

11241
1 of 7



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores
Hospital Regional "20 de Noviembre"
I. S. S. S. T. E.**

**DEPRESION EN PACIENTES CON
DOLOR CRONICO BENIGNO**

TESIS DE POSTGRADO
Que para obtener el Título de:
Especialista en Psiquiatría
p r e s e n t a:

DRA. ARACELY GRANADOS DIAZ



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D. F.

1987

Quitar 20-I-87



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

1.- ANTECEDENTES	
- INTRODUCCION -----	1
- HISTORIA -----	3
- DEFINICION -----	5
- CARACTERISTICAS GENERALES -----	6
- ASPECTOS EMOCIONALES DEL DOLOR-----	7
- PSIQUIATRIA Y DOLOR CRONICO -----	10
- ESTADISTICAS PREVIAS Y CONSIDERACIONES ----	13
II. DESCRIPCION DEL ESTUDIO REALIZADO -----	14
- CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA -----	15
- RESULTADOS -----	17
- CONCLUSIONES -----	18
- DISCUSION -----	19
- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS -----	20

- DOLOR CRONICO BENIGNO -

Es aquél cuya intensidad, duración y naturaleza interminable del síndrome doloroso, no pueden justificarse por un daño tisular de base.

INTRODUCCION:

Mí interés en el tema fué despertado a raíz de una visita a la clínica del dolor del Hospital General de México; el Dr. Olivares trabajaba una investigación sobre las diferencias culturales en la percepción del dolor. Yo, hasta entonces conocía muy poco acerca de los avances que ya existían.

Era impresionante, la gente que acudía a tal centro especializado, esperaba encontrar ahí la solución a su molestia, que en muchos persistía desde hacía años atrás; y que había acabado con su tranquilidad. Eran personas cuya conducta lastimera evidenciaba su sufrimiento, sus pocas esperanzas en los médicos; sus nulas esperanzas en ellos mismos.

Era evidente también el interés de los médicos especialistas de la clínica del dolor por resolver a los pacientes el motivo por el que acudían a consulta; sin embargo, muchos de ellos persistían con su quejoso síntoma a pesar de recibir los tratamientos que tan afanosamente se les otorgaba.

Fué así como, al examinar a una paciente joven, quién sufría de dolor de cabeza atípico clínicamente que se resistía a ceder a pesar de medicamentos analgésicos, bloqueos, etc. Ella relataba que su enfermedad empezó después de una violenta discusión con su marido, que había terminado en divorcio. A partir de entonces, ella había perdido el interés por la vida y la cefalea era motivo para aislarse de la gente, perdió su empleo, vivía ahora pensionada permanentemente y a cargo del sostén de sus tres hijos, la situación económica era otro de sus problemas; había recorrido médicos institucionales y particulares: reumatólogos, internistas, neurologos, oftalmólogos, etc. sin obtener solución; vivía con la constante idea de que prefería morir a seguir soportando su dolor de cabeza. Su actitud triste y llorosa evidenciaba durante su relato el sufrimiento que describía.

Para ella, su dolor era real; aunque alguien le había explicado que "solo" era producto de su imaginación. Para ella, era algo "urgente" a pesar de padecerlo desde hacía ya varios años.

Su última esperanza estaba en la clínica del dolor, lugar en el que no se sentía rechazada por los médicos, como lo había vencido en otros lugares.

Casos aún más dramáticos fuimos encontrando, en los que

se relataban complicaciones iatrogenicas quirurgicas y medicamentosas, resultado de la ansiedad del médico por resolver el dolor de los pacientes.

Fué así como ante la sospecha de la gran participación emocional en la cronificación de los procesos dolorosos en los que no se encontraba un origen maligno como etiología, empecé a recopilar bibliografía al respecto, encontrando que las aportaciones extranjeras databan desde los años 50's y que en nuestro medio nunca se había explorado el tema a pesar de la existencia de clínicas especializadas en dolor desde 1960. Destaca la atención que se le da al dolor crónico con bases etiologicas tumorales, degenerativas, etc. , pero la poca visión en el dolor crónico que aún sin etiología maligna se semejara a ésta en la magnitud y en las secuelas incapacitantes, especialmente en la gente joven, de edad productiva que va de médico en médico, de instituto en instituto buscando a veces la mejoría, buscando; otras, con expectativas fantásticas, la mágica desaparición de su sufrimiento.

Ha pasado más de un año de esto, y ya podemos presentar los resultados de esta investigación, en donde el principal fin fué el darle la importancia que merece un síndrome que tanta gente padece y en donde aún hay tanta obscuridad.

HISTORIA:

El dolor es un síntoma universal, muy común en Medicina y frecuente motivo de consulta en todos los niveles de atención de ésta, así como en todas las especialidades.

Es una de las penas más antiguas de la humanidad, fuente del surgimiento de la medicina como arte ante la necesidad fundamental de calmar tal sensación displacentera(5). La historia nos relata como a través del tiempo, el dolor siempre ha representado un reto de especial significado para el médico(22). La antigua Grecia lo definía como un componente emocional esencial del espíritu humano, la contraparte del placer que debía soportarse con actitud estoica. Aristoteles consideró al dolor como una sensación diferente de las que se conducen a través de los sentidos, él fué el primero en separar la definición de dolor y nocicepción como fenómenos relacionados entre sí, pero con grados distintos de elaboración.

En todas las culturas se encuentran datos que hablan de la angustiada presencia del dolor y de los diferentes métodos para aliviarlo. Los primeros intentos por explicarlo eran intuitivos: las enfermedades venían por sí mismas", se le identificaba una cierta relación causa- efecto que cuando no era evidente se atribuía a ciertas influencias malignas de otros seres humanos ó sobrenaturales y se le enfrentaba mediante la magia, la brujería y la religión (8) En la época medieval, sufrir dolor era una forma de expiar la culpa. En el siglo XVII aparece el modelo de Descartes, quien propone que son los nervios sensitivos quienes conducen al cerebro las señales de dolor y alarma (3,5,30)

Con la explosión de conocimientos en las ciencias básicas en el siglo XIX y XX, el dolor emerge en la era moderna de los analgésicos, la Neurocirugía, Psiquiatría y la Medicina Psicosomática aún rodeado de ese halo de aspectos filosóficos, religiosos y sociales(22).

De igual manera; los conocimientos adquiridos en los últimos años acerca de las causas, manifestaciones y tratamiento de la depresión han rebasado el campo de la Psiquiatría, antiguamente descrita por los Grecorromanos como Melancolía (27) que Hipocrates atribuía a la bilis negra ó atrabilis(41). Tomás de Aquino, en la edad media, sostiene que la melancolía es producida por los demonios

y determinada por las influencias astrales(30). Con el surgimiento de la Psicofarmacología, la melancolía cambia su nombre a Depresion.

Fué Stengel, (6) el primero en enfatizar la importancia de los aspectos emocionales en la percepción de los síndromes dolorosos, reflexionando sobre la importancia de la Psiquiatría en la atención de éstos.

DEFINICION:

El dolor es una experiencia subjetiva, cuya definición precisa y forma objetiva de cuantificarse no se ha podido lograr hasta la fecha(35) siempre ha tenido un especial significado para el médico, por que no solo es uno de los males más comunes, sino también de los más angustiosos. Es la evidencia de una anomalía en el organismo humano, y constituye el común denominador de un sin número de enfermedades. Se ha convertido en permanente reto a la agudeza clínica y a la habilidad terapéutica de todo médico.

Cuando a pesar de los múltiples aspectos y disciplinas manejadas para aliviar el dolor de un paciente no se logran resultados favorables y el dolor persiste; aparece el DOLOR CRONICO, el dolor que obliga al enfermo a acudir a la consulta de médico tras médico, que lo lleva de un fracaso a otro, a la habituación y a la dependencia de los farmacos. Es por eso que la clasificación de dolor agudo y crónico, ya no se hace solamente en relación al tiempo de duración, sino considerando además los procesos que lo acompañan. Mientras que el dolor agudo es una urgencia médica, una señal de alarma que favorece la supervivencia; el dolor crónico no tiene una función conocida (24) y es fuente de una cadena de acontecimientos para el paciente que complican su evolución.

Se ha catalogado como un síntoma destructivo tanto física como psicológica y socialmente; incluso como un síntoma psiquiátrico(3,24, 19,25).

El concepto de DOLOR CRONICO BENIGNO fué creado en años recientes; excluye al dolor del cáncer y de otros padecimientos malignos., pero guarda relación con éstos en lo que se refiere a la prominencia que el síntoma adquiere. Se define como: - El problema humano en el cuál la intensidad, duración y naturaleza incesante de un síndrome doloroso no puede explicarse sobre la base de un daño tisular ó patofisiológico existente; que ha persistido por más de seis meses y donde la simulación no es perceptible por que no se le encuentra una finalidad obviamente reconocible y comprensible en función de las circunstancias en que se presenta (19).

El núcleo esencial del síndrome es la importancia que adquiere el dolor en la vida del paciente, y que lo lleva a modificar su estilo de vida. Se ha llegado a considerar un síndrome psi

cosómico(2,19)

La observación de pacientes con DOLOR CRONICO BENIGNO, denota los efectos devastadores del dolor sobre cada una de las personas que lo padecen; esto depende de la severidad, duración, así como de la propia personalidad del individuo(16), por ello, el síndrome es mejor entendido en términos de su totalidad; olvidando la vieja dicotomía mente- cuerpo, entre lo que es orgánico y lo que es puramente psicopatológico.

CARACTERISTICAS GENERALES:

Algunos autores(6,15,23) señalan que el límite en la duración del proceso doloroso, para calificarse como agudo y crónico es arbitraria, y que debe correlacionarse con el resto de las características. Ante la investigación clínica y paraclínica no puede demostrarse un proceso patofisiológico ó patoanatómico que explique la magnitud y duración del dolor, los fracasos terapéuticos previos son calificados como rebeldía al tratamiento ; aumentando en el paciente su total desesperanza ante nuevas posibilidades de mejoría. La invalidez que ocasiona la continúa persistencia del dolor y la incapacidad física y progresiva deteriora cada vez más el desenvolvimiento psicosocial , presentando una conducta lastimera y desagradable; con cambios en el carácter que terminan ocasionando conflictos interpersonales con la gente que les rodea, incluyendo a médicos y paramédicos; conformando a un paciente difícil de diagnosticar y por ende difícil de tratar. Ante la necesidad de mejorar, los pacientes van de médico en médico buscando alivio sin obtenerlo y complicandose aún más por la utilización de medicamentos incontables, ó intervenciones quirúrgicas que finalmente son inefectivas enmascarando el síndrome por complicaciones iatrogénicas.

Es imprescindible establecer el diagnóstico diferencial con simulación y con dolor psicógeno, aunque esto es inicialmente difícil pero puede lograrse mediante la elaboración de una historia clínica completa. En la simulación, la producción y presentación de los síntomas es voluntaria para alcanzar un objetivo que es claramente identificable. En el dolor psicógeno se guarda una relación temporal entre un estímulo ambiental relacionado con un conflicto y la aparición del dolor, cuya alteración no se debe a algún otro transtorno mental. (33,40).

Ver tabla 1 y 2.

Tabla 1 y 2:

DOLOR

CRONICO

BENIGNO

CARACTERISTICAS GENERALES:

- 1.-Duración mayor de 6 meses
- 2.-No puede demostrarse el que este relacionado en el aquí y el ahora con un proceso patofisiológico ó patoanatómico causal.
- 3.-Historia de intervenciones médicas y quirúrgicas inefectivas en el problema doloroso.
- 4.-Transtornos en la función psicosocial
- 5.-Diagnóstico diferencial con simulación y con dolor psicogéno.

EPIFENOMENOS:

- 1.- Transtornos por uso de sustancias con acción diversa sobre el sistema nervioso central
 - 2.- Incapacidad física progresiva
 - 3.-Desesperanza ante posibilidades terapéuticas.
 - 4.- Conflictos inerpersonales
 - 5.- Conducta lastimera desagradable
 - 6.- Disminución de la habilidad para obtener placer por los procesos de la vida, contribuyendo a una profunda desmoralización.
-

ASPECTOS EMOCIONALES DEL DOLOR:

La afirmación de que los componentes emocionales juegan un papel determinante en los síndromes dolorosos está presente en la mayoría de la gente con experiencias dolorosas. El concepto parece realmente válido, pero aún excelentes trabajos de investigación se complican por la dificultad de corroborar dos experiencias subjetivas. Para los demás síntomas en Medicina se cuenta con instrumentos que los corroboran (termómetro en la fiebre; por ejemplo). Pero el dolor es intenso y exclusivamente personal, al igual que la tristeza. Desde los años 50's la participación de estas dos experiencias subjetivas (Dolor y Depresión) ha sido fuente de numerosas investigaciones que los correlacionan, tanto la presencia de dolor en pacientes deprimidos (la depresión disminuye el umbral al dolor) como la depresión en pacientes con dolor; y la utilidad de los medicamentos antidepressivos en el tratamiento (9,15 13,21,20,6).

Las investigaciones han variado tanto en el tamaño de la muestra como en los sitios de dolor y en la metodología aplicada (ver tabla 3 y 4). Los resultados que correlacionan la depresión con el dolor crónico se encuentran desde el 55 al 100%. Blummer y Heillbrom, al igual que Calderón (2,27) afirman que las depresiones enmascaradas por dolor constituyen el padecimiento depresivo atípico que se observa con mayor frecuencia en la clínica.

El dolor es también un síntoma universal; si bien es cierto que todos hemos padecido algún tipo de dolor durante nuestra vida, solo alguna gente evoluciona a la cronicación (6). La participación emocional como etiopatogenia puede resumirse en dos corrientes de investigación: una en la que el trastorno emocional es consecuencia del dolor y otra en la que los trastornos emocionales son una causa per sé de la cronicación (1, 21,13). Pero, aunque en una afirmación como en otra la participación emocional juega un papel importante, sigue siendo difícil de esclarecer la relación causa-efecto, especialmente por la dificultad de valorar lo subjetivo (el dolor crónico no puede provocarse en el laboratorio). Dwan (6) afirma que el dolor crónico debido a enfermedad neurótica ó a trastornos de la personalidad es la variable más frecuentemente encontrada en sus investigaciones. Los pacientes con dolor crónico frecuentemente muestran el patrón de la triada

conversiva en el inventario multifasico de la personalidad (M.M. P.I) es decir; elevada hipocondriasis, depresión e histeria. Y más recientemente Craig (3) considera que el dolor es una experiencia sensorial primaria que al unirse a los pensamientos, sentimientos y conducta constituyen la tan particular respuesta al dolor, ó lo que otros autores han llamado: LA CONDUCTA DE ENFERMEDAD EN EL DOLOR CRONICO BENIGNO , un tema que en los últimos años ha ido tomando mayor interés. Se refiere a la forma en que el individuo piensa siente y actúa en relación con su enfermedad. Está determinada tanto por influencias biológicas, psicológicas y socioculturales, pudiendo ser adaptativa cuando es determinada por las actitudes hacia el dolor; con origen en experiencias previas; en ello es de gran importancia el papel familiar y social como reforzadores ó no del papel de enfermo . En algunas sociedades en donde las incapacidades y la pensión permanente son atractivos financieros; se refuerza el papel condicionando la " ganancia secundaria" de la enfermedad(18). Y la conducta anormal de la enfermedad, que se define como la persistencia de una forma maladaptativa e inapropiada de percibir, evaluar y actuar en relación a su estado de salud; después de que el médico le ha ofrecido una explicación amplia y entendible de la naturaleza de su enfermedad, conforma a un paciente en el que la alianza terapéutica es difícil de establecer(papel de enfermo más ansiedad de salud, más resistencia al alivio). Es común en estos pacientes que acuden a las clínicas del dolor. Pueden mostrarse como formas psicóticas en las que el paciente cree en la presencia de una enfermedad física, lo cual es erróneo; como en el caso de ilusiones hipocondriacas que forman parte de una depresión psicótica ó de esquizofrenia. Y por formas neuroticas, expresadas como reacciones hipocondriacas ó conversivas.

La introducción de las técnicas de psicoterapia conductual en las clínicas del dolor; en especial la dirigida por el Dr. Sternbach en California se basan en el principio fundamental de que la conducta es gobernada por sus consecuencias (24,25,33). El afirma que es la conducta operante la que se debe identificar para iniciar el cambio de la dependencia física y psicológica del paciente hacia el médico, a los medicamentos y a su propia enfermedad.

Esclarecer el problema con un criterio psicoterapéutico y en forma individual, familiar ó grupal es un aspecto y la uti-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

9

lización de diversos medios de relajación muscular y rehabilitación es otro aspecto de un programa cuyos resultados solo son favorables cuando hay un componente depresivo que se identifica y pueda corregirse. Aunque para otros enfermos no quede más alternativa que aprender a vivir con su dolor.

(ver cuadro 5 y 6).

TABLA 3: PRESENCIA DE DOLOR EN SUJETOS DEPRINIDOS: SUMARIO DE HALLAZGOS

AUTOR(ES)	AÑO DE LA PUBLICACION	TAMAÑO DE LA MUESTRA	SITIO DE DOLOR	RESULTADOS
Cassidi et al	1957	100	variable	100%
Diamond	1964	423	cefalea	85%
Watts	1957	100	variable	15%
Spear	1967	65	variable	50%
Pilling et al	1967	172	variable	13%
Von Knorring	1975	44	variable	60%
Delaplaine et al	1978	29	variable	50%
Pelz y colaboradores	1981	22	variable	63%
Von Knorring et al	1983	161	variable	57%

TABLA 4 : PRESENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON DOLOR CRONICO BENIGNO: SUMARIO DE HALLAZGOS

AUTOR(ES) & AÑO DE LA PUBLICACION	TAMAÑO DE LA MUESTRA	SITIO DEL DOLOR	RESULTADOS
Bradley	1963	35	variable 100%
Lascelles	1966	53	Dolor facial at. 100%
Sternbach	1973	68	lumbalgia 100%
Merskey & Boyd	1978	54	variable 55%
Large	1980	173	variable 30%
Blummer y Heilbrom	1981	234	variable 83%

CUADRO 5: LA CONDUCTA DE LA ENFERMEDAD

-Influencias Biológicas, Psicológicas y Socioculturales.

A) ADAPTATIVA.

B) ANORMAL (PACIENTE DIFICIL): DISNOSOGNOSIA

_ FORMA PSICOTICA: DEPRESION PSICOTICA
ESQUIZOFRENIA

_ FORMA NEUROTICA: REACCIONES HIPOCONDRIACAS
REACCIONES CONVERSIVAS

CUADRO 6: LA CONDUCTA DEL DOLOR

REACTIVA: AL ESTIMULO NOCIVO: DEFENSA
MEDIADA POR EL SISTEMA
NERVIOSO AUTONOMO

OPERANTE: REFORZADA POR EL MEDIO AMBIENTE
- DESLINDAR RESPONSABILIDADES
- ATRAER LA ATENCION
- CONSUMO DE DROGAS

PSIQUIATRIA Y DOLOR CRONICO:

Todo dolor obedece a una causa, y todo dolor tiene un propósito que se debe investigar. Las discusiones clínicas que han asociado al dolor crónico con factores psicológicos, concluyen que aún cuando el dolor tenga un componente orgánico inicial; son sus componentes psicológicos, familiares y sociales los que convierten a quien lo sufre en un ser ensimismado y triste cuya vida gira en torno a su molestia(32. 33. 34).El único dato seguro acerca del dolor, nos es dado por el hecho de que el dolor surge primera y regularmente cuando un estímulo que ataca la periferia y hace aparecer de inmediato al elemento motriz del dolor. La imaginación hace que el hombre que lo padece lo interprete como una amenaza y que fije su atención totalmente en la vivencia dolorosa, quedando almacenado en la memoria. Ante el proceso de crónificación, la causa orgánica inicial puede ya no existir ó ser mínima y quedar sepultada bajo las consecuencias de intervenciones médicas, quirúrgicas ó con implicaciones psiquiátricas como en el DOLOR TENSIONAL en el que la pauta fisiológica de la vigilancia mantiene una contracción persistente de los músculos regionales ; ó en el Dolor CONVERSIVO en el que el dolor es una forma de comunicación, lenguaje corporal que expresa simbólicamente un conflicto intrapsíquico que permanece reprimido en el inconsciente.

Una explicación total, envolvente del dolor es que está imbricado en la biografía de quién lo sufre.En la infancia, el dolor juega un papel importante en la formación de la imagen corporal que es a su vez el núcleo del sentimiento de identidad; lo que le duele al niño es parte de él mismo y es un instrumento de comunicación del niño con su madre.Cuando el niño tiene dolor, se queja y es ó no confortado por ella. Posiblemente en estas experiencias infantiles de amparo y desamparo se encuentran las raíces de las actitudes personales hacia el dolor, tan diversas e individualizadas.

El hecho de que el lenguaje haya creado el concepto de dolor interno ó anímico, equiparandolo al dolor físico, guarda relación con la sensación de pérdida de objeto.En el dolor físico nace una elevada carga narcisista del lugar doloroso del cuerpo,carga que aumenta cada vez más sobre el yo.Sabido es que cuando padecemos intensos dolores en los órganos internos, surgen en nosotros representaciones de tales partes del cuerpo inexistentes en nuestro representar consciente.También el hecho singular de que los dolores

físicos no alcancen su máxima intensidad cuando nuestra atención psíquica se halla acaparada por otros intereses (sin que pueda decirse que tales dolores permanecen inconscientes) halla su explicación en el hecho de la concentración de la carga en la representación psíquica del lugar doloroso. En este punto puede insertarse la analogía que ha permitido la transferencia de la sensación dolorosa al terreno anímico. La intensa carga de anhelo del objeto perdido, carga que no pudiendo ser satisfecha crece de continuo creando las mismas condiciones económicas que la carga de dolor del lugar herido del cuerpo; y hace preciso prescindir de la condicionalidad periférica del dolor físico. La transición desde el dolor físico al dolor psíquico corresponde al paso desde la carga narcisista a la del objeto. La representación del objeto, elevadamente cargada por la necesidad, desempeña el papel del lugar del cuerpo intensamente cargada por el incremento del estímulo. La continuidad del proceso de carga y la imposibilidad de detenerlos, dan origen al mismo estado de impotencia psíquica.

El dolor es la reacción real a la pérdida del objeto, en tanto que la angustia es la reacción al peligro que ocasiona la pérdida.

Hay personalidades más propensas que otras a sufrir dolor y esto es significativo; investigaciones sobre el perfil característico de los pacientes que padecen dolor crónico resumen las características premorbidas de la gente con este síndrome: personas con actividad incansable, triunfadoras, con un conflicto persistente entre el ideal rígido del ego: (un ser independiente, activo y ver por los demás) y las necesidades básicas infantiles de ser dependientes, pasivas y con necesidad de recibir cuidados(2).

Pero es aún más evidente que el hombre que sufre dolor persistente ó recurrente desarrolla un estilo de vida característico en donde la hostilidad, la desconfianza y la manipulación son factores que en él destacan impidiendo su tratamiento.

Puede concluirse que por su carácter subjetivo, todos los dolores son reales; el dolor es el que el enfermo siente y es al médico a quién corresponde aclarar cual es el origen y las condiciones que lo mantienen. La relación entre DEPRESION Y DOLOR CRONICO es un hecho clínico importante, y desde este punto de vista, puede ser prioritario. abordarlo como un problema total ,

independientemente de indagar una y otra vez si existió originalmente un daño orgánico; sin soslayar su complejidad, sus implicaciones psicológicas familiares y sociales que trae consigo.

ESTADISTICAS PREVIAS: CLINICA DEL DOLOR DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO:

Los padecimientos , causa de dolor en que se incluyen padecimientos psiquiátricos, ocupan el séptimo lugar en estadística realizada en un periodo que comprende de 1977 a 1985.

Revisión actual del volumen de pacientes atendidos en la clínica del dolor del Hospital General de Mexico, entre el 6 de Junio de 1984 al 6 de Junio de 1986; completan 1577 pacientes de primera vez: 1533 pácientes mujeres y 54 hombres; de los que podría afirmarse que cerca del 35% son pacientes que en forma subsecuente acuden al servicio mostrando resistencia a los tratamientos convencionales, de los que se tomó una muestra que se incluye en el presente estudio. (Comunicación personal: registro diario 1986)

CONSIDERACIONES:

En nuestro medio autores nacionales y extranjeros han considerado difícil e inexitoso el tratamiento del dolor crónico en el paciente hispano. En la ciudad de México, existen clínicas del dolor, cada una de ellas con estilos particulares de tratamiento(16)dependiendo de la especialidad médica que la dirige.

En solo una de ellas se cuenta con apoyo por el servicio de Psiquiatría(lo que es llamativo dada la cantidad de bibliografía que apoya la hipótesis de los trastornos emocionales en estos pacientes). Tal es la justificación del presente estudio, ya que en nuestro medio no se cuenta aún con literatura en el tema. Solo se sabe que en Mexico, el síndrome es fuente de incapacidades de insustancias laborales; y de ahí su importancia como fuente de investigación; recordando que para el paciente su dolor siempre será: agudo, urgente, verdadero. Y que para ejercer una atención real no hay dolores imaginarios, todos los dolores son importantes y que es a nosotros los médicos, a quienes corresponde aclarar cual es el origen y las condiciones que lo mantienen.

DEPRESION EN PACIENTES CON DOLOR CRONICO BENIGNO

Descripción del estudio realizado

I.-JUSTIFICACION:

Los antecedentes que me llevarón a justificar la realización de una investigación en nuestro medio, acerca de la presencia de transtorno depresivo en pacientes con dolor crónico benigno; fué el encontrar que:

- El tratamiento de estos pacientes se dirige exclusivamente al proceso doloroso, sin tomar en cuenta los factores emocionales acompañantes.
- Algunos autores han descrito la dificultad en el tratamiento del dolor crónico en el paciente hispano, lo que pudiera estar determinado por influencias socioculturales que actuarán como reforzadores de la conducta de enfermedad, ó por la necesidad de un tratamiento multidisciplinario en las clínicas del dolor; que contemple los aspectos psicológicos de los pacientes.
- La frecuencia de la asociación : DOLOR-DEPRESION del 55 al 100% en estudios extranjeros (1957-1983)
- Ninguna investigación al respecto en nuestro medio.

2.-OBJETIVO:

El objetivo primario fué el saber cuantos de los pacientes que padecen dolor crónico benigno tomados de la muestra cursan con depresión y conocer sus características sociodemográficas generales.

3.-HIPOTESIS:

- A) El dolor crónico benigno se acompaña de estados afectivos depresivos.
- B) Los sujetos que desarrollan dolor crónico benigno tienen un perfil sociodemografico y caracterológico común.

4.- DISEÑO:

Se trata de una investigación clínica, observacional, descriptiva y transversal.

5.-MATERIAL Y METODOS:

La muestra consta de 25 pacientes, quienes cumplierón los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes con un problema doloroso a quienes se les descartó un proceso anatomofisiológico que justificara la intensidad, duración

y naturaleza interminable del dolor.

- Que no respondían al tratamiento común para cada caso.
- De más de seis meses de evolución.
- De ambos sexos
- Mayores de 16 años sin límite en la edad superior.
- Con educación primaria como mínimo para la aplicación del M.M.P.I.

14 pacientes fueron enviados de la consulta externa de Neurología del Centro Hospitalario 20 de Noviembre, del I.S.S.S.T.E (11 mujeres 3 hombres). 11 pacientes fueron tomados de la clínica del dlor del Hospital General de México S.S.A (10 mujeres, 1 hombre)

Se recolectó información mediante los siguientes instrumentos:

- 1.- Cédula de recolección de datos, que contiene las, siguientes variables: Datos personales mediante la ficha de identificación; edad, sexo, estado civil, nivel educacional, nivel laboral, estado socioeconómico actual, historia del dolor: localización, duración severidad, diagnósticos actuales y tratamientos recibidos. . Percepción física y psicológica de la enfermedad; explicaciones otorgadas por los médicos a los pácientes.
- 2.- Entrevista que incluía los criterios diagnósticos del D.S.M III de la asociación Psiquiátrica Americana para transtorno distímico .
- 3.-La escala de autoevaluación Zung para la depresión
- 4.-El cuestionario multifásico de la personalidad M.M.P.I en su forma breve.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS: A RESPONDER INDIVIDUALMENTE

- 1) NOMBRE: _____
- 2) EDAD: 16-20() 20-29() 30-39() 40-49() 50-59() 60-69 () +70()
- 3) Sexo: Masculino () Femenino()
- 4) ESTADO CIVIL: Soltero() Casado() viudo() divorciado() separado()
union libre() desde Hace 0-6 meses() 1 a 2 años()
2 a 5 años() más de 5 años() 6 a 12 meses()
- 5) ESCOLARIDAD: primaria incompleta() primaria completa() secundaria
incompleta() secundaria completa() preparatoria incompleta() pre-
paratoria completa() estudios profesionales() estudios tecnicos()
especifique: _____
- 6) OCUPACION: HOGAR() TRABAJA POR INICIATIVA PRIVADA() especifique
su ocupación _____ SU TRABAJO DEPENDE DE ALGUNA
INSTITUCION DE GOBIERNO? SI() NO() como: MAESTRO() CHOFER()
EMPLEADO FEDERAL() OBRERO() PROFESIONISTA() ESPECIFIQUE POR FAVOR

- 7) ECONOMIA:
- 7.1.- SU SALARIO: es menor de 2500.00/día() va de 2500 a 5000()
va de 5000 a 10000() más de 10,000/día()
- 7.2.- sus gastos diarios: son menores de 2500/día() van de 2500 a 5000
son más de 5000/día() van de 5000 a 10000() más de 10,000()
- 8) FAMILIA:
ACTUALMENTE USTED: Depende económicamente de su familia()
es el sosten económico de su familia()
- 9) EN QUE CENTROS HA RECIBIDO USTED ATENCION MEDICA REFERENTE A SU
DOLOR? S.S.A() IMSS() ISSSTE() DIF() PEMEX() ATENCION PRIVADA()
- 10) PERFIL CARACTEROLOGICO DEL PACIENTE:
- 10.1: ¿EN SU FAMILIA HAY ANTECEDENTES DE: (MARCAR CON CRUZ):
ALCOHOLISMO() PARIENTE INVALIDO() ATENCION PSIQUIATRICA()
DEPRESION() DE ENFERMEDAD SEMEJANTE A LA SUYA() DE ALGUN OTRO
QUE QUIERA ANOTAR? _____
- 10.2: USTED PUEDE AUTODESCRIBIRSE COMO UNA PERSONA:
(ANTES DE SU ENFERMEDAD)
muy trabajadora() siempre activa() que ha luchado por el porvenir

"preocupona por el futuro"() con mucha iniciativa()
pasiva() indecisa() con poca iniciativa().

10.2.2: ¿Se puede usted considerar como "obediente" a las ordenes de su familia?() (antes de enfermarse)

10.2.3.: ¿Se considera usted como triunfadora en relación a sus metas? SI() NO() en su MATRIMONIO() EN EL AMOR() EN EL TRABAJO() EN SU HOGAR()_____

11.- La última vez que salió de vacaciones fué:
hace seis meses() entre seis meses a un año() de un año a dos años()
más de dos años()

12.- PADECIMIENTO ACTUAL:

12.1: Diagnostico con el que se envia al estudio;

12.2: Inicio de su enfermedad; 1-2años () 2a5 años() más de 5 años()

12.3. estoy seguro de que mi enfermedad es:

SOLO FISICA() FISICA Y PSICOLOGICA() SOLO PSICOLOGICA()

12.4: Todo el día pienso en mi enfermedad y eso me preocupa()
pienso en mi enfermedad solo ocasionalmente()
nunca me ha preocupado lo de mi enfermedad()
he llegado a pensar que mi enfermedad es incurable()

12.5: Las explicaciones que ha recibido acerca de su dolor son:
nunca le han explicado nada() la explicación ha sido extensa-
pero inentendible() extensa yentendible()

13.- ¿Usted piensa que se le ha dado atención adecuada a su enfermedad? SI NO ESPECIFIQUE POR QUE:_____

14.- RESPECTO A SU ESTADO ACTUAL: RESPONDA POR FAVOR:

1.- ¿HAY MEJORIA? SI() NO()

2.- ¿ESTA DESESPERADO? SI() NO() Y TEME PADECER ALGO MAS() ¿QUE?

3.- ¿HA PERDIDO SU EMPLEO A CAUSA DE SU ENFERMEDAD? SI() NO()

4.- ¿HA TENIDO QUE ABANDONAR SUS DIVERSIONES? SI() NO()

5.- ¿SE HA SENTIDO "FELIZ"? SI() NO()

6.- ¿HA TENIDO PROBLEMAS CON LA GENTE EN ULTIMAS? SI() NO()

PARTE II: EVALUACION PSIQUIATRICA: ENTREVISTA DSM III

1.- Se ha sentido triste, desesperada, sin ganas de luchar por la vida? SI () NO (), EN CASO DE RESPONDER SI: desde hace:
6 meses ó menos () de 7 meses a un año() de más de un año pero menos de dos() más de dos años()

2.- ¿ Esos periodos de tristeza, ocasionalmente desaparecen por lo menos durante dos meses, pero aparecen después? SI () NO ()

3.- ¿ Cuando usted padece de tristeza en su estado de animo recuerda haber padecido: falta de sueño() mucho sueño todo el día() se ha sentido cansada, sin ganas de trabajar() se ha sentido incapaz de hacer lo que normalmente hace en el día() o por que piensa que quizá no lo pueda hacer bien () se ha sentido inutil() ha disminuido su desempeño en su trabajo, escuela u hogar() le cuesta trabajo ponerle atencion a lo que hace, por estar distraida la mayor parte del tiempo() se ha aislado de los demás() deja de salir a divertirse() llora frecuentemente() las ideas de morir se le vienen a la cabeza(), tiene más presentimientos().

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACION,
AHORA PASAREMOS A LA APLICACION DE PRUEBAS
PSICOLOGICAS.

LUGAR DE REALIZACION:

FECHA:

ENTREVISTADOR:

ZUNO

SINTOMAS	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE	
1.- Me siento abatido y melancólico					nee
2.- En la mañana me siento mejor					
3.- Tengo accesos de llanto o deseos de llorar					
4.- Me cuesta trabajo dormir en la noche					
5.- Como igual que antes solía hacerlo					
6.- Todavía disfruto de las relaciones sexuales					
7.- Noto que estoy perdiendo peso					
8.- Tengo molestias de constipación (estreñimiento)					
9.- El corazón me late más aprisa que de costumbre					
10.- Me canso sin hacer nada					de
11.- Tengo la mente tan clara como antes					
12.- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro					()
13.- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto)
14.- Tengo esperanza en el futuro					
15.- Estoy más irritable de lo usual					
16.- Me resulta fácil tomar decisiones					ni
17.- Siento que soy útil y necesario					tens
18.- Mi vida tiene bastante interés					
19.- Creo que les haría un favor a los demás muriéndome					enfe
20.- Todavía disfruto con las mismas cosas					

Paciente: _____ Fecha: _____) QUE

Dr.: _____) ()

Diagnostico _____)

Observaciones: _____

	Total calif. básica
	Total Índice AMD
	NO (

MM

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Stark R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO



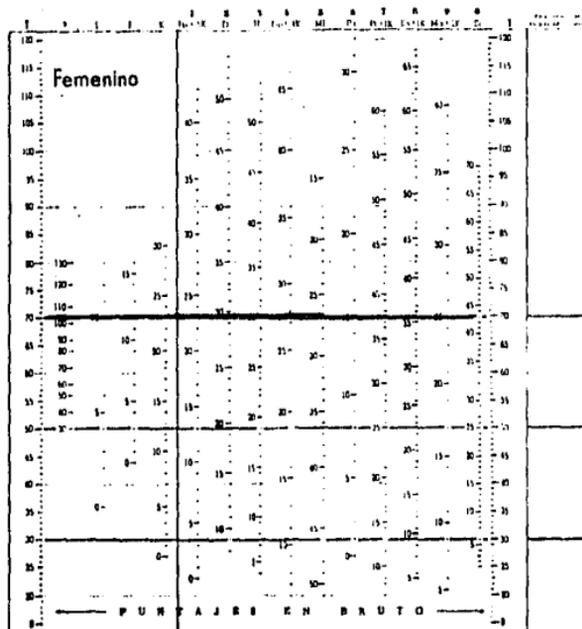
Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fracciones

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
10	15	12	8							
11	15	12	8							
12	16	11	6							
13	14	11	5							
14	13	10	5							
15	13	10	5							
16	12	10	5							
17	11	9	4							
18	11	8	4							
19	10	8	4							
20	10	8	4							
21	9	7	4							
22	9	7	3							
23	8	6	3							
24	8	6	3							
25	8	6	3							
26	7	5	3							
27	7	5	2							
28	6	5	2							
29	6	4	2							
30	5	4	2							
31	5	4	2							
32	5	3	2							
33	4	3	2							
34	4	3	2							
35	4	3	2							
36	4	3	2							
37	4	3	2							
38	4	3	2							
39	4	3	2							
40	4	3	2							
41	4	3	2							
42	4	3	2							
43	4	3	2							
44	4	3	2							
45	4	3	2							
46	4	3	2							
47	4	3	2							
48	4	3	2							
49	4	3	2							
50	4	3	2							

NOTAS

Puntaje en Bruto

Agregar Factor II

Puntaje corregido

Firma _____ Fecha _____

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL D.S.M. III PARA
TRANSTORNO DISTIMICO (300.40)

- NEUROSIS DEPRESIVA (I.C.D.9)
- ALTERACION CRONICA DEL ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO DURANTE LOS 2 ULTIMOS AROS
- ESTADO DE ANIMO NORMAL POR PERIODOS MENORES A 2 - MESES
- DURANTE LOS PERIODOS DEPRESIVOS: # 3 DE LOS SIGUIENTES: INSOMNIO-HIPERSOMNIA-FATIGA-SENTIMIENTOS DE INCAPACIDAD-PERDIDA DEL AUTOESTIMA-DISMINUCION DE EFECTIVIDAD-TRANSTORNOS DE LA ATENCION-AISLAMIENTO SOCIAL-LLANTO-IDEAS DE MUERTE-PESIMISMO
- NO HAY SINTOMAS PSICOTICOS

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA :

Se estudiarón a 25 pacientes, de éstos: 21 fuerón mujeres y 4 hombres: relación : cinco mujeres, por un hombre. Su edad osciló entre los 24 y 80 años de edad, con un promedio de 43.6 años. (ver gráfica 1).

En relación a su nivel de escolaridad, nueve pacientes reportaban estudios hasta profesional incompleto; el resto de los pacientes se repartían entre escolaridad primaria completa(6 pacientes) y tres pacientes con secundaria completa(). Cuatro pacientes con estudios técnicos y tres con profesional completo.

La ocupación de 16 pacientes dependía de instituciones de gobierno, cuatro por iniciativa privada ; cinco dedicados al hogar cuatro de ellos se encontraban bajo pensión económica e incapacidad permanente a causa de su enfermedad. (ver gráfica 2)

Nueve eran casados, cuatro en unión libre, cuatro divorciados, cuatro solteros, cuatro viudos.

18 pacientes tenían la responsabilidad económica de ser el sostén de su familia. El resto dependían de otra persona. Su estado económico de 13 de los 25 pacientes reportaban que los ingresos eran menores que los egresos. Nueve con ingresos económicos igual que los egresos y solo 3 con ingresos mayores que los egresos.

El diagnóstico con el que se envió a la muestra ó el tipo de dolor que referían los pacientes fué: cinco mujeres con cefalea tensional, siete mujeres con cefalea migrañosa, dos mujeres y un hombre con neuralgia del trigemino; cuatro mujeres con lumbalgia una mujer con dolor temporomandibular; un hombre con neuralgia postherpética; un hombre con dolor testicular y escapular; un hombre con dolor al deglutir y dolor escapular./ Dando un total de seis pacientes con dolores inespecíficos que eran descritos como patología multisistémica. (ver gráfica 3).

La historia del dolor en 16 pacientes fué mayor de cinco años; seis pacientes con dolor de más de dos años y menos de 5. 3 pacientes con historia del dolor, de más de un año y menos de dos años. (ver gráfica 4)

Catorce pacientes afirmaban la sospecha de participación emocional en su enfermedad. Once estaban convenidos de que su enfermedad era solo física. Negando toda participación emocional.

Los 25 pacientes pensarón en tener alguna enfermedad incurable ó cáncer. Solo seis de los pacientes habían recibido expli

cación por los médicos acerca de su enfermedad. Los tratamientos recibidos actuales en los pacientes enviados a la muestra fueron: ansiolíticos(5) antidepresivos(2) tratamiento médico de migraña(3) bloqueos en la clínica del dolor (10). Sin seguir ningún tratamiento (3). Ninguno de ellos tenía atención psicológica. Cuatro de ellos acudían además en busca de tratamiento con curanderos y hierbas.

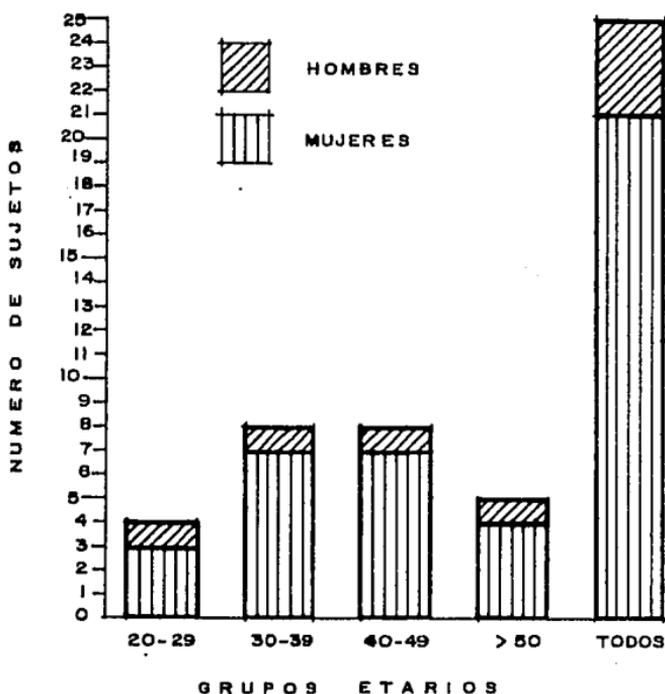
En los 25 pacientes se encontraron resultados insatisfactorios al tratamiento.

En su perfil caracterológico, 13 pacientes tenían antecedentes familiares de alcoholismo y de dolor crónico semejante al que ellos padecían. Once pacientes con antecedentes de parientes deprimidos con atención psiquiátrica.

Antes de la aparición del dolor: 22 de los pacientes se autodescribían como muy trabajadores, independientes, activos, con iniciativa y triunfadores; cuya forma de vida requería de actividad constante con pocas posibilidades de descanso.

DEPRESION Y DOLOR CRONICO BENIGNO
RESULTADOS:

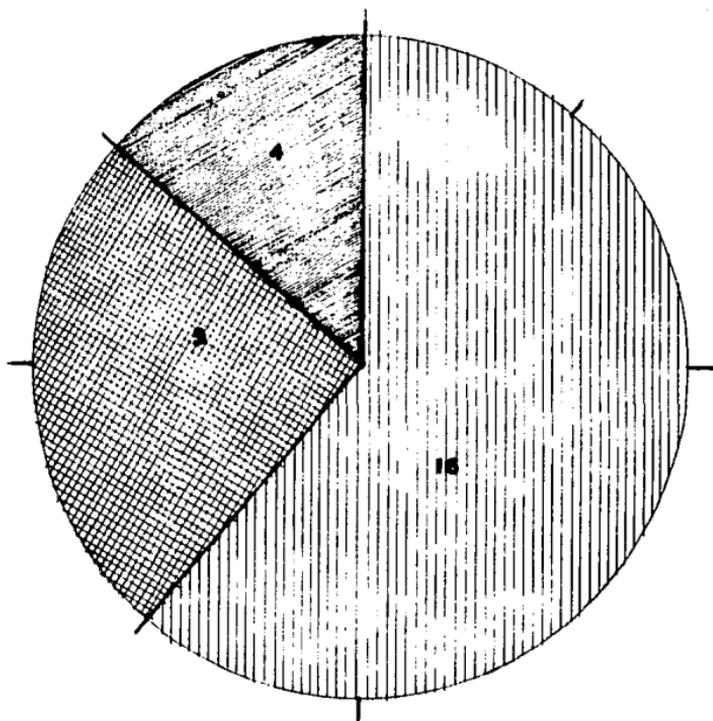
DISTRIBUCION DE LA
MUESTRA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO



DEPRESION Y DOLOR CRONICO BENIGNO

II. RESULTADOS

DISTRIB. DE LA MUESTRA POR OCUPACION.



DEPENDIENTES DE INSTITUCIONES DE GOBIERNO



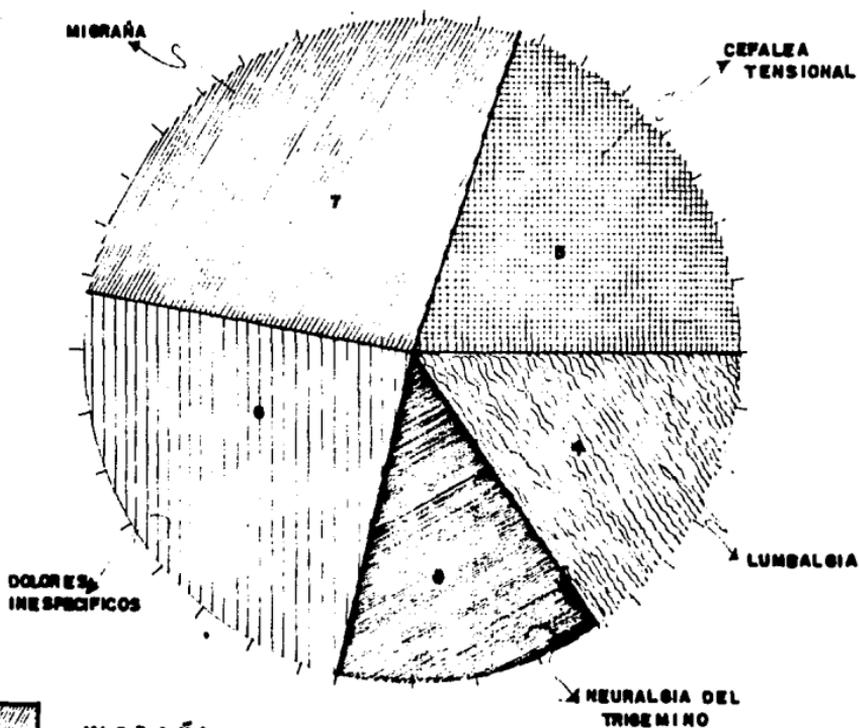
INICIATIVA PRIVADA



HOGAR

DEPRESION Y DOLOR CRONICO BENIGNO
RESULTADOS OBTENIDOS

TIPO DE DOLOR.



MIGRAÑA



CEFALEA TENSIONAL



LUMBALGIA



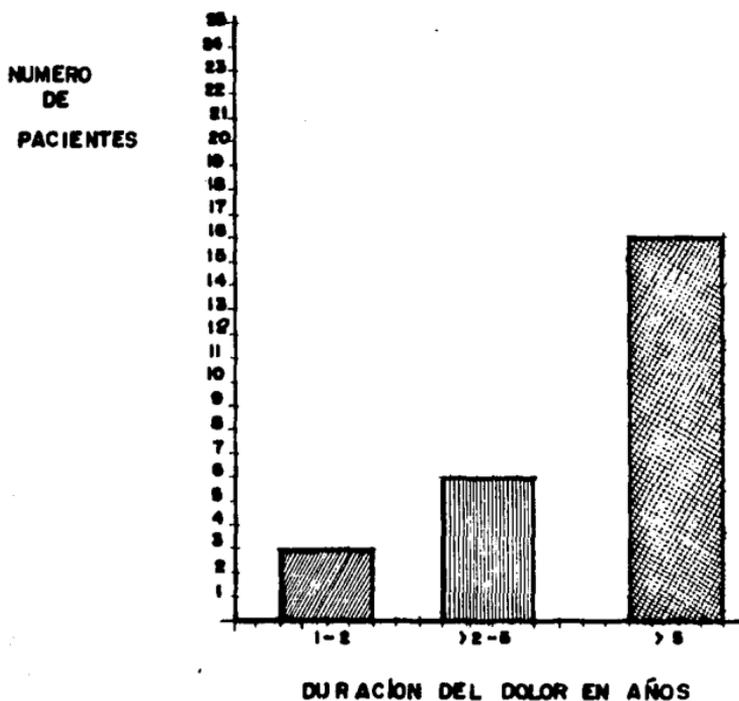
NEURALGIA



OTROS (DOLORS INESPECIFICOS)

DEPRESION Y DOLOR CRONICO BENIGNO
15 RESULTADOS OBTENIDOS :

DURACION DEL DOLOR :



RESULTADOS DE LA INVESTIGACION :

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION: DEPRESION EN PACIENTES
DOLOR CRONICO BENIGNO

La correlación con escalas del M.M.P.I mostró en 11 pacientes (10 mujeres y un hombre) una puntuación "T" entre 69 y 74 en la primera escala referente a hipocondriasis; ocho pacientes (seis mujeres y dos hombres) con puntuación "T" entre 75 y 84. Dos mujeres con "T" mayor de 85.

En la escala 2(Depresión) 21 pacientes (17 mujeres y 4 hombres) presentaron una puntuación mayor de "T" 70; cuatro pacientes con "T" entre 60 y 69.

La escala 3: (Histeria) : quince pacientes mostrarón "T" mayor de 70:(doce mujeres y tres hombres).
(ver grafica 5)

La escala de autoevaluación ZUNG (instrumento utilizado recientemente en estudios de investigación) por ser sencilla y de fácil aplicación especialmente dirigida a la depresión enmascarada ; detectó en 11 mujeres un índice "AMD" mayor de 70; calificado por el Zung como Depresión hospitalaria y tres mujeres con índice AMD entre 61 y 69 calificado por el ZUNG como Depresión ambulatoria. El resto (11 pacientes) mostraban un índice AMD entre 50 y 60 , calificado como reacción de ajuste transitorio ó desorden de la personalidad. (Ver grafica 6)

DEPRESION Y DOLOR CRONICO BENIGNO

RESULTADOS :

ESCALAS DEL M.M.P.I.

	PUNTUACION "T"	NUMERO DE PACIENTES.	
① HIPOCONDRIASIS	> 85	2	} 84%
	70 - 84	19	
② DEPRESION	> 80	14	} 84%
	70 - 79	7	
③ HISTERIA.	76 - 85	8	} 60%
	70 - 75	7	

DEPRESION Y DOLOR CRONICO BENIGNO

RESULTADOS:

ESCALA DE AUTOEVALUACION ZUNG - DEPRESION

INDICE AMD	DIAGNOSTICO POR ZUNG	NUMERO DE PACIENTES
50 - 60	REACCION DE AJUSTE	11
61 - 69	DEPRIMIDOS (AMBULATORIOS)	3
> 70	DEPRIMIDOS (HOSPITALIZADOS)	11

CONCLUSIONES :

**Para el paciente, su dolor siempre
es verdadero, urgente y agudo.**

DEPRESION EN PACIENTES CON DOLOR CRONICO BENIGNO:

CONCLUSIONES:

- 1.-El dolor crónico benigno es más frecuente en mujeres con una proporción de 5 a 1 respectal sexo masculino, con edad promedio entre 35 y 45 años, de nivel cultural medio, en trabajadores que dependen de instituciones de gobierno, no casados, que son el sostén familiar, con un nivel socioeconómico medio bajo.
- 2.-El 60% de los pacientes 11/25 presentaban manifestaciones de cefalea y en el 24 % 6/25 dolores inespecíficos, de más de cinco años de evolución . 14/25 tenían percepción física y psicológica de su enfermedad.
- 3.- Hubó elevación de la escala de hipocondriasis en 21/25 pacientes(84%) lo mismo que en la escala de depresión :21/25 (84%) quince pacientes (60%) mostraron elevación de la escala 3: referente a histeria.
- 4.-En su perfil caracterológico: 22 de los 25 pacientes destaca la hiperactividad, la iniciativa y triunfo antes de la aparición de la enfermedad.

DEPRESION EN PACIENTES CON DOLOR CRONICO BENIGNO:

DISCUSION:

En un estudio de pacientes con dolor crónico benigno, se encontró que 21 de los 25 pacientes tienen depresión enmascarada. No hubo casos control y no hay forma de saber si la depresión enmascarada ocurre con la misma frecuencia en sanos ó en enfermos crónicos con distintos padecimientos.

A pesar de esto, el descubrimiento es importante por que no se puede hacer buena clínica del dolor si no se toma en cuenta la faceta emocional de cada caso.

Los 21 pacientes deprimidos así detectados mostraban rasgos de hipocondriasis en las pruebas psicológicas. Lo que indica una predisposición de éstos pacientes (hipocondriacos) para desarrollar el dolor crónico benigno.

Falta saber por no tener controles ; si los no hipocondriacos tienen la misma inclinación y la proporción de hipocondriacos que desarrollan dolor crónico benigno en preferencia a otros padecimientos.

Nuestros hallazgos coinciden con lo reportado en la literatura y su valor principal está en destacar ante la comunidad médica nacional la vigencia de estos conceptos en la población mexicana y su pertinencia en la planeación de las clínicas del dolor en las que el manejo multidisciplinario debe ser parte fundamental en donde debe incluirse el psiquiatra.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Aguirre T. Roxana: "Aspectos biopsicológicos del dolor de cabeza" Salud Mental. 1986, Vol. 1: 32-36
- 2.- Blumer, Dietrich and Heillbrom M "Dolor Crónico y padecimientos Depresivos " Mundo Médico 1986, Vol 13: 39-44
- 3.- Craug Kennet: "Emotional aspects of Pain" Wall and Melzack Textbook of Pain 1984, Ed Bypath, 153-161
- 4.- Chaturvedy S.K; Varma Malhothra "Non organic chronic intractable pain, a comparative study "Pain 1984; Vol 1: 87-94
- 5.- De la Fuente, Ramón "Algunos aspectos Psiquiatricos del Dolor" ed. Fernandez Guardiola. Simposium Syntex "El Dolor" 1980,82-85
- 6.- Dwan B. M. "Psychiatry and the treatment of Pain " Brit. Jour. Psych. 1980, vol. 136: 600-602
- 7.- Garvey Michael M.D, Tollefson Gary M.D. "Migraine Headaches and Depression" Am. Jour of Psych. 1984, vol 141: 986-988
- 8.- Groves M.D." Takin Care of the hateful patients" The New England and Jour of Medicine. 1978, apr.19(4); 883-887
- 9.- Hendler N. " Depression caussed by Chronic Pain " J. Clin Psych. 45 1984, 30-33.
- 10.-Jancin Bruce E. "Biofeedback for headache" Aches & Pain 1983 vol 454: 32-37
- 11.-Jancin Bruce: "Calcium channel blockers for hedache" Aches & Pain 1983 vol 45 (10) 40-42
- 12.-klug Julie. "new Route to treat intractable Pain" Aches & Pain vol 45; 1983: 11 37-39
- 13.-kramlinger keithg M. D. " Swanson David K. D Et al " Are Patients With chronic Pain Depressed? Am. Jour Psych. 1983 vol 140 (6) 747-749
- 14.-Moore M, E. Berck S. N. et al "Chronic Pain in Patient Treatment with small groupeffects" Arch. Phys Med. rehab. 1984 vol 65(7) 356-361
- 15.-Nathan Peter:"Recent advances in Understanding Pain" Brit. Jour Psych. 1983 ; vol 136(5) 509-512
- 16.-Olivares L.L. "El Problema del Dolor Cronico en Pacientes Mexicanos" 1984 Nov. Sn FCO CAL simp Chronic painand the hispanic patients"
- 17.-Pilowsky I. Spence MD: The illness Behaviour questionnaire

- IBQ Gen Hosp. Psych. 1984: 15(1) 123-130
- 18.-Pilowsky: Pain and illness behaviour: assessment and management" Wall and Melzak. Textbook of pain 1984 ed Bypathy 767-75
 - 19.-Pinsky Jack J, abd Cru Benjamin L "Intensive group psychoterapy En Wall and Melzack R.P Textbook of pain 1984 ed Bypathy 823-883
 - 20.-Ranjan Roy et al., "Chronic pain and Depression " A review. Comprehensive Psych. 1984 vol 25: 2 96-104
 - 21.-Reich James M. D. Tupin Joe P. et al ; "Psychiatric Diagnosis of Chronic Pain Patients "Am. Jour. Psych. Nov 1983 vol 140:11 1495-98
 - 22.-Reyes Cunningham A. Salajar weil E. "Dolor Crónico" ed. Fernandez Guardiola. Simposium Syntex 1980 EL DOLOR vol 1:68-76
 - 23.-Roy R.R." Pain Clínica" Reassessmente of objectives and outcomes" Arch. Phys. Med Rehabil. aug 1984 vol 65(8) 448-451
 - 24.-Sterbach Richard A. "Acute Chronic Pain " en Wall and Mekzack Textbook of Pain 1984 ed Bypathy 173-177
 - 25.-Sternbach Richard A. " Behaviour Therapy in " en Wall and Melzack. Textbook of Pain 1984 ed Bypathy 800-804
 - 26.-Swanson w. David M.D. "Chronic Pain As a third Pathologic Emotion" Am. Jour Psych. feb 1984 vol 141:2 210-214
 - 27.-Nuñez J.M Aplicación del M. M. P. f. a la Psicopatología: El Manual-moderno segunda edición 1979. México
 - 28.-Calderón Narvaes M. Depresión, manifestaciones y tratamineto. ed. thrillas. 1984. México.
 - 29.-Krupp y cols: Diagnostico Clínico y Tratamiento. Ed. Manual Moder no 1985 21 edición
 - 30.-Mentha Mario "Dolor Rebelde" 1977 ed. Salvat. Barcelona España.
 - 31.-Arnold P. Friemman M. D. "Headache in the practice of medicine" 1979 vol X cap. v 1-17
 - 32.-Alexander Franz: Historia de la Psiquiatría 1970 ed. Espax Barcelona, España.
 - 33.-Dela Fuente, Ramón: La alianza Terapeutica- Cuadernos de Psicología Médica y Psiquiatría. UNAM 1985
 - 34.-Manual Diagnostico y estadistico de los transtornos mentales:DSM III. Primera edición 1983 ed. Masson
 - 35.-Olivares L. Neurología Práctica 1979 ed. Mendez Oteo. México
 - 36.-De la Fuente, Ramón: Medicina Psicósomática: cuadernos de Psicología Medica y Psiquiatría UNAM 1985.
 - 37.-Freud S. Obras completas de Freud: Inhibición, síntoma y Angus tia. vol XI Ed. Iztaccihuatl.

- 38.- Bonica J. M. D. Pain: 1953 ed. Raven Press
- 39.- Adams Victor: Principios de Neurología cap: 1 Dolor Cronico: 1984 ed. Reverté
- 40.- Harrison Principios de Medicina Interna: cap I: Sintomas Generales: Dolor. decima edición 1984 ed. Mc. Graw Hill
- 41.- Fredman y Kaplan. tratado de Psiquiatría ed. Williams and Williams tercera edición 1980
- 42.- Hey Henry P. Bernard Ch. Brissot: 1980 8a ed. ed. Toray Masson Argentina, Buenos aires.