	-,03849	1,61071

El nivel de significancia del 5%, comprobándose los resultados con la prueba T-Student, mostrando la diferencia de medias con muestras independientes.

**Tabla 6.** En el análisis estadístico se evidencia que los promedios de puntajes de media de niveles de tolerancia del dolor en pacientes oncológicos es **10.54**, y en pacientes de hemodiálisis es **9.75**. La prueba de muestras independientes y el análisis estadístico de la Prueba T, con un nivel de significancia de 6.1% que es menor al nivel de significancia de la prueba (5%) no hay diferencia entre los promedios de niveles de percepción del dolor entre

pacientes oncológicos y en hemodiálisis. Cabe mencionar que el nivel de significancia de la prueba es muy próximo al nivel de significancia con el cual se está trabajando (5%) por lo que es posible que exista un nivel de error de tipo II sea alto, lo cual puede llevar a resultados equivocados.

**Tabla 7. Análisis Estadístico de Estrategias de Afrontamiento Pasivo**

Estadísticos de grupo					
Tipo de Enfermedad		N	Media	Desviación tip.	Error típ. de la media
Catastrofismo	Oncológico	48	16,1458	2,21205	,31928
	Hemodiálisis	45	16,0000	1,53741	,22918
Búsqueda de Apoyo Social	Oncológico	48	15,3750	2,01721	,29116
	Hemodiálisis	45	15,4444	1,43900	,21451
Puntaje Pasivo	Oncológico	48	<u>31,5208</u>	2,69743	,38934
	Hemodiálisis	45	<u>29,3333</u>	4,68557	,69848

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					95% Intervalo de confianza para la diferencia	
				F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)		
		Inferior	Superior							
Catastrofismo	Se han asumido varianzas iguales	4,692	,033	,367	91	<u>,715</u>	,14583	,39752	-,64378	,93545
Busqueda de Apoyo Social	Se han asumido varianzas iguales	3,773	,055	-,190	91	<u>,850</u>	-,06944	,36551	-,79548	,65659
Puntaje Pasivo	Se han asumido varianzas iguales	8,633	,004	2,781	91	<u>,007</u>	2,18750	,78667	,62487	3,75013

El nivel de significancia del 5%, comprobándose los resultados con la prueba T-Student, mostrando la diferencia de medias con muestras independientes.

**Tabla 7.** El análisis estadístico evidencia el promedio del puntaje obtenido según el uso de estrategia de afrontamiento pasivos en pacientes oncológicos de 31.52, en pacientes de hemodiálisis de 29.33, La prueba de muestras independientes con un nivel de significancia de 0.7%. Hay diferencia en el promedio en ambos grupos.

**Tabla 8. Análisis Estadístico de las Estrategias de Afrontamiento Activo**

Estadísticos de grupo					
Tipo de Enfermedad		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Afrontamiento	Oncológico	48	6,7292	1,21585	,17549
	Hemodiálisis	45	6,6000	1,33825	,19949
Supresión Emocional	Oncológico	48	7,2708	1,12495	,16237
	Hemodiálisis	45	7,5556	1,01255	,15094
Puntaje Activo	Oncológico	48	<u>14,0000</u>	1,90185	,27451
	Hemodiálisis	45	<u>15,4889</u>	3,20243	,47739

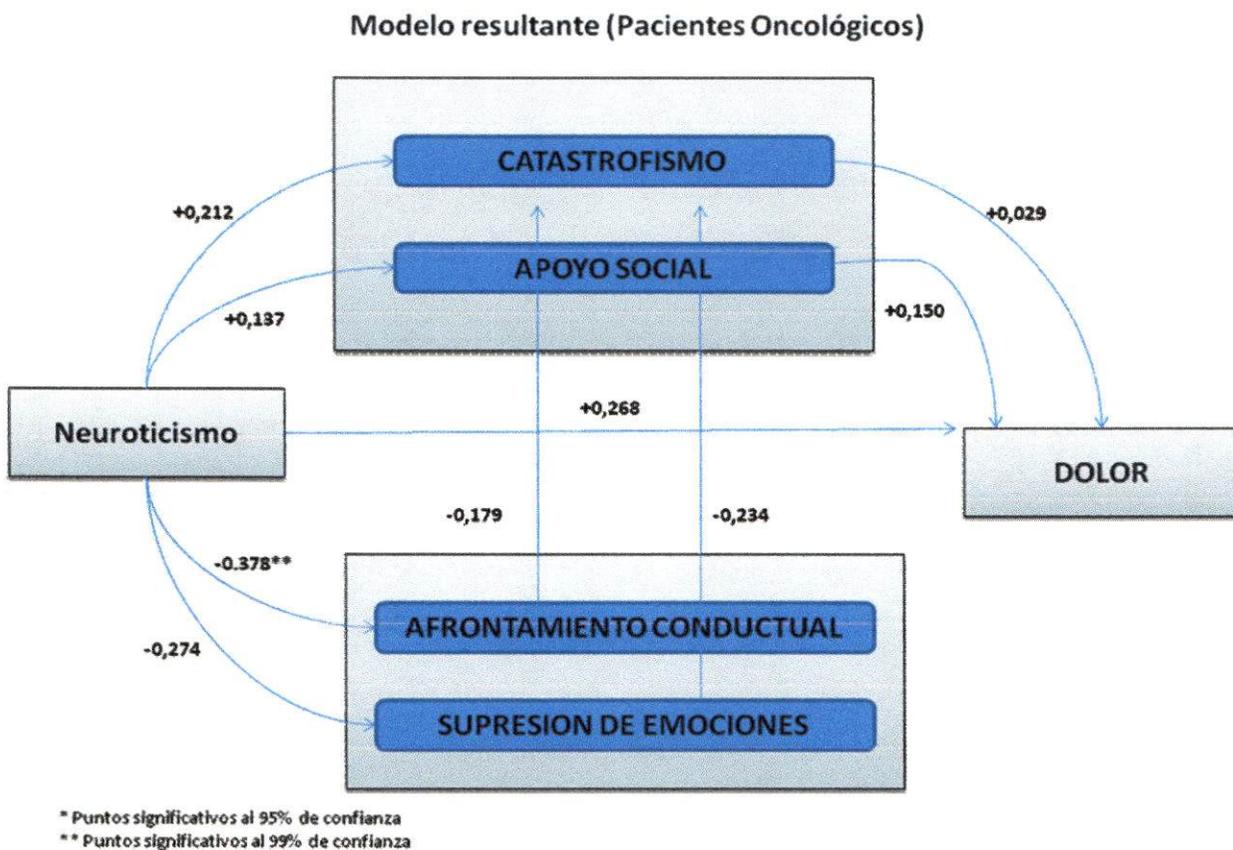
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
Afrontamiento	Se han asumido varianzas iguales	,182	,671	,488	91	<u>,627</u>	,12917	,26487	-,39697	,65530
Supresión Emocional	Se han asumido varianzas iguales	,171	,681	-1,280	91	,204	-,28472	,22245	-,72660	,15715
Puntaje Activo	Se han asumido varianzas iguales	6,485	,013	-2,746	91	<u>,007</u>	-1,48889	,54216	-2,56582	-,41196

El nivel de significancia del 5%, comprobándose los resultados con la prueba T-Student, mostrando la diferencia de medias con muestras independientes.

**Tabla 8.** El análisis estadístico evidencia el promedio del puntaje obtenido según el uso de estrategias de afrontamiento activo, en pacientes de oncología de 14 en pacientes de hemodiálisis de 15.49. La prueba de muestras independientes con un nivel de significancia de 0.7%, existe diferencia entre el promedio en ambos grupos.

Los cuadros y las tablas 9 y 10, se presenta el análisis de resultados de correlación entre las variables de "neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico" por separado de ambos grupos: oncología y hemodiálisis:

**CUADRO 9. CORRELACIÓN ENTRE NEUROTICISMO, AFRONTAMIENTO Y DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**



**Cuadro 9.** La relación entre la dimensión de "neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico", en los pacientes en oncología, se evidencia y se analiza los datos por separado.

**Tabla 9. Correlación entre: Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico en pacientes oncológicos**

		Correlaciones (Oncológicos)						
		Neuroticismo	Catastrofismo	Búsqueda de Apoyo Social	Afrontamiento	Supresión Emocional	Puntaje Dolor	
Rho de Spearman	Neuroticismo	Coefficiente de correlación	1,000	<u>,212</u>	,137	-,378**	-,274	,269
		Sig. (bilateral)	.	,147	,352	,008	,059	,065
	Catastrofismo	Coefficiente de correlación	,212	1,000	-,249	-,179	-,234	,029
		Sig. (bilateral)	,147	.	,088	,223	,109	,843
	Búsqueda de Apoyo Social	Coefficiente de correlación	,137	-,249	1,000	-,007	-,112	,151
		Sig. (bilateral)	,352	,088	.	,963	,448	,306
	Afrontamiento	Coefficiente de correlación	-,378**	-,179	-,007	1,000	,263	-,180
		Sig. (bilateral)	,008	,223	,963	.	,071	,222
	Supresión Emocional	Coefficiente de correlación	-,274	-,234	-,112	,263	1,000	-,176
		Sig. (bilateral)	,059	,109	,448	,071	.	,232
	Puntaje Dolor	Coefficiente de correlación	,269	,029	,151	-,180	-,176	1,000
		Sig. (bilateral)	,065	,843	,306	,222	,232	.

**Tabla 9.** La prueba de correlación evidencia una relación de **0.212**, altamente significativa y positiva entre los niveles altos de dimensión de "neuroticismo" y la "estrategia de afrontamiento pasivo", específicamente con la "el catastrofismo".

La prueba de correlación evidencia una relación de **0.137**, positiva entre los niveles altos de dimensión de "neuroticismo" y la "estrategia de afrontamiento pasivo", específicamente con la "búsqueda de apoyo social".

La prueba de correlación evidencia una relación de **0.029**, altamente significativo y positivo entre el "catastrofismo" con la intensidad de "dolor crónico".

La prueba de correlación evidencia una relación de **0.150**, significativo y positivo entre la "búsqueda de apoyo social" con la intensidad de "dolor crónico".

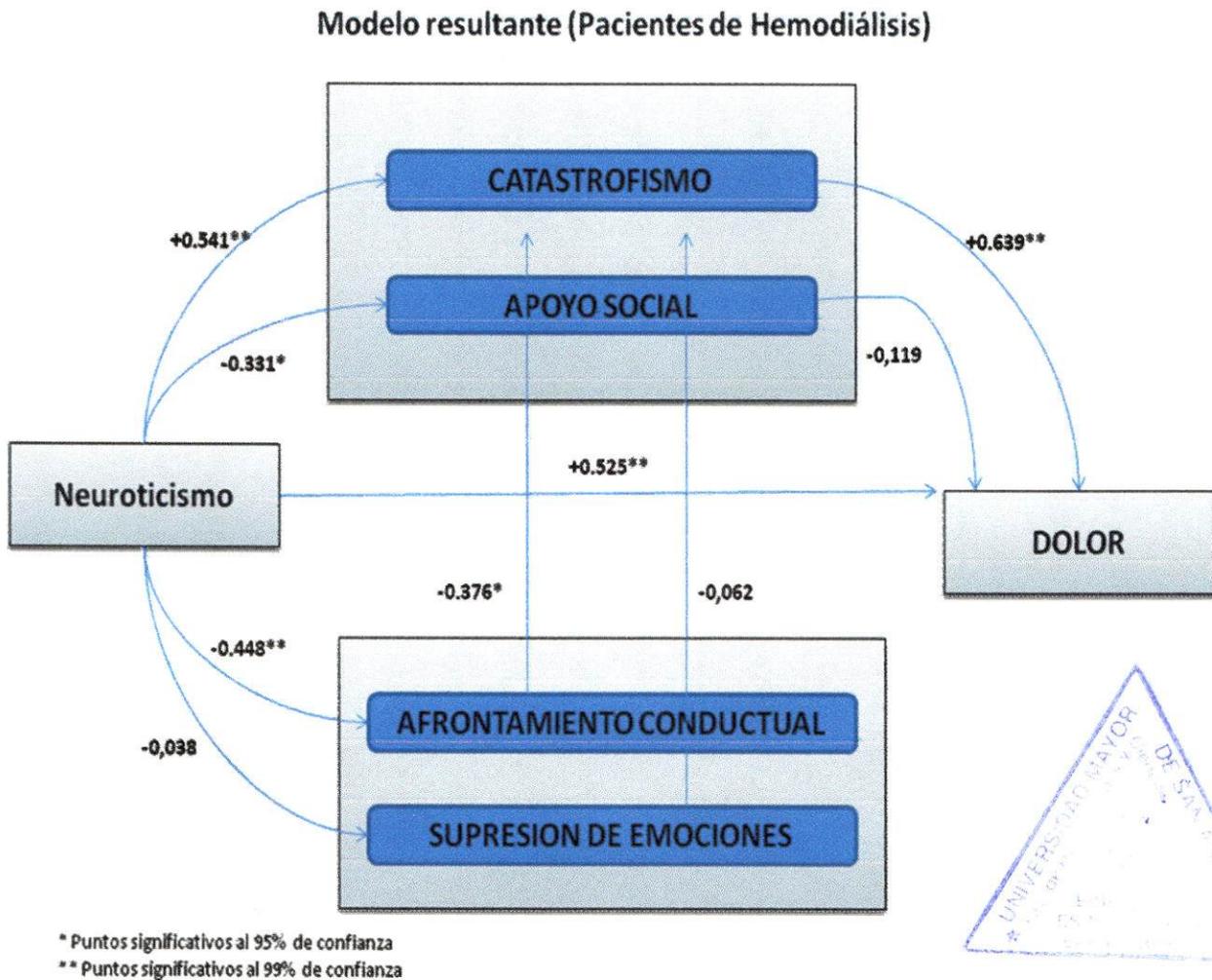
La prueba de correlación evidencia una relación de **-0.378**, negativo altamente significativo entre la dimensión "neuroticismo" con la estrategia de afrontamiento activo específicamente con el afrontamiento conductual.

La prueba de correlación evidencia una relación de **-0.274** negativo altamente significativo entre la dimensión "neuroticismo" con la estrategia de afrontamiento activo específicamente con "supresión de emociones".

La prueba de correlación evidencia una relación de significativo y negativa entre la "estrategia pasiva" y la "estrategia activa", concretamente entre el afrontamiento conductual **-0.179**, y supresión de emoción de **-0,234**

La prueba de correlación evidencia la relación de **0.268**, significativo y positivo entre en la dimensión "neuroticismo" con la percepción de "dolor crónico".

**CUADRO 10. CORRELACIÓN ENTRE: NEUROTICISMO, AFRONTAMIENTO Y DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS**



**Cuadro 10.** La relación entre la dimensión de “*neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico*” en los pacientes de hemodiálisis, se evidencia y se analiza los datos por separado.

Tabla 10. Correlación entre las Variables de Estudio en hemodiálisis

Correlaciones (Hemodiálisis)								
			Neuroticismo	Catastrofismo	Búsqueda de Apoyo Social	Afrontamiento	Supresión Emocional	Puntaje Dolor
Rho de Spearman	Neuroticismo	Coefficiente de correlación	1,000	.541**	-.331*	-.448,000	-,038	.525**
		Sig. (bilateral)	.	,000	,026	,002	,803	,000
	Catastrofismo	Coefficiente de correlación	.541**	1,000	-.252	-.376*	-,062	.639**
		Sig. (bilateral)	,000	.	,095	,011	,684	,000
	Búsqueda de Apoyo Social	Coefficiente de correlación	-.331*	-.252	1,000	,244	,023	-,120
		Sig. (bilateral)	,026	,095	.	,106	,882	,434
	Afrontamiento	Coefficiente de correlación	-.448**	-.376*	,244	1,000	,014	-.452**
		Sig. (bilateral)	,002	,011	,106	.	,926	,002
	Supresión Emocional	Coefficiente de correlación	-,038	-,062	,023	,014	1,000	,063
		Sig. (bilateral)	,803	,684	,882	,926	.	,679
	Puntaje Dolor	Coefficiente de correlación	.525**	.639**	-,120	-.452**	,063	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,434	,002	,679	.

**Tabla 10.** La prueba de correlación evidencia una relación de **0.541**, altamente significativa y positiva entre los niveles altos de dimensión de "neuroticismo" y la "estrategia de afrontamiento pasivo", específicamente con la "el catastrofismo".

La prueba de correlación evidencia una relación de **-0,331**, negativo entre los niveles altos de dimensión de "neuroticismo" y la "estrategia de afrontamiento pasivo", específicamente con la "búsqueda de apoyo social".

La prueba de correlación evidencia una relación de **0.639**, altamente significativo y positivo entre el "catastrofismo" con la intensidad de "dolor crónico".

La prueba de correlación evidencia una relación de **-0.119**, altamente significativo y positivo entre el "búsqueda de apoyo social" con la intensidad de "dolor crónico".

La prueba de correlación evidencia una relación de **-0.331**, poco significativo entre niveles altos en la dimensión de "neuroticismo" y la estrategia de afrontamiento activo específicamente con el afrontamiento conductual.

La prueba de correlación evidencia una relación de **-0.448**, significativo y negativo entre "neuroticismo" con la "afrontamiento conductual".

La prueba de correlación evidencia una relación de **-0.038**, significativo y negativo el "neuroticismo" con "supresión de emociones".

La prueba de correlación evidencia una relación de, significativo y negativa entre la "estrategia pasiva" con la "estrategia activa", concretamente entre el catastrofismo y el afrontamiento conductual **-0.376**, y supresión de emoción **-0.062**).

La prueba de correlación evidencia la relación de **0.268**, altamente significativo y positivo entre en la dimensión "neuroticismo" con la percepción de "dolor crónico".

## CAPITULO V



y es que  
el dolor cuando  
es por dentro..

es mas fuerte...

## CAPITULO V

### V.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos de la presente investigación permiten comprobar la existencia de la relación entre las variables "*Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico*". Este resultado es similar a la evidencia hallada sobre la relación existente entre las variables Neuroticismo, dolor crónico y afrontamiento, encontrada en el año 2001 por las autoras Ramírez, M. C., Esteve, Z. R., y López, M. A. E. -realizada en el contexto español, en la que se seleccionaron sujetos con dolor crónico, tanto benigno como oncológico. A diferencia de la presente investigación, que se trabajó con pacientes que padecen la enfermedad del cáncer, y con pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis.

Según los resultados encontrados por las investigadoras españolas, se ha evidenciado, la existencia de una relación significativa entre los niveles de neuroticismo que se convierten en predictores de estrategias (pasivas) y las otras variables; y una relación entre el uso de estrategias pasivas y la intensidad de dolor percibido. También, demostraron la relación negativa que se establece entre la estrategia de catastrofismo, y las activas (supresión de emociones y afrontamiento conductual) (Ramírez, M. C., Esteve, Z. R., y López, M. A. E., 2001, p. 135)

Por su parte, en la presente investigación se ha evidenciado la existencia de una relación significativa y positiva entre la dimensión de neuroticismo y el manejo de estrategias de afrontamiento pasivo en pacientes oncológicos y pacientes en tratamiento de hemodiálisis que están padeciendo dolor crónico.

De ahí que se confirma la hipótesis propuesta acerca de la relación existente entre la variable de personalidad neuroticismo y las estrategias de afrontamiento. Concluyéndose, que los pacientes con elevados puntajes en la dimensión neuroticismo, podrían provocar la

predisposición a desarrollar malestar físico, una tendencia a experimentar emociones preocupantes, cambios físicos y debilidad. A su vez, el mayor manejo de las estrategias de afrontamiento poco eficaz como es el afrontamiento pasivo, podrían establecer la falta de adaptación a la situación estresante. El afrontamiento catastrofismo, como una estrategia asociada a la desadaptación a la enfermedad, podría estar provocando el progreso a la intensidad de dolor percibido.

Es evidente que la utilización de estrategias de afrontamiento se constituya una importante variable mediadora asociada a la adaptación de la persona a eventos estresantes como es la situación de padecer cáncer, como también en el caso de hemodiálisis. Por lo tanto, las estrategias median la relación entre la variable neuroticismo y la intensidad de dolor percibido.

De tal forma, que a mayor manejo de estrategia de catastrofismo por parte de los sujetos de la presente investigación, mayor es la intensidad de dolor percibido; Otra relación que se evidenció es la relación negativa entre el dolor y el uso de estrategias activas, de tal modo, que se podría explicar esta interesante relación negativa que se establece entre las estrategias "activas" y "pasivas". Específicamente, entre el "catastrofismo" y la estrategias activas (afrontamiento conductual y supresión de emociones).

Este dato es similar a la evidencia hallada por las autoras Esteve Zarazaga R., López Martínez A.E. y Ramírez Maestre C. en el año 1999, las cuales evidenciaron la existencia de una relación negativa entre el dolor y el uso de estrategias activas, aunque también es posible explicar la debilidad de esta relación si atendemos al hecho de que en esta muestra existe una escasa relación entre estrategias activas o pasivas y el nivel de funcionamiento de los sujetos, lo que, en cierta medida viene a suponer la utilidad de las dimensiones del afrontamiento "activa" y "pasiva" como predictores de la adaptación de los pacientes. (p. 343)

En este sentido, se establece que a mayor utilización de estrategias de afrontamiento pasivo, menor es la utilización de estrategias de afrontamiento activo. Esto supone, que si se entrenaría a los pacientes en el mayor manejo de estrategias activas se estaría eliminando la utilización del afrontamiento catastrofista, cuya presencia queda reflejada con la desadaptación a la situación estresante.

Por su parte, como ambos grupos obtuvieron elevados niveles de neuroticismo también su mayor manejo son las estrategias catastrofismo, por lo que, catastrofizan su enfermedad, no son capaces de ignorar el dolor. Esto supone que si a estos pacientes se les distrae, se les da esperanzas, se les proporciona autoinstrucciones; entrenándoles a aprender nuevas conductas para enfrentarse al dolor mediante el mayor manejo de estrategias de afrontamiento activo, se lograría una mayor adaptación a la enfermedad y de alguna forma se podrían disminuir la intensidad de dolor percibido y una mejor calidad de vida para el paciente.

De esta manera, se estaría logrando eliminar el manejo de estrategias de afrontamiento pasivo, cuya presencia se establece al relacionarse con la intensidad de dolor.

De acuerdo a los datos evidenciados, se puede concluir que los pacientes que padecen dolor crónico oncológico y de hemodiálisis podrían adaptarse a la enfermedad; mediante el entrenamiento de técnicas de estrategias activas: logrando aumentar nuevas habilidades, e intentar controlar el dolor mediante nuevas conductas observables, o combinaciones de conductas, y nuevos pensamientos (“Se pone a leer”). Reinterpretaciones, instaurando nuevas capacidades para eliminar los pensamientos y sentimientos negativos respecto al dolor (“Se quita de la cabeza los pensamientos que le molestan”). Todo a nivel cognitivo, conductual, para enfrentarse a una determinada situación de enfermedad.

Un estudio realizado por los autores Soucase, B., et al., en el 2004, quienes concluyen que el manejo de estrategias de afrontamiento pasivas, se asocian significativa y positivamente con la dimensión de desadaptación por parte del paciente a la enfermedad, mientras que el uso de

estrategias activas ante el dolor, se relacionan significativa y negativamente con dichas dimensiones. (p. 358)

Por otro lado, se halló la evidencia de la relación positiva entre las variables "neuroticismo, y "dolor crónico" (Tabla N°4). Esto supone que ciertos rasgos de la personalidad pudieran estar determinando el grado de enfermedad de la persona.

Al respecto, el estudio realizado por el autor Infante V. P. (2002), aporta indicando que los individuos con alto nivel de neuroticismo tienen mayor predisposición al desarrollo de enfermedades físicas. Este estudio señala que el neuroticismo es una característica de la personalidad que refleja una tendencia a experimentar emociones angustiosas y preocupantes. Estas emociones negativas propician cambios físicos que pueden contribuir con la progresión de una enfermedad física. De tal modo que la tendencia de las personas con alto neuroticismo a experimentar emociones angustiosas, negativas, preocupantes y de baja autoestima. Así, algunos autores consideran que los individuos con alto neuroticismo pueden presentar un patrón de pensamiento catastrófico sobre los aspectos de su vida. (p.55)

Los sujetos del presente estudio con elevados niveles en la dimensión de neuroticismo perciben con mayor intensidad el dolor crónico. Este dato hace suponer, que ciertas características cualitativas de la persona como ser: depresivas, ansiosas, resignación hacia sí mismo, también la edad, la educación, el sexo, la cultura; podrían ser indicadores que predisponen a la persona a afrontar inadecuadamente ante ciertas situaciones estresantes. Otras variable relacionadas como el tiempo pudiera estar favoreciendo a la intensidad de dolor. Sería interesante realizar otros estudios utilizando las variables mencionadas.

El estudio, realizado por los autores M. Cañellas, Gema García, Jenny Moix Queraltó, P. Infante, S. Subirá en el 2005, quienes afirman que las personas con dolor crónico... *"presenta un patrón de personalidad más desadaptativo o desajustado, que la población general. Es probable que este patrón de personalidad intervenga favoreciendo el inicio o mantenimiento del dolor*

*crónico, aunque son necesarios más estudios de tipo prospectivo para poder afirmar esta incidencia con mayor seguridad". (pp. 17-24)*

En este sentido, teniendo estas investigaciones previas se puede concluir que ambos grupos de sujetos de la presente investigación que obtuvieron altos niveles de dimensión de personalidad neuroticismo, sienten con mayor intensidad el dolor y ven su enfermedad como grave, sin esperanza, que no podrán curarse por completo. Si en el caso el sujeto cuenta con los recursos de afrontamiento activo, como aquellos pensamientos reinterpretaciones, conductas permitirá un buen nivel de adaptación a la situación de enfermedad.

En tanto las recomendaciones, se puede señalar que para poder ayudar a las personas que padecen estas enfermedades, se podría intervenir ayudándolos en desarrollar nuevas conductas, pensamientos, sentimientos, para poder contrarrestar las emociones negativas internas que interfieren en la adaptación a situaciones estresantes; todo esto con el fin de que exista un buen nivel de adaptación al dolor, y que ellos puedan seguir realizando sus actividades cotidianas, a pesar de la intensidad dolor que perciban.

La intervención psicológica es muy importante a este tipo de pacientes, de acuerdo al grado de enfermedad crónica en la que se encuentra, puesto que, adaptarse deberá ser del mejor modo posible a la rutina diaria que impone padecer hemodiálisis y oncología, en la que además se trataría de cambiar los pensamientos negativos, emociones y sentimientos inadecuados, para lograr una mejor adaptación a la situación de dolor crónico.

Tomando en cuenta las características personales de los sujetos, se considera que sería muy importante realizar una permanente asistencia psicológica, durante todo el proceso de la enfermedad, inicialmente con el paciente para después incluso trabajar con la familia.

Respecto a la hipótesis del presente estudio: Los pacientes oncológicos presentarán puntajes elevados en la dimensión de neuroticismo, por lo que emplean mayor uso de estrategias de afrontamiento pasivas (catastrofismo y búsqueda de apoyo social), a diferencia de los

pacientes que reciben tratamiento en hemodiálisis que presentarán puntajes bajos en la dimensión de neuroticismo y el mayor manejo de estrategias de afrontamiento activas (supresión de emociones y afrontamiento conductual).

Aclarando una vez más que ambos grupos obtuvieron elevados puntajes en la dimensión de neuroticismo. (Tabla N° 5). Respecto al manejo de estrategias de afrontamiento pasivo entre ambos grupos de sujetos que componen la presente investigación, se ha encontrado que tanto los pacientes que padecen de cáncer y los pacientes en tratamiento en hemodiálisis utilizan las estrategias de afrontamiento pasivo. (Cuadro N° 4)

Cabe recalcar una vez más la relación que ambos grupos de sujetos obtuvieron elevados niveles en la dimensión de neuroticismo, y el mayor manejo estrategias de afrontamiento pasivo, específicamente el catastrofismo, lo que podría estar repercutiendo en el menor empleo de estrategias de afrontamiento activas.

Por otro lado, se encontró la relación negativa entre elevados niveles en la dimensión "neuroticismo y la estrategia de afrontamiento *"búsqueda de apoyo social"*.

Los pacientes con dolor crónico oncológico y hemodiálisis con elevados niveles de neuroticismo, no utilizan las estrategias de *"búsqueda de apoyo social"*, cuya relación es mínima con la intensidad de dolor. Probablemente, esto se deba al contexto sociocultural, es decir, el poco manejo de la variable búsqueda de apoyo social, se podría reflejar en la falta de búsqueda de apoyo profesional, medico y el tener que hospitalizarse. Para ciertos pacientes el hecho de hospitalizarse les causa incertidumbre y a medida que va pasando el tiempo, el dolor aumenta, asimismo, aumenta el estrés, lo que podría estar provocando la poca comunicación de sus emociones hacia el profesional médico y al equipo de enfermeras. Desde luego, que se considera que esta probabilidad deba ser comprobada a través de investigaciones que incluyan la variable sociocultural mencionada.

Al respecto, el estudio realizado por Oliveros, E., Barrera, M., Martínez, S., & Pinto, T., en el 2010, quienes evidenciaron que las estrategias tales como la búsqueda de apoyo social, ante un diagnóstico de cáncer sin posibilidad de recuperación; ciertos factores cognitivos, emocionales y comportamentales, producto de la experiencia individual y del contexto sociocultural de los individuos, influyen tanto en el proceso del enfermar como en la prevención de los trastornos y enfermedades. (p.27)

La hipótesis sobre si los pacientes con tratamiento oncológico presentan mayor manejo de estrategias de afrontamiento pasivo, y una menor tolerancia a la intensidad de dolor, comparados con los pacientes que reciben tratamiento en hemodiálisis que emplean mayor uso de estrategias de afrontamiento activo y una mayor tolerancia al dolor.

Como se ha mencionado en líneas anteriores no existe diferencia en la utilización del afrontamiento pasivo. Es decir, que tanto los pacientes de oncología y los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis su mayor manejo son las estrategias de afrontamiento pasivo. (Cuadro N° 7) específicamente el catastrofismo, esto implica una orientación hacia dificultades cognitivas y conductuales que conlleva a la desadaptación a una situación, y esto hace que las personas experimenten con más intensidad el dolor crónico.

En tanto la comparación de los datos obtenidos sobre la tolerancia al dolor crónico en ambos grupos de sujetos. Se evidencia, que no existe diferencia en la intensidad del dolor en ambos grupos, de este modo se rechaza la hipótesis. (Tabla N° 6). Pero es necesario considerar que es posible que exista un error de tipo II sea alto, lo cual puede llevar a conclusiones equivocadas.

Al respecto, los datos acerca del dolor en ambos pacientes, se evidencia que los pacientes tanto de oncología y de hemodiálisis manifiestan su dolor como una experiencia emocional desagradable, estas experiencias tienen su impacto negativo sobre la calidad de vida de las personas que lo padecen. Los recursos personales internos con los que cuentan los pacientes como las estrategias de afrontamiento son las que disponen al paciente a padecer en mayor o

menor medida las consecuencias del estrés. Queda todavía un largo camino por recorrer, por lo que, es necesario realizar otras investigaciones profundizando el tema.

## **V.2. RECOMENDACIONES**

Siendo que se ha encontrado que los sujetos con dolor crónico oncológico y de hemodiálisis presentan elevados puntajes en la dimensión de neuroticismo, y utilizan estrategias poco eficaces como el afrontamiento pasivo, se considera importante implementar programas de psicología en salud, interviniendo con técnicas y estrategias en beneficio de la salud integral en pacientes que padecen del dolor crónico.

A partir de los hallazgos de esta investigación, se recomienda crear programas de entrenamiento de estrategias de afrontamiento activo razón por la cual, se debe realizar programas de enseñanza sobre el mayor manejo de estrategias de afrontamiento conductual y supresión de emociones negativas, y tratar de disminuir el manejo de estrategias de afrontamiento pasivo; ayudando a los pacientes a tratar de reinterpretar positivamente las situaciones que le acontecen por la enfermedad, e incluso tratar de bajar la intensidad de dolor.

Aceptar y convivir con la enfermedad es uno de los actividades más importantes que deben asimilar los sujetos que se ven afectados por estas enfermedades, por lo que, es importante realizar técnicas de capacitación del manejo de las estrategias de afrontamiento activo tratando de conseguir que los pacientes se adapten a la situación de dolor, mediante el entrenamiento de técnicas de estrategias activas: logrando aumentar nuevas habilidades, e intentar controlar el dolor mediante nuevas conductas observables, o combinaciones de conductas, y la instauración de nuevos pensamientos ( "Se pone a leer"). Reinterpretaciones, instaurando nuevas capacidades para eliminar los pensamientos y sentimientos negativos respecto al dolor ( "Se quita de la cabeza los pensamientos que le molestan"). Todo a nivel cognitivo, conductual, para enfrentarse a una determinada situación de enfermedad.

Es importante que cuenten con el apoyo de familiares, amigos, y sobre todo el personal del hospital para que así puedan adaptarse a esta nueva situación. Por consiguiente, los sujetos que padecen dolor crónico oncológico y de hemodiálisis su mayor actividad será afrontar y

adaptarse a estrés que produce padecer de dolor. Por lo que, es importante mencionar que el diagnóstico de una enfermedad como el cáncer y hemodiálisis provoca inestabilidad psicológica ya que altera el pensamiento, produciendo miedo, separación familiar, cambios en las actividades diarias, interacción con el personal médico y las enfermeras. También altera la propia imagen de la persona y su función corporal por causa de la cirugías. Estos aspectos, la convierte a la persona un ser aislado por la vida que lleva interfiriendo las áreas: social, emocional, laboral, individual, familiar. Produciéndole conflictos emocionales que pueden provocar inquietudes, preocupación, todo esto podría ocasionar sentimientos que causan efectos negativos en la salud psicológica de la persona.

La intervención psicológica será trabajar desde el inicio del diagnóstico, se recomienda dar la información sobre su enfermedad teniendo en cuenta la educación, la cultura, y la capacidad para poder entender y comprender los efectos positivos o negativos, también, de cuando y como se da la información. Por tal razón, se recomienda dar información gradualmente en función al proceso de evolución de su enfermedad, todo este trabajo ayuda a mejorar la adaptación a la enfermedad. También, se recomienda la intervención de entrenamiento de relajación muscular durante el tratamiento.

En este sentido, es importante la realización de programas de psicología en salud, promoviendo técnicas y estrategias de intervención en beneficio de la salud integral, no solo para quien atraviese por una enfermedad crónica, sino también al personal médico, médicos Residentes y enfermeras, etc. Es necesario señalar que el tema de la hospitalización es un tema que sería interesante explorar y que es necesario que se realicen otras investigaciones.

En el caso de los pacientes de hemodiálisis, y los pacientes que padecen cáncer la intervención psicológica debe empezar cuando el paciente se encuentra en una primera fase. Este momento entre el diagnóstico se recomienda realizar una evaluación psicosocial en el inicio y transcurso del tratamiento, primeramente dando una información más clara a los pacientes como también a la familia, sobre las intervenciones al paciente y sepa en todo momento lo que se le va

a hacer. También se recomienda la intervención de entrenamiento de la relajación muscular progresiva esto para el control de la ansiedad en pacientes sometidos a diálisis.

También, es importante realizar técnicas de entrenamiento en habilidades de comunicación dirigida a los pacientes como también al personal del servicio, esto para poder evitar los muchos temores que surgen ante el inicio de enfermedad como ser: padecer cáncer y hemodiálisis. Es muy importante tener en cuenta la educación del paciente para poder trabajar a lo largo del curso de la enfermedad. Además, con el transcurso del tiempo el principal objeto de la intervención puede cambiar desde el trabajo individual con el enfermo al trabajo con la familia. Cabe recalcar que la labor del psicólogo es ayudar al paciente y a su familia a adaptarse del mejor modo posible a la rutina que impone la diálisis, y la quimioterapia tratando de organizar su vida alrededor del tratamiento.

Respecto al aspecto económico, se sugiere alternativas de solución para atenuar la falta de trabajo, primeramente, realizando actividades, capacitándoles en técnicas manuales que les ayude a tener un ingreso económico teniendo en cuenta que atraviesan por sesiones de tratamientos que les impide poder trabajar con normalidad.

También, se recomienda crear mecanismos de intervención, para la adaptación de los pacientes al curso de la enfermedad, puesto que, favorecerá la adaptación del paciente al medio hospitalario, de tal modo, que será tolerable el curso del dolor crónico asimismo, será tolerable el proceso de tratamiento.

En cuanto al contexto hospitalario, se recomienda buscar mecanismos de intervención integral de todos los profesionales de salud para el mejor cuidado paliativo de los pacientes, ya que, no solo favorecerá el buen trato al pacientes, sino, la eficacia en los servicios de salud, como también, el buen estado de los equipos para el tratamiento, esto favorecerá la rápida adaptación del paciente al medio hospitalario y a la enfermedad en sí; De esta manera, podrá mejorar las condiciones de calidad de vida del paciente.

Finalmente, se recomienda realizar estudios futuros profundizando los aspectos de la personalidad tales como el género, edad, la educación, socioculturales, y hospitalario, etc., y cómo influye en la utilización de una u otra estrategias de afrontamiento de forma que pueda vivir con el dolor. Cabe decir, que la presente investigación solo ha dado un paso y sería interesante que se realicen otras investigaciones.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- Álvarez, W., (2011). Bolivia recibe reconocimiento en tratamientos para el dolor. *El Diario*, septiembre 14.
- Amigo, V.I., Fernández, R.C. & Pérez A.M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Ed. Pirámide S. A. Madrid.
- Anarte, M.T., Ramírez, C. A., López, E., Esteve, R., (2001). *Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor oncológico y benigno*. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 8: 102-110,
- Bistre, C. S. (2007). El Dolor Crónico en América Latina. *Revista Iberoamericana del Dolor*. Vol2 No.2 2007. Recuperado de [http://www.revistaiberoamericanadedolor.org/revistas/rid\\_dos/editorialV2N2.html](http://www.revistaiberoamericanadedolor.org/revistas/rid_dos/editorialV2N2.html)
- Buendía, J. (1999). *Familia y Psicología de la Salud*. Ediciones Pirámides, S.A. Madrid, España.
- Buendía, V. J., (1993). *Estrés y psicopatología*. Ediciones Pirámide, S. A. Madrid, España
- Cueli, José. (1990). *Teorías de la Personalidad*. México: Trillas.
- Eysenck, H. J. (1970). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Ed. Fontanella. Barcelona.
- Eysenck, H. y Eysenck, M. (1987). *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid: Pirámide.
- Esteve Zarazaga R., López Martínez A.E. y Ramírez Maestre C. (1999). *Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico*. Dpto. de Psicología Social y de la

Personalidad, Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. *Revista de Psicología de la Salud*, 11(1-2), 1999, 77-102

Fantin, M. B.; Florentino, Ma.T.; Correché, M. S. (Junio, 2005) *Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la ciudad de San Luis*. Tesis de Grado.

García, V. F. W., Fajardo, C., Guevara, R., Gonzáles P. V., y Hurtado A. (2002). *Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, NEFROLOGÍA. Vol. XXII. Número 3.

Giles, M. V., Richard's M. M., (feb./2001) *Estrategias de afrontamiento y personalidad*. INTERPSIQUIS. 2001; (2)

González, B. M., Vía, A. J.,(2005). *Asistencia Psicológica a Pacientes Oncológicos su Familia*. Recuperado de <http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/mpm/documentos/psicologia/pa/asistencia%20psicologica%20%20a%20pacientes%20oncologicos%20y%20su%20familia.pdf>

Gómez-Pérez, L., López-Martínez A. E. (Diciembre 2008). Variables psicológicas implicadas en la percepción de mejoría en pacientes con dolor. *Rev. Mexicana de Psicología*, Vol.25, Num.2, 283-293. *Universidad de Málaga. España*.

Hernández Sampieri, Roberto (2001). *Metodología de la Investigación*. 9ª. Ed. McGraw-Hill. México, D.F.

Infante V. P. (2002). *Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico*. Barcelona, (Tesis Doctoral).

- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, Ed. Martínez Roca S.A.
- Llull, D.M., Zanier, J., García, F. (2003). *Afrontamiento y calidad de vida*. Psico-USF, v. 8; n. 2, p. 175-182, Jul./Dez. 2003. Revista PSICO-USF, v.6, n.2, p. 55-64, Jul./Dez. 2001
- M. Cañellas, Gema García, Jenny Moix Queraltó, P. Infante, S. Subirá. *Personalidad y dolor crónico Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, Vol. 26, Nº 3.
- Maury, F. S. (2009). Insuficiencia renal crónica terminal en Bolivia. *Programa de Salud Renal. Sociedad Paceña de Nefrología*. Boletín Nefron: Nº 1 - 17 de Mayo de 2009.
- Moreno, Tereza y Esteve, Z. Rosa, 2005. *Personalidad, afrontamiento y adaptación al dolor crónico*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de psicología, universidad de Málaga. 30 noviembre - 2 diciembre, 2005
- Morales, H. D. C., (2000). *Niveles de afrontamiento a la muerte en pacientes terminales: caso insuficiencia renal crónica terminal y cáncer terminal*. Tesis de Grado. Universidad Mayor de San Andrés.
- Moretti, L. S., (2010). *Variables Cognitivas Implicadas en la Experiencia de Dolor Crónico*. Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 2010, Vol. 2, Nº3, 21-29. Laboratorio de Psicología Cognitiva (CONICET), Córdoba, Argentina
- Oblitas, Luis A. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Ed. Thomson.
- Oqueno, C. M. O., (2000). *Análisis correlacional de las estrategias de afrontamiento empleadas por un grupo de pacientes diabéticos mayores de 18 años*. Tesis de Grado. Universidad Católica Boliviana.

- Oliveros, E., Barrera, M., Martínez, S., & Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. *Revista de Psicología GEPU, 1 (2)*, 19 - 29. Recuperado de <http://www.revistadepsicologiagepu.es.tl/Afrontamiento-ante-el-Diagnostico-de-C%Elncer.htm>
- Osorio, A. E. Del C., (1998). *Modificación de pensamientos irracionales para un adecuado afrontamiento de la discapacidad producida por una enfermedad crónica, progresiva y limitante*. Tesis de Grado. Universidad Católica Boliviana.
- Otondo, L. M. E., (1995). *Modelo de evaluación psicológica del proceso de afrontamiento de la limitación y pérdida física repentina*. Tesis de Grado. Universidad Católica Boliviana.
- Pelechano, V. (2005). *Dolor crónico y trastornos de personalidad*. Boletín de Psicología, No. 84, Julio 2005, 59-76. Facultad de Psicología de la Universidad de La Laguna.
- Penzo, W. (1989). *El dolor crónico*. Ed. Martínez Roca, S.A. Barcelona.
- Ramírez, C., Esteve R. & López A. (2001). *Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico*. La versión original, en la que se basa este trabajo puede encontrarse en: *Anales de Psicología*, 17, 129-137.
- Rangel, Ma. V., Peñarroya, A. Ballús-Creus, C., Pérez, J. 2010). *Características psicológicas en pacientes con dolor crónico e intensidad del dolor*. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010 [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com) - Febrero-Marzo 2010 [Psiquiatria.com](http://Psiquiatria.com)
- Registro nacional de diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante, Programa nacional de salud renal. Ministerio de Salud y Deportes, La Paz, 2005, Organización Panamericana de la Salud-Bolivia.

- Rodríguez, F. L., Cano, G. F. J., Blanco, P. A., (2004). *Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico*. Depto. de psiquiatría. Universidad de Sevilla. Actas Esp. Psiquiatr. 2004; 32(2): 82-91.
- Rodríguez, Á. E., Campillo R. M., Avilés, E. M., (f/n). *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia*. Facultad de Psicología, Xalapa. Universidad Veracruzana. Recuperado de <http://www.uv.mx/facpsi/revista/documents/hacer.pdf>
- Rodríguez, Parra, M<sup>a</sup> José Rosa; Zarazaga, Esteve M<sup>a</sup> y López Martínez Alicia E. (2000). *Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico*. Vol. 12, n° 3, pp. 339-345. Psicothema, Universidad de Málaga.
- Saldaña, I. M. (2009). Editorial. Sociedad Paceyña de Nefrología, Boletín nefron: n° 1 - 17 de mayo de 2009, Recuperado de <http://galenored.com/sopanefro/?content=19>
- Schultz, Duane P. & Sydney Ellen Schultz (2000). *Teorías de la Personalidad*. 7<sup>a</sup>. ed. Thomson.
- Schmidt, V. \*, Firpo, L., Vion, D., De Costa Oliván, M. E., Casella, L., Cuenya, L, Blum, G.D., y Pedrón, V. *Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: Revista Internacional de Psicología ISSN 1818-1023. Vol.11 No.2*
- Soriano, J., Monsalve, V.,(2005). *El afrontamiento del dolor crónico*. Boletín de Psicología, No. 84, Julio 2005, 91-107.
- Soriano, P. J. F., Monsalve, D. V., Ibáñez, G. E., Gómez, C. (1010). *Personalidad y afrontamiento en dolor crónico neuropático: un divorcio previsible*. Universidad de Valencia. Psicothema 2010. Vol. 22, n° 4, pp. 537-542 ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG. Recuperado de [www.psicothema.com](http://www.psicothema.com) Copyright © 2010

Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J.F., De Andres, J., (2004). *Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia*. Rev. Soc. Esp. Dolor v.11 n.6 Narón (La Coruña) ago.- sep. 2004 Rev. Soc. Esp. Dolor 11: 353-359, 2004 recuperado <http://revista.sedolor.es/articulo.php?ID=113>

Soucase, B., Monsalve, V., Soriano J. F. (2005). *Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico*. Rev. Soc. Esp. Del Dolor, Vol. 1, 12: 8-16.

Spiegel, M. R., (1991). *Estadística*. Tercera Edición. Ed. McGraw-Hill. España. S.A.

#### **FUENTES: SITIO WEB (INTERNET).**

Sitio web: <http://www.monografias.com/trabajos29/personalidad-eyenck/personalidad-eyenck.shtml>

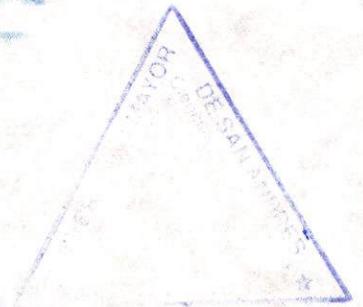
Sitio web: <http://galenored.com/sopanefro/?content=19>

Sitio web: <http://www.eldiario.net>. EL DIARIO Sociales, Bolivia recibe reconocimiento en tratamientos para el dolor. (Septiembre 2011)

Sitio Web: <http://www.urosario.edu.co/Educacion-Continuada/documentos/Contenidos-tematicos/Medicina/Temas-Curso-Medicina-del-Dolor/B>

Universidad del Rosario. Contenido Temático Curso Superior Universitario de Medicina del Dolor. Bogotá, Colombia.

# ANEXOS



y es que  
el dolor cuando  
es por dentro..

es mas fuerte...

**Tabla Resultados Estadísticos para Neuroticismo**

<b>ESTADÍSTICOS</b>	<b>ONCOLOGÍA</b>	<b>HEMODIÁLISIS</b>
N	48	45
Rango	25	30
Mínimo	22	21
Máximo	47	51
Suma	1788	1640
Media	37,3	36,4
Desv. típ.	4,9	7,3
Percentil 25	34	31
Mediana	38	36
Percentil 75	41	43

La prueba estadística evidencio una similitud en los puntajes en la dimensión “neuroticismo” mínimo 21, y máximo 51 en pacientes en hemodiálisis; y puntajes mínimo 22 y máximo 47 en pacientes oncológicos.

**Tabla Análisis estadístico para la prueba de McGill de Dolor**

	<b>Oncología</b>	<b>Hemodiálisis</b>
Recuento	48	45
Rango ordinal	34	20
Mínimo	6	13
Máximo	40	33
Suma	1104	1018
Media	23,0	22,6
Desviación típica	6,7	5,8
Percentil 25	18	18
Mediana	23	22
Percentil 75	28	28

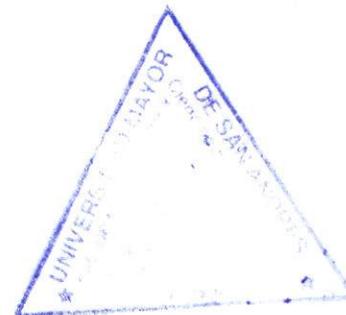


Tabla. En la tabla de análisis estadístico comprueba los puntajes medios de la variable dolor.

**Tabla Análisis estadístico de la dimensión neuroticismo en pacientes oncológicos**

<b>Neuroticismo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Estabilidad emocional	4	8,3
Neuroticismo	44	91,7
Total	48	100,0

En el análisis estadístico **91,7 %** se encuentran en la dimensión de neuroticismo de la totalidad de los pacientes oncológicos.

		Catastrofismo	Búsqueda de Apoyo Social	Afrontamiento	Supresión Emocional	Puntaje Dolor
		Media	Media	Media	Media	Media
Dimensión	Estabilidad emocional	14,75	15,50	7,75	7,75	9,25
	Neuroticismo	16,27	15,36	6,64	7,23	10,66

En el análisis estadístico, se evidencia los datos de la dimensión neuroticismo relacionado con el dolor crónico.

**Tabla Datos demográficos: pacientes oncológicos**

		Neuroticismo	Puntaje Dolor
		Media	Media
Sexo	Femenino	17,80	10,66
	Masculino	16,14	9,86
Grado de Instrucción	Ninguno	18,20	11,00
	Primaria	18,05	10,82
	Secundaria	17,43	11,00
	Bachiller	17,27	9,82
	Tec. superior	15,00	8,00
	Universitario	14,00	10,00
Ocupación	Desempleado	17,00	9,83
	Agricultora	18,40	9,80
	Labores de casa	18,04	10,79
	Comerciante	15,40	10,40
	Lavandera	19,00	16,00
	Otros	17,14	10,14
Estado Civil	Soltero	17,40	10,60
	Casado	17,35	9,76
	Viudo	21,67	12,33
	Separado	18,86	10,43
	Concubino	16,09	10,64
	Divorciado	17,40	12,00

**Tabla Análisis estadístico de la dimensión neuroticismo en pacientes hemodializados.**

Neuroticismo	Frecuencia	Porcentaje
Estabilidad emocional	4	8,9
Neuroticismo	41	91,1
Total	48	100,0

		Catastrofismo	Busqueda de Apoyo Social	Afrontamiento	Supresion Emocional	Puntaje Dolor
		Media	Media	Media	Media	Media
Dimensión	Estabilidad emocional	13,50	16,25	8,00	7,50	7,00
	Neuroticismo	16,24	15,37	6,46	7,56	10,02

Se evidencia los puntajes de la dimensión de neuroticismo relacionado con las variables: neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico.

**Tabla Datos demográficos: pacientes en hemodiálisis**

		Neuroticismo	Puntaje Dolor
		Media	Media
<b>Sexo</b>	Femenino	17,96	10,17
	Masculino	16,71	9,29
<b>Grado de Instrucción</b>	Ninguno	18,75	9,75
	Primaria	19,43	10,86
	Secundaria	17,75	10,25
	Bachiller	15,60	8,70
	Tec. superior	16,00	9,60
	Universitario	14,25	7,75
<b>Ocupación</b>	Desempleado	17,82	9,59
	Labores de casa	18,50	10,25
	Comerciante	18,00	11,40
	Otros	15,14	8,57
	Estudiante	15,25	9,00
<b>Estado Civil</b>	Soltero	15,89	9,68
	Casado	17,00	9,14
	Viudo	20,83	10,67
	Separado	.	.
	Concubino	19,50	10,50
	Divorciado	.	.

GOBIERNO AUTONOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ  
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD

HOSPITAL DE CLÍNICAS  
LA PAZ - BOLIVIA



V. Saavedra 2245 - Miraflores -  
Casilla Postal 248

La Paz, 2 de Agosto de 2011  
Cite: DEI/ 088/2011

TELÉFONOS:  
DIRECCIÓN 2246275  
ADMINISTRACIÓN 2244884  
URGENCIAS 2229180  
RAX 2246354  
CENTRAL 2244882-2245025  
E-mail: clinicas@megalink.com

OTROS TELÉFONOS:  
CONTABILIDAD-FINANZAS 2245059  
LABORATORIO 2246352  
NEUROCIRUGÍA 2246258  
PSIQUIATRÍA 2246356  
NEUROLOGÍA 2229610  
ADQUISICIONES 2245059  
RED 118

SERVICIOS Y ESPECIALIDADES

URGENCIAS  
MEDICINA GENERAL  
MEDICINA INTERNA  
CARDIOLOGÍA  
DERMATOLOGÍA  
ENDOCRINOLOGÍA  
GASTROENTEROLOGÍA  
HEMATOLOGÍA TRANSFUSIONAL  
INFECTOLOGÍA  
ANÁLISIS-NEFROLOGÍA  
ONCOLOGÍA  
PSIQUIATRÍA  
REUMATOLOGÍA  
CIRUGÍA GENERAL  
ODONTOLOGÍA Y CIRUGÍA  
DENTOFACIAL  
NEUROLOGÍA  
OTORRINOLARINGOLOGÍA  
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGÍA  
UROLOGÍA  
TERAPIA INTENSIVA  
CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA  
LABORATORIO CLÍNICO  
RAYOS X  
ENDOSCOPIA  
ECOGRAFIA  
ECMOGRAFIA  
FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN  
RADIOTERAPIA  
FARMACIA  
CIRUGIA PLÁSTICA Y QUEMADOS  
NUTRICION DIETOTERAPIA  
ECMOGRAFIA

Señor  
Dr. Miguel Quiroga  
Jefe Unidad de Oncología  
**Presente.-**

Distinguido Doctor:

A través de la presente, comunico a usted, que la Srta. **Flora Gladys Paredes Aranda**, Egresada de la Carrera de Psicología, cuenta con la autorización correspondiente de la Jefatura de Enseñanza, para realizar la investigación psicológica, **NEUROTICISMO, AFRONTAMIENTO Y DOLOR CRONICO** con pacientes de su Unidad, tomando en cuenta las normas de su Servicio.

Sin otro particular, saludo a usted con toda atención.

c.c. Arch.  
ILBLV/jgg.

  
Dr. Miguel A. Quiroga Castro  
CIRUJANO ONCOLOGO  
Mat Prof Q - 121  
HOSPITAL DE CLINICAS.

  
Dr. Ignacio Lopez Bilbao La Vieja  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
HOSPITAL DE CLINICAS



HOSPITAL DE CLINICAS  
LA PAZ - BOLIVIA



La Paz, 2 de Agosto de 2011  
Cite: DEV/088/2011

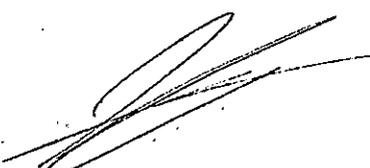
Señor  
Dr. Pabel Sainz  
Jefe Unidad de Hemodialis  
Presente.-

Distinguido Doctor:

A través de la presente, comunico a usted, que la Srta. Flora Gladys Paredes Aranda, Egresada de la Carrera de Psicología, cuenta con la autorización correspondiente de la Jefatura de Enseñanza, para realizar la investigación psicológica, **NEUROTICISMO, ATRONTAMIENTO Y DOLOR CRONICO** con pacientes de su Unidad, tomando en cuenta las normas de su Servicio.

Sin otro particular, saludo a usted con toda atención.

c.c. Arch.  
ILBLV/jgg.

  
Dr. Ignacio Lopez Bilbao La Vieja  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
HOSPITAL DE CLINICAS

