

46  
2ef



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD ACADEMICA GUSTAVO A. MADERO  
ISSSTE

DOLOR CRONICO Y ALTERACIONES  
DEL ESTADO AFECTIVO

T E S I S I N A

PARA OBTENER EL DIPLOMA UNIVERSITARIO  
EN LA ESPECIALIDAD DE:  
M E D I C I N A F A M I L I A R  
P R E S E N T A  
DRA. ALMA BERENICE ROSIO RIVAS PINTO



ISSSTE

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

México, D. F

Febrero de 1991



## **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

	PAG.
MARCO TEORICO.....	2-21.
PROBLEMA.....	22.
JUSTIFICACION.....	23
OBJETIVOS.....	24
TIPO DE ESTUDIO.....	25
GRUPO DE ESTUDIO.....	25
METODOLOGIA.....	25-28.
RESULTADOS.....	29-44.
DISCUSION.....	45-50.
ANEXO I.....	51-53.
ANEXO II.....	54-57.
BIBLIOGRAFIA.....	58-60.

## INTRODUCCION

EL DOLOR ES UN EVENTO SENSITIVO ESPECIFICO QUE SE EVIDENCIA EN CONDICIONES NORMALES, POR DAÑO TISULAR PRESENTE O POTENCIAL (24).

EL DOLOR AUN EN NUESTROS DIAS, NO OBSTANTE LOS AVANZES DE LA CIENCIA MEDICA, ES UN FENOMENO CENTRAL EN LA MEDICINA CLINICA POR DOS RAZONES: CON FRECUENCIA EL DOLOR NOS CONDUCE AL DIAGNOSTICO Y LA OTRA QUE CUANDO NO GUARDA RELACION CON SU CAUSA APARENTE SE CONVIERTE EN UN PROBLEMA DE DIFICIL SOLUCION (23).

EL DOLOR ES UN PROBLEMA PARA QUIEN LO SUFRE, Y MAS SI ESTE ES CRONICO Y NO SE LE BRINDA ALIVIO.

LOS PACIENTES CON DOLOR CRONICO REVELAN UNA HISTORIA FRECUENTE DE CONTACTOS MEDICOS, SIN OBTENER UN DIAGNOSTICO, NI TRATAMIENTOS ADECUADOS. ESTO, ES MUCHAS VECES POR EL DESCONOCIMIENTO QUE SE TIENE DE ESTE PADECIMIENTO, EN EL ANALISIS SIGUIENTE SE DESCRIBIRAN LOS PROCESOS NEUROFISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS QUE INTERVIENEN EN EL DOLOR CRONICO, UNA INVESTIGACION SOBRE SUS CAUSAS Y LA INVOLUCRACION DE ALTERACIONES DEL ESTADO AFECTIVO; COMO ALTERAN A NUESTRO PACIENTE EN ESTUDIO, PRACTICADO EN UNA CLINICA DE PRIMER NIVEL.

ESTE ESTUDIO TRATARA DE QUE, POR MEDIO DE SOLO DOS CUESTIONARIOS SIRVA POSTERIORMENTE A OTROS MEDICOS, PARA BRINDAR AYUDA AL PACIENTE, Y DE NO PODER HACERLO, SE PROPORCIONE ADECUADAMENTE LA REFERENCIA A OTRO NIVEL.

## MARCO TEORICO.

EL DOLOR ES UN EVENTO SENSITIVO ESPECIFICO QUE SE EVIDENCIA EN CONDICIONES NORMALES, POR DAÑO TISULAR PRESENTE O POTENCIAL (24).

EL DOLOR LLEVA AL ENFERMO A LA CONSULTA NO OBSTANTE SU INTENSIDAD. NO ESTA EN FUNCION DE LA GRAVEDAD DEL CASO (27). EL DOLOR AUN EN NUESTROS DIAS A PESAR DE LOS AVANCES DE LA CIENCIA MEDICA, ES UN FENOMENO CENTRAL EN LA MEDICINA CLINICA PORQUE CON FRECUENCIA NOS CONDUCE AL DIAGNOSTICO Y CUANDO NO GUARDA RELACION CON SU CAUSA APARENTE, SE CONVIERTE EN UN PROBLEMA DE DIFICIL SOLUCION EN TODAS LAS CULTURAS SE ENCUENTRAN DATOS QUE HABLAN DE LA ANGUSTIOSA PRESENCIA DEL DOLOR Y DE LOS DIFERENTES METODOS PARA ALIVIARLOS. LOS PRIMEROS METODOS UTILIZABLES ERAN INSTINTIVOS; LA ENFERMEDAD VENIA POR SI MISMA, SE IDENTIFICABA LA ACCION CAUSA-EFECTO, Y SE ATRIBUIA A CAUSAS MALIGNAS, BRUJERIA, RELIGION (23).

EN EL SIGLO XVII APARECE EL MODELO DE DESCARTES, QUIEN PROPONE QUE SON LOS NERVIOS SENSITIVOS QUIENES CONDUCE AL DOLOR Y A LAS SEÑALES DE ALARMA (23).

ES CON FRECUENCIA UN PROBLEMA, Y TIENE EL DOLOR UN SIGNIFICADO DIFERENTE PARA CADA PERSONA. HAY QUIENES COMO EN LA GRECIA ANTIGUA (CLASICA), ADOPTAN ANTE EL DOLOR UNA POSTURA ESTOICA, Y PARA QUIENES, EL DOLOR TIENE COMO PARA EL HOMBRE MEDIEVAL UN SENTIDO DE EXPIRACION Y TRASCENDENCIA.

ARISTOTELES CONSIDERO AL DOLOR, COMO UNA SENSACION DIFERENTE QUE SE CONDUCE A TRAVES DE LOS SENTIDOS, FUE EL PRIMERO QUE DEFINIO AL DOLOR Y LA NOCICEPCION COMO MENOS RELACIONADOS ENTRE SI, PERO CON GRADOS DISTINTOS DE ELABORACION (23,24).

EL DOLOR CRONICO, ES LA ENFERMEDAD INCAPACITANTE MAS SERIA DEL HOMBRE, YA NO CONSIDERANDOSE AL DOLOR, COMO UN SINTOMA SINO COMO UNA ENFERMEDAD POR SI SOLA (3,4,5).

KRISHANAN Y BLUMER, CARACTERIZAN AL DOLOR CRONICO COMO AQUEL INTRATABLE, DE LOCALIZACION VARIABLE, DE POR LO MENOS SEIS MESES DE EVOLUCION, FRECUENTEMENTE ASOCIADO CON PROBLEMAS SOMATICOS (12,25,26).

EN EL DOLOR PERSISTENTE, LA CAUSA ORGANICA INICIAL PUEDENO EXISTIR O SER MINIMA Y SE ENCUENTRA SEPULTADO BAJA LAS CONSECUENCIAS DE IMPLICACIONES PSIQUIATRICAS O DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS. Y AUN CUANDO EL DOLOR TENGA COMPONENTES ORGANICOS ES FRECUENTE QUE SEAN LOS COMPONENTES-PSICOLOGICOS, FAMILIARES, Y SOCIALES LOS QUE CONVIERTEN A QUIEN LO SUFRE EN UNA ENFERMEDAD PROBLEMATICA (1,16,23).--  
NEUROLOGIA DEL DOLOR.

EXISTEN TRES CLASES GENERALES DE NOCIRRECEPTORES (RECEPTORES DEL DOLOR), MECANORECEPTORES DE UMBRAL ELEVADO NOCIRRECEPTORES TERMICOS Y NOCIRRECEPTORES "POLIMODALES" QUE RESPONDEN TANTO A ESTIMULOS MECANICOS COMO TERMICOS (23,28).

LOS NOCIRRECEPTORES POLIMODALES Y TERMICOS PURDEN SENSI--

BILIZARSE MEDIANTE LA ESTIMULACION PROLONGADA O DURANTE--  
LA REGENERACION QUE SIGUE AL CORTE DE UN NERVIJO DE MANERA  
QUE RESULTA POSIBLE HACER DESCENDER SUS UMBRALES, HASTA--  
NIVELES DE ESTIMULACION QUE SON INOCUOS, EN CONDICIONES -  
ORDINARIAS.

ESTA SITUACION PUEDE SER RESPONSABLE DE LOS ESTADOS -----  
DOLOROSOS QUE SIGUEN A LAS QUEMADURAS Y SESIONES NERVIJO--  
SAS.

SE REFIERE POR HENDLER, LA PRESENCIA DE FIBRAS A DELTA, --  
COMO FIBRAS C. ESTAS FIBRAS NO MIELINIZADAS LLEVAN EL---  
IMPULSO DEL DOLOR DESDE LA PIEL, MUSCULO Y ORGANOS. Y ---  
LLEVAN LA SENSACION DEL DOLOR TANTO MECANICO COMO TERMICO  
(23, 26, 28).

HENDLER, SUGIERE QUE LA ACTIVACION DE FIBRAS A DELTA SE---  
ASOCIA A LA EXPERIENCIA DEL DOLOR PRIMARIO: RAPIDO, AGUDO--  
Y BIEN LOCALIZADO.

LAS FIBRAS A DELTA (CLASE III) Y LAS FIBRAS C (CLASE IV)--  
LLEVAN EL DOLOR DE LOS RECEPTORES A LA MEDULA ESPINAL. LA  
AUSENCIA RELATIVA DE MIELINA DE ESTAS FIBRAS LAS HACE MAS  
SENSIBLES AL BLOQUEO QUIMICO CON ANESTESICOS LOCALES, LOS--  
CUALES PUEDEN ACTUAR EN RECEPTORES ESPECIFICOS DE LA ---  
MEMBRANA CELULAR; LAS SEÑALES QUE SON TRANSMITIDAS A LA -  
MEDULA ESPINAL LO HACEN TAMBIEN POR AXONES SENSORIALES -  
MIELINICOS EN FORMA DISPERSA Y VIAJAN EN PEQUEÑOS PAQUE--  
TES NERVIJOSOS DE 10 A 50 NERVIJOS RODEADOS POR UNA VAINA--  
DE MIELINA SENCILLA. ANTES DE QUE ALCANCEN LOS TRACTOS --

ESPINALES ESPECIFICOS. LOS IMPULSOS DE LA FIBRA DEL DOLOR CONVERGEN EN EL ASTA POSTERIOR, VIAJAN A LA PORCION LATERAL DE ESTA, LA CUAL SE ENCUENTRA DIVIDIDA EN SEIS LAMINAS.

RAMON DE LA PUENTE, DESCRIBE UNA CELULA NOCIRRECEPTORA CLASE I LOCALIZADA EN LA ZONA MARGINAL O CAPA MAS SUPERFICIAL DEL CUERNO DORSAL (LAMINA I) (23).

LAS CELULAS CLASE I RESPONDEN A NIVELES DE ESTIMULACION LESIVOS O CASI LESIVOS.

LAS CELULAS NOCIRRECEPTORAS CLASE 2 SE LOCALIZAN SOBRE TODO EN LA LAMINA 5 Y RESPONDEN A ESTIMULOS DE BAJA INTENSIDAD, PERO CONFORME CRECE LA INTENSIDAD HASTA NIVELES NOCIVOS, LA DESCARGA DE ESTAS CELULAS SE HACE MAS VIGOROSA Y SOSTENIDA (23, 26, 29).

LAS CELULAS CLASE 2 SON ALCANZADAS POR IMPULSOS QUE PROVIENEN TANTO DE FUENTES VISCERALES COMO SOMATICAS; DE ESTA MANERA PUDIERAN PARTICIPAR EN EL DOLOR VISCERAL REFERIDO ESTAS MUESTRAN SUMACION TEMPORAL CON LA ACTIVACION REPETITIVA DE FIBRAS C Y TAMBIEN MUESTRAN DESCARGAS ULTERIORES PROLONGADAS A LOS ESTIMULOS TERMICOS (23, 26, 28).

UNA PROPORCION ELEVADA DE AMBOS TIPOS CELULARES, ASCIENDE EN EL CUADRANTE ANTEROLATERAL Y CONTRALATERAL, TERMINANDO EN EL TALAMO.

HENDLER, SUGIERE QUE MIENTRAS LAS CELULAS CLASE I PUDIERAN INTERVENIR EN LA PERCEPCION DEL DOLOR, LA ACTIVACION

DE CELULAS CLASE 2 POR SEPARADO PUDIERA EXPLICAR EN SI---  
ALGUNOS TIPOS DE DOLOR EN EL SER HUMANO.

CUALQUIER ESTIMULO INTENSO APLICADO A LA PIEL NORMAL-----  
PUEDE DESENCADENAR UNA TRIPLE RESPUESTA. EN LA QUE ES ---  
POSIBLE QUE INTERVIENGAN INNUMERABLES SUSTANCIAS DE MODO --  
IMPORTANTE. ALGUNAS SON LIBERADAS EN EL TEJIDO ( HISTAMI-  
NA, SEROTONINA, PROSTAGLANDINAS) EN TANTO QUE OTRAS ----  
PROCEDEN DE LA CIRCULACION (BRADICININA) O SE ORIGINAN DE  
LAS MISMAS TERMINACIONES NERVIOSAS LOCALES ( SUSTANCIA P )  
(29).

EN EL ASTA POSTERIOR, LAS FIBRAS SENSITIVAS SE EXTIEN---  
DEN DE MANERA DISTAL Y PROXIMAL, DESDE LAS NEURONAS -----  
SITUADAS EN LOS GANGLIOS SEGMENTARIOS DE LA RAIZ DORSAL.-  
LAS FIBRAS AFERENTES NOCICEPTIVAS LLEGAN A LA MEDULA ---  
ESPINAL A TRAVES DE LA RAIZ DORSAL, PARA TERMINAR EN LAS  
NEURONAS DEL ASTA POSTERIOR. EN ESTAS REGIONES MUCHAS DE  
ESTAS TERMINACIONES CONTIENEN NEUROPEPTIDOS, INCLUYENDO A  
LA SUSTANCIA P, COLESISTOCININA Y SOMATOSTATINA.

LOS AXONES DE LAS NEURONAS NOCICEPTIVAS DE LAS ASTAS ---  
POSTERIORES QUE FORMAN LAS VIAS ESPINOTALAMICAS, TERMINAN  
EN VARIOS NUCLEOS DEL TALLO CEREBRAL Y DEL TALAMO, FUN--  
DANDOSE LA VIA ESPINOTALAMICA, LA CUAL PUEDE DIVIDIRSE EN  
DOS SISTEMAS: UN SISTEMA ESPINOTALAMICO DIRECTO QUE LLEVA  
LA INFORMACION DISCRIMINATORIA SENSITIVA RESPECTO AL ---  
DOLOR A NIVEL DE TALAMO Y UN SISTEMA ESPINORETICULOTALA--  
MICO MAS ANTIGUO DESDE EL PUNTO DE VISTA FILOGENETICO QUE

TERMINA DE MODO MAS DIFUSO EN EL NUCLEO RETICULAR DEL ---  
TALLO CEREBRAL.

EL SISTEMA ESPINOTALAMICO DIRECTO QUE TERMINA EN EL ----  
TALAMO PUEDE SER IMPORTANTE PARA LA PERCEPCION CONSCIENTE  
DE LAS SENSACIONES NOCICEPTIVAS; TERMINA EN EL NUCLEO ---  
VENTRAL POSTEROLATERAL (VPL). EL CAMPO TERMINAL DEL HAZ--  
ESPINOTALAMICO EN EL VPL TRASLAPA LOS IMPULSOS DE LA --  
COLUMNA POSTERIOR Y DEL LIGNISCO MEDIO, EN QUE SE RELEVAN  
LA SENSACION SUPERFICIAL Y DE LAS ARTICULACIONES.

EL MODELO ORGANIZADO DE LAS TERMINACIONES Y LA CONVERGEN-  
CIA DE LA INFORMACION DE LA SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Y --  
DEL DOLOR DENTRO DEL VPL, PUEDE SER IMPORTANTES PARA LA -  
PERCEPCION DE LOS ASPECTOS DISCRIMINATIVOS SENSITIVOS DEL  
DOLOR, INCLUYENDO LOCALIZACION, NATURALEZA O INTENSIDAD -  
DEL ESTIMULO (26).

EL SISTEMA ESPINORRETICULOTALAMICO, MAS DIFUSO, PUEDE----  
MEDIAR ASPECTOS DE LAS REACCIONES AUTONOMAS Y APECTIVAS--  
AL DOLOR.

LAS FIBRAS ESPINORRETICULARES ASCENDENTES TERMINAN EN ---  
VARIOS NIVELES DE LA FORMACION RETICULAR DEL TALLO CERE--  
BRAL Y FORMAN PARTE DE UN SISTEMA POLISINAPTICO QUE-----  
TERMINA EN EL NUCLEO TALAMICO MEDIO ( NUCLEO CONTRALATE--  
RAL Y NUCLEO PARAFASCICULAR). LAS LESIONES CLINICAS QUE -  
DESTRUYEN PARCIALMENTE LA PARTE LATERAL DEL TALAMO INCLU-  
YENDO AL VPL, PRODUCEN UN SINDROME DE DOLOR QUEMANTE ----  
CONTINUO QUE ABARCA AL LADO CONTRALATERAL DEL CUERPO. ----

LA SUSTANCIA P, ES UNA SUSTANCIA TRANSMISORA SINAPTICA --  
PARA EL DOLOR, EN EL CORDON ESPINAL. LAS DOSIS BAJAS DE -  
ESTAS SUSTANCIAS PRODUCEN EN ALGUNOS ANALGESIA, PERO LAS-  
DOSIS ALTAS PRODUCEN EL EFECTO CONTRARIO PROBABLEMENTE --  
POR LIBERACION DE ENDORFINAS.

LAS OTRAS SUSTANCIAS RELACIONADAS CON EL DOLOR, SON LAS -  
KININAS, LAS LEUCOCININAS, EL FACTOR HAGEMAN, LA KALI- --  
CREINA, INDOPEROXIDASA, TROMBOXANO, EL FACTOR ACTIVADOR -  
DE PLAQUETAS, EL COMPLEMENTO, LAS LINFOCININAS Y OTRAS --  
QUE PUEDEN O NO TENER RECEPTORES ESPECIFICOS EN LOS -  
NERVIOS DEL DOLOR.

EXISTEN ADEMAS, TRANSMISORES QUE ESTAN RELACIONADOS EN EL  
SUEÑO, LA DEPRESION Y EL DOLOR.

LA NOREPINEFRINA Y LA DOPAMINA (CATECOLAMINAS), ESTAN --  
RELATIVAMENTE RELACIONADAS CON EL CONTROL DEL DOLOR, ----  
TIENEN INFLUENCIA EN EL SUEÑO, EN LA CONDUCTA MANIACA EN-  
LA DEPRESION, EN LA PSICOSIS Y EN LA PERCEPCION DEL -----  
DOLOR.

LAS ENDORFINAS Y LAS ENCEFALINAS SON OPIACEOS ENDOGENOS -  
RECEPTORES QUE SE ENCUENTRAN EN EL CEREBRO Y AUNQUE ESTAN  
INTIMAMENTE RELACIONADOS CON EL ALIVIO DEL DOLOR, SE HA -  
SUGERIDO QUE JUEGAN UN PAPEL MUY IMPORTANTE EN LA CONDUCTA  
MANIACA, DEPRESION Y PSICOSIS, ENTRE OTRAS COSAS ----  
(23, 25, 26, 29).

MUCHOS ANALGESICOS TIENEN SU EFICACIA EN LA SUSTANCIA P -  
OBSERVANDO LA LIBERACION DE CIERTAS SUSTANCIAS OPIACEAS -

HENDLER. REPORTO ALTOS NIVELES DE ENDORFINAS EN LA DEPRE-  
SION Y EL DOLOR CRONICO (23,25, 26).

PARAMETROS PERCEPTUALES DEL DOLOR.

~~UMBRALES DEL DOLOR~~

ESTOS REPRESENTAN LA MENOR INTENSIDAD DE ESTIMULOS-----  
A LA CUAL SE PERCIBE EL DOLOR; A LA MINIMA INTENSIDAD DE  
ESTIMULACION QUE PUEDE LLAMARSE DOLOR (28).

EN TERMINOS OPERACIONALES PSICOFISICOS ES EL PUNTO EN EL  
CUAL, LA INTENSIDAD DEL ESTIMULO SE REGISTRA 50% DE LAS-  
VECES EN UNA SERIE DE PRESENTACIONES ASCENDENTES Y -----  
DESCENDENTES DEL ESTIMULO (28).

HENDLER Y COLS, ENCONTRARON QUE FACTORES FISIOLOGICOS --  
TALES COMO EL SITIO, LA TEMPERATURA CUTANEA, PIGMENTACION  
HUMEDAD, DAÑO, REPETICION Y DURACION, ERAN DETERMINANTES  
IMPORTANTES EN EL UMBRAL DEL DOLOR; MIENTRAS QUE LA RAZA  
SEXO, EDAD, FATIGA Y ESTADO EMOCIONAL NO REPRESENTABAN--  
INFLUENCIAS MARCADAS (26).

A PESAR DE QUE LOS UMBRALES PUEDEN MODIFICARSE EN CIERTA  
MEDIDA POR ACTITUDES ADQUIRIDAS CON RESPECTO AL DOLOR, SE  
LES CONSIDERA RELATIVAMENTE ESTABLES Y SON AL PARECER UNA  
FUNCION DE PARAMETROS FISIOLOGICAS (12,28).

SE ENCUENTRA, QUE LA EDAD ELEVA EL UMBRAL AL DOLOR, SOBRE  
TODO EN LOS HOMBRES Y QUE EN LAS MUJERES EL UMBRAL BAJA (  
NO SIGNIFICATIVAMENTE)(28).

~~PARAMETROS DE SENSIBILIDAD~~

MUCHOS AFIRMAN QUE EL PACIENTE QUE SE QUEJA DE DOLOR ---

POSEE UN UMBRAL BAJO PARA EL DOLOR, ESTO ES UN ERROR ----  
(28). LA CAPACIDAD PARA COMUNICAR LA EXPERIENCIA DOLOROSA  
ES UNA FUNCION DE LA EXPRESIVIDAD DEL INDIVIDUO, LA CUAL  
A SU VEZ SE RELACIONA CON EL GRADO DE EXTROVERSION Y ----  
MIEMBRO DE UN GRUPO.

LA TOLERANCIA AL DOLOR PROVOCADA POR LA IRRADIACION DEL -  
CALOR SE CORRELACIONA DE MANERA NEGATIVA CON EL GRADO DE  
NEUROSIS Y DE MANERA POSITIVA CON LA EXTROVERSION (27). -  
EL APRENDIZAJE SOCIAL INFLUYE EN LA EXPRESION, INCLUYENDO  
LA PARTE QUE SE RELACIONA CON LA COMUNICACION ORAL (28). -  
ESTO INDICA QUE LAS ACTITUDES ADQUIRIDAS CULTURALMENTE --  
HACIA EL DOLOR Y SU EXPRESION PUEDEN MODIFICAR LAS RES--  
PUESTAS FISIOLOGICAS DEL MISMO.

#### ~~ANSIEDAD~~

LA ANSIEDAD AUMENTA LA SENSIBILIDAD AL DOLOR O AUMENTA LA  
CAPACIDAD DE RESPUESTA AL MISMO (27,28).

EL DOLOR PUEDE SER UNA EXPRESION DE LA ANSIEDAD Y LA ----  
ANSIEDAD Y EL DOLOR SE REFUERZAN MUTUAMENTE (27).

LA ANSIEDAD ES UN ACONTECIMIENTO NORMAL EN TODOS LOS ----  
INDIVIDUOS Y ES UN MECANISMO MUY UTIL PARA ADAPTARSE, ---  
PREVENIR Y SOLUCIONAR PROBLEMAS, FAVORECE LAS CAPACIDADES  
CREATIVAS DEL INDIVIDUO; PERO SI REBASA UN PUNTO CRITICO;  
ESTA CAPACIDAD DISMINUYE MARCADAMENTE Y SE CREAN OTROS --  
PROBLEMAS COMO SERIA LA TENSION MUSCULAR ( 27,28 ).

LA IMPORTANCIA Y SIGNIFICADO DE LA LESION SUFRIDA ( -  
ANSIEDAD ) DETERMINA EL GRADO DE DOLOR EN MAYOR MEDIDA EN

QUE LO HACE EL DAÑO TISULAR (27).

EL DOLOR EN LOS PACIENTES MUESTRA LOS SIGUIENTES PUNTOS:--  
ORIGINA TENSION POR UNA HIPERREACTIVIDAD MUSCULAR FRE---  
CUENTE, PROVOCANDO DLORES MUSCULARES QUE A SU VEZ RE---  
FUERZAN LA ANSIEDAD (27). LOS PACIENTES CON DORSALGIA ---  
PRESENTAN UNA HIPERACTIVIDAD GENERALIZADA EN LOS MUSCULOS  
DEL TRONCO EN SITUACIONES QUE ENGENDRABAN CONFLICTOS, --  
INSEGURIDAD, HOSTILIDAD, FRUSTACION, CULPA EXPLICANDO LOS  
SINTOMAS MUSCULOESQUELETICOS ENCONTRADOS EN LOS ESTADOS -  
DE TENSION, ANSIEDAD Y DEPRESION Y QUE EN OCASIONES SON -  
DIFICILES DE DISTINGUIR ENTRE UNO Y OTRO (21,27,28) ..  
LOS PACIENTES CON PROBLEMAS DE SOMATIZACION, SON LOS QUE-  
SE PRESENTAN EN AQUELLOS CON DOLOR CRONICO Y CLINICAMENTE  
NO ESTAN DEPRIMIDOS.

TODA FUNCION SOMATICA PERCIBIDA POR EL INDIVIDUO, PODRIA-  
UTILIZARSE EN LA CONSTITUCION DE UN SINTOMA (27,28). Y---  
CADA ORGANO, CADA SISTEMA DE ORGANOS PUEDE EXPRESAR UN--  
SINTOMA.

SE MENCIONA, QUE EL ENFERMO PSICOSOMATICO, ES UN PRIMER--  
PASO PARA RECHAZAR SUS AFECTOS Y EN UNA SEGUNDA FASE LOS-  
SOMATIZA Y ASI SATISFACE SUS NECESIDADES LIBIDINALES Y --  
LAS DE CASTIGO (27). LA SOMATIZACION UN TIPO DE DES-----  
TRUCCION DEL SUJETO-DESEO, ES DECIR DEL CUERPO (27). PARA  
HAYNAL, LA SOMATIZACION SERIA UNA ESPECIE DE EQUIVALEN---  
TE DEPRESIVO (27,28).

~~XXXXXXXXXXXX~~

LA DEPRESTON ES UN ESTADO DE ANIMO DISFORICO EN LA QUE---  
HAY PERDIDA DE INTERES O PLACER EN TODAS O CASI TODAS LAS  
ACTIVIDADES Y PASATIEMPOS HABITUALES, RELATIVAMENTE PER---  
SISTENTES Y QUE SE ACOMPAÑAN DE SINTOMAS QUE INCLUYE: AL---  
TERACIONES DEL APETITO, CAMBIO EN EL PESO, ALTERACIONES---  
DEL SUEÑO, AGITACION O ENLENTECIMIENTO, DISMINUCION DE LA -  
ENERGIA, SENTIMIENTOS DE INUTILIDAD O CULPA, DIFICULTAD DE -  
CONCENTRACION O PENSAMIENTO, IDEAS DE MUERTE O SUICIDIO.--  
CUBRIENDO UNA AMPLIA GAMA DE CAMBIOS AFECTIVOS, LA CUAL --  
TIENE BIOPSICOSOCIALES(21). EN SITUACIONES CLINICAS LA -  
ANSIEDAD. SE ASOCIA A LA ANTICIPACION DEL DOLOR(DAÑO ---  
CORPORAL) O PERDIDA(SEPARACION).

LA DEPRESION SE ASOCIA CON LAS CONSECUENCIAS DE ESTOS----  
FACTORES, ASUMIENDO LA FORMA DE SENTIMIENTOS INTERNOS DE-  
CULPA Y ENOJO, O DE LUTO. EN VISTA DE ESTA RELACION SERIA  
DE ESPFRAR QUE LA ANSIEDAD SE HALLARA EN ESTADOS DE -----  
DOLOR AGUDO Y LA DEPRESION EN ESTADO DE DOLOR CRONICO.--  
EL DOLOR, TESTIMONIA A VECES LA IMPOTENCIA DEL HOMBRE --  
FRENTE A UNA PERTURBACION QUE PROVIENE DEL CUERPO Y LA --  
DEPRESION CONSECUTIVA A LA PERDIDA DE SU INTEGRIDAD, ----  
AUNQUE ESTA DEPRESION, SEA ALGO NATURAL ANCLADO EN EL ---  
APARATO BIPSICOLOGICO DEL HOMBRE COMO EN EL DUELO, PUEDE--  
LLGAR A ORIGINAR UN AUTENTICO CIRCULO VICIOSO, EN LA ME-  
DIDA EN QUE PUEDE ACOMPAÑARSE DE DOLOR SIN SUBSTRATO ANA-  
TOMICO(27, 28).

G.MAGNI Y COLS, ENCONTRARON QUE LOS PACIENTES CON DOLOR--

DE SEIS MESES DE EVOLUCION A NIVEL LUMBAR MOSTRABAN DATOS MARCADOS DE DEPRESION E HISTERIA (8,23,27,28).

BEUTLER Y COLS, SUGIEREN QUE EL DOLOR CRONICO Y LA DEPRESION SON EQUIVALENTES PSICOLOGICOS. YA QUE ESTE TRASTORNO SE HA OBSERVADO EN UN 60% DE LOS PACIENTES. EL DOLOR PUEDE NACER COMO UN SINTOMA PREDOMINANTE SOBRE EL FONDO DE UNA DEPRESION ENDOGENA O REACTIVA. ES EXPLICABLE QUE EL PACIENTE INVIERTE LA RELACION Y PIENSA QUE SU ESTADO DE ANIMO ABATIDO, EL INSOMNIO, LA FALTA DE ENERGIA; SON CONSECUENCIA DEL DOLOR Y NO SU CAUSA (2,3,13).

CARLSSON, WAYNE Y COLS . SUGIEREN LA RELACION DEL DOLOR CRONICO, DEPRESION Y TIPO DE PERSONALIDAD. SIENDO ASI, QUE EL TIPO DE HOMBRE QUE SUPRE EL DOLOR, DESARROLLA UNA PERSONALIDAD CARACTERISTICA CON SENTIMIENTOS DE CULPA, FRUSTRACION, SUEÑOS DE GRANDEZA, MASOQUISMO, DEFENDANTE, NO PUDIENDO PRESINDIR DE SU DOLOR PORQUE ESTE ES EL INSTRUMENTO DE HOSTILIDAD, DE SU ANHELO DE SER CUIDADO Y PROTEGIDO Y DEL MANTENIMIENTO DE SU AUTOESTIMA (15,16). EL DOLOR CRONICO DE LOS PACIENTES, REVELA UNA HISTORIA CON CONTACTOS FRECUENTES CON MEDICOS, ES LA ENFERMEDAD INCAPACITANTE MAS SERIA DEL HOMBRE, Y LOS RASCOS DEPRESIVOS SON SIGNIFICANTES ENCONTRANDOSE LA APATIA, EL OCIO, ANHEDONIA, ETCETERA (3,4,5).

LA PERCEPCION DEL DOLOR, ES OBSERVADA POR LOS DOCTORES CHANNER Y COLS, EN DONDE EL DOLOR CASI SIEMPRE ESTA ASOCIADO CON LA ANSIEDAD, TEMOR, MIEDO AL DAÑO Y DEPRESION (11,27).

ADEMAS DE LOS RASGOS DEPRESIVOS PREDOMINANTES EN LOS----  
PACIENTES CON DOLOR CRONICO, ESTOS FRECUENTEMENTE TIENEN  
DIFICULTADES FAMILIARES, CONYUGALES Y/O PROFESIONALES---  
(19,20,23,25,27).

BLUMER Y COLS ENCONTRARON LA PRESENCIA DE MARCADORES DE-  
LA DEPRESION EN PACIENTES CON DOLOR CRONICO, COMO SON LA  
PRUEBA DE SUPRESION DE DEXAMETASONA DST Y LA POLI-----  
SOMNOGRAFIA DISCRIMINATIVA. EN EL 80% DE LOS PACIENTES -  
ESTUDIADOS (2,27).

COMO SE HA OBSERVADO EL DOLOR, SE MODELA POR FACTORES---  
EMOCIONALES, RELACIONADOS CON LA EXPERIENCIA INFANTIL Y-  
LA CIVILIZACION.

HAYNAL, REFIERE QUE SZASS, ESTUDIA LA PSICOLOGIA DEL----  
DOLOR, ENCONTRANDO, QUE EL YO EMPLEA CONTRA EL DOLOR----  
MECANISMOS DE DEFENSA QUE RECUERDAN A LOS UTILIZADOS EN-  
LA ANGUSTIA (27).

EL DOLOR PUEDE CONCEPTUALIZARSE A TRES NIVELES JERARQUI-  
COS SEGUN SZASS SIENDO: 1) UNA SEÑAL ANTE UNA AMENAZA---  
CONTRA LA INTEGRIDAD ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL.

2)LA EXPRESION DE UNA SOLICITUD DE AYUDA, COMUNI-----  
CACION ENTRE EL SUJETO Y EL OTRO.

3)EL ASPECTO COMUNICATIVO, EXPRESA EL MIEDO A PERDER EL-  
OBJETO.

A ESTO SE LE HA DADO SIGNIFICACIONES SIMBOLICAS, COMO LA  
NECESIDAD DE SER AYUDADO, SI SE FRUSTRAS ESTA DEMANDA, ---  
APARECE EL SENTIMIENTO DE RECHAZO Y LA FORMA DISFRAZADA-

DE AGRESIVIDAD HACIA EL OBJETO QUE LE RECHAZA. ESTE VALOR COMUNICATIVO PARTE DE LO QUE FREUD LLAMA BENEFICIOS----- SECUNDARIOS DEL DOLOR. COMPARTIR EL DOLOR LO ATENUA ES--- UNA COMPENSACION EN EL SUMINISTRO REAL.

LA ATENCION QUE PRESTA EL PACIENTE A SUS SENSACIONES----- MODERAN LA INTENSIDAD DEL DOLOR.

ASI, LA ANSIEDAD PUEDE AUMENTAR EL DOLOR, COMO EN LA----- ACTITUD DEL NIÑO POR LAS TENSIONES EMOCIONALES REPETITI-- VAS DANDO UNA ACTITUD POSTURAL ALTERNADA CON FLEXION DE-- SUS MUSCULOS CONTINUAMENTE, DANDO COMO RESULTADO DOLOR--- MUSCULAR Y FATIGA (25, 27, 28).

LA CONTRACCION MUSCULAR A NIVEL DE LA COLUMNA CERVICAL--- POR ESTA TENSION DA LAS LLAMADAS CEFALIAS DE TENSION O--- BOLORES DE CUELLO (17).

ASI MISMO PUEDE DAR LUGAR A DOLORES DE HOMBROS, COLUMNA, - O CUALQUIER PARTE ANATOMICA, NO BIEN LOCALIZADOS Y RELA-- CIONADOS FRECUENTEMENTE CON EL ESTADO EMOCIONAL PRESENTE-- (17, 25, 27).

SE HA OBSERVADO QUE LOS SITIOS MAS FRECUENTEMENTE AFECTA-- DOS SON MUSCULOESQUELETICOS Y DE ESTOS LA ESPALDA CON--- 48%, CARA Y CABEZA 22% , RODILLAS, PIERNAS Y CADERA 19% ; HOMBRO Y CUELLO 17% (25, 27).

EN EL DOLOR CRONICO MUSCULOESQUELETICO LA DISTRIBUCION-- ANATOMICA SIMULA O TIENE UN TRASTORNO ORGANICO CRONICO--- (17). NO PUEDE SER EXPLICADO A TRAVES DE LA INTENSIDAD Y-- DURACION Y PUEDE LLEVAR AL PACIENTE A LA RESISTENCIA AL--

DOLOR, INMOVILIZANDO LA PARTE AFECTADA, ASI SUCESIVAMENTE HASTA LLEVAR A LA INCAPACIDAD TOTAL O PARCIAL, TAMBIEN PUEDE LLEVAR AL PACIENTE A LA DEPENDENCIA DE TRANQUILIZANTES Y ANALGESICOS. O INTERVENCIONES QUIRURGICAS PRECUENTES E INUTILES Y AL RELEGAMIENTO SOCIAL

PARA ESTE TIPO DE DOLOR, NO HAY EDAD, SIN EMBARGO EN ESTUDIOS REALIZADOS POR HENDLER Y COLS, SE ENCONTRO QUE LA FRECUENCIA AUMENTA ALREDEDOR DE LOS 40 AÑOS, CON MAYOR FRECUENCIA EN LAS MUJERES EN UN 60 A 70% (26,28).

EL HECHO DE QUE EN ESTE TIPO DE DOLOR, LOS FACTORES PSICOLGICOS SE ENCUENTREN INVOLUCRADOS, SE PONE DE MANIFIESTO POR UNA RELACION TEMPORAL ENTRE EL ESTIMULO AMBIENTAL, QUE ESTA RELACIONADO CON EL CONFLICTO O NECESIDAD PSICOLOGICA Y LA INICIACION O EXACERBACION DEL DOLOR, O BIEN, POR HECHO DE QUE EL DOLOR PERMITA AL INDIVIDUO EVITAR ALGUN TIPO DE ACTIVIDAD QUE ES NOCIVA PARA EL U OBTENER UN APOYO AMBIENTAL QUE QUIZA NO CONSEGUIRIA DE OTRA MANERA.

POR LO GENERAL, EL INDIVIDUO REHUSA EL PAPEL PSICOLOGICO EN SU DOLOR, EN ALGUNOS CASOS, TIENE EL DOLOR UN SIGNIFICADO SIMBOLICO, COMO SERIA, EL DOLOR QUE SIMULA UNA ANGINA DE PECHO EN UN INDIVIDUO CUYO PADRE FALLECIO RECIENTEMENTE DE ENFERMEDAD CORONARIA.

LOS PADECIMIENTOS DOLOROSOS PODRIAN HACERNOS PENSAR EN UN ESTIMULO NOCIVO SIMPLE, PERO PODRIA REPRESENTAR, TAMBIEN, ESTADOS AFECTIVOS; COMO LA DEPRESION Y/O

LA ANSIEDAD, EXPERIENCIA DE OBSESIONES, REPRESENTACION--  
SIMBOLICA DEL DOLOR, EVOCACION DE ESTADOS ATRASADOS DE--  
CONDUCTA, O DE COMBINACIONES DE TODO LO ANTERIOR (2,4,5,-  
11,15).

ESTOS TRASTORNOS AFECTIVOS PUEDEN SER MEDIDOS POR DIFE--  
RENTES TEST, SIENDO EL MAS FRECUENTEMENTE UTILIZADO EL --  
MMPI (INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE -----  
MINNESOTA), TENIENDO LA DESVENTAJA DE SER UN CUESTIONARIO-  
DE 566 PREGUNTAS, REQUIRIENDO ASESORIA PSICOLOGICA Y DE -  
UNA INSTRUCCION PARA SU MANEJO, ES UN CUESTIONARIO ANTI--  
GUO Y SE HA SUGERIDO OBSOLETO (16,18,25,26,28).

EXISTEN OTROS TEST, QUE NOS AYUDAN A EVALUAR LOS TRASTOR-  
NOS AFECTIVOS COMO: EL TEST DE HOPKINS, CON LA VENTAJA DE  
SER CORTO DE 58 PREGUNTAS, RESPUESTAS BREVES, NO REQUIERE  
DE UNA INSTRUCCION ESPECIALIZADA PARA SU MANEJO, NOS-----  
INFORMA DE LAS EXPERIENCIAS PERSONALES, UTILIZA TECNICAS-  
PSICOMETRICAS O PARAMEDICAS Y NOS PROPORCIONA CINCO -----  
ESTADOS DE AFECTACION COMO SON LA SOMATIZACION, DEPRESION  
ANSIEDAD, OBSESIVO/COMPULSIVO Y SENSIBILIDAD PERSONAL.

LAS DESVENTAJAS DE ESTE TEST, SON LAS QUE PODRIAN AFECTAR  
A OTROS, COMO SERIAN: LA DEFENSA DEL PACIENTE AL CONTES--  
TAR LAS PREGUNTAS, OCASIONANDO UNA DISTORCION AL EVALUAR--  
A ESTE TIPO DE PACIENTES (30).

OTRA DESVENTAJA, PODRIA SER QUE LA RELACION MEDICO-PA---  
CIENTE SE ALTERE, POR AGRADAR AL MEDICO CONTESTANDO LAS--  
PREGUNTAS SIN PENSAR EN LO QUE LE PASA AL PACIENTE SINO; -

EN LO QUE EL MEDICO QUIERE QUE CONTESTE (30).-----

PARA EVITAR LO ANTERIOR SE REQUIERE DE HABLAR CON EL ----

PACIENTE. DE LOS BENEFICIOS PARA EL Y NO PARA EL MEDICO.-

LA ESCALA DE HOPKINS, ES UNA LISTA DE SINTOMAS, QUE ---

CALIFICAN LAS ALTERACIONES MAYORES Y MENORES. LAS PREGUN-

TAS SON DETERMINADAS POR DOS METODOS: 1)CLINICO-RACIONAL-

2) ANALITICO-EMPIRICO.

LOS RESULTADOS DAN LOS SIGUIENTES ESTADOS: ANSIEDAD, ----

DEPRESION, SENSIBILIDAD PERSONAL, OBSESIVO/COMPULSIVO, ---

SOMATIZACION Y SE CALIFICAN DE ACUERDOA LAS PREGUNTAS Y -

RESPUESTAS CON LOS SIGUIENTES PUNTOS:

SINTOMAS:

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1. 4. 12. 14. 27. 42. 48. 49. 52. 53. 56. 58. | -SOMATIZACION              |
| 9. 10. 28. 38. 45. 46. 51. 55                 | -OBSESIVO/COMPULSIVO       |
| 6. 11. 24. 34. 36. 37. 41                     | -SENSIBILIDAD<br>PERSONAL. |
| 5. 15. 19. 20. 22. 26. 29. 30. 31. 32. 54     | -DEPRESION.                |
| 2. 17. 23. 33. 39. 50                         | -ANSIEDAD.                 |

CADA RESPUESTA TIENE UN VALOR. EL NUMERO 1 EQUIVALE A ---

NADA. EL 2 A UN POCO. EL 3 A BASTANTE Y EL 4 EXTREMADA---

MENTE. LAS PREGUNTAS SON REFERIDAS EN EL ANEXO 1.

EL DOLOR POR SER UN SINTOMA SUBJETIVO ES DIFICIL DE -----

MEDIR. Y DE EVALUAR, EXISTEN POCOS CUESTIONARIOS EN LA---

LITERATURA QUE ADEMAS DE DETERMINAR EL GRADO DE DOLOR, ---

NOS INDIQUEN LAS ALTERACIONES AFECTIVAS QUE PRESENTEN LOS

PACIENTES CON DOLOR CRONICO.

HENDLER, ELABORO UN TEST PARA EL DOLOR CRONICO, EL CUAL --  
CONSTA DE 15 PREGUNTAS ELABORADAS PARA RESPONDER AL ----  
SITIO, TIPO, MODIFICACIONES DEL DOLOR Y SUS RELACIONES ---  
CON EL ESTADO AFECTIVO (26).

CADA RESPUESTA TIENE UN VALOR DE 0 A 4, LOS CUALES SE ----  
SUMAN AL FINAL Y LA CALIFICACION DE ACUERDO AL PUNTAJE --  
DETERMINA EL TIPO DE DOLOR:

UN PUNTAJE DE 14 PUNTOS O MENOS SUGIERE SEGUIN ESTE CUES--  
TIONARIO QUE EL PACIENTE TIENE UN DOLOR VERDADERO U ----  
OBJETIVO Y TIENE UNA RESPUESTA NORMAL A ESTE.

UN PUNTAJE DE 15 A 20 PUNTOS SUGIERE QUE EL PACIENTE ----  
TIENE UNA LESION ORGANICA Y QUE PUEDE EXAGERAR EL DOLOR -  
POR ALTERACIONES PSICOLOGICAS.

UN PUNTAJE DE 21 A 31 PUNTOS SUGIERE UN PACIENTE QUE ----  
EXAGERA EL DOLOR, TIENE UNA PERSONALIDAD PREFORMIDA SON -  
PACIENTES CON TENDENCIA AGRESIVA QUE BUSCA DOMINAR Y ----  
CONTROLAR SU ENTORNO, TIENE RASCOS OBSESIVOS/COMPULSIVOS,  
BUSCAN AYUDA, GUSTAN POR LA AUSTERIDAD, SON MASOQUISTAS,-  
DEPRESIVOS, ENTRE OTRAS COSAS.

UN PUNTAJE DE MAS DE 32 PUNTOS, SE REFIERE A UN PACIENTE-  
CON PROBLEMAS EN SU VIDA FAMILIAR O PERSONAL, QUE SE ----  
SIENTE INCAPAZ DE AFRONTARLOS, TIENE UNA INCAPACIDAD ----  
FUNCIONAL, TENDIENDO A SOMATIZAR. LAS PREGUNTAS SON ----  
REFERIDAS EN EL ANEXO II.

ESTE TEST OFRECE UNA GUIA EN EL DIAGNOSTICO DE LOS PACIEN  
TES CON DOLOR CRONICO, SIENDO SU MAYOR VENTAJA EL QUE ---

PUEDE SER UTILIZADO POR EL MEDICO DE PRIMER NIVEL, YA QUE ES AQUI DONDE EL PACIENTE ES VISTO POR PRIMERA VEZ. EN DONDE SE ESPERA SE RESUELVAN SU PROBLEMA Y SE LE BRINDE APOYO, RECORDANDO SIEMPRE QUE COMO MEDICOS DE PRIMER CONTACTO TENEMOS QUE VER LA INVOLUCRACION DE LA FAMILIA, YA QUE LA FAMILIA DEL ENFERMO TIENE UNA GRAN INFLUENCIA EN EL MEDIO AMBIENTE Y QUE LA SALUD DEL ENFERMO CRONICO SE MANIFIESTA A TRAVES DE LA FAMILIA. LA REORGANIZACION FAMILIAR APECTA A ESTOS PACIENTES EN LA MAYORIA DE LOS CASOS EN FORMA NOCIVA.

EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DOLOR CRONICO MUSCULO ESQUELETICO HA SIDO A BASE DE DROGAS COMO; LA ASPIRINA, EL ACETAMINOFEN, ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, QUE SON MEDICAMENTOS QUE BLOQUEAN LA TRANSMISION EN LOS SITIOS PERIFERICOS Y/O DE LOS RECEPTORES NO OPIACEOS EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

CON OPIACEOS COMO LA MORFINA O LA CODEINA QUE ACTUAN EN SITIOS ESPECIFICOS EN EL CEREBRO, ACTIVANDO EL SISTEMA DE LA SUPRESION DEL DOLOR.

LOS ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS TALES COMO; LA AMITRIPTILINA SON EFECTIVAS, PORQUE BLOQUEAN LA ELIMINACION DE SEROTONINA DESDE LAS HENDIDURAS SINAPTICAS Y PROLONGAN E INCREMENTAN SU ACCION (3, 7, 15, 16, 18).

LOS ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS TIENEN UNA ACCION DIRECTA ANALGESICA Y POTENCIAN LA ACCION DE LOS ANALGESICOS OPIACEOS EN ANIMALES (2, 3).

EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRONICO TAMBIEN SE HAN UTILIZADO PLACEBOS LOS CUALES INVOLUCRAN EN EL SISTEMA ANALGESICOS DE LAS ENDORFINAS (3,7).

EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRONICO, NO ES EL TEMA DE ESTA INVESTIGACION POR LO QUE FUE MENCIONADO SOMERAMENTE.

PERO, SI ES IMPORTANTE RECALCAR EL PAPEL DEL MEDICO FAMILIAR EN ESTE TIPO DE DOLOR; YA QUE COMO CLINICOS DEBEMOS CONSIDERAR EL POTENCIAL DE DISFUNCION A NIVEL GENETICO, MOLECULAR, CELULAR Y ORGANICO, ASI COMO AQUELLOS REFLEJADOS EN EL SISTEMA INTEGRADOR DE LA PERSONALIDAD Y QUE ESTAN INFLUENCIADOS POR FACTORES SOCIALES Y FAMILIARES.

EN ESTADOS UNIDOS DE NORTHAMERICA SE HA OBSERVADO UN AUMENTO DE LOS CENTROS Y CLINICAS PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR, ASI COMO DE LOS REQUERIMIENTOS TECNOLOGICOS PARA ESTE MISMO (19,20,27).

DEL TOTAL DE LOS PACIENTES AQUELLOS CON DOLOR CRONICO HAN VISTO AUMENTADA SU NECESIDAD DE SER DIAGNOSTICADOS POR MEDICOS DEL PRIMER NIVEL, QUE PERMITAN SU SEGUIMIENTO, POR LO QUE ES EL MEDICO DE ESTE NIVEL QUIEN ESTA CAPACITADO PARA TRATAR A ESTOS PACIENTES, BRINDANDO UN SOPORTE EMOCIONAL, MEDICO Y FISICO.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

EL DOLOR CRONICO MUSCULOESQUELETICO, ES LA CAUSA MAS-----  
FRECUENTE DE LIMITACIONES FISICAS E INCAPACIDAD, ASI COMO  
DE LA ALTA DEMANDA DE CONSULTA A NIVEL CLINICO Y HOSPITA\_  
LARIO, DE INTERCONSULTAS FRECUENTES CON ESPECIALISTAS DEL  
TERCER NIVEL (11, 12).

SE ESTIMA QUE EL 60% DE LOS PACIENTES CON DOLOR CRONICO -  
MUSCULOESQUELETICO, NO PRESENTAN DAÑO FISICO APARENTE, ---  
MANIFESTANDO UNA ALTERACION DEL ESTADO AFECTIVO, SIENDO -  
EL MAS REFERIDO LA DEPRESION EN UN 56 A 65% (\*).

LA ENFERMEDAD DEPRESIVA PUEDE PERMANECER ENCUBIERTA POR -  
PADECIMIENTOS ORGANICOS DE EVOLUCION CRONICA, CON ESCASA-  
O NULA RESPUESTA A LOS ESQUEMAS TERAPEUTICOS CONVENCIONA\_  
LES, LA EDAD DE INICIO PUEDE SER CUALQUIER EPOCA DE LA -  
VIDA, PRELOMINANDO POR ARRIBA DE LA CUARTA DECADA, CON --  
MAYOR FRECUENCIA EN EL SEXO FEMENINO (12, 13).

EL MEDICO DEL PRIMER NIVEL. DEBE OFRECER UNA GUIA EN EL -  
TRATAMIENTO BRINDANDO UN SOPORTE EMOCIONAL, FISICO Y -----  
MEDICO; A TRAVES DEL INTERROGATORIO, QUE NOS DE LAS ----  
CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE LOS PACIENTES CON DOLOR--  
CRONICO Y TRATAR DE MEJORAR LA CAPACIDAD LABORAL PERSONAL  
DEL PACIENTE.

\* (2, 3, 4, 5, 6, 11, 13, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29).

## JUSTIFICACION

DADO EL AUMENTO DE LOS REPORTES DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS EN LOS ULTIMOS AÑOS Y JUNTO CON ESTE EL NUMERO DE --- PACIENTES QUE CONSULTAN POR DOLOR CRONICO MUSCULOESQUELETICO, EN OCASIONES COMO UNICO SINTOMA (12,21).

SE HA REPORTADO QUE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CRONICA -- SE ALTERA EN UN 60% EL ESTADO AFECTIVO DE UNA PERSONA Y -- EL TRASTORNO MAS FRECUENTE ES LA DEPRESION EN UN 56 A 65% (11,12,14).

LAS ALTERACIONES DEL ESTADO AFECTIVO SON UN IMPORTANTE --- FACTOR EN LA POBRE RESPUESTA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR --- CRONICO, TAL VEZ DEBIDO AL DESCONOCIMIENTO POR PARTE DEL -- MEDICO, DANDO LUGAR A QUE ESTOS SEAN ENVIADOS A UN SEGUN\_ DO O TERCER NIVEL DE ATENCION (10).

SI SE IDENTIFICAN A LOS PACIENTES CON DOLOR CRONICO CON -- ALTERACIONES DEL ESTADO AFECTIVO, MANEJANDO EL TRASTORNO -- AFECTIVO POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CONFORMADO POR -- EL MEDICO, ENFERMERA, TRABAJADORA SOCIAL, PUEDE MODIFI\_ -- CARSE EN FORMA FAVORABLE LA RESPUESTA A LOS TRATAMIENTOS -- DEL DOLOR.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL.

IDENTIFICAR LOS CAMBIOS AFECTIVOS EN LAS PERSONAS CON ---  
DOLOR CRONICO MUSCULOESQUELETICO.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS.

IDENTIFICAR LOS TRASTORNOS FISICOS ( ENFERMEDADES METABOLICAS, REUMATICAS, DEGENERATIVAS) CRONICAS Y PSICOLOGICAS (ANSIEDAD, DEPRESION, SOMATIZACION, OBSESIVO/COMPULSIVO) --  
MAS FRECUENTES, RELACIONADAS CON EL DOLOR CRONICO MUSCULO  
ESQUELETICO.

IDENTIFICAR LA SOMATIZACION DE LOS SITIOS MAS REFERIDOS --  
EN LOS PACIENTES CON DOLOR CRONICO MUSCULOESQUELETICO. ---  
MEDIANTE LOS TEST DE HENDLER Y HOPKINS.

## METODOLOGIA

### TIPO DE INVESTIGACION

DESCRIPTIVO-TRANSVERSAL.

### POBLACION

SE ESTUDIARA 343 PERSONAS SELECCIONADAS MEDIANTE MUESTREO NO ALEATORIO, DE TODOS LOS PACIENTES CON DOLOR CRONICO --- MUSCULOESQUELETICO DE MAS DE SEIS MESES DE EVOLUCION, QUE ACUDAN A LA CONSULTA DIARIA DE LA CLINICA DE MEDICINA----- FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO ISSSTE, Y QUE REUNAN LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

### CRITERIOS DE INCLUSION

MAS DE 40 AÑOS DE EDAD.

AMBOS SEXOS.

MAS DE SEIS MESES DE EVOLUCION.

EXPEDIENTE ACTIVO.

CON ENFERMEDADES REUMATICAS, DEGENERATIVAS, METABOLICAS.---

### CRITERIOS DE EXCLUSION

DOLOR DE CAUSA NEOPLASICA

CON CIRUGIA PREVIA A NIVEL DEL SISTEMA MUSCULOESQUELETICO.

CON TRATAMIENTO PREVIO ANTIDEPRESIVO.

QUE NO DESEEN PARTICIPAR.

**LUGAR Y TIEMPO.**

EL ESTUDIO SE LLEVARA A CABO EN LA CLINICA DE MEDICINA---  
FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO ISSSTE UBICADA EN LA CALZADA---  
DE GUADALUPE No.712 EN MEXICO D.F. DURANTE EL PERIODO DE--  
1990.

A PARTIR DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 1989, SE CAPTURARA A TODOS LOS PACIENTES QUE ACUDAN A LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO ISSSTE REFIRIENDO DOLOR CRONICO MUSCULOSQUELETICO QUE REUNAN LOS CRITERIOS DE INCLUSION.

EL INVESTIGADOR REVISARA EN LA HOJA AS4 10 DE LA CONSULTA DIARIA DEL MEDICO, Y TOMARA EL NOMBRE Y EXPEDIENTE DE CADA PACIENTE, POSTERIORMENTE REVISARA EL EXPEDIENTE CLINICO DE CADA UNO DE ELLOS Y APLICARA A LOS PACIENTES EL CUESTIONARIO TIPO HOPKINS PARA DETERMINAR LAS CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE CADA INDIVIDUO, EL CUAL CONSTA DE 58 PREGUNTAS, QUE DAN RESPUESTAS CORTAS, NO REQUIEREN DE UNA INSTRUCCION ESPECIALIZADA PARA SU MANEJO, NOS INFORMA DE LAS EXPERIENCIAS PERSONALES DE LOS PACIENTES Y NOS PORPORCIONA CINCO ESTADOS DE AFECCION COMO SON: LA SOMATIZACION, DEPRESION, ANSIEDAD, OBSESIVO/COMPULSIVO Y SENSIBILIDAD PERSONAL.

CADA RESPUESTA TIENE UN VALOR: EL NUMERO 1 EQUIVALE A NADA, EL 2 A UN POCO, EL 3 A BASTANTE Y EL 4 A EXTREMADAMENTE.

LAS CUALES SE SUMAN Y EL RESULTADO MAYOR ES EL ESTADO QUE PREDOMINA EN EL PACIENTE, ESTOS SINTOMAS SE REFIEREN EN LOS SIGUIENTES PUNTOS:

SINTOMAS:

1. 4. 12. 14. 27. 42. 46. 49. 52. 53. 56. 58

9. 10. 28. 38. 45. 46. 51. 55

ESTADO:

SOMATIZACION

OBSESIVO/COMPULSIVO.

|   |                              |
|---|------------------------------|
| 6, 11, 24, 34, 36, 37, 41                 | SENSIBILIDAD --<br>PERSONAL. |
| 5, 15, 19, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54 | DEPRESION -----              |
| 2, 17, 23, 33, 39, 50                     | ANSIEDAD --                  |

LAS PREGUNTAS SON REFERIDAS EN EL ANEXO I.

EN UNA SEGUNDA SESION SE APLICARA EL CUESTIONARIO DEL TEST DE HENDLER EL CUAL CONSTA DE 15 PREGUNTAS LAS CUALES SON FACTORES DETERMINANTES EN LOS PACIENTES PREMORBIDOS, TALES PREGUNTAS ESTAN ORIENTADAS A DETERMINAR, EL ATAQUE DEL DOLOR, LA CALIDAD, LOCALIZACION, EL GRADO DE DOLOR, TRATAMIENTOS MEDICOS, FACTORES ECONOMICOS, ETCETERA. --- DE ACUERDO A ESTAS CARACTERISTICAS QUE EL AUTOR DETERMINA, SE CALIFICA A CADA RESPUESTA DE 0 A 4, SE SUMAN AL FINAL EL PUNTAJE Y SE INVESTIGARA EN LOS SIGUIENTES LIMITES: 14 PUNTOS O MENOS SUGIERE UN PACIENTE CON DOLOR CRONICO Y RESPUESTA NORMAL A EL DOLOR. 15 A 20 PUNTOS PACIENTE CON LESION ORGANICA QUE PUEDE DAR UNA RESPUESTA NORMAL AL DOLOR, PERO EL DOLOR TIENDE A SER EXAGERADO POR UNA RESPUESTA PSICOLOGICA. DE 21 A 31 PUNTOS SUGIERE QUE EL PACIENTE EXAGERA EL DOLOR, TIENE UNA PERSONALIDAD PREMORBIDA O PREDOLOR. MAS DE 32 PUNTOS SUGIERE QUE EL PACIENTE NO PUEDE AFRONTAR NUEVAS EXPERIENCIAS, TIENE MUCHOS PROBLEMAS Y FRECUENTEMENTE CURSAN CON CUADROS DEPRESIVOS SEVEROS Y/O PROBLEMAS AFECTIVOS.

LAS PREGUNTAS SE REFIEREN EN EL ANEXO II.

AL FINAL DE LOS DOS CUESTIONARIOS Y DE LA INVESTIGACION POR EXPEDIENTES Y HOJA ASM 10 SE RECABARAN LOS RESULTADOS.

## RESULTADOS.

SE ESTUDIARON 343 PACIENTES CON DOLOR CRONICO, ENCONTRAN-  
DOSE LOS SIGUIENTES DATOS:

EL NUMERO DE PACIENTES FEMENINOS FUE DE 243 (71%) Y  
100 VARONES (29%). EL GRUPO DE EDAD CON MAYOR FRECUENCIA  
FUE DE 40 A 49 AÑOS EN AMBOS SEXOS 25% MUJERES Y 10%  
HOMBRES. EL PROMEDIO DE EDAD CORRESPONDIO A 65 AÑOS EN  
MUJERES Y 62 AÑOS EN HOMBRES CON UN RANGO DE 52 AÑOS.

### CUADRO J.

#### DISTRIBUCION DE PACIENTES POR EDAD Y SEXO.

| EDAD   | FEMENINOS |        | MASCULINOS. |        |        | TOTAL | %      |
|--------|-----------|--------|-------------|--------|--------|-------|--------|
|        | NUMERO    | %      | EDAD        | NUMERO | %      |       |        |
| 40-49A | 85        | (24.7) | 40-49A      | 36     | (10.4) | 121   | (31.2) |
| 50-59A | 58        | (16.9) | 50-59A      | 16     | (4.6)  | 74    | (21.5) |
| 60-69A | 58        | (16.9) | 60-69A      | 29     | (8.4)  | 87    | (25.3) |
| 70-79A | 33        | (9.6)  | 70-79A      | 18     | (5.4)  | 51    | (14.8) |
| 80 Y + | 9         | (2.6)  | 80 Y +      | 1      | (29.1) | 10    | (2.9)  |
| TOTAL  | 243       | (70.8) | TOTAL       | 100    | (29.1) | 343   | (100)  |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

DE ACUERDO A LA RESPUESTA DEL TEST DE HENDLER DEL DOLOR CRONICO POR SEXO, LOS PACIENTES QUE EXAGERAN EL DOLOR ( LIMITE 21 A 31) FUERON LOS MAS FRECUENTEMENTE ENCONTRADOS PREDOMINANDO EN EL SEXO FEMENINO CON UN 61% ; LOS PACIENTES QUE NO PUEDEN AFRONTAR NUEVAS EXPERIENCIAS Y QUE POR LO TANTO SOMATIZAN FUERON EL 11%, PREDOMINANDO TAMBIEN EN EL SEXO FEMENINO.

CUADRO II.

RESPUESTA DEL TEST HENDLER DEL DOLOR POR SEXO.

|          | S E X O     |             |             |  |
|----------|-------------|-------------|-------------|--|
| % LIMITE | FEMENINO    | MASCULINO   | TOTAL       |  |
| 15-20    | 1 ( 0.2%)   | 4 ( 1.1%)   | 5 ( 1.4%)   |  |
| 21-31    | 210 (61.2%) | 90 (26.2%)  | 300 (87.4%) |  |
| * DE 32  | 32 (19.3%)  | 6 ( 1.7%)   | 38 (11.0%)  |  |
| TOTAL    | 243 (89.8%) | 100 (29.1%) | 343 (100 %) |  |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

\* 15-20: PACIENTE CON LESION ORGANICA QUE PUEDE DAR UNA RESPUESTA EXAGERADA AL DOLOR CRONICO.

21-31: PACIENTE QUE EXAGERA EL DOLOR.

\* DE 32 : PACIENTE QUE NO PUEDE AFRONTAR NUEVAS EXPERIENCIAS Y POR LO TANTO TIENDE A SOMATIZAR.

EN LA RESPUESTA DEL TEST HENDLER POR GRUPO DE EDAD, EL 31% CORRESPONDIO AL GRUPO DE EDAD DE 40 A 49 AÑOS QUE EXAGERAN EL DOLOR. EL 5% EN EL GRUPO DE EDAD DE 40 A 49 AÑOS, EN EL LIMITE MAYOR DE 32.

CUADRO III.

RESPUESTA DEL TEST HENDLER POR GRUPO DE EDAD.

| EDAD   | *L       | I     | M | I           | T | E          |
|--------|----------|-------|---|-------------|---|------------|
|        |          | 15-20 |   | 21-31       |   | MAS DE 32  |
| 40-49A | 1 (0.2%) |       |   | 107 (31.1%) |   | 18 (15.2%) |
| 50-59A | ----     |       |   | 71 (20.6%)  |   | 2 (0.5%)   |
| 60-69A | 1 (0.2%) |       |   | 78 (22.7%)  |   | 8 (2.3%)   |
| 70-79A | 1 (0.2%) |       |   | 37 (10.7%)  |   | 7 (2.0%)   |
| 80 Y + | 2 (0.5%) |       |   | 6 (1.7%)    |   | 3 (0.8%)   |
| TOTAL  | 5 (1.4%) |       |   | 300 (87.4%) |   | 38 (11.0%) |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

\*15-20: PACIENTE CON LESION ORGANICA QUE PUEDE EXAGERAR EL DOLOR CRONICO.

21-31: PACIENTE QUE EXAGERA EL DOLOR.

MAS DE 32: PACIENTE QUE NO PUEDE AFRONTAR NUEVAS EXPERIENCIAS Y TIENDE A SOMATIZAR.

SE ENCONTRO QUE LA MAYORIA DE LOS PACIENTES CON DIAGNOS--  
TICO DE AFECTACION A NIVEL DEL SISTEMA MUSCULOESQUELETI--  
CO ( EN DONDE SE INCLUYEN ENFERMEDADES REUMATICAS, Y ----  
OSTEOARTRITIS DEGENERATIVA EN SU MAYORIA). LA DIABETES --  
MELLITUS TAMBIEN FUE RELACIONADA CON EL DOLOR, LA HIPER--  
TENSION, LA INSUFICIENCIA VENOSA, LA OBESIDAD; TODAS ----  
ELLAS FUERON MAS FRECUENTES EN LOS QUE TIENDEN A EXAGE--  
RAR EL DOLOR (LIMITE DE 21 A 31).

CUADRO IV.

DIAGNOSTICO CLINICO INICIAL Y SU RELACION CON EL TEST DE--  
HENDLER.

| DIAGNOSTICO | 15-20<br># % | 21-31<br># % | DE 32<br># % | TOTAL<br># % |
|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| **S.M.E     | 5 (1.4)      | 305 (88.9)   | 33 (9.6)     | 343(100)     |
| D.M         | -----        | 10 (2.9)     | 3 (0.8)      | 13(3.7)      |
| OBESIDAD    | -----        | 1 (0.2)      | 1 (0.2)      | 2(0.5)       |
| H.A.S       | 1 (0.2)      | 11 (3.2)     | 1 (0.2)      | 13(3.7)      |
| I.V.P       | -----        | 2 (0.5)      | -----        | 2(0.5)       |
| SOMATIZA    | -----        | 1 (0.2)      | 1 (0.2)      | 2(0.5)       |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

\*15-20: PACIENTE CON LESION ORGANICA QUE PUEDE EXAGERAR --  
EL DOLOR.

21-31: PACIENTE QUE EXAGERA EL DOLOR.

DE 32: PACIENTE QUE NO PUEDE AFRONTAR NUEVAS EXPERIEN--  
CIAS.

\*\*S.M.E: SISTEMA MUSCULORSQUELETICO.

D.M: DIABETES MELLITUS. H.A.S: HIPERTENSION ARTERIAL

SISTEMICA. I.V.P: INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA

EN LA RESPUESTA DEL TEST HOPKINS POR SEXO EL ESTADO  
 DEPRESIVO FUE EL MAS FRECUENTE PARA EL SEXO FEMENINO 41%  
 Y PARA EL MASCULINO 15%.

CUADRO V.

RESPUESTA DEL TEST HOPKINS POR SEXO.

| HOPKINS                   | S           | E | X          | O |             |
|---------------------------|-------------|---|------------|---|-------------|
|                           | FEMENINOS   |   | MASCULINOS |   | TOTAL       |
| DEPRESION                 | 139 (40.5%) |   | 53 (15.4%) |   | 192 (55.9%) |
| ANSIEDAD                  | 53 (15.4%)  |   | 26 ( 7.5%) |   | 79 (23.0%)  |
| SOMATIZACION              | 38 (11.0%)  |   | 18 ( 5.2%) |   | 56 (16.3%)  |
| OBSERSIVO/<br>COMPULSIVO. | 13 ( 3.7%)  |   | 3 ( 0.8%)  |   | 16 ( 4.6%)  |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

EN EL SEXO FEMENINO EL ESTADO DEPRESIVO FUE EL DE MAYOR FRECUENCIA SIENDO LOS PACIENTES DEL GRUPO DE 40 A 49 AÑOS EL MAS AFECTADO (14%).

EN LA ANSIEDAD SE OBSERVO, LA MAYOR FRECUENCIA EN EL GRUPO DE 40 A 49 AÑOS DE EDAD (5%).

CUADRO VI.

GRUPO DE EDAD Y SU RELACION CON EL TEST HOPKINS EN EL SEXO FEMENINO.

| H O P K I N S |             |             |            |                         |
|---------------|-------------|-------------|------------|-------------------------|
| EDAD          | DEPRESION   | SOFTIZACION | ANSIEDAD   | CBSESIVO/<br>COMPULSIVO |
| 40-49A        | 48 (13.9%)  | 15 (4.3%)   | 18 (5.2%)  | 4(1.1%)                 |
| 50-59A        | 26 ( 7.5%)  | 15 (4.3%)   | 12 (3.4%)  | 4(1.1%)                 |
| 60-69A        | 37 (10.7%)  | 5 (1.4%)    | 14 (4.0%)  | 3(0.8%)                 |
| 70-79A        | 20 ( 5.8%)  | 3 (0.8%)    | 8 (2.3%)   | 2(0.5%)                 |
| 80 Y +        | 8 ( 2.3%)   | -----       | 1 (0.2%)   | -----                   |
| TOTAL         | 139 (40.5%) | 38 (11%)    | 53 (15.4%) | 13(3.7%)                |

FUENTE: CEBULA DE RECOLECCION DE DATOS.

EN EL SEXO MASCULINO, EL ESTADO DEPRESIVO FUE EL MAS-----  
 FRECUENTE CON UN 15%, OBSERVANDOSE EL 6% EN EL GRUPO DE--  
 60 A 69 AÑOS DE EDAD; EN LA ANSIEDAD EL 3% FUE EN EL GRUPO-  
 DE 40 A 49 AÑOS.

CUADRO VII.

GRUPO DE EDAD Y SU RELACION CON EL TEST HOPKINS EN EL  
 SEXO MASCULINO.

|        | H O P K I N S |              |           |                         |
|--------|---------------|--------------|-----------|-------------------------|
| EDAD   | DEPRESION     | SOMATIZACION | ANSIEDAD  | OBSESIVO/<br>COMPULSIVO |
| 40-49A | 14 ( 4.0%)    | 10 (2.9%)    | 11 (3.2%) | 1 (0.2%)                |
| 50-59A | 8 ( 2.3%)     | 4 (1.1%)     | 4 (1.1%)  | -----                   |
| 60-69A | 20 ( 5.8%)    | 1 (0.2%)     | 7 (2.0%)  | 2 (0.5%)                |
| 70-79A | 11 ( 3.2%)    | 2 (0.5%)     | 4 (1.1%)  | -----                   |
| 80 Y + | -----         | 1 (0.2%)     | -----     | -----                   |
| TOTAL  | 53 (15.4%)    | 18 (5.2%)    | 26 (7.5%) | 3 (0.8%)                |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

SE ENCONTRO EL ESTADO DEPRESIVO EN UN 53% DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLINICO DE ENFERMEDAD DEL SISTEMA MUSCULOESQUELETICO (INCLUYENDO ENFERMEDADES REUMATICAS Y OSTEOARTICULARES DEGENERATIVAS EN SU MAYORIA) EL ESTADO DEPRESIVO SE OBSERVO EN UN 3% DE LOS PACIENTES DIABETICOS, Y EL 2% DE LOS HIPERTENSOS.

#### CUADRO VIII

DIAGNOSTICO CLINICO INICIAL DE LOS PACIENTES Y SU RELACION CON EL TEST DE HOPKINS.

|              | H         | O | P            | K | I         | N        | S        |
|--------------|-----------|---|--------------|---|-----------|----------|----------|
| DIAGNOSTICO  | DEPRESION |   | SOMATIZACION |   | ANSIEDAD  | OBSESIVO |          |
| *S.M.E       | 185(53%)  |   | 56(16.3%)    |   | 91(26.5%) | COM.     | 19(5.5%) |
| D.M          | 9(2.6%)   |   | -----        |   | 1(0.2%)   |          | -----    |
| OBESIDAD     | -----     |   | -----        |   | 1(0.2%)   |          | -----    |
| H.A.S        | 8(2.3%)   |   | 3(0.8%)      |   | 2(0.5%)   |          | -----    |
| I.V.P        | 1(0.2%)   |   | -----        |   | -----     |          | -----    |
| SOMATIZACION | -----     |   | 1(0.2%)      |   | -----     |          | -----    |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

\*S.M.E: SISTEMA MUSCULOESQUELETICO.

D.M: DIABETES MELLITUS. H.A.S: HIPERTENSION ARTERIAL.

I.V.P: INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA.

EN EL CUADRO EN DONDE SE RELACIONA EL ESTADO DEPRESIVO---  
 MEDIANTE EL TEST DE HOPKINS Y EL TEST DE HENDLER EN EL---  
 SEXO FEMENINO; EL 34% EXAGERA EL DOLOR ( LIMITE DE 21 A--  
 31), CON MAYOR FRECUENCIA EN EL GRUPO DE 40 A 49 AÑOS DE-  
 EDAD. EL 3% EN EL GRUPO DE 40 A 49 AÑOS QUE NO PUEDEN---  
 AFRONTAR NUEVAS EXPERIENCIAS Y POR LO TANTO SOMATIZAN.

CUADRO IX.

RELACION DEL ESTADO DEPRESIVO MEDIANTE EL TEST HOPKINS Y  
 HENDLER EN EL SEXO FEMENINO.

| EDAD   | *L       | I | M           | I | T         | E.          |
|--------|----------|---|-------------|---|-----------|-------------|
|        | 15-20    |   | 21-31       |   | • DE 32   | TOTAL       |
| 40-49A | -----    |   | 36 (10.4%)  |   | 10 (2.9%) | 46 (13.4%)  |
| 50-59A | -----    |   | 28 ( 8.1%)  |   | -----     | 28 ( 8.1%)  |
| 60-69A | -----    |   | 33 ( 9.6%)  |   | 3 (0.8%)  | 36 (10.4%)  |
| 70-79A | 1 (0.2%) |   | 16 ( 4.6%)  |   | 3 (0.8%)  | 20 ( 5.8%)  |
| 80 Y + | -----    |   | 5 ( 1.4%)   |   | 3 (0.8%)  | 8 ( 2.3%)   |
| TOTAL  | 1 (0.2%) |   | 118 (34.4%) |   | 19 (5.5%) | 138 (40.2%) |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

\*15-20: PACIENTE CON LESION ORGANICA QUE PUEDE EXAGERAR EL DOLOR.

21-31: PACIENTE QUE EXAGERA EL DOLOR.

• DE 32: PACIENTE QUE NO PUEDE AFRONTAR NUEVAS EXPERIENCIAS.

RELACION DEL ESTADO DE ANSIEDAD MEDIANTE EL TEST HOPKINS Y HENDLER EN EL SEXO FEMENINO; EL 3% EXACERAN EL DOLOR.-- EN EL GRUPO DE EDAD DE 60 A 69 AÑOS, EL 2% EN EL GRUPO DE 40 A 49 AÑOS DE PACIENTES QUE NO PUEDN AFRONTAR NUEVAS--- EXPERIENCIAS.

CUADRO X.

RELACION DEL ESTADO DE ANSIEDAD MEDIANTE EL TEST HOPKINS- Y HENDLER EN EL SEXO FEMENINO.

| EDAD   | * L   | I | M          | I | T         | E          |
|--------|-------|---|------------|---|-----------|------------|
|        | 15-20 |   | 21-31      |   | + DE 32   | TOTAL      |
| 40-49A | ----- |   | 11 (3.2%)  |   | 6 (1.7%)  | 17 (4.9%)  |
| 50-59A | ----- |   | 11 (3.2%)  |   | 1 (0.2%)  | 12 (3.4%)  |
| 60-69A | ----- |   | 12 (3.4%)  |   | 3 (0.8%)  | 15 (4.3%)  |
| 70-79A | ----- |   | 9 (2.6%)   |   | -----     | 9 (2.6%)   |
| 80 Y . | ----- |   | 1 (0.2%)   |   | -----     | 1 (0.2%)   |
| TOTAL  | ----- |   | 44 (12.8%) |   | 10 (2.9%) | 54 (15.7%) |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

\*15-20: PACIENTE CON LESION ORGANICA QUE PUEDE EXAGERAR EL DOLOR CRONICO.

21-31: PACIENTE QUE EXAGERA EL DOLOR.

+ DE 32: PACIENTE QUE NO PUEDE AFRONTAR NUEVAS EXPERIENCIAS.

SEGUN LOS RESULTADOS EN EL TEST DE HOPKINS LA SOMATIZACION EN EL 11% DE LOS PACIENTES EXAGERARON EL DOLOR, CON MAYOR FRECUENCIA EN EL GRUPO DE EDAD DE 40 A 49 AÑOS. Y SOLO EL .2% NO PUEDEN AFRONTAR NUEVAS EXPERIENCIAS.

CUADRO XI.

RELACION DE LA SOMATIZACION MEDIANTE EL TEST HOPKINS Y HENDLER EN EL SEXO FEMENINO.

| EDAD   | *L    | I | M        | I | T       | E         |
|--------|-------|---|----------|---|---------|-----------|
|        | 15-20 |   | 21-31    |   | DE 32   | TOTAL     |
| 40-49A | ----- |   | 16(4.6%) |   | 1(0.2%) | 17(4.9%)  |
| 50-59A | ----- |   | 15(4.3%) |   | -----   | 15(4.3%)  |
| 60-69A | ----- |   | 4(1.1%)  |   | -----   | 4(1.1%)   |
| 70-79A | ----- |   | 3(0.8%)  |   | -----   | 3(0.8%)   |
| 80 Y + | ----- |   | -----    |   | -----   | -----     |
| TOTAL  | ----- |   | 38(11%)  |   | 1(0.2%) | 39(11.3%) |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

\*15-20: PACIENTE CON LESION ORGANICA QUE PUEDE EXAGERAR EL DOLOR CRONICO.

21-31: PACIENTE QUE EXAGERA EL DOLOR.

DE 32: PACIENTE QUE NO PUEDE AFRONTAR NUEVAS EXPERIENCIAS

EN AQUELLOS PACIENTES EN LOS QUE SE ENCONTRO UN ESTADO---  
 OBSESIVO/COMPULSIVO EN EL SEXO FEMENINO, SE OBSERVO QUE--  
 EL 1% CORRESPONDIA AL GRUPO DE EDAD DE 40 A 49 AÑOS Y QUE  
 EXAGERAN EL DOLOR (LIMITE DE 21 A 31).

CUADRO XII.

RELACION DEL ESTADO OBSESIVO/COMPULSIVO MEDIANTE EL TEST  
 HOPKINS Y HENDLER EN EL SEXO FEMENINO.

| EDAD   | *L    | I | M        | I | T       | E.       |
|--------|-------|---|----------|---|---------|----------|
|        | 15-20 |   | 21-31    |   | + DE 32 | TOTAL    |
| 40-49A | ----- |   | 3(0.8%)  |   | -----   | 3(0.8%)  |
| 50-59A | ----- |   | 4(1.1%)  |   | -----   | 4(1.1%)  |
| 60-69A | ----- |   | 2(0.5%)  |   | 1(0.2%) | 3(0.8%)  |
| 70-79A | ----- |   | 1(0.2%)  |   | 1(0.2%) | 2(0.5%)  |
| 80 Y + | ----- |   | -----    |   | -----   | -----    |
| TOTAL  | ----- |   | 10(2.9%) |   | 2(0.5%) | 12(3.4%) |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

\*15-20: PACIENTE CON LESION ORGANICA QUE PUEDE EXAGERAR EL  
 DOLOR.

21-31: PACIENTE QUE EXAGERA EL DOLOR.

+ DE 32: PACIENTE QUE NO PUEDE AFRONTAR NUEVAS EXPERIENCIAS.

EN EL SEXO MASCULINO EN EL ESTADO DEPRESIVO SE ENCONTRO --  
 QUE EL 14% DE LOS PACIENTES EXACERARON EL DOLOR (LIMITE --  
 DE 21 A 31) CON MAYOR FRECUENCIA EN EL GRUPO DE EDAD DE --  
 60 A 69 AÑOS.

CUADRO XIII.

RELACION DEL ESTADO DEPRESIVO MEDIANTE EL TEST HOPKINS Y  
 HENELER EN EL SEXO MASCULINO.

| EDAD   | *I.     | I | M         | I | T       | E.        |
|--------|---------|---|-----------|---|---------|-----------|
|        | 15-20   |   | 21-31     |   | • DE 32 | TOTAL     |
| 40-49A | -----   |   | 14(4.0%)  |   | 1(0.2%) | 15(4.3%)  |
| 50-59A | -----   |   | 9(2.6%)   |   | -----   | 9(2.6%)   |
| 60-69A | 1+0:2%  |   | 16(4.6%)  |   | 1(0.2%) | 18(5.2%)  |
| 70-79A | -----   |   | 8(2.3%)   |   | 3(0.8%) | 11(3.2%)  |
| 80 Y + | -----   |   | -----     |   | -----   | -----     |
| TOTAL  | 1(0.2%) |   | 47(13.7%) |   | 5(1.4%) | 53(15.4%) |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

\*15-20: PACIENTE CON LESION ORGANICA QUE PUEDE EXAGERAR EL  
 DOLOR CRONICO.

21-31: PACIENTE QUE EXAGERA EL DOLOR.

• DE 32: PACIENTE QUE NO PUEDE AFRONTAR NUEVAS EXPERIENCIAS.

EN CUANTO A LA ANSIEDAD PARA EL SEXO MASCULINO DETERMINADA POR EL TEST DE HOPKINS, EL GRUPO DE EDAD MAS AFECTADO FUE EL DE 40 A 49 AÑOS EN UN 3% Y EXAGERAN EL DOLOR.

**CUADRO XIV.**

RELACION DEL ESTADO DE ANSIEDAD MEDIANTE EL TEST HOPKINS Y HENDLER EN EL SEXO MASCULINO.

| EDAD   | 2L     | I | M        | I | T       | E        |
|--------|--------|---|----------|---|---------|----------|
|        | 15-20  |   | 21-31    |   | * DE 32 | TOTAL    |
| 40-49A | 1(.2%) |   | 9(2.6%)  |   | -----   | 10(2.9%) |
| 50-59A | -----  |   | 4(1.1%)  |   | -----   | 4(1.1%)  |
| 60-69A | -----  |   | 7(2.0%)  |   | -----   | 7(2.0%)  |
| 70-79A | -----  |   | 4(1.1%)  |   | -----   | 4(1.1%)  |
| 80 Y + | -----  |   | -----    |   | -----   | -----    |
| TOTAL  | 1(.2%) |   | 24(6.9%) |   | -----   | 25(7.2%) |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

\*15-20: PACIENTE CON LESION ORGANICA QUE PUEDE EXAGERAR EL DOLOR.

21-31: PACIENTE QUE EXAGERA EL DOLOR.

\* DE 32: PACIENTE QUE NO PUEDE AFRONTAR NUEVAS EXPERIENCIAS.

DE LOS 18 PACIENTES OBSERVADOS CON SOMATIZACION EN EL-----  
 SEXO MASCULINO, EL 5% EXAGERARON EL DOLOR, Y DE ESTOS-----  
 CORRESPONDIO EL 3% AL GRUPO DE EDAD DE 40 A 49 AÑOS.

CUADRO XV.

RELACION DE LA SOMATIZACION MEDIANTE EL TEST HOPKINS  
 Y HENDLER EN EL SEXO MASCULINO.

| EDAD   | *L     | I        | M | I | T       | E.       |
|--------|--------|----------|---|---|---------|----------|
|        | 15-20  | 21-31    |   |   | + DE 32 | TOTAL    |
| 40-49A | -----  | 10(2.9%) |   |   | -----   | 10(2.9%) |
| 50-59A | -----  | 3(0.8%)  |   |   | 1(.2%)  | 4(1.1%)  |
| 60-69A | -----  | 1(0.2%)  |   |   | -----   | 1(0.2%)  |
| 70-79A | -----  | 2(0.5%)  |   |   | -----   | 2(0.5%)  |
| 80 Y + | 1(.2%) | -----    |   |   | -----   | 1(0.2%)  |
| TOTAL  | 1(.2%) | 16(4.6%) |   |   | 1(.2%)  | 18(5.2%) |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

\*15-20: PACIENTE CON LESION ORGANICA QUE PUEDE EXAGERAR EL DOLOR.

21-31: PACIENTE QUE EXAGERA EL DOLOR.

+ DE 32: PACIENTE QUE NO PUEDE AFRONTAR NUEVAS EXPERIENCIAS.

EL ESTADO OBSESIVO DETERMINADO POR EL TEST HOPKINS PUE--  
 MAS FRECUENTE EN LOS PACIENTES QUE EXAGERARON EL DOLOR (   
 LIMITE DE 21 A 31), CON MAYOR FRECUENCIA EN EL GRUPO DE -  
 60 A 69 AÑOS.

CUADRO XVI.

RELACION DEL ESTADO OBSESIVO/COMPULSIVO MEDIANTE EL TEST  
 HOPKINS Y HENDLER EN EL SEXO MASCULINO.

| EDAD   | *1.   | I        | M | I | T       | E        |
|--------|-------|----------|---|---|---------|----------|
|        | 15-20 | 21-31    |   |   | • DE 32 | TOTAL    |
| 40-49A | ----- | 1 (.2%)  |   |   | -----   | 1 (.2%)  |
| 50-59A | ----- | -----    |   |   | -----   | -----    |
| 60-69A | ----- | 3 (.8%)  |   |   | -----   | 3 (.8%)  |
| 70-79A | ----- | -----    |   |   | -----   | -----    |
| 80 Y • | ----- | -----    |   |   | -----   | -----    |
| TOTAL  | ----- | 4 (1.1%) |   |   | -----   | 4 (1.1%) |

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

\*15-20: PACIENTE CON LESIÓN ORGÁNICA QUE PUEDE EXAGERAR EL DOLOR.

21-31: PACIENTE QUE EXAGERA EL DOLOR.

• DE 32: PACIENTE QUE NO PUEDE AFRONTAR NUEVAS EXPERIENCIAS.

## DISCUSION .

DE LOS 343 PACIENTES DE AMBOS SEXOS, MAYORES DE 40 AÑOS; EL 70% FUERON MUJERES Y EL 30% VARONES, AFECTANDO AL----- GRUPO DE EDAD MAYOR DE 40 AÑOS (40 A 49 AÑOS); ESTOS----- RESULTADOS SE CORROBORAN CON LOS ENCONTRADOS POR VARIOS-- AUTORES COMO BEUTLER Y COLS (2,3,4,25,26).

DE ACUERDO AL TEST DE HENDLER SE ENCONTRO QUE EL 61% DE-- LOS PACIENTES MUJERES EXAGERAN EL DOLOR ( LIMITE DE 21 A- 31) DE ESTE EL 30% CORRESPONDIO AL GRUPO DE EDAD DE 40 A- 49 AÑOS LO CUAL PUEDE SER PORQUE LAS MUJERES SON LAS QUE- CON MAYOR FRECUENCIA ACUDEN A CONSULTA, CON MAYOR FACILI- DAD TIENDEN A EXPRESAR SUS EMOCIONES, TIENEN MENOR TOLE- RANCIA QUE LOS VARONES (25,26).

EL 89% DE LOS PACIENTES CON DOLOR EXAGERADO EN AMBOS----- SEXOS (LIMITE DE 21 A 31), TENIAN DIAGNOSTICO CLINICO DE- AFECTACION A NIVEL DEL SISTEMA MUSCULOESQUELETICO (INCLU- YENDO ENFERMEDADES REUMATICAS, OSTEOARTRITIS DEGENERATIVA PRINCIPALMENTE) EL 3% DIABETES MELLITUS Y EL 3% HIPERTEN- SION ARTERIAL SISTEMICA.

ESTO NO SIGNIFICA QUE TALES PACIENTES NO PRESENTEN DOLOR; SINO, QUE POR SU PERSONALIDAD PREMORBIDA, PUEDEN EXAGERAR EL DOLOR, SIENDO EL SITIO MAS FRECUENTEMENTE REFERIDO EL SISTEMA MUSCULOESQUELETICO, ADEMAS DE QUE ESTA RELACIONA- DO CON ALTERACIONES DEL ESTADO AFECTIVO (20,23,26); COMO-- SE MUESTRAN EN ESTOS RESULTADOS.

DE ACUERDO AL TEST DE HOPKINS EN EL 53% DE LOS PACIENTES-

CON DOLOR EXAGERADO PREDOMINO EL ESTADO DEPRESIVO, SEGUI\_ DO DE LA ANSIEDAD CON 27% .ESTO ES SIMILAR A LOS RESULTA\_ DOS ENCONTRADOS POR BLUMER, KRISHANAN Y COLS (\*).

EN EL 3% DE LOS PACIENTES DIABETICOS Y EN 2% DE LOS ----- PACIENTES HIPERTENSOS, SE ENCONTRO UN ESTADO DEPRESIVO, -- LO CUAL NOS PUEDE EXAGERAR EL DOLOR COMO SE OBSERVO EN--- LOS RESULTADOS. LOS FACIENTES DIABETICOS E HIPERTENSOS--- FRECUENTEMENTE ACUDEN CON DOLORES A NIVEL DEL SISTEMA---- MUSCULOESQUELETICO, QUE PUEDRN EXAGERARSE POR ESTOS----- ESTADOS APECTIVOS, PORQUE SI LA DEPRESION SIGUN ----- SCHEWETZER ACOMPAA AL PACIENTE DESDE EL INICIO DE LA --- ENFERMEDAD, ESTA SE PUEDE AGRAVAR POR LA DEPENDENCIA QUE SUPRE EL ENFERMO, LA TENSION A LA QUE ESTA SUJETO Y EL --- SABERSE CRONICAMENTE ENFERMO, Y AL IGUAL QUE EL PACIENTE - HIPERTENSO LA DEPRESION PUEDE AUMENTAR LA SINTOMATOLOGIA - MUSCULOESQUELETICA (27, 28).

EL ESTADO DEPRESIVO DETERMINADO POR EL TEST DE HOPKINS--- FUE EL DE MAYOR FRECUENCIA, 40% EN MUJERES Y EL 15% EN --- HOMBRES. LA ANSIEDAD SIGUIO EN FRECUENCIA CON 15% EN ---- MUJERES Y 8% EN HOMBRES. EL GRUPO DE EDAD MAS AFECTADO EN EL ESTADO DEPRESIVO FUE DE 40 A 49 AÑOS EN MUJERES CON--- 14% Y DE 60 A 69 AÑOS EN VARONES CON 6%

EN EL ESTADO DE ANSIEDAD FUE MAS FRECUENTE EL GRUPO DE --- MUJERES DE 40 A 49 AÑOS CON 5% Y EN VARONES 3% CON LA ---- MISMA EDAD

COMO LO REFIRRE KRISHANAN Y COLS: EL ESTADO DEPRESIVO EN--

(\* ) 2,3,4,5,6,7,12,13

EL DOLOR CRONICO ES MAS FRECUENTE EN AMBOS SEXOS Y EN ---  
MAYORES DE 40 AÑOS, PREDOMINANDO EN EL SEXO FEMENINO; LA-  
ANSIEDAD TAMBIEN SE REFIERE CON MAYOR FRECUENCIA EN ---  
MUJERES EN EL MISMO RANGO DE EDAD (10,11,12,17).

AL EVALUAR EL ESTADO DEPRESIVO, LAS MUJERES TIENDEN A ---  
EXAGERAR EL DOLOR 34% Y SOLO EL 14% DE LOS VARONES.

HENDLER Y COLS: REFIEREN EN RELACION CON LOS PACIENTES --  
QUE EXAGERAN EL DOLOR, QUE CON MAYOR FRECUENCIA SON ----  
MUJERES, POR EL TIPO DE PERSONALIDAD PREMORBIDA; MENOR --  
TOLERANCIA QUE LOS VARONES, SIENDO PACIENTES CON UNA ---  
CULPABILIDAD CONSCIENTE O INCONSCIENTE, LIGADA A TENDEN\_--  
CIAS AGRESIVAS O DEMANDANTES (26,27,28).

LA ANSIEDAD SE DEFINE COMUNMENTE COMO SENTIMIENTO DIFUSO,  
VAGO Y MUY DESAGRADABLE DE MIEDO Y APREHENSION (29).

LA ANSIEDAD AUMENTA EL DOLOR, POR INCREMENTAR LA SENSI\_--  
BILIDAD AL MISMO, O AUMENTAR LA RESPUESTA O BIEN PUEDE--  
SER UNA EXPRESION DE ESTE (11,27).

LA ANSIEDAD ORIGINA TENSION POR UNA HIPERACTIVIDAD MUSCU\_  
LAR FRECUENTE; LAS TEORIAS NEUROFISIOLOGICAS CONSIDERAN -  
QUE LA INTERACCION ANSIEDAD-DOLOR SE DEBERIA A LA INTE\_  
GRACION DE DATOS A CIERTO NIVEL, QUE LLEGAN A LA CON\_ --  
CIENCIA CON MAYOR O MENOR IMPACTO. ES LO QUE EXPLICA POR  
EJEMPLO, LA APARICION DEL DOLOR POR LAS TARDES (27).

LA ANSIEDAD DESENCADENA HOSTILIDAD CONTRA UNO MISMO O ---  
CONTRA LOS DEMAS, PERTURBA LA PERSONALIDAD Y DA SIGNIFI\_  
CACIONES DIFERENTES SECUN LA ESTRUCTURA PSICODINAMICA DEL

SUJETO: AUTOCASTIGO, SACRIFICIO, IMPOTENCIA, ETCETERA. ---  
LA ANSIEDAD PUEDE AUMENTAR EL DOLOR (\*).

EL 13% DE LAS MUJERES Y EL 7% DE VARONES EXAGERAN EL ----  
DOLOR SIENDO EL GRUPO MAS FRECUENTE EL DE 40 A 49 AÑOS EN  
EL VARON Y DE 60 A 69 AÑOS EN LAS MUJERES.

CONFORME AVANZA LA EDAD, SE HA OBSERVADO SECUN VARIOS ---  
REPORTES QUE AUMENTA LA ANSIEDAD Y QUE COMO SE MENCIONO -  
AUMENTA EL DOLOR (21, 22, 27).

LA SOMATIZACION SE OBSERVA EN EL 11% DE LAS MUJERES Y EN  
EL 5% DE LOS HOMBRES QUE EXAGERAN EL DOLOR, SIENDO EL ---  
GRUPO MAS FRECUENTE PARA AMBOS SEXOS EL DE 40 A 49 AÑOS. -  
COMO LO REFIERE WOLFF Y JARVIK QUE CONFORME AVANZA LA ---  
EDAD, EL UMBRAL BAJA EN LAS MUJERES Y DISMINUYE LA TOLE\_  
RANCIA.

EL ESTADO OBSESIVO/COMPULSIVO SON IDEAS Y ACTOS QUE ---  
OCURREN REPETITIVAMENTE AL PARECER DE MANERA INEXPLICABLE  
LOS RITUALES Y PENSAMIENTOS OBSESIVOS/COMPULSIVOS SON --  
VARIABLES Y SE PRESENTAN COMO UN SENTIMIENTO DE ANSIEDAD-  
CUANDO EL PENSAMIENTO O ACTO SON IMPEDIDOS POR ALGUNA --  
RAZON (29).

LA PERSONA CON ESTE ESTADO PUEDE PRESENTAR DOLOR POR LA -  
ANSIEDAD QUE PRESENTAN, ESTA ANSIEDAD HACE VULNERABLE A -  
ESTOS INDIVIDUOS A LA HIPERACTIVACION DE LOS SISTEMAS DE  
ORGANOS Y MENOS CAPACES DE CONTRARESTAR LA TENSION CRONI\_  
CA (28, 29).

POR SU MISMO ESTADO TIENDEN A EXAGERAR EL DOLOR, COMO SE-  
(\* ) 15, 17, 23, 26, 27, 29

OBSERVO EN LOS RESULTADOS, EN LOS QUE AMBOS SEXOS EXAGERAN EL DOLOR, CON MAYOR FRECUENCIA EN EL SEXO FEMENINO--- CON 3% EN 40 A 49 AÑOS.

EN BASE A ESTOS RESULTADOS SE PUEDE OBSERVAR QUE EL DOLOR CRONICO A ESTE NIVEL DEL SISTEMA MUSCULOESQUELETICO ES--- FRECUENTEMENTE REFERIDO, DESPUES DE LOS 40 AÑOS DE EDAD.- CONFORME AVANZA LA EDAD HAY MAYOR DESGASTE DE LAS ARTICULACIONES Y MAYOR FRECUENCIA DE ALTERACIONES EN EL ESTADO AFECTIVO, OBSERVANDO LA INVOLUCRACION DE SUSTANCIAS QUE AFECTAN AMBAS ENTIDADES (27).

LA CRONICIDAD, LA LIMITACION DE LA MOTILIDAD Y LAS LIMITACIONES SOCIALES A QUE DAN LUGAR, TIENEN EVIDENTEMENTE INCIDENCIA SOBRE EL PSIQUISMO (27,28).

ESTO PUEDE EXPLICAR QUE LA GENTE A ESTA EDAD, REFIERE -- FRECUENTEMENTE AUMENTO EN LA INTENSIDAD Y FRECUENCIA DEL DOLOR, ENTRANDO EN UN CIRCULO VICIOSO, QUE POR UN LADO SE ENCUENTREN CAMBIOS EN EL ESTADO AFECTIVO QUE FAVORECEN EL AUMENTO DEL DOLOR Y POR EL OTRO CUANDO EL MEDICO DETECTA UN DOLOR ORGANICO EL PACIENTE SE DEPRIME Y AUMENTA EL--- DOLOR.

SI EL MEDICO DEL PRIMER NIVEL, TIENE EN MENTE ESTOS ---- HALLAZGOS, PUEDE UTILIZAR RECURSOS PARA DIAGNOSTICAR LAS ALTERACIONES DEL ESTADO AFECTIVO COMO EL TEST DE HOPKINS- Y LA EVALUACION DEL DOLOR CRONICO POR EL TEST DE HENDLER, PODRA CLASIFICAR A SUS PACIENTES PARA BRINDARLES MAYOR--- ATENCION MEDICA, REFERIRLOS A UN SEGUNDO O TERCER NIVEL--

DE ATENCION, CUANDO ASI LO AMERITE, CON UN DIAGNOSTICO --  
ESPECIFICO, YA QUE ES EL MEDICO FAMILIAR, EL QUE ESTA MAS  
CAPACITADO PARA BRINDAR APOYO AL ENFERMO, ES EL QUE DEBE  
TENER SIEMPRE EN MENTE, LA BUSQUEDA DE NUEVAS ALTERNATI\_  
VAS, QUE APOYEN A SU CONSULTA, AHORREN TIEMPO Y BENEFI\_ -  
CIEN A SUS PACIENTES.

TEST DE HOPKINS

ANEXO I

|  | <u>NADA/UN POCO/BASTANTE/EXTREMADAMENTE</u> |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
|  | "   | " | " | " |
| 1. DOLOR DE CABEZA   | "   | " | " | " |
| 2. NERVIOSIDAD O<br>TEMBLOR.                               | "   | " | " | " |
| 3. INCAPAZ DE DESECHAR<br>MALOS PENSAMIENTOS.              | "   | " | " | " |
| 4. -VISION BORROSA.  | "   | " | " | " |
| 5. PERDIDA DEL INTERES<br>SEXUAL.                          | "   | " | " | " |
| 6. SENTIMIENTOS CRITI_<br>COS.                             | "   | " | " | " |
| 7. PESADILLAS.   | "   | " | " | " |
| 8. DIFICULTAD PARA<br>EXPRESARSE CUANDO<br>ESTA EXITADO.   | "   | " | " | " |
| 9. RECORDANDO EL PASA_<br>DO SE PREOCUPA.                  | "   | " | " | " |
| 10. IDIFERENCIA DE<br>SU APARIENCIA<br>PERSONAL.           | "   | " | " | " |
| 11. ES IRRITABLE FACIL_<br>MENTE.                          | "   | " | " | " |
| 12. DOLOR TORAX.   | "   | " | " | " |
| 13. PICAZON EN EL CUERPO                                   | "   | " | " | " |
| 14. FALTA DE ENERGIA.                                      | "   | " | " | " |
| 15. PIENSA EN DAR FIN A<br>SU VIDA.                        | "   | " | " | " |
| 16. SUDA DEMASIADO.  | "   | " | " | " |
| 17. TIEMBLA DEMASTADO.                                     | "   | " | " | " |
| 18. TIENE IDEAS CONFUSAS                                   | "   | " | " | " |
| 19. PERDIDA DEL APETITO                                    | "   | " | " | " |
| 20. LLORA CON FACILIDAD                                    | "   | " | " | " |
| 21. LE INQUIETA EL SEXO<br>OPUESTO O INTIMIDA.             | "   | " | " | " |
| 22. SIENTE QUE LO SIGUEN<br>O QUE LO ATRAPAN               | "   | " | " | " |
| 23. SE ASUSTA O SE INQUIE_<br>TA SIN RAZON.                | "   | " | " | " |
| 24. ARRANQUES DE MAL HUMOR<br>QUE NO PUEDE CONTRO_<br>LAR. | "   | " | " | " |
| 25. ESTREÑIMIENTO.   | "   | " | " | " |
| 26. SE CULPA A SI MISMO.                                   | "   | " | " | " |
| 27. DOLOR DE ESPALDA                                       | "   | " | " | " |
| 28. SIENTE QUE TODO LE<br>SALE MAL.                        | "   | " | " | " |
| 29. SE SIENTE SOLO.  | "   | " | " | " |
| 30. SE SIENTE TRISTE.                                      | "   | " | " | " |
| 31. SE PREOCUPA DEMASIA_<br>DO POR CIERTAS<br>COSAS.       | "   | " | " | " |

NADA/UN POCO/BASTANTE/EXTRAMADAMENTE

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 32. DESINTERES POR ALGUNAS COSAS QUE IMPORTABAN ANTES             | " | " | " | " |
| 33. SIENTE MUCHO TEMOR.   | " | " | " | " |
| 34. SENTIMIENTOS DE ANGUSTIA.                                     | " | " | " | " |
| 35. SE QUEDA CON DUDAS  | " | " | " | " |
| 36. LE SON INDIFFERENTES LOS SENTIMIENTOS DE LOS DEMAS.           | " | " | " | " |
| 37. SIENTE QUE LA GENTE ES ANTIPATICA.                            | " | " | " | " |
| 38. HACE LAS COSAS CORRECTAS, SEGURO Y EN ORDEN.                  | " | " | " | " |
| 39. EL CORAZON LE COLEPEA Y LATE A PRISA                          | " | " | " | " |
| 40. NAUSIA E INCOMFORMIDAD ESTOMACAL.                             | " | " | " | " |
| 41. SE SIENTE INFERIOR A LOS DEMAS.                               | " | " | " | " |
| 42. LE DUELEN LOS MUSCULOS  | " | " | " | " |
| 43. SE MUEVEN LOS INTENTOS LENTAMENTE                             | " | " | " | " |
| 44. DIFICULTAD PARA DORMIR O PERMANECER DORMIDO                   | " | " | " | " |
| 45. TIENDE A VERIFICAR Y VOLVER A VERIFICAR LO QUE ESTE HACIENDO. | " | " | " | " |
| 46. LE DIFICULTA TOMAR DECISIONES                                 | " | " | " | " |
| 47. SE SIENTE AISLADO   | " | " | " | " |
| 48. DIFICULTAD PARA RESPIRAR                                      | " | " | " | " |
| 49. OLEADAS DE FRIO O DE CALOR.                                   | " | " | " | " |
| 50. EVITA LUGARES O ACTIVIDADES PORQUE LE ASUSTAN                 | " | " | " | " |
| 51. SU MENTE QUEDA EN BLANCO.                                     | " | " | " | " |
| 52. ENTUMECIMIENTO O PIQUETES EN EL CUERPO                        | " | " | " | " |
| 53. UNA MASA EN SU GARGANTA.                                      | " | " | " | " |
| 54. SE SIENTE DESESPERADO POR EL FUTURO.                          | " | " | " | " |
| 55. DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE.                                 | " | " | " | " |

NADA/UN POCO/BASTANTE/EXTRIMADAMENTE

|                        |   |   |   |   |
|------------------------|---|---|---|---|
| 56. DEBILIDAD DE ALGU_ |   |   |   |   |
| NA PARTE DE SU         |   |   |   |   |
| CUERPO.                | " | " | " | " |
| 57. SE SIENTE TENSO O  |   |   |   |   |
| NERVIOSO.              | " | " | " | " |
| 58. SIENTE PESADAS LAS |   |   |   |   |
| PIERNAS Y BRAZOS.      | " | " | " | " |

EL CUESTIONARIO CALIFICA LOS SIGUIENTES PUNTOS:  
NADA- 1 UN POCO- 2 BASTANTE- 3 EXTRIMADAMENTE- 4  
ESTOS PUNTOS SE SUMAN Y DE ACUERDO A CADA PREGUNTA, AL  
QUE CORRESPONDA A LA SUMATORIA FINAL; EL NUMERO MAYOR  
SERA EL ESTADO QUE PREDOMINE.

SINTOMAS:  
1, 4, 12, 14, 27, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58  
9, 10, 28, 36, 45, 46, 51, 55  
5, 15, 19, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54  
2, 17, 23, 33, 39, 50

ESTADO:  
SOMATIZACION.  
OBSESIVO/COMPULSIVO.  
DEPRESION  
ANSIEDAD

## TEST DE HENDLER

## ANEXO II

- 1.- COMO SE INSTALA EL DOLOR Y CON QUE SE RELACIONA?
- A) ATAQUE BRUSCO CON UN SUCESO ACCIDENTAL O DEFINIDO. 0
  - B) ATAQUE PROGRESIVO, LENTO SIN EXACERBACION AGUDA 1
  - C) ATAQUE PROGRESIVO, LENTO CON EXACERBACION AGUDA SIN SUCESOS ACCIDENTALES. 2
  - D) ATAQUE BRUSCO SIN SUCESOS ACCIDENTALES O DEFINIDO 3
- 2.- LOCALIZACION DEL DOLOR.
- A) EN UN SITIO ESPECIFICO, BIEN DEFINIDO Y DE ACUERDO A LA DISTRIBUCION ANATOMICA (CABEZA, CUELLO, ESPALDA, CADERA, RODILLA, CODO, ETC). 0
  - B) MAS DE UN SITIO, CADA UNO BIEN DEFINIDO DE ACUERDO CON LA DISTRIBUCION ANATOMICA ( LOS MISMOS). 1
  - C) EN UN SOLO SITIO, NO VA DE ACUERDO CON LA DISTRIBUCION ANATOMICA. 2
  - D) DESCRIPCION VAGA, EN MAS DE UN SITIO SIN RELACION ANATOMICA. 3
- 3.- TIENE DIFICULTAD PARA DORMIR O DESPIERTA DURANTE LA NOCHE?
- SI LA RESPUESTA ES SI SEGUIR EL SIGUIENTE PASO, SI LA RESPUESTA ES NO SE LE CALIFICA COMO 3 PUNTOS Y SE PASA A LA PREGUNTA 4.
- 3A) QUE RECUERDA DESPUES DE DORMIR?
- a) DIFICULTAD PARA DORMIR CADA NOCHE POR EL DOLOR. 0
  - b) DIFICULTAD PARA DORMIR PORQUE EL DOLOR ES MAS DE TRES VECES A LA SEMANA. 1
  - c) SIN DIFICULTAD PARA DORMIR POR EL DOLOR. 2
  - d) TENGO DIFICULTAD PARA DORMIR PERO NO SE RELACIONA CON EL DOLOR. 3
- 3B) QUE DESPIERTA O INTERRUMPE EL SUEÑO?
- a) DESPIERTA POR EL DOLOR CADA NOCHE? 0
  - b) DESPIERTA POR EL DOLOR MAS DE 2 VECES A LA SEMANA. 1
  - c) NO DESPIERTA POR EL DOLOR MAS DE 2 VECES A LA SEMANA. 2
  - d) NO LE DESPIERTA EL DOLOR. 3
  - e) TENGO EL SUEÑO INQUIETO Y AL DESPERTAR ME SIENTO INCAPAZ DE VOLVER A DORMIR, PERO NO HAY RELACION CON EL DOLOR. 4
- 4.- AFECTA AL DOLOR EL TIEMPO?
- A) EN EL FRIO Y EN LA HUMEDAD AUMENTA LA INTENSIDAD DEL DOLOR. 0
  - B) EL DOLOR ES MAS FUERTE CON LA HUMEDAD. 1
  - C) EL DOLOR OCASIONALMENTE ES MAS FUERTE CON EL FRIO Y LA HUMEDAD. 2
  - D) NO AFECTA EL TIEMPO AL DOLOR. 3

- 5.- COMO DESCRIBIRIA EL TIPO DE DOLOR.
- A) ES UN DOLOR URENTE O AGUDO, PUNZANTE, EN PIQUETES CON SENSACION DE ENTUMECIMIENTO O DE FRIO. 0
  - B) ES UN DOLOR SORDO, CONTINUO, OCASIONALMENTE PUNZANTE, CON HIPERESTESIA Y NO SE ALIVIA CON CALOR. 1
  - C) ES UN DOLOR EN FORMA DE ESPASMO O TENSION CON ENTUMECIMIENTO CERCA DEL AREA DEL DOLOR Y QUE CALMA CON MASAGE. 2
  - D) ES UN DOLOR MOLESTO QUE ENOJA. 3
  - E) ES UN DOLOR INDESCRIPtible, IRRESISTIBLE, INCONFORTABLE, EL CUAL ALIVIA CON MASAGE O CALOR. 4
- 6.- CUAL ES LA FRECUENCIA DEL DOLOR?.
- A) EL DOLOR ES CONSTANTE. 0
  - B) EL DOLOR ES CASI CONSTANTE 50 A 80% DEL TIEMPO. 1
  - C) EL DOLOR ES INTERMITENTE, DEL 25 AL 50% DEL TIEMPO 2
  - D) EL DOLOR ESTA SOLO OCASIONALMENTE PRESENTE, ES MENOS DEL 25% DEL TIEMPO. 3
- 7.- APECTA LOS MOVIMIENTOS Y LA POSICION AL DOLOR?.
- A) EL DOLOR NO CAMBIA CON LA POSICION. 0
  - B) EL DOLOR EMPEORA POR EL USO, AL ESTAR DE PIE O CAMINAR Y ALIVIA AL ACOSTARSE O DESCANSAR. 1
  - C) EL USO Y LOS CAMBIOS DE POSICION TIENEN EFECTOS VARIABLES EN EL DOLOR. 2
  - D) NO HAY CAMBIOS EN EL DOLOR, POR LA POSICION. 3
- 8.- QUE MEDICAMENTOS HA USADO EN LOS MESES PASADOS?.
- A) NO HA USADO MEDICAMENTOS. 0
  - B) USO ANTIDEPRESIVOS, TRANQUILIZANTES NO BENZODIACEPÍNICOS Y NARCÓTICOS O HIPNÓTICOS, ANALGÉSICOS. 1
  - C) HA USADO EN UN LAPSO MENOR DE TRES SEMANAS BENZODIACEPÍNICOS NARCÓTICOS O HIPNÓTICOS. 2
  - D) EN MAS DE CUATRO VECES A LA SEMANA HA USADO ALGUNO DE ESTOS MEDICAMENTOS. 3
- 9.- QUE DEPORTE PRACTICA Y LO SIGUE PRACTICANDO?.
- A) PARTICIPO EN CUALQUIER DEPORTE CON LA MISMA INTENSIDAD. 0
  - B) HE REDUCIDO EL NUMERO DE DEPORTES Y LA ACTIVIDAD EN ELLOS. 1
  - C) AUN PARTICIPO EN DEPORTES PERO CON INCONFORTIDAD 2
  - D) PARTICIPO EN TODOS LOS DEPORTES COMO ANTES. 3
- 10.- CUAL ES LA FRECUENCIA DEL SEXO Y ORGASMO ANTES DEL DOLOR Y LA FRECUENCIA DE ESTOS AHORA?.
- A) RELACIONES SEXUALES ANTES DEL DOLOR (3 A 4 VECES A LA SEMANA) SIN DIFICULTAD LLEGANDO AL ORGASMO EN EL 50%. SIN CONTACTO SEXUAL Y COITUS INTERRUPTUS POR EL DOLOR. 0
  - A') PARA PERSONAS DE MAS DE 45 AÑOS DE EDAD. LAS RELACIONES SEXUALES SON BUENAS ( 2 VECES A LA SEMANA) DISMINUYE EN EL 50% POR EL DOLOR. 0

- B) EN PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS.  
RELACIONES SEXUALES BUENAS Y/O DIFICULTAD PARA LA  
ERECCION, ORGASMO. 1
- C) NO HAY CAMBIOS EN LA ACTIVIDAD SEXUAL, NI ANTES NI  
DESPUES DEL DOLOR. 2
- D) INCAPACIDAD PARA CUALQUIER CONTACTO SEXUAL, POR EL  
DOLOR Y DIFICULTAD PARA EL ORGASMO Y ERECCION. 3
- E) POR EL DOLOR NO HAY CONTACTO SEXUAL, NO ORGASMO 4
11. - ENCUENTRA TRANQUILIDAD EN EL TRABAJO DE SU CASA?.
- A) TRABAJA DIARIAMENTE CON LA MISMA INTENSIDAD PREPA-  
RANDO SU TRABAJO. 0
- B) TRABAJA DIARIAMENTE PERO NO CON LA MISMA INTEN-  
SIDAD, PREPARACION, REDUCIENDO LA ACTIVIDAD FISICA Y  
LA RESPONSABILIDAD. 1
- C) TRABAJA ESPORADICAMENTE Y REDUCE LOS QUEACERES DEL  
HOGAR. 2
- D) NO TRABAJA EN TODOS LOS QUEACERES DEL HOGAR. 3
12. - COMO SON SUS INGRESOS ECONOMICOS AHORA COMPARADOS  
CON LOS DE ANTES DE PRESENTAR EL DOLOR.
- A) CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS: 0
- a) INGRESOS FAMILIARES DE 50% O MENOS.
- b) FUE SUSPENDIDO Y AUN LO ESTA.
- c) EL PACIENTE AUN TRABAJA Y NO TIENE DIFICULTADES  
ECONOMICAS.
- B) TIENE DIFICULTADES ECONOMICAS CON INGRESOS DE 50 A  
75% . 1
- C) INCAPAZ DE TRABAJAR PERO RECIBE COMPENSACION CON  
INGRESOS DE 75% . 2
- D) INCAPAZ DE TRABAJAR, NO RECIBE COMPENSACION, PERO  
TRABAJA LA ESPOSA, INGRESOS DE 75% . 3
- E) EL PACIENTE NO TRABAJA, LOS INGRESOS FAMILIARES  
Y LAS COMPENSACIONES SON DEL 80% O MAS ANTES DEL  
DOLOR. 4
13. - COMPENSA SU INCAPACIDAD?.
- A) NO TIENE PROBLEMAS PENDIENTES. 0
- B) TIENE PROBLEMAS PENDIENTES PERO NO SE RELACIONAN  
CON EL DOLOR. 1
- C) HA SIDO DEFENDADO COMO RESULTADO DE ALGUN PROBLEMA? 2
- D) TIENE PROBLEMAS QUE INCLUYEN A LA LEY. 3
14. - QUE DESEARIA SI TUVIERA TRES DESEOS?.
- A) LIBRARME DEL DOLOR, ES EL PRINCIPAL DESEO. 0
- B) LIBRARME DEL DOLOR, ES UNO DE LOS TRES DESEOS. 1
- C) NO MENCIONA LIBRARSE DEL DOLOR, PERO PIDE OTROS. 2
- D) EL DOLOR NO SE MENCIONA, TAMPOCO NINGUN DESEO  
PERSONAL, PERO SI POR EJEMPLO LA PAZ DEL MUNDO. 3
15. - HA PENSADO EN SUICIDARSE O HA ESTADO DEPRIMIDO.
- A) EL DOLOR, ES SECUNDARIO A LA DEPRESION, ESTA ASO-  
SIADO A EPISODIOS DE LLANTO O HA PENSADO EN SUICIDAR-  
DARSE. 0

- B) HISTORIA PREVIA DE DEPRESION, PERDIDAS ECONOMICAS POR EL DOLOR, AHORA NO TIENE DEPRESION. 1
- C) ADMITE LA DEPRESION, LA CULPABILIDAD, ENOJO SECUN\_2  
DARIO AL DOLOR.
- D) SIN DEPRESION, TEMPORALMENTE SENTIMENTAL. 3
- E) ANTECEDENTES DE INTENTOS DE SUICIDIO ANTES DEL DOLOR. 4

UN PUNTAJE DE 14 PUNTOS O MENOS SUGIERE RESPUESTA NORMAL AL DOLOR CRONICO.  
 15 A 20 PUNTOS SUGIERE UN PACIENTE CON LESION ORGANICA QUE PUEDE DAR UNA RESPUESTA EXAGERADA AL DOLOR CRONICO.  
 21 A 31 PUNTOS SUGIERE UN PACIENTE QUE EXAGERA EL DOLOR.  
 MAS DE 32 PUNTOS SUGIERE UN PACIENTE QUE NO PUEDE APRON\_ TAR NUEVAS EXPERIENCIAS Y POR LO TANTO TIENDE A SPMATIZAR

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- UDELMAN, HD, ET AL. "EMOTIONS AND RHEUMATOLOGIC DISORDERS". AMERICAN J PSYCHOTER. 1981. 35 (ENE). 576-87.
- 2.- BLUMER, D, ET AL. "BIOLOGICAL MARKERS FOR DEPRESSION IN CHRONIC PAIN". J NERV MENT DIS. 1982; 170(7). 425-28.
- 3.- DIETRICH, BLUMER, ET AL. "BIOLOGICAL MARKERS FOR DEPRESSION IN CHRONIC PAIN". J NERV MENT DIS. 1982; 170 (7). 281-406.
- 4.- PILOWSKY, I, ET AL. "PAIN AND DEPRESSION" BRIT J PSYCHIA 1982. 141. 30-35.
- 5.- KRAEMLINGER K.G. ET AL. "ARE PATIENTS WITH CHRONIC PAIN DEPRESSED?". AM J PSYCHIAT. 1983. 140. 747-49.
- 6.- VON KNORRING, ET AL. "PAIN AS SYMPTOM IN DEPRESSIVE DISORDERS I RELATIOSHIP TO DIAGGNOSTIC SUBGROUP AND DEPRESSIVE SYMPTOMOLOGY". PAIN. 1983 (15). 19-26.
- 7.- RANJONS, RAY, ET AL. "CHRONIC PAIN AND DEPRESSIVE: A REVIEW. COMPR PSIQUI. 125 JAN-FEB 178(4). 1984. 96-105.
- 8.- G. MAGNI, ET AL. "CHRONIC LOW-BACK PAIN AND DEPRESSION: AS EPIDEMIOLOGICAL SURVEY". ACTA PSYCH SCAND. 1984 DIC 70(6). 614-7.
- 9.- KOLODY, ET AL. "THE CORRESPONDENCE OF HEALT COMPLAIN AND DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG ANGLIO ON MEXICAN- AMERICANS". THE JORNS OF NERV AND MENTAL DIS. 1984, JUL. 174 (4) 221-7.
- 10.- MORERA F. "PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA CONSULTA DE MEDICINA GENERAL". ACTAS LUSO-ESP. NEUROL PSIQUIAT. 1984. SEP-OCT. 12(5). 305-313.

11. - CHANNER, ET AL. "ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH CHEST PAIN REFERRED FOR EXERCISE TESTING". LANCET. 1985. OCT 12. 2. 820-23.
12. - KRISHANAN J.R. ET AL. "CHRONIC PAIN AND DEPRESSION PAIN. 1985. JUL 22(3):279-87.
13. - HALEY W.E. ET AL. "DEPRESSION IN CHRONIC PAIN PATIENTS RELATION TO PAIN ACTIVITY AND SEX DIFFERENCE". PAIN 1985. DEC 23(4). 337-43.
14. - FRANCE, ET AL. "CHRONIC PAIN AND DEPRESSION II". PAIN 1986. FEB 24(6). 185-90.
15. - CARLSSON, ET AL. "PERSONALITY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH NORMAL CONTROLS AND DEPRESSED PATIENTS PAIN. 1986. JUN 25(3). 373-382.
16. - WAYNE, ET AL. "CHRONIC PAIN IN PSYCHOTIC PATIENTS". AM J PSYQ. 1986 AUG 143(8). 1060-1061.
17. - PALADINI, ET AL. "ANSIA E DEPRESSIONE NEL DOLORE CRONICO". MINERVA ANEST. 1987 OCT 52(10). 321-4.
18. - KENNETH, ET AL. "MEDICALLY INCONGRUENT CHRONIC BACK". PAIN. 1988 JAN 32(10). 35-45.
19. - LARRY, ET AL. "FAMILY DINAMICS AND EMOTIONAL EXPRESSION AMONG PATIENTS WITH CHRONIC PAIN AND DEPRESSION". PAIN 1988. JAN 32(1). 65-72.
20. - JAMES, ET AL. "CHRONIC MUSCULOSKELETAL PAIN AND FUNCTIONAL STATUS". PAIN. 1988. JAN 32 (10). 1-7.
21. - PIERRE PICHOT. MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS. ED. MASSON 4 EDICION 215-233. 1987.

- 22.- KOLB, ET AL. PSIQUIATRIA CLINICA. ED. INTERAMERICANA  
10 EDICION. PP 311-427. MEXICO 1985.
- 23.- DE LA FUENTE, RAMON. ALGUNOS ASPECTOS PSIQUIATRICOS  
DEL DOLOR. ED. FERNANDEZ G. SIMPOSIUM SYNTEX EL DOLOR.  
1980.
- 24.- OLIVARES, L. C. EL PROBLEMA DEL DOLOR CRONICO EN  
PACIENTES MEXICANOS. 1984. NOV SN. FCO CAL. SIMPOSIUM  
CHRONIC PAIN AND PATIENTS HISPANIC.
- 25.- BLUMER, DIETRICH. DOLOR CRONICO V PADECIMIENTOS  
DEPRESIVOS. MUNDOMEDICO. 1986. VOL 1-13. PAG. 39-44.
- 26.- HENDLER, ET AL. "DEPRESSION CAUSED BY CHRONIC PAIN".  
J. CLIN PSYCH. 45. 1984.
- 27.- HAYNAL, W. PASINI. MANUAL DE MEDICINA PSICOSOMATICA.  
EDIT. MASSON. 1980.
- 28.- SYNTEX. CONCEPTOS MODERNOS DEL DOLOR. 1984.  
CONGRESO EL DOLOR.
- 29.- IRWING, SARASON. PSICOLOGIA ANORMAL. ED. TRILLAS. 1980.  
TERCERA EDICION. PAG 210-250.
- 30.- HOPKINS, ET AL. "TEST HOPKINS EVALUACION DE  
TRASTORNOS AFECTIVOS. VOL 2 AN. J PSIQ. PP 45-56.