



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA “DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA”

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de
Psiquiatría

**Asociación de los tipos de estilos defensivos, estrategias de
enfrentamiento de la enfermedad y tolerancia al dolor en pacientes de
la unidad de quemados del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones
Prieto”: un estudio piloto.**

Dra. Alejandra Carolina Neri Gómez

DIRECTOR CLÍNICO
Dr. César Guillermo González Salinas

DIRECTOR METODOLÓGICO
Dr. Mario Aurelio Martínez Jiménez

Febrero 2024



Asociación de los tipos de estilos defensivos, estrategias de afrontamiento de la enfermedad y tolerancia al dolor en pacientes de la unidad de quemados del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”: un estudio piloto. © 2024 Por Alejandra Carolina Neri Gómez. Se distribuye bajo [Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA “DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA”

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Psiquiatría
Asociación de los tipos de estilos defensivos, estrategias de afrontamiento de la enfermedad y tolerancia al dolor en pacientes de la unidad de quemados del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”: un estudio piloto.

Dra. Alejandra Carolina Neri Gómez

No. de CVU del CONACYT: 1069963; Identificador de ORCID: 0009-0008-1221-2269

DIRECTOR CLÍNICO

Dr. César Guillermo González Salinas

No. de CVU del CONACYT: 478956; Identificador de ORCID: 0000-0001-6401-3773

DIRECTOR METODOLÓGICO

Dr. Mario Aurelio Martínez Jiménez

No. de CVU CONACYT: 302613; ORCID: 0000-0002-8905-849X

SINODALES

Dr. Andrés Valderrama Pedroza
Presidente

Dra. María del Rosario Narváez
Sinodal

Dr. Jesús Francisco Galván Molina
Sinodal

Dra. Ilse Paulina López de la Mora
Sinodal suplente

Febrero 2024



Resumen.

Los pacientes quemados que requieren hospitalización son propensos a múltiples comorbilidades y complicaciones, dentro de estas las psiquiátricas. Es por ello por lo que el evaluar los aspectos psiquiátricos propios del paciente quemado y su forma de lidiar con el dolor que generan sus quemaduras es importante para así mejorar las estrategias para el manejo y el tratamiento adecuados en el área de quemados. Esta investigación buscó la asociación entre el estilo de defensa y el tipo de afrontamiento con la tolerancia al dolor en pacientes con quemaduras internados en el área de quemados del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto. También se evaluó la factibilidad de medir mediante dos cuestionarios el tipo de estilo defensivo y estrategia de afrontamiento predominante y el dolor en pacientes quemados. Además, se plantea Fue un estudio piloto, se reclutaron 60 individuos por conveniencia y se les aplicaron los cuestionarios DSQ-88 y COPE-28 para determinar su estilo defensivo y estrategia de afrontamiento predominante y se midió la intensidad del dolor en los pacientes quemados con la Escala Numérica Análoga. Se reclutaron a los 30 pacientes quemados y 30 sujetos de un grupo control en un periodo de 2 años. Todos contestaron los cuestionarios en su totalidad y se encontró mediante los resultados del DSQ-88 que el 60% de estos pacientes quemados tuvieron un estilo de defensa predominantemente maduro, y sólo 13.3% tuvo un estilo inmaduro. En cuanto al cuestionario COPE-28, 86.7% de los pacientes del estudio tuvieron un predominio de afrontamiento de aproximación y sólo 13.3% tuvo un afrontamiento evitativo. Este estudio demostró factibilidad en medir el predominio de estrategias de afrontamiento con el cuestionario COPE-28, no así para el cuestionario DSQ-88 por la gran extensión del cuestionario. También se observó que, a mayor predominio de estrategias de afrontamiento evitativas, hay mayor intensidad del dolor registrado por los pacientes. Esta podría ser una propuesta para el tamizaje de estrategias de afrontamiento en pacientes quemados y así darles tratamiento para que desarrollen estrategias de afrontamiento de aproximación para enfrentar mejor la compleja situación de las quemaduras.

Palabras clave: estilos defensivos, afrontamiento, dolor, quemaduras

Índice

Resumen.....	1
Índice.....	3
Lista de cuadros.....	5
Lista de figuras.....	7
Lista de definiciones.....	9
Agradecimientos.....	10
Antecedentes.....	11
1. Los mecanismos de defensa.....	11
2. Los estilos de defensa.....	11
3. Afrontamiento.....	13
4. Dolor en pacientes quemados.....	15
5. Los estilos defensivos y estrategias de afrontamiento en el paciente quemado.....	17
Justificación.....	21
Pregunta de investigación.....	22
Hipótesis.....	23
Objetivos.....	23
Objetivo general.....	23
Objetivos específicos.....	23
Sujetos y métodos.....	24
Lugar de realización:.....	24
Universo de estudio.....	24
Criterios de selección para pacientes quemados:.....	24
Criterios de selección para sujetos no quemados:.....	25
Plan de trabajo.....	25
Variables en el estudio.....	26
Análisis Estadístico.....	30
Ética.....	32
Resultados.....	33

Características específicas de la población no quemada	33
Características específicas de la población quemada.....	34
Asociación entre dolor y estilos de defensa en pacientes quemados.....	37
Asociación entre dolor y estrategias de afrontamiento en pacientes quemados	39
Asociación de las estrategias de afrontamiento en quemados y no quemados	41
Asociación de los estilos defensivos en quemados y no quemados	42
<i>Discusión.</i>	44
<i>Limitaciones y/o nuevas perspectivas de investigación:</i>	46
<i>Conclusiones:</i>	47
<i>Bibliografía:</i>	48
<i>Anexos:</i>	53
Anexo 1. Cuestionario COPE-28.....	53
Anexo 2. Cuestionario DSQ-88	55
Anexo 3. Escala Numérica Análoga de Dolor.....	58

Lista de cuadros

	Página
Cuadro 1. Cuadro de variables	26
Cuadro 2. Características sociodemográficas de la población de estudio	33
Cuadro 3. Estadísticos descriptivos de la asociación entre dolor y estilos defensivos en pacientes no quemados.....	34
Cuadro 4. Tabla de frecuencias de las estrategias de afrontamiento de los pacientes no quemados según los cuestionarios COPE-28	34
Cuadro 5. Medias del dolor percibido de acuerdo con la puntuación de la escala ENA por sexo	34
Cuadro 6. Tabla de frecuencias de la presencia o no de quemaduras en áreas críticas de los pacientes quemados	36
Cuadro 7. Tabla de frecuencias de la profundidad de las quemaduras en los pacientes.....	36
Cuadro 8. Tabla de frecuencias de los estilos de defensa de los pacientes quemados según los cuestionarios DSQ-88	37
Cuadro 9. Estadísticos descriptivos de la asociación entre dolor y estilos defensivos en pacientes quemados	38
Cuadro 10. Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para asociación entre dolor y estilo de defensa en pacientes quemados	38

Cuadro 11. Tabla de frecuencias de las estrategias de afrontamiento de los pacientes quemados según los cuestionarios COPE-28	39
Cuadro 12. Estadísticos descriptivos de la asociación entre dolor y la estrategia de afrontamiento en pacientes quemados.....	40
Cuadro 13. Prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes, para medir la asociación entre dolor y estrategia de afrontamiento en pacientes quemados.	40
Cuadro 14. Tabla cruzada de Quemados o no quemados y el tipo de Afrontamiento según la escala COPE-28.....	41
Cuadro 15. Pruebas de chi cuadrado para medir la diferencia en las estrategias de afrontamiento entre personas quemadas y no quemadas.	42
Cuadro 16. Tabla cruzada de Quemados o no quemados y el tipo de estilo defensivo según el cuestionario DSQ-88.	42
Cuadro 17. Estadísticas de la prueba de U de Mann Whitney para estilos defensivos con variable de agrupación: Quemados o no quemados.	43

Lista de figuras

	Página
Figura 1. Gráfica de barras de las frecuencias del tipo de medicamentos indicados a los pacientes.....	35
Figura 2. Gráfica de barras que representa el número de años de escolaridad en los pacientes quemados)	37
Figura 3. Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para muestras independientes, para medir la asociación entre dolor y estilo de defensa en pacientes quemados.....	39

Lista de abreviaturas y símbolos

- **DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, traducido del inglés).
- **DSQ-88:** Defense Style Questionnaire 88 (Cuestionario de estilos defensivos de 88 ítems, traducido del inglés).
- **COPE-28:** Cuestionario COPE de afrontamiento de 28 ítems.
- **ENA:** Escala numérica análoga del dolor.
- **MINIplus:** Mini International Neuropsychiatric Interview 5a Ed. (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, traducido del inglés).
- **AINES:** Anti-inflamatorios no esteroideos.
- **MMSE:** Mini-Mental State Examination (Mini-Examen del Estado Mental, traducido del inglés)

Lista de definiciones

- **Estilo de defensa:** Es la manera validada en la que se mide objetivamente el predominio del uso de un conjunto de mecanismos de defensa de una persona. Puede ser de predominio maduro, neurótico o inmaduro, siendo el maduro el que proporciona una mejor adaptabilidad ante las adversidades.
- **Estrategia de afrontamiento:** recurso de origen psicológico que usa una persona para afrontar determinadas situaciones estresantes. Puede ser de aproximación o de evitación hacia la situación estresante.
- **Dolor:** sensación de molestia y aflicción en alguna parte del cuerpo por causas que pueden ser interiores o exteriores a él.

Agradecimientos

- A los pacientes, que a pesar de las quemaduras decidieron colaborar en el estudio,
- Al personal que labora en el área quemados,
- Al Dr. Guillermo y al Dr. Mario por su paciencia y confianza,
- A mis padres por apoyarme incondicionalmente.

Antecedentes.

1. Los mecanismos de defensa

Una de las maneras en que se puede evaluar el tipo de personalidad de un individuo es mediante los mecanismos de defensa que utiliza. El concepto de mecanismos de defensa ha sido descrito desde Freud hasta nuestros días por distintos autores (1). Estos podrían definirse como operaciones mentales inconscientes cuya función específica es el de proteger a una persona de sentimientos como la ansiedad, los conflictos, la vergüenza, la pérdida de la autoestima u otras sensaciones percibidas como negativas.

Los mecanismos de defensa permiten que se reduzca la disonancia cognitiva y que se minimicen los cambios inesperados que hay en el entorno interno y externo, alternando la forma en la que éstos se perciben; a su vez, los mecanismos de defensa alteran la percepción del sujeto, el objeto, y de la idea o sentimiento (2). Los mecanismos de defensa son un modelo clínicamente útil para explicar procesos intrapsíquicos automáticos, es decir, que están a un nivel inconsciente.

En cuanto a la clasificación de estos mecanismos defensivos, hay algunos que se relacionan más con mayor adaptabilidad al entorno y se consideran maduros. Ejemplos de estos serían la sublimación, el humor y el altruismo. Por el contrario, también se pueden encontrar mecanismos de defensa primitivos o inmaduros, con una menor adaptabilidad a las situaciones negativas. Algunos de estos son la proyección, la escisión y la fantasía (1).

2. Los estilos de defensa

Los autores canadienses Bond y cols. intentaron abordar la medición de los mecanismos de defensa en un método cuantitativo. Se ha demostrado (3) que los mecanismos de defensa tienden a agruparse en estilos, los cuales se pueden organizar en un espectro en donde algunos mecanismos de defensa son menos adaptativos que otros. Los autores se basaron en teorías psicoanalíticas y en los

mecanismos de defensa descritos en el DSM-III, además de otros descritos en pacientes con trastorno límite de la personalidad.

Estos estilos defensivos, si bien por sí mismos no son indicadores de psicopatología, y están presentes en todas las personas con la función de mantener el bienestar psicológico de cada individuo. Los estilos defensivos se relacionan con algunos tipos de organización de la personalidad como fue descrito por Kernberg (4). Aquellas personas con predominio de defensas de tipo inmaduro se relacionan con personalidades de organización limítrofe y psicótica, mientras que aquellas con defensas predominantemente maduras o neuróticas se han relacionado con personalidades de organización neurótica (5). Esto influye en la manera en que el individuo va a lidiar con situaciones adversas en el transcurso de la vida.

a. Medición de los estilos defensivos

Los mecanismos de defensa son procesos inconscientes que son difíciles de medir, dado que son usados para afrontar los impulsos, sentimientos o ideas que no son aceptables a un nivel consciente (6). Por esto, se desarrolló el Defense Style Questionnaire (DSQ) para medir y evaluar los estilos de defensa, basando sus orígenes en el modelo jerárquico de Vaillant, quien se basó en un espectro de inmadurez-madurez en los mecanismos de defensa (2). El DSQ original, desarrollado por Bond y cols. tenía un total de 97 ítems, que luego se refinó en 88 ítems.

Éste de 88 ítems clasifica cuatro estilos de defensa, cada uno de los cuales incluye diferentes mecanismos de defensa. Esto es a través de un cuestionario, cuya puntuación de funcionamiento sirve para calcular cada estilo. Posteriormente se identifican los estilos que predominan y se clasifican los mecanismos de defensa de dichos estilos en las categorías maduro, neurótico e inmaduro (3).

Los estilos de defensa que se miden son:

1. Acción inadaptada (33 ítems)
2. Distorsión de la realidad (15 ítems)
3. Auto sacrificio (8 ítems)

4. Adaptación (7 ítems)

La versión de 88 ítems (DSQ-88) evalúa 24 mecanismos de defensa diferentes, mientras que las versiones de 72 y 40 ítems (DSQ-72 y DSQ-40) evalúan 20.

Para medir los estilos defensivos, la escala DSQ-88 utiliza una variable cualitativa con 3 categorías: maduro, neurótico e inmaduro. Para el estilo maduro la escala toma en cuenta mecanismos como supresión, orientación a la tarea, anticipación, sublimación y humor; para el estilo neurótico toma en cuenta ítems de formación reactiva, inhibición, anulación, retirada, idealización y pseudoaltruismo; por último en los estilos inmaduros se incluyeron la proyección, agresión pasiva, omnipotencia/devaluación, acción, queja, fantasía, aislamiento, escisión e identificación proyectiva, regresión, somatización, negación, afiliación y consumo de sustancias.

Estudios previos han arrojado adecuados niveles de confiabilidad y validez en este instrumento en población mexicana. Por ejemplo, en un análisis realizado (7) se evaluó la confiabilidad del instrumento a través del coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach y se obtuvo un índice de confiabilidad de 0.7704.

3. Afrontamiento

El afrontamiento se refiere a " los esfuerzos cognitivos y conductuales para dominar, reducir o tolerar las demandas internas y/o externas creadas por la transacción estresante" (8). Lazarus y Folkman argumentaron que el afrontamiento se basa en la situación, y que, aunque el estrés afecta la fisiología de cada individuo de diferente manera, definieron un proceso dinámico llamado "afrontamiento", el cual abarca estas características que varían a lo largo del tiempo. Así, dependiendo de la capacidad de afrontamiento de cada paciente, son más o menos capaces de seleccionar la estrategia de afrontamiento más eficaz para sobrellevar su estresor, teniendo un sentido adaptativo (9).

3.1 Estrategias de afrontamiento

El afrontamiento no es algo que sea permanente en una persona, sino que cambia según la situación, con lo cual hablamos de estrategias en lugar de estilos, y aunque no son conceptos contrapuestos, sino complementarios, el primero representa formas estables y consistentes de afrontar el estrés, mientras que el segundo se refiere a acciones más específicas (10). Los estilos de afrontamiento son algo permanente de las personas, procedimientos característicos en los modos como las personas reaccionan ante el estrés y que son consistentes con sus creencias, valores, metas e ideales. Es decir, una predisposición que cada individuo tiene para hacer frente a las situaciones de la vida y que va a determinar qué tipo de estrategias de afrontamiento van a usar (11).

Las estrategias de afrontamiento son “procesos concretos y específicos usados en cada contexto y pudieran cambiar según las condiciones desencadenantes” (12). También se entienden como recursos psicológicos que un individuo pone en marcha para enfrentar situaciones estresantes, aunque no se tenga éxito, éstas sirven para generar, evitar o aminorar conflictos internos de cada persona, atribuyéndoles beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento (13). Las estrategias de afrontamiento podrían definirse como el esfuerzo real invertido en tratar de hacer que un factor estresante o conflicto percibido sea más tolerable y minimizar el dolor causado por la situación (14).

3.2 Medición de las estrategias de afrontamiento

Existen varios instrumentos para medir las estrategias de afrontamiento, entre ellos destacan los siguientes:

El CRI-A (15) permite evaluar las respuestas de afrontamiento que una persona emplea ante un problema o una situación estresante. Consta de dos partes, en la primera el paciente debe redactar y contestar 10 preguntas y en la segunda contestar 48 ítems con escala del 1 al 4 para valoración primaria de la situación estresante.

El COPE-28, que es la versión en español del Brief COPE de Carver, realizado por Moran y cols. (16), es una lista multidimensional autoaplicable de 28 ítems

agrupados en 14 subescalas que se utilizan para evaluar diferentes métodos de respuesta al estrés en adultos, con una Escala Likert de 4 puntos (de 0 a 3) en la que reflejan qué tan frecuente el individuo realiza lo que dice cada ítem. Esta escala ha sido validada en México y tiene un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.711, lo cual denota una buena consistencia interna(17,18).

El cuestionario COPE-28 para medir las estrategias de afrontamiento, utiliza una variable cualitativa de 2 categorías: evitativo y aproximación. La escala mide diversos elementos: en el afrontamiento de aproximación predominan el afrontamiento activo, búsqueda de apoyo instrumental, reinterpretación positiva, planificación, aceptación y apoyo social emocional. Por otra parte, en el afrontamiento evitativo hay un predominio de elementos como la autodistracción, descarga emocional, negación, uso de sustancias, autocrítica y desconexión conductual.

Otro cuestionario para medir el afrontamiento es el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (19), que es autoaplicable, consiste en describir detalladamente la situación estresante, posteriormente, el individuo contesta 72 ítems, según una escala tipo Likert de cinco puntos, con qué frecuencia hace la situación descrita. Al final de la escala se contesta un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento

Otros son la Escala de Modos de Afrontamiento (20) (21), el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Actuales (22), el Cuestionario de Formas de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes (23) y el Inventario Multidimensional de Afrontamiento (24).

4. Dolor en pacientes quemados

El dolor siempre ha sido una experiencia individual que se ve afectada en diversos grados por factores biológicos, psicológicos y sociales. Frecuentemente juega un papel adaptativo, pero puede interferir con la salud, el funcionamiento social y psicológico. (25)

Ya que las quemaduras son una de las formas más graves de trauma que puede experimentar una persona, están asociadas con un dolor intenso y muchas pérdidas

físicas, psicológicas, materiales y sociales. El impacto de las quemaduras en los pacientes es el resultado de una variedad de factores y procesos complejos que promueven la experiencia del dolor.

Hay dos tipos de dolor en los pacientes quemados: el dolor inducido o que ocurre en eventos predecibles, como después de una cirugía, o en actividades como deportes, fisioterapia o cambios de vendajes suele tener una duración corta, pero de alta intensidad. El dolor de fondo se experimenta sin estímulo físico doloroso, incluso en reposo. En general, se considera que no es tan intenso como el tipo de dolor inducido, sino que persiste. Es posible que se presente espontáneamente sin ningún motivo(27).

La gravedad de las quemaduras se clasifica según el grado de afectación de la superficie corporal afectada y la profundidad de las lesiones cutáneas, lo cual también determinará el tipo de dolor. En las quemaduras de primer grado, el daño tisular es superficial y solo se afecta la epidermis. En este tipo de quemaduras el dolor suele ser de leve a moderado y cede en promedio en una semana. Las quemaduras de segundo grado afectan partes de la dermis o su totalidad; se consideran dolorosas ya que hay daño de los nociceptores dérmicos y hay exposición de las terminaciones nerviosas. A medida que cicatriza, la regeneración nerviosa puede verse interrumpida, provocando dolor neuropático. Por último, las quemaduras de tercer grado implican la destrucción de los nociceptores, por lo tanto, el área afectada no estaría sensible a estímulos dolorosos. Sin embargo, este tipo de quemaduras normalmente están rodeadas de áreas en donde la quemadura es más superficial, con diferente grado de afección, por lo tanto, suele haber dolor(28).

4.1 Medición del dolor

La explicación verbal es sólo una de las muchas expresiones de dolor, sin embargo, la falta de comunicación no descarta la posibilidad de que los humanos y los animales no humanos puedan sufrir (29). El informe del dolor que el propio paciente hace es la prueba más precisa y fiable de la presencia e intensidad del dolor, válido para pacientes de todas las edades, independientemente de los trastornos cognitivos o de la comunicación que pudieran tener (30).

El uso de escalas de puntuación de dolor ha sido la medida más confiable y precisa para evaluar el dolor en los pacientes, además de la respuesta al tratamiento de este (31).

Las escalas diseñadas para estimar y / o expresar el dolor del paciente pueden evaluarse en dos grupos: medidas unidimensionales y multidimensionales. Cabe señalar que las escalas unidimensionales solo miden la intensidad, no pueden verse como una evaluación integral del dolor. Se espera que la evaluación integral del dolor abarque tanto la medición unidimensional de la intensidad del dolor como la evaluación multidimensional de la percepción del dolor.

Las escalas unidimensionales de intensidad del dolor que se utilizan comúnmente en el paciente hospitalizado son:

- Escala numérica análoga del dolor (ENA)
- Escala visual análoga (EVA)
- Escala de valoración verbal (VRS)

La ENA cuenta con números del 0 al 10 que van en rangos de "sin dolor" a "peor dolor imaginable" y suele ser más práctico su uso que la EVA, ya que para la mayoría de las personas es más fácil de entender y algunas ventajas son que no se necesita una buena agudeza visual, lápiz y papel o destreza. Además, la intensidad del dolor del paciente se puede evaluar en una entrevista por teléfono o videollamada.

La escala visual análoga y la escala numérica análoga para la evaluación de la intensidad del dolor son comparables y tienen la misma sensibilidad en evaluar el dolor agudo, además de que funcionan mejor para reflejar el sentimiento de la intensidad del dolor que refiere el paciente en el momento. Ambas han demostrado ser superiores a la escala de valoración verbal (32).

5. Los estilos defensivos y estrategias de afrontamiento en el paciente quemado

El tratamiento de pacientes con lesiones por quemaduras suele ser tortuoso, debido a lo prolongado que puede ser el proceso, además de que suele lidiar con episodios de dolor físico extremo y secuelas tanto físicas como emocionales o psicológicas.

El dolor durante el internamiento varía según la etapa de atención hospitalaria y en general, se considera que hay cuatro etapas: la etapa crítica o precoz, la etapa intermedia, la etapa de recuperación y la etapa tardía (26). Durante la etapa crítica el paciente está sometido a cuidados intensivos y de reanimación, con medicamentos que ejercen un efecto psicotrópico y por lo tanto el paciente en ocasiones puede no estar bien orientado por lo que depende completamente del personal médico y de enfermería. Se pierde toda la intimidad y la única manera de afrontar la situación es con estados psíquicos de regresión en esta etapa. Durante la siguiente etapa (intermedia) el paciente ya está más consciente del estado de sus quemaduras y las limitaciones que ahora físicamente encuentra, es en donde él mismo busca hacerle frente a su situación. En la etapa de recuperación es donde recupera un poco más su autonomía y está en la transición de cuidados hospitalarios para prepararse para regresar a su hogar, esto genera ansiedad. En la etapa final el paciente debe hacer frente a su realidad en el ambiente social, laboral, etc., en esta etapa es importante el apoyo social y de la familia en su buena recuperación y en su autoestima.

Todos estos antecedentes han hecho que diversos investigadores hayan propuesto proyectos de investigación en los que se estudien las reacciones que tienen estos pacientes frente a la complicada situación que viven(33) (34). Se ha demostrado que un tamizaje de rutina para detectar ciertos rasgos de personalidad, junto con el tratamiento de las quemaduras puede ayudar a identificar las necesidades de cuidado del paciente, ya que la personalidad afecta el proceso de rehabilitación (35).

Por lo regular, el tratamiento del paciente quemado implica que este estará por un periodo de tiempo prolongado lejos de sus seres queridos. Además, muchas veces el paciente no tiene total conocimiento de en qué consiste su manejo y hay preocupación de no saber si habrá secuelas al finalizar el tratamiento y cuáles serán estas. Estas situaciones pueden favorecer la aparición de psicopatología, aunque será multifactorial el que llegue a aparecer. Las enfermedades de carácter psiquiátrico-psicológico en estos pacientes suelen ser crónicas y por lo tanto puede afectar no sólo en el aspecto de salud, sino también en lo económico y social (36).

Es por esto que se debe identificar el perfil del paciente en riesgo, basándonos en factores previos a la lesión, ya sea tomando en cuenta trastornos psiquiátricos

premórbidos y las características de la personalidad de cada paciente, además de los factores peri-traumáticos y factores posteriores a la quemadura (37).

Debido a la alta incidencia de enfermedades de salud mental en pacientes quemados (entre 25-50%) (38) y la dificultad de realizar seguimientos a largo plazo, una forma en la que se puede intentar predecir la evolución de estos pacientes es precisamente evaluando sus mecanismos de defensa y el cómo afrontan su situación durante el internamiento hospitalario. Para ello hay instrumentos como el mencionado DSQ-88 y el COPE-28, ambas validadas al español. Una de las características de estas escalas, y que resultan en una ventaja cuando se aplican en una población como la mencionada aquí, es que son fáciles de responder.

El creador de la escala COPE-28, Carver, considera que es idónea en investigación, ya que proporciona una medida breve de afrontamiento que evalúa las variadas respuestas conocidas relevantes para un afrontamiento efectivo o ineficaz, y desarrolló esta versión más corta de la escala con la intención de reducir la sobrecarga y el esfuerzo que las personas tenían que realizar cuando contestaban la versión larga del inventario (39).

Si bien hay varias investigaciones de otros países en las que se ha estudiado la psicopatología como tal en quemados (40), sus estrategias de afrontamiento a largo plazo en relación con sus secuelas a futuro(41), o su capacidad de resiliencia a largo plazo(42), hasta nuestro conocimiento no se ha hecho un estudio en México en el que se evalúe el aspecto de la personalidad a través de los estilos de defensa y estrategias de afrontamiento y cómo pueden influir en la forma en que se afronta el problema de salud, como lo hacen los pacientes quemados durante el periodo agudo de su hospitalización. Debido a que hay poca información al respecto, consideramos pertinente el realizar un estudio que evaluara precisamente estos aspectos, ya que los estudios que evalúan los factores de riesgo en pacientes con algún tipo de lesión (como lo son las quemaduras) no los llegan a contemplar (43,44). Con este estudio se busca ver la factibilidad de aplicar los instrumentos DSQ-88 y COPE-28 que se han aplicado previamente en otros estudios con quemados, para la valoración de estilos defensivos y/o de afrontamiento y su asociación con la respuesta al dolor, ya que estos instrumentos cuentan con la ventaja de ser de fácil aplicación ya que son

autoaplicables e implementarlos sería de bajo costo para el hospital, además de dar el beneficio de tamizar y tratar a los pacientes que llegaran a tener afrontamiento evitativo en situaciones de quemadura, impactando esto en el dolor y el pronóstico psiquiátrico en estos pacientes a largo plazo, no sólo durante su hospitalización.

Respecto a los estilos defensivos en pacientes quemados, se describe una predominancia de estilos inmaduros en la fase crítica de las quemaduras cuando el paciente tiene de trastornos psiquiátricos previos a la quemadura tales como episodios de depresión mayor o abuso de sustancias psicoactivas. (45)

Justificación.

El dolor en los pacientes quemados es multifactorial (46). Etapas del dolor según el tiempo de hospitalización y atención hospitalaria diferentes maneras de percibir dolor y de eso usar estrategias correspondientes (26). Este estudio comprendió a pacientes del área de quemados del año 2020 al 2022 y buscó una asociación entre los estilos de defensa y el dolor, así como entre las estrategias de afrontamiento y el dolor, para así poder desarrollar mediante el uso de cuestionarios, un tamizaje para identificar casos específicos de riesgo en pacientes que no afronten de una manera adecuada la quemadura, y así mejorar el manejo y tratamiento de los pacientes de la unidad de quemados al proporcionarles estrategias para un mejor afrontamiento y adaptación al dolor. Esto también podría disminuir el riesgo de aparición de algún trastorno psiquiátrico durante y después del internamiento.

El uso de escalas validadas en población mexicana como el DSQ-88 y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (COPE-28), que valoran los mecanismos de defensa, tipo de personalidad del sujeto, y la forma de lidiar con la adversidad, ayudaría a obtener resultados objetivos que pudieran esclarecer si hay alguna asociación entre ambas entidades, principalmente si el tipo de mecanismos de defensa influyen directamente en la forma de enfrentar las dificultades propias de su situación. Se utilizaron estas escalas ya que están validadas en nuestra población, son de fácil aplicación y cuentan con buena confiabilidad^{12,13,14}. El uso de la Escala Numérica Análoga del dolor, muy utilizada en medios hospitalarios alrededor del mundo, es una forma objetiva de valorar la percepción del dolor del paciente.

A pesar de que hay ya varios estudios internacionales que se han encargado de evaluar psicopatología en pacientes quemados (47)², la forma en que afrontan la situación³, y el tipo de afrontamiento a las quemaduras relacionado con el dolor(48), hasta donde sabemos no se ha realizado un proyecto en nuestro país en donde se investigue si hay alguna asociación entre los estilos o mecanismos de defensa psicológicos y cómo esto influye en cómo lidian con el dolor de las quemaduras durante el tiempo del internamiento en la unidad de quemados, por lo que se decidió investigar esto. Un instrumento validado en población mexicana⁴ es el Defense Style

Questionnaire (DSQ) el cual no se ha aplicado en pacientes hospitalizados por diversas causas, entre ellas cardiovasculares.(49)

Pregunta de investigación.

- **Pregunta de investigación 1.** ¿Existe alguna asociación entre los estilos defensivos de los pacientes de la unidad de quemados del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” y su tolerancia al dolor?
- **Pregunta de investigación 2.** ¿Existe alguna asociación entre las estrategias de afrontamiento de los pacientes de la unidad de quemados del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” y su tolerancia al dolor?

Hipótesis.

- Los pacientes quemados con estilo defensivo de tipo inmaduro tienen una mayor percepción del dolor.
- Los pacientes quemados con un afrontamiento evitativo tienen mayor percepción del dolor.

Objetivos.

Objetivo general

- Verificar que las estrategias de afrontamiento y los estilos defensivos se asocian con el dolor en pacientes quemados.

Objetivos específicos

- **Objetivo específico 1.** Verificar la asociación que existe entre estilos defensivos y niveles de dolor en pacientes quemados.
- **Objetivo específico 2.** Determinar la asociación que existe entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de dolor en pacientes quemados.

Sujetos y métodos.

Lugar de realización:

Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” de la ciudad de San Luis Potosí.

Universo de estudio

La investigación consideró un total de 60 personas, de las cuales 30 eran pacientes quemados y 30 eran estudiantes universitarios (ambas eran muestras homogéneas).

Se estudiaron 30 pacientes internados en el Área de Quemados del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” de la ciudad de San Luis Potosí.

La población no quemada se tomó de un grupo de 30 estudiantes de edades entre 18 y 20 años elegidos aleatoriamente de una universidad pública en la ciudad de San Luis Potosí.

Criterios de selección para pacientes quemados:

Inclusión

- Ser paciente internado en el Área de Quemados del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” de la ciudad de San Luis Potosí, con quemaduras clasificadas como de segundo grado profundo o tercer grado.
- Aceptar participar en el estudio.
- Pacientes con edad igual o mayor a 18 años

Exclusión

- Negarse a participar en el estudio

No inclusión

- Tener un diagnóstico previo de trastorno por dependencia de opioides.
- Tener un diagnóstico preexistente de psicopatología grave (Episodio depresivo severo, Esquizofrenia o Trastorno Bipolar) detectado mediante la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.

Eliminación

- Llenado incompleto de los cuestionarios

Criterios de selección para sujetos no quemados:

Inclusión

- Ser mayor de 18 años
- Ser estudiante de una universidad pública
- Aceptar participar en el estudio.

Plan de trabajo

Se firmaron los consentimientos informados correspondientes y se aplicó el Examen MINI Plus para descartar los criterios de no inclusión. Este examen fue aplicado por la tesista, con previa capacitación por el asesor clínico para realizarlo con los pacientes para evitar diferencias entre los observadores, se aplicaron en 5 pacientes quemados (los exámenes MINI Plus, a cada uno por ambos observadores (asesor clínico y posteriormente por la tesista), concordando ambos en los diagnósticos presentes en cada paciente. Posteriormente se aplicaron los cuestionarios COPE-28 y DSQ-88 a los sujetos del estudio.

Con los datos de su expediente se completaron los campos del cuestionario de datos sociodemográficos del paciente. Se pasaron las respuestas de los cuestionarios físicos a una base de datos en Microsoft Excel en donde se calcularon los estilos defensivos predominantes (el puntaje mayor) y la estrategia de afrontamiento predominante según los manuales de aplicación de los cuestionarios correspondientes(50)

y después al programa SPSS Statistics v 29.0.2 para generar los reportes de estadística descriptiva y análisis para ambos grupos (quemados y no quemados).

Variables en el estudio

Cuadro 1. Cuadro de Variables:

Variable Dependiente				
Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Percepción del Dolor	Percepción referida por el paciente de la sensación física de dolor	Escala Numérica Análoga De 0 a 6 0: sin dolor 1-3: leve-moderado 4-6: moderado-grave > 6: muy intenso	Puntos	Discreta
Variable Independiente				
Estilo de mecanismos de defensa	Operaciones mentales inconscientes cuya función específica es el de proteger al sujeto de sentimientos como la ansiedad, los	DSQ-88 1: Defensas Maduras 2: Defensas Neuróticas	Puntos	Categórica

	conflictos, la vergüenza, la pérdida de la autoestima u otras sensaciones percibidas como negativas	3: Defensas Inmaduras		
Afrontamiento	Esfuerzos de la persona para cambiar las situaciones estresantes, o para regular sus reacciones emocionales	COPE-28 1: Afrontamiento de aproximación 2: Afrontamiento evitativo	Puntos	Categórica
Variables de Control (confusoras)				
Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Edad	Edad en años a partir de la fecha de nacimiento	18 a ∞	Años	Continua
Sexo	Condición de hombre o mujer	Hombre= 1 Mujer=2	No aplica	Categórica
Escolaridad	Número de años de escolaridad	0-24	No aplica	Continua
Estado civil	Situación de convivencia administrativamente reconocida	Soltero= 1 Casado= 2 Unión libre= 3 divorciado= 4 viudo= 5	No aplica	Categórica
Procedencia	Situación de procedencia	1= Local (S.L.P.,	No aplica	Categórica

		Soledad de G.S.) 2= Foráneo		
Situación laboral	Estado con relación a su trabajo	Empleado= 1 Desempleado= 2	No aplica	Categórica
Profundidad de la quemadura	Máxima profundidad en estratos de la piel y/o tejidos subcutáneos afectados por la quemadura	2do grado superficial= 1 2do grado profundo= 2 3er grado= 3	No aplica	Categórica
Localización de la quemadura	Si hay o no afección en área crítica: cara, manos, pies, genitales, periné, articulaciones grandes	No= 1 Sí= 2	No aplica	Categórica
Extensión de la quemadura	Porcentaje de superficie corporal total quemada	0-100%	Porcentaje	Discreta
Comorbilidad	Presencia o no de comorbilidad médica	No= 1 Sí= 2	No aplica	Categórica
Insomnio	Presencia o no de insomnio durante el internamiento	No= 1 Sí= 2	No aplica	Categórica
Dependencia a opioides	Presencia de dependencia de opioides previo al internamiento (de por vida y/o actual en MINIplus) morfina, codeína, oxicodona, hidromorfona, fentanilo, buprenorfina,	No= 1 Sí= 2	No aplica	Categórica

	metadona, nalbufina, tramadol, tapentadol			
Medicamentos para el dolor	Tipo de medicamentos que tiene indicados el paciente para el dolor de las quemaduras	AINES no opioides=1 Paracetamol =2 Paracetamol y otros=3	No aplica	Categórica

Análisis Estadístico.

Cálculo del tamaño de la muestra: Prueba piloto.

Se hizo un muestreo no probabilístico por conveniencia. Dado que no se conoce la asociación entre estilos de afrontamiento, mecanismos de defensa y tolerancia al dolor, se realizará una prueba piloto para determinar el tamaño final de la muestra a analizar. Por recomendación de Browne HR¹⁸, se reclutarán 30 individuos para realizar las primeras mediciones y posteriormente se ajustará el tamaño de muestra para la diferencia que se detecte con los pacientes del área de quemados del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” de San Luis Potosí, SLP en estudios posteriores.

Análisis de datos.

Se utilizó el programa SPSS para realizarlo. El análisis descriptivo analizó la distribución de variables continuas mediante medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar). Se describieron las variables cualitativas mediante su frecuencia.

Se hizo el análisis de datos con las pruebas estadísticas de U de Mann-Whitney para muestras independientes con variable continua (dolor) y variable cualitativa dicotómica (para afrontamiento) y con la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para muestras independientes con variable continua (dolor) y variable cualitativa de tres categorías o politómica (estilo defensivo)(51)

Para la comparación entre los dos grupos (quemados y no quemados) y estilos defensivos y estrategias de afrontamientos se utilizaron pruebas de hipótesis, en donde la hipótesis nula plantea una igualdad entre poblaciones independientes y la hipótesis de trabajo plantea una diferencia entre las mismas respecto a los estilos defensivos y a las estrategias de afrontamiento de cada una; el criterio de rechazo a la hipótesis nula es que el valor de p sea <0.05 .

Para la asociación entre Estrategias de Afrontamiento y Dolor se usó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes con niveles de

confiabilidad del 95%, y la prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes, con niveles de confiabilidad del 95% para la asociación entre Estilos Defensivos y Dolor(51).

También se usaron las pruebas de U de Mann-Whitney para dos poblaciones independientes para las pruebas de hipótesis de estilos defensivos en ambas poblaciones. También se usó la prueba de chi cuadrado de Pearson para la asociación de estrategias de afrontamiento en quemados y no quemados

Para la comparación entre los dos grupos (quemados y no quemados) y estilos defensivos y estrategias de afrontamientos se utilizaron pruebas de U de Mann-Whitney para dos poblaciones independientes. Se usó la prueba de chi cuadrado de Pearson para la asociación de estrategias de afrontamiento entre estas dos poblaciones independientes.

Ética.

Se trató de una investigación de riesgo mínimo en donde se buscó establecer asociación entre los mecanismos de defensa y estilos defensivos con la tolerancia al dolor. Se sometió al comité de ética en investigación y al comité de investigación de Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” y se mantuvieron como principios integridad, respeto, dignidad, bienestar y protección de datos. Se atendió al Código de Nuremberg y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación. Con base a esto se aclaró que los resultados obtenidos no influirían en la decisión del tratamiento del paciente y la evidencia de depresión se trataría con antidepresivos aprobados y disponibles en el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”. Esta investigación no generó ningún costo para el paciente ni para el hospital y la participación y seguimiento de cada paciente fue voluntario. El modelo del consentimiento informado y confidencialidad de datos, además de la Carta de Autorización por el comité de ética se encuentran en el anexo 4.

Resultados.

Como información general, en el Cuadro 2 se muestran las características sociodemográficas de la población de estudio, en donde se puede observar que hay un predominio de población femenina en la población quemada, mientras que en el grupo de no quemados hay un predominio del sexo masculino. A su vez, en ambas poblaciones la mayoría de las personas eran solteras y desempleadas. En la población de quemados la mayoría eran personas foráneas, mientras que en los no quemados eran locales.

Cuadro 2. Características sociodemográficas de la población de estudio.

Variable*	Quemados (N=30)	No quemados (N=30)
Hombre	12	27
Mujer	18	3
Edad	41.63 +/- 19.58	18.7 +/- 1.02
Estado civil		
Soltero	16	30
Casado	8	0
Unión libre	4	0
Viudo	2	0
Procedencia		
Local	13	29
Foráneo	15	1
Empleo		
Empleado	13	8
Desempleado	15	22
Comorbilidad		
Sí	6	0
No	24	30

* Cuando las categorías no sumen el 100% se debe a datos perdidos ya que esta variable se añadió en la renovación del protocolo.

Fuente: elaboración propia.

Características específicas de la población no quemada

En esta población se observó que también hubo más frecuencia de estilo defensivo de tipo maduro (50%), similar a la población de quemados, sin embargo, el número de individuos con estilo de defensa neurótico tuvo una frecuencia similar al primero, con 33.3% (ver Cuadro 3).

Los resultados de los cuestionarios COPE-28 en individuos no quemados también se asemejan a aquellos de la población quemada, siendo la mayoría, el 93.3%, los que utilizan predominantemente las estrategias de aproximación a las situaciones de estrés, como se puede observar en el Cuadro 4.

Cuadro 3. Estadísticos descriptivos de la asociación entre dolor y estilos defensivos en pacientes no quemados

	Frecuencia	Porcentaje
Maduro	15	50.0
Neurótico	10	33.3
Inmaduro	5	16.7
Total	30	100.0

Fuente: elaboración propia con uso de SPSS v. 29

Cuadro 4. Tabla de frecuencias de las estrategias de afrontamiento de los pacientes no quemados según los cuestionarios COPE-28

	Frecuencia	Porcentaje
Aproximación	28	93.3
Evitativo	2	6.7
Total	30	100.0

Fuente: elaboración propia con uso de SPSS v. 29

Características específicas de la población quemada

En la población de estudio se encontró que hubo mayor percepción en la intensidad del dolor en mujeres (media de 3.86) comparado con hombres (media de 2.78) como se puede observar en el Cuadro 5.

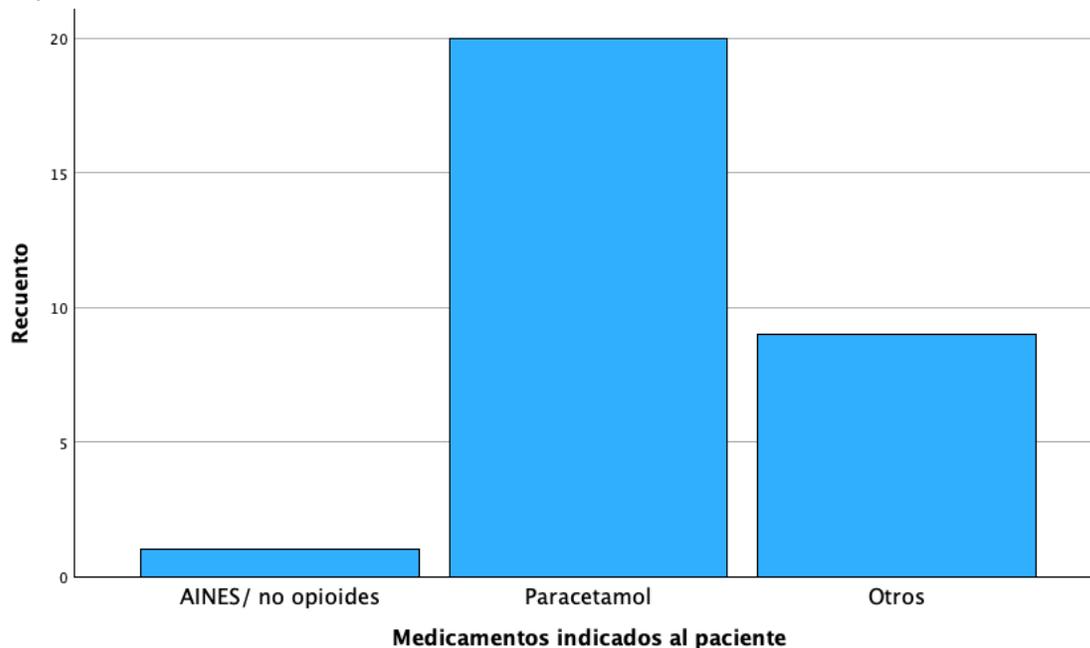
Cuadro 5. Medias del dolor percibido de acuerdo con la puntuación de la escala ENA por sexo.

Sexo	Media	Desv. Estándar
Hombre	2.78	2.593
Mujer	3.86	2.854
Total	3.03	2.646

Fuente: elaboración propia con uso de SPSS v. 29

También se encontró dentro de los medicamentos indicados al momento de la aplicación de cuestionarios que la mayoría tenían indicado Paracetamol y Otros (dentro de los cuales se incluían a los opioides), como se aprecia en la Figura 1.

Figura 1. Gráfica de barras de las frecuencias del tipo de medicamentos indicados a los pacientes.



Fuente: elaboración propia con uso de SPSS v. 29

Respecto a las características de las quemaduras, el 83.3% de los pacientes quemados presentaban quemaduras en áreas críticas, las cuales incluían cara, manos, pies, genitales, periné, así como grandes articulaciones, indicado en el Cuadro 6. El 70% de los pacientes quemados tuvo quemaduras de segundo grado profundo según los resultados del Cuadro 7.

Cuadro 6. Tabla de frecuencias de la presencia o no de quemaduras en áreas críticas de los pacientes quemados

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	3	10.0
	Sí	25	83.3
	Total	28	93.3
Perdidos*	Sistema	2	6.7
Total		30	100.0

*los datos perdidos son los dos primeros casos antes de introducir esta variable en la renovación del protocolo.

Fuente: elaboración propia con uso de SPSS v. 29

Cuadro 7. Tabla de frecuencias de la profundidad de las quemaduras en los pacientes

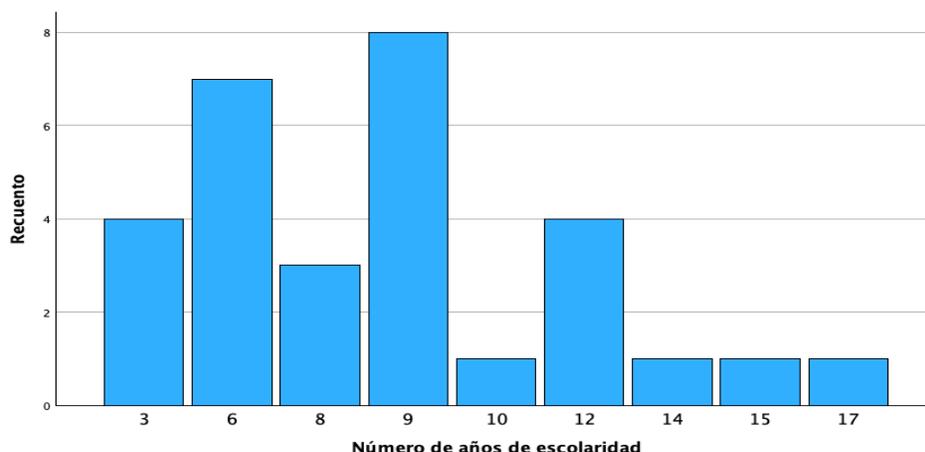
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	2o Grado superficial	5	16.7
	2o Grado Profundo	21	70.0
	3er Grado	2	6.7
	Total	28	93.3
Perdidos*	Sistema	2	6.7
Total		30	100.0

*Los datos perdidos son los dos primeros casos antes de introducir esta variable en la renovación del protocolo.

Fuente: elaboración propia con uso de SPSS v. 29

Respecto a los años de escolaridad, 8 pacientes estudiaron hasta la secundaria, mientras que 7 estudiaron hasta la primaria y 4 de ellos terminaron la preparatoria, como se observa en la Figura 2.

Figura 2. Gráfica de barras que representa el número de años de escolaridad en los pacientes quemados



Fuente: elaboración propia con uso de SPSS v. 29

Asociación entre dolor y estilos de defensa en pacientes quemados

En el Cuadro 8 se puede observar la distribución de predominio de estilo de defensa en pacientes quemados, siendo el estilo maduro el más frecuente con 60%, seguido del neurótico en 26.7%, y el inmaduro el 13.3%.

Cuadro 8. Tabla de frecuencias de los estilos de defensa de los pacientes quemados según los cuestionarios DSQ-88

	Frecuencia	Porcentaje
Maduro	18	60.0
Neurótico	8	26.7
Inmaduro	4	13.3
Total	30	100.0

Fuente: elaboración propia con uso de SPSS v. 29

En el Cuadro 9, de estadísticos descriptivos, se mostró que existe una mayor intensidad en la percepción del dolor en pacientes quemados con un predominio de estilo defensivo inmaduro con media de 5.75, respecto a los pacientes que muestran predominio de estilos defensivos maduros o neuróticos con medias de 2.78 y 2.25, respectivamente.

Cuadro 9. Estadísticos descriptivos de la asociación entre dolor y estilos defensivos en pacientes quemados.

Estilos de defensa en DSQ-88		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar
Maduro	Dolor	18	0	7	2.78	2.415
Neurótico	Dolor	8	0	9	2.25	3.059
Inmaduro	Dolor	4	5	7	5.75	.957

Fuente: elaboración propia con uso de SPSS v. 29

Sin embargo, en el Cuadro 10, se muestra que a través de una prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para muestras independientes, no existe una diferencia estadísticamente significativa entre el dolor de los pacientes quemados y el tipo de estilo defensivo.

Cuadro 10. Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para asociación entre dolor y estilo de defensa en pacientes quemados.

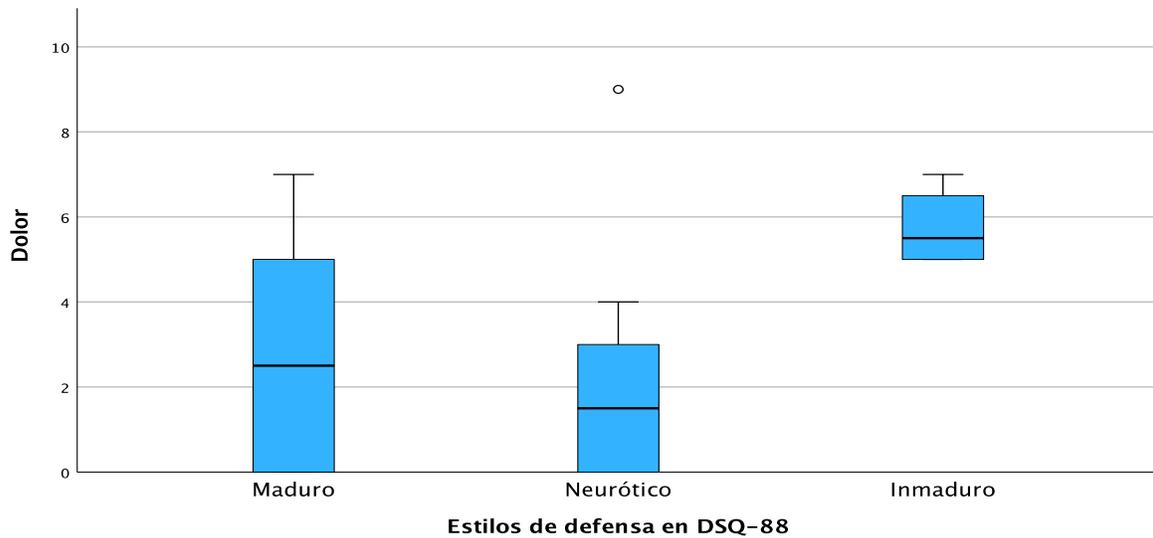
N total	30
Estadístico de prueba	5.815 ^a
Grado de libertad	2
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.055

a. Las estadísticas de prueba se ajustan para empates.

Fuente: elaboración propia con uso de SPSS v. 29

En la Figura 3 se observan los rangos de dolor según los estilos defensivos en la prueba de Kruskal-Wallis, se observa una tendencia a una media de dolor mayor en los pacientes con estilo defensivo inmaduro, sin embargo, los valores mínimos y máximos del dolor entre los tres estilos defensivos diferentes coinciden, por lo que no fue estadísticamente significativo.

Figura 3. Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para muestras independientes, para medir la asociación entre dolor y estilo de defensa en pacientes quemados.



Fuente: elaboración propia con uso de SPSS v. 29

Asociación entre dolor y estrategias de afrontamiento en pacientes quemados

Se encontró que el 86.7% de esta población tenía un predominio de estrategias de afrontamiento de aproximación a la situación de la quemadura y sólo el 13.3% tuvo un afrontamiento de tipo evitativo, según se observa en el Cuadro 11.

Cuadro 11. Tabla de frecuencias de las estrategias de afrontamiento de los pacientes quemados según los cuestionarios COPE-28

	Frecuencia	Porcentaje
Aproximación	26	86.7
Evitativo	4	13.3
Total	30	100.0

Fuente: elaboración propia con uso de SPSS v. 29

El Cuadro 12 de los estadísticos descriptivos mostró que existe una mayor intensidad en la percepción del dolor en pacientes con predominio de estrategias de afrontamiento evitativas, con una media de 6 puntos, comparado con los pacientes que muestran predominio de estrategias de aproximación, quienes tuvieron una media del dolor de 2.58 puntos.

Cuadro 12. Estadísticos descriptivos de la asociación entre el dolor y la estrategia de afrontamiento en pacientes quemados.

Afrontamiento en COPE-28		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
Aproximación	Dolor	26	0	9	2.58	2.533
	N válido (por lista)	26				
Evitativo	Dolor	4	5	7	6.00	.816
	N válido (por lista)	4				

Fuente: elaboración propia con uso de SPSS v. 29

De la misma manera, el Cuadro 13, permitió confirmar, a través de una prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes, que existe una diferencia estadísticamente significativa entre el dolor de los pacientes quemados, siendo mayor en los que mostraron una estrategia evitativa.

Cuadro 13. Prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes, para medir la asociación entre dolor y estrategia de afrontamiento en pacientes quemados.

N total	30
U de Mann-Whitney	93.000
Estadístico de prueba	93.000
Estadístico de prueba estandarizado	2.536
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.011
Significación exacta (prueba bilateral)	.009

Fuente: elaboración propia con uso de SPSS v. 29.

Asociación de las estrategias de afrontamiento en quemados y no quemados

Los resultados mostrados en el Cuadro 14 mostraron que el tipo de afrontamiento por aproximación tiene mayor predominio en población no quemada, con un porcentaje de 51.9% respecto a la población quemada, en donde se observa 48.1%. Asimismo, el predominio del afrontamiento de tipo evitativo predomina en los pacientes quemados (66.7%) respecto a los no quemados (33.3%).

Cuadro 14. Tabla cruzada de Quemados o no quemados y el tipo de Afrontamiento según la escala COPE-28

		Afrontamiento en COPE-28		Total	
		Aproximación	Evitativo		
Quemados o no quemados	No quemado	Recuento	28	2	30
		% dentro de Afrontamiento en COPE-28	51.9%	33.3%	50.0%
	Quemado	Recuento	26	4	30
		% dentro de Afrontamiento en COPE-28	48.1%	66.7%	50.0%
Total		Recuento	54	6	60
		% dentro de Afrontamiento en COPE-28	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia con uso de SPSS v. 29.

No obstante, la prueba de chi cuadrado del Cuadro 15 mostró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de población (quemados o no quemados) y el tipo de afrontamiento que presentan, mediante un valor de p de 0.671.

Cuadro 15. Pruebas de chi cuadrado para medir la diferencia en las estrategias de afrontamiento entre personas quemadas y no quemadas.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.741 ^a	1	.389		
Razón de verosimilitud	.754	1	.385		
Prueba exacta de Fisher				.671	.335
N de casos válidos	60				

Fuente: elaboración propia con uso de SPSS v. 29.

Asociación de los estilos defensivos en quemados y no quemados

El Cuadro 16 mostró que el estilo defensivo maduro tiene mayor predominio en población quemada, con un porcentaje de 54.5% respecto a la población no quemada, en donde se observa 45.5%. También, se observa que el predominio de los estilos defensivos neuróticos e inmaduros predomina en los pacientes no quemados, ambos con porcentajes de 55.6%.

Cuadro 16. Tabla cruzada de Quemados o no quemados y el tipo de estilo defensivo según el cuestionario DSQ-88.

		Estilos de defensa en DSQ-88			Total
		Maduro	Neurótico	Inmaduro	
No quemados	Recuento	15	10	5	30
	% dentro de Estilos de defensa en DSQ-88	45.5%	55.6%	55.6%	50.0%
Quemados	Recuento	18	8	4	30
	% dentro de Estilos de defensa en DSQ-88	54.5%	44.4%	44.4%	50.0%
Total	Recuento	33	18	9	60
	% dentro de Estilos de defensa en DSQ-88	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia con uso de SPSS v. 29.

A pesar de estas diferencias descriptivas, en el análisis estadístico de muestras independientes del Cuadro 17 se observó que no existen diferencias estadísticamente

significativas entre ambos grupos respecto a los estilos de defensa, con un valor de p de 0.458.

Cuadro 17. Estadísticas de la prueba de U de Mann Whitney para estilos defensivos con variable de agrupación: Quemados o no quemados.

Estilos de defensa en DSQ-88	
U de Mann-Whitney	405.000
Z	-.742
Sig. asin. (bilateral)	.458

Fuente: elaboración propia con uso de SPSS v. 29.

Discusión.

Esta investigación permitió mostrar que las estrategias de afrontamiento medidas tanto en pacientes quemados como en población no quemada, no muestran diferencias estadísticamente significativas, por lo que ambas poblaciones mantienen el mismo patrón de comportamiento. Asimismo, respecto al instrumento para medir los estilos defensivos, al ser aplicados en pacientes quemados y población no quemada, no mostraron diferencias significativas entre las categorías características, por lo que tampoco difieren entre estos dos grupos del estudio.

Por otra parte, en los hallazgos principales de este estudio se encontró que, si bien hubo una diferencia entre la media del dolor en pacientes quemados con predominio de estilos de defensa inmaduros, la prueba de Kruskal-Wallis mostró que no es estadísticamente significativa. Sin embargo, sí hubo asociación entre el dolor y la estrategia de afrontamiento que presentaron: los pacientes quemados que mostraron estrategias de afrontamiento con tendencia a evitar el problema o la situación de las quemaduras sí muestran una menor tolerancia al dolor. Con estos resultados podemos rechazar la primera hipótesis de trabajo que se estableció sobre una asociación entre el estilo defensivo de tipo inmaduro y una mayor intensidad del dolor percibida por estos pacientes, aceptamos la hipótesis nula.

Además, podemos aceptar la segunda hipótesis de trabajo, la cual establece que hay diferencia entre el dolor estrategias de afrontamiento de aproximación o evitativa, siendo mayor el dolor en pacientes que muestran más estrategias evitativas hacia las quemaduras. Este hallazgo es de importancia ya que al ser la hospitalización por una quemadura una situación estresante para los pacientes en general se observó que en el área de quemados de este hospital la mayoría tienen buenas estrategias de afrontamiento ante la situación, además de que ese grupo con afrontamiento de aproximación demostró tener dolor menos intenso.

Estos últimos resultados coinciden con la literatura internacional en la cual se describe que los pacientes con mejores estrategias de afrontamiento (o de aproximación al problema) suelen reportar menos dolor que los que tienen un afrontamiento de evitación hacia la situación de la quemadura (52), además de que también se encontraron coincidencias con otro estudio sueco en donde se identificó que en

quemados con estrategias de afrontamiento evitativo y pensamientos catastróficos hacia el futuro tenían una mayor intensidad percibida del dolor (53).

El número de muestra en este estudio (30 pacientes quemados) es similar al tamaño muestral general de los estudios internacionales cualitativos previos que se han realizado en poblaciones de pacientes quemados (54), lo cual es muy útil ya que a pesar de que es una muestra pequeña, da paso a estudios con más sujetos de estudio, además de que aporta los primeros datos del estado psicológico en relación con el dolor de la población adulta del área de quemados del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” en San Luis Potosí, dado que no se encontraron más estudios de nuestro país.

Limitaciones y/o nuevas perspectivas de investigación:

Se observó que la factibilidad de realizar el estudio mediante la aplicación de escalas fue buena con la escala COPE-28, ya que el tiempo de aplicación del cuestionario fue en promedio de 7 minutos, contrastando con el tiempo aproximado de aplicación del cuestionario DSQ-88, que fue de media hora, por lo que fue complicado para los pacientes responderlo en su totalidad en un solo tiempo, además de que al tener

En cuanto a la metodología de aplicación de escalas, el cuestionario DSQ-88, al ser de 88 ítems fue complicado para algunos pacientes contestarlo todo en un solo periodo de tiempo, por lo que algunos de estos tuvieron que terminarse de aplicar en un segundo tiempo ya que los pacientes manifestaron estar cansados, sobre todo pacientes con dificultades para movilizarse y mantenerse en una posición de sedestación frente a una mesa de apoyo.

Otras dificultades en la aplicación de ambos cuestionarios fueron el tipo de quemaduras, como se ilustra en los resultados, 25 pacientes presentaban quemaduras en áreas críticas, entre ellas la cara, por lo que no les fue posible ver y contestar los cuestionarios físicamente y se les leyeron en voz alta los ítems en su lugar. En 4 pacientes, su escolaridad fue de 3 años, por lo que no sabían qué decían los cuestionarios en su totalidad y también se les leyeron en voz alta.

En este trabajo de investigación al ser una prueba piloto, el tamaño de la muestra fue reducido, por lo que fue otra limitación. La desviación estándar en las variables fue distinta y no hubo normalidad en la población, por lo que las pruebas estadísticas utilizadas fueron no paramétricas, las cuales aunque son más exigentes con los resultados, son menos potentes. En futuros estudios se sugiere usar un tamaño de muestra más grande ($N > 30$) para aumentar la potencia de los resultados de las pruebas estadísticas. Asimismo se sugiere para futuros estudios considerar cómo se asocian estas estrategias de afrontamiento con los días de estancia hospitalaria y la mortalidad de los pacientes quemados.

Conclusiones:

- Esta investigación no encontró asociación entre el dolor que perciben los pacientes quemados y su estilo de defensa predominante.
- Los pacientes quemados con afrontamiento evitativo muestran una menor capacidad para enfrentar el dolor durante la hospitalización aguda.
- Esta población requiere de intervenciones psiquiátricas durante su internamiento para desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas.
- En la comparación de quemados y no quemados no se encontró diferencia entre el puntaje de los cuestionarios entre las dos poblaciones estudiadas.
- El tiempo aproximado de aplicación del DSQ-88 fue de media hora y del cuestionario COPE-28 fue de 7 minutos.
- Sólo la factibilidad de aplicación del COPE-28 es buena y podría ser útil al ser una herramienta de mínimo costo monetario y que es autoaplicable.

Bibliografía:

1. Granieri A, Marca L La, Mannino G, Giunta S, Guglielmucci F, Schimmenti A. The Relationship between Defense Patterns and DSM-5 Maladaptive Personality Domains. *Front Psychol.* 2017;8(November):1–12.
2. Vaillant GE. Ego Mechanisms of Defense and Personality Psychopathology. *J Abnorm Psychol.* 1994;103(1):44–50.
3. Bond M, Gardner ST, Christian J, John J. Empirical Study of Self-rated Defense Styles. *Arch Gen Psychiatry.* 1983;40(3):333.
4. Kernberg O. La teoría de las relaciones de objeto y el psicoanálisis clínico. Paidós, editor. Buenos Aires; 1976.
5. Camacho B, Uribe O, Patricia M, Jiménez Y, López N, Camacho EB, et al. The levels of psychological functioning of personality and the mechanisms of defense. *Salud Mental.* 2010;33:517–26.
6. Nishimura R. Study of the measurement of defense style using Bond's Defense Style Questionnaire. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1998;52(4):419–24.
7. López M, Chávez-León E. Relación de los mecanismos de defensa y los trastornos de la personalidad. *Rev Latinoam Psiquiatría.* 2012;11(3):73–81.
8. Folkman S. Personal Control and Stress and Coping Processes : A Theoretical Analysis. *J Pers Soc Psychol.* 1984;46(4):839–52.
9. Lazarus R, Valdés Miyar M, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Martínez Roca, editor. 1986.
10. Pelechano Barberá V. Psicología sistemática de la personalidad. Ariel, editor. 2000.
11. Buendía Vidal J, Mira J. Eventos vitales, afrontamiento y desarrollo: Un estudio sobre el estrés infantil. Universidad de Murcia, editor. 1993.
12. González Barrón, Remedios Montoya Castilla, Inmaculada Casullo MM, Bernabéu Verdú J. Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema.* 2002;14:363–8.
13. Macías MA, Madariaga Orozco C, Valle Amarís, Marcela Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés

- psicológico Individual and family coping strategies when. *Psicología desde el Caribe* [Internet]. 2013;30(1):123–45.
14. Braun-Lewensohn O. Coping and Social Support in Children Exposed to Mass Trauma. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17(6):1–10.
 15. Moos RH, Kirchner T, Forns M. *Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos*. 1st ed. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada TEA ediciones; 2010.
 16. Morán C, Landero R, González M. COPE-28 : un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE *. *Universitas Psychologica.* 2010;9(2):543–52.
 17. Elena R, Mejorada O, Anahí M, Tufiño T, Sierra AV, Guerrero OT, et al. Coping in breast cancer patients undergoing radiotherapy: The Brief COPE Scale. Vol. 23, Núm. 2013.
 18. Vargas-Manzanares C, Paola S, Herrera-Olaya ;, Paola G, Rodríguez-García ;, Sepúlveda-Carrillo L;, et al. Redalyc.Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. 2010; Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145216903002>
 19. Cano F, Rodríguez L, García J. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr.* 2007;35(1):29–39.
 20. Ibáñez I, Olmedo E. Factorización exploratoria del cuestionario ways of coping (WCQ). *Revista internacional de psicología clínica y de la salud.* 2003;11(1):79–94.
 21. Sotelo A, Maupome V. Traducción y estandarización del cuestionario modos de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, para una población de adolescentes mexicanos. UNAM; 1999.
 22. Pelechano Barberá V. Personalidad y Estrategias de Afrontamiento en Pacientes Crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta.* 1992;18(58):168–201.
 23. Rodríguez-Marín J, Terol MC, López-Roig S, Pastor MA. Evaluación del Afrontamiento del Estrés: Propiedades Psicométricas del Cuestionario de

- Formas de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes. *Revista de Psicología de la Salud*. 1992;4(2):59–84.
24. Crespo M, Cruzado J. La Evaluación del Afrontamiento: Adaptación Española del Cuestionario COPE con una Muestra de Estudiantes Universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1997;23(92):798–830.
 25. Bonvin E, Cochand P. Approche Psychiatrique du Grand Brûlé. *Rev Med Suisse Romande*. 1998;(118):165–9.
 26. Bonvin E, Cochand P. Psychologie du Grand Brûlé. *Rev Med Suisse Romande*. 1998;(118):161–4.
 27. Norman AT, Judkins KC. Pain in the patient with burns. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain*. 2004 Apr 1;4(2):57–61.
 28. Castana O, Anagiotos G, Rempelos G. Pain Response and pain control in Burn Patients. *Ann Burns Fire Disasters*. 2009;22(2).
 29. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain : concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;00(00).
 30. Karcioğlu O, Topacoglu H, Dikme O, Dikme O. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *American Journal of Emergency Medicine*. 2018;36(4):707–14.
 31. Follin S, Charland S. Acute Pain Management: Operative or Medical Procedures and Trauma. *Ann Pharmacother*. 1997;31:1068–76.
 32. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, et al. Assessment of pain. *Br J Anaesth*. 2008;101(1):17–24.
 33. Dalal P, Saha R, Agarwal M. Psychiatric aspects of burn. *Indian Journal of Plastic Surgery*. 2010;43(3):136.
 34. Dalal PK, Saha R, Agarwal M. Review Article Psychiatric aspects of burn. *Indian Journal of Plastic Surgery*. 2010;43(3):136–43.
 35. Wu J, Jianxia Z, Liu G. Coping Strategies of Eight Patients With Significant. *Journal of Burn Care & Research*. 2009;889–93.
 36. Vera I, Ferrando E, Vidal I. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2010;3(1):19–22.

37. Loey NEE Van, Son MJM Van. Sychopathology and Psychological Problems in Patients With Burn Scars: Epidemiology and Management. *Am J Clin Dermatol.* 2003;4(4):245–72.
38. Mahendraraj K, Durgan DM, Chamberlain RS. Acute mental disorders and short and long term morbidity in patients with third degree flame burn : A population-based outcome study of 96 , 451 patients from the Nationwide Inpatient Sample (NIS) database (2001 – 2011). *Burns.* 2016;2–9.
39. Carver CS. You Want to Measure Coping But Your Protocol ' s Too Long : Consider the Brief COPE. *Int J Behav Med.* 1997;4(1):92–100.
40. Solano G, Caz P. Perfil psicológico del paciente gran quemado : prevalencia psicopatológica y variables asociadas. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana.* 2015;41(4):427–36.
41. Bosmans MWG, Hofland HW, De Jong AE, Van Loey NE. Coping with burns: the role of coping self-efficacy in the recovery from traumatic stress following burn injuries. *J Behav Med.* 2015 Aug 22;38(4):642–51.
42. Quezada L, González R, Mecott G. Resiliencia en Pacientes Pediátricos Sobrevivientes de Quemaduras. *Acta Investig Psicol.* 2014;4(2):1585–94.
43. Sareen J, Erickson J, Medved MI, Ph D, Asmundson GJG, Ph D, et al. Risk Factors for Post-injury Mental Health Problems. *Depress Anxiety.* 2013;30(February):321–7.
44. Logsetty S, Shamlou A, Gawaziuk JP, March J, Doupe M, Chateau D, et al. ScienceDirect Mental health outcomes of burn : A longitudinal population-based study of adults hospitalized for burns. *Burns.* 2016;1–7.
45. Wisely JA, Wilson E, Duncan RT, Tarrier N. Pre-existing psychiatric disorders, psychological reactions to stress and the recovery of burn survivors. *Burns* [Internet]. 2010;36(2):183–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2009.08.008>
46. Romanowski KS, Carson J, Pape K, Bernal E, Sharar S, Wiechman S, et al. American Burn Association Guidelines on the Management of Acute Pain in the Adult Burn Patient: A Review of the Literature, a Compilation of Expert Opinion

- and Next Steps. *Journal of Burn Care and Research*. 2020 Nov 1;41(6):1152–64.
47. Zoran Loncar, Bras M, Mickovic V. The Relationships between Burn Pain, Anxiety and Depression. Vol. 30, Coll. Antropol. 2006.
 48. Ulmer JF. An Exploratory Study of Pain, Coping, and Depressed Mood Following Burn Injury. Vol. 13, *Journal of Pain and Symptom Management*. 1997.
 49. Patricia B, Martínez R, León EC, Rangel Rodríguez GA, Guillermo L, Moctezuma P. Defense mechanisms in cardiovascular disease patients with and without panic disorder [Internet]. Vol. 33, Artículo original *Salud Mental*. 2010. Available from: www.medigraphic.org.mx
 50. novoPsych. Brief-COPE (Brief-COPE). 2018.
 51. Moreu M, Martín A. Manual CTO Estadística y epidemiología. 2018. 41–43 p.
 52. Tobiasen JM, Hiebert JM. Burns and adjustment to injury: do psychological coping strategies help? *J Trauma*. 1985 Dec;25(12):1151–5.
 53. Haythornthwaite JA, Lawrence JW, Fauerbach JA. Brief Cognitive Interventions for Burn Pain [Internet]. 2001. Available from: <https://academic.oup.com/abm/article/23/1/42/4631483>
 54. Kornhaber RA, De Jong AEE, McLean L. Rigorous, robust and systematic: Qualitative research and its contribution to burn care. An integrative review. Vol. 41, *Burns*. Elsevier Ltd; 2015. p. 1619–26.

Anexos:

Anexo 1. Cuestionario COPE-28

COPE-28 (Según el original de Carver,1997)

Traducido por Consuelo Morán y Dionisio Manga

INSTRUCCIONES. Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga 0, 1, 2 ó 3 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias.

1. ___ Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.
2. ___ Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.
3. ___ Acepto la realidad de lo que ha sucedido.
4. ___ Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.
5. ___ Me digo a mí mismo "esto no es real".
6. ___ Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.
7. ___ Hago bromas sobre ello.
8. ___ Me critico a mí mismo.
9. ___ Consigo apoyo emocional de otros.
10. ___ Tomo medidas para intentar que la situación mejore.
11. ___ Renuncio a intentar ocuparme de ello.
12. ___ Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.
13. ___ Me niego a creer que haya sucedido.
14. ___ Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.
15. ___ Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.
16. ___ Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.
17. ___ Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.
18. ___ Busco algo bueno en lo que está sucediendo.
19. ___ Me río de la situación.
20. ___ Rezo o medito.
21. ___ Aprendo a vivir con ello.
22. ___ Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.
23. ___ Expreso mis sentimientos negativos.
24. ___ Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.

- 25. ___ Renuncio al intento de hacer frente al problema.
- 26. ___ Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.
- 27. ___ Me echo la culpa de lo que ha sucedido.
- 28. ___ Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.

Anexo 2. Cuestionario DSQ-88

BOND'S DEFENSE STYLE

Nombre y Apellidos:	Fecha:
---------------------	--------

Instrucciones:

Este cuestionario se compone de 88 afirmaciones (o frases), cada una de ellas va seguida por una escala de valoración:

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muy de acuerdo

Valora del 1 al 9 el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas afirmaciones, tachando con una cruz en la columna de la derecha

Ejemplo: Montreal es una ciudad de Canadá.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muy de acuerdo

Ahora conteste con la mayor sinceridad posible a las siguientes cuestiones:

- | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Me gusta ayudar a los demás. Si me quitaran la posibilidad me deprimiría. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 2. A menudo la gente me llama malhumorado (me dice que soy malhumorado, que me mosqueo fácilmente). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 3. Soy capaz de mantener alejado un problema de mi cabeza hasta tener tiempo para afrontarlo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 4. Siempre me tratan injustamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 5. Supero mi ansiedad haciendo algo constructivo y creativo, como pintar, trabajar la madera, etc. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 6. Algunas veces dejo para mañana lo que tengo que hacer hoy. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 7. Me sigo metiendo (enredando) en el mismo tipo de situaciones frustrantes y no se la razón. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 8. Soy capaz de reírme de mi mismo con mucha facilidad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 9. Me comporto como un niño cuando estoy frustrado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10. Soy muy tímido para defender mis derechos ante la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 11. Soy superior a la mayoría de la gente que conozco. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 12. La gente tiende a tratarme mal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 13. Si alguien me asaltase y me robase dinero preferiría que le ayudasen a que le castigasen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 14. A veces pienso cosas demasiado malas para hablar de ellas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 15. A veces me río de chistes verdes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 16. La gente dice que soy como un avestruz, con la cabeza enterrada en la arena. En otras palabras, que atiendo a los hechos desagradables, como si no existieran. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 17. Me controlo para no convertirlo todo en una competición. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 18. A menudo me siento superior a la gente con la que estoy. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 19. Alguien me está quitando todo lo que tengo emocionalmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 20. Me enfado a veces. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

Nombre y Apellidos:	Fecha:
---------------------	--------

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muy de acuerdo

- | | |
|---|-------------------|
| 21. A menudo tiendo a actuar impulsivamente. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 22. Preferiría morirme de hambre que ser obligado a comer. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 23. Ignoro el peligro como si fuera Superman. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 24. Me precio de mi habilidad para catalogar a la gente. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 25. La gente me dice que tengo complejo de persecución. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 26. A veces cuando me siento bien me siento culpable. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 27. A menudo actúo impulsivamente cuando algo me molesta. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 28. Enfermo físicamente cuando las cosas no me van bien. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 29. Soy una persona muy tímida. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 30. Soy un artista frustrado. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 31. No siempre digo la verdad. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 32. Me alejo de la gente cuando me siento dolido. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 33. A menudo exijo tanto a mí mismo que los otros tienden a ponerme límites. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 34. Mis amigos no me ven como un payaso. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 35. Me aislo de la gente cuando estoy enfadado. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 36. Tiendo a ponerme en guardia con la gente, que resulta ser luego más amistosa de lo que yo esperaba. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 37. Tengo cualidades especiales que me permiten andar por la vida sin problemas. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 38. A veces en las elecciones voto a personas de las que conozco muy poco. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 39. A menudo llego tarde a las citas. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 40. Hago más cosas en mis fantasías que en la vida real. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 41. Soy muy tímido para acercarme a la gente. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 42. No tengo miedo a nada. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 43. Algunas veces pienso que soy un ángel y otras un demonio. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 44. Prefiero ganar que perder en un juego. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 45. Soy muy sarcástico cuando me enfado. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 46. Soy muy agresivo cuando me siento herido. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 47. Creo en poner la otra mejilla cuando alguien me hiere. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 48. No leo todas las editoriales (artículos de opinión) del periódico a diario. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 49. Me alejo de la gente cuando estoy triste. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 50. Soy tímido en el sexo. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 51. Yo siempre siento que alguien que conozco es como un ángel de la guarda. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 52. Mi filosofía es: no oír lo malo, no hacer el mal y no ver el mal. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 53. En mi opinión, la gente con la que estoy o es buena o es mala. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 54. Si mi jefe está encima de mí y me presiona, podría cometer errores o trabajar más despacio para devolvérselo. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 55. Todo el mundo está contra mí. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 56. Yo intento ser agradable con la gente que no me gusta. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 57. Me pondría muy nervioso si en un avión en el que estoy volando se estropease el motor. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 58. Hay alguien que conozco que puede hacer cualquier cosa y que es absolutamente claro y justo. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 59. Algunas personas están conspirando para matarme. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 60. Soy capaz de ocultar mis sentimientos si el mostrarlos puede inferir con lo que estoy haciendo. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 61. Habitualmente soy capaz de ver el lado divertido de una situación dolorosa. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |

Nombre y Apellidos:	Fecha
---------------------	-------

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muy de acuerdo

62. Se me pone dolor de cabeza cuando tengo que hacer algo que no me gusta.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
63. A menudo me encuentro a mí mismo siendo agradable con la gente con la que realmente debería estar enfadado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
64. No es cierta la opinión: Todo el mundo tiene una parte buena. Si eres malo lo eres totalmente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
65. Nunca deberíamos enfadarnos con la gente que nos gusta.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
66. Estoy seguro que me toca la parte dura y mala de la vida.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
67. Cuando estoy estresado me hundo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
68. Cuando sé que tendré que enfrentarme con una situación difícil, como un examen o una entrevista de trabajo, yo trato de imaginarme como será y preveo medios para superarla.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
69. Los médicos nunca entienden lo que realmente me pasa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
70. Cuando alguien cercano a mí se muere, no me siento muy afligido o alterado	1	2	3	4	5	6	7	8	9
71. Después de luchar por mis derechos, yo tiendo a disculparme por haberlo hecho.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
72. La mayoría de lo que me sucede no es responsabilidad mía.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
73. Cuando estoy deprimido o ansioso, comer me hace sentir mejor.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
74. Trabajar duro me hace sentirme mejor.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
75. Mis médicos no son capaces de ayudarme realmente o resolver mis problemas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
76. Me dicen a menudo que no muestro mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
77. Yo creo que la gente habitualmente ve más significados en películas, obras o libros de los que realmente tienen.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
78. Tengo costumbres o hábitos que me siento impulsado a hacer, o de lo contrario, siento que sucederá algo terrible.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
79. Tomo drogas, medicinas o alcohol cuando estoy tenso.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
80. Cuando me siento mal intento estar con alguien.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
81. Si yo puedo predecir que voy a estar triste de antemano, puedo superarlo mejor.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
82. No importa cuánto reclame o me queje, nunca obtengo una respuesta satisfactoria.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
83. A menudo descubro que no siento nada cuando la situación debería provocarme sentimientos fuertes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
84. Tener cosas entre manos me previene de la depresión y de la ansiedad.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
85. Fumo cuando estoy nervioso.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
86. Si yo estuviera en una crisis, buscaría hablar con otra persona que tuviera el mismo problema.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
87. No puedo ser criticado o censurado por lo que hago mal.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
88. Si tengo un pensamiento agresivo siento la necesidad de hacer algo para compensarlo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Anexo 3. Escala Numérica Análoga de Dolor

Escala Numérica Análoga del Dolor

UN NÚMERO DEL 0- 10 QUE REFLEJE LA INTENSIDAD DE SU DOLOR.
MARCAR CON UNA "X" EL NÚMERO ELEGIDO.

Escala numérica

