

11241  
20  
24.



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**  
División de Estudios de Posgrado  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
División de Enseñanza e Investigación

**“DETECCION DE PSICOPATOLOGIA EN EL DOLOR LUMBAR  
CRÓNICO A TRAVES DEL MMPI Y LA ESCALA  
MADISON”**

**TESIS QUE PRESENTA**

**ROSA VALENTINA MARTINEZ POPOCA**

**PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE**

**PSIQUIATRIA**



**IMSS**

**MEXICO, D. F.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**1997**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



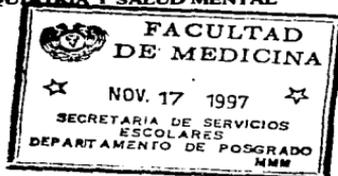
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL



**DETECCION DE PSICOPATOLOGIA EN EL DOLOR LUMBAR CRONICO A TRAVES DEL MMPI Y LA ESCALA MADISON**

Tutor Teórico:

*Claudia Fouilloux*  
Dra. Claudia Fouilloux

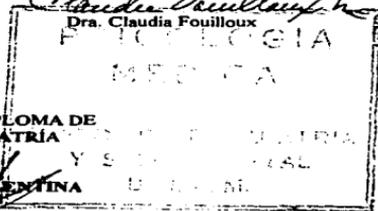
Tutor Metodológico

*Claudia Fouilloux*  
Dra. Claudia Fouilloux

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:

MARTINEZ POPOCA ROSA VALENTINA

1996



*[Signature]*

## **INDICE**

	<b>Pág.</b>
<b>ANTECEDENTES</b>	<b>1</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>10</b>
<b>HIPOTESIS</b>	<b>11</b>
<b>OBJETIVO</b>	<b>12</b>
<b>MATERIAL PACIENTES Y METODOS</b>	<b>13</b>
<b>CRITERIOS DE SELECCION</b>	<b>14</b>
<b>TAMAÑO DE LA MUESTRA</b>	<b>15</b>
<b>DESCRIPCION DE LAS VARIABLES</b>	<b>15</b>
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>18</b>
<b>ANALISIS ESTADISTICO</b>	<b>19</b>
<b>CONSIDERACIONES ETICAS</b>	<b>20</b>
<b>RECURSOS PARA EL ESTUDIO</b>	<b>21</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>22</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>29</b>
<b>DISCUSION</b>	<b>30</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>33</b>
<b>GRAFICAS</b>	<b>36</b>

## **ANTECEDENTES**

El evaluar y detectar la psicopatología asociada a el dolor lumbar crónico en los últimos años ha sido una preocupación creciente, ya que se ha observado que durante las dos últimas décadas, de los dictámenes por invalidez aceptados en población asegurada, la primera causa de invalidez ha sido la dorsopatía, en un porcentaje aproximado del 30% del total de dictámenes aceptados en el IMSS (18,21).

De lo anterior deriva la necesidad del estudio del dolor y sus componentes psicológicos, ya que el dolor crónico en la región lumbar puede ser invalidante, el paciente tiene que cambiar de trabajo y las demandas de invalidez y los aspectos legales complican con frecuencia este síndrome (15,17).

El dolor se define como una experiencia desagradable asociada o no a una lesión orgánica que puede ser enfocada de dos formas:

1. Directa asociado generalmente a cambios anatómicos o sensitivos.
2. Indirecta, con características psicológicas afectivas.

En algunos casos es el resultado de la combinación de ambos, siendo casi imposible el diagnóstico definitivo (22).

Uno de los síndromes que combina estas dos características, es el síndrome lumbar doloroso crónico, que como se menciona inicialmente, es causa del mayor número de pensiones por enfermedad en el trabajo y en la certificación de la incapacidad temporal o permanente de la columna, es un problema complejo que requiere de un cuidadoso examen en el que se incluye la valoración psiquiátrica complementada con pruebas psicológicas y escalas que permiten confirmar las sospechas diagnósticas y explorar áreas de la personalidad que no son accesibles mediante el examen directo (23,26).

Estudios recientes han demostrado que las relaciones entre los aspectos psicopatológicos y el dolor lumbar crónico, son mucho más complejos de lo que se creía y se han diseñado de acuerdo a tres enfoques:

1. Que describen el dolor promedio del paciente a través de escalas.
2. Diagnóstico enfocado a diferencias entre los pacientes con etiologías orgánicas y psíquicas.
3. Predictivos que utilizan pruebas antes del tratamiento.

Engel, discute la conexión entre el dolor, agresividad y culpa y enfatiza que los factores psicodinámicos pueden operar en algunos pacientes con dolor crónico, pero sin llegar a constituir un grupo homogéneo en términos de nosología psiquiátrica.

Blumer y Helbron presumen que el cuerpo del paciente lucha presentando síntomas como la anhedonia y el insomnio que acompañan al dolor crónico pueden ser parte de un desorden del estado de ánimo en forma de una depresión enmascarada, y describen la forma conocida como "alexitimia" caracterizada por pobreza en la habilidad para verbalizar emociones asociada a inconsistencia, bloqueo y miedo al cambio con adecuado ajuste a la realidad pero con deficiencia para la socialización (3,9).

En múltiples estudios la intensidad del dolor se analiza con reportes en una escala de 0 a 10 llamada escala analógica visual (VAS) combinada con otras fuentes de información, niveles de actividad, comportamiento y patrones de actividad con puntajes altos de severidad del dolor asociados a limitaciones en la actividad física (11). Se considera uno de los mejores métodos disponibles, su principal ventaja es su alto grado de sensibilidad y una capacidad de discriminación superior a otras escalas. Una de sus limitaciones es que solamente produce estimaciones de carácter unidimensional, mide la intensidad del dolor. Requiere de habilidad para transformar la experiencia compleja y subjetiva del dolor a una visoespacial que incluye juicio perceptual y minuciosidad por parte del paciente, reflejandose ésta habilidad perceptual en los resultados de la prueba.

En este estudio utilizamos una escala de calificación con 10 divisiones de 0 a 10 que empieza con la ausencia de "no dolor y termina con "dolor extremo". Como dolor máximo, se definió al mayor dolor experimentado por el paciente, es decir la escala máxima de 10.(2)

**El inventario multifásico de la personalidad de Minnessota (MMPI), es un método frecuentemente utilizado en el estudio de los pacientes porque proporciona información sobre cuadros de ansiedad y depresión, el grado de confusión entre la realidad y la fantasía y los rasgos predominantes en el momento de la entrevista que son muy importantes principalmente en los pacientes ansiosos y con dolor crónico, especialmente porque algunos factores de la personalidad tienen gran importancia en la experiencia y reacción al dolor crónico y existen estudios con hipótesis que confirman que la experiencia del dolor crónico repercute en la personalidad, afirmandose que estos pacientes tienden a la depresión e hipocondriasis y a el desarrollo de conductas agresivas en las que la culpa y las relaciones familiares juegan un papel importante, en el desarrollo de algunos individuos haciéndolos seguir un patrón de conducta dolor-dependiente (3).**

Diversos estudios reportan alteraciones psiquiátricas en los perfiles de los pacientes, en general mencionan que los valores altos de las escalas 1(Hs), 2(D),y 3(Hi) forman la " V" de conversión que refleja la rspuesta de preocupación de los pacientes y que puede ser usada como indicador de la necesidad de intervención psicológica agregada a el tratamiento quirúrgico se encuentra presente en la mitad de los pacientes con dolor crónico y más frecuentemente en los negadores y en los pensionados, cuando se asocia con puntajes elevados de la escala 4 (Pd), refleja en especial asociación con daño orgánico. La presencia de la configuración "V" invertida se encuentra asociada a cuadros depresivos con otra enfermedad crónica, valores altos de las escalas L,K y F con valores T menores a 70 se encuentran asociados a la simulación, la escala 4 (Pd) elevada se asocia a gráves alteraciones psicológicas, la elevación de las escalas 1(Hs),2(D) y

**3(HI)** con puntajes elevados en otras escalas indican un desorden más complicado. Por otra parte, la difusión y amplia validación clínica del MMPI lo convierten en el complemento indispensable del interrogatorio, la sencillez de su aplicación y la escasa inversión de tiempo que requiere, lo hacen el preferido en investigación por su derivación empírica y la escasa intervención de factores subjetivos en su calificación, lo hacen el instrumento más objetivo de que se dispone. (4,10,13,26,27)

Existen nueve situaciones específicas en las que el dolor puede ser sostenido por fuerzas psicológicas y son:

1. La depresión mayor, que se observa en aproximadamente 25% de todos los pacientes con dolor crónico.
2. La ansiedad, presente en aproximadamente 30% de los pacientes con dolor intratable, expresada generalmente como ansiedad generalizada o pánico, lo anterior sumado a que más del 50% de los pacientes con ansiedad cursan con un padecimiento psiquiátrico comórbido y un tercio de ellos puede presentar ansiedad generalizada por abandono de sus funciones corporales.
3. Los trastornos somatoformes que tienen una prevalencia de 5 al 15% en pacientes con dolor crónico y constituyen el 36% de todos los casos de incapacidad psiquiátrica y el 48% de todas las bajas en el trabajo por enfermedad. De los trastornos somatoformes

cuatro pueden presentarse acompañados de dolor, el trastorno de somatización, el trastorno de conversión, la hipocondriasis y el trastorno de dolor somatoforme. En el trastorno de somatización se pueden desarrollar problemas importantes de dolor crónico posterior a cirugía o lesión, pero las quejas del paciente sobre el dolor tienen escasa relación con la nocicepción.

4. El trastorno de conversión se caracteriza por una triada de dolor, perturbación de los sentidos y debilidad. Generalmente se acompaña depresión, cuenta con grandes ganancias secundarias y rasgos de personalidad histriónicos.
5. El trastorno somatoforme, se presenta entre 20 y 80% de los pacientes con dolor y no tiene una causa clara.
6. El trastorno facticio con síntomas físicos, es la producción intencionada o fingimiento. Su causa es la necesidad psicológica de asumir el papel de enfermo, con una exagerada relación ambivalente con el médico.
7. La simulación, en su esencia, es aparentar una enfermedad con algún incentivo externo por estar enfermo. Es el único estado patológico en el que no se siente dolor, existe ocultación de la información y cursa con personalidad antisocial, el tratamiento es errático por incumplimiento e imprecisión con incentivos externos dentro del contexto legal.

8. En las psicosis orgánicas, así como en las demencias y en la esquizofrenia es posible la presencia de dolor de naturaleza delirante con una distribución y calidad extravagantes.
  
9. El síndrome de dolor crónico, caracterizado por conductas de dolor, que son producidas por el individuo para reflejar la presencia de nocicepción haciendo necesario diferenciar lo normal de lo psicológico. En estos pacientes, se lesiona su autoestima narcisista, lo que conduce a la depresión, la negación, la racionalización y la proyección de problemas a causas externas, falla el sistema de adaptación y se produce una conducta de dolor patológico que es más fácil de evaluar con la escala MADISON. (5,8,10,15,18,19)

MADISON es el acrónimo compuesto por las letras iniciales de 7 características que en la experiencia de los psiquiatras del GHM\*1 correlacionan la psicogenicidad del dolor, cada característica puede ser medida en una escala de 1 a 4 y a mayor calificación, mayor importancia de los factores psicológicos cuando el paciente califica mas de 14 se hace necesaria la intervención psiquiátrica.

- M= Multiplicidad: El paciente refiere el dolor en más de un lugar y es de varios tipos, cuando uno desaparece, es remplazado por otro.
- A= Autenticidad: El paciente se muestra muy interesado en convencer al médico de que su dolor es genuino, se valora a nivel de conciencia y se presenta especialmente en dolor con depresión enmascarada.

\*Hospital General de Massachusetts

**D= Negación:** El paciente con dolor crónico tiene problemas emocionales que niega, muestra al médico un mundo "rosa", y ocasionalmente admiten ansiedad o depresión, pero sin aceptar su influencia en la intensidad del dolor.

**I= Interpersonal:** Es la observación de la conducta del paciente ante sus familiares y lo que simbólicamente representa para él y su familia.

**S= Singularidad:** Se aplica a el dolor que el paciente hace "único", refiriendo "estoy seguro que usted nunca ha visto un dolor como éste en toda su práctica médica"

**O= idealización:** Es la expectativa que el paciente presenta con respecto a que su médico actual sí será capaz de aliviar su dolor, es el factor más pernicioso por que induce al paciente a cambiar constantemente de médico.

**N= Nada cambia al dolor:** El paciente refiere que nada modifica su dolor ya sea tratamiento psicofarmacológico, físico o psicológico.

Existen además, cuatro elementos en común en los pacientes con dolor crónico: el enojo mutista, demandas inconsistentes, depresión encubierta y permanencia hospitalaria prolongada que favorece la dependencia del paciente. (18)

Por otra parte, la entrevista semiestructurada se realizó en base a los criterios del DSM-III-R (Manual diagnóstico de las enfermedades mentales de la Asociación psiquiátrica Americana) que proporciona aspectos de juicio clínico aumentando, con ello, la confiabilidad (6).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

**¿ Es posible la detección de la psicopatología asociada a pacientes de diferente sexo, con dolor lumbar crónico aplicando la escala MADISON y VAS y el Inventario MMPI y una entrevista semiestructurada ?**

## **HIPOTESIS**

**Mediante las escalas MADISON y VAS, el Inventario MMPI y la entrevista semiestructurada es posible detectar la psicopatología asociada a pacientes de diferente sexo con dolor lumbar crónico.**

## **OBJETIVOS**

**Establecer y conocer si existen características y diferencias en relación a los aspectos demográficos relacionados al sexo, conocer su perfil caracteriológico para explorar la relación entre personalidad y dolor explicando la psicopatología asociada a pacientes con dolor lumbar crónico, complementando la información mediante la observación directa de las conductas al dolor.**

## **MATERIAL, PACIENTES Y METODOS**

### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Descriptivo, observacional prospectivo.

### **UNIVERSO DE TRABAJO**

Se estudiaron 41 pacientes (18 de sexo masculino y 28 de sexo femenino) atendidos en la consulta de traumatología del Hospital General de Zona No. 32 de la Delegación 4 del IMSS con diagnóstico de síndrome lumbar doloroso crónico ( forma Mt-1) calificada, como de trabajo o de trayecto, en espera de ser dictaminados con incapacidad parcial o permanente o alta para trabajar, en espera de ser intervenidos quirúrgicamente o en tratamiento de rehabilitación, durante el período comprendido del 16 de Marzo de 1994 a el 30 de Junio del mismo año.

## **CRITERIOS DE SELECCION**

### **DE INCLUSION**

**Pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de síndrome lumbar doloroso de por lo menos 6 meses de duración, de causa traumática, degenerativa o postural, que mostraran tendencia a complicaciones psiquiátricas con mala respuesta a su tratamiento y que aceptaron participar en este estudio mediante carta de consentimiento.**

### **DE EXCLUSION**

**Mujeres embarazadas.**

**Mujeres en período de lactancia.**

**Pacientes con úlcera, cardiopatía isquémica o arritmia cardíaca.**

**Pacientes que se dieron de baja.**

## **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

El módulo de traumatología del Hospital General de Zona No. 32 de la Delegación 4 del IMSS, reporta en su informe anual mecanizado en el periodo del 01 de Enero de 1993 al 31 de Diciembre del mismo año, 2,620 casos atendidos con el diagnóstico de síndrome lumbar doloroso crónico, forma Mt-1, de los que 1048 pacientes fueron dados de alta y 1572 continuaron en tratamiento (casos crónicos) de lo que deriva que se atendieron 131 pacientes mensualmente de acuerdo a lo anterior la muestra total de pacientes entrevistados en este estudio corresponde al 10% del total de pacientes atendidos en los 3 meses a que se limitó el estudio.

## **DESCRIPCIÓN DE VARIABLES**

a) Según la metodología son:

**Variable independiente:** Dolor lumbar crónico.

**VARIABLES dependientes:** Escala analógica visual, escala MADISON, y dibujo de la localización del dolor en una figura humana seccionada con los dermatomas corporales.

**VARIABLES de confusión:** Pacientes con dolor bajo de espalda secundario a padecimientos neoplásicos, inflamatorios, metabólicos, infecciosos, por vicios posturales como en el embarazo

o postpartum, antecedentes de punción lumbar o deformidades congénitas como son el síndrome de canal estrecho, la acondroplasia, la espina bífida y las deformidades focales de la médula espinal.

**b) Descripción operativa:**

Se definió como dolor lumbar crónico, al dolor bajo de espalda que persiste por más de 6 meses sin respuesta al tratamiento conservador, y que ocasiona incapacidad anatómica y funcional. Se diseñó un cuestionario con la siguientes secciones, ficha de identificación, escala analógica visual,escala MADISON, una sección con 109 criterios diagnósticos del DSM-III-R y el dibujo de una figura humana en su parte final.

**LA ESCALA ANALOGICA VISUAL**

Es un procedimiento para evaluar la intensidad del dolor mediante un segmento con 10 divisiones, con los extremos calificados, se considera la longitud del segmento como una representación del continuo de alguna experiencia,( en este caso el dolor) y los extremos son los límites de la sensación. (5,12,14,21)

**LA ESCALA MADISON**

Procedimiento para evaluar la intensidad del dolor en el momento de la entrevista.

## **LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM-III-R**

Los criterios diagnósticos para el trastorno de somatización, dolor somatoforme, simulación, trastorno paranoide de la personalidad, trastorno facticio, trastorno esquizoide de la personalidad, trastorno esquizotípico, conversión, hipocondriasis, trastorno dismórfico corporal, trastorno indiferenciado, depresión mayor y trastorno de ansiedad mediante una entrevista semiestructurada. (6)

### **UNA GRAFICA DE LA FIGURA HUMANA**

con los dermatomas, para que el paciente dibujara la localización del dolor presente en el momento de la entrevista, para diferenciar el dolor sistemático del migratorio.

### **OBSERVACION DIRECTA DE LAS CONDUCTAS DE DOLOR DURANTE LA ENTREVISTA**

En varios estudios que analizan el dolor crónico desde un punto de vista del comportamiento, infieren que los comportamientos asociados al dolor se originan en la respuesta a la lesión corporal y se asocian a la nocicepción pudiendo ser influidas por factores sociales (9,11,12,15.).

## **PROCEDIMIENTO**

El estudio se realizó en tres fases, la primera entrevista se solicitó a los pacientes su consentimiento por escrito, se estableció el tipo de lesión lumbar que presentaban utilizando sus placas de Rayos X, Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética y Electromiografía, en la segunda, los pacientes fueron citados a la entrevista semiestructurada que se aplicó durante 45 minutos pidiéndoles que dibujaran la localización del dolor que presentarían en ese momento. Finalmente, en la tercera cita, se les aplicaron los cuestionarios del MMPI con observación simultánea de las conductas de dolor.

## **ANALISIS ESTADISTICO**

Se realizó un análisis estadístico descriptivo, mediante la determinación de una  $X^2$  para la correlación de variables en los grupos de pacientes femenino y masculino .

Estudio de las variables demográficas globales y clasificadas por sexo.

Lectura computarizada de las hojas de respuesta del MMPI con análisis de cada escala.

Análisis de las escalas de base y determinación de un perfil caracteriológico.

Describir si existe un perfil caracteriológico.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

**El manejo de la información fué con autorización escrita del paciente y completamente confidencial.**

## **RECURSOS PARA EL ESTUDIO**

### **HUMANOS**

- RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA
- PASANTES DE PSICOLOGÍA EN S.S.

### **MATERIALES**

- INVENTARIO MMPI
- ESCALA VAS
- ESCALA MADISON
- CUESTIONARIO

### **FINANCIEROS**

### **LOS PROPIOS DE LA UNIDAD**

## RESULTADOS

### Datos demográficos:

Se entrevistó en total a 41 pacientes, 23 de sexo femenino y 18 de sexo masculino. En el grupo de pacientes de sexo masculino, el rango de la edad fué de 27-61 años, con desviación estandar de 12 promedio de 40 años, mediana de 36 años y moda de 27 años.

En la muestra de pacientes de sexo femenino el rango de las edades fué de 21-73 años, con desviación estandar de 12 años, promedio de 44, mediana de 45 años y moda de 36 años (Tabla No.1)

TABLA No. 1.

### DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR EDAD Y SEXO

SEXO	N	RANGO	D.E	X	Md	Mo
HOMBRES	18	27-61	12	40	36	27
MUJERES	23	21-73	12	44	45	36

Fuente: Módulo de traumatología, clínica 32, IMSS 1994

**TABLA No. 2**

**ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	M %	F %
CASADO	72	47
SOLTERO	11	26
VIUDO	0	17
DIVORCIADO	5	4
OTROS	11	4

Fuente: Módulo de traumatología clínica 32, IMSS 1994

**Estado civil:** En los dos grupos predominaron los casados en 72% de los varones y 47% de las mujeres, con porcentajes decrecientes para solteros, viudos y divorciados. Tabla No.2

**TABLA No. 3 y 4**

**OCUPACION DE LA MUESTRA DE ACUERDO AL SEXO**

OCUPACION	FREC.	%
EMPLEADO	10	56
SUBEMPLEDO	8	45

OCUPACION	FREC.	%
HOGAR	10	44
FUERA DEL HOGAR	13	56

Fuente: Módulo de traumatología clínica 32, IMSS 1994

**Ocupación laboral:** Los hombres se encontraban empleados en 55% y subempleados en 44%, las mujeres trabajando fuera del hogar fueron el 56% y dedicadas a las Labores del hogar el 43%.

**TABLA No. 5**

**ESCOLARIDAD**

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>M. frec. %</b>	<b>F. frec.</b>
Analfabeta	0 0	1 4
Prim. incompleta	1 6	4 17
Prim. completa	6 33	4 17
Sec. incompleta	2 11	0 0
Sec. completa	5 17	2 9
Comercio ó secretariado	1 6	5 22
Prep. incompleta	2 11	1 4
Prep. completa	0 0	1 4
Diseño gráfico	1 6	0 0
Licenciatura	2 11	5 22

Fuente: Módulo de Traumatología Clínica 32, IMSS 1994

**Escolaridad:** En la muestra de los varones predominó la escolaridad de primaria completa en 33%, la secundaria completa en 17%, la preparatoria incompleta y la licenciatura en 11%.

En la muestra de las mujeres predominó la escolaridad de comercio y secretariado en 22%, y la primaria completa e incompleta con 17% cada una (tabla No. 5)

### **Diagnósticos médicos de la muestra**

En el grupo de los pacientes los diagnósticos médicos fueron; fibrosis postquirúrgica en 27.7%, hernia de disco L5-S1 en 22%, hernia de disco L4-L5 en 16.6%, hernia de disco lumbar en 11.19%, Cáncer de colon en 5.5% y en 3 pacientes se encontraban en estudio. (Gráfica No.1)

En el grupo de las pacientes la hernia de disco fué el diagnóstico más frecuente, se presentó en 17% de las mujeres, la lumbalgia crónica en 13%, la hernia de disco en 8.6%, la fibrosis postquirúrgica en 8.6%, el canal lumbar estrecho en 8.6%, lumbalgia postquirúrgica en 4.3% lo mismo que en la espondilolistesis y 39% de las pacientes se encontraban en estudio. (Gráfica No. 2)

### **Origen de los pacientes**

En la muestra de los hombres predominó el origen del D.F. en 77.7% y de Veracruz en 11.1%, con un 5.5% de pacientes originarios de Chiapas (Gráfica No.3).

En las mujeres predominaron las originarias del D.F. en 65.2% siguiendo en frecuencia las del estado de Hidalgo en 8.69%. Chiapas, Estado de México, Morelos, Oaxaca, Puebla, Tabasco y Veracruz se encontraron representados en 4.35% cada uno. (Gráfica No. 4)

**Edad a la que iniciaron labores:**

Solamente 5 pacientes de sexo femenino y 2 de sexo masculino iniciaron a edad adulta labores predominando el inicio de labores a edades tempranas de hasta 6 años de edad.

En los puntajes de la escala VAS, los pacientes de sexo masculino refirieron menor intensidad de dolor en el momento de la entrevista (Gráfica No.5 y 6).

En la escala MADISON 73% de los pacientes de sexo masculino calificaron mas de 14 puntos y ameritaron intervención psiquiátrica, Del grupo de las pacientes solamente el 25% presentó puntajes mayores de 14 y ameritaron intervención psiquiátrica.

De la entrevista semiestructurada derivaron los siguientes resultados:

Para el diagnóstico de T. de ansiedad se descartó la inestabilidad de la marcha y las parestias que podrían atribuirse a la lesión lumbar realizandose este diagnóstico en 27.8% de los pacientes y en 48% de las pacientes de sexo femenino. El trastorno de conversión se presentó en 61.1% de la muestra de los varones y en 56.5% de las mujeres, los trastornos del estado de ánimo se encontraron presentes en 16.7% de los varones y en 30.4% de las mujeres, el dolor somatoforme se encontró representado en un 43.8% de las mujeres solamente, el trastorno esquizoide de la personalidad se presentó en 55.6% de los pacientes y en 52.2% de las pacientes, el trastorno facticio no se detectó en ninguno de los pacientes de la muestra. la hipocondriasis fué

diagnóstica en 5.6% de los pacientes y 4.3 de las pacientes, el trastorno indiferenciado se encontró representado en 16.7 de los pacientes y en 26% de las mujeres, el trastorno paranoide de la personalidad en 47.1% de los pacientes y 34.8 de las pacientes, el trastorno de somatización fué detectado en 44.4% de los pacientes y en 60.9 de las pacientes y la simulación en 5.6% de los pacientes y 4.3% de las pacientes.

Realizando el análisis estadístico solamente presentaron una asociación significativa el trastorno de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, el dolor somatoforme y los trastornos de somatización.

TABLA No. 6

**DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS POR SEXO**

DIAGNOSTICOS	M% F%	p <sup>a</sup>
T. ansiedad	si 28 48	0.006
T. estado de ánimo	si 17 30	0.056
Dolor somatoforme	si o 35	0.00
T. de somatización	si 44 61	0.24

<sup>a</sup> P < 0.05

Fuente: Módulo de Traumatología Clínica 32, IMSS 1994

### **Resultados del MMPI.**

En el grupo de los hombres, tres presentaron un perfil normal, 16.6% presentaron un perfil depresivo, 11.1% presentaron trastorno de personalidad esquizotípico, 11.1% esquizofrenia paranoide y de las siguientes alteraciones un solo perfil con rasgos predominantes de cada una de las siguientes alteraciones; psicosis, trastorno paranoide, trastorno conversivo, trastorno sociopático, hipocondría y neurosis de ansiedad con expresión hipocondríaca.

En el grupo de las mujeres 39.13% presentaron el perfil normal, 4% presentaron un perfil característico de la esquizofrenia paranoide, 13% presentaron predominio de rasgos de trastorno del estado de ánimo, en especial depresión, 8.6% presentaron un perfil característico del trastorno paranoide de personalidad, una paciente presentó perfil de trastorno de compatible con el diagnóstico de trastorno psicótico depresivo, una presentó un perfil característico de trastorno conversivo, otra paciente presentó un perfil hipocondríaco, otra un perfil esquizofrénico disociativo y una un perfil característico del trastorno pasivo agresivo de personalidad (Gráfica 7 y 8).

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## **CONCLUSIONES**

Se concluye, de los hallazgos encontrados en éste estudio, que en el tamaño de la muestra predominó en general el sexo femenino, originarias del Distrito Federal, que iniciaron vida laboral activa a temprana edad, su escolaridad baja y estado civil casadas.

Se detectó psicopatología asociada a el dolor lumbar crónico, en especial, los trastornos de ansiedad, estado de ánimo, dolor somatoforme y de somatización.

El MMPI reportó rasgos que coincidieron con los diagnósticos médicos y psiquiátricos de los pacientes predominando los rasgos de esquizofrenia paranoide depresión y trastorno paranoide.

## **DISCUSION**

Las investigaciones previas nos dan idea de que los pacientes con dolor lumbar crónico presentan problemas complejos y que no es simple el trabajo de investigación cuando queremos determinar la psicopatología asociada en ellos, ya que el dolor envuelve variables médicas, sociales, culturales y psicológicas.

Los estudios se han enfocado a la determinación de psicopatología en diferentes poblaciones de pacientes con dolor de distinta etiología y los estudios enfocados a ésta determinación en pacientes con dolor lumbar crónico exclusivamente, son escasos. Lo anterior repercute en la escasa comprensión que tenemos de estas alteraciones si consideramos que fundamentalmente se omite este tipo de valoración y se atiende predominantemente la sintomatología orgánica difiriendo la psicológica.

Lo anterior nos indujo a realizar este estudio en el cual se valoró a 41 pacientes con dolor lumbar crónico, de ellos por lo menos el 50% presentó alteraciones psicopatológicas que ameritaron tratamiento psiquiátrico.

Observamos que se encontraban subdiagnosticados atribuyéndose su sintomatología exclusivamente a el diagnóstico orgánico.

Por otra parte, las escalas que evalúan la intensidad del dolor, siguen siendo uno de los métodos más precisos para la determinación de alteraciones y son parámetros de apoyo para el diagnóstico y en este estudio detectaron el que los pacientes de sexo masculino refirieron menores puntajes a pesar de presentar lesiones asociadas con elevada intensidad de dolor.

El MMPI, de amplia difusión en la mayoría de los estudios sobre dolor fué herramienta indispensable en este estudio y sus resultados similares a los realizados por otros autores en poblaciones con dolor crónico .

Finalmente comentamos que al realizar el análisis estadístico de la asociación de variables de encontramos una  $P < 0.05$  en los trastornos de ansiedad, de ánimo, dolor somatiforme y somatización lo que refleja una correlación significativa entre ellas.

**MEDIDAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO DERIVADAS DE LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO.**

Derivada de los resultados de este estudio consideramos importante la valoración psiquiátrica de todos los pacientes con dolor lumbar crónico para la atención oportuna de la psicopatología concomitante, con sugerencia de formar grupos terapéuticos de autoayuda de acuerdo a el tipo de alteración psiquiátrica presente en ellos.

Consideramos importante continuar con líneas de investigación semejantes para ampliar el conocimiento en ésta área.

## **BIBLIOGRAFIA**

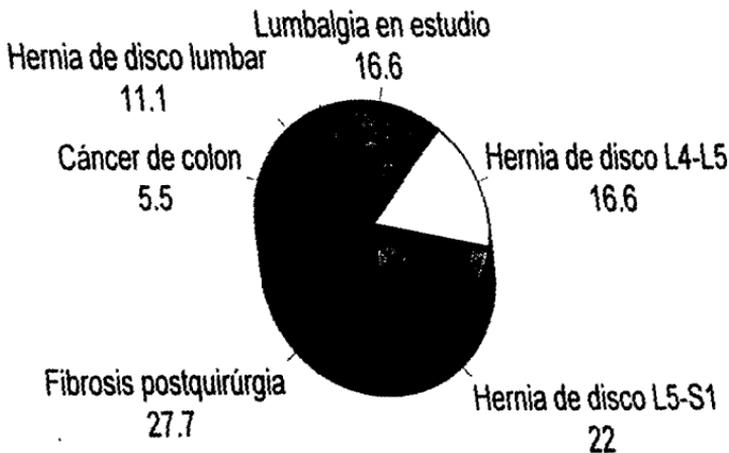
1. Ballús C. *Psicología, interrelación de aspectos experimentales clínicos*. 1983, Edit. Heder, Barcelona.
2. Carlsson A.M. Assessment of Chronic Pain. I. Aspects of the Reliability and Validity of the Visual Analogue Scale. *Pain*, 16(1983) 87-101.
3. Carlsson A.M. Personality Characteristics of Patients with Chronic Pain in Comparison with Normal Controls and Depressed Patients. *Pain*, 25(1986) 373-382.
4. Costello Raymond M., Husley Timoty L., Schoenfeld Lawrence S. and Ramamurthy, Somayaji. P-A-I-N: a four-cluser MMPI typology for chronic pain, *Pain*, 30(1987) 199-209.
5. Chapman C.R., Casey K.L., Dubner R., Foley K.M., Gracely R.H. and Reading A.E., Pain Measurement: an Overview. *Pain*, 22(1985) 1-31.
6. *DSM-III-R Manual diagnóstico de las enfermedades mentales 1994*, Edit, MASON.
7. France D. *Randal; Personality and chronic pain*; Ed. American Psychiatric, Press INC. 1988.
8. Feinmann Charlotte, Pain Relief by Antidepressant: Possible Modes of Action. *Pain*, 23(1985) 1-8.
9. Fordyce Wilbert E., Roberts Alan H., and Sternbach Richard A., the Behavioral Management of Chronic Pain: A Response to Critics, *Pain*, 22(1985) 113-125.

10. Fordyce Wilbert E., Brena Steven F., Holcomb Richard J. De Lateur Barbara J. and Loeser D. John Relationship of patient semantic pain descriptions to pshysician diagnostic judgments, activity level measures and MMPI. *Pain*,5 (1978) 293-303
11. Fordyce W., McMahom R., Rainwater G., Jackins S., Questad K., Murphy T., and Lateur B., Pain complaint-exercise performance relationship in chronic pain. *Pain*, 10 (1981) 311-321.
12. Fordyce E.Wilbert, Lansky David, Calsy Donald A., Shelton Walter C. Stolov and Rock Daniel L. Pain Measurement and Pain Behavior, *pain*, 18 (1984)53-69
13. Franz Carmen, Rainer Paul, Bautz Michael, Choroba Beate and Hildebrant Jan. Psychosomatic Aspects of Chronic Pain: a new Way of Description Based on MMPI Item Analysis. *Pain*, 26 (1986) 33-43.
14. Huskisson E.C., Measurement of pain. *The Lancet*, November 9, 1974. 1127-1131.
15. Jefatura de los servicios de salud en el trabajo. Forma SUI-55, Coordinación Normativa de riesgos de trabajo. Jefatura de los Servicios de Salud en el Trabajo.IMSS 1993.
16. Keefe Francis J.Wilkins Robert H., and Wesley A.Cook. Direct Observation of Pain Behavior of Pain Patients durin Physical Examination. *Pain*. 20 (1984) 59-68.
17. Linton Steven J. The Relationship between Activity and Chronic Back Pain. *Pain*, (1985) 21 (1985) 289-294.
18. Memoria estadística 1984 a 1994, Dirección de Finanzas y Sistemas Contraloría general, Dorsopatía 730-X-724-9.
19. Ned H. Cassem MD. *Handbook of General Hospital Psychiatry* 2a Ed. 1987 p.p.47-67.

20. Nuñez Rafael Dr. *Aplicación del Inventario Multicentrico de la Personalidad a la Psicopatología*. Ed. Manual Moderno 1994.
21. Oostdam E.M.M. and Duivenvooden H.J. *Description of Pain and the Degree to which the Complaints Fit the Organic Diagnosis of Low Back Pain*. *Pain*, 18 (1984) 71-82.
22. Penzo Willima, "El dolor crónico", Edit. Martínez Roca,(1989) P.P. 63-69.
23. Turck Dennis C. and Herta Flor, *Etiological Theories and Treatments for Chronic Back Pain.II. psychological Models and Interventions*. *Pain*, 19 (1984) 209-233.
24. Turck C.Denis and Herta Flor,*Pain > pain behaviors: the utility and limitations of the pain behavior construct*. *Pain*, 31 (1987) 277-297.
25. Toshihito Maratura, Swanson W.David, and Swenson Wendell M. *Chronic Pain. Which patients may a pain-management program help?*. *Pain*,7 (1979) 321-329.
26. W. Love Antony, and Peck Connie L. *The MMPI and Psychological factors in chronic low back pain: a review*.
27. Weisberg R.L. Struben C.A. García, *Manual de Neurología Clínica*, Edit. Interacadémica 1991,P.P. 358.

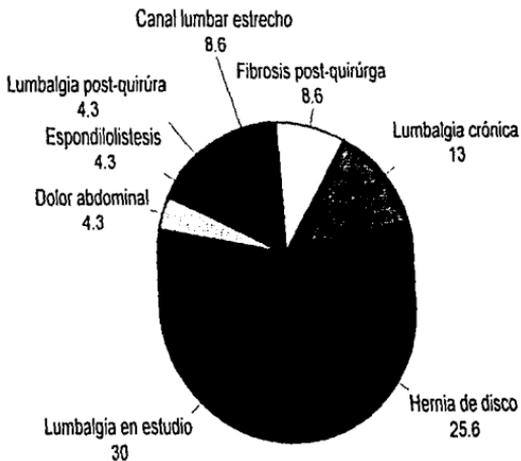
## Psicopatología Asociada a Dolor Lumbar Crónico

### Diagnósticos médicos



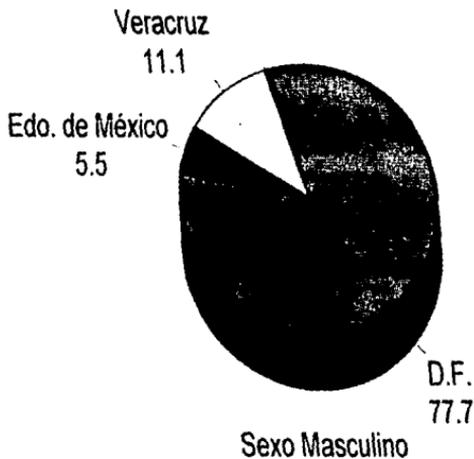
**Sexo Masculino**

## Psicopatología Asociada a Dolor Lumbar Crónico Diagnósticos médicos



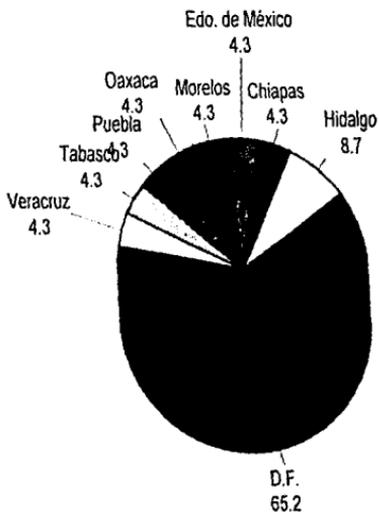
**Sexo Femenino**

## Psicopatología Asociada a Dolor Lumbar Crónico Origen de los pacientes



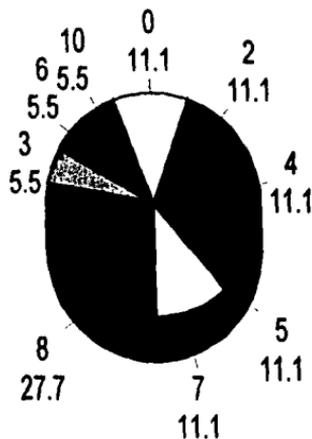
# Psicopatología Asociada a Dolor Lumbar Crónico

## Origen de los pacientes



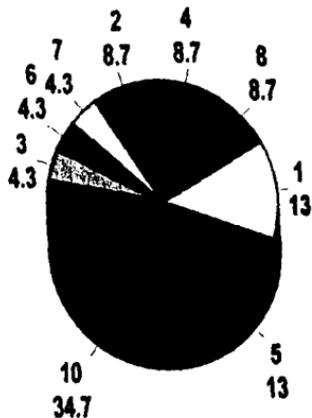
**Sexo Femenino**

## Psicopatología Asociada a Dolor Lumbar Crónico calificación del dolor con la escala analógica visual (VAS)



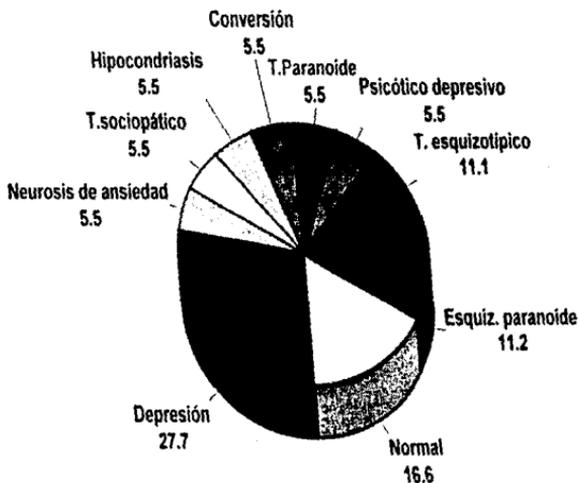
**Sexo Masculino**

## Psicopatología Asociada a Dolor Lumbar Crónico calificación del dolor con la escala analógica visual (VAS)



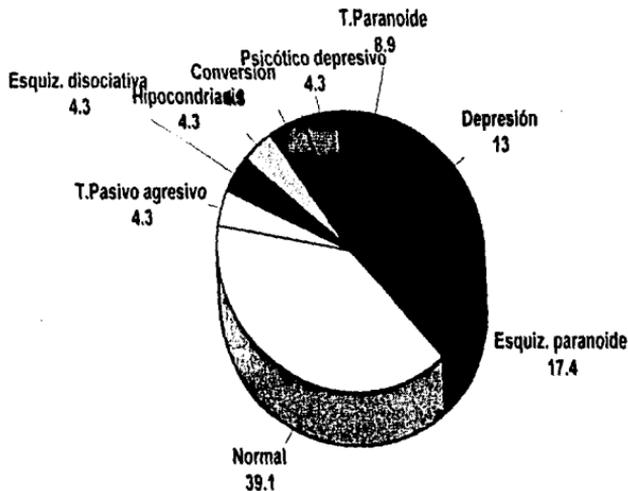
**Sexo Femenino**

## Psicopatología Asociada a Dolor Lumbar Crónico Trastornos detectados por el MMPI



**Sexo Masculino**

## Psicopatología Asociada a Dolor Lumbar Crónico Trastornos detectados por el MMPI



**Sexo Femenino**