

DISCAPACIDAD Y MECANISMOS DE CONTENCIÓN EN PACIENTES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Dr. Omar Felipe Dueñas García¹

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, transversal y prolectivo, en pacientes de primer nivel de atención de las clínicas familiares 1 y 12 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la ciudad de Puebla.

Se encuestó un total de 102 pacientes, todos ellos mayores de edad, de los cuales 67 fueron mujeres y 35 hombres, con un promedio de edad de 41.08 años para mujeres y 44.8 para hombres. El promedio de escolaridad era de 10.25 años para hombres y 9.36 para mujeres. Cerca del 50% de los sujetos estaban casados y un 30% solteros. El 50% de los pacientes eran asalariados y 30% realizaban labores del hogar.

Se encontró que no hubo diferencias de puntuación entre hombres y mujeres en los diferentes estilos de afrontamiento. Tampoco se encontró correlación entre la edad y mecanismos de afrontamiento. La dimensión de discapacidad en la que ambos sexos puntuaron más alto fue la de movilidad. Las mujeres otorgaron mayor puntaje a todos los diferentes estilos de afrontamiento sobre los hombres, excepto en el estilo de escape. El estilo de afrontamiento que mayor puntaje recibió para ambos sexos fue el de reevaluación

¹ Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Correo electrónico: dugofl@yahoo.com.mx

positiva. El único estilo de afrontamiento que mostró correlación con discapacidad fue el de autocrítica – autoaceptación

INTRODUCCIÓN

La medicina psicosomática introduce un nuevo aspecto en la ética clínica, que va más allá de lo que la medicina hubiese llegado antes, totalmente en contra de tratar al cuerpo por segmentos. Esta nueva ciencia estudia las funciones del cuerpo humano de manera completa e indivisible, un organismo conocido como una máquina la cual solo puede ser comprendida desde su función y propósito global. “El hecho biológico fundamental de que el organismo es una unidad y la función de sus partes solo puede ser comprendido desde un punto de vista de un sistema completo” (Alexander, 1939).

Es posible que la discapacidad que presentan los pacientes en el primer nivel de atención este relacionado no tanto en la condición que presentan sino con los mecanismos de afrontamiento que presentan.

ANTECEDENTES

Antecedentes Generales

Primer Nivel de Atención

Según la Universidad Austral de Chile en 2002 “la atención primaria de salud es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad”.

La atención primaria de salud se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud. Estos servicios reflejan las condiciones económicas, los valores sociales del país y de sus comunidades. Como una emanación de esas condiciones y esos valores, variarán según los diversos países y comunidades, pero han de comprender como mínimo: la promoción de una nutrición adecuada y de un

abastecimiento suficiente de agua potable; el saneamiento básico; la salud de la madre y el niño, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes; y el tratamiento apropiado para las enfermedades y los traumatismo comunes (IV conferencia internacional de Enfermería Familiar en 2002).

Discapacidad

Según la oficina de representación para la promoción e integración social de personas discapacitadas, la discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia), de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considere normal para un ser humano (Gureje 2002).

Actualmente en el estado de Puebla encontramos municipios donde la población con alguna discapacidad alcanza el 8.8% de la población como es el caso de San Miguel Ixtlán y sucesivamente; en el municipio de la ciudad de Puebla se reporta un 1.6% siendo unas 2195 personas con discapacidad (INEGI 2003), las cuales suponen una merma importante en el terreno económico. Teniendo reserva de que estos datos toman como criterios de inclusión a pacientes con discapacidades como ceguera, lesión medular, personas con retraso mental, etc. Esto sería una visión trivial de discapacidad, que no toma en cuenta otros múltiples factores y variables (empleo de lentes, prótesis de cualquier tipo,

obesidad, etc.) que sin ser tan estigmatizantes como las ya mencionadas, son más relevantes en fines prácticos y no tomadas en cuentas para la estadística convencional.

Las personas con algún grado de discapacidad representan una merma económica, social, física y emocional no solo individual/personal, sino para todas aquellas personas que conviven con el sujeto, incluida la familia.

Debido a la suma importancia que suponen estas mermas no solo económicas sino psicoemocionales, es que la Organización Mundial de la Salud se dedicó a realizar una clasificación en 1980 la cual denominó como ICIDH del acrónimo en inglés de Clasificación Internacional de Deficiencias, Deterioro y Minusvalía (WHO 1980) (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps) y que posteriormente se reformó y se aprobó la ICIDH 2 en 1997. Finalmente en el 2001 se crea la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la cual forma parte de la familia de clasificaciones de la OMS para proporcionar el marco conceptual para codificar un amplio rango de información relacionada con la salud (diagnóstico, funcionamiento y discapacidad), empleando un lenguaje estandarizado y unificado que posibilita la comunicación sobre la salud y atención sanitaria en todo el mundo (publicación de la WHO sobre la CIF 2001).

La CIF es una clasificación diseñada con un propósito múltiple y en donde sus objetivos específicos pueden resumirse en:

1. Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes;
2. Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para mejorar la comunicación entre distintos usuarios, autoridades sanitarias y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades;
3. Permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, y en diferentes momentos o a lo largo del tiempo;
4. Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.

En esta clasificación se hace alusión que discapacidad no necesariamente tiene que ser alguna patología congénita o que afecte al fenotipo del sujeto de manera evidente, ya que podemos encontrar que los cambios observados en la forma de enfermar y morir en las poblaciones de la era moderna, han producido cambios en términos de morbilidad y mortalidad.

Conforme la esperanza de vida se prolonga debido al abatimiento de enfermedades infectocontagiosas agudas, las patologías crónico degenerativas toman mayor relevancia en la salud de la población (Wolpert 1994). Todo esto se va traduciendo en una población añosa (Guralnik 1993, Kramer 1980) que no puede realizar tareas que anteriormente hacía de manera cotidiana o sin ayuda de otra persona (Verbrugge 1990), estableciéndose así variables de discapacidad y su impacto en los aspectos físico, mental y social (Glen y Ostir 1999). De esta manera la discapacidad contiene una suma de diferentes

elementos de los cuales mencionamos en primer plano a los agentes estresores los cuales son un evento en el cual el medio ambiente o las demandas internas superan la adaptabilidad individual (Lazarus y Folkman 1984).

El estrés por definición sucede cuando las demandas del individuo exceden los mecanismos de contención (Lazarus y Folkman 1984). Así el estrés siempre envuelve alteraciones cognitivas acerca de la magnitud de demanda y de los recursos para los mecanismos de contención de la persona. .

Esto plantea un gran problema en la investigación del estrés, ya que los individuos reportan sus tendencias a ser más ansiosos de manera inconsistente con índices psicológicos y de medio ambiente. Las diferencias individuales en las tendencias a la ansiedad continúan siendo una importante dimensión en las teorías de neurosis y enfermedades relacionadas con el estrés. Sin embargo existe una gran discrepancia entre los reportes de las escalas de ansiedad tratada y el medio actual con la correspondencia fisiológica (Hodges 1976, Levitt 1967).

Debemos de tener en cuenta que la discapacidad puede considerarse como un agente estresante o puede ser resultado de un estresor, y el resultado de pensar que la discapacidad es una forma de estrés, tomando en consideración como la gente discapacitada puede contener el estrés, el cual toleran como una consecuencia de su situación de discapacidad (Allison 1998, Miller y Major, 2000).

Afrontamiento y mecanismos de contención.

El concepto de afrontamiento, durante 1940 a 1950 se basó en la descripción y evaluación clínica, que actualmente constituye el centro de toda una serie de psicoterapias y programas. Se define el *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 (Lazarus y Folkman 1984).*

Los principales mecanismos de afrontamiento propuestos por Lazarus y Folkman son: el estilo confrontativo, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, autocrítica-autoaceptación, escape, planificación y reevaluación positiva (Folkman y Lazarus 1986).

Debemos a su vez mencionar que los mecanismos de afrontamiento son aquellos recursos que indican desorganización y quebrantamiento mínimo, cualquier signo que indique descontrol o desequilibrio por definición no es un recurso de afrontamiento.

Para nuestro estudio consideramos de suma importancia remitirnos a los orígenes, corrientes y diferentes autores que se han encargado del estudio de los mecanismos de afrontamiento.

En la literatura hay dos corrientes que tratan de los mecanismos de contención y éstas son: la teórica o empírica la cual deriva de la experimentación tradicional con animales y la segunda de la teoría es la psicoanalítica del ego (Lazarus y Folkman 1984).

El modelo animal tiene la influencia de Darwin, donde la supervivencia del animal depende de su habilidad para descubrir lo predecible y lo controlable en su entorno así reaccionando de manera adecuada. Este modelo animal define “el afrontamiento como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno disminuyendo por tanto el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas”, resumiendo que el ser humano va aprendiendo a afrontar las situaciones disminuyendo por ende la tensión que le provoca mediante un reforzamiento positivo.

El modelo psicoanalítico del ego, define el afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y por tanto, reducen el estrés. La diferencia radica en el modo de percibir y considerar la relación entre el individuo y el entorno. Aunque la conducta no queda relegada, es considerada de menor importancia que el componente cognitivo. Con respecto a este modelo Menninger en 1963, posteriormente Haan en 1969 y Valliant en 1977 ofrecen una escala con referencia a los procesos más organizados o maduros del ego, seguido de las defensas y los procesos de fragmentación o fracaso del ego. En el punto más alto de esta escala se encuentran las estrategias necesarias para disminuir la tensión en el curso de la vida diaria y se denominan “recursos de afrontamiento” entre ellas tenemos el autocontrol, el humor, el llanto, blasfemar, lamentarse, discutir pensar y liberar la energía de una u otra forma. Cuanto

mayor es la desorganización interna más primitivos se tornan los recursos mediadores como es el abandono por disociación (narcolepsia, amnesia, despersonalización), cabe mencionar que pueden ser sustituidos con un objeto de agresión desplazada (narcotización). El tercer eslabón de esta escala es representado por conductas explosivas episódicas o bien energía agresiva más o menos desorganizada (crisis de pánico, lesiones, agresiones violentas, convulsiones). El cuarto orden representa un aumento de desorganización y el quinto es la desintegración total del ego propuesto por Menninger en 1963.

Las defensas propuestas por Vaillant en 1977, se agrupan en cuatro niveles que van de forma progresiva desde mecanismos psicóticos (negación, distorsión) a través de mecanismos de inmadurez (fantasía, proyección), mecanismos neuróticos (intelectualización, represión, formación reactiva) hasta el nivel más alto que son los mecanismos maduros (sublimación, altruismo, supresión, buen humor).

De todas las estructuras y demás recursos para realizar afrontamiento, un sujeto puede tener múltiples recursos, sin embargo puede carecer de la habilidad de aplicarlos ante las distintas demandas del medio.

Los denominados recursos del afrontamiento juegan un papel crucial, ya que un sujeto puede tener muchos recursos para una determinada situación, y sin embargo puede carecer de la habilidad de aplicarlos ante las distintas demandas del medio o viceversa. Los principales recursos de afrontamiento son:

1. Salud y Energía (una persona con adecuado estado de saludo o con una patología menor tiende a afrontar mejor las situaciones).
2. Creencias positivas (la esperanza, el espíritu de lucha o inclusive la fe en una religión).
3. Técnicas para la resolución del problema (son individuales y dependen tanto de la educación del sujeto, así como de su componente cognitivo).
4. Habilidades sociales (se basan en la capacidad de comunicación e interactuar en la sociedad, facilitando la resolución de los problemas con su cooperación o apoyo).
5. Recursos materiales (hace referencia al dinero, los bienes y servicios que pueden obtenerse con él), propuestos por Cohen y Lazarus en 1983.

Los modelos tradicionales de afrontamiento y sus recursos, tienden a insistir en los rasgos o estilos, es decir estructuras preelaboradas por los sujetos que de manera previa ya han experimentado; solamente las han perfeccionado y posteriormente pasan a formar parte de conductas estereotipadas, como es el caso de la huida ante cualquier evento estresante.

Sin embargo, existen evidencias sólidas (Gorzynski 1980) en las que una buena parte de los sujetos persiste con este tipo de conductas, conforme pasa el tiempo, estos modelos psicológicos no son tan estables como se piensa y 9 de cada 10 sujetos tienden a realizar cambios en cuanto a sus mecanismos de afrontamiento a largo plazo. Así surge la distinción de tomar el afrontamiento versus una conducta adaptativa automática. Si bien los recursos que los seres humanos poseemos para sobrevivir pueden aprenderse a través de la experiencia, siempre es más difícil realizar el afrontamiento de situación por primera vez y

posteriormente ya se tendrán establecidos los circuitos sinápticos que aceleraran este proceso, sin embargo no son conductas repetitivas, ya que cada situación por similar que sea siempre difiere, donde el componente cognitivo juega un papel de suma importancia en la renovación de procesos de afrontamiento que a priori parecen ser idénticos y que sin embargo van difiriendo paulatinamente hasta ser totalmente distintos con el paso del tiempo.

El éxito adaptativo se puede equiparar al afrontamiento. Esto quiere decir que una persona afronta las demandas de una determinada situación, sugiriendo que serán vencidas con éxito y el suponer que una persona no podrá afrontar, sugiere ineficacia o ineficiencia. Cuando la eficacia implica necesariamente afrontamiento y la ineficacia defensa, se produce la inevitable confusión entre el proceso de afrontamiento y el resultado del proceso (Richaud 2001)

El estrés y la organización del medio ambiente juegan un papel de suma importancia dentro del proceso de afrontamiento. El análisis funcional de la organización del medio ambiente conduce a la identificación de cuatro núcleos de control y una clasificación funcional de tipos de condiciones estresantes, tipos de emociones negativas y emociones de tipos de afrontamiento funcionales relacionadas directamente con el dominio del control. Del análisis funcional del medio, se postula que cuando la integridad del medio es interrumpida, se dan emociones las cuales tienen que ser contenidas por el sujeto (Carver y Scheider 1989).

Dentro de las emociones estresantes tenemos al miedo y la ira, que además de romper el estado de continuidad del medio desde afuera, interrumpen en el progreso del medio hacia sus metas (Fiske y Shweder 1986).

Dentro de los diversos conceptos y sistemas anteriormente mencionados, es necesario realizar una extrapolación de ideas hacia la medicina, en donde los sujetos que presenten mecanismos de afrontamiento adecuados y organizados tienen un mejor pronóstico y calidad de vida que los sujetos que emplean la negación o evitación, en el contexto de una enfermedad no se considera efectiva ya que el sujeto deja de desarrollar un afrontamiento apropiado centrado en su propio problema (como es el caso de buscar atención médica) lo cual obviamente disminuye el daño ocasionado por la patología propia y a su vez le permite tener una mejor calidad de vida. Otro proceso cognitivo de afrontamiento que ha sido calificado de negación es el que hace referencia a los esfuerzos por conseguir un pensamiento positivo (Lipowski 1970). Sin embargo también se ha encontrado que la negación puede ser favorable como es el caso de los pacientes postoperados, en los cuales se encuentra un menor número de complicaciones, una mayor tasa de curación y recuperación (Lazarus 1993).

Una cuestión de sumo interés para los investigadores en este campo es la forma en que la evaluación y el afrontamiento afectan las tres clases principales de resultados adaptativos: el funcionamiento social, el estado moral y la salud del organismo. Sin embargo, para comprender las relaciones ente evaluación, afrontamiento y estos resultados adaptativos a largo plazo debemos entender primero el modo en que influyen en sus relaciones

interpersonales, o la satisfacción que experimenta en sus relaciones interpersonales o la posesión de los recursos necesarios para el mantenimiento de estos roles.

El afrontamiento eficaz de una situación también depende de la congruencia entre la evaluación secundaria, es decir las opciones de afrontamiento, las demandas reales y la estrategia elegida y las demás obligaciones personales del individuo. En un afrontamiento efectivo, las estrategias centradas en el problema y las centradas en la emoción actuarán de forma complementaria sin interferirse entre sí. El estado moral a largo plazo va paralelo al que se da a corto plazo en el transcurso de una relación específica.

Está ampliamente aceptado que el estrés la emoción y el afrontamiento son factores causales en la enfermedad somática. La controversia no hace de que esta suposición sea cierta o no sino que exista relación específica entre el estrés, emoción y enfermedad somática (Klwpow y Kroenke 2002).

Antecedentes específicos

Discapacidad y afrontamiento en el primer nivel de atención

Una definición aplicada de discapacidad en primer nivel de atención es cuando un día la persona pasa la mayor parte de éste en cama debido a la enfermedad o fue impedido de sus actividades usuales debido a que se sentía enfermo (Broadhead 1990).

Existen diversas alteraciones las cuales pueden ser condicionantes de que un sujeto disminuya su actividad laboral. De éstos los trastornos mentales suelen ocupar un 24 a 33% de las incapacidades generales (Cortes 1993 y Sans 2000). Los trastornos mentales se caracterizan por presentar episodios de larga evolución, altas tasas de cronicidad, de recaídas y recurrencias que en muchas ocasiones precisa de periodos de baja laboral prolongada e incluso de invalidez permanente (Jiménez 1993). Al parecer el problema radica en que los médicos de atención primaria tienen dificultad para identificar muchos de los diagnósticos psiquiátricos que los pacientes llegan a manifestar (Jencks 1985). Esto ha propiciado que muchos de estos pacientes acudan con algún médico internista para el tratamiento de su padecimiento, sin embargo el médico internista debido a la naturaleza de su entrenamiento, se enfoca en la patología orgánica en vez de considerar un diagnóstico psiquiátrico, hasta que este no sea por exclusión (Reifler 1996).

Existen otras variables asociadas a la discapacidad. Se observa una mayor proporción de casados (41%) y seguido de solteros (14%) y finalmente viudos o separados (11.2%) (Sans 2000), lo que parece explicarse porque los sujetos casados a menudo dependen del cónyuge para satisfacer sus necesidades y por lo tanto esto refuerza el componente de discapacidad, aunque otros autores han observado una mayor prevalencia en la población no casada (Anónimo-1988 y Jiménez L 1993) .

Un estudio transnacional en 15 centros de atención primaria (n=5438) auspiciado por la Organización Mundial de la Salud, evaluó la reproducibilidad, confiabilidad y validez de una escala breve de auto reporte, adaptada del escrutinio de resultados médicos (forma corta). En estos centros se estudió la psicopatología en la atención primaria y la discapacidad auto reportada. Hubo una correlación consistente de la psicopatología con la discapacidad en el rol en el trabajo (incluyendo el doméstico). La discapacidad tal como se evaluó por el cuestionario, también correlacionó con los síntomas depresivos (Von Korffm 1996).

De manera similar en Alabama y Birminhan EU, (Klapow 2002) se comparó la sintomatología de psicopatología y variables psicosociales entre adultos jóvenes y adultos mayores usuarios de servicios de atención primaria de 8 centros. Los adultos mayores con promedio de 73 años de edad, predominantemente caucásicos y de elevado nivel educativo comparados con los adultos jóvenes con promedio de 40 años de edad y también de elevado nivel educativo. En los primeros la afectación de condiciones físicas fue mayor pero el grupo de adultos jóvenes reportó mayor severidad de síntomas somáticos psicológicos y factores de estrés psicosocial que repercutiera directamente en la mayor solicitud de servicios de la salud y días de incapacidad.

Un estudio en Nigeria, para determinar la prevalencia de síntomas de psicopatología en atención primaria, asociada a discapacidad y uso de servicios después de doce meses, evaluó a 23789 usuarios mediante las 12 preguntas del Cuestionario General de Salud (GHQ - 12), para seleccionar una muestra aleatoria estratificada (n=704) a quienes se les

aplicó el cuestionario completo de salud general (GHQ 28), una entrevista diagnóstica estructurada para psicopatología (ICD-10), así como evaluación de discapacidad. Los sujetos con síntomas de psicopatología y una muestra aleatorizada de aquellos sin síntomas (n=263) fueron evaluados con los mismos instrumentos 12 meses después. Se les encontró que había síntomas de psicopatología que podían o no alcanzar umbral diagnóstico formal, y no fueron considerados en la prevalencia o aparentemente se asumieron como transitorios y clínicamente de mínima importancia, pero se asociaron con afectación funcional o discapacidad en el curso de los 12 meses posteriores (Gureje 2002).

Olfson de la Universidad de Columbia NY en 2001 estudió grupos de adultos (1001 personas de 18 a 70 años de edad) en atención primaria examinando la discapacidad social y ocupacional asociada con algunos trastornos mentales. La evaluación de las características sociodemográficas de cada paciente y su discapacidad funcional incluyendo la puntuación de la escala de Sheehan (Disability Scale of Sheehan), fueron recabadas al momento de la visita médica con posterior entrevista diagnóstica estructurada para psicopatología (DSM-IV) aplicada por un profesional de la salud mental por teléfono a cuatro días de la visita. Los resultados mostraron que en los pacientes con comorbilidad de trastornos mentales, la discapacidad varió según la psicopatología de fondo, desde el 50% para los trastornos con el uso del alcohol a un 89.2% en ansiedad generalizada. Los pacientes que presentaron un solo trastorno mental, tuvieron discapacidad funcional y social significativamente menor que los pacientes con comorbilidad.

Katzelnick en 1997 estudió un grupo de pacientes con alto índice de incapacidades de 1ero y 2ndo niveles de atención, a quienes les diagnosticó depresión y se les otorgó tratamiento durante seis meses. Al final del tratamiento, el seguimiento constató una reducción significativa en la sintomatología, mejoría en la calidad de vida en las áreas de funcionamiento social, salud general, mental, físico y funcionamiento en el rol emocional y vitalidad, los días de trabajo perdido por mes fueron reducidos y quienes habían reportado no ser afectados por su depresión incrementaron su rendimiento laboral. El costo de uso de servicios bajo de \$14.28 a \$6.75 dólares por día; cuando los costos por el tratamiento de la depresión fueron agregados, el costo por el uso de servicios día fue de \$12.55 finalmente menor que el costo sin tratamiento.

Los estilos de afrontamiento tienen en general un gran potencial teórico. Una taxonomía de estilos de afrontamiento que reúna la riqueza y complejidad de todos los procesos adaptativos puede servir de ayuda en la sistematización de la investigación sobre la relación entre afrontamiento y resultados adaptativos, no solo en el contexto de la salud y la enfermedad, sino también dentro del contexto de la familia y el trabajo. El desarrollo cuidadoso de la taxonomía podría ser una contribución importante para el estrés.

En conclusión, la meta principal del afrontamiento es prevenir la interrupción de la acción sobre una línea ya establecida o un plan el cual se está ejecutando y restaurarlo después de esta interrupción lo más apegado al momento previo del evento. Es por eso que los sujetos a pesar de que pueden tener un gran arsenal de distintas maneras para poder afrontar sus problemas (reprobar un examen, una enfermedad incurable, etc.), así como una gran

cantidad de recursos, el éxito de afrontamiento no se basa en si que el sujeto responda de una manera u otra que podamos predecir, ya que esto estaría estereotipando las distintas respuestas, lo cual iría totalmente en contra del componente cognitivo de estos mecanismos, sino que el sujeto debe de elegir cual es el mecanismo más conveniente, siendo éste el que le represente menos efectos colaterales, una tasa de curación más rápida, adecuada interacción con el medio y que sobre todo no le genere estrés ya sea de manera inmediata o posterior. Tal es el caso de los sujetos que son post operados y que presentan la negación la cual resulta en un efecto favorecedor, sin embargo la misma negación en un paciente asmático le traería efectos notablemente nocivos.

JUSTIFICACION

No hay duda de la asociación entre la enfermedad y la discapacidad, sin embargo hasta que punto se puede considerar como circunstancial y siendo los mecanismos de contención los de mayor relevancia en cuanto a merma física, mental y laboral.

El IMSS menciona que “existe invalidez cuando el asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesional. El estado de invalidez deberá ser dictaminado por el servicio de salud en el trabajo del IMSS”, no existiendo así el término de discapacidad y por lo tanto dejando desierto este concepto y la estadística de sus derechohabientes con esta afección.

Se carece de estadísticas y marcadores de discapacidad más veraces y no solamente basadas en la discapacidad física e involucrando los distintos tipos de variables que representan los mecanismos de contención como generadores de discapacidad y a su vez correlacionar como los factores económico, social, familiar se ven involucrados mostrando de manera real y hasta que punto pueden ser compensadores de esta misma discapacidad con respecto a otros pacientes en igualdad de circunstancias, para poder jerarquizar las

variables con mayor repercusión en discapacidad y así poder tener un marcador que ayude a esa población a superar su limitación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población asegurada de nuestro estado por las distintas instituciones hasta el 2003 (INEGI, 2003) es de 2 211 235 personas en todo el estado. En el Seguro Social se concentra el 81.27% de todos los asegurados en el estado de Puebla por lo que este trabajo se realizó en Unidades de Medicina Familiar de esa institución.

Las pensiones por discapacidad en el IMSS delegación Puebla hasta Octubre de 2002 (IMSS 2003) fueron 35 240, de las cuales 14 357 fueron por invalidez y las demás se clasificaron como asociados y como orfandad y viudez. Se plantea la necesidad de ser más específico en los factores causantes de discapacidad y que son meritorios de pensión.

HIPÓTESIS CIENTÍFICA

La forma en la que el sujeto afronta la enfermedad se relaciona con la discapacidad producida por cualquier condición en pacientes de primer nivel de atención.

OBJETIVOS

Objetivo general

1. Determinar la relación de los mecanismo de contención con la discapacidad ajustando esta relación por edad, sexo y síntomas de depresión.

Objetivos específicos

1. Identificar el grado de discapacidad en los pacientes en el primer nivel de atención
2. Identificar los mecanismos de contención en los pacientes en el primer nivel de atención.
3. Determinar la relación de los mecanismos de contención con la discapacidades ajustando esta relación por edad, sexo y síntomas de depresión.

MATERIAL Y METODOS

Sujetos

Se entrevistaron a sujetos usuarios de atención primaria del Instituto Mexicano del Seguro Social de las clínicas 1 y 12 que aceptaron participar en el estudio, mayores de 18 años de edad y que no presentaran ningún déficit cognitivo o problemas de comunicación verbal (confusión, hipoacusia severa no corregida, retraso mental, idioma).

No se excluyó ningún paciente del estudio.

Variables e instrumentos de medición

Las variables estudiadas fueron la discapacidad y los mecanismos de afrontamiento y las variables de ajuste fueron:

1. Sexo
2. Edad
3. Síntomas de depresión

Instrumentos

1. Cuestionario de la Organización Mundial de la Salud para Medir Discapacidad

La discapacidad se evaluó con el Cuestionario de la Organización Mundial de la Salud para Medir Discapacidad (WHODAS II, World Health Organization Disability Assessment Schedule). Hay varias versiones y ha sido validado en 14 países. Valora discapacidad en base a seis tipos diferentes de actividad:

1. Comprensión y comunicación
2. Capacidad para moverse en su alrededor / entorno
3. Cuidado personal
4. Relacionarse con otras personas
5. Actividades de la vida diaria
6. Participación en sociedad

La calificación va de 0 (ninguna discapacidad) a 100 (máxima discapacidad o incapacidad total).

2. El cuestionario de las maneras de afrontamiento

El afrontamiento se midió con el cuestionario de las maneras de afrontamiento (The Ways of Coping Questionnaire). Es el instrumento más empleado en la medición del afrontamiento y puede ser autoaplicado o un investigador lo puede aplicar. La versión revisada en 1985 está compuesta por un cuestionario de 66 reactivos. Evalúa 8 estilos definidos de contención que son el:

1. Confrontativo,
2. Distanciamiento, autocontrol
3. Búsqueda de apoyo social
4. Aceptación de responsabilidad
5. Escape – evitación
6. Búsqueda de solución al problema y
7. Reevaluación positiva

En una escala ordinal de Likert.

3. Listade90síntomas

La depresión se evaluó con la lista de 90 síntomas (Symptom Checklist 90-R SCL-90-R), es un instrumento que consta de 90 reactivos, destinado para realizar medición de psicopatología en 9 subescalas:

1. Somatización
2. Síntomas obsesivo-compulsivos
3. Sensibilidad interpersonal
4. Depresión
5. Ansiedad
6. Hostilidad
7. Ansiedad fóbica
8. Ideaciones paranoide
9. Ideas psicóticas

Todos en una escala ordinal de Likert. Para este estudio sólo se evaluó la subescala de síntomas de depresión.

PROCEDIMIENTO

Se procedió a establecer contacto con las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social de las clínicas correspondientes, solicitando acceso a la ya citada institución para aplicar los instrumentos.

Se identificó a los pacientes que estaban esperando consulta y que reunían los criterios de inclusión, se les explicaba de manera personal el mecanismo y fin de la aplicación del instrumento a cada derechohabiente solicitándole su participación en el estudio.

El consentimiento obtenido fue verbal. Los datos se manejaron de manera anónima y confidencial, de acuerdo a los tratados de Helsinki modificados en Tokio y de acuerdo a la norma del Instituto Mexicano del Seguro Social para la realización de estudios.

Durante tres semanas se aplicaron los cuestionarios a los pacientes de las diferentes clínicas del Seguro Social, donde a pesar de ser instrumentos autoaplicables los tres entrevistadores leían el cuestionario y se le daba al paciente una tarjeta en la cual se indicaba una escala de severidad de síntomas, donde al término de la pregunta el paciente tenía que calificarla de acuerdo a la tarjeta.

Todos los cuestionarios se aplicaron al inicio antes de la consulta, a fin de evitar la fatiga de los derechohabientes.

Los datos obtenidos se capturaron en una base de Fox-base diseñada ad hoc. Posteriormente se analizaron los datos en el programa SAS 6.12.

Los resultados se presentan con estadística descriptiva. Las diferencias entre hombres y mujeres se determinaron mediante la “t” de Student.

RESULTADOS

El total de sujetos encuestados fue de 102, 67 mujeres y 35 hombres, con un promedio de edad de 41.08 años para las mujeres y 44.8 años para los hombres. El promedio de escolaridad fue de 10.25 años para hombres y 9.36 para mujeres. Como se muestra en el cuadro 1.

Cuadro 1. Promedio de edad y escolaridad

	Hombres	Mujeres
Edad	44.8	41.08
Escolaridad	10.25	9.36

La mayor parte de los sujetos eran casados, siguiendo los solteros y una minoría los divorciados.. Tal como se señala en el cuadro 2.

Cuadro 2. Distribución de acuerdo al Estado Civil

Estado civil	N
Casado	57
Soltero	29
Unión libre	8

Viudo	6
Divorciado	2

La mayor parte de los sujetos eran asalariados, seguidos de amas de casa y con una minoría de desempleados por motivos de salud y trabajo no remunerado. Tal como se muestra en el cuadro 3.

Cuadro 3. Distribución por ocupación

Ocupación	N
Asalariado	46
Responsable de labores de la casa	27
Jubilado	9
Estudiante	8
Trabaja por su propia cuenta	7
Desempleado por motivos de salud	2
Trabajo no remunerado	2

Para la discapacidad tal como se aprecia en el cuadro 4, se encuentra una dispersión amplia, lo que no nos permite jerarquizar los promedios obtenidos en las diferentes dimensiones evaluadas. En relación a las diferencias de puntuación por sexo, éstas no son estadísticamente significativas. Tanto los hombres como las mujeres, asignaron puntuaciones más altas en discapacidad a la dimensión relacionada con el movimiento en su

entorno, seguido de la participación en sociedad. La dimensión en la que se presentó menor discapacidad fue en la de auto cuidado.

*Cuadro 4. Promedio de puntuación para discapacidad
 en el primer nivel de Atención*

Dimensión de discapacidad	Hombres		Mujeres	
	x	d.e.	x	d.e.
Comprensión y comunicación	7.72	9.52	6.36	9.58
Capacidad para moverse en su alrededor	13.06	18.11	12.21	16.75
Cuidado personal	3.12	10.29	2.87	7.59
Relacionarse con otras personas	4.16	7.02	3.97	7.81
Actividades de la vida diaria	9.69	21.72	6.30	11.66
Participación en sociedad	10.73	14.24	8.39	14.33
Puntuación total	8.97	8.6	6.8	8.12

Las puntuaciones obtenidas en los estilos de afrontamiento (ver cuadro 5) muestran que en cuanto al sexo, no hubo diferencias estadísticamente significativas. Tanto hombres como mujeres calificaron con mayor puntuación la reevaluación positiva, seguida de la aceptación de la responsabilidad. Las mujeres evaluaron de manera similar al distanciamiento y la aceptación de responsabilidad. El escape-avoidance presenta las puntuaciones menores para ambos sexos, sin embargo fue el único estilo donde los hombres calificaron más alto que las mujeres.

Cuadro 5. Promedio de puntuación para Afrontamiento por sexo

Estilo	Hombres		Mujeres	
	x	d.e.	x	d.e.
Confrontativo	0.85	0.9	0.91	0.85
Distanciamiento	0.98	0.54	1.04	0.58
Autocontrol	0.8	0.47	0.85	0.56
Búsqueda de apoyo social	0.82	0.52	0.98	0.66
Aceptación de la responsabilidad	1.01	0.59	1.04	0.62
Escape-evitación	0.75	0.53	0.64	0.49
Búsqueda de solución al problema	1	0.57	1.01	0.62
Reevaluación positiva	1.2	0.57	1.24	0.62

En el cuadro 6 se presenta la correlación entre la discapacidad y el afrontamiento, donde la autocrítica-autoaceptación es el mecanismo de afrontamiento que más se relaciona con discapacidad y el cual es estadísticamente significativa. Las demás puntuaciones no son estadísticamente significativas.

Cuadro 6. Coeficiente de Pearson entre Discapacidad y Afrontamiento

Estilos de afrontamiento	r
Confrontativo	0.00593
Distanciamiento	0.0407
Autocontrol	0.11827
Búsqueda de apoyo social	0.144
Autocrítica – Autoaceptación	0.24 *
Escape	0.101
Planificación	0.0644
Reevaluación positiva	0.09135

* P=0.01

En el cuadro 7 se presentan las correlaciones entre la edad y estilos de afrontamiento. Además del sexo, se consideró que la edad y la depresión podrían estar relacionadas con la discapacidad, sin embargo este no fue el caso ya que la correlación con depresión fue de 0.0195.

Cuadro 7. Coeficiente de correlación de Pearson entre estilo de afrontamiento y edad

Estilo	r
Confrontativo	0.04
Distanciamiento	0.06
Autocontrol	.01
Búsqueda de apoyo social	-0.09
Aceptación de la responsabilidad	-0.0001
Escape-evitación	0.08
Búsqueda de solución al problema	0.03
Reevaluación positiva	0.004

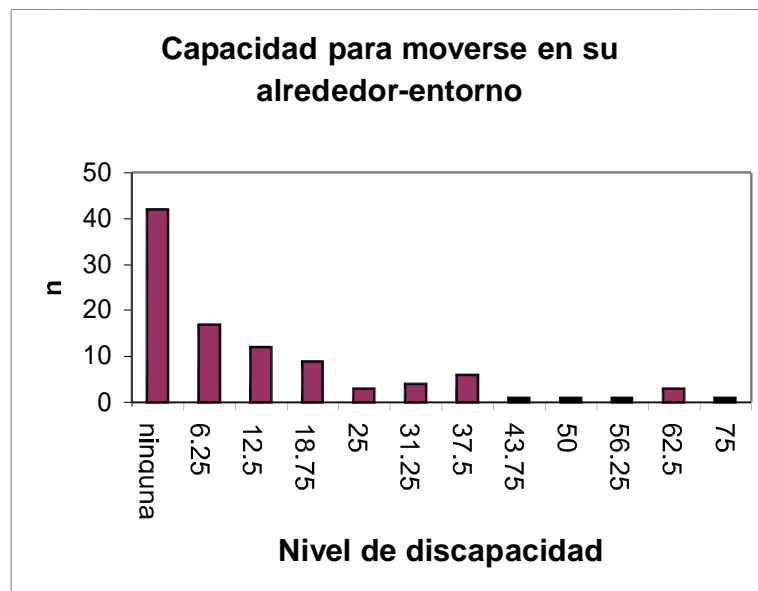
En la gráfica 1 a la 6 encontramos que cerca del 50% de los sujetos no puntuaron discapacidad, cifras cercanas a las reportadas por la OMS en 1996. Las subescalas en las que menos se reportó discapacidad fue para el cuidado personal, capacidad para relacionarse con otras personas. De nueva cuenta se aprecia que la movilidad fue la dimensión de discapacidad que tuvo las puntuaciones más altas.

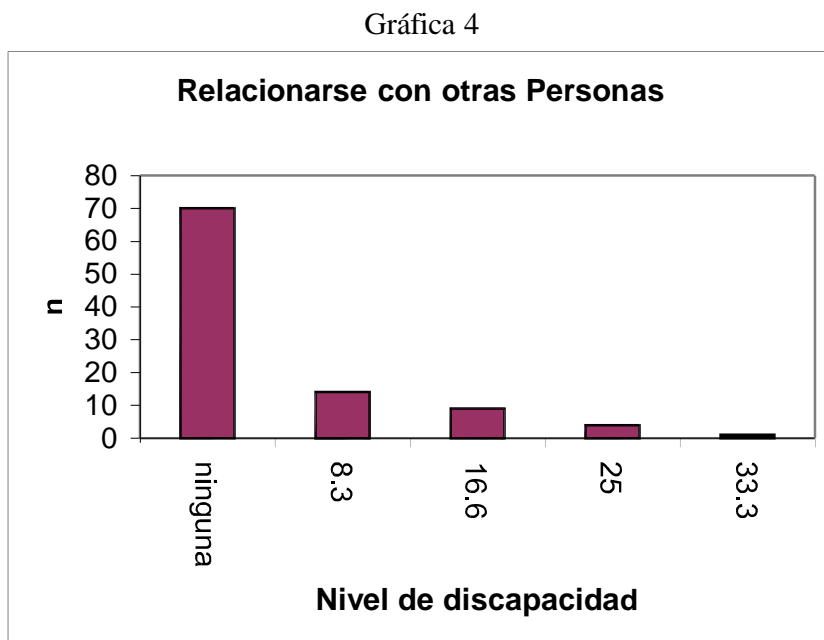
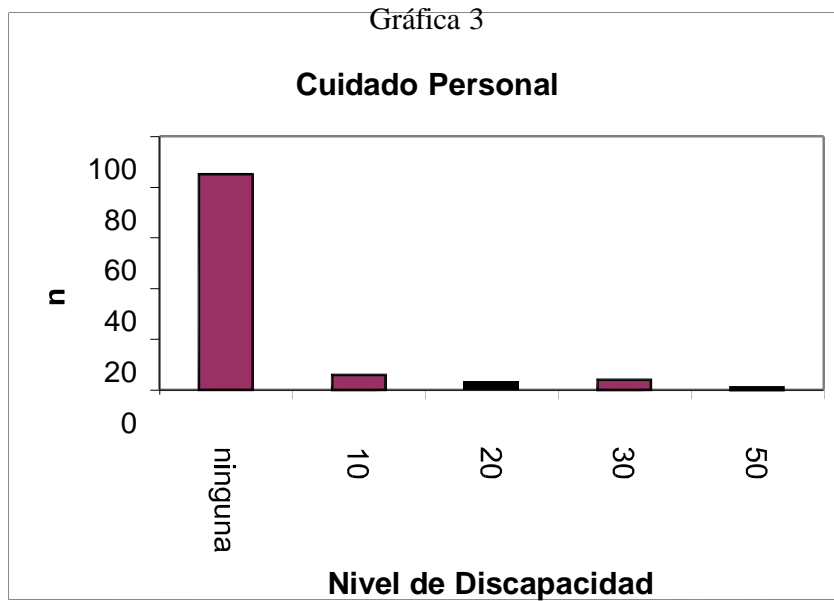
En la gráfica 7 se ilustra que la mayoría de los sujetos dieron calificaciones altas para carecer de alguna de las dimensiones de discapacidad. El total de los sujetos que calificó para no tener ninguna patología fue de 18.

Gráfica 1

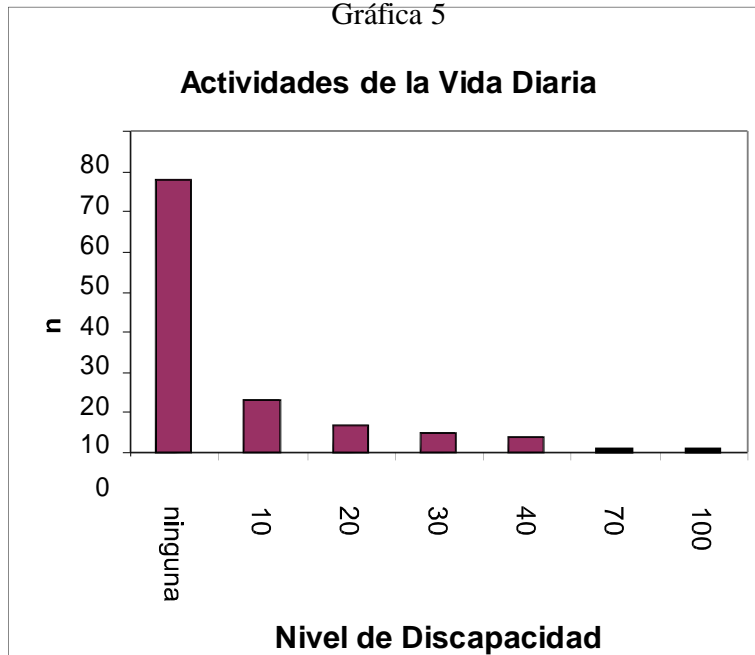


Gráfica 2



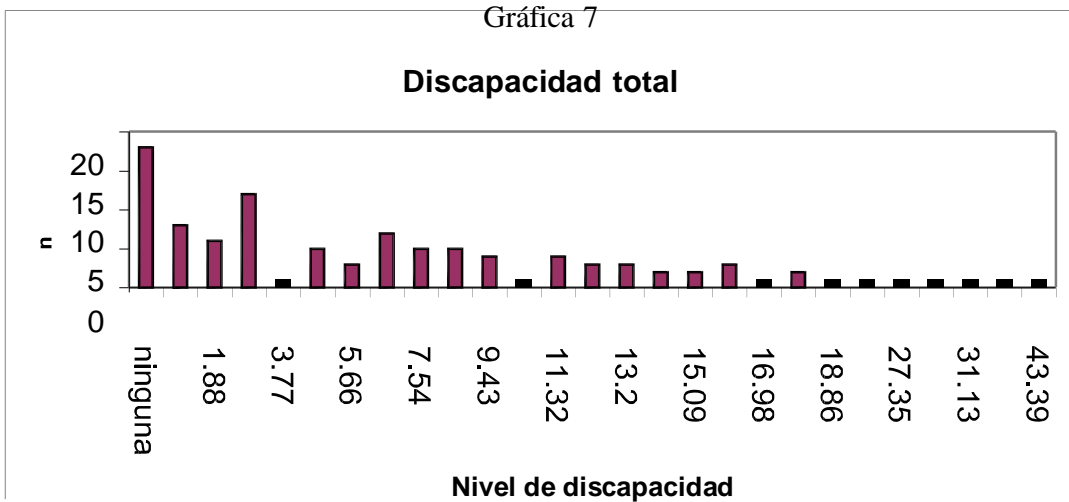


Gráfica 5

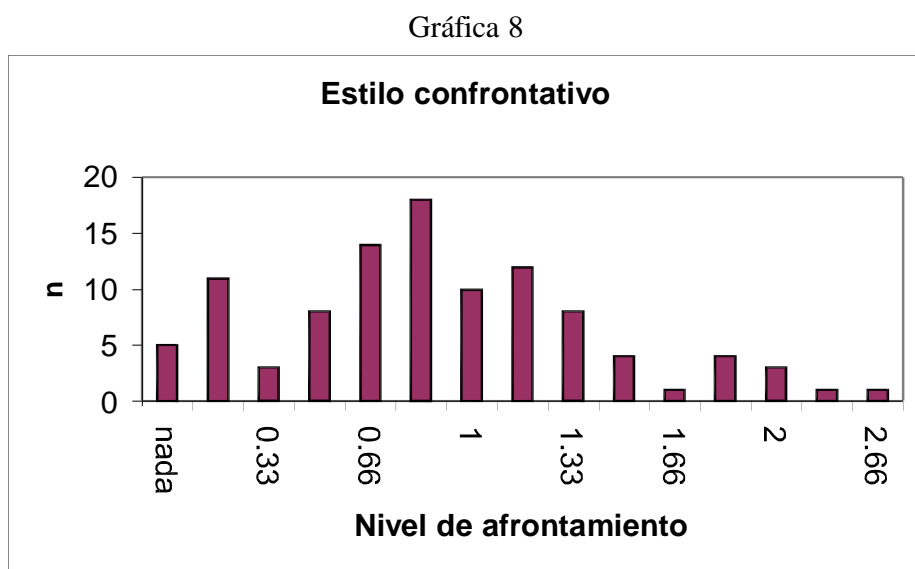


Gráfica 6

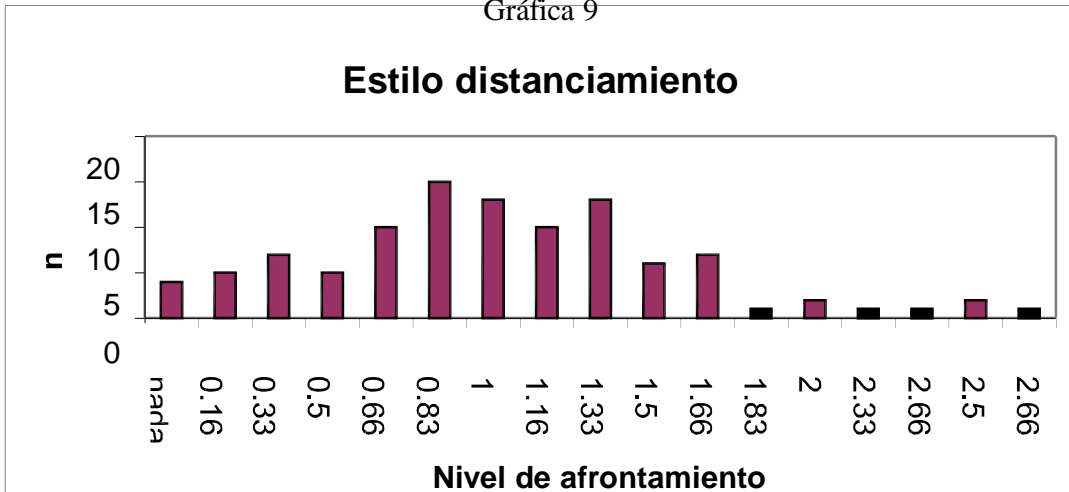




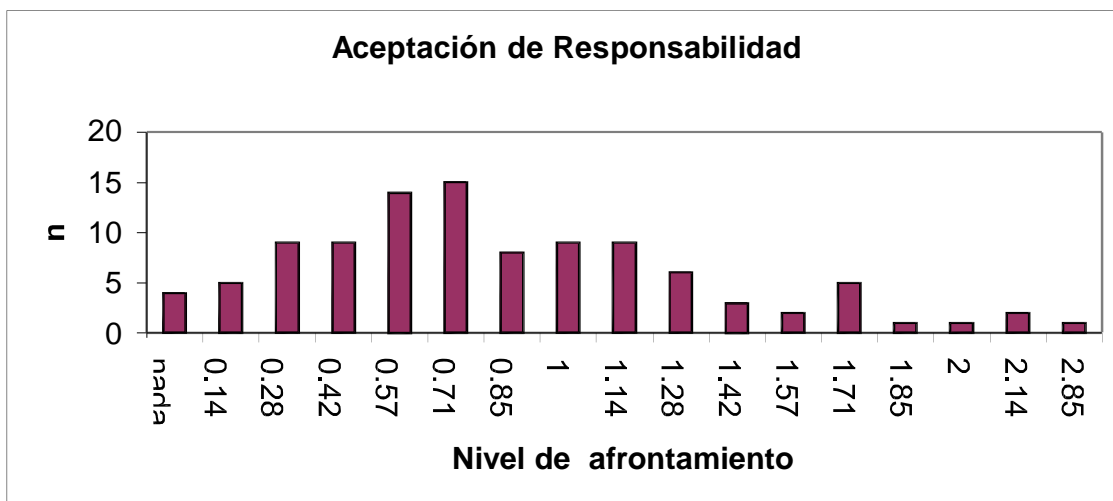
De la gráfica 8 a la 14, se ilustran las puntuaciones de afrontamiento, donde se aprecia una distribución homogénea de estas. El número de sujetos que no emplearon alguno de los diferentes mecanismos de afrontamiento fue mínima.



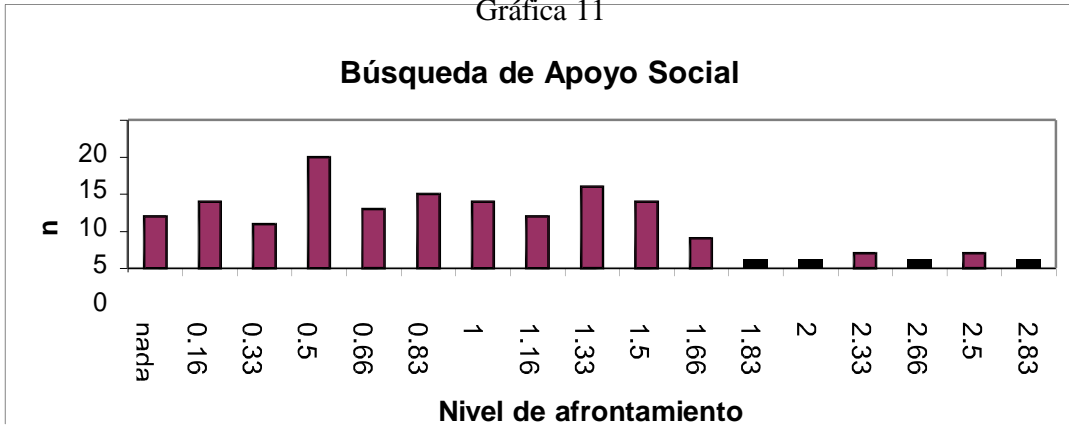
Gráfica 9



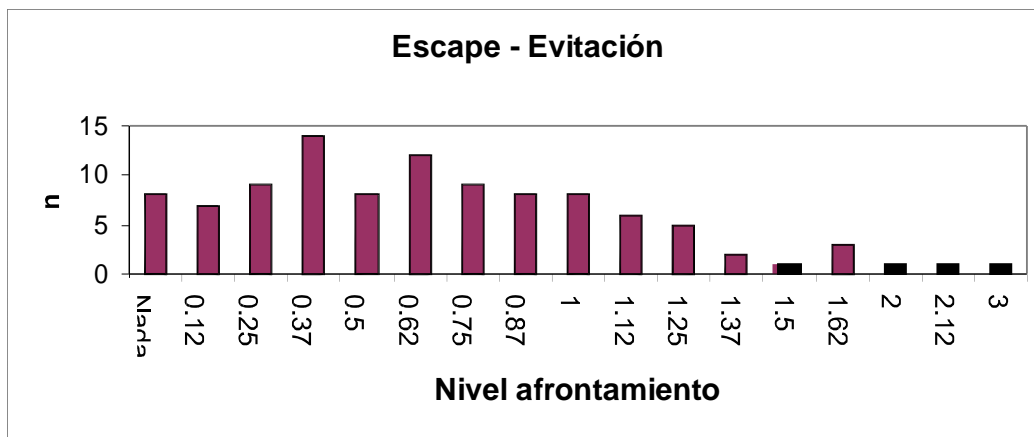
Gráfica 10

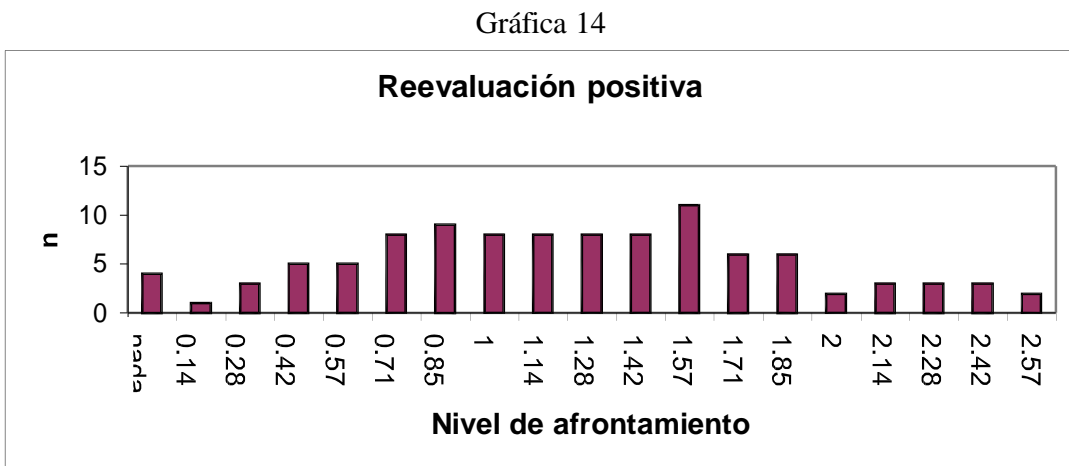
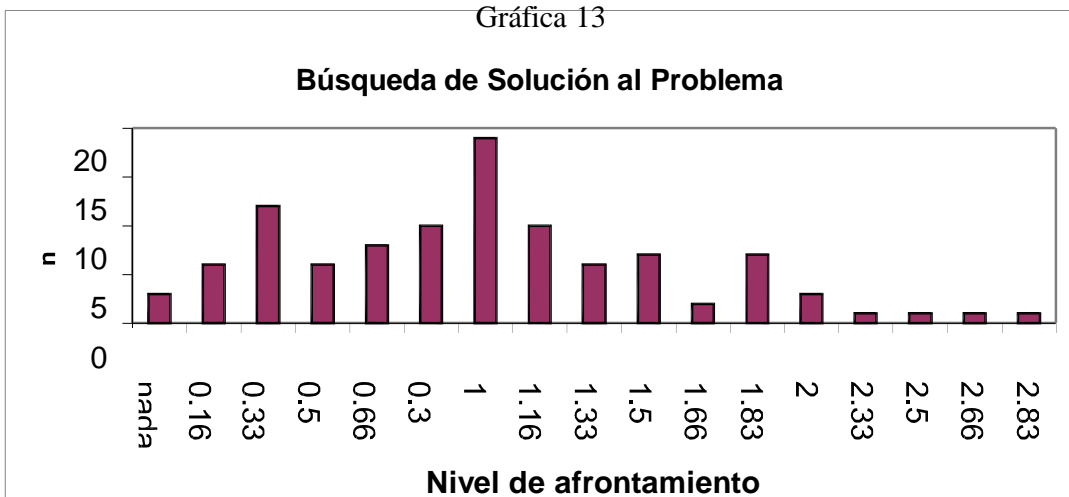


Gráfica 11



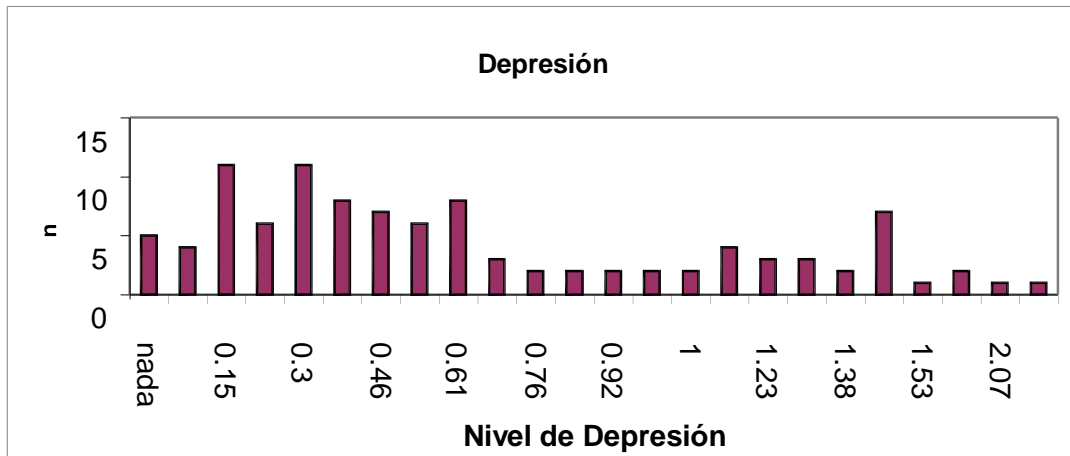
Gráfica 12





En la gráfica 15 se ilustra que hay una importante dispersión en cuanto a la puntuación de depresión, la mayoría de ellos con sintomatología de depresión baja, pero solamente una minoría carecía de estos síntomas.

Gráfica 15



DISCUSIÓN

La mayoría de los sujetos entrevistados en nuestro estudio fueron mujeres, sin embargo se sabe que la mayoría de usuarios de servicios de salud son mujeres. El promedio de edad fue de 41.08 años para las mujeres y de 44.8 para los hombres. Más de la mitad de los sujetos eran casados, un 30% de solteros y el resto se distribuyó entre unión libre, viudos y divorciados. El 50% de ellos trabajaban como asalariados y un 30% se dedicaban a labores del hogar. La escolaridad promedio fue mayor en hombres que para mujeres, pudiéndose encontrar como elevada, ya que la mayoría de los sujetos tenían al menos escolaridad secundaria.

Se encontró que a pesar de existir variantes en las calificaciones otorgadas para los diferentes estilos de afrontamiento, no hubo diferencias entre hombres y mujeres en los mecanismos de contención. No hubo correlación alguna entre la edad con los mecanismos de afrontamiento.

En la evaluación de discapacidad, se encontró que los hombres dieron puntuaciones más elevadas que las mujeres en todas las dimensiones evaluadas, incluyendo la puntuación total. De todas las dimensiones es curioso notar que la mayor discapacidad fue la de movilidad, donde en teoría estos sujetos no deberían de tener limitantes importantes, debido a que el promedio de edad indica sujetos jóvenes y eran ambulatorios.

En cuanto al afrontamiento se encontró que las mujeres otorgaron mayor puntaje a los diferentes estilos de afrontamiento que los hombres. El estilo que mayor puntaje recibió fue el de reevaluación positiva para ambos sexos. Se encontró a su vez que en ambos sexos el menor puntaje fue otorgado para el estilo de escape, sin embargo fue el único estilo donde los hombres tuvieron un puntaje superior al de las mujeres, lo cual puede explicar algunas de las conductas de evitación, e incluso explicar en parte mayores tasas de uso y abuso de sustancias.

La correlación observada entre los diferentes estilos de afrontamiento y discapacidad muestran que el estilo de autocrítica – autoaceptación fue el único que correlacionó con la discapacidad, además que este resultado es estadísticamente significativo. Lo que representa que una situación es más discapacitante, mientras el sujeto se preocupe por su condición y aprenda a manejarla, o tal vez que acepte su discapacidad. Los demás coeficientes de correlación obtenidos no fueron estadísticamente significativos (Lazarus y Folkman 1984).

El coeficiente de correlación entre discapacidad y depresión es bajo, indicando que no existe correlación significativa entre discapacidad y depresión. Lo cual se contrapone a otros estudios reportados en la literatura (Broadhead 1990).

CONCLUSIONES

Podemos concluir que los mecanismo de afrontamiento en nuestro estudio, no juegan un papel importante, en relación a discapacidad y depresión. Tampoco hubo correlación con la edad, el sexo y la depresión.

A su vez existen otras variables a determinar, como es el caso de las distintas condiciones médicas a las cuales el médico de primer nivel se enfrenta y que se escapan a los fines del estudio y las cuales pueden formar parte de un futuro estudio.

BIBLIOGRAFÍA

IV conferencia internacional de Enfermería Familiar (Chile).

http://infomed.uach.cl/promos/recursos/docs/model_aten.htm

Anónimo. Self reported frequent mental distress among adults Morbidity and mortality weekly report.1998; 47:325:331.

Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM – IV Masson S.A. 1995.

Baltes P. The aging mind: potential and limits. *Gerontologist* 1993; 33:580-94

Broadhead E, Blazer D. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*. 1990; 264(9):21-26.

Christopher JL,. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease. World Health Organization. 1996.

CISS. Publicación de la WHO en 2001. <http://www.who.int/classification/icf/intros/CIF-Spa-Intro.pdf>

Cortes JA, Peñalver C, Alonso J, Arroyo A, González L. La prevalencia de malestar psíquico en atención primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas. *Atención primaria* 1993; 9:459-463.

Folkman S, Lazarus RS, Dunkel – Schetter C. The dynamics a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychology*. 1986; 50:992-1003.

Folkman S, Lazarus RS. Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, Ca Consulting Psychologist Press, 1988.

Folkman S, Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990; 54:525-537.

Folkman S, Lazarus RS. If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1985; 48: 1 150-170.

Folkman S, Lazarus RS, Gruen R, De Longis. A: Appraisal, coping health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986; 50:52-579.

Fried LP, Bandeen RK, Williamson JD, Prasada-Rao P, Chee E, Tepper S, Rubin Gs. Functional decline in older adults: explaining methods of ascertainment J. *Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1996; 51:206-14.

Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Salive ME, Wallace RB. Lower extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. *New England Journal Med*. 1995; 331:556-61.

Gureje O. Psychological disorders and symptoms in primary care. Association with disability and service use after 12 months. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2002; 37 (5):220-224.

Hansen, Morten Steen MD, Fink, Morten .Use of Health Services Mental Illnes, and Self Rated Disability and Health in Medical Inpatients. *Psychosomatic Medicine*. 2002; 64(4): 668-675.

Herman H, Patric DL, Dier P, Martín ML, Fleck M. Longitudinal investigation of depression outcome in primary car in six countries: LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive. *Psychological Medicine*.2002; 32(5): 889-902.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

<http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/ejkvs5nphatz7avs3dobzcyeco713fje5fmasyracipe542dbhkvesuiwhqdsjqmefohd3libwvdn4cylzaix6jg5c/Pensionados+oct+2002.pdf>

INEGI. <http://pue.inegi.gob.mx/difusion/espanol/bvinegi/discap/asocia99.pdf>

INEGI. <http://www.inegi.gob.mx/difusion/espanol/poblacion/definitivos/pue/sintesis/discapacidad.pdf>

Jencks SF. Recognition of mental distresses a diagnosis of mental disorders in primary care. JAMA. 1985; 253: 1903-1907.

Jiménez L, González A, Peña monje D, Nolasco A, Pérez I, De la Hoz. Factores asociados con la prevalencia de morbilidad psiquiátrica en una zona de salud. Atención primaria. 1993; 11: 465-469.

Jiménez JF, Martínez JA, Rodado C, Martínez D, Sánchez P, Reyes A. Incidencia de bajas laborales en un C.S. Iurbano: Consideraciones acerca de los grupos diagnosticados (WONCA) que las originaron. Medicina del trabajo 1996; 5: 11-32.

Katzelnick DJ, Koback KA, Gresit JC, Jefferson JW, Henk HJ. Effect of primary care treatment of depression on service use by patients with high medical expenditures Psychiatric service 1997; 48(1): 59:64.

Klwpow J, Kroenke K, Horton T, Schdmidt S, Sptizer R. Psychological Disorders and distress in older primary care patients: A comparison of older an younger samples. Psychosomatic Medicine. 2002; 64 (4):87-91.

Lazarus RS. Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. Psychosomatic Medicine. 1993; 55: 234-24

- Lazarus RS, Folkman S: Stress, appraisal, and coping. New York, Springer. 1984.
- Parkes R. Coping in Stressful Episodes. The Role of Individual Differences, Environmental Factors, and Situational Characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986; 51: 6 1277-1292.
- Reifler D, Kessler, Holly S, Bernhard E. Leon, Andrew C. Gary J. Impact of screening for mental health concerns on health service utilization a functional status in primary care patients. *Arch Intern Med*.1996; 156 (22): 2593-2599.
- Richaud MC. Estilo de afrontamiento en relación con los estadios de cambio intencional de la conducta adictiva. *Psicología.com*. 2001; 5 (2).
- Sans M., Batalla C. Villagrasa D., Ezpeleta A., Esciorza S., Comín E. Incapacidad temporal por patología psiquiátrica en un centro de salud. *Atención primaria*. 2000; 25 (06):100 – 106.
- Simon G, Ormel J, Von Korff M, Barlow W. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152:352-7.
- Von Korff M, Ustun TB, Ormel J, Kaplan I, Simon GE. Self-report disability in a durational primary care study of psychological illness. *Journal of Clinical Epidemiology* 1996; 49(3): 297-303.
- Wallen J, Pincus HA, Goldman HH, Marcus SE. Psychiatric consultations in short term general hospitals. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:163-8.
- Weinberger D, Schwartz. Low Anxious, Hig Anxious and repressive coping Styles: Psychometric Patterns and Behavioral and Physiological Responses to Stress. *Journal of abnormal Psychology*. 1999; 88 : (4): 369 – 380.
- World Health Organization. <http://www3.who.int/icidh/icftemplate.cfm>

World Health Organization. http://www.whomsa.org/it/text6/06_whodas.html

World Health Organization. International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems. 10th Revision (CIE-10). Ginebra. 1992.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons](#)
[4.0](#).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios . Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.

[Resumendelicencia](#) - [Textocompletodelalicencia](#)