

01962



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

5
20j

ALGUNOS ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL
DOLOR BAJO DE ESPALDA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

P R E S E N T A :

MAGDALENA GALVAN CORONA

DIRECTORA: DRA. MA. ELENA MEDINA MORA
DRA. MATILDE VALENCIA
DR. ROLANDO DIAZ-LOVING
DRA. TERESA GUERRA
DRA. MA. LUISA RODRIGUEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE 1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 esta 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.

A MIS HIJOS LUIS FERNANDO Y JORGE ALBERTO CON TODO MI AMOR

A FERNANDO QUE HA DADO SU APOYO TOTAL EN TODO MOMENTO, LO QUE HA PERMITIDO MI SUPERACION PROFESIONAL SIN CONFLICTO

A MIS PADRES Y HERMANOS POR SUS CONTINUAS PALABRAS DE ALIENTO

A MARCO Y A MAYO POR SU GUIA Y ACOMPAÑAMIENTO EN MI CAMINO ANALITICO

A LA DRA. MARIA ELENA MEDINA MORA POR HABER COMPARTIDO DE MANERA TAN ABIERTA Y FACIL TODO SU CONOCIMIENTO, Y SIN CUYA INTERVENCION NO HUBIESE SIDO POSIBLE EL PRESENTE TRABAJO

A LA DRA. MATILDE VALENCIA, AL DR. ROLANDO DIAZ LOVING, A LA DRA. TERESA GUERRA, Y A LA DRA. Ma. LUISA RODRIGUEZ POR SUS COMENTARIOS Y SEÑALAMIENTOS QUE ENRIQUECIERON ESTA INVESTIGACION

AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL POR IMPULSAR LA SUPERACION ACADEMICA DE SU PERSONAL, EN ESPECIAL MI AGRADECIMIENTO A LA DRA. SILVIA SANTAMARIA GALVAN

A MIS PACIENTES POR PERMITIRME APRENDER CADA VEZ MAS REALIZANDO MI TRABAJO

INDICE

	PAGINA
1. INTRODUCCION	3
2.-ANTECEDENTES	6
3.-METODOLOGIA	20
3.1 Diseño de la Investigación	20
3.2 Procedimiento	22
3.3 Tratamiento Estadístico	23
4. RESULTADOS	26
4.1 Características Sociodemográficas de la Población	26
4.2 Percepción del Dolor	28
a) Escala de Mc Gill	28
b) Escala de Dolor de Fuentes	30
c) Escala de Signos Conductuales	31
4.3 Características de Personalidad del MMPI	32
a) Depresión	32
b) Ansiedad	33
c) Síndrome Doloroso Lumbar	34
4.4 Ganancia Secundaria	34
4.5 Correlaciones entre las Variables Psicosociales y la Percepción del Dolor	34
4.6 Análisis de sujetos con diagnóstico DBE Sistematizado - DBE no Sistematizado	37

5. DISCUSION	38
6. CONCLUSIONES	45
7. ANEXOS	49
Anexo I Formato de Entrevista	49
Anexo II Escala de Dolor	54
Anexo III Escala de Ganancia Secundaria	57
Anexo IV Escala de Respuestas o Signos Conductuales	59
Anexo V Cuestionario de Dolor de Mc Gill	61
Anexo VI Escala de Depresión, Ansiedad y Lumbalgia del MMPI	63
8. TABLAS	72
9. CUADROS	96
10. BIBLIOGRAFIA	104

1. INTRODUCCION

La calidad de la atención en los prestadores de servicio en el área de la salud, incluye como elemento importante "la satisfacción del paciente" la cual abarca entre otros elementos "las expectativas de atención" por parte de éste, cuestión difícil de cumplir si se considera que dicha satisfacción involucra una gran variedad de factores.

+

Dentro de la Medicina de Rehabilitación, el dolor bajo de espalda representa un alto porcentaje de las solicitudes de consulta (IMSS.1990), considerándose que en la actualidad casi el 80% de la población sufrirá en algún periodo de su vida de esta enfermedad que provoca incapacidad que va de días a semanas.

Su etiología se asocia a innumerables variables tanto a nivel orgánico como psicológicas, siendo estas últimas por sus características las que dan pie a que el paciente se "sienta poco satisfecho en sus expectativas", ya que para la recuperación de su salud " su estado emocional juega un papel importante".

Entre las variables psicológicas asociadas al dolor bajo de espalda se encuentran las características de personalidad de **ansiedad y depresión** (Coste 1992, Mc Cracken 1993), aunque también existen otras variables como la respuesta al dolor en estos pacientes (Shutty 1990, Elliott 1990), la psicopatización y la ganancia secundaria (variables psicosociales), esta última enfocada principalmente hacia la compensación de tipo económico que se puede obtener.

No ha sido suficiente la atención que se presta al aspecto psicológico del dolor bajo de espalda enfocándose las mas de las veces al tratamiento físico, dejando de lado el "tratamiento psicológico". Algunas ocasiones, cuando se canaliza a estos pacientes al servicio psicológico para una interconsulta, esta se enfoca a solicitar un perfil de personalidad y descartar una ganancia secundaria hacia la pensión que otorga la institución.

El presente trabajo tiene como objetivo realizar un estudio exploratorio descriptivo de algunas de las variables psicológicas (características de personalidad de ansiedad y depresión) y psicosociales (respuesta al dolor y ganancia secundaria) asociadas al dolor bajo de espalda, en los pacientes que se atienden en la Unidad de Medicina Física Región Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se utilizó para el cumplimiento de este objetivo en un primer momento la aplicación de una entrevista inicial que incluye datos socio demográficos, área laboral y económica, área emocional, área sexual, área familiar, historia de la enfermedad, y utilización de los servicios médicos. Posterior a esta entrevista se aplicaron las escalas de depresión (D) y de ansiedad (Pt) del MMPI, incluyendo la escala en investigación especial para pacientes con lumbalgia (Anexo VI), un cuestionario donde se explore la ganancia secundaria enfocada hacia una compensación económica (pensión) elaborado específicamente para llevar a cabo esta investigación (Anexo III), y el cual se validó en un estudio previo; la escala de Autoevaluación del dolor de Gómez Fuentes (1994) (Anexo II), la escala de signos conductuales de Waddell (1993) (Anexo IV) y la Escala de Dolor de Mc. Gill (Anexo V).

Por lo que las variables a medir en esta investigación son las características de personalidad de ansiedad y depresión, ganancia secundaria hacia la pensión, percepción del dolor y signos conductuales asociados al dolor bajo de espalda.

De todo esto surge la necesidad de conocer mas específicamente que factores psicosociales estan influyendo en la enfermedad y de que forma estos pacientes lo enfrentan para poder desarrollar y proponer en una investigación posterior un modelo de intervención psicoterapéutico que eleve la "satisfacción del paciente" y por ende su salud psicológica. Lográndose además un manejo integral del paciente lo cual redundaría en beneficio de él y de la institución, ya que a menor enfermedad física y/o mental menor días de incapacidad y de reingresos a la institución.

2. ANTECEDENTES

El dolor bajo de espalda es una enfermedad en la cual se combinan desórdenes físicos con factores somáticos y psicosociales (Wermake, M. W., Harris, D.E. y Lichter R.L. 1993, Elliott 1990); además de constituir un enorme problema médico ya que dos terceras partes de la población lo experimentará en alguna ocasión en su vida. (Coste, J., Peclaggy, J. B. y Spira, A. 1992, Cuencas 1991, Feyer 1992).

La palabra dolor se deriva del latín "poena", que significa castigo, en la antigüedad Aristóteles sugirió que el dolor era causado por pasiones negativas, Descartes postuló que el cerebro era el centro de la sensación y que el dolor era transmitido a través de pequeños hilos que corrían desde la piel hasta los centros cerebrales. Los religiosos han asociado el dolor con el castigo por los pecados cometidos (Cuencas, R., McCoy, C.E., Selby, D.K. y Mc Maneamin, F. 1991).

En la actualidad el dolor es considerado como un fenómeno altamente complejo y no puede ser descrito solamente bajo el modelo médico clásico, sino que tienen que ser consideradas en su descripción la psicología y el medio ambiente social del individuo, es por esta razón que algunos investigadores han separado el dolor orgánico del psicológico, aunque en el dolor bajo de espalda ambos no son mutuamente excluyentes. (Chan Goldman and O'Neill 1993, Coste, L., et. al. 1992).

El dolor que presenta el paciente con dolor bajo de espalda es un dolor por lo general crónico, el cual es una experiencia diaria de intensidad variable que afecta al individuo durante periodos prolongados de tiempo (mas de dos meses). Este tipo de

dolor se asocia a "ciertos problemas emocionales" lo cual contribuye al deterioro gradual de la autoestima del paciente y de su capacidad de relacionarse interpersonalmente, así la intensidad del dolor crónico es el resultado de la suma de la interacción de factores orgánicos, psicológicos y socioculturales. (personalidad, trastornos afectivos, factores socio-medioambientales, etc). (Cuencas, R., 1991).

El dolor bajo de espalda se acompaña en ocasiones por estrés psicológico el cual incrementa la tensión de músculos en la región lumbar, este tipo de tensión aumentada por mecanismos psicofisiológicos, es referida como "dolor dorsal psicossomático" y es la causa de dolor bajo de espalda en el 80% de los casos.

Hay una variedad de síndromes psiquiátricos y mecanismos psicológicos que pueden contribuir a este problema entre los cuales se encuentran el simulador, la conversión, la somatización, la depresión, ansiedad, la hipocondriasis, el comportamiento doloroso operante y dolor psicogénico, por lo que este tipo de pacientes deben ser manejados por psicólogos y psiquiatras. (Bonica 1990).

Los factores ambientales también juegan un papel importante ya que factores de reforzamiento y aprendizaje llevan a la progresión del dolor bajo de espalda en un segmento importante de la población (Bonica 1990).

El dolor bajo de espalda con fuertes componentes psicológicos se presenta como un dolor difuso de espalda, y una imposibilidad de evaluar la intensidad del dolor en una escala de dolor incrementándose con el cambio de clima y por actividades domésticas. Sin embargo una de las preguntas que surge ante esto es si los factores

psicológicos que están incidiendo en el dolor bajo de espalda son la causa o la consecuencia de éste.

Al estudiar a 330 pacientes, todos mayores de 18 años, con diagnóstico de dolor bajo de espalda con localización no específica, del servicio de reumatología en consulta externa, incluidos en su estudio y tomando como base el DSM III el 41% presentaba algún desorden psiquiátrico: el 33% mostró un desorden de tipo afectivo, el 27% depresión, 5 pacientes depresión mayor, desórdenes de ansiedad 39%, un desorden generalizado de ansiedad en 4% y desórdenes somatoformes en el 7%. Este tipo de factores han sido rara vez considerados o tomados en cuenta en pacientes con este diagnóstico y en muy pocos trabajos han sido categorizados bajo un criterio operacional como el del DSM III. (Coste, J., et. al. 1992)

En base a este resultado no esperado los autores proponen que los pacientes con este tipo de desórdenes se verían beneficiados si se les proporcionará un tratamiento psicoterapéutico durante su tratamiento del Dolor Bajo de Espalda (DBE). Además encuentran que los disturbios psicológicos están fuertemente involucrados en la presentación clínica, de los pacientes con demanda. Sin embargo afirman que ellos no pueden concluir que los disturbios psicológicos sean la causa o la consecuencia de ciertas formas de DBE, ya que este estudio solamente indica la asociación de ciertos desórdenes en el tiempo de solicitar la primera consulta, y por tanto ellos piensan que la duda de que si la depresión es la causa o la consecuencia del DBE debe continuar investigándose y proponen que esto se podrá aclarar con la realización de estudios prospectivos, o mediante las evaluaciones psicoterapéuticas de los subgrupos que presentan el DBE con desórdenes psiquiátricos.

Los autores concluyen que debido al alto índice de pacientes que presentaron desordenes psiquiátricos y en especial el de depresión (27%) dichos pacientes se beneficiarían de la prescripción de un tratamiento psicoterapéutico, además haciendo que el tratamiento físico fuera mas efectivo.

Al estudiar pacientes mexicanos de ambos sexos de 18 años en adelante con diagnóstico de lumbalgia y/o radiculopatía, Tellez (1994), encuentra que del total de 259 pacientes el 69% de su población es femenina y el 30% es masculina, que el 62% de la población solicito consulta por lumbalgia.

No encontró un procedimiento específico o combinado que logre el 100% de mejoría en los pacientes. La lumbalgia por afección psicogénica fue baja y estadísticamente no significativa.

En la actualidad en las Clínicas del Dolor es de relevante importancia la evaluación psicológica de los pacientes, ya que esta evaluación contribuye a la elaboración del diagnóstico y tratamiento.

Hernández (1989) en la Clínica del Dolor del Hospital de Nutrición " Salvador Zubiran" estudia 60 pacientes (30 hombres y 30 mujeres) con edades comprendidas entre 19 y 68 años, a los cuales se les aplicó el MMPI para valorar alteraciones de personalidad, datos de depresión y ansiedad. Se formaron dos grupos, el de estudio y el de control (el grupo control con pacientes que no presentaban dolor).

Los resultados de esta investigación mostrarón que se encontró mayor desviación en las puntuaciones del MMPI en los pacientes del grupo de estudio con

respecto al grupo control, y que las escalas mas desviadas fueron la de hipocondría, depresión e histeria, tanto para mujeres como para hombres, no encontrándose diferencias por el sexo.

Además se encontraron también elevadas las escalas de paranoia, psicastenia y esquizofrenia. Por lo cual el autor concluye que este tipo de pacientes tiene un gran componente de tipo psicológico que acompaña su dolor y su falta de respuesta al tratamiento convencional del dolor crónico.

Otro hallazgo de interes en este estudio es que ningún paciente del grupo de estudio obtuvo puntuaciones normales (de 50 a 70) en las 13 escalas de que consta la prueba.

Entre los instrumentos que mas se han empleado para medir el dolor se encuentra la Escala de McGill que es un instrumento que ha comprobado ser confiable y válido para medir el Autoreporte de dolor, y el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) el cual ha sido frecuentemente empleado para medir respuestas afectivas de dolor. (Melzack, Ronald 1985).

Durante los años 60s y 70s se hicieron esfuerzos por delinear un perfil de personalidad de pacientes con dolor crónico, los cuales fueron abandonados porque diversos factores demográficos y situacionales influían en las respuestas de los pacientes. (Melzack, Ronald 1985).

Sin embargo se han podido encontrar diferencias en las respuestas al dolor al agrupar a los pacientes en subgrupos de acuerdo a la duración del dolor, al grado de actividad física que desempeñan y al deterioro en su comunicación marital o social relacionada con su dolor.(McGill 1982, citado en Bradley 1983).

Bradley (1981, citado en Bradley 1983), al analizar los resultados de su investigación de pacientes con dolor bajo de espalda, encontró que el subgrupo que presentó mayor puntaje en las escalas de hipocondria, depresión, histeria y esquizofrenia en el MMPI, puntuó también más alto en el Índice total de dolor reportado en el McGill, así como mayor empleo de analgésicos, disturbios en el dormir, disminución en su deseo sexual, cambios en la ingestión de alimentos y un dolor continuo.

De estos resultados el autor concluye que los pacientes con perfiles elevados del MMPI en la Triada neurótica sufren más intensamente el dolor que esos pacientes con otros tipos de perfiles, lo cual atribuye a que este tipo de pacientes presentan una inhabilidad para adaptarse al dolor crónico lo cual hace que su estilo de vida se vea más severamente afectado.

Ingemar Akerlind, Jan Olof Hornquist y Per Bjurulf (1992), en su estudio encuentran que las escalas del MMPI de hipocondría, histeria, y psicastenia altas son asociadas a un mal pronóstico de los pacientes con dolor bajo de espalda, inclusive a largo plazo. Los autores explican que "el dolor se transforma en miedo" (pain-fear) lo que hace que se haga más intenso y se limite aún más el estilo de vida, con el fin de evitar las situaciones que provoquen dolor. En base a esto los autores proponen la necesidad de incluir en el tratamiento de los pacientes con dolor bajo de espalda

programas de manejo del dolor, así como el manejo de las características de personalidad de hipocondría e histeria que se encontraron en la población de estudio.

Por otro lado Oostdam y Duivenvoorden (1987) al estudiar a 82 pacientes con dolor bajo de espalda, y aplicando: 1) una escala de 42 palabras para describir el dolor, las cuales fueron agrupadas previamente al estudio en tres categorías de dolor: a) evaluativas-afectivas, b) temporales, c) sensoriales. 2) El MMPI del cual se analizaron las escalas L, K, Hs, D, HY y Pt, encuentran que los pacientes con altos promedios en las tres variables de dolor tendían a promediar valores altos en el MMPI, en las escalas de hipocodriasis, depresión, histeria y psicastenia del MMPI, concluyendo que hay una relación significativa entre la descripción del dolor y el número de variables psicológicas y en particular esas que se asocian con "disturbios neuróticos".

También encuentran que los pacientes que tenían un dolor de 6 meses o más presentaron una escala de hipocondría mas alta que los pacientes que tenían una duración de 6 meses o menos con su dolor bajo de espalda. Así mismo, encuentran que el MMPI no discrimina entre los pacientes que presentaron dolor bajo de espalda somaticamente explicable de aquellos que lo presentaron sin bases somáticas que lo explicarán.

Akerlind,et.al.(1992) al evaluar pacientes con dolor bajo de espalda con el MMPI encuentran que a mayor disturbio en el perfil mas mal pronóstico del tratamiento físico, y que cuando las escalas no son elevadas se puede esperar un mejor pronóstico. Así los perfiles de alto riesgo son los de aquéllas personas que presentaron elevadas las escalas neuróticas en el MMPI; y estos pacientes tuvieron pobres resultados en su

tratamiento. Concluyen así que el MMP1 puede emplearse como una herramienta para predecir el resultado del tratamiento del Dolor Bajo de Espalda.

Waddell (1993) reporta que los pacientes con dolor bajo de espalda que están más fuertemente influenciados por angustia emocional, dibujan en un esquema de su cuerpo el dolor en más partes del mismo que aquellos en los que no están presentes factores emocionales. Así los pacientes que presentan factores emocionales adicionales a su DBE hacen mayor énfasis en la severidad del dolor y reflejan más disturbios que características físicas de dolor.

Este autor menciona que Sternbach (1974) encuentra que el factor o disturbio más importante asociado con el dolor bajo de espalda agudo es la ansiedad; y la depresión al dolor bajo de espalda crónico. Así también menciona que Main (1983) encuentra que los disturbios psicológicos más importantes en los pacientes con Dolor Bajo de Espalda son la ansiedad y la depresión, y que estos disturbios psicológicos en este tipo de pacientes pueden ser evaluados a través de los cuestionarios de "Percepción somática modificado" (Main 1983) y el inventario de depresión de Beck y Zung (1965).

En ocasiones los pacientes con dolor bajo de espalda exhiben conductas de enfermedad que pudieran catalogarse como "anormales" motivo por el cual algunos investigadores han tratado de definir el perfil del paciente con dolor bajo de espalda (como personalidad orientada al dolor), los cuales presentan un alto riesgo de que persista el dolor, poco o nulo éxito en el tratamiento y problemas de tipo legal, sin embargo muy pocos trabajos se han encargado de categorizar a estos pacientes de acuerdo a un criterio operacional.

Coste et. al. (1992) encuentra que los pacientes con DBE pueden agruparse en:

- a) pacientes que presentan sólo factores orgánicos sin desórdenes psiquiátricos,
- b) pacientes que presentan factores orgánicos con pocos desórdenes psiquiátricos
- c) pacientes en los que se encuentra presentes ambos tanto factores orgánicos como psiquiátricos y
- d) pacientes quienes sólo presentan alteraciones psiquiátricas sin presencia de factores orgánicos que expliquen su dolor bajo de espalda.

Estos autores examinaron el dolor indagando cuando inicia, si es repentino, gradual o incidioso, si lo provocó un accidente industrial o fué precipitado por algún evento de tensión, fatiga, cansancio, alguna caída, por algún evento psicológico o por ninguno de éstos; duración, si es peor en la mañana, si inicia después del descanso, si el último día fué estable, mejoró, se agravó o no hubo, si durante la última noche no hubo dolor, el dolor aparecía con el movimiento, o fué espontáneo o permanente; si es localizado o difuso, su intensidad en una escala de 0 a 10 (intenso, moderado, suave), o es imposible evaluar su intensidad; que actividades físicas afecta el dolor, si el dolor empeora con el movimiento de la espalda, al pararse, al sentarse, al inclinarse hacia adelante, al caminar, al levantar el pie, al girar o voltear, con actividades domésticas, con actividades profesionales, con actividades libres, si el dolor mejora con la inmovilidad, por la noche o al cambiar de posición, si el dolor empeora con el cambio de clima o por factores psicológicos. Encontraron que existe un Síndrome "dolor psicológico" el cual se forma de varios de los síntomas evaluados.

Durante la evaluación clínica se puede observar la "manera en que el paciente responde al dolor", al observar las **respuestas conductuales** que exhibe durante el exámen clínico y las cuales incluyen: sensibilidad difundida en una amplia parte del cuerpo, reportar dolor con cargas ligeras de menos de tres kilos, dolor al rotar hombros o tronco, reacciones faciales de dolor, asistencia de manos y piernas para el movimiento de tronco, etc.

Las respuestas conductuales al dolor es un instrumento para evaluar las conductas anormales de enfermedad en padecimientos como el DBE, pero la sobreinterpretación de esta herramienta debe de ser evitada, ya que no es un instrumento para detectar desórdenes psiquiátricos, pero puede ser útil para saber si hay influencias psicológicas en el paciente y con su tratamiento se esperaría un mejor resultado en el tratamiento de DBE. El autor encuentra que al disminuir los signos conductuales se encontraron mayores éxitos en el tratamiento del DBE, concluyendo que esta escala puede proporcionar información sobre que pacientes se beneficiarían con un tratamiento psicoterapéutico adicional al tratamiento físico (Wernike, et.al. 1993).

Así también Waddell, Main, Morris, y Di Paola (1984) (citado en Waddell 1993) identifican los **SINTOMAS CONDUCTUALES**, físicamente inapropiados y muy estrechamente relacionados a la enfermedad del paciente, los cuales son:

- a) Dolor en el extremo de la vertebra caudal.
- b) Dolor en toda la pierna.
- c) Adormecimiento o entumecimiento de toda la pierna.
- d) Pérdida de fuerza en toda la pierna.
- e) Ausencia de periodos o temporadas sin dolor.

- f) Intolerancia o fracaso en el tratamiento.
- g) Admisión hospitalaria de emergencia.

Estos síntomas conductuales son claramente separados de los síntomas físicos comunes de la enfermedad y están estrechamente relacionados con disturbios psicológicos. El autor aclara que estos SINTOMAS NO PUEDEN SER CONSIDERADOS COMO CONDUCTUALES HASTA QUE LA PATOLOGIA ESPINAL HAYA SIDO EXCLUIDA.

Los signos conductuales pueden ser claramente separados de los síntomas físicos además de estar estrechamente relacionados con DISTURBIOS EMOCIONALES. Se ha observado que generalmente se encuentran presentes en pacientes con DBE que tienen un procedimiento legal o de demanda de compensación económica.

El dolor bajo de espalda y su asociación a factores psicosociales es otro de los aspectos importantes a estudiar con este tipo de pacientes. Feyer, Willianson, Mandryk, Silva y Healy (1992) comparan las respuestas al dolor de tres tipos de población, dos de alto riesgo (64 enfermeras y 116 carteros), y la tercera formada por un grupo de pacientes con dolor bajo de espalda crónico (45 pacientes).

Los instrumentos utilizados incluían un cuestionario de autoreporte donde se obtiene información sobre la presencia de dolor, la parte anatómica afectada y la ayuda profesional solicitada. La severidad del dolor se evaluó con una escala análoga visual que iba de "no del todo severo" a "muy severo"; vida diaria y vida social.

Los componentes psicológicos se obtuvieron del General Health Questionnaire que incluye 28 ítems. Esta escala obtiene información sobre síntomas somáticos, ansiedad, insomnio, disfunción social y depresión severa.

La percepción del medio ambiente laboral se midió con la Work Environment Scale adaptada. Esta escala consiste de 90 ítems, dividida en 10 subescalas las cuales describen la percepción individual del medio ambiente laboral.

Los resultados de este estudio muestran que el dolor prevalecía en el 77% de las enfermeras y en el 73% de los carteros; y la duración de este dolor tenía más de un año.

Buscaron ayuda profesional para su dolor sólo el 28% de las enfermeras, el 48% de los carteros y el 100% de los pacientes. El grupo de pacientes reportó niveles más altos de dolor que los otros dos grupos.

El 90% de los pacientes reportó alteraciones en sus actividades diarias por el dolor y más del 50 % de los otros dos grupos reportó lo mismo.

En lo que respecta a la satisfacción en el trabajo encontraron que los carteros estaban más insatisfechos con su empleo que las enfermeras. Las enfermeras con casos (con dolor de un año o más) reportaron mayor insatisfacción que las enfermeras sin casos (con dolor menor o sin dolor). El grupo de pacientes no difirió significativamente del grupo de carteros sin casos.

En cuanto al estado psicológico no se encontraron diferencias significativas entre los casos y no casos de trabajadores, los cuales obtuvieron puntuaciones normales. En el grupo de pacientes se obtuvieron promedios muy elevados en la escala.

Se encontró que la severidad del dolor se asocia al ausentismo laboral en los enfermos, en tanto que la inhabilidad en la ADVH son motivo de ausentismo en los carteros. En tanto que la severidad del dolor fué un predictor de inhabilidad en los tres grupos.

La interacción severidad del dolor y estado psicológico fué significativa unicamente para el grupo de pacientes. La presencia de disturbios psicológicos modificó la relación entre severidad del dolor y la inhabilidad de las ADVH para pacientes solamente.

El costo del tratamiento de pacientes con dolor bajo de espalda son altos e impactan directamente al individuo, a la industria y a la economía nacional de los Estados Unidos representando aproximadamente 20 % de pagos de incapacidad del total que se paga en un año (Wermake, M. et. al. 1993).

Tollison (1993) dice que muchos autores reportar que el estatus de compensación influye significativamente en el curso y resultado del tratamiento de pacientes con dolor bajo de espalda, él estudia a 78 pacientes de los cuales 15 no terminan el tratamiento, con un tiempo de seguimiento de 6 meses a través de contacto por correo o telefónico. De su población 32 pacientes tienen una compensación económica y 29 no.

Encontró como resultado de su investigación que la MEDIDA SUBJETIVA DE DOLOR (en una escala de 0 a 10 en intensidad del dolor), que al inicio del estudio el grupo con compensación reportó intensidad del dolor mas alta que el grupo que no tenía compensación, pero durante el tratamiento la intensidad del dolor disminuyó para ambos grupos; durante el tiempo de seguimiento el promedio de intensidad de dolor fué más alto para el grupo que no tenía compensación económica.

Asi también en cuanto al retorno al trabajo o a sus actividades cotidianas el autor observó que al iniciar el tratamiento todos estaban imposibilitados de realizar sus actividades por el dolor. Durante el tratamiento 4 pacientes del grupo de compensación y 9 del grupo de no compensación (mas del doble del otro grupo) regresaron a su trabajo pero en el tiempo de seguimiento de 6 meses no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, ya que el 50 y 52 % respectivamente de cada grupo habían regresado a su trabajo.

El autor concluye que la dificultad para resolver el dolor es complicado por el reforzamiento de LA GANANCIA SECUNDARIA de las compensaciones económicas que se acompañan al estatus de enfermedad.

De la revisión realizada se puede observar que el dolor bajo de espalda se acompaña invariablemente la mayoría de las veces de importantes variables psicosociales, las cuales tienen relevancia tanto en el tratamiento como en los resultados de éste. De ahí la necesidad de poderlas identificar mas específicamente en la población atendida a nivel institucional.

3. METODOLOGIA

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Cuál es la relación entre las características de percepción del dolor y las características de personalidad de ansiedad y depresión, la ganancia secundaria hacia la pensión, y los signos conductuales emocionales, en los pacientes con diagnóstico de Dolor Bajo de Espalda atendidos en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte del IMSS.

OBJETIVO GENERAL:

Medir la relación que existe entre la percepción del dolor y las características de personalidad de ansiedad y depresión, ganancia secundaria hacia la pensión, y signos conductuales emocionales presentes en los pacientes con dolor bajo de espalda atendidos en la UMFRRN DEL IMSS

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a) Medir las características de personalidad de ansiedad y depresión.
- b) Medir la percepción del dolor.
- c) Medir la ganancia secundaria hacia la pensión.
- d) Medir los signos conductuales emocionales anormales en los pacientes con DBE.
- e) Identificar las variables psicosociales asociadas al Dolor Bajo de Espalda en pacientes atendidos en la UMFRRN.

- f) Identificar si la relación entre las variables psicosociales, la percepción del dolor y los síntomas conductuales de dolor se modifica en función de las variables socio demográficas de sexo, edad, tipo de trabajo.
- g) Identificar si existen diferencias significativas en los resultados obtenidos al agrupar la población de acuerdo a su diagnóstico de dolor bajo de espalda sistematizado vs dolor bajo de espalda no sistematizado.

DEFINICIONES:

a) **ANSIEDAD:** De acuerdo con el MMPI es una característica de la personalidad en la cual la persona expresa incapacidad para tomar decisiones rápidas, actitud de exigencia hacia sí mismo, tolerancia reducida a las fallas y fracasos, búsqueda de patrones preestructurados del comportamiento, meticulosidad, tendencia al perfeccionismo, con tendencia a reaccionar ante fragmentos de estímulos generalizando las respuestas (Nuñez Rafael, 1989).

b) **DEPRESION:** De acuerdo con el MMPI es una característica de la personalidad en la cual la persona presenta sentimientos de tristeza, inseguridad, minusvalía, abatimiento y culpa (Nuñez Rafael, 1989).

c) **GANANCIA SECUNDARIA HACIA LA PENSION :** Tendencia de la persona a obtener beneficios económicos a través de su situación de enfermedad física, incrementando la expresión de sus molestias y síntomas asociados a la enfermedad.

d) **DOLOR:** Sensación de molestia o sufrimiento en una parte del cuerpo.

POBLACION:

Se obtuvo de los pacientes con diagnóstico de dolor bajo de espalda que fueron referidos a la Unidad de Medicina Física Región Norte del IMSS por el médico familiar para tratamiento rehabilitatorio y/o por Medicina del Trabajo para un trámite de pensión, y que al ser ingresados a esta Unidad fueron canalizados al servicio de psicología por el médico de rehabilitación durante los meses de agosto a noviembre de 1995 para derterminación de psicodiagnóstico, psicoterapia de apoyo y/o descartar una ganancia secundaria.

INSTRUMENTOS:

- a) Entrevista dirigida (ANEXO I).
- b) El cuestionario de percepción de dolor de Gómez Herrera.(ANEXO II)
- c) Cuestionario de Ganancia Secundaria (ANEXO III)
- d) Escala de Signos Conductuales de Wadell (1993) (ANEXO IV)
- e) Las escalas de Depresión (D) y de Ansiedad (Pt) del MMPI incluyendo la escala en investigación para pacientes con lumbalgia.(ANEXO VI)
- f)El cuestionario de dolor de Mc Gill (ANEXO V)

3.2 PROCEDIMIENTO:

CRITERIOS DE INCLUSION::

- Pacientes con Dx de Dolor Bajo de Espalda.
- Con escolaridad de 6º de primaria como mínimo
- Mayores de 16 años
- Que aceptaron participar en la investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Con escolaridad menor a 6°.de primaria.
- Que no acepten participar en la investigación.
- Menores de 16 años.
- Pacientes que no complementen su evaluación durante la investigación.

La investigadora realizó el trabajo de manera individual con cada paciente canalizado al servicio de psicología con Dx de DBE durante los meses de agosto a noviembre de 1995, el cual consistió en lo siguiente:

a) Entrevista: Se realizó una entrevista dirigida cerrada, donde se evaluaron edad, sexo, estado civil, escolaridad, área laboral, económica, emocional, sexual, familiar; historia de la enfermedad y utilización de los servicios médicos.(VER ANEXO I).

b) Se aplicó el cuestionario de Percepción del Dolor de Gómez Herrera.(VER ANEXO II).

c) Se aplicó el cuestionario de Ganancia Secundaria.(VER ANEXO III).

d) Se aplicó la Escala de Signos Conductuales de Wadell (VER ANEXO IV).

e) Se aplicaron las escalas de Depresión y Ansiedad del MMPI incluyendo la escala para pacientes lumbálgicos.(VER ANEXO VI).

f) Se aplicó el Cuestionario de Dolor de McGill (VER ANEXO V).

3.3 TRATAMIENTO ESTADISTICO

Dado que el objetivo general era medir la relación que existe entre la percepción del dolor y las características de personalidad de ansiedad y depresión, ganancia

secundaria hacia la pensión, y signos conductuales emocionales presentes en los pacientes con dolor bajo de espalda, el primer análisis fué de tipo descriptivo mediante el cual se caracterizó a los pacientes que presentaron las variables psicosociales.

Antes de iniciar los análisis estadísticos correspondientes a resolver cada uno de los objetivos específicos se realizó un análisis para determinar el nivel de relación entre la percepción subjetiva del dolor y su evaluación mediante la presencia de signos conductuales, esto se realizó a partir de correlaciones producto momento. El mismo procedimiento se siguió para las variables psicosociales (ansiedad, depresión y ganancia secundaria).

Las características de personalidad se analizaron como variables discretas (normal-anormal) y se utilizó una prueba X² para evaluar si las medias y las desviaciones de las escalas de dolor varían significativamente.

Con el fin de identificar las variables psicosociales asociadas al dolor bajo de espalda se realizaron en un primer momento correlaciones entre cada una de las variables psicosociales con cada una de las de dolor, y en un segundo momento las variables criterio en cada uno de los análisis fué el dolor (percepción y signos conductuales) y las psicosociales como predictoras.

Para el cumplimiento del objetivo de identificar si la relación entre las variables psicosociales y la percepción de dolor y signos conductuales de dolor se modifica en función de las variables socio demográficas de sexo, así como el tipo de diagnóstico, se obtuvo la frecuencia así como la X² de cada uno de los instrumentos de evaluación utilizados.

Se obtuvo la confiabilidad de los instrumentos mediante la alpha de Cronbach.

Finalmente se analizó la población dividiéndola en dos grupos de acuerdo a su diagnóstico de dolor bajo de espalda sistematizado y dolor bajo de espalda no sistematizado, aplicando una t de student para observar si las dos poblaciones se comportan con una distribución normal.

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION

Recordemos que la población de la presente investigación se integró con 41 pacientes canalizados al servicio de psicología durante el período de agosto a noviembre de 1995, con diagnóstico de Dolor Bajo de Espalda sistematizado (pacientes en los que el médico encontró datos físicos que explican el dolor) y pacientes con diagnóstico de Dolor Bajo de Espalda No Sistematizado (pacientes en los que el médico no encuentra datos físicos que expliquen el dolor), que además cumplían con los requisitos de inclusión planteados: escolaridad de 6o. de primaria o más, mayores de 16 años y que aceptarán participar en la investigación.

Quedando la población muestra conformada por 28 hombres y 13 mujeres, de los cuales 22 tenían diagnóstico de Dolor Bajo de Espalda sistematizado y 19 diagnóstico de dolor bajo de espalda no sistematizado.

Analizando los factores sociodemográficos de la muestra se encontró que fueron hombres el 68 % de la misma, que el 51% de los sujetos tenía una edad comprendida entre 46 y 61 años, que el 78% eran casados y el 61% tenía un nivel de escolaridad de primaria (ver tabla I).

a)Area Familiar

En el análisis del área familiar se encontró que el 29% de la población tiene tres hijos, que el 61% tiene de uno a tres hijos que dependen económicamente del paciente, que en el 56% de la población existe otro familiar que también tiene

ingresos económicos; el 44% reportó tener una convivencia familiar buena, y el 32% calificó su relación de pareja como buena. (Ver Tabla V).

b) Area Laboral

En el área laboral y económica se encontró que el 54% tenía diagnóstico de lumbalgia sistematizada, en cuanto al tipo de trabajo el 37% realiza actividades englobadas en la categoría de obrero no calificado; que su actividad laboral la realizan desde hace 15 años o más en el 58% de la población; el 56% de la población muestra realiza actividades de cargar o permanecer de pie.

El 85% de la muestra considera que su actividad laboral esta relacionada con su "dolor bajo de espalda"; el 61% se encuentra incapacitado (ayuda económica por su enfermedad); el 41% tiene en promedio de 1 a 6 meses incapacitado; el 63% ha visto disminuido su ingreso económico a causa de su enfermedad, y el 78% de la población se ha visto afectada en su economía familiar por su enfermedad (ver tabla II).

c) Area Emocional

En el área emocional el 75% reportó cambios en su estado de ánimo a partir de la enfermedad, el 41% calificó su estado de ánimo como triste, el 49% reportó cambios de apetito, y el 71% reportó alteraciones en el sueño (ver tabla III).

d) Area Sexual

En el área sexual el 46 % reportó alteración, el 44% de la población relacionó su alteración sexual a consecuencia de su enfermedad, el 7% aseveró tener conflicto con su pareja por la alteración sexual presentada a partir de su enfermedad.(ver Tabla IV).

e) Historia de la Enfermedad

En cuanto a la historia de la enfermedad se obtuvo que el 51% de la población tenía dos años o mas con su enfermedad, el 41% reportó que del inicio al momento presente su dolor se ha hecho mas severo, y para el 83% de la muestra el área que mas a afectado su enfermedad es la laboral. (ver tabla VI).

f) Utilización de los Servicios Médicos

Al analizar la utilización de los servicios médicos se observó que el 51% de la población acudió a solicitar consulta médica entre el primer y séptimo día de iniciado su dolor, que el 54% se dirigió a solicitar atención médica a su clinica familiar, el 64% ha recibido de una a diez consultas, que el 22% ha tenido incapacidad de un día a un mes y otro 22 % ha tenido incapacidad de 3 a 6 meses; el 83% de los pacientes considera que no puede regresar a su trabajo, en tanto que el 85% desea regresar a su empleo. (ver tabla VII).

4.2 PERCEPCION DEL DOLOR

La medición de la percepción del del dolor se realizó a traves de:

a) Escala de Mc Gill

La conocida escala de dolor de Mc Gill (1975) en la cual se mide éste a traves de describir sus cualidades por medio de una lista de palabras, donde el paciente tiene que escoger la que mas se asemeje a su tipo de dolor.

En esta Escala se obtiene un índice total de dolor el cual esta conformado por cuatro áreas: cualidades sensoriales, cualidades afectivas, cualidades evaluativas y miscelanea. A mayor índice, mayor severidad del dolor de acuerdo a lo reportado por el paciente.

Adicionalmente esta escala nos da información sobre la intensidad del dolor presente en el momento de aplicar la escala, así como signos y síntomas asociados al dolor.

Los resultados encontrados en esta escala nos muestran que 15 sujetos que corresponden al 36% de la población obtuvo puntajes desviados en el índice de dolor presente, esto es puntuaciones por arriba de la media. De la población con índices desviados 8 fueron hombres y 7 mujeres, observándose puntajes muy similares entre ambos. En cuanto al tipo de diagnóstico 9 sujetos (40%) tienen diagnóstico de DBE sistematizado y 6 personas (31%) tienen diagnóstico de DBE no sistematizado (ver cuadro 2).

En cuanto a la intensidad del dolor se encontraron prevalencias mayores en los sujetos que puntuaron como no desviados en la escala, siendo también las medias más altas, lo cual nos habla de que los valores asignados a la intensidad de dolor fueron para estos sujetos más altos. (Ver cuadro 3).

En el análisis de la intensidad de dolor presente de los sujetos con puntajes desviados tanto para el Diagnóstico de DBE Sistematizado, como para el Diagnóstico de DBE No sistematizado 11 pacientes (26%) reporta un dolor presente de Fuerte a Muy Fuerte (ver cuadro 4).

Respecto al nivel de actividad general, se encontró mayor incidencia para el rubro de " Regular " en ambos grupos. (Ver cuadro 5).

Para la calidad del sueño se encontró que para el grupo de sistematizado la mayor incidencia fué en el rubro de " Regular ", en tanto que para el grupo de no sistematizado fué en el rubro de " Malo ". (Ver cuadro 6).

La calidad del apetito fué reportado como " Bueno " en ambos grupos. (Ver cuadro 7).

Para los síntomas asosiados al dolor se encontró mayor incidencia para la " Cefalea " en ambos grupos . (Ver cuadro 8).

Al realizar el análisis estádístico de esta escala se encontró una alpha de .74, una media de 34, una varianza de 48 y una desviación stándar de 6 (Ver cuadro 14).

b) Escala de Dolor de Fuentes

La segunda Escala de Dolor utilizada, fué la realizada por Gómez Fuentes (1994), la cual se desarrolló específicamente para medir dolor en pacientes con Dolor Bajo de Espalda.

El análisis de los resultados de esta escala se realizó a dos niveles, en el primero se obtuvo un índice de dolor, en donde a mayor puntuación mayor índice de dolor reportado por el paciente, en tanto que el segundo nivel de análisis se hizo de tipo descriptivo.

En el análisis realizado para obtener el índice de dolor se encontró que 22 pacientes, los cuales corresponden al 53 % de la población, obtuvieron una puntuación significativamente desviada en el reporte del dolor, esto es por arriba de la

media. De los cuales 6 son mujeres y 16 hombres, observándose mas puntajes desviados en los hombres que en las mujeres; 12 de los sujetos, correspondientes al 54 % de la población desviada, tienen diagnóstico de dolor bajo de espalda sistematizado, en tanto que 10 (52%) tienen diagnóstico de dolor bajo de espalda no sistematizado, observándose puntajes mas desviados en pacientes con DBE sistematizado (ver cuadro I).

El análisis estadístico de esta escala nos reportó una alpha de .68, una media de 20, una varianza de 15 y una desviación estándar de 3 (Ver cuadro 14).

En las preguntas que se analizaron a nivel descriptivo se encontró que respecto a las características y condiciones del dolor, el 83% de los pacientes reportaron dolor constante, el 59% localizado, para el 54% se hace mas severo después de las actividades diarias, el 76% refiere se incrementa con las actividades domésticas y las profesionales, el 32% que mejora con la inmovilidad, el 63% reportó que el día anterior su dolor había sido estable, el 78% manifiesta tener dolor de leve a intenso por las noches, el 54 % reportó que en el momento de la entrevista tenía dolor leve o moderado, y el 51% informa que su dolor no desaparece nunca (ver tabla VIII).

c) Escala de Signos Conductuales

Esta escala fué elaborada por Waddell (1980) con objeto de observar las respuestas conductuales anormales que presenta el paciente al dolor durante su exámen, e incluye las siguientes mediciones:

1)Sensibilidad: Reportar sensibilidad superficial y difundida al contacto ligero de tejido blando.

2) Simulación o fingimiento: Reportar aumento de dolor significativo con cargas menores de 2.5 kgrs, y con rotaciones pasivas de hombros y pelvis.

3) Alteración sensorial generalizada, si esto no puede explicarse con una base neurológica.

4) Levantar continuamente la pierna mas de 45 grados al estar sentado.

5) Sobrerreacción: Movimientos asistidos por bastones, andaderas, etc, movimientos rígidos, tiesos o lentos, usar excesivamente pies y brazos como apoyo al estar sentado, friccionar activamente el área afectada con la palma de la mano, así como tomar o apretar fuertemente el área afectada.

Al realizar el análisis de los resultados de esta escala se observa que 21 pacientes, lo cual corresponde al 51% de la población total, presentan puntuaciones desviadas por arriba de la media. De la población con puntuaciones desviadas 15 sujetos (53%) son hombres y 6 sujetos (46%) son mujeres; de esta misma población desviada 11 sujetos (57%) tienen un diagnóstico de DBE No sistematizado (Ver cuadro 10).

El análisis estadístico de esta escala nos reportó una alpha de .50, una media de 10.51, una varianza de 2.3 y una desviación standar de 1.51.

4.3 CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD DEL MMPI

a) Depresión

Para medir la depresión se utilizó la escala de Depresión de MMPI la cual evalúa estados emocionales momentáneos y transitorios del estado de ánimo tales como moral baja, sentimientos de desesperanza, tristeza, insatisfacción con el estado

general de las cosas o de la vida, falta de esperanza en el futuro y decaimiento de ánimo. Los resultados de esta escala se analizaron tomando en cuenta la puntuación total de cada sujeto como "normal" o "desviada". Donde se encontró que 31 sujetos obtuvieron puntuaciones desviadas y 10 obtuvieron puntuaciones "no desviadas". (Ver Cuadro 15).

Se observó además que en esta escala 31 pacientes, correspondientes al 75% del total de la población muestra, presentó un puntaje desviado. De la población con puntajes desviados 23 sujetos (82%) fueron hombres y 8 sujetos (61%) fueron mujeres; en cuanto al tipo de diagnóstico en esta misma población (con puntajes desviados) se observó que 14 sujetos (73%) tenía un diagnóstico de DBE No Sistemizada (Ver cuadro 11).

b) Ansiedad

La medición de ansiedad se llevó a cabo utilizando la escala 7 del MMPI, la cual mide características de personalidad de ansiedad, angustia, desconfianza en sí mismo, con un panorama del mundo hostil y amenazador, con sentimientos de culpa, y con sensación de incapacidad para enfrentar por sí mismo los problemas que le perturban en general. El análisis de esta escala se realizó dividiendo a la población en sujetos que puntuaron normal y desviados. Se encontró que sólo un sujeto obtuvo puntuación desviada, en tanto que los otros 40 obtuvieron puntuaciones No Desviadas. (ver cuadro 15).

Al analizar los resultados de estas escalas se observó que del total de la población muestra sólo un sujeto presentó puntuación desviada lo cual corresponde al 2% , éste era hombre y tenía un diagnóstico de DBE Sistemizado (ver cuadro 12).

c) Síndrome Doloroso Lumbar

Del MMPI también se utilizó la escala de " Síndrome Doloroso Lumbar", la cual se encuentra en investigación y que mide principalmente características de personalidad incluidas en las escalas formadas por la triada neurótica de "hipocondría, depresión e histeria". Los resultados de esta escala se tomaron dividiendo a la población en sujetos que puntuaron normal y desviados. Los resultados nos mostrarán que de la población 11 sujetos obtuvieron puntuación desviada y 30 obtuvieron puntuación no desviada.

Los resultados encontrados en esta escala nos muestran que del total de la población muestra 11 sujetos, lo cual corresponde al 26% de la población, obtuvo una puntuación desviada. De la población con puntuaciones desviadas 6 sujetos (21%) son hombres y 5 sujetos (38%) son mujeres; de esta misma población con puntuación desviada 5 sujetos (20 %) tienen un diagnóstico de DBE No sistematizado (Ver Cuadro 13).

4.4 GANANCIA SECUNDARIA

El último de los Instrumentos utilizados en la presente investigación fué la Escala de Ganancia Secundaria, la cual se realizó y piloteó previamente por la investigadora, esta escala mide la tendencia del sujeto a obtener beneficios económicos a través de su situación de enfermedad física, incrementando la expresión de sus molestias y síntomas asociados a la enfermedad

Al analizar los resultados obtenidos en la escala de ganancia secundaria se encontró que 10 sujetos, lo cual corresponde al 24% de la población, obtuvo puntajes desviados. De la población con puntajes desviados 7 sujetos (25 %) son hombres y 3 sujetos (23 %) son mujeres. En cuanto al tipo de diagnóstico se encontró que 7 sujetos (36 %) obtuvo puntajes desviados que correspondían al diagnóstico de DBE No sistematizado (Ver Cuadro 9).

El análisis estadístico de esta escala nos reportó una alpha de .64, una media de 14.9, una variación de 2.9 y una desviación estándar de 1.72. (ver cuadro 14).

4.5 CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES Y LA PERCEPCION DEL DOLOR.

Durante el análisis estadístico de correlación de los instrumentos utilizados, en el cual se empleo el Coeficiente de Correlación Producto Momento, se encontró:

a) Correlación con la Escala de Fuentes

Al correlacionar la escala de Percepción del Dolor de Fuentes con la Escala de Signos Conductuales, Escala de Ganancia Secundaria, y las Escalas de Personalidad (Lumbalgia, Depresión y Ansiedad), se observaron correlaciones significativas para la escala de Fuentes con la de signos conductuales, la de Ganancia Secundaria y Depresión. Al correlacionar Fuentes y Mc Gill se obtuvo una $R = 0.24$ la cual es alta pero no llega a ser significativa (Ver cuadro 16).

b) Correlación con la Escala de Mc Gill

Al correlacionar la escala de Percepción del Dolor de Mc Gill con la Escala de Signos Conductuales, la Escala de Ganancia Secundaria, y las Escalas de

Personalidad (Lumbalgia, Depresión y Ansiedad) no se encontró ninguna correlación significativa (Ver cuadro 16).

c) Correlación con la Escala de Signos Conductuales

Al correlacionar la Escala de Signos Conductuales con la Escala de Ganancia Secundaria, Escalas de Personalidad (Lumbalgia, Ansiedad y Depresión), se encontraron correlaciones significativas para las correlaciones de Signos Conductuales con Ansiedad y con Depresión.(ver cuadro 16)

d) Correlación Escala de Ganancia Secundaria

Al correlacionar la escala de Ganancia Secundaria con las Escalas de Personalidad (Ansiedad, Depresión y Lumbalgia), no se encontró ninguna correlación significativa.(ver cuadro 16).

e) Correlación Escala de Depresión

Al correlacionar la Escala de Depresión con la Escala de Lumbalgia y la Escala de Ansiedad, se encontró una correlación significativa con la Escala de Ansiedad. No fué significativa la correlación con la Escala de Lumbalgia.(Ver cuadro 16)

f) Correlación con la Escala de Ansiedad

Al correlacionar la Escala de Ansiedad con la de Lumbalgia no se encontró una correlación significativa entre estas variables. (Ver cuadro 16).

Resumiendo respecto a las correlaciones, se observó que la percepción del dolor desde las Escala de Fuentes se relaciona significativamente con la Escala de Signos Conductuales, la Escala de Ganancia Secundaria y la Escala de Depresión.

También se observó una correlación significativa entre la Escala de Signos Conductuales con la Escala de Ansiedad y la Escala de Depresión, pero el alpha de la Escala de Signos Conductuales es baja (0.5) por lo cual habría que ver que es lo que mide en realidad.

4.6 ANALISIS DE SUJETOS CON DIAGNOSTICO DBE SISTEMATIZADO-DBE NO SISTEMATIZADO.

Finalmente se realizó el análisis estadístico de cada uno de los instrumentos, donde se comparó la población de acuerdo a su diagnóstico de "dolor bajo de Espalda no sistematizado" con aquellos que tenían el diagnóstico de "dolor bajo de espalda Sistemalizado" creando así dos grupos para cada instrumento y obteniéndose la T de student (Ver cuadro 17) donde ninguna de las T obtenidas es significativa o sea que las distribuciones de las poblaciones tomando en consideración su diagnóstico no se distribuyen de manera normal.

5. DISCUSION

Los resultados encontrados en la presente investigación respecto a la relación que existe entre los aspectos físicos del dolor bajo de espalda y los aspectos psicosociales concuerdan con investigaciones previas realizadas por otros autores (Wermake, et. al. 1993, Coste, et. al. 1992, Bonica 1990, Hernández 1989, Feyer, et. al. 1992).

Se encontró que el dolor bajo de espalda altera al individuo de manera integral, no unicamente en su estado físico sino en áreas importantes de su vida como la emocional, la sexual, la laboral y la familiar. Similares resultados encontró Feyer, et. al. 1992, Bradley 1991.

Así más del 50% de la población reportó como regular o mala la relación con su familia y con su pareja a partir de la enfermedad, el 85% piensa que su dolor se asocia a la actividad laboral que desempeña, el 61% se encuentra incapacitado con lo cual se ha visto disminuido su ingreso económico, y el 41% tiene un promedio de 1 a 6 meses de incapacidad.

Se han observado alteraciones en el estado de ánimo para el 75% de la población, de los cuales el 41% reporta estar "Triste", el 49% reportó cambios de apetito, el 71% reportó alteraciones del sueño, y el 44% reportó alteraciones en su vida sexual a consecuencia de su enfermedad.

Para el 41% el dolor se hace mas severo cada día y para el 83% de la población el área mas afectada con su enfermedad es el área laboral, el 83% considera no puede regresar a su trabajo mientras que el 85% desea regresar a trabajar.

Todos estos resultados concuerdan con los resultados obtenidos por Coste et. al 1992, Feyer et. al 1992. Los autores del estudio de (Coste et. al. 1992) concluyen que existe un "síndrome de dolor psicológico" el cual se forma con los elementos evaluados a nivel integral.

En cuanto a la utilización de los servicios médicos se encontró que el 51% de la población acudió a solicitar consulta entre el primer y séptimo día de iniciado su dolor, resultados que no coinciden con el estudio de (Feyer et. al. 1992), en donde de su población de alto riesgo y con dolor presente (enfermeras y carteros) sólo el 28% había acudido a pedir ayuda médica.

En el presente estudio se observó que el 61% de los pacientes se encontraban incapacitados y el 75% presentaba depresión, relación también presente en (Coste et. al 1992, Waddell 1993, Tollison 1993) donde los autores encuentran que los disturbios psicológicos estan fuertemente involucrados en la presentación clínica de los pacientes con demanda legal o de compensación económica.

Al evaluar la duración del dolor se encontró que el 51% de la población tenía una duración de dos años o más con su enfermedad, estos resultados concuerdan con el estudio de (Feyer et. al. 1992) donde la duración del dolor promedio de su muestra era mayor a un año.

El dolor fué reportado de fuerte a muy fuerte o severo por el 26% de los pacientes y como constante en el 83% de la población, siendo esta otra característica en este tipo de pacientes la cual se ve acentuada en pacientes que reciben compensación económica de acuerdo a investigaciones previas (Waddell 1993, Feyer 1992).

Al evaluar la depresión en los pacientes se encontró que el 75% de los pacientes presentaron un puntaje desviado, donde se incluían ambos sexos y que de esta población desviada mas del 50% tenía diagnostico de DBE no sistematizado.

Esta depresión presente en los pacientes de la muestra concuerda con los resultados obtenidos en otras investigaciones donde se establece que el DBE generalmente es acompañado de factores emocionales significativos (Hernández 1989, Coste et. al. 1992, Bradley 1981).

Al evaluar la ansiedad se encontró que sólo uno de los pacientes presentó puntuación desviada en esta escala lo cual nos dice que este factor psicológico no es significativo para esta población en especial, estos resultados no concuerdan con lo encontrado en estudios previos donde se observa que la ansiedad se encuentra presente en este tipo de pacientes de manera significativa, (Akerlind, et. al. 1992, Sternbach 1974, Main 1983, Coste 1992). Esta no concordancia con los estudios previos se podría deber a que en el presente estudio se esta evaluando la ansiedad como característica de personalidad, mas que como estado de ansiedad y probablemente se requeriría de otro instrumento que fuera mas sensible para medir este aspecto de la ansiedad; lo cual, sería motivo de otra investigación.

En la Escala de Signos Conductuales se encontró que el 51% de los pacientes presentaron puntuaciones desviadas lo cual concuerda con los resultados de (Wernike 1993), donde este autor afirma que estos signos conductuales pueden ser asociados a disturbios emocionales.

En la presente investigación se encontraron puntajes elevados para la escala de depresión y las escalas de dolor, lo cual concuerda con los resultados de (Bradley 1981, Ostdam y Duivenvoorden 1987).

La interacción dolor severo y estado psicológico alterado en el grupo de pacientes fué encontrado por (Feyer et. al. 1992), situación que no concuerda del todo con los resultados encontrados en la presente investigación ya que en esta únicamente el 26% de la población presentó "dolor severo"; pero si encontrándose una relación significativa entre el dolor en general y la depresión.

También fué significativa la correlación que se encontró entre el dolor y la ganancia secundaria, así como dolor y signos conductuales, lo cual concuerda con estudios previos (Tollison 1993, Waddell 1993, Coste et. al. 1992) donde se asevera que el dolor y su intensidad se puede ver influido por las compensaciones principalmente de tipo económico que tienen los pacientes

Analizando mas específicamente los resultados de las correlaciones realizadas entre los instrumentos, podemos puntualizar:

a) Correlación con la Escala de Fuentes

Al correlacionar la Escala de Fuentes y Mc Gill la $R= 0.24$ encontrada que es alta pero no llega a ser significativa se podría explicar en base a que los marcos conceptuales empleados para la elaboración de las mismas difieren considerablemente, ya que la Escala de Fuentes es elaborada para medir específicamente el DBE, en tanto que la Escala de Mc Gill es elaborada para medir el dolor en general.

Así mismo las correlaciones de la escala de Fuentes con Ansiedad $R= 0.21$ y con Lumbalgia $R= 0.16$ no son significativas debido probablemente a la baja o poco significativa presencia de estos elementos en la población estudiada, donde para la ansiedad se observa un solo paciente que muestra datos desviados y para la Escala de Lumbalgia 10 sujetos. (Cuadro 15) de lo que se puede deducir que aún cuando los pacientes reportaban dolor no se encontraban ansiosos, ni cumplían con los criterios de la Escala de Lumbalgia para ser considerados como significativos.

b) Correlación con la Escala de Mc Gill

Las correlaciones hechas con la Escala de Mc Gill resultan ser no significativas además de considerablemente bajas (0.05 a 0.13) para todos los instrumentos, estos resultados nos muestran que esta escala no es un instrumento adecuado que nos ayude a medir el DBE y su correlación con las variables psicosociales aquí consideradas en este tipo de pacientes en particular.

Por otro lado se podría pensar que el dolor de los pacientes no se correlaciona significativamente con los aspectos que miden las otras escalas, pero esta hipótesis se

ve derrumbada por los resultados obtenidos en la correlación hecha con el Instrumento de Dolor de Fuentes.

c) Correlación con la Escala de Signos Conductuales

No se encontraron correlaciones significativas con la Escala de Ganancia Secundaria y con la Escala de Lumbalgia, de lo cual se podría inferir que estos aspectos son independientes de la Escala de Signos Conductuales y que la presencia o ausencia de alguno de ellos no interfiere con los resultados de dicha escala al menos para la población estudiada.

d) Correlación Escala de Ganancia Secundaria

La no correlación de la Escala de Ganancia Secundaria con las Escalas de Depresión, Ansiedad y Lumbalgia nos podría mostrar la independencia de estas variables en los sujetos de nuestra muestra. Pero también podría ser explicado este resultado en base a la especificidad de la Escala de Ganancia Secundaria la cual mide la compensación de tipo económico que obtiene el paciente; siendo interesante ampliar esta escala para que midiera también las ganancias secundarias de tipo afectivo que pudieran estar obteniendo estos pacientes ante su situación de enfermedad y poder observar posteriormente si se encuentra alguna correlación con las escalas aquí comparadas.

e) Correlación Escala de Depresión

Se encontró una correlación significativa para las Escalas de Depresión y Ansiedad, no así para la correlación con Lumbalgia, lo cual nos puede hablar de que no existe relación entre estas variables para los sujetos de la muestra estudiada y que estas variables son independientes

f) Correlación Escala de Ansiedad y Lumbalgia

La correlación de estas dos escalas no es significativa, lo cual nos habla de que no existe relación entre estas variables.

El no haber encontrado ninguna correlación significativa entre las variables medidas y la Escala de Lumbalgia nos lleva a pensar por un lado que dicha escala requiera de mayor investigación, tratando de especificar que es lo que mide realmente; y por otro que la baja incidencia presentada en esta investigación fuese la causa de la no correlación con los instrumentos utilizados.

6. CONCLUSIONES

Considero que la principal conclusión que se puede obtener del presente trabajo es la necesidad de trabajar de manera integral con los pacientes de Dolor Bajo de Espalda o sea, Rehabilitación mas atención psicológica, ya que como lo demuestran los resultados obtenidos en la presente investigación, el Dolor Bajo de Espalda se ve acompañado invariablemente de alteraciones a nivel psicosocial, las cuales de no ser tomadas en cuenta interferirán en el tratamiento.

Esta intervención a nivel psicológico debe ser encaminada a proporcionar apoyo al paciente para que maneje adecuadamente este tipo de alteraciones que se presentan en su vida a consecuencia del dolor.

Para poder resolver la manera de intervención desde lo psicológico con este tipo de pacientes sería necesario desarrollar modelos de intervención específicos, lo cual es motivo de posteriores investigaciones.

De las dos escalas de dolor empleadas considero que la escala de Fuentes fué mejor instrumento, debido probablemente, a que es una escala elaborada específicamente para este tipo de pacientes, en tanto que la de McGill mide dolor en general.

Las escalas del MMPI son una herramienta adecuada para medir las alteraciones en las características de personalidad presentadas por los pacientes. Aunque, hubiéese sido conveniente emplear las tres primeras escalas del MMPI, para poder determinar si la población estudiada presentaba elevada la "triada Neurótica"

como en estudios previos y no solamente la escala de depresión, ya que esto sería importante de tener en cuenta para el desarrollo en modelos de intervención psicológica.

Otro de los resultados encontrados en la presente investigación es no haber observado puntuaciones desviadas en la Escala de Ansiedad, lo cual difiere de los estudios previos donde se reportan desviaciones significativas para esta escala, esto nos llevaría a pensar que en posteriores investigaciones se utilice un instrumento que mida ésta como estado mas que como característica de personalidad.

Dado que la escala de Ganancia Secundaria elaborada para la presente investigación resultó adecuada en la medición de este aspecto, sería conveniente ampliarla para incluir reactivos que abarquen otros aspectos de la misma y no solamente la ganancia secundaria a nivel económico.

Tomando en consideración el tiempo tan prolongado con el dolor encontrado en la presente muestra de dos años o más para el 50 % de la muestra, así como el reporte de los pacientes de que su dolor, de su inicio al momento de la evaluación para, el 80% de la muestra permanecía igual o se había hecho mas severo y que el tiempo de incapacidad iba de uno a seis meses, se considera que la falta de respuesta al tratamiento podría deberse a la falta del manejo de aspectos psicosociales que están incidiendo en el paciente, por lo cual se considera que los pacientes se podría ver beneficiados al realizarse de manera conjunta el tratamiento rehabilitatorio y la intervención psicológica.

Otra de las conclusiones que pueden darse al presente estudio es, que tal parece que los pacientes presentan mayor inhabilidad para adaptarse al dolor por lo cual se ven mas afectados en su estilo y calidad de vida.

Sería de interes investigar en posteriores estudios, si estos cambios a nivel psicosocial que reportan los pacientes a raiz de su dolor bajo de espalda son consecuencia o la causa del dolor.

La Ganancia Secundaria encaminada principalmente a la compensación de tipo económico que obtienen los pacientes, es un aspecto que requiere de mayor investigación ya que aún cuando se encontró una correlación significativa del dolor con la ganancia secundaria, también es cierto que a nivel descriptivo los pacientes reportaron disminución en sus ingresos económicos desde su enfermedad, lo cual parece ser una contradicción.

Considero además que este rubro de Ganancia Secundaria no se limita únicamente a la compensación de tipo económico, sino a la mayor atención que presta la pareja y la familia en general hacia el paciente enfermo, lo cual lo puede llevar en determinadas circunstancias a "querer prolongar este estado de enfermedad". punto este que sería importante investigar posteriormente, para determinar mas exactamente que es lo que causa mayor conflicto en la solución del dolor bajo de espalda, si la compensación de tipo económico, la mayor atención que presta la pareja y la familia, o si existen además de estos, otro tipo de factores.

No hay que olvidar que este tipo de diagnóstico se presenta principalmente en personas de edad productiva, con trabajos manuales "pesados" y que este es otro

factor que influye en la presencia del dolor, por lo cual es de suma importancia llevar a cabo medidas preventivas a nivel de rehabilitación.

A nivel psicológico los pacientes requieren de una intervención psicológica simultánea a la rehabilitación. Sería interesante llevar a cabo investigaciones futuras donde se pueda evaluar el efecto de las intervenciones psicológicas simultáneas a la rehabilitación y observar los resultados.

Otra conclusión de interés es la no diferenciación significativa en los resultados encontrados al comparar pacientes con dolor bajo de espalda sistematizado (apoyo físico de la sintomatología), y los diagnosticados con dolor bajo de espalda no sistematizado (no se encuentra apoyo físico de la sintomatología), lo cual nos lleva a concluir que la afección de tipo psicosocial se da en la población con dolor bajo de espalda en general sin importar esta diferenciación diagnóstica.

Finalmente el camino que deja abierto esta investigación para futuros estudios es la necesidad de elaborar y trabajar sobre modelos de intervención psicológica que puedan aplicarse a este tipo de población atendida a nivel institucional y en donde se considera de suma importancia el reintegrar al paciente a su medio laboral lo más prontamente posible.

7. ANEXOS

ANEXO I

"FORMATO DE ENTREVISTA" (CALIDAD DE VIDA)

NO. DE CASO: _____

NOMBRE: _____

DIAGNOSTICO MEDICO: _____

ENCIERRE EL NUMERO SEGUN CORRESPONDA.

DATOS GENERALES:

- 1.- Edad** 1) Entre 16-30 años 2) Entre 31-45 años
 3) Entre 46-60 años 4) De 61 años o más
- 2.- Sexo** 1) Masculino 2) Femenino
- 3.- Estado Civil** 1) Soltero 2) Casado 3) Divorciado o separado
 4) Viudo 5) Union Libre
- 4.- Escolaridad** 1) Primaria 2) Secundaria
 3) Preparatoria 4) Profesional

AREA LABORAL:

- 5.- Tipo de Trabajo** 1) Obrero no calificado (taxista, chofer, mozo, albañil,
 ayudante general, etc.) 2) Campesino 3) Obrero calificado
 (carpintero, mecánico, electricista, etc) 4) Empleado (oficinista, supervisor, etc)
 5) Profesionista 6) Ama de casa

26.- Con respecto a su dolor bajo de espalda de su inicio a la fecha

- 1) A disminuido 2) A permanecido igual 3) Se ha hecho mas severo

27.- Su Dolor Bajo de espalda le limita (marcar la mas limitada)

- 1) En sus actividades diarias personales 2) En sus actividades laborales
- 3) En sus actividades recreativas 4) En sus actividades sexuales.

UTILIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS:

28.- ¿Del momento en que inició su dolor bajo de espalda al día que solicitó atención médica habían transcurrido? 1) 1 a 7 días 2) 1 a 2 semanas

- 3) 2 a 4 semanas 4) 1 a 2 meses 5) 3 a 6 meses
- 6) 6 a 12 meses 7) mas de un año.

29.- ¿Cuándo solicito ayuda para su dolor bajo de espalda recurrió a?

- 1) Su médico familiar 2) médico particular
- 3) médico de la empresa 4) a algún conocido
- 5) se automedico 6) médico de urgencias
- 7) cura huesos 8) médico del trabajo.

30.- ¿Por su dolor bajo de espalda ha sido atendido por?

- 1) Su médico familiar 2) el médico especialista
- 3) en la clinica de rehabilitación 4) por el médico general particular
- 5) médico especialista particular 6) Tratamiento rehabilitatorio particular.

31.- ¿Qué número de consultas ha recibido por su dolor bajo de espalda?

(poner el número) _____

- 32.- ¿Desde que se inició su dolor usted lleva incapacitado?**
- 1) Ningún día
 - 2) De un día a un mes
 - 3) De un mes un día a tres meses
 - 4) De tres meses un día a 6 meses
 - 5) De seis meses un día a un año
 - 6) Mas de un año.

33.-¿De acuerdo a su estado físico actual considera que?

- 1) Puede regresar a su trabajo
- 2) No puede regresar a su trabajo

34.- ¿Desea regresar a su trabajo?

- 1) SI
- 2) NO

8.- Su dolor de espalda 1) No le impide realizar actividades como bañarse, vestirse, comer, caminar, dormir y trabajar 2) Interfiere en forma parcial o total en tres ó menos de las actividades de bañarse, vestirse, comer, caminar, dormir y trabajar 3) Interfiere en forma total o parcial en cuatro o más de las actividades de bañarse, vestirse, comer, caminar, dormir y trabajar.

9.- ¿Ayer su dolor fué? 1) Estable 2) Mejoró 3) Se agravó 4) No hubo

10.- ¿Por las noches su dolor es? 1) No hay dolor 2) Dolor leve
3) Dolor moderado 4) Dolor Intenso 5) Dolor muy intenso

11.- ¿Su dolor bajo de espalda ahorita es? 1) No hay dolor 2) Dolor leve
3) Dolor moderado 4) Dolor Intenso 5) Dolor muy intenso

12.- ¿Por momentos el dolor desaparece? 1) NO 2) 1 a 2 horas
3) 3 a 6 horas 4) 6 a 10 horas 5) 6 o más horas al día
6) Más de un día

13.- ¿Presenta dolor al agacharse a tomar un objeto del suelo sin doblar las rodillas 1) No hay dolor 2) Dolor leve 3) Dolor Moderado
4) Dolor Intenso 5) Dolor muy intenso

14.- ¿Presenta dolor al caminar? 1) No hay dolor 2) Dolor leve
3) Dolor Moderado 4) Dolor Intenso 5) Dolor muy intenso

15.- ¿Puede permanecer en una misma posición? 1) Menos de una hora

2) 1 a 2 horas 3) 3 ó mas horas

16.- ¿Puede permanecer de pie? 1) No puede permanecer de pie
2) Menos de una hora 3) Mas de una hora

17.- ¿Puede voltear y rotar su cuerpo? 1) Sin dolor 2) Dolor leve
3) Dolor moderado 4) Dolor Intenso 5) Dolor muy intenso

18.-¿Puede sentarse en una silla dura con respaldo vertical sin dolor?

- 1) No puede hacerlo 2) Menos de una hora 3) Mas de una hora

19.-¿Al acostarse el dolor es?

- 1) No hay dolor 2) Hay dolor leve
3) Hay dolor moderado 4) Dolor intenso 5) Dolor muy intenso

20.-¿Al sentarse en la sala en un sillón blando el dolor es?

- 1) No hay dolor 2) Hay dolor leve 3) Hay dolor moderado
4) Dolor intenso 5) Dolor muy intenso

21.-¿En cuanto a su trabajo el dolor?

- 1) No lo limita 2) Lo limita levemente

- 3) Lo limita moderadamente 4) Lo limita completamente

ANEXO III

"ESCALA DE GANANCIA SECUNDARIA"

LEA CON ATENCION LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y ENCIERRE EN UN CIRCULO LA "C" SI ES CIERTO O LA "F" SI ES FALSO LO QUE SE DICE.

	PRESENCIA	AUSENCIA
1.- ¿Se encuentra incapacitado por su enfermedad?	C	F
2.- ¿Considera que su enfermedad le impedirá regresar a su empleo?	C	F
3.- ¿Sabe que cantidad obtendrá si el IMSS decide pensionarlo?	C	F
4.- ¿A consultado a alguien para que le oriente "si le conviene pensionarse"?	C	F
5.- ¿Tiene presentada alguna inconformidad o demanda para obtener o incrementar su pensión?	C	F
6.- ¿Ha pensado a que se dedicará una vez pensionado?	C	F
7.- ¿Cree que tiene derecho a una pensión por la enfermedad que padece?	C	F
8.- ¿Gana igual o más dinero enfermo que trabajando?	C	F
9.- ¿Los médicos le han dicho que no encuentran motivos para las molestias que reporta o "que no tiene nada"?	C	F
10.- ¿Sabe usted si el monto de la pensión cubrirá sus necesidades económicas y las de su familia?	C	F

- | | | |
|---|---|---|
| 11.-¿Piensa en regresar a su empleo? | C | F |
| 12.-¿Prefiere estar incapacitado que trabajando? | C | F |
| 13.-¿Ahorita tiene una pensión por otra enfermedad ? | C | F |
| 14.- ¿Cree que si hace "mas evidente su dolor y molestias"
lo atenderán mejor? | C | F |

ANEXO IV

"ESCALA DE RESPUESTAS O SIGNOS CONDUCTUALES"

MARQUE SI EL PACIENTE PRESENTA O NO LA CONDUCTA

PRESENCIA AUSENCIA

A) SENSIBILIDAD:

- | | | |
|---|----|----|
| 1) Sensibilidad difundida al contacto ligero sobre la espina lumbar | SI | NO |
| 2) Experimenta sensibilidad ósea sobre una amplia área (extendiéndose a la espina torácica, sacra y pelvis) | SI | NO |

B) SIMULACION O FINGIMIENTO:

- | | | |
|---|----|----|
| 1) Incremento de dolor al levantar cargas de dos y medio kgs. | SI | NO |
| 2) Reporta dolor al rotar hombros y pelvis pasivamente | SI | NO |

C) REGION DE ALTERACION:

- | | | |
|---|----|----|
| 1) Alteración sensorial regional o generalizada que no se puede explicar con una base neurológica | SI | NO |
|---|----|----|

D) SOBRERREACCION O REACCION EXCESIVA:

- | | | |
|--|----|----|
| 1) Movimientos asistidos por bastones, andaderas, etc. | SI | NO |
| 2) Movimientos tiesos, rígidos o lentos. | SI | NO |
| 3) Usa ambos pies o brazos para apoyo estando sentado por mas de tres segundos | SI | NO |

***ESCALA ELABORADA POR WADDELL ET. AL. (1980)**

4) Fricciona activamente el área afectada con la palma de la mano durante tres segundos o más	SI	NO
5) Toma o aprieta fuertemente el área afectada por tres segundos o más	SI	NO
6) Hace expresiones faciales obvias de dolor que pueden incluir arrugar las cejas, apretar los labios, desviar la boca o apretar los dientes	SI	NO
7) Exhala exageradamente aire, usualmente acompañada por levantamiento de hombros y mejillas expandidas.	SI	NO

ANEXO V

"CUESTIONARIO DE DOLOR DE MCGILL"

SELECCIONE LAS PALABRAS QUE MEJOR DESCRIBAN SU DOLOR ACTUAL DEJE FUERA EL GRUPO DE PALABRAS QUE NO SEAN APROPIADAS PARA DESCRIBIR SU DOLOR. USE SOLAMENTE UNA PALABRA DE CADA GRUPO. INDIQUE SU RESPUESTA CON UNA PALOMA.

I	II	III
1. fluctuante	1. sobresaltante	1. erguido
2. vibrante	2. relampagueante	2. quemante
3. pulsante	3. punzante	3. taladrante
4. palpitante		4. puñalante
5. titilante		5. desgarrante

IV	V	VI
1. áspero	1. pellizcante	1. tirante
2. cortante	2. insistente	2. estirante
3. lacerante	3. corroe	3. agudo
	4. acalabrante	
	5. abrumador	

VII	VIII	IX
1. ardiente	1. que da comezon	1. débil
2. quemante	2. hormigueante	2. lastimoso
3. abrazador	3. vigoroso	3. doloroso
	4. agujoneante	4. persistente
		5. intenso

*TOMADO DE LA ESCALA DE DOLOR DE MC GILL 1975

X	XI	XII
1. suave	1. fatigante	1. desagradable
2. tirante	2. agotador	2. asfixiante
3. irritante	3. cansador	3. asqueroso
4. fuerte		

XIII	XIV	XV
1. terrible	1. agobiante	1. pésimo
2. horripilante	2. abrumador	2. deslumbrante
3. aterrante	3. inclemente	3. despreciable
4. atroz	4. vicioso	
	5. matador	
	6. despiadado	

XVI	XVII	XVIII
1. molesto	1. difundido	1. tirante
2. incómodo	2. radiante	2. entumecedor
3. intenso	3. penetrante	3. estirante
4. intolerable	4. agudo	4. agobiante

XIX	XX	IPD(Intensidad presente de dolor)
		0. Sin dolor
1. tranquilo	1. insistente	1. Leve
2. débil	2. nauseabundo	2. Molesto
3. congelante	3. angustioso	3. Inquietante
		4. Terrible
		5. Dolorosísimo

ACTIVIDAD	SUEÑO	APETITO	SINTOMAS ASOCIADOS
BUENA	BUENO	BUENO	NAUSEA
REGULAR	REGULAR	REGULAR	CEFALEA
NINGUNA	MALO	MALO	MAREO
			VERTIGO
			CONSTIPACION
			DIARREA

ANEXO VI

"ESCALAS DE DEPRESION, ANSIEDAD Y LUMBALGIA DEL M M P I" *

CONTESTE CIERTO (SI) O FALSO (NO) AL FINAL DE CADA UNA DE LAS PREGUNTAS

	AUSENCIA	PRESENCIA
2.- Tengo buen apetito.	SI	NO
3.- Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas.	SI	NO
5.- El ruido me despierta fácilmente.	SI	NO
8.- Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.	SI	NO
9.- Estoy tan capacitado para trabajar ahora como siempre lo he estado.	SI	NO
10.- Casi siempre me parece que tengo un nudo en la garganta.	SI	NO
13.- Trabajo bajo una tensión muy grande.	SI	NO
15.- De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.	SI	NO
18.- Muy raras veces sufro de estreñimiento.	SI	NO
22.- A veces me dan ataques de risa o de llanto que no puedo controlar.	SI	NO
23.- Sufro de ataques de náusea y vómito.	SI	NO
30.- A veces siento deseos de maldecir.	SI	NO
32.- Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.	SI	NO

***TOMADO DE LAS ESCALAS DEL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA**

PERSONALIDAD DE MINNESOTA.

36.- Raras veces me preocupo por mi salud.	SI	NO
39.- A veces siento deseos de destruir cosas.	SI	NO
41.- He tenido períodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo.	SI	NO
43.- Mi sueño es irregular e intranquilo.	SI	NO
45.- No siempre digo la verdad.	SI	NO
46.- Mi habilidad para formar juicios nunca había estado mejor que ahora.	SI	NO
51.- Me encuentro tan saludable como la mayor parte de mis amigos.	SI	NO
52.- Prefiero hacerme el desentendido con amigos de la escuela, o con personas conocidas a quienes no he visto hace mucho tiempo, a menos que ellos me hablen primero.	SI	NO
57.- Soy una persona sociable.	SI	NO
58.- Todo está ocurriendo tal como los profetas de la Biblia lo predijeron.	SI	NO
64.- Algunas veces persisto en una cosa hasta que los otros pierden la paciencia conmigo.	SI	NO
67.- Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo.	SI	NO
76.- La mayor parte del tiempo me siento triste.	SI	NO

80.- De vez en cuando mortifico a los animales.	SI	NO
86.- Decididamente no tengo confianza en mi mismo.	SI	NO
88.- Generalmente siento que la vida vale la pena.	SI	NO
89.- Se necesita discutir mucho para convencer a la mayor parte de la gente de la verdad.	SI	NO
94.- Hago muchas cosas de las que me arrepiento más tarde (me arrepiento de más cosas o con más frecuencia que otras personas).	SI	NO
95.- Voy a la iglesia casi todas las semanas.	SI	NO
98.- Creo en la segunda venida de Cristo.	SI	NO
102.- Mis luchas más difíciles son conmigo mismo.	SI	NO
104.- No parece importarme lo que me pase.	SI	NO
107.- Casi siempre soy feliz.	SI	NO
108.- Parece que mi cabeza o mi nariz están congestionadas la mayor parte del tiempo.	SI	NO
109.- Algunas personas son tan dominantes que siento el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen razón.	SI	NO
111.- Nunca he hecho algo peligroso sólo por el gusto de hacerlo.	SI	NO
122.- Me parece que soy tan capacitado e inteligente como la		

mayor parte de los que me rodean.	SI	NO
127.- Yo sé quién es el responsable de la mayoría de mis problemas.	SI	NO
130.- Nunca he vomitado o escupido sangre.	SI	NO
131.- No me preocupa contraer enfermedades.	SI	NO
138.- La crítica o el regaño me hiere profundamente.	SI	NO
142.- Decididamente a veces siento que no sirvo para nada.	SI	NO
145.- A veces siento el deseo de empezar una pelea a puñetazos con alguien.	SI	NO
148.- Me impacienta que me pidan consejo o que me interrumpen cuando estoy trabajando en algo importante.	SI	NO
152.- Casi todas las noches puedo dormirme sin tener pensamientos o ideas que me preocupen.	SI	NO
153.- Durante los últimos años he gozado de salud la mayor parte del tiempo.	SI	NO
154.- Nunca he tenido un ataque o convulsiones.	SI	NO
155.- No estoy perdiendo ni ganando peso.	SI	NO
158.- Lloro con facilidad.	SI	NO
159.- Nunca me he sentido mejor que ahora.	SI	NO
164.- Me gusta leer y estudiar acerca de las cosas en que estoy		

trabajando.	SI	NO
178.- Mi memoria parece ser buena.	SI	NO
180.- Encuentro difícil entablar conversación con alguien que conozco por primera vez.	SI	NO
182.- Tengo miedo de perder el juicio.	SI	NO
189.- Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.	SI	NO
190.- Muy pocas veces me duele la cabeza.	SI	NO
191.- Algunas veces, cuando estoy avergonzado, empiezo a sudar, lo que me molesta muchísimo.	SI	NO
193.- No me dan ataques de alergia o asma.	SI	NO
207.- Me gustan distintas clases de juegos y diversiones.	SI	NO
208.- Me gusta coquetear.	SI	NO
217.- Frecuentemente me encuentro preocupado por algo.	SI	NO
230.- Raras veces noto los latidos de mi corazón, y muy pocas veces me siento corto de respiración.	SI	NO
233.- Algunas veces he sido un obstáculo a personas que querían hacer algo, no porque eso fuera de mucha importancia, sino por cuestión de principio.	SI	NO
236.- Me preocupo mucho.	SI	NO
238.- Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo.	SI	NO

241.- Sueño frecuentemente acerca de cosas que es mejor mantenerlas en secreto.	SI	NO
242.-Creo que no soy más nervioso que la mayoría de las personas.	SI	NO
248.- Algunas veces sin razón alguna o aun cuando las cosas no me están saliendo bien me siento muy alegre, "como si viviera en las nubes".	SI	NO
259.- Me resulta difícil el empezar a hacer cualquier cosa.	SI	NO
263.- Sudo con facilidad aun en días fríos.	SI	NO
266.- Una vez a la semana o más frecuentemente me pongo muy excitado.	SI	NO
267.- Cuando estoy en un grupo de gente tengo dificultad pensando las cosas apropiadas de que hablar.	SI	NO
270.- Cuando salgo de casa no me preocupo de si las puertas y ventanas están bien cerradas.	SI	NO
271.- No culpo a la persona que se aproveche de alguien que se expone a que le ocurra tal cosa.	SI	NO
272.- A veces estoy lleno de energía.	SI	NO
285.- A veces me rio de chistes sucios.	SI	NO
296.- Tengo épocas en las que me siento muy alegre sin que exista una razón especial.	SI	NO
301.- Vivo la vida en tensión la mayor parte del tiempo.	SI	NO

304.- En la escuela me era muy difícil hablar frente a la clase.	SI	NO
305.- Aun cuando esté acompañado me siento solo la mayor parte del tiempo.	SI	NO
317.- Soy más sensible que la mayoría de la gente.	SI	NO
321.- Me ruborizo fácilmente.	SI	NO
327.- Mi madre o mi padre frecuentemente me hacían obedecer, aún cuando yo creía que no tenían razón.	SI	NO
329.- Casi nunca sueño.	SI	NO
336.- Pierdo fácilmente la paciencia con la gente.	SI	NO
337.- Siento ansiedad por algo o por alguien casi todo el tiempo.	SI	NO
340.- Algunas veces me siento tan excitado que no puedo dormirme fácilmente.	SI	NO
342.- Se me olvida muy pronto lo que la gente me dice.	SI	NO
343.- Generalmente tengo que detenerme a pensar antes de hacer algo, aunque sea un asunto sin importancia.	SI	NO
344.- Con frecuencia cruzo la calle para evitar encontrarme con alguien que veo venir.	SI	NO
346.- Tengo la costumbre de contar cosas sin importancia como bombillas eléctricas, anuncios luminosos, etc.	SI	NO
349.- Tengo pensamientos extraños y peculiares.	SI	NO

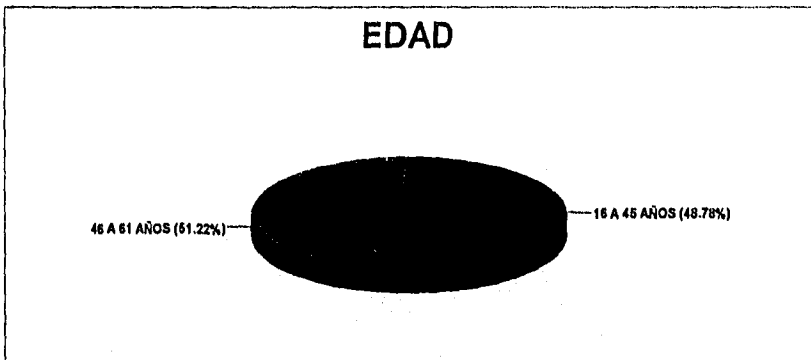
351.- Me pongo ansioso y turbado cuando tengo que salir de casa para hacer un corto viaje.	SI	NO
352.- He tenido miedo a cosas y a personas que sabía que no me podían hacer daño.	SI	NO
353.- No temo entrar solo a un salón donde hay gente reunida hablando.	SI	NO
356.- Tengo más dificultad para concentrarme que la que parece que tienen los demás.	SI	NO
357.- Varias veces he dejado de hacer algo porque he dudado de mi habilidad.	SI	NO
358.- Malas palabras, a menudo palabras horribles, vienen a mi mente, y se me hace imposible librarme de ellas.	SI	NO
359.- Algunas veces me vienen a la mente pensamientos sin importancia que me molestan por días.	SI	NO
360.- Casi todos los días sucede algo que me asusta.	SI	NO
361.- Me inclino a tomar las cosas muy en serio.	SI	NO
378.- Me avergüenzan los cuentos picantes.	SI	NO
394.- Me gusta que la gente conozca mi punto de vista sobre las cosas.	SI	NO
429.- Me agrada asistir a conferencias sobre temas serios.	SI	NO
483.- Cristo realizó milagros tales como cambiar el agua en vino.	SI	NO

- | | | |
|--|----|----|
| 502.- Le tengo terror a una tormenta. | SI | NO |
| 504.- No trato de encubrir mi mala opinión o lástima que me inspira una persona a fin de que ésta no sepa mi modo de sentir. | SI | NO |
| 516.- Algunos de mis familiares se enojan muy fácilmente. | SI | NO |
| 536.- Me molesta que la gente me haga hacer las cosas de prisa. | SI | NO |

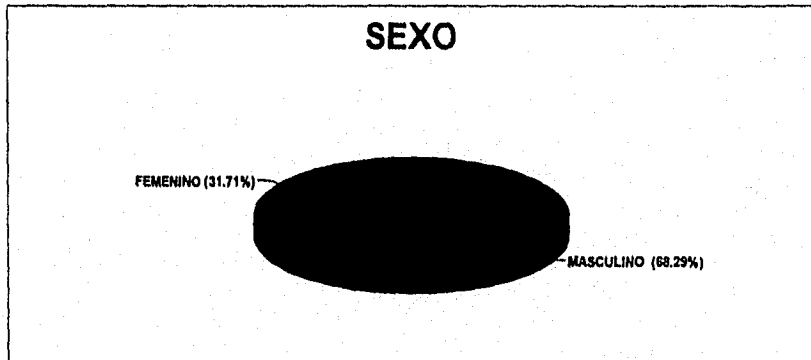
8. T A B L A S

TABLA I
" DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS "

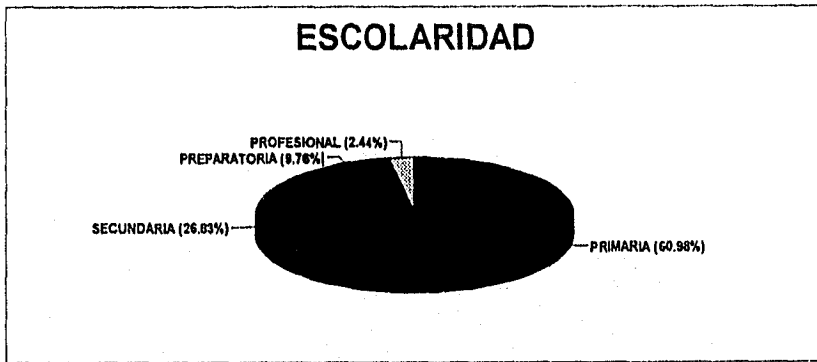
EDAD	
16 A 45 AÑOS	20
46 A 61 AÑOS	21



SEXO	
MASCULINO	28
FEMENINO	13



ESCOLARIDAD	
PRIMARIA	25
SECUNDARIA	11
PREPARATORIA	4
PROFESIONAL	1



ESTADO CIVIL	
SOLTERO (A)	8
CASADO (A)	32
DIVORCIADO (A)	1
VIUDO (A)	2

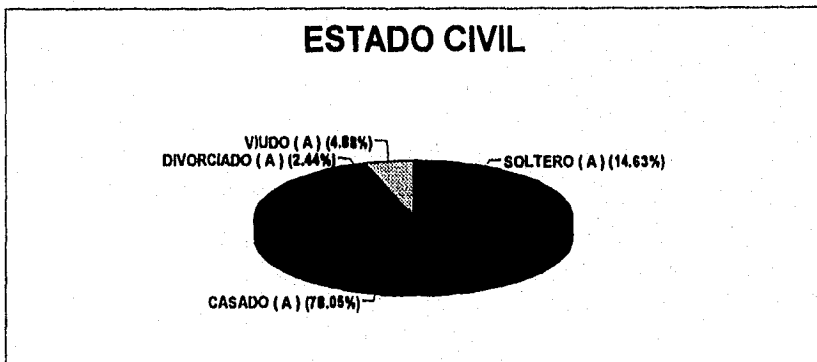
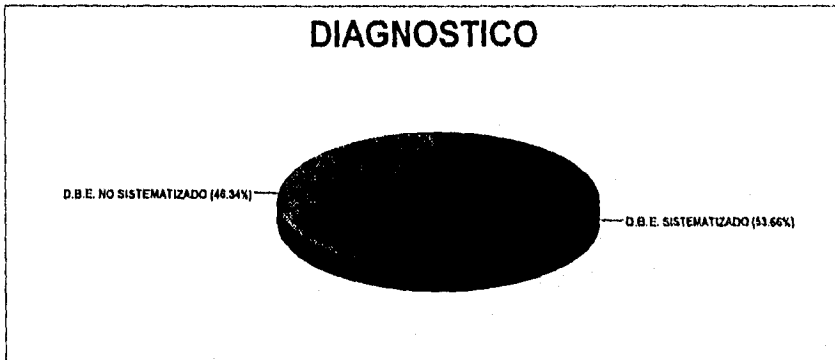
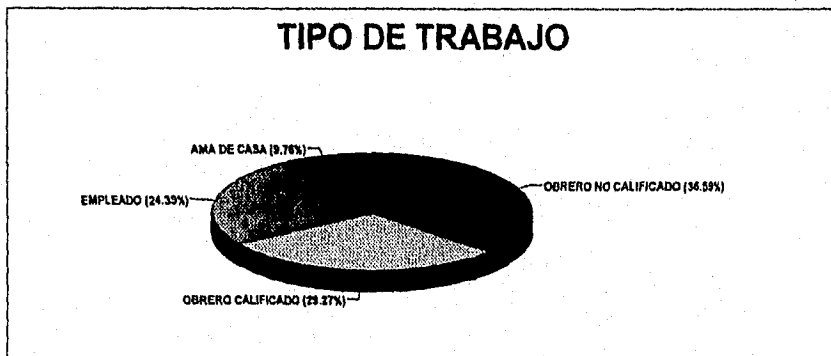


TABLA II
" AREA LABORAL Y ECONOMICA "

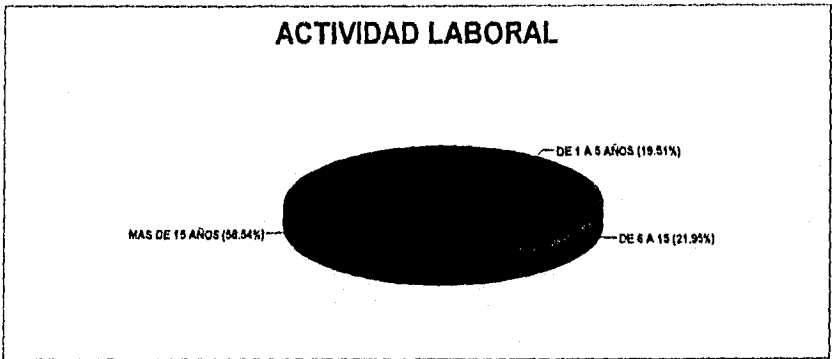
DIAGNOSTICO	
D.B.E. SISTEMATIZADO	22
D.B.E. NO SISTEMATIZADO	19



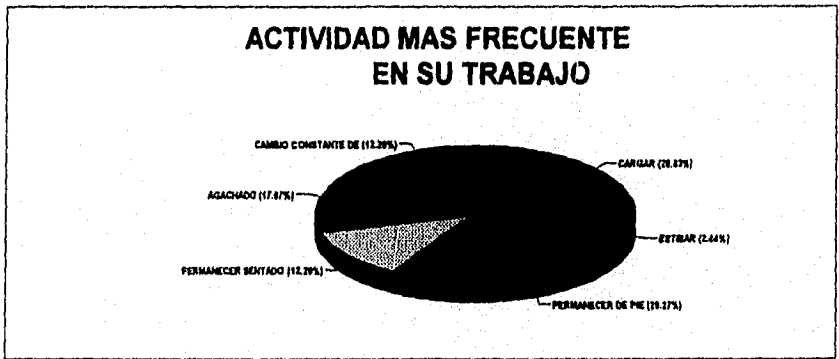
TIPO DE TRABAJO	
OBRERO NO CALIFICADO (Taxista, Chofer, Mozo Albañil, Ayudante en Gral.)	15
OBRERO CALIFICADO (Carpintero, Mecánico, Electricista, Etc.)	12
EMPLEADO (Oficinista, Supervisor, Etc.)	10
AMA DE CASA	4



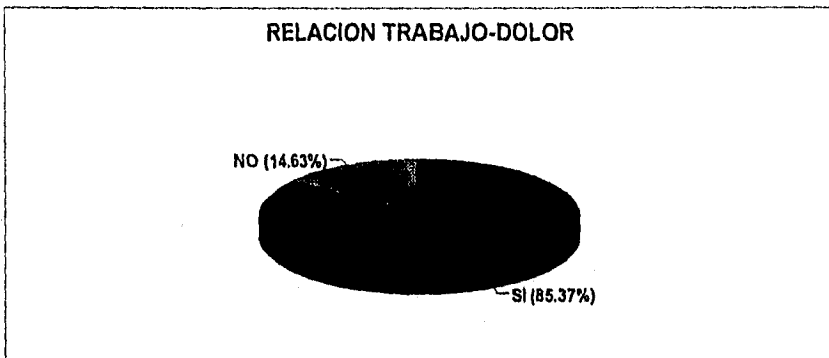
ACTIVIDAD LABORAL	
DE 1 A 5 AÑOS	8
DE 6 A 15	9
MAS DE 15 AÑOS	24



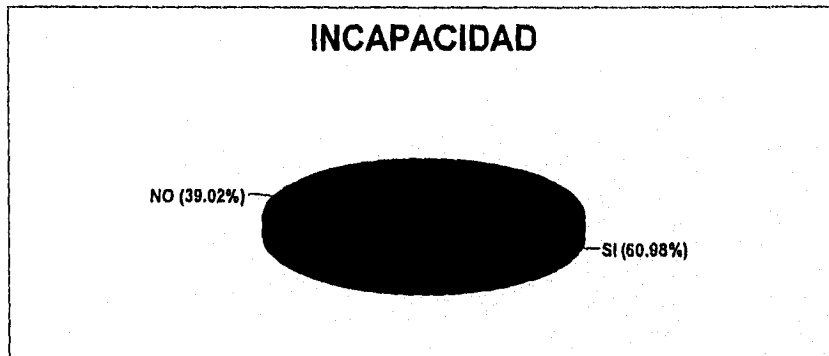
ACTIVIDAD MAS FRECUENTE EN SU TRABAJO	
CARGAR	11
ESTIBAR	1
PERMANECER DE PIE	12
PERMANECER SENTADO	5
AGACHADO	7
CAMBIO CONSTANTE DE POSICION	5



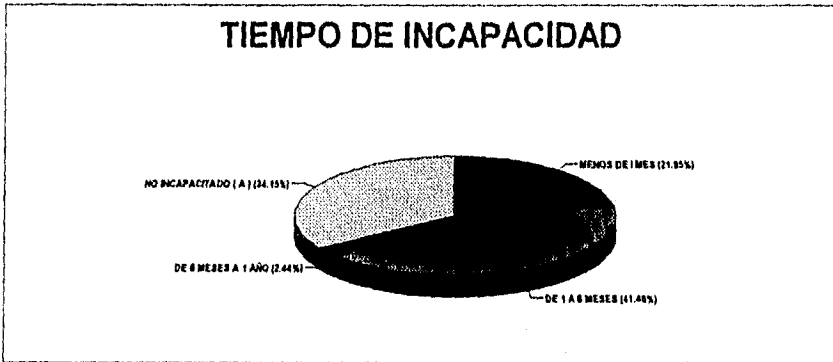
RELACION TRABAJO-DOLOR	
SI	35
NO	6



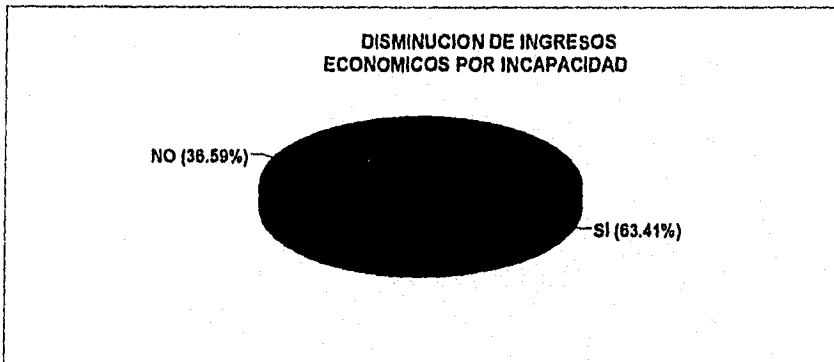
INCAPACIDAD (PERCEPCION ECONOMICA SIN TRABAJAR)	
SI	25
NO	16



TIEMPO DE INCAPACIDAD	
MENOS DE 1 MES	9
DE 1 A 6 MESES	17
DE 6 MESES A 1 AÑO	1
NO INCAPACITADO (A)	14



DISMINUCION DE INGRESOS ECONOMICOS POR INCAPACIDAD	
SI	28
NO	15



ECONOMIA FAMILIAR AFECTADA POR INCAPACIDAD	
SI	32
NO	9

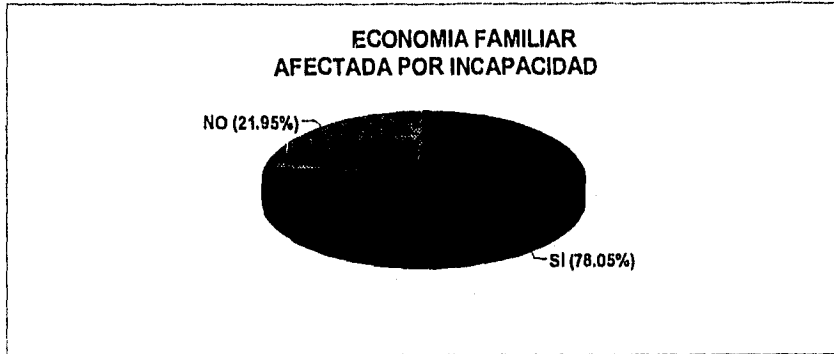
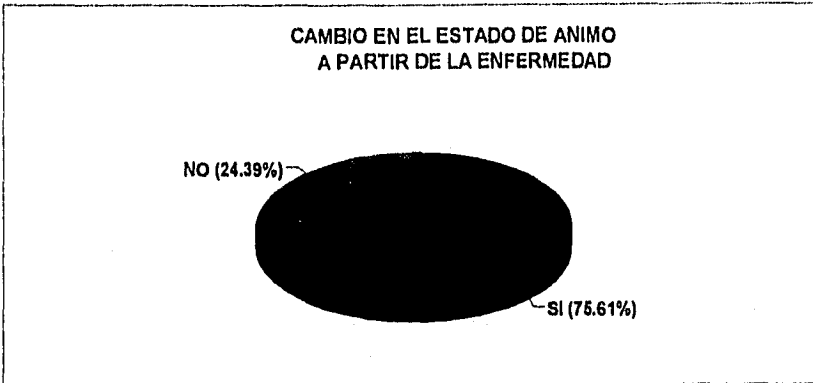
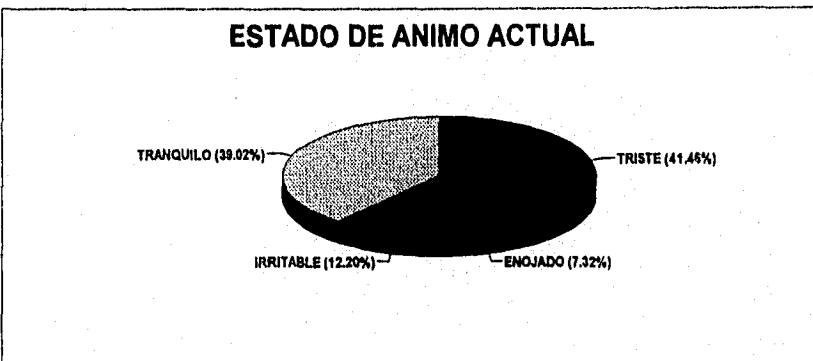


TABLA III
" AREA EMOCIONAL "

CAMBIO EN EL ESTADO DE ANIMO A PARTIR DE LA ENFERMEDAD	
SI	31
NO	10

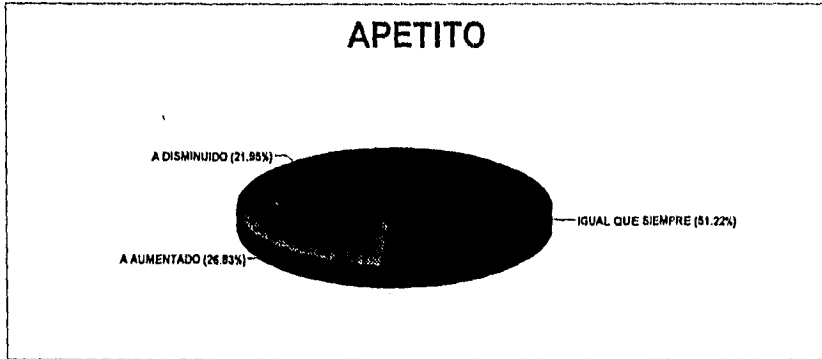


ESTADO DE ANIMO ACTUAL	
TRISTE	17
ENOJADO	3
IRRITABLE	5
TRANQUILO	16



ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

APETITO	
IGUAL QUE SIEMPRE	21
A AUMENTADO	11
A DISMINUIDO	9



SUEÑO	
IGUAL QUE SIEMPRE	12
A AUMENTADO	6
A DISMINUIDO	23

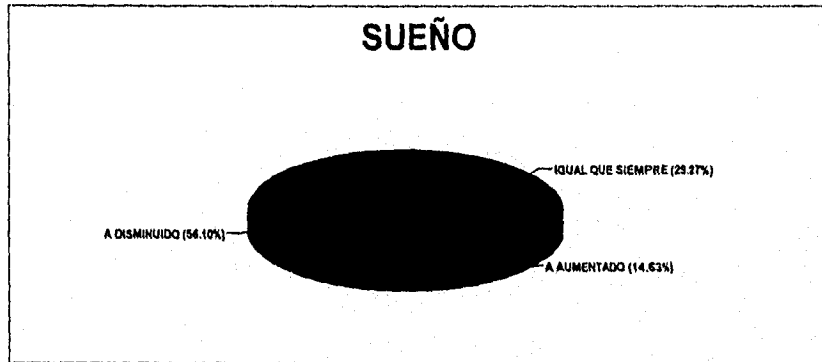
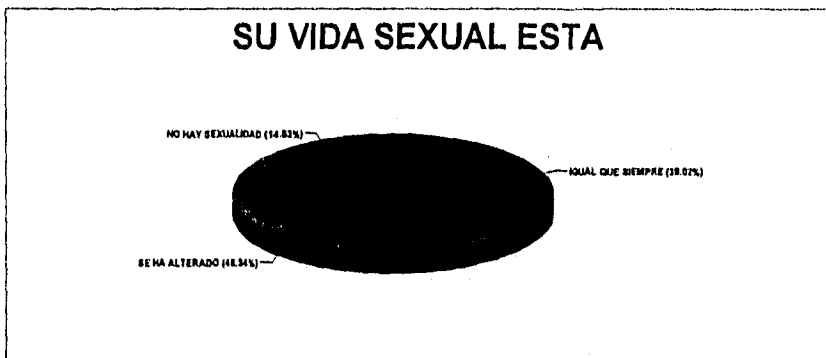
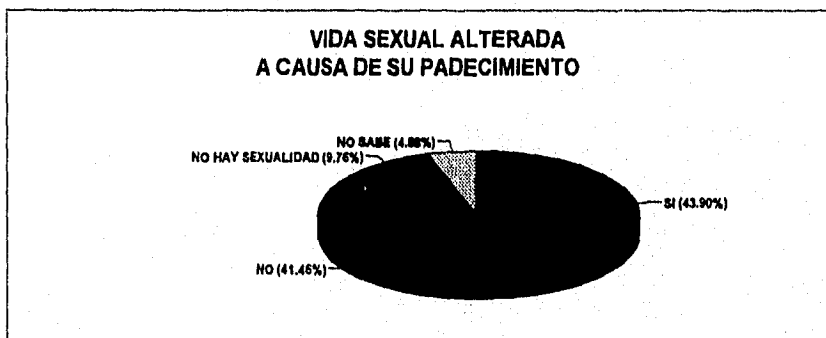


TABLA IV
" AREA SEXUAL "

SU VIDA SEXUAL ESTA	
IGUAL QUE SIEMPRE	16
SE HA ALTERADO	19
NO HAY SEXUALIDAD	6



VIDA SEXUAL ALTERADA A CAUSA DE SU P.A.	
SI	18
NO	17
NO HAY SEXUALIDAD	4
NO SABE	2



CONFLICTO CON SU PAREJA POR ALTERACION SEXUAL	
SI	3
NO	34
SIN PAREJA	4

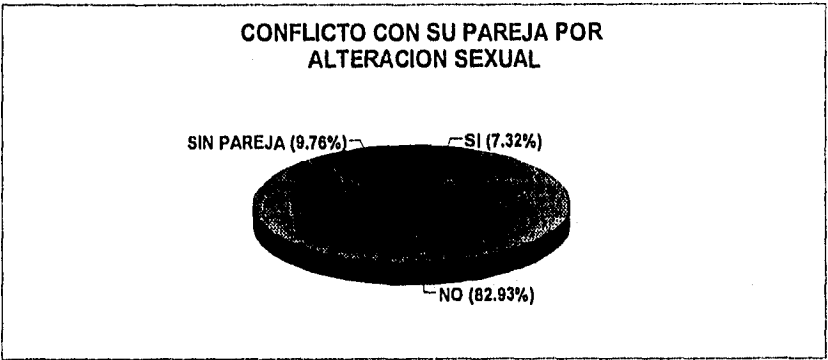
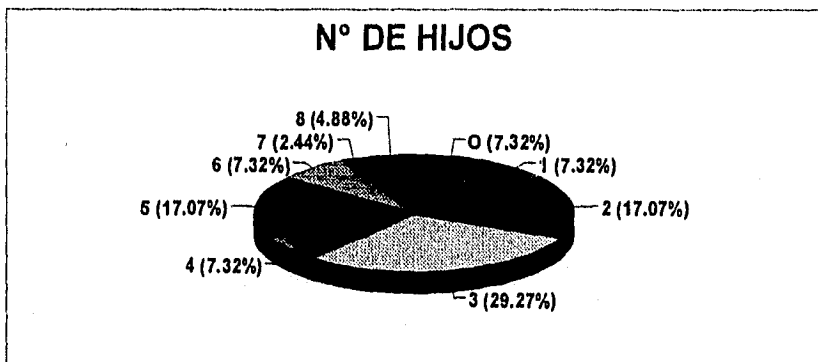
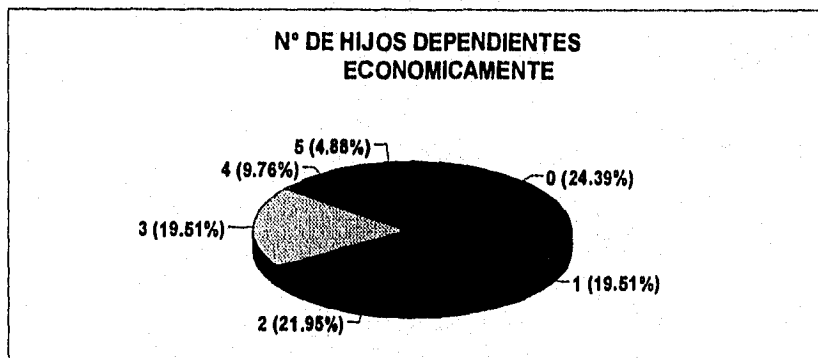


TABLA V
" AREA FAMILIAR "

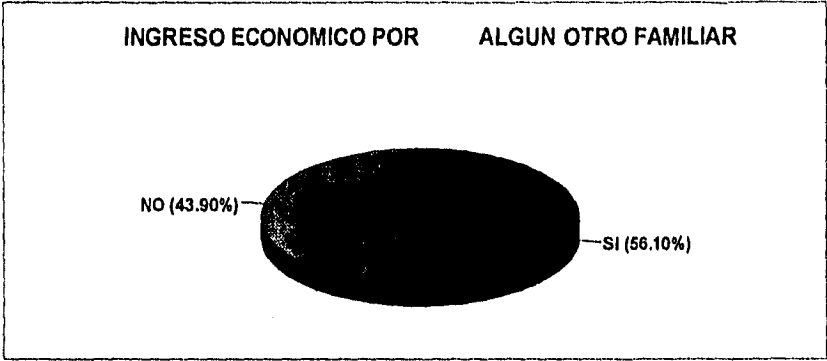
N° DE HIJOS	
0	3
1	3
2	7
3	12
4	3
5	7
6	3
7	1
8	2



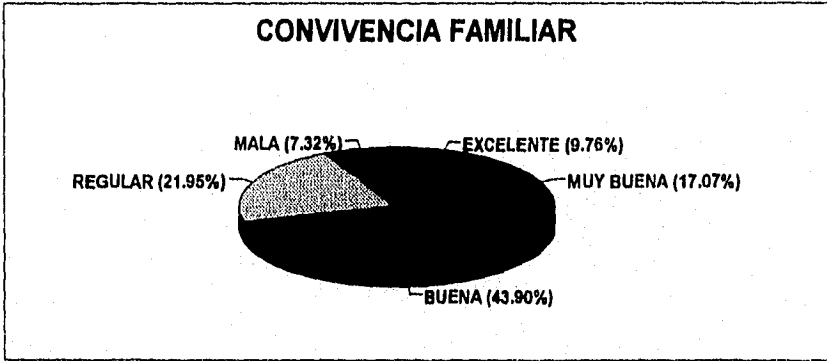
N° DE HIJOS DEPENDIENTES ECONOMICAMENTE	
0	10
1	8
2	9
3	8
4	4
5	2



INGRESO ECONOMICO POR ALGUN OTRO FAMILIAR	
SI	23
NO	18



CONVIVENCIA FAMILIAR	
EXCELENTE	4
MUY BUENA	7
BUENA	18
REGULAR	9
MALA	3



RELACION DE PAREJA	
EXCELENTE	5
MUY BUENA	4
BUENA	13
REGULAR	10
MALA	2
PESIMA	2
NO HAY PAREJA	5

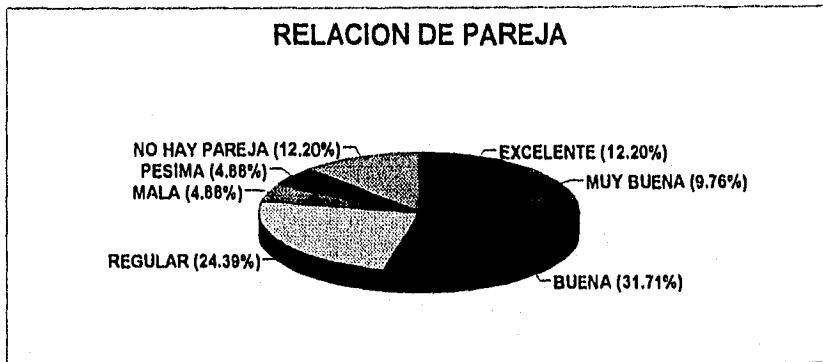
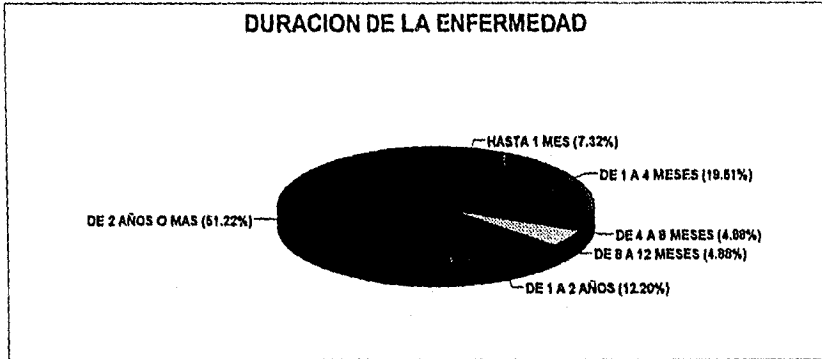
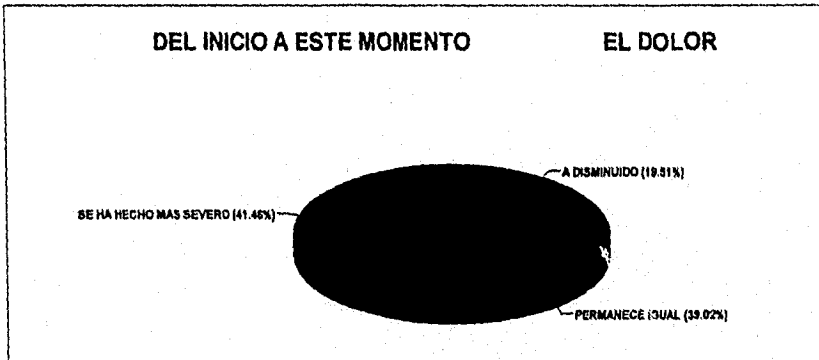


TABLA VI
" HISTORIA DE LA ENFERMEDAD "

DURACION DE LA ENFERMEDAD	
HASTA 1 MES	3
DE 1 A 4 MESES	8
DE 4 A 8 MESES	2
DE 8 A 12 MESES	2
DE 1 A 2 AÑOS	5
DE 2 AÑOS O MAS	21



DEL INICIO A ESTE MOMENTO EL DOLOR	
A DISMINUIDO	8
PERMANECE IGUAL	16
SE HA HECHO MAS SEVERO	17



AREA QUE MAS LIMITA EL DOLOR	
PERSONAL	5
LABORAL	34
RECREATIVA	1
SEXUAL	1

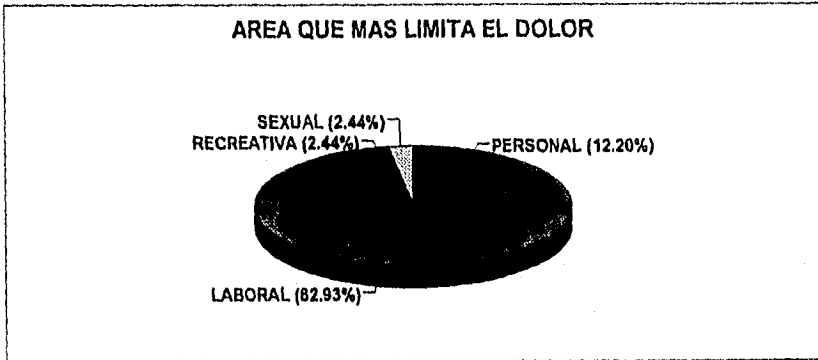
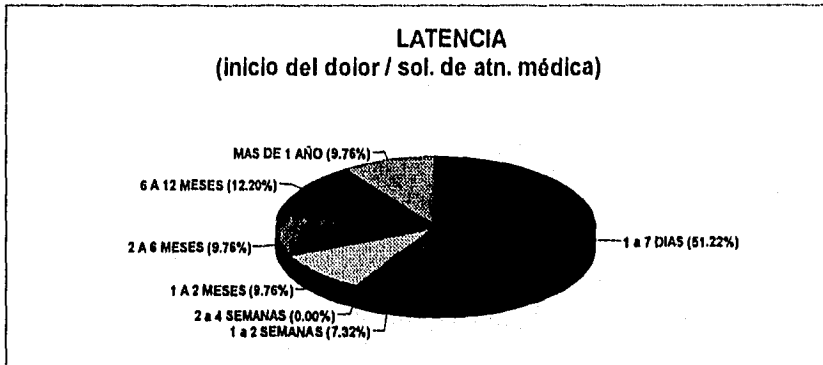
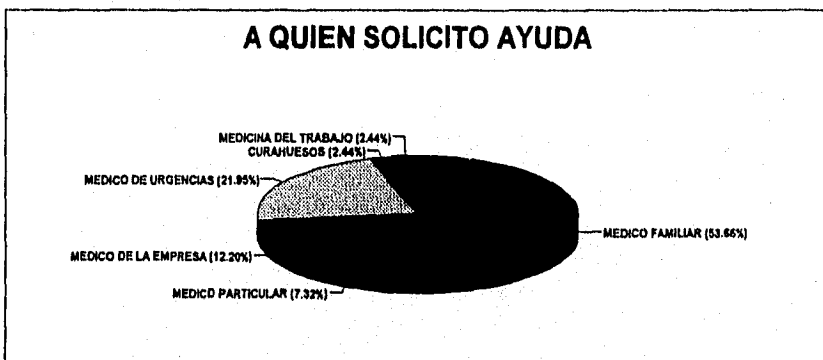


TABLA VII
" UTILIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS "

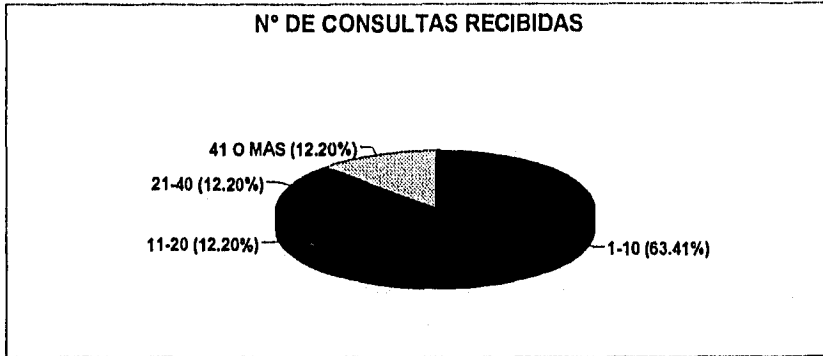
LATENCIA (Inicio del dolor/sol. de atn. medica)	
1 a 7 DIAS	21
1 a 2 SEMANAS	3
2 a 4 SEMANAS	0
1 A 2 MESES	4
2 A 6 MESES	4
6 A 12 MESES	5
MAS DE 1 AÑO	4



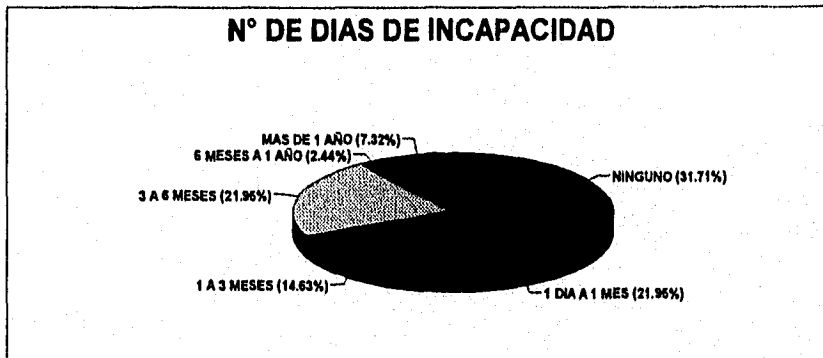
A QUIEN SOLICITO AYUDA	
MEDICO FAMILIAR	22
MEDICO PARTICULAR	3
MEDICO DE LA EMPRESA	5
MEDICO DE URGENCIAS	9
CURAHUESOS	1
MEDICINA DEL TRABAJO	1



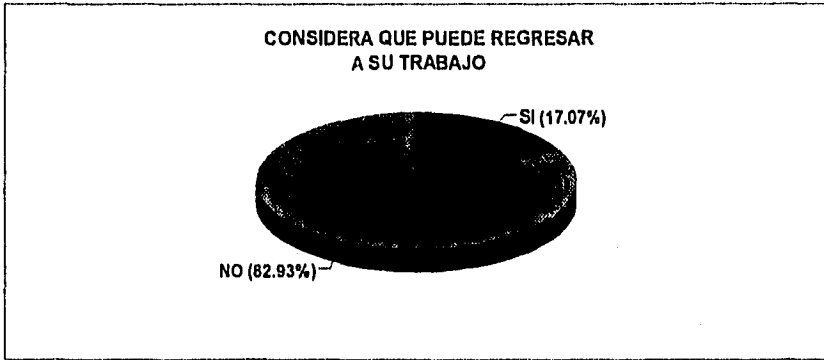
N° DE CONSULTAS RECIBIDAS	
1-10	26
11-20	5
21-40	5
41 O MAS	5



N° DE DIAS DE INCAPACIDAD	
NINGUNO	13
1 DIA A 1 MES	9
1 A 3 MESES	6
3 A 6 MESES	9
6 MESES A 1 AÑO	1
MAS DE 1 AÑO	3



CONSIDERA QUE PUEDE REGRESAR A SU TRABAJO	
SI	7
NO	34



DESEA REGRESAR A SU TRABAJO	
SI	35
NO	6

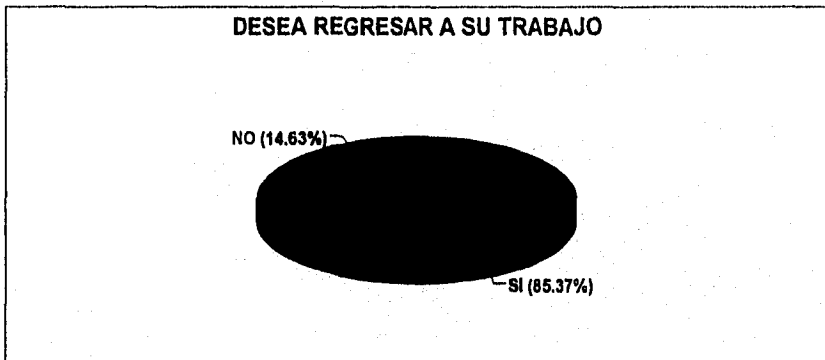
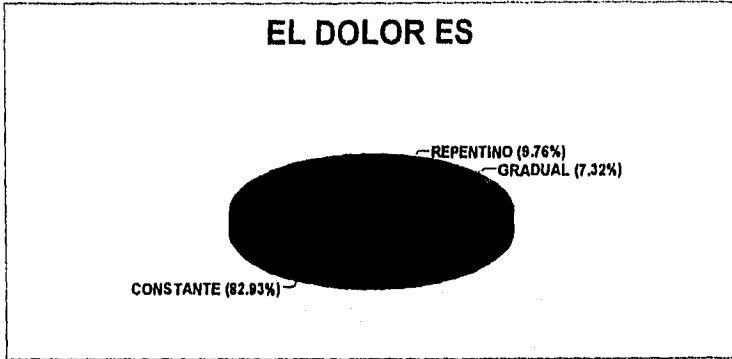
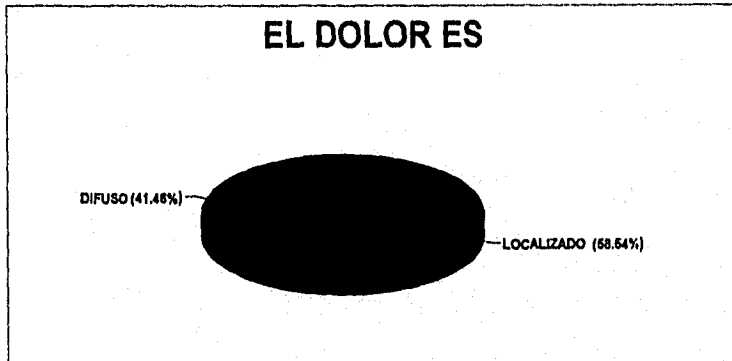


TABLA VIII
" CARACTERISTICAS Y CONDICIONES DEL DOLOR "

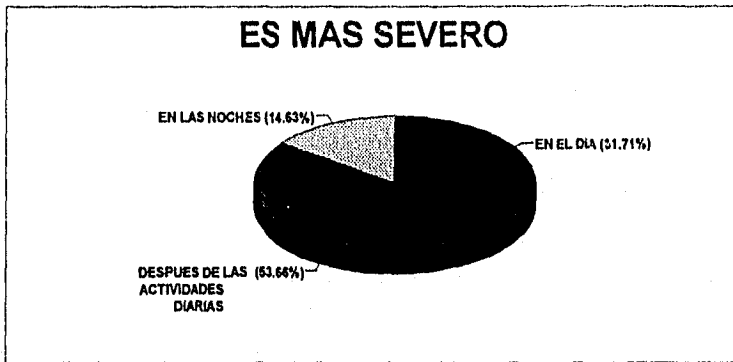
EL DOLOR ES	
REPENTINO	4
GRADUAL	3
CONSTANTE	34



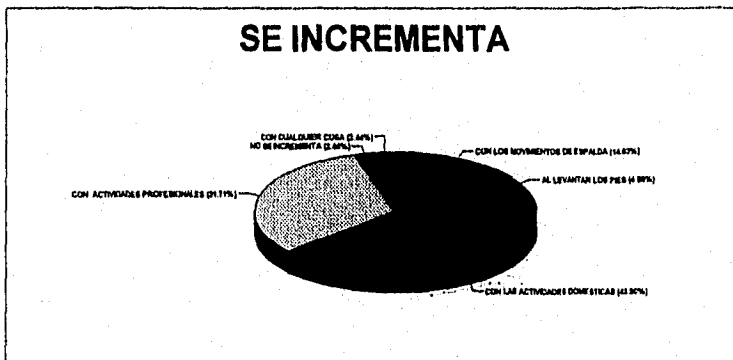
EL DOLOR ES	
LOCALIZADO	24
DIFUSO	17



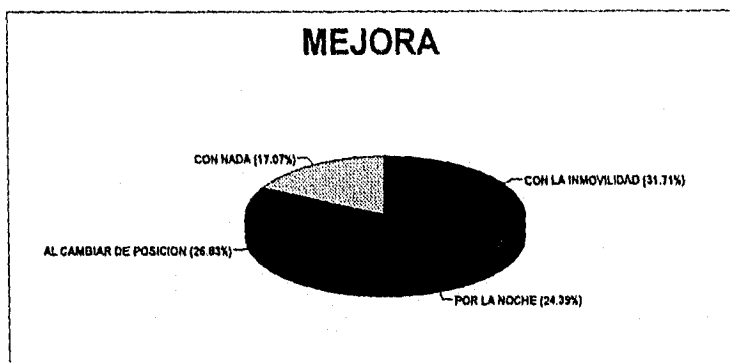
ES MAS SEVERO	
EN EL DIA	13
DESPUES DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS	22
EN LAS NOCHES	6



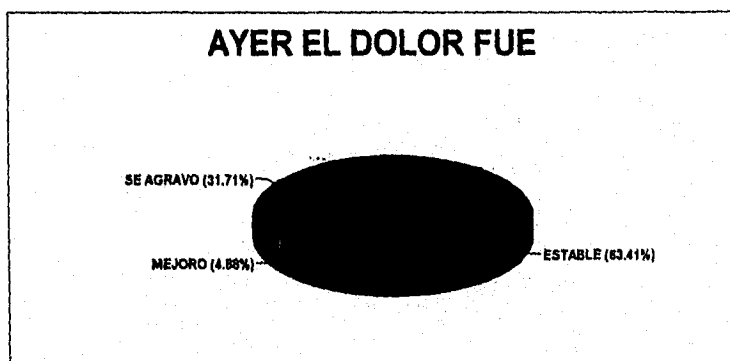
SE INCREMENTA	
CON LOS MOVIMIENTOS DE ESPALDA	6
AL LEVANTAR LOS PIES	2
CON LAS ACTIVIDADES DOMESTICAS	18
CON ACTIVIDADES PROFESIONALES	13
NO SE INCREMENTA	1
CON CUALQUIER COSA	1



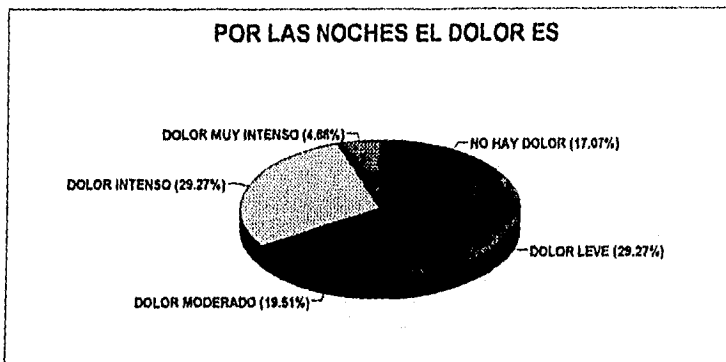
MEJORA	
CON LA INMOBILIDAD	13
POR LA NOCHE	10
AL CAMBIAR DE POSICION	11
CON NADA	7



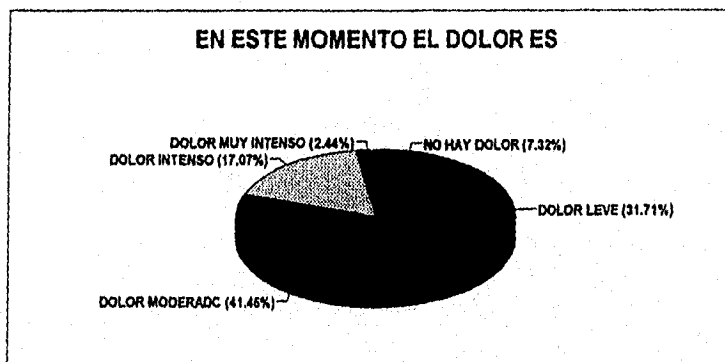
AYER EL DOLOR FUE	
ESTABLE	26
MEJORO	2
SE AGRAVO	13



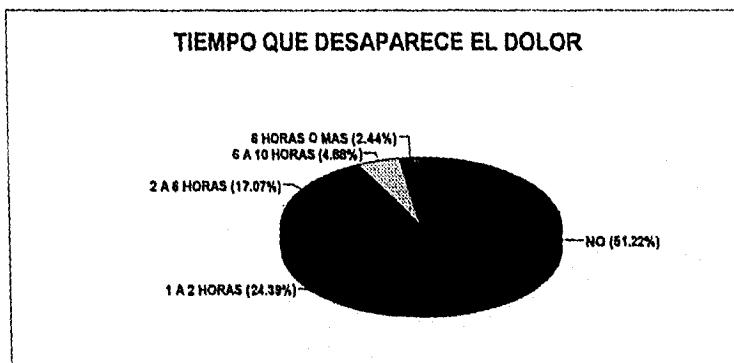
POR LAS NOCHES EL DOLOR ES	
NO HAY DOLOR	7
DOLOR LEVE	12
DOLOR MODERADO	8
DOLOR INTENSO	12
DOLOR MUY INTENSO	2



EN ESTE MOMENTO EL DOLOR ES	
NO HAY DOLOR	3
DOLOR LEVE	13
DOLOR MODERADO	17
DOLOR INTENSO	7
DOLOR MUY INTENSO	1



TIEMPO QUE DESAPARECE EL DOLOR	
NO	21
1 A 2 HORAS	10
2 A 6 HORAS	7
6 A 10 HORAS	2
6 HORAS O MAS	1



9. CUADROS

**CUADRO 1
RESULTADOS ESCALA DE FUENTES**

	HOMBRES	MUJERES	SISTEMATIZADA	NO SISTEMATIZADO
DESVIADOS	16-57 %	6-47 %	12-54 %	10-52 %
NO DESVIADOS	12-42 %	7-53 %	10-46 %	9-48%
TOTAL	28-100 %	13-100 %	22-100 %	19-100 %
	X2 = 0.10		X2 = 0.03	

DESVIADOS: Sujetos con puntuaciones de 30 o mas en la escala.
NO DESVIADOS: Presencia de datos orgánicos que explican el dolor de acuerdo al criterio médico.

**CUADRO 2
RESULTADOS ESCALA DE MC GILL**

	HOMBRES	MUJERES	SISTEMATIZADA	NO SISTEMATIZADO
DESVIADOS	8-28 %	7-53 %	9-40 %	6-31 %
NO DESVIADOS	20-71 %	6-47 %	13-60 %	13-69%
TOTAL	28-100 %	13-100 %	22-100 %	19-100 %
	X2 = 0.86		X2 = 0.09	

DESVIADOS: Sujetos con puntuaciones de 51 o mas en la escala.
NO DESVIADOS: Presencia de datos orgánicos que explican el dolor de acuerdo al criterio médico.

**CUADRO 3
RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LA INTENSIDAD
DE DOLOR PRESENTE EN LA ESCALA DE MC GILL**

	SISTEMATIZADO		NO SISTEMATIZADO	
	TOTAL	9	TOTAL	6
DESVIADO	MEDIA	5.6	MEDIA	4
	DESVIACION	3.6	DESVIACION	4.5
	TOTAL	13	TOTAL	13
NO DESVIADO	MEDIA	6.4	MEDIA	7.2
	DESVIACION	4.6	DESVIACION	5.4

**CUADRO 4
INTENSIDAD DEL DOLOR ESCALA DE MC GILL**

	SISTEMATIZADO	NO SISTEMATIZADO
SIN DOLOR	3-13 %	0
LEVE	7-31 %	7-37 %
MODERADO	6-27 %	7-37 %
FUERTE	5-25 %	4-21 %
MUY FUERTE	1-4 %	1-5 %
TOTAL	22-100 %	19-100 %

**CUADRO 5
NIVEL DE ACTIVIDAD GENERAL**

	SISTEMATIZADO	NO SISTEMATIZADO
BUENA	2-9 %	3-15 %
REGULAR	14-64 %	11-58 %
MALA	6-27 %	5-27 %
TOTAL	22-100 %	19-100 %

**CUADRO 6
ESCALA DE SUEÑO ESCALA DE MC GILL**

	SISTEMATIZADO	NO SISTEMATIZADO
BUENO	5-22 %	6-32 %
REGULAR	12-56 %	6-32 %
MALO	5-22 %	7-36 %
TOTAL	22-100 %	19-100 %

**CUADRO 7
CALIDAD DEL APETITO ESCALA DE MC GILL**

	SISTEMATIZADO	NO SISTEMATIZADO
BUENO	11-50 %	12-64 %
REGULAR	11-50 %	7-36 %
MALO	0	0
TOTAL	22-100 %	19-100 %

CUADRO 8
SINTOMAS ASOCIADOS AL DOLOR ESCALA DE MC GILL

	SISTEMATIZADO	NO SISTEMATIZADO
NINGUNO	7-31 %	5-27 %
CEFALEA	8-36 %	8-43 %
VERTIGO	1-5 %	1-5 %
NAUSEA	3-13 %	1-5 %
DIARREA	1-5 %	2-10%
CONSTIPACION	1-5 %	1-5 %
MAREO	1-5 %	1-5 %

CUADRO 9
RESULTADOS ESCALA DE GANANCIA SECUNDARIA

	HOMBRES	MUJERES	SISTEMATIZADA	NO SISTEMATIZADO
DESVIADOS	7-25 %	3-23 %	3-13 %	7-36 %
NO DESVIADOS	21-75 %	10-77 %	19-87 %	12-64%
TOTAL	28-100 %	13-100 %	22-100 %	19-100 %
	X ² = 0.06		X ² = 1.87	

DESVIADOS: Sujetos con puntuaciones de 20 o mas en la escala.
 NO DESVIADOS: Presencia de datos orgánicos que explican el dolor de acuerdo al criterio médico.

CUADRO 10
RESULTADOS ESCALA DE SIGNOS CONDUCTUALES

	HOMBRES	MUJERES	SISTEMATIZADA	NO SISTEMATIZADO
DESVIADOS	15-53 %	6-46 %	10-45 %	11-57 %
NO DESVIADOS	13-47 %	7-54 %	12-55 %	8-43%
TOTAL	28-100 %	13-100 %	22-100 %	19-100 %
	X ² = 0.013		X ² = 0.18	

DESVIADOS: Sujetos con puntuaciones de 51 o mas en la escala.
 NO DESVIADOS: Presencia de datos orgánicos que explican el dolor de acuerdo al criterio médico.

**CUADRO 11
RESULTADOS ESCALA DE DEPRESION**

	HOMBRES	MUJERES	SISTEMATIZADA	NO SISTEMATIZADO
DESVIADOS	23-82 %	8-61 %	17-77 %	14-73 %
NO DESVIADOS	5-18 %	5-39 %	5-23 %	5-27 %
TOTAL	28-100 %	13-100 %	22-100 %	19-100 %
	X2 = 1.09		X2 = 0.007	

DESVIADOS: Sujetos con puntuaciones de 30 o mas en la escala.
 NO DESVIADOS: Presencia de datos orgánicos que explican el dolor de acuerdo al criterio médico.

**CUADRO 12
RESULTADOS ESCALA DE ANSIEDAD**

	HOMBRES	MUJERES	SISTEMATIZADA	NO SISTEMATIZADO
DESVIADOS	1-4 %	0	1-5 %	0
NO DESVIADOS	27-96 %	13-100 %	21-95 %	19-100 %
TOTAL	28-100 %	13-100 %	22-100 %	19-100 %
	X2 = 0.13		X2 = 0.002	

DESVIADOS: Sujetos con puntuaciones de 33 o mas en la escala.
 NO DESVIADOS: Presencia de datos orgánicos que explican el dolor de acuerdo al criterio médico.

**CUADRO 13
RESULTADOS ESCALA DE LUMBAGIA**

	HOMBRES	MUJERES	SISTEMATIZADA	NO SISTEMATIZADO
DESVIADOS	6-21 %	5-38 %	6-27 %	5-20 %
NO DESVIADOS	22-79 %	8-62 %	16-73 %	14-74 %
TOTAL	28-100 %	13-100 %	22-100 %	19-100 %
	X2 = 0.60		X2 = 0.07	

DESVIADOS: Sujetos con puntuaciones de 14 o mas en la escala.
 NO DESVIADOS: Presencia de datos orgánicos que explican el dolor de acuerdo al criterio médico.

CUADRO 14
CONFIABILIDAD "

ESCALA	MEDIA	VARIANZA	DESVIACION STD	ALPHA
FUENTES	20.8	15.11	3.88	0.685
GANANCIA SECUNDARIA	14.93	2.96	1.72	0.642
SIGNOS CONDUCTUALES	10.51	2.3	1.51	0.5
MC GILL	34.36	48.18	6.94	0.743

**CUADRO 15
RESULTADOS DE LAS ESCALAS DE ANSIEDAD,
DEPRESION Y LUMBALGIA DEL MMP I "**

SUJETO	DEPRESION		ANSIEDAD		LUMBALGIA	
1	NO DESVIADA	27	NO DESVIADA	12	DESVIADA	14
2	DESVIADA	26	NO DESVIADA	19	NO DESVIADA	5
3	DESVIADA	31	NO DESVIADA	23	DESVIADA	16
4	NO DESVIADA	29	NO DESVIADA	17	NO DESVIADA	12
5	DESVIADA	35	NO DESVIADA	20	NO DESVIADA	13
6	DESVIADA	38	NO DESVIADA	23	NO DESVIADA	10
7	DESVIADA	32	NO DESVIADA	11	NO DESVIADA	11
8	DESVIADA	33	NO DESVIADA	17	NO DESVIADA	13
9	DESVIADA	28	NO DESVIADA	12	NO DESVIADA	13
10	DESVIADA	31	NO DESVIADA	4	DESVIADA	14
11	DESVIADA	35	NO DESVIADA	32	NO DESVIADA	11
12	DESVIADA	32	NO DESVIADA	14	NO DESVIADA	12
13	DESVIADA	32	NO DESVIADA	18	NO DESVIADA	11
14	NO DESVIADA	25	NO DESVIADA	9	DESVIADA	14
15	DESVIADA	35	NO DESVIADA	22	NO DESVIADA	12
16	DESVIADA	26	NO DESVIADA	3	NO DESVIADA	12
17	DESVIADA	35	NO DESVIADA	32	NO DESVIADA	8
18	NO DESVIADA	21	NO DESVIADA	9	NO DESVIADA	12
19	DESVIADA	30	NO DESVIADA	5	NO DESVIADA	13
20	NO DESVIADA	27	NO DESVIADA	13	NO DESVIADA	13
21	DESVIADA	30	NO DESVIADA	19	NO DESVIADA	12
22	DESVIADA	44	NO DESVIADA	17	DESVIADA	15
23	DESVIADA	32	NO DESVIADA	13	DESVIADA	15
24	DESVIADA	32	NO DESVIADA	24	NO DESVIADA	8
25	NO DESVIADA	29	NO DESVIADA	17	DESVIADA	14
26	DESVIADA	28	NO DESVIADA	7	NO DESVIADA	9
27	DESVIADA	32	DESVIADA	38	NO DESVIADA	7
28	DESVIADA	29	NO DESVIADA	20	NO DESVIADA	11
29	NO DESVIADA	22	NO DESVIADA	8	DESVIADA	16
30	NO DESVIADA	34	NO DESVIADA	11	DESVIADA	15
31	NO DESVIADA	32	NO DESVIADA	16	NO DESVIADA	13
32	DESVIADA	29	NO DESVIADA	8	DESVIADA	15
33	DESVIADA	32	NO DESVIADA	29	NO DESVIADA	13
34	DESVIADA	35	NO DESVIADA	26	NO DESVIADA	7
35	NO DESVIADA	33	NO DESVIADA	11	NO DESVIADA	11
36	DESVIADA	22	NO DESVIADA	10	NO DESVIADA	12
37	DESVIADA	28	NO DESVIADA	31	NO DESVIADA	11
38	DESVIADA	30	NO DESVIADA	28	NO DESVIADA	11
39	DESVIADA	34	NO DESVIADA	27	NO DESVIADA	4
40	DESVIADA	36	NO DESVIADA	7	NO DESVIADA	17
41	DESVIADA	24	NO DESVIADA	8	NO DESVIADA	11

CUADRO 16
CORRELACION ENTRE LAS ESCALAS

ESCALAS	COEFICIENTE D CORRELACION	NIVEL DE SIGNIFICACION
FUENTES - SIGNOS CONDUCTUALES	0.46	SIGNIF. AL 0.01
FUENTES - GANANCIA SECUNDARIA	0.26	SIGNIF. AL 0.10
FUENTES - LUMBALGIA	0.16	NO SIGNIFICATIVA
FUENTES - ANSIEDAD	0.21	NO SIGNIFICATIVA
FUENTES - DEPRESION	0.26	SIGNIF. AL 0.10
FUENTES - Mc GILL	0.24	NO SIGNIFICATIVA
MC GILL - SIGNOS CONDUCTUALES	0.09	NO SIGNIFICATIVA
MC GILL - GANANCIA SECUNDARIA	0.05	NO SIGNIFICATIVA
MC GILL - LUMBALGIA	0.1	NO SIGNIFICATIVA
MC GILL - ANSIEDAD	0.08	NO SIGNIFICATIVA
MC GILL - DEPRESION	0.13	NO SIGNIFICATIVA
SIGNOS CONDUCTUALES - GANANCIA SECUNDARIA	0.18	NO SIGNIFICATIVA
SIGNOS CONDUCTUALES - LUMBALGIA	-0.24	NO SIGNIFICATIVA
SIGNOS CONDUCTUALES - ANSIEDAD	0.42	SIGNIF. AL 0.01
SIGNOS CONDUCTUALES - DEPRESION	0.31	SIGNIF. AL 0.05
GANANCIA SECUNDARIA - LUMBALGIA	0.02	NO SIGNIFICATIVA
GANANCIA SECUNDARIA - ANSIEDAD	-0.07	NO SIGNIFICATIVA
GANANCIA SECUNDARIA - DEPRESION	0.13	NO SIGNIFICATIVA
DEPRESION - LUMBALGIA	0.02	NO SIGNIFICATIVA
DEPRESION - ANSIEDAD	0.39	SIGNIF. AL 0.01
ANSIEDAD - LUMBALGIA	0.03	NO SIGNIFICATIVA

CUADRO 17
t DE ESTUDENT DE LAS ESCALAS AL DIVIDIR LA POBLACION
EN DOLOR BAJO DE ESPALDA SISTEMATIZADO
Y DOLOR BAJO DE ESPALDA NO SISTEMATIZADO

ESCALA	t DE ESTUDENT	NIVEL DE SIGNIFICACION
FUENTES	0.52	NO SIGNIFICATIVA
MC GILL	0.36	NO SIGNIFICATIVA
SIGNOS CONDUCTUALES	-0.02	NO SIGNIFICATIVA
GANANCIA SECUNDARIA	-0.59	NO SIGNIFICATIVA
DEPRESION	-1.01	NO SIGNIFICATIVA
ANSIEDAD	-1.53	NO SIGNIFICATIVA
LUMBALGIA	-0.41	NO SIGNIFICATIVA

10. BIBLIOGRAFIA

1. Wermeke, M. W., Harris, D.E. y Lichter R.L. (1993). Clinical Effectiveness of Behavioral Signs for Screening Chronic Low-Back Pain Patients in a Work-Oriented Physical Rehabilitation Program. *SPINE*, 18 (16), 2412-2418.
2. Coste, J., Paolaggy, J. B. y Spira, A. (1992). Classification of Nonspecific Low Back Pain. I. Psychological Involvement in Low Back Pain. *SPINE*, 17 (9), 1029-1037.
3. Oostdam, E.M.M. y Duivenvoorden, H.J. (1987). Description of pain and the relationship with psychological factors in patients with low back pain. *PAIN*, March, 28 (3), 357-364.
4. Waddell, Gordon. (1993). How patients react to low back pain. *ACTA ORTHOP. SCAND.* (Suppl 251) 21-24.
5. Akerlind, I., Hornquist, J.O. y Bjurulf P. (1992). Psychological factors in the long-term prognosis of chronic low back pain patients. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY*, 48 (5), 596-605.
6. Cuencas, R., McCoy, C.E., Selby, D.K. y McManemin, F.(1991). La medicina conductual: un modelo interdisciplinario en una clínica para el dolor crónico de la columna. *SALUD MENTAL*, 14 (4), 25-32.
7. Tollison, C.D. (1993). Compensation Status as a Predictor of outcome in Nonsurgically Treated Low Back Injury. *SOUTHERN MEDICAL JOURNAL*. 86 (11), 1206-1209.
8. Gómez Fuentes, Arision. (1994). Evaluación del manejo Rehabilitatorio del paciente con lumbalgia mecanopostural de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte. Tesis inédita de Postgrado en Medicina. UNAM-IMSS México.
9. Nuñez, Rafael. (1989). Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología (2a.ed) México. El Manual Moderno.

10. Melzack, Ronald. (1985). Pain Measurement and Assessment. Raven Press. New York.
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Medicina Física Región Norte. (1990). Estudio de Investigación Clínica. Captación estadística de la prevalencia de Diagnósticos en la Unidad de Medicina Física Región Norte.
12. Bradley, Laurence. (1983). Pain Measurement and Assessment. Raven Press. New York.
13. Feyrer, A. M.; Williamson, A.; Mandryk, J.; De Silva, I. y Healy, S. (1992). Role of psychosocial risk factors in work-related low-back pain. *Scand J Work Environ Health* 18: 368-375.
14. Tellez, Islas Mauricio. "Frecuencia, manejo y evaluación de Lumbalgia y Radiculopatía durante los últimos 5 años en la Clínica del Dolor. Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubiran".
15. Loeser, J.D.; Bigos, S. J.; Fordyce, W.E.; Wolinn, (1990). "Low Back pain". In Bonica J.J. *The Management of Pain*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1448-1483.
16. Bonica, J.J.; Sola, A.E. (1990) "Other painful disorders of lower back. In Bonica, J.J. *The Management of Pain*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1484-1514.
17. Hernández, Valdivia Luis. (1989). "Estudio de la Personalidad del paciente con dolor crónico. Instituto Nacional de la Nutrición. "Salvador Zubiran". Clínica del Dolor.
18. Chan, Carl W., Goldman, Shervin, Ilstrup, Duane M., Kunselman, Allen R., and O'Neill, Phyllis I. (1993). The pain drawing and Waddell's nonorganic physical signs in chronic low-back pain. *SPINE VOL. 18 (13) 1717-1722*.
19. Shultz Michael y De Good Douglas. (1990). Patient knowledge and beliefs about pain and its treatment. *REHAB. PSYCHOLOGY*. Vol. 36 (3) 179-188.