

AAQ 1057

TESIS
PCC 2004
C3

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA COMUNITARIA

**Características de Personalidad en Pacientes con dolor crónico
en contraste con pacientes con dolor agudo, utilizando el MMPI-2**

Trabajo de Investigación presentado por
Danara CAVALIERI ROTOLO

Como un requisito parcial para obtener el Título de Especialista
En Psicología Clínica Comunitaria

Profesor Guía
Oly NEGRÓN CERMENO

Caracas, Mayo 2004

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a todas aquellas personas que a pesar de su padecimiento han tenido el tiempo y la disposición de participar y ayudarme en esta investigación, permitiéndome conocer su enfermedad, dejándome entrar en su sufrimiento y dándome la oportunidad de comprobar cada día lo bueno de mi profesión y del trabajar con personas.

De la misma forma debo darle las gracias a dos grandes profesionales que me tendieron la mano, me ofrecieron su confianza y experiencia para que mi trabajo se diera lo mejor posible, el *Doctor Bolívar* del Hospital de Clínicas Caracas y la *Doctora Vielma*, del Hospital Pérez Carreño, ambos en sus respectivas funciones y trabajos estuvieron allí para ofrecerme sus conocimientos, su apoyo incondicional y lo más importante la posibilidad de acceder a sus pacientes y trabajar con ellos, por todo esto muchísimas gracias.

Finalmente agradezco a mi tutora, mi maestra y mi amiga la Licenciada Oly Negrón, por darme su apoyo constante por un período mayor al esperado en la realización de la investigación, por no perder la fe de que lograríamos el objetivo y por estar ahí aunque fuese a distancia, cuando así lo necesité, gracias, mil gracias.

*En ocasiones no veo la luz
Pero siempre estas ahí
Porque eres mi guía, mi señal
Y por eso, aunque me desvié
Nunca pierdo el camino
Gracias a ti, por tus consejos
Por tu apoyo, por tu voz
Gracias, por tu brillo y tu amor.*

Danara Cavalieri.

ÍNDICE

Contenido	Pág
Índice	iii
Índice de tablas	v
Índice de Gráficos	vi
Resumen	vii
Introducción	9
Marco Teórico	14
Reseña histórica del estudio del dolor	23
Estudios actuales sobre el dolor crónico	26
Evaluación y medición del dolor	37
Método	52
Problema a investigar	52
Hipótesis	52
Concepto y Variables	53
Tipo de investigación	54
Población y muestra	54
Procedimiento	55
Análisis	56
Análisis de los resultados	58
Discusión de los resultados	58
Conclusiones	99

Contenido	Pág
Limitaciones y recomendaciones	106
Bibliografía	108
ANEXOS:	
ANEXO A	
Encuesta para pacientes con dolor	
ANEXO B	
Puntaje del MMPI-2	
ANEXO C	
Tabla de Puntaje t	

ÍNDICE DE TABLAS:

Contenido	Pág
TABLAS:	
Tabla 1: Puntaje t de Student en pacientes masculinos y su nivel de significación en las escalas básicas del MMPI-2	59
Tabla 2: Puntajes t de Student en pacientes masculinos y su nivel de significación en las escalas del MMPI-2	59
Tabla 3: Puntajes t de Student en pacientes masculinos y su nivel de significación en las escalas suplementarias del MMPI-2	60
Tabla 4: Puntajes t de Student en pacientes femeninos y su nivel de significación en las escalas básicas del MMPI-2	63
Tabla 5: Puntajes t de Student en pacientes femeninos y su nivel de significación en las escalas de contenido del MMPI-2	63
Tabla 6: Puntajes t de Student en pacientes femeninos y su nivel de significación en las escalas suplementarias del MMPI-2	64
Tabla 7: Medias obtenidas de pacientes con dolor crónico y dolor agudo en las escalas básicas del MMPI-2	69
Tabla 8: Medias obtenidas de los pacientes con dolor crónico y dolor agudo en las escalas de contenido del MMPI-2	70

Tabla 9: Medias obtenidas de los pacientes con dolor crónico y dolor agudo en las escalas suplementarias del MMPI-2	72
Tabla 10: Medias obtenidas de los pacientes femeninos con dolor crónico y dolor agudo en las escalas básicas del MMPI-2	76
Tabla 11: Medias obtenidas de los pacientes femeninos con dolor crónico y dolor agudo en las escalas de contenido del MMPI-2	79
Tabla 12: Medias obtenidas de los pacientes femeninos con dolor crónico y dolor agudo en las escalas suplementarias del MMPI-2	81
Tabla 13: Medias obtenidas de los pacientes masculinos con dolor crónico y dolor agudo en las escalas básicas del MMPI-2	83
Tabla 14: Medias obtenidas de los pacientes masculinos con dolor crónico y dolor agudo en las escalas de contenido del MMPI-2	85
Tabla 15: Medias obtenidas de los pacientes masculinos con dolor crónico y dolor agudo en las escalas suplementarias del MMPI-2	87
Tabla 16: Población evaluada	89
Tabla 17: Datos demográficos de los pacientes con dolor evaluados	89
Tabla 18: Percepción del paciente con dolor crónico con respecto a su estado de salud física	90
Tabla 19: Percepción del paciente con dolor agudo con respecto a su estado de salud física	91

Contenido	Pág
Tabla 20: Percepción del paciente con dolor crónico con respecto a su estado de salud mental	92
Tabla 21: Percepción del paciente con dolor agudo con respecto a su estado de salud mental	93
Tabla 22: Percepción del paciente con dolor crónico de problemas padecidos producto del dolor	94
Tabla 23: Percepción del paciente con dolor agudo de problemas padecidos producto del dolor	96
Tabla 24: Antecedentes personales y familiares del paciente con dolor crónico	96
Tabla 25: Antecedentes personales y familiares del paciente con dolor agudo	97

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Contenido	Pág
Gráfico 1: Comparación de medidas en pacientes con dolor crónico vs dolor agudo, representación del perfil obtenido en las escalas básicas	69
Gráfico 2: Comparación de medias en pacientes con dolor crónico vs dolor agudo, representación del perfil obtenido en las escales de contenido	71
Gráfico 3: Comparación de medias en pacientes con dolor crónico vs dolor agudo, representación del perfil obtenido en las escalas suplementarias	73
Gráfico 4: comparación de medias en pacientes femeninos con dolor crónico vs dolor agudo representación del perfil obtenido en las escalas básicas	77
Gráfico 5: Comparación de medias en pacientes femeninos con dolor crónico vs dolor agudo, representación del perfil obtenido en las escalas de contenido	80
Gráfico 6: Comparación de medias en pacientes femeninos con dolor crónico vs dolor agudo, representación del perfil obtenido en las escalas suplementarias	82
Gráfico 7: Comparación de medias en pacientes masculinos con dolor crónico vs dolor agudo, representación del perfil obtenido en las escalas básicas	84
Gráfico 8: Comparación de medias en pacientes masculinos con dolor crónico vs dolor agudo, representación del perfil obtenido en las escalas de contenido	86

Contenido

Pág

Gráfico 9: Comparación de medias en pacientes masculinos con dolor crónico vs dolor agudo, representación del perfil obtenido en las escalas suplementarias 87

Resumen:

En la presente investigación se estudió el efecto del dolor crónico sobre las variables de personalidad, en particular las posibles diferencias entre los pacientes que padecen de dolor crónico en comparación con los de dolor agudo.

La muestra usada consistió en 31 pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 25 y 70 años, de los cuales 15 pertenecían a la Unidad de Clínica del Dolor del Hospital Miguel Pérez Carreño, que presentaban un diagnóstico médico de dolor crónico, de igual forma la muestra de comparación, estuvo constituida por 16 pacientes que padecen dolor agudo post-operatorio, del Hospital de Clínicas Caracas, que presentaban un diagnóstico médico de dolor agudo.

El instrumento utilizado fue el Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota - 2 y una encuesta para medir datos demográficos y referentes a la percepción que tiene el paciente sobre su enfermedad física y mental y su influencia sobre su desempeño social, laboral, familiar y personal.

En general se obtuvo que los pacientes de dolor crónico al compararse con los de dolor agudo presentan síntomas de depresión, ansiedad, preocupaciones somáticas, pérdida de control de sí mismos, dificultades de adaptación, problemas en el ámbito social, familiar, personal y laboral, tendencias a presentar experiencias raras, quejas y síntomas somáticos, dificultades en el manejo de la tensión, problemas para dormir, concentrarse, etc., todo lo cual parece ser evidente cuando se evalúa un paciente que reporta no poder hacer o realizar las actividades por la intensidad del dolor que sienten.

Por su parte, los pacientes con dolor agudo presentaron perfiles acordes con lo esperado, no desviándose de lo normal, esto parece relacionarse con el hecho de que el dolor se presenta en un momento puntual y no ha interferido en su calidad de vida o funcionamiento más allá de unas semanas o de pocos meses,

por lo que se puede afirmar que ciertamente la cronicidad del dolor y no el dolor en sí mismo es el que genera los cambios de personalidad en los pacientes

Introducción

El dolor es un síntoma universalmente asociado al concepto de enfermedad y constituye un motivo de sufrimiento para miles de personas alrededor del mundo. Las pérdidas económicas, representadas en horas no laboradas y en gastos enormes en los costos del tratamiento, se suman a la notoria disminución en la calidad de vida de las personas afectadas para hacer de él una experiencia invariablemente desagradable (American Society of Anesthesiologists, 1994).

A lo largo de los años se ha venido estudiando la incidencia del dolor crónico en los pacientes que asisten a consulta médica por gran variedad de padecimientos, que van desde pacientes oncológicos hasta pacientes con dolores de cabeza crónicos.

Según las estimaciones publicadas por los Institutos Nacionales de la Salud (NIH, siglas en inglés) en 1998, 90 millones de los 250 millones de habitantes de Estados Unidos sufren dolor (50 millones dolor agudo y 40 millones dolor crónico), 22 millones de los cuales están parcial o totalmente discapacitados. La *American Pain Society* ha estimado que el coste acumulado de la asistencia sanitaria, la discapacidad y la pérdida de productividad asociada al dolor en este país asciende a más de 90.000 millones de dólares al año. Casi la cuarta parte de los días de trabajo perdidos se atribuyen al dolor (Bostrom M. *J Pain Symptom Manag* 1997; 13: 166 – 1, en Dubois, 2001).

Las siguientes estadísticas son proporcionadas por NIH en el año 2002, (Methodist Health Care System, 2002):

- Del 70 al 85 por ciento de las personas tienen dolor en la parte baja de la espalda en algún momento de su vida.

- El dolor de espalda es la causa más frecuente de restricción de las actividades en las personas menores de 45 años de edad.
- Dolor por cáncer, en las fases intermedia o avanzada del cáncer, la mayoría de los pacientes sufren dolores entre moderados e intensos. En Estados Unidos, se diagnostican anualmente más de 1.000.000 de casos nuevos de cáncer y mueren aproximadamente 550.000 personas a causa de esta enfermedad.
- Dolor por artritis - cada año, el dolor artrítico afecta a más de 40 millones de estadounidenses.
- Dolor de cabeza - según el Instituto Nacional de las Enfermedades Neurológicas y del Derrame Cerebral (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, su sigla en inglés es NINDS): Cerca de 45 millones de estadounidenses padecen dolores de cabeza fuertes y crónicos que pueden ser incapacitantes.
- Los dolores de cabeza causan más de 8 millones de visitas al médico cada año. Las personas que sufren migrañas pierden más de 157 millones de días de trabajo debido al dolor de cabeza.
- El Consejo Americano para la Educación sobre los Dolores de Cabeza (American Council for Headache Education, su sigla en inglés es ACHE) informa que, durante el año pasado, casi el 90 por ciento de los hombres y el 95 por ciento de las mujeres han tenido al menos un dolor de cabeza.
- Otros dolores, como las neuralgias y las neuropatías que afectan a los nervios del cuerpo, los dolores provocados por daños en el sistema nervioso central (el encéfalo y la médula espinal), los dolores que no se

deben a ninguna causa física evidente y los dolores psicogénicos contribuyen a incrementar la cantidad total de los casos informados.

En estudios realizados en España se ha evidenciado que un tercio de los 14 millones de españoles que sufren dolor vive esta experiencia de forma crónica. Según un estudio de la Sociedad Española del Dolor, una de cada tres personas con dolor crónico en edad laboral estuvo en el 2000 más de doscientos días de baja, lo que representó un costo para la Seguridad Social superior al billón de pesetas. El estudio *Valoración clínico-epidemiológica del dolor crónico en Unidades del Dolor*, realizado por el Centro de Investigación y Bioestadística (CIBEST) bajo los auspicios de la Sociedad Española del Dolor (SED), pone de manifiesto que un tercio de la población que sufre dolor crónico (de más de seis meses de duración) y se encuentra laboralmente activa estuvo el año pasado más de 200 días de baja. Estos resultados se han obtenido a partir de los datos aportados por 25 unidades hospitalarias del dolor de toda España y una muestra de 500 pacientes con dolor crónico, la mayoría de los cuales lo sufría desde hacía cinco años (Sánchez M, 2001). A pesar de que se conoce la alta incidencia de pacientes con dolor en Venezuela, en centros de atención de dolor y departamentos de psiquiatría, no se tienen datos estadísticos de dicha incidencia que puedan dar una idea de la población que realmente accede a centros de salud por padecer dolor agudo o crónico, por tanto sólo se refiere la importancia de su estudio y tratamiento, sin intentar establecer porcentajes ni aproximaciones a datos que actualmente se desconocen en el país.

Por estos datos se considera que el estudio del dolor crónico, es una fuente de gran valor, dado que como se ha dicho genera grandes costes económicos, emocionales y sociales tanto para la sociedad, como para los pacientes que lo padecen, siendo pues de gran importancia el estudio de este padecimiento en relación con las variables de personalidad asociados. Así mismo permitiría intervenir de manera integral, en la calidad de vida del paciente, pues al conocer estos factores que inciden en la cronicidad del dolor, al igual que en su intensidad

y en lo discapacitante que esto puede ser para el paciente, se podría actuar sobre ellos y de esta forma tratar de mejorar sus condiciones de vida.

De igual forma es de importancia descartar aquellas características de personalidad que no sean producto de la cronicidad o tiempo de padecimiento del dolor, por lo que se comparan estas características en pacientes con dolor agudo en contraposición al crónico, ya que de esta manera se puede saber si es el dolor en sí mismo lo que modifica las variables de personalidad o es la cronicidad de dicho dolor lo que genera su cambio.

Para estudiar el dolor y específicamente el dolor crónico se ha hecho uso de diversas teorías explicativas, al igual que de diversas herramientas e instrumentos, entre los cuales se encuentra el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI y MMPI-2), a partir del cual, se han tratado de entender las características de personalidad de los pacientes con dolor crónico, siendo este instrumento, no sólo el más usado por los investigadores, para este fin, sino uno de los más confiables y válidos para obtener dichas medidas y por ende, para generar tratamientos a partir de los resultados.

Un ejemplo de esto es el estudio realizado por Sternbach y colegas (1973, c.p. Robinson, 2000) donde se compararon los perfiles del MMPI en pacientes con dolor agudo y dolor crónico, en busca de signos predictivos que permitan el tratamiento.

Por su parte Gatchel (2000) afirma que desde que Hanvik en 1951 hizo uso por primera vez de las escalas descriptivas del MMPI para estudiar la población con dolor crónico, una abundante investigación se ha extendido partiendo de esta forma de evaluación, utilizando las diez escalas clínicas primarias del MMPI-2. Las escalas de histeria, depresión e hipocondriasis, han sido las más importantes en las investigaciones de pacientes con dolor crónico. Las investigaciones han buscado perfiles característicos para describir a este tipo de pacientes, o para entender sus características de personalidad, entre ellos se considera que el perfil

de Conversión V provee información importante con respecto a estas variables, igualmente se ha usado la escala de fortaleza yoica para identificar pacientes con limitados recursos emocionales, entre otros.

En este estudio se trató de determinar por medio de este instrumento, MMPI-2, las características de personalidad de los pacientes con dolor crónico, al compararlos con pacientes con dolor agudo, para de esta forma poder identificar si la cronicidad del dolor genera cambios en los pacientes con dolor crónico. Como se ha podido observar en las investigaciones realizadas con esta población, se tienden a identificar patrones característicos o que permiten delimitar y definir a este tipo de pacientes, lo cual surge como una forma de aproximarse cada vez más a tratamientos óptimos, más efectivos y menos costosos, permitiendo conseguir una mejor calidad de vida para el sujeto que padece de dolor como para sus familiares y amigos.

Marco Teórico

En el cuidado de la salud, los problemas crónicos son hoy en día uno de los principales retos teóricos y prácticos planteados en las sociedades desarrolladas. De todos ellos, el dolor crónico, bien como síntoma asociado a una enfermedad, o bien como problema en sí mismo, representa uno de los más importantes, dadas sus repercusiones socio-económicas, en términos de bajas laborales y gastos médicos.

Cada individuo aprende el significado de la palabra dolor a través de la experiencia personal, en tanto tiene múltiples causas, diversas características anatómicas y fisiopatológicas, y variadas interrelaciones con aspectos psicológicos y culturales. Esto hace que su definición sea difícil y que la terminología usada en relación al dolor sea fuente permanente de confusiones, entabando la comunicación y comparación de resultados (Sepúlveda, 1994).

Definición de dolor y su clasificación (agudo y crónico):

El Subcomité de Taxonomía de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), afirma que el dolor no es una sensación sino una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión. El adjetivo desagradable incluye un conjunto de sentimientos entre los que se encuentran el sufrimiento, la ansiedad, la depresión y la desesperación que pueden conducir incluso al suicidio. El dolor por consiguiente no se puede definir exclusivamente como una experiencia nociceptiva, pues constituye una experiencia subjetiva integrada por un conjunto de pensamientos, sensaciones y conductas que se asocian modelando el síntoma dolor (Cruces Prado, 1995).

Muchas personas reportan dolor en ausencia de algún tipo de daño o de cualquier causa patofisiológica, usualmente esto ocurre por razones psicológicas. De modo que, normalmente no hay manera de distinguir su experiencia de la debida a algún

tipo de daño, si se considera el reporte subjetivo. Si ellos recordaran su experiencia como dolor causado por algún tipo de daño y la reportasen de esta forma, podría aceptarse como dolor, abarcando el dolor debido a un estímulo en esta definición. La actividad inducida en los nociceptores y en las vías nociceptivas por un estímulo nocivo es siempre un estado psicológico, aún cuando se pueda apreciar el dolor como producto de una causa física (International Association for the Study of Pain, 1994).

La definición de la IASP, explica claramente los componentes del dolor.

1. -Nociceptivo = Experiencia Sensorial, que constituye la sensación dolorosa y es consecuencia de la transmisión de los estímulos lesivos por las vías nerviosas hasta la corteza cerebral.
2. -Afectivo = Experiencia Emocional, que modela el denominado sufrimiento asociado al dolor, y que según la causa, el momento y la experiencia del enfermo, puede variar ampliamente dada su relación con numerosos factores psicológicos que pueden modificar la sensación dolorosa. La percepción final del dolor es consecuencia de la integración de estos dos componentes, dependiendo la contribución relativa de uno u otro según cada dolor y cada persona (Cruces Prado, 2001).

El dolor, al igual que otros fenómenos clínicos, plantea la dificultad de establecer una diferencia tajante entre los factores funcionales y orgánicos. Esta dificultad tiene relación con los mecanismos neurofisiológicos de transmisión del dolor, donde el estímulo nociceptivo periférico es transmitido al cerebro y percibido por la persona. Este componente perceptivo es el que introduce enormes diferencias en la experiencia de dolor, especialmente por la asociación con lesión o daño corporal. Pacientes con dolor agudo raramente o casi nunca requieren evaluación psiquiátrica, excepto quizás aquellos con dolor agudo recurrente, como ocurre en artritis reumatoidea, osteoartrosis, migraña o neuralgia de trigémino. En cambio, en pacientes con dolor crónico, éste se encuentra casi siempre asociado a trastornos psiquiátricos, que explican comprensiblemente la prolongación del cuadro clínico. Además los síntomas se exacerban ante situaciones estresantes o eventos de vida, en ocasiones, el paciente pierde toda capacidad para enfrentar el

dolor, transformándose éste en el fenómeno central de su existencia (Seguel Lizama, 1994).

En conjunto, el dolor es una experiencia única que cada persona percibe de manera diferente, puesto que en su desarrollo no solamente participa la transmisión de impulsos eléctricos desde un tejido lesionado, sino también la manera como cada persona interpreta esas señales de acuerdo a su predisposición genética, ambiente cultural y creencias personales (American Society of Anesthesiologists, 1994).

Según Cruces Prado, "Reflexiones sobre el dolor" (2001), en la evolución de la enfermedad, la desaparición del dolor adquiere una importancia fundamental para el paciente, si no siente dolor o éste disminuye, el paciente vivencia su mejoría, si el dolor persiste, se defraudará. Es por esto que la medicina tradicionalmente, ha intentado tratar o aliviar el dolor con procedimientos farmacológicos o quirúrgicos que ejercen una mejoría de forma rápida y eficaz, conceptuando el dolor con notas exclusivamente fisiológicas, se podría denominar dolor fisiológico, aquel que se presenta en circunstancias normales ante estímulos intensos o potencialmente lesivos, como los golpes, los pinchazos, el calor o el frío excesivos, etc. y que serviría para informar del peligro que corre o puede correr el cuerpo. Existiría además otra sensación de dolor que aparece cuando se produce lesión de tejidos o de nervios, que se denomina "dolor patológico" y que difiere del fisiológico porque no presenta las características normales de este, es decir: No se relaciona con la intensidad del estímulo (pues incluso ocurre en ausencia de ellos); esto sería una reducción del umbral doloroso (alodinia).

Si bien el dolor se puede clasificar por su etiología, también dependiendo de su localización o de su duración podría ser clasificado: por su localización puede ser somático, visceral y, por su duración, agudo o crónico. El dolor somático y visceral se produce por la activación de los receptores del dolor (nociceptores), ya sea por la infiltración tumoral de los tejidos o por la liberación de algiónenos químicos provocada por la inflamación secundaria. Este dolor puede ser experimentado

localmente (somático o visceral) o referido a una localización cutánea remota (visceral). Por su duración este puede ser clasificado como agudo y crónico, llámese dolor crónico a aquel que persiste durante seis meses o más y agudo el se mantiene por un período de 2 a 4 meses. La distinción entre ambos tipos es muy importante por muchas razones y, desde luego, no viene marcada sólo por su diferente duración. Estas diferencias son tantas que permiten afirmar que son dos dolores esencial y fenoméricamente distintos, que responden a percepciones-sensaciones diferentes, vehiculadas por estructuras anatómicas diferenciadas, que provocan una distinta repercusión somato-psíquica (reacción-emoción) y que exigen actitudes terapéuticas específicas (Jiménez, 2002).

Para Muriel (2001), presidente de la Sociedad española del dolor (SED) y jefe de la unidad del Dolor del hospital Clínico de Salamanca, "hay que distinguir, entre el dolor agudo, que es una señal cerebral ante un estímulo lesivo y un daño de los tejidos que siempre es limitado en el tiempo; del dolor crónico, que se prolonga durante más de seis meses y a menudo desencadena un conjunto de cambios físicos y psicosociales, como dependencia de la familia y otros cuidadores, depresión del sistema inmunológico y mayor vulnerabilidad a enfermar, alteraciones del sueño y del apetito, bajo o nulo rendimiento laboral, uso excesivo o inadecuado de los servicios sanitarios, además de miedo, angustia, depresión y en algunos casos, suicidio" (p.2; c.p. Sánchez, 2001).

Siguiendo esta línea de clasificación, Torrecillas, (2001), afirma que el dolor agudo es aquel caracterizado por una duración menor a tres meses y es el resultado de una lesión (quemaduras, fracturas, estados postquirúrgicos, etc), que cumple la misión de alertar al individuo que lo sufre, de que algo no funciona correctamente en su organismo, y se considera que si estos procesos dolorosos agudos persisten sin ser tratados de forma efectiva, pueden, y a menudo lo hacen, progresar a una condición de dolor crónico.

El Methodist Health Care System (2001), define el dolor agudo como el dolor que puede ser provocado por una inflamación, daño en un tejido, lesión, enfermedad o

cirugía reciente y que, por lo general, se caracteriza por presentar, dolor, enrojecimiento, temperatura local elevada e hinchazón, generalmente este cede al tratar o resolver la causa principal o subyacente de la enfermedad.

Por su parte, la American Society of Anesthesiologists, (1994), define el dolor agudo como: aquél dolor que se presenta como consecuencia normal de la lesión de un órgano o tejido y cuya duración puede variar en el tiempo pero está relacionada con el proceso de recuperación o cicatrización de las lesiones o el que haya cesado el estímulo que lo causa. Si por el contrario el dolor se perpetúa más allá del tiempo estimado para la recuperación del tejido afectado, este se convertiría en dolor crónico.

Así mismo, Dagnino (1994) define al dolor agudo como aquel causado por estímulos nocivos desencadenados por heridas o enfermedades de la piel, estructuras somáticas profundas o vísceras. También puede deberse a una función anormal de músculos o vísceras que no necesariamente produce daño tisular efectivo, aun cuando su prolongación podría hacerlo. Si bien los factores psicológicos tienen una importantísima influencia en la manera en que se experimenta el dolor agudo, con raras excepciones éste no obedece a causas psicopatológicas o ambientales. Esto contrasta con el dolor crónico, en el que estos factores juegan un papel principal. El dolor agudo asociado a una enfermedad previene al individuo de que algo anda mal, en algunos casos, el dolor limita la actividad, previniendo un daño mayor o ayudando a la curación, sin embargo, el dolor agudo persistente e intenso puede ser deletéreo en sí mismo, con efectos potencialmente dañinos que se manifiestan con una respuesta neuroendocrina generalizada y a nivel de diversos sistemas.

Por lo expuesto anteriormente, se puede observar que el dolor agudo es el dolor característico debido a algún daño, lesión o enfermedad, que surge como un mecanismo de alarma o alerta para el organismo ante una situación novedosa o irregular del cuerpo, por tanto no se esperaría que mostrara cambios importantes en las características de personalidad del sujeto que la padece, siendo importante

por tanto su evolución, pues siguiendo la línea anterior, la anomalía se evidencia cuando persiste luego de haber desaparecido o cedido la causa que inició el padecimiento.

En lo referente al dolor crónico, Jiménez (2002) en: "Dolor y cáncer, significados y definición", afirma:

"dolor crónico es un dolor que persiste más de seis meses, durante los cuales ocurre una adaptación del sistema nervioso autónomo. En estas circunstancias el paciente con dolor crónico pierde los signos objetivos observables en los pacientes con dolor agudo, apareciendo una estimulación simpática de fondo que se caracteriza por manifestaciones orgánicas contrarias a las que provocan el dolor agudo; todo ello asociado a una reacción psíquica de depresión y que provoca una congelación física y psicológica. Este dolor crónico provoca marcados cambios en la personalidad del paciente, en el estilo de vida y en la capacidad funcional" (p. 259).

Similarmente, el Methodist Health Care System (2001) define como crónico, a aquel dolor que supera a los demás síntomas y puede convertirse en el problema principal, afectando a las personas de tal modo que a menudo no pueden trabajar, pierden el apetito y no pueden realizar actividades físicas de ninguna clase ya que éstas resultan extenuantes y agravan su dolor.

En 1990, Swanson, señala que el dolor crónico con frecuencia es muy difícil de explicar con base en hallazgos objetivos, se ha tratado de explicar de acuerdo con diversos modelos teóricos, la hipótesis tomada en consideración es que el dolor crónico no progresivo es principalmente un evento neuropsicológico y que está en la misma categoría que las emociones como ansiedad y depresión, con cada estado emocional se tiene un correlato neuroquímico que está siendo actualmente definido. Las teorías de sistemas generales y analogías son usadas para

comparar el dolor agudo y el crónico con en el fenómeno del miedo y la ansiedad, al igual que en la depresión y el pesar.

El dolor crónico puede atribuirse de manera general a dos grandes factores: la no resolución de la lesión o lesiones que lo causan o al generado por una vía de producción alterna, debida a otros mecanismos de transmisión, evento frecuente en muchas enfermedades crónicas, en las que ocurren estímulos percibidos como dolorosos como resultado de lesiones en los nervios periféricos debido a una variedad de circunstancias adversas. El tipo de dolor mencionado se denomina neuropático, y puede no depender de ningún estímulo y presentarse como un dolor constante o de aparición espontánea, es la variedad de dolor que acompaña a muchas enfermedades como la diabetes, el cáncer y las enfermedades inmunológicas entre otras, el dolor neuropático también puede ser consecuencia de lesiones por trauma, quemaduras, infecciones o compresión del nervio (American Society of Anesthesiologists, 1994).

Las distintas definiciones de proceso mórbido crónico señalan, como elemento común, su prolongado período de incubación, de estado y de resolución. En cuanto a tiempo, parece conveniente, más que fijar un período superior a 6 semanas desde la incubación a la resolución (criterio de OMS), considerar cada una de las enfermedades en el contexto de su proyección en el tiempo, tomando en cuenta su historia natural. En la práctica, tanto la enfermedad aguda como la crónica pueden ser objeto de un enfoque epidemiológico similar, compartiendo técnicas de análisis y estudio. Desde un punto de vista preventivo, es conveniente considerar a estas enfermedades como eventualmente transmisibles, mediante mecanismos ligados al comportamiento de los individuos en su conjunto social. Es así como algunos hábitos, costumbres y comportamientos personales se adquieren en el grupo familiar de origen, como patrones y modelos de comportamiento, algunos de los cuales guardan relación con el desarrollo de Estímulos Condicionados: estos son los llamados factores de riesgo (Cabrera, 1994).

Las causas más comunes de los dolores crónicos son los desarreglos musculoesqueléticos, tienden a ser lesiones crónicas en el tejido poroso que afectan a los ligamentos, condición que se denomina esguince o a los músculos, en cuyo caso se llama tirón o distensión, esto también incluye lesiones de disco y artritis, desarreglos que provocan generalmente un debilitamiento general. La segunda causa más común es el dolor neurológico o relacionado con el sistema nervioso, tal como el síndrome de dolor regional complejo. Esto abarca entre el 80 y el 90 por ciento de los desarreglos (Goldman, 2000).

Al estudiar el curso de desarrollo del dolor crónico Hendeler (1982, c.p. Robinson, 2000) describe un modelo de 4 estadios para el dolor donde incluye una progresión del dolor que va desde dolor agudo, subagudo, a crónico y subcrónico. En su discusión sobre el modelo, se debe asumir que los pacientes comienzan bien ajustados, y por lo que las respuestas por debajo de lo normal pueden ser mejor entendidas. La fase de dolor agudo ocurre en los dos primeros meses después de adquirir el dolor, durante este estadio el paciente espera que el dolor desaparezca, y los perfiles del MMPI individuales son normales. En la fase de dolor subagudo, en los 2 a 6 meses, el paciente comienza a sentirse estresado, el MMPI refleja una elevación de las escalas 1 y 3, sugestión e incremento del foco somático. Los pacientes en la fase de dolor crónico, 6 meses a 8 años, experimentan un incremento de su depresión, y por tanto se espera que aumente el puntaje de la escala 2. Subsecuentemente, los pacientes con dolor crónico también experimentan ira. Durante la fase de dolor subcrónico, entre 3 y 12 años, los pacientes desarrollan vías para vivir con el dolor, el MMPI muestra una elevación en la escala 1, pero las escalas 2 y 3 se espera que bajen con respecto a la fase previa.

Por su parte Gatchel (1991/1997, c.p. Gatchel y Weisberg, 2000) propuso un modelo de tres etapas: Etapa 1 está asociada a reacciones emocionales como el temor, ansiedad y preocupación como una consecuencia de la percepción del dolor durante la etapa aguda. El dolor o el sufrimiento está usualmente asociado con el daño, por consiguiente hay una reacción emocional natural a la

potencialidad del daño físico, si el dolor persiste más allá del período agudo razonable (2 a 4 meses) este lleva a la progresión de la etapa 2. Esta etapa está asociada con una formación más amplia de reacciones y problemas en la conducta psicológica, tal como la apatía depresiva aprendida, distres-rabia y somatización, que son los resultados de haber padecido de dolor crónico. La hipótesis es que la forma de manifestación de estos problemas depende principalmente de la premorbididad o personalidad preexistente- características psicológicas del individuo, tanto como las condiciones del medio socioeconómico actuales del paciente. El presente modelo asume que los pacientes traen con ellos personalidades predisponentes y características psicológicas que difieren entre un paciente y otro, y estas son exacerbadas por el estrés de sobrellevar el dolor crónico. De la misma forma, este modelo conceptual propone que la persistencia de los problemas de conducta psicológica llevan a la progresión a la etapa 3, la cual puede ser vista como una aceptación o adopción de un rol de enfermo, el cual excusa al paciente de las responsabilidades normales y obligaciones sociales, lo cual puede convertirse en un potente reforzador para no mejorar o ser saludable. Las incapacidades médicas y psicológicas o conductas enfermizas anormales (Pilowski, 1978, c.p. Gatchel y Weisberg, 2000) están consideradas durante esta fase. Más aún si elementos de compensación están presentes, estos pueden servir como un incentivo para no mejorar, debido a que la compensación es un factor crítico en la persistencia de las incapacidades (Velas, 1984, c.p. Gatchel y Weisberg, 2000).

La mayoría de los problemas de dolores crónicos tienden a involucrar diversos factores que varían de una persona a otra. Estos factores no sólo abarcan los aspectos físicos, sino que también involucran muchos factores emocionales y psicobiológicos. El cerebro influye en la forma en que el organismo sana y éste a su vez influye en el modo en que reacciona el cerebro. El dolor crónico agota muchos de los neurotransmisores o sustancias químicas del sistema nervioso y del cerebro que son necesarios para conservar la salud. La más común de estas sustancias es la serotonina. Cuando se agota la serotonina, el sujeto no tiene la cantidad suficiente como para ayudarlo a dormir correctamente o para soportar un

dolor normal, de este modo, cuanto más tiempo siente dolor, menos se puede dormir y más irritable se vuelve, lo que esto provoca es depresión, que a su vez agota aún más la serotonina. La siguiente consecuencia es una capacidad menor para tolerar estímulos molestos o dolorosos que se podrían tolerar si no se sufriera de dolor crónico. En resumen se puede decir que el dolor crónico afecta las emociones y que, por supuesto, las emociones afectan el dolor crónico (Goldman, 2000).

Reseña Histórica del estudio del dolor:

Según Gatchel, 1999 (c.p. Gatchel y Weisberg, 2000) desde tiempos remotos, se ha tratado de entender la habilidad de controlar el dolor, siendo esta una tarea significativa para la raza humana, descripciones de tratamientos para el dolor se han encontrado en papiros egipcios que datan del 4000 antes de Cristo, en la China antigua, aproximadamente 2000 años atrás, se hizo uso de la acupuntura como terapia para reducir el dolor. De igual manera Hipócrates (400-300 A.C) reconoció el desorden temporomandibular y especuló sobre su tratamiento, también propuso una de las más tempranas teorías temperamentales sobre la personalidad, que eran responsables de una personalidad específica y de los tipos de temperamento, y por tanto de las diferentes enfermedades físicas y mentales. Así mismo, Galen (130-200) elaboró la teoría de los cuatro humores y propuso la asociación específica entre los humores y el temperamento, mostrando un excelente ejemplo de cómo los factores físicos y biológicos interactúan afectando la personalidad y el estatus psicológico. Por su parte, Descartes (1644), conceptualizó el dolor como un tipo específico de actividad del sistema nervioso central. En 1894 Von Frey propuso la teoría específica del dolor, la cual señala que los receptores sensoriales son responsables de la transmisión de sensaciones específicas, sea dolor, contacto, presión, calor, donde varios receptores tienen diferentes estructuras que los hacen sensibles a diferentes tipos de estimulación.

Al mismo tiempo Goldschneider (Melzack y Wall, 1965, c.p. Gatchel y Weisberg, 2000) propone una perspectiva denominada: Teoría del patrón del dolor, en la que

asume que la experiencia de dolor es el resultado de un código de patrones de impulsos nerviosos del sistema nervioso central y no del simple resultado de una conexión específica entre los receptores de dolor y los sitios de dolor.

Así mismo, varias teorías explicativas se aproximaron al estudio del dolor, un ejemplo de esto, son las propuestas por Freud (1856 – 1939), en su trabajo psicoanalítico, Bonica (1953) y Beecher (1956), como pionero en la aproximación biopsicosocial, donde se demuestra la importancia de los estados psicológicos de la persona sobre su percepción del dolor. Ya en 1965, Melzack y Wall, generan un modelo más formal del proceso del dolor, propuesto por Von Frey en 1894, donde se acepta la importancia de la cercana interacción entre los procesos psicológicos y fisiológicos en el dolor, introduciendo la Teoría de la Puerta de Control del dolor (Gatchel y Weisberg, 2000).

A partir de la formulación de Melzack y Wall (1965) sobre la Teoría de la Puerta de Control, se inaugura una nueva etapa en el estudio del dolor. Siendo una de las características más destacadas su carácter multidisciplinario, donde se constata la complejidad de las variables que inciden en el dolor, y que hacen necesaria y justificada la incorporación de otros profesionales a su estudio, entre ellos, el psicólogo (Musé y Frígola i Mussons, 1991. c.p. González, y Ferrer, 1996), siendo su inclusión de importancia debido a la constatación de que el mantenimiento del dolor en el tiempo genera cambios permanentes y un cierto impacto sobre la vida del paciente y su medio (Aramburo et al., 1988; Musé y Frígola i Mussons, 1991; Penzo, 1989. c.p. González y Ferrer, 1996).

Según González Carmona, 1999, a partir de los años 70 emergen los primeros estudios holísticos del enfermar crónico, desarrollándose finalmente un modelo biopsicosocial que se resume en:

- La vivencia de salud no coincide con la realidad médica objetivable.
- La vivencia de enfermedad no coincide con la realidad médica objetivable.

- Los dolores crónicos son multicausales, irreversibles en gran parte, alteran la convivencia familiar, social y laboral, ocasionando pérdidas familiares, sociales, sanitarias, económicas y empresariales.
- El dolor crónico conlleva, de acuerdo a múltiples variables, beneficios del tipo de: paro laboral, cese de las obligaciones laborales y familiares, demanda constante de cuidados y consumo de estos, aumento de la tolerancia social y familiar, compensaciones económicas.
- El dolor crónico es consecuencia directa de enfermedades crónicas y de múltiples variables compensatorias y adaptativas.
- El dolor crónico puede incluirse, ser estudiado y entendido bajo la óptica de la psiquiatría.
- En los enfermos con dolor crónico la patología depresiva y ansiosa, la patología dolorosa, el cansancio, los síntomas somáticos y el insomnio es lo más frecuente, convergiendo, a través de factores físicos en los que se apoyan, en el nacimiento del dolor crónico.
- Un mismo estímulo nociceptivo origina dolores distintos en personas distintas e incluso en la misma dependiendo del momento afectivo.
- Pueden aparecer manifestaciones dolorosas en ausencia de daño.
- El dolor, la manifestación dolorosa –que siempre es real- envía al médico una doble información objetiva y subjetiva, pero sin existir relación entre la intensidad que el enfermo refiere y la lesión provocadora.

Estudios actuales sobre el dolor crónico:

En los años recientes se han realizado multiplicidad de estudios acerca del dolor, que van desde estudios basados en descripciones médicas hasta aquellos que han buscado explicaciones a niveles más psicológicos o psicobiosociales para explicar la presencia del dolor por un período prolongado de tiempo, entre algunos de estos estudios, los más destacados, para el presente trabajo, partiendo de la época de los años 70, se detallan a continuación:

En 1976, Maruta, Swanson, y Swenson, realizaron un estudio con 31 pacientes con dolor en la parte baja de la espalda resistentes a tratamientos médicos y quirúrgicos de población psiquiátrica. Al admitirse al Servicio Psiquiátrico estos pacientes revelaron la aparición de características de conversión y personalidad histérica, como fue caracterizado en los perfiles del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI). Durante la hospitalización, hubo un aumento de aparición y reconocimiento de las características de ansiedad depresiva. Los autores sugirieron que estos pacientes deberían ser tratados por medio de una aproximación combinada de psicoterapia contentiva y fisioterapia, con un adecuado uso de antidepresivos.

Los autores Pilowsky, y Spence, (1976), estudiaron el síndrome de la conducta enferma asociado con el dolor intratable, estos autores estudiaron a 100 pacientes referidos por un manejo intratable del dolor, los cuales completaron 52 ítems del cuestionario de la conducta enferma (IBQ), y las respuestas fueron puntuadas en siete escalas: Hipocondriasis general, Convicción de enfermedad, Percepción de enfermedad psicológica vs. Somática, Inhibición afectiva, Trastorno afectivo, Negación e Irritabilidad. Los perfiles de la escala IBQ fueron usados para realizar análisis numéricos y se identificaron 6 grupos taxonómicos. Los pacientes en el grupo 1 y 3 fueron caracterizados por no ser relativamente neuróticos, actitud real y orientada hacia la enfermedad, que se indicaba por bajos puntajes en las tres

primeras escalas. Los pacientes en los grupos 4 y 6 manifestaron gran evidencia de conducta y enfermedad anormal, y presentaron síndromes semejantes a la histeria, reacción conversiva e hipocondriasis respectivamente.

En el año siguiente Maruta, y Swanson, (1977) publicaron un artículo sobre la consulta psiquiátrica en pacientes con dolor crónico, donde discutían sobre el proceso y la técnica de evaluación psiquiátrica en estos pacientes. Ellos afirmaron que es parte de la tarea del psiquiatra asumir la existencia de un rango psicogénico del dolor cuando éste no aparece en los exámenes médicos quirúrgicos. Por tanto la comunicación acerca de cualquier componente psiquiátrico relacionado con el padecimiento físico permite un mayor éxito en el tratamiento futuro.

Otro estudio realizado en el año 1977 por Plowsky, Chapman, y Bonica, se refiere al dolor, la depresión y la conducta de enfermedad en una población clínica con dolor. La relación entre depresión, conducta de enfermedad y persistencia del dolor fue estudiada en 100 pacientes referidos al Hospital de Clínica del Dolor de la Universidad de Washington. El instrumento usado fue el cuestionario de la conducta de enfermedad (IBQ) y el cuestionario de depresión Levine-Pilowsky (LPD). Para delinear estos aspectos de las características de la conducta de enfermedad del grupo clínico de dolor, sus puntajes fueron comparados con aquellos alcanzados en el IBQ por una muestra de la Clínica de Medicina Familiar. El grupo de la Clínica del dolor mostró una convicción mayor de enfermedad y preocupación somática que la del grupo de comparación. Además ellos fueron renuentes en considerar sus problemas de salud en términos psicológicos, y negaron tener problemas constantes en su vida. La ejecución del grupo de la Clínica del Dolor en el LPD indicó un menor grado de total afectación depresiva y pocos pacientes manifestaron un síndrome depresivo. La asociación entre el IBQ y los puntajes depresivos sugieren que el patrón clínico predominante presentado por los pacientes de clínica de dolor es mejor caracterizado en la forma de una conducta de enfermedad anormal.

Swanson, Swenson, Maruta, y Floreen, estudiaron sobre la insatisfacción del paciente con dolor crónico en el año 1978, estos autores argumentan que los pacientes con dolor crónico pueden verse insatisfechos por su falta de mejoría. Trece de sus pacientes, que se encontraban en un programa para el manejo del dolor, registraron quejas formales de su insatisfacción. En sus historias los mencionados autores hallaron que eran los pacientes más crónicos y rebeldes al tratamiento, con problemas de dependencia a la medicación, propensos a accidentes, y con insatisfacción por esfuerzos previos al tratamiento. Durante la hospitalización, ellos se opusieron a las aproximaciones psicológicas, además manifestaron dependencia a la medicación, y algunos de ellos poseían ilusiones circunscritas. El programa del manejo del dolor fue difícil de aplicar a estos pacientes; y además, ellos resistieron otras recomendaciones de tratamiento y hasta resistieron alguna otra forma de descarga. Del mismo modo en el trabajo psiquiátrico es necesario que se aborden las complicaciones presentes en este tipo de pacientes.

Entre otros estudios realizados a lo largo de estos años, en 1980 Swanson y Maruta, estudiaron a los pacientes con quejas de dolor extremo, según los autores estos pacientes de dolor crónico decían que su dolor era constante y extremo. Se hizo uso de un gráfico de rango de escala para identificar a 35 pacientes que se encontraban en un programa de manejo del dolor y se quejaban de dolor extremo. Estos sujetos fueron comparados con 31 sujetos con un rango de dolor bajo. Los pacientes con dolor extremo eran mayores, en su mayoría mujeres, con una historia más larga de dolor, con más tiempo de incapacidad, tuvieron más procedimientos quirúrgicos y hospitalizaciones, eran más dependientes de drogas, tenían mayores rangos de conducta de dolor de cuerpo y cara, y respondían menos al tratamiento que los pacientes del grupo de dolor bajo. El rango del dolor extremo se mantenía en una tasa fija de presentación, y no se correlacionó con diagnóstico ortopédico o neurológico.

En el año 1982 se realizó un estudio sobre la prevalencia de la depresión y conducta de enfermedad en hospitales generales, dicho estudio fue realizado por

Fava, Pilowsky, Pierfederici, Bernardi y Pathak. Estos autores estudiaron la ocurrencia y las características de depresión y conducta enferma en 325 pacientes de hospitales generales de la parte norte de Italia. Estos pacientes fueron examinados en seis salas separadas (medicina, cirugía, dermatología, obstetricia y ginecología, ortopedia y oftalmología) y representaron cerca del 90% de la población actual durante un período de una semana. Usaron dos escalas de auto reporte el CES-D como medida de depresión y el cuestionario de la conducta enferma (IBQ). En el CES-D consiguieron que cerca de un 58% de los pacientes era clasificado como depresivo, en los puntajes de IBQ los pacientes depresivos mostraban niveles significativamente mayores de hipocondriasis general, convicción de enfermedad, disforia e irritabilidad que los pacientes no depresivos. No encontraron diferencias entre las distintas salas en el monto de depresión ni en los puntajes IBQ cuando estas diferencias eran ajustadas por edad, sexo, estatus marital y clase social. Las implicaciones para investigaciones psicósomáticas (características sociodemográficas de la depresión y conducta enferma, vías de comparación de pacientes hospitalizados y población de control general, etc) y tratamiento (consulta psiquiátrica) están en discusión.

Los autores Katón, Egan, y Millar, en 1982 estudiaron el dolor crónico, relacionando el tiempo de vida del diagnóstico psiquiátrico y la historia familiar. Para este estudio utilizaron 37 pacientes con dolores crónicos admitidos a tres semanas de un programa para pacientes con dolor y entrevistados usando la escala de entrevista diagnóstica NIMH y el método de historia familiar. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes eran desorden depresivo mayor (episodio actual = 32.4%, episodio pasado = 43.2%) y abuso de alcohol (40,5%) más de la mitad de los pacientes tenían historia de uno o más episodios depresivos mayor y/o abuso de alcohol antes del comienzo del dolor crónico. La historia familiar revela que el 59.5% de los pacientes tenía por lo menos un familiar de grado directo con dolor crónico, 29.7% tenía un familiar con enfermedad afectiva y 37.8% tenía un familiar con abuso de alcohol.

Ya en el año 1983, Kramlinger, Swanson, y Maruta, se preguntaron: ¿“Los pacientes con dolor crónico se deprimen?””, a lo cual los autores respondieron, que de 100 pacientes tratados consecutivamente en programas para el manejo del dolor, 25 eran definitivamente depresivos, 39 eran probablemente depresivos y 36 no eran depresivos. La comparación entre la depresión definitiva y el grupo de los no depresivos muestra que tienen características notablemente similares, en el tratamiento al que son sometidos. Cerca de un 90% de los pacientes que son definitivamente depresivos muestran una resolución a su depresión sin usar medicación antidepresiva.

Para el año 1985, Ahles, Khan, Yunus, Spiegel, y Masi, publicaron un estudio sobre el estatus psiquiátrico de pacientes con fibromalgia, artritis reumatoidea y sujetos sin dolor, haciendo una comparación ciega de los diagnósticos del DSM-III. Según dichos autores el objetivo del trabajo era comparar la ocurrencia de los diagnósticos del DSM-III en pacientes con síndromes de fibromalgia, pacientes con artritis reumatoidea y sujetos sin dolor. Se usaron 35 pacientes con síndromes de fibromalgia, 33 pacientes con artritis reumatoidea y 31 sujetos sin dolor, a los cuales se les hizo una entrevista diagnóstica a ciegas. Las conclusiones del estudio son que los datos de la entrevista de diagnóstico psiquiátrico fallaron al discriminar en gran medida entre el síndrome primario de fibromalgia (desorden donde se desconoce etiología orgánica) y artritis reumatoidea (desorden donde se conoce etiología orgánica). Sin embargo, estos datos no son soporte suficiente para que el modelo psicopatológico sea considerado como la explicación de los síntomas del síndrome de fibromalgia primario.

Este mismo año, 1985, en “problemas para dormir en pacientes con dolor crónico”, Pilowsky, Crettenden, y Townley, explicaron su estudio, donde se atendieron a 100 pacientes, no hospitalizados, quienes fueron referidos a una clínica multidisciplinaria de dolor, para el manejo de su dolor crónico y se les interrogó registrando sus hábitos de sueño, los que se agruparon de acuerdo a su reporte, en “bueno”, “normal” y “pobre” sueño. A todos los pacientes se les administró un cuestionario para medir conducta enferma, depresión y ansiedad. La información

fue también obtenida registrando el sitio, la intensidad y la cualidad del dolor según el monto de esta al realizar las actividades en general. Los sujetos que dormían "Bien" o "Normal" difirieron en varias medidas, particularmente en depresión, intensidad del dolor, niveles de actividad e hipocondriasis. Estos hallazgos sugieren que el reporte de problemas para dormir, puede proveer de un índice de deterioro y actúa como indicador de problemas psicológicos, en pacientes con dolor crónico.

Para el año 1991 Walker, Katón, Hansom, Harrop-Griffiths, Holm, Jones, Hickok, y Russo, realizaron un estudio sobre el diagnóstico psiquiátrico y la victimización sexual en mujeres con dolor pélvico crónico, en dicho estudio los autores evaluaron a 100 mujeres registradas por un diagnóstico de laparoscopia (50 con dolor crónico y 50 ligadas e infértiles), usando un cuestionario psiquiátrico, historia familiar y entrevistas de traumas sexuales. Los reportes laparoscópicos no fueron observados por el ginecólogo. Al compararlas con el grupo sin dolor, las mujeres con dolor pélvico crónico mostraban un rango significativamente alto de desórdenes psiquiátricos, así como una victimización sexual en su infancia y adultez. El rango significativamente alto se refiere a un número de síntomas de somatización, pero no muestra diferencia significativa en cuanto a los hallazgos objetivos en los exámenes de laparoscopia. Los desórdenes psiquiátricos y la victimización sexual son comunes en mujeres con dolor pélvico crónico, y deben ser considerados en la evaluación y tratamiento de estas pacientes.

En su trabajo sobre disociación en mujeres con dolor pélvico crónico Walker, Katon, Neraas, Jemelka, y Massot (1992) buscaron determinar si dichas pacientes tendían a usar más significativamente la disociación como mecanismo aprendido que las mujeres sin dolor. Los sujetos fueron mujeres atendidas en la Clínica Universitaria de Mujeres durante un período de un mes. Veintidós mujeres que habían padecido en algún momento de su vida dolor pélvico, en las primeras horas de la mañana, por un período de al menos 6 meses fueron incluidas en el estudio, conjuntamente se seleccionaron 21 mujeres sin historia de dolor pélvico crónico. A las 43 mujeres se les realizó una entrevista estructurada de abuso

sexual y se evaluaron con un autoreporte completo. Como resultado las mujeres con dolor crónico tienden a usar la disociación como mecanismo aprendido, mostraron normalmente distres psicológico, viéndose a sí mismas como incapacitadas médicamente, experimentaban un decremento en su función vocacional y social y una amplificación de los síntomas físicos. De igual manera habían experimentado, de forma significativamente mayor, abuso sexual severo en la infancia. En el grupo total de estudio, las mujeres con historia de abuso sexual en la infancia mostraron puntajes significativamente mayores en las medidas de distres psicológico, somatización y disociación y veían su salud física y funcionamiento debilitado; como conclusión los autores discutieron un modelo de desarrollo de la somatización, disociación y síntomas de dolor en víctimas de abuso sexual temprano.

En el año 1994 Pilowsky, y Katsikitis, en su estudio para clasificar la conducta enferma en pacientes con dolor clínico, administraron el cuestionario de conducta enferma (IBQ) a 824 pacientes de dolor clínico en un período de 10 años. Las respuestas a los 62 ítems del cuestionario de autoreporte fueron analizados usando el programa de taxonomía numérica. Se generaron seis clases válidas y dos clases fueron delimitadas por sólo 5 únicos ítems. La diferencia de medias entre estas dos clases, reveladas por las respuestas a los ítems, fue la aceptación o rechazo al punto de vista psicológico. La comparación con base en el significado de los puntajes de la escala IBQ reveló que ambos grupos de las dos clases mantuvieron presente el desorden somático, ellos difirieron no sólo en su reporte de síntomas psicológicos, sino también mostraron una historia de vida no relatada de problemas físicos.

Miller, y Hafner, en 1996 realizaron un estudio sobre las visitas médicas y la disfunción psicológica en el dolor crónico de la parte inferior de la espalda, para dicha asociación incluyeron medidas psicométricas del cuestionario de conducta enferma (IBQ), problemas somáticos y humor prevaleciente. Mujeres y hombres respondieron de manera similar a las medidas psicológicas. La duración del dolor y la afirmación de enfermedad IBQ predecían significativamente las visitas a

Ese mismo año (1999) Anooshian, Streltzer, y Goebert estudiaron la efectividad de la clínica psiquiátrica del dolor, estos autores revisaron cuadros médicos de 101 pacientes externos atendidos entre Enero de 1993 y Julio de 1996, en una clínica psiquiátrica del dolor unidisciplinaria, la cual existe dentro del servicio externo de un hospital manejado por la universidad, con clínicas principalmente de cuidados especiales. La duración media del dolor fue de siete (7) años. Múltiples sitios de dolor estaban presentes en el 69 % de los pacientes, el 88% completaban el criterio del DSM-IV para desorden del dolor. Los pacientes tuvieron significativamente menos visitas médicas y pruebas diagnósticas 6 meses después de ser atendidos en la clínica del dolor, comparado con los resultados de 6 meses anteriores ($P < 0,0001$). Las intervenciones frecuentemente incluían desintoxicación, reducción y sustitución de medicamentos, y siempre incluían aproximaciones psicoterapéuticas específicamente de soporte y sugestión.

Para el año 2000 Rodgers, Leving, Robeson, y Kunkel, condujeron un estudio inter cruzado para determinar la prevalencia de dolor crónico en pacientes no cancerosos o incapacidad en primer grado, en pacientes que habían sostenido lesiones traumáticas con un dolor crónico resultante. El grupo control, eran pacientes de medicina interna general que fueron investigados sobre la existencia de dolor crónico en familiares o incapacidad, con algún relato de dolor o con relato de enfermedad crónica no dolorosa. Ninguno de los pacientes de control había experimentado dolor agudo o crónico. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en la prevalencia del dolor crónico o incapacidad en miembros de la familia. Los hallazgos de este estudio sugieren que los pacientes no cancerosos con dolor crónico tienden a ser vistos como un grupo uniforme en relación a conductas aprendidas y/o de familia.

Dickens, Malcolm y Creed, realizaron un estudio en el año 2001 sobre los correlatos psicológicos de la conducta de dolor en pacientes con dolor bajo de espalda crónico. Las conductas de dolor son excesivas al compararlas con el grado de enfermedad física en pacientes con dolor bajo de espalda crónico y se

dolor, un 40% presentan patología psiquiátrica, a un 25% se le describe trastornos psiquiátricos definidos, un 75% de los depresivos acuden por síntomas somáticos y casi un 70% de cuantos padecen dolor crónico presentan alteraciones psicológicas / psiquiátricas de aquí la importancia de situar a la psiquiatría en los Centros de atención primaria: la Psiquiatría de enlace (González Carmona, 1999).

Por consiguiente, es importante la psicología de la salud para entender los problemas que aquejan a los pacientes con dolor, y más específicamente a aquellos cuyo dolor se ha prolongado generando mayores daños a nivel personal, familiar, social y laboral, considerando por tanto que no sólo es aconsejable la inclusión de la psiquiatría de enlace, que ya forma parte de muchos de los centros de salud en Venezuela, sino también el estudio y aplicación de técnicas psicológicas que permitan mejorar el funcionamiento del individuo a nivel integral.

En la actualidad se observa un gran auge del enfoque de la enfermedad dentro de un contexto más "personal", en el que se considera tanto los factores psicológicos, como los sociales, y la implicación que la presencia de la misma tiene en la vida del paciente, o más concretamente en su "calidad de vida", aunque algo menos eufemísticamente se tendrá que hablar del deterioro o pérdida de calidad de vida causado por la presencia de la enfermedad. Esta nueva perspectiva intenta situar la enfermedad desde el punto de vista del paciente y, lógicamente, donde cobra más importancia es en aquellas patologías de carácter crónico como pueden ser la diabetes, enfermedades renales que precisan diálisis, la hipertensión arterial, la enfermedad de Parkinson, etc. Por ello se han desarrollado diferentes cuestionarios en los que el objetivo es la medida de la "*salud percibida*" por el paciente, y cuya utilidad dependerá de su fiabilidad y validez, así como de las posibilidades de interpretación de los resultados desde la óptica clínica, psicológica y social (Molinero, 1998).

Evaluación y medición del dolor:

Uno de los avances más importantes en el estudio y tratamiento del dolor ha sido el conocimiento adquirido en relación a la forma de evaluarlo y de medirlo. El tratamiento adecuado del dolor obliga hoy a su medición; esto es válido tanto para los ensayos clínicos de nuevas drogas o técnicas analgésicas, como para la práctica clínica. Analizando la definición de dolor es posible comprender la dificultad para medirlo, debido a su naturaleza subjetiva y por su carácter multidimensional. Se trata de objetivar un fenómeno fundamentalmente subjetivo, el cual está sujeto a una gran variabilidad individual, y en donde es el propio paciente el mejor juez evaluador. Los métodos más útiles de medición utilizan la información proporcionada por el propio enfermo como forma de expresión de la intensidad o calidad del dolor que este presenta.

La medición del dolor en clínica es muy distinta de lo que ocurre con el dolor experimental, en éste es posible cuantificar la calidad y magnitud del estímulo. En clínica, la mayoría de las veces tanto la naturaleza como la intensidad del estímulo son desconocidos, pudiendo variar ambas cualidades en el tiempo. A diferencia de otras variables fisiológicas (pulso, presión arterial, glicemia) no existe un método objetivo y directo que permita medir el dolor. Los métodos más utilizados son de tres categorías: 1. Informes subjetivos de dolor. 2. Mediciones y observaciones de conducta dolorosa y 3. Correlaciones fisiológicas (Torregrosa y Bugedo, 1994).

En este sentido se han dividido los cuestionarios que estudian las características del dolor en dos tipos: generales, en los que el síntoma doloroso (ya sea agudo o crónico) es lo más importante, y otros específicos, en los que lo esencial es la localización y evolución del síndrome doloroso. Por tanto la medición del dolor en el hombre es esencial para la evaluación de métodos de control del mismo (Idoate García, 1997).

Por su parte, Muñoz Herrera (2001), dice:

“El reconocimiento actual que el dolor crónico tiene no es simplemente un síntoma sino la enfermedad misma y el manejo farmacológico analgésico no siempre es suficiente debido al severo compromiso de la esfera psicológica (afectiva, cognitiva y conductual), con sus implicaciones en la actividad neurofisiológica y neurobioquímica del individuo” (p.15).

Así mismo, este autor plantea a la Psicología del Dolor la necesidad de contar con modelos explicativos multicausales para investigar y evaluar los factores psicosociales que inciden en la experiencia de dolor crónico y diseñar planes terapéuticos eficaces, orientados a la modificación de las dimensiones sensoriales, afectivas, cognitivas y conductuales de la experiencia de dolor crónico.

La investigación para especificar la personalidad o los factores psicosociales de predisposición individual para desarrollar problemas de dolor crónico, han sido siempre uno de los mayores focos de atención en el campo de la medicina psicosomática. Los investigadores se han preocupado por identificar tipos específicos de desórdenes de personalidad, como son “personalidad de pacientes con migraña” o más general aún, “personalidad propensa al dolor” (Blumer y Heilbronn, 1982, c.p. Gatchel, 2000). Sin embargo, a pesar de no haber investigaciones consistentes que demuestren la conexión entre un tipo específico de personalidad y el desarrollo de incapacidad por dolor crónico, no se puede poner en duda, basados en la experiencia, que las personas desarrollan vías únicas de interpretar la información y manejar su estrés. Estos patrones afectan la percepción del dolor y sus respuestas ante la presencia del dolor, y si estos son patrones poco adaptativos, se esperará mayor dificultad en su capacidad para sobrellevarlo (Gatchel, 2000).

En “La evaluación del paciente con dolor crónico” González, y Ferrer (1996) afirman que se han hecho desde la propia investigación psicológica intentos de

articular sistemas de evaluación psicológica del paciente con dolor, entre las que están, las propuestas por Karoly (1985), Turk y Rudy (1986 y 1987) y Williams (1988). Según estas autoras las tres propuestas permiten comprobar que, en lo esencial, existen coincidencias sobre la importancia de ciertas variables en función de la modulación que ejercen sobre la experiencia de dolor, las cuales se resumen en evaluar el estado físico, emocional, cognitivo, psicosocial y conductual del paciente. De igual forma consideran, basadas en literatura sobre el tema, que además deberían incluirse en la evaluación psicológica de estos pacientes otras variables igualmente relevantes, como lo son: los antecedentes, las circunstancias vitales actuales y el apoyo social.

En "Valoración psicológica de pacientes con experiencias de dolor crónico", Taylor, (2000), señala que la mayoría de los pacientes referidos por tratamiento de dolor crónico, y todos los pacientes iniciales que se consideran para un tratamiento multidisciplinario de dolor, necesitan ser examinados por medio de una evaluación psicológica, la que incluye una entrevista médica y el llenar los cuestionarios. Entre los instrumentos de valoración mencionados por Taylor, el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) figura como un instrumento psicológico, utilizado rutinariamente por los clínicos.

Según Gatchel y Weisberg, (2000), el resultado de la aceptación gradual de la Teoría de la Puerta de Control del dolor, ha generado grandes investigaciones que se han ocupado de aislar las características psicológicas de los pacientes con dolor crónico. Un ejemplo de esto, es el uso del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), para delimitar dichas características. En trabajos recientes se han ocupado de diferenciar el dolor orgánico del funcional haciendo uso de este test. De igual forma, se ha utilizado este Inventario para identificar varios perfiles de personalidad de pacientes con dolor.

Al analizar los estudios realizados para determinar las características de personalidad de pacientes con dolor crónico, se observó un amplio uso del MMPI y de su revisión más reciente MMPI-2, como herramienta útil, no sólo por

considerarse altamente confiable y preciso, sino por considerarse como uno de los instrumentos psicológicos que ha producido mayores coincidencias y predicciones en dichos pacientes.

Sternbach y colegas (1973, c.p. Robinson, 2000) compararon los perfiles del MMPI en pacientes con dolor agudo y dolor crónico, en busca de signos predictivos. Lo que apareció fue que los pacientes con dolor crónico tenían puntajes significativamente mayores en las escalas 1, 2 y 3. Sin embargo, los pacientes con dolor agudo, tenían una conversión V más pronunciada y puntajes más altos en las escalas 6 y 9. Los investigadores hipotetizaron que los pacientes con dolor agudo ocultaban sus síntomas depresivos, con preocupaciones somáticas, y que por su parte los pacientes con dolor crónico al no poder ocultar sus afectos depresivos de manera efectiva, mostraban mayor depresión y preocupación física

Después de la introducción del MMPI-2 y otros métodos de medición específicos para pacientes con dolor crónico, la utilidad del MMPI ha disminuido, sin embargo, la amplitud de investigaciones generadas por medio de este instrumento todavía proveen información valiosa al correlacionar el dolor crónico y las personalidades de los individuos con esta condición. El MMPI ha sido usado en diversas áreas de investigación, incluyendo las conceptualizaciones del dolor crónico, predicciones de respuesta ante tratamiento, y para aclarar los factores predisponentes que pudieran relacionarse con el desarrollo de la condición del dolor crónico (Robinson, 2000, en Gatchel y Weisberg, 2000).

En un estudio realizado por Rosen, Grubman, Bevins y Frymoyer (1987, c.p. Robinson, 2000), estos autores examinaron a 362 pacientes con dolor bajo de la espalda agudo o crónico. Usaron el análisis de grupo, y hallaron dos tipologías normales y tres tipologías clínicas en las elevaciones de los perfiles del MMPI. Los subgrupos normales contenían pacientes menos discapacitados que los pacientes en los grupos clínicamente elevados. Los pacientes del grupo de la tríada neurótica, tuvieron una mayor duración de los síntomas, hallazgos físicos por

debajo de lo normal y un menor número de actividades funcionales. Los pacientes del otro grupo de la triada neurótica, con elevación subclínica en algunas de las escalas clínicas, mostraban menos disminuciones físicas pero mayor incapacidad vocacional, compensación financiera y cirugías pasadas. En los pacientes con dolor agudo la elevación general del grupo se dio en este estudio y en muchos aspectos, fue similar a los subgrupos normales y con funcionamiento adecuado.

Se ha intentado hallar perfiles característicos para los pacientes con dolor, un ejemplo de esto es el estudio desarrollado Costello, Hulse, Shoenfeld y Ramamurthy (1987, c.p. Robinson, 2000), donde realizaron un sumario de la mayoría de la literatura que trataba de los tipos de agrupaciones de los perfiles del MMPI. Ellos examinaron las categorizaciones de varios perfiles del MMPI o soluciones agrupadas de 10 estudios y usaron el acrónimo P-A-I-N para describir las diferentes tipologías, las cuales eran basadas en las categorizaciones o soluciones agrupadas de las investigaciones previas.

Según Deardorff (2000) al referirse al modelo de Costello y colaboradores expresa que el tipo P corresponde a una depresión patológica e involucra una elevación de la mayoría de las escalas clínicas. El tipo A es el perfil conocido como conversión de V, caracterizado por una elevación de las escalas de Hipocondriasis e Histeria en por lo menos 10 puntos sobre la escala de depresión. El tipo I es el perfil de la tríada neurótica, en el cual las tres primeras escalas están elevadas. El tipo N fue descrito como el relativamente normal o que cumple con los límites normales del perfil. Cuando los pacientes en este grupo presentaban una elevación en el puntaje de una escala, era en la escala K.

Otros estudios realizados haciendo uso del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, en pacientes con dolor son los siguientes: En 1993, Riley, Robinson, Geisser y Wittmer, analizaron los grupos multivariados del MMPI-2 en pacientes con dolor crónico de la parte inferior de la espalda. En dicho estudio, el propósito era investigar si el MMPI-2 era igual de capaz que el MMPI para definir soluciones particulares de pacientes con dolores crónicos de la parte

inferior de la espalda, los resultados de esta investigación resultaron réplicas de aquellos encontrados en las investigaciones anteriores. Se encontraron cuatro subgrupos relativamente homogéneos de pacientes con dolor crónico de la espalda, que eran similares a los identificados en las investigaciones previas que usaban datos recolectados por el MMPI. Los hallazgos indican que la interpretación del MMPI-2 puede ser paralela a la del MMPI en pacientes con dolor crónico de la parte inferior de la espalda. Lo que sugiere que los datos de los estudios realizados con MMPI pueden ser igualmente aplicables a los del MMPI-2.

En el artículo: "Características de los pacientes con dolor crónico: análisis del MMPI-2", los autores Deardorff, Chino, y Scott (1993), afirman que el MMPI-2 ha sido usado extensamente en estudios con pacientes con dolor crónico. Según ellos, los estudios que hacen uso de la técnica de análisis de grupo, investigación de subescalas y análisis factorial han redefinido su uso más recientemente. El estudio de estos autores provee un análisis factorial de los datos del MMPI-2 para una muestra de 114 pacientes con dolor crónico de dos diferentes programas de tratamiento. Los puntajes T del MMPI-2 de la escala de validez y clínica, es decir, la Harris y Lingoes subescalas para 1 y 3 fueron usadas en este análisis. Cuatro factores emergieron de la carga factorial en cuanto al nivel de la interpretación, "Disfunción Psicológica", "Aislamiento Interpersonal", "Retardo Psicomotor" y "Disfunción Física". Los resultados fueron discutidos para demostrar su soporte en el uso de los factores del MMPI-2, para refinar los estudios de las características de los pacientes con dolor crónico.

Los autores Lumley, Asselin, y Norman, en el año 1997, publican un artículo sobre el estudio de la Alexitimia en pacientes con dolor crónico, en dicho estudio se compararon a 30 pacientes con dolor crónico y pacientes que seguían tratamiento por otros dos problemas: dependencia a la nicotina (n=32) o moderada obesidad (n=25). La Alexitimia fue asignada por medio de la escala de alexitimia de Toronto, y también por medio del cuestionario de respuesta de alexitimia provocada (APRQ). En ambas medidas de alexitimia, los pacientes con dolor crónico eran más alexitímicos que pacientes dependientes a la nicotina y obesos;

posteriormente estos grupos no difirieron. Los pacientes con dolor crónico presentaban puntajes mayores de psicopatologías en el MMPI-2 y en ambas medidas de alexitimia, correlacionando positivamente con ciertos tipos de psicopatologías. Los autores concluyeron que la alexitimia aumentaba en pacientes con dolor crónico, esta relación no fue confundida con las vías de tratamiento observable, y la alexitimia podía contribuir tanto para el dolor crónico como para la psicopatología.

Este mismo año, los autores Beckham, Crawford, Feldman, Kirby, Hertzberg, Davidson y Moore, realizaron una investigación sobre el desorden de estrés postraumático crónico (PTSD) y el dolor en veteranos de combate de Vietnam. A los veteranos de combate con PTSD le fueron tomadas medidas estandarizadas de severidad de PTSD, dolor, somatización y depresión. De 129 pacientes dados de alta con PTSD, el 80% reportó dolor crónico. En orden decreciente se encontró, dolor en un miembro 83%, dolor de espalda 77%, dolor en el torso 50% y dolor de cabeza 32%. Al compararlos con los pacientes con PTSD sin dolor crónico, en los que padecían de dolor crónico, se encontraban reportes de medidas de somatización más altas, considerando las escalas de hipocondriasis e histeria del MMPI-2. En la muestra de 103 veteranos de guerra con PTSD y dolor crónico, los puntajes del MMPI-2 en hipocondriasis y síntomas B de PTSD (revivencia de síntomas) se relacionaron de manera significativa con la deshabilidad del dolor, el índice general de dolor y el nivel de dolor concurrente, de los puntajes de hipocondriasis y depresión del MMPI-2, los cuales están significativamente relacionados con la percepción de dolor corporal.

En el año 1998, McGrath, Sweeney, O'Malley, y Carlton, realizaron un estudio donde se identificaba la contribución psicológica de las quejas de dolor crónico en el MMPI-2, buscando el rol que ejercía la escala K, de dicho inventario. Si bien, según dicen los autores, los códigos 1-3 y 3-1 del MMPI al ser interpretados tradicionalmente, sugieren que las quejas somáticas son causadas o exacerbadas por factores psicológicos, la prioridad de este estudio, fue evaluar la validez de esta interpretación en pacientes con dolor crónico. Se examinaron estrategias

alternativas en el uso del MMPI para identificar la contribución psicológica de las quejas de dolor crónico. Se tomó una muestra de 125 pacientes de dolor crónico, que completaron el MMPI-2. Los patrones del MMPI tradicionales fueron usados, ellos son los códigos 1-3 y 3-1, pero no se relataron los rangos. La relación fue encontrada entre los puntajes de la escala K y los rangos, los pacientes con puntajes más altos en la escala K ($T > 0 = 56$) recibieron rangos menores sugeridos de contribución psicológica en sus quejas de dolor.

Vendrig, (1999) en "Factores de pronóstico y cambios relativos de tratamiento asociados con tratamientos multimodales de dolor de espalda crónico para el regreso del paciente al trabajo", buscó determinar si las variables preprograma (pronóstico) y los cambios relativos al tratamiento podían predecir el retorno al trabajo en un manejo multimodal del dolor crónico de la espalda. Para esto fueron analizados los resultados de las medidas de 143 pacientes durante 6 meses. Tres grupos de variables predictivas fueron consideradas: datos demográficos-socioeconómicos, medidas físicas y medidas psicológicas. Tres variables de pronóstico probaron ser predictores significativamente negativos del regreso al trabajo: tiempo sin trabajar, cirugía espinal previa y elevada puntuación clínica (preprograma) en la escala del MMPI-2 (HY3). El MANOVA de medidas repetidas mostró un retorno incompleto al trabajo al ser asociado con una limitada mejoría en los auto-reportes de inhabilidad y reportes de dolor. Sin embargo, los pacientes que fallaron en regresar al trabajo no difirieron en considerar el funcionamiento como una función física objetiva o de distres psicológico. De esta forma se puede hipotetizar que el cambio en la percepción del status de inhabilidad, es el elemento clave necesario para que los pacientes con dolor crónico de espalda vuelvan al trabajo, del mismo modo el continuo plan de reforzamiento operativo en el ambiente casa-trabajo puede ayudar a mejorar su respuesta en la fase de post-tratamiento.

En otro estudio realizado por Vendrig, Derksen y de Mey, (2000) sobre "La personalidad psicopatológica 5 (PSY-5) del MMPI-2 y la predicción de resultados

de tratamiento en pacientes con dolor crónico de espalda”, hallaron que los resultados al realizar un análisis de regresión jerárquica proveían soporte para la utilización del PSY-5 escala Emocionalidad Positiva / Extraversión en la predicción de los resultados de una orientación emocional. Ellos concluyeron que el modelo PSY-5 de psicopatología de personalidad, aporta bases sólidas para el estudio sistemático de la compleja relación entre las características de personalidad y el tratamiento multidimensional.

Por su parte Mongini, Ibertis, Barbalonga y Raviola, (2000), en su estudio sobre los dolores crónicos de cabeza diario y su relación con los niveles de ansiedad y los síntomas concomitantes, examinaron un grupo de pacientes con este padecimiento, utilizando la versión revisada del MMPI-2, para de esta manera determinar si la información conseguida tenía relación con los niveles de ansiedad de los pacientes, como se detectó en las pruebas de Spielberger con el Inventario de Estado – Rasgo de Ansiedad (STAI 1 y 2) y a la presencia de un número de síntomas acompañantes que frecuentemente se observan en pacientes con dolor de cabeza crónico. Para dicho estudio se utilizó una muestra de 5 hombres y 30 mujeres con síntomas que son frecuentemente observados en pacientes con dolor de cabeza crónico, a quienes se les realizó una entrevista semi-estructurada en la cual se evaluaron 21 síntomas de comportamiento somático. Se encontraron los siguientes resultados: Un grupo donde ninguno de los pacientes tenían elevación en las escalas del MMPI-2 mostrando una tendencia al perfil V de conversión: en este grupo, la cronicidad fue marcada y significativamente menor al de los otros grupos. Sin embargo, en este grupo, los puntajes del STAI 1, 2 y la prevalencia a la concomitancia de síntomas fue significativamente menor que en los otros grupos de comparación. Las características de Migraña no difirieron significativamente de un grupo a otro. Para concluir estos autores afirman: La tríada Histérica fue observada en un número de pacientes con dolor crónico de cabeza diario y podría constituir un factor predisponente para esta condición. Al tiempo, los perfiles de personalidad se deterioran, por cualquier incremento de la tríada Histérica o por su transformación, con un paralelo incremento en los niveles de ansiedad y con la presencia de síntomas concomitantes.

Otro estudio reciente es el publicado por Burns, en la revista de Psicología de la Salud, en el año 2000, el cual es una muestra de los estudios realizados con MMPI-2 y tratamientos del dolor. En su estudio el autor pretendió examinar si se puede pronosticar la represión siguiendo un tratamiento multidisciplinario de dolor crónico y si la conexión entre ansiedad y los resultados son oscurecidos por los represores. Se evaluaron noventa y tres pacientes con dolor crónico que completaron cuatro semanas de un programa para el dolor. La capacidad de levantarse, de resistencia al caminar, la depresión, la severidad del dolor y la actividad fueron medidos pre y post-tratamiento. Fueron formados grupos de baja ansiedad, represores, alta ansiedad, y alta ansiedad defensiva, haciendo la partición media de contenidos de ansiedad (ACS) y escala de mentira del MMPI – 2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989). Un ACS significativo y la interacción de mentiras fue encontrada para la capacidad de levantarse, depresión y cambios de dolor severo. Las comparaciones planteadas mostraron que ambos pacientes, los de represión y alta ansiedad desarrollaban una pobre capacidad de levantarse; los represores solos se recuperaron pobremente de la depresión y la severidad del dolor. Los resultados muestran que la represión puede interferir en los procesos y resultados de los programas de dolor.

Por su parte Kvale, Ellersten y Skouen, (2001), al estudiar la “relación entre hallazgos físicos (GPE-78) y perfiles psicológicos (MMPI-2) en pacientes con dolor musculoesquelético de larga data” encontraron que pacientes con dolor localizado (grupo 1 y 2 de su muestra) tenían pocas correlaciones entre hallazgos corporales y problemas psicológicos, al compararlos con muchos otros pacientes con dolor generalizado (grupo 3 de su muestra). Las mujeres mostraban una correlación entre posturas dominantes, movimiento y problemas musculares y psicológicos, mientras que los hombres mostraban una correlación entre movimiento, piel y respiración. El perfil psicossomático del MMPI-2 “perfil V” estuvo presente en los grupos 1 y 3. Las mujeres mostraron puntajes significativamente mayores que los hombres. La relación encontrada entre las medidas GPE-78 (escala física) y MMPI-2 (perfil psicológico) fueron significativas, pero los hallazgos difieren

Deardoff, (2000), en su artículo "El MMPI-2 y dolor crónico", afirma: uno de los más importantes usos del MMPI-2 en investigación con pacientes de dolor crónico es la posible identificación de la psicopatología, incluyendo los desórdenes de personalidad. La investigación ha demostrado la alta prevalencia de los desórdenes psiquiátricos en pacientes con dolor crónico. Por ejemplo, la depresión clínica se encontró cuatro veces más en personas con dolor crónico que en la población en general (Magni, Marchutti y Moreschi, 1993; Sullivan, Reesor, Mikail, y Fisher, 1992). Sullivan et. al. (1992, c.p. Deardorff, 2000) reportó que el 32 – 82% de los pacientes que eran atendidos en clínicas del dolor exhibían algún tipo de problema depresivo, con un promedio de 62%. El rango de prevalencia de desórdenes de personalidad en pacientes con dolor crónico se muestra entre 37% y 66% al comparar varios estudios (Fishban, 1997, c.p. Deardorff, 2000).

En el año 2000 Robert, Gregory, Manring y Berry, estudiaron las características de personalidad de pacientes con dolor crónico dependiendo de la localización del dolor. En su estudio estos autores investigaron las características psicológicas de 140 pacientes médicos con dolor crónico no maligno referido por consulta psiquiátrica. Los sujetos completaron la escala de Alexitimia de Toronto, la escala de amplificación somatosensorial (SAS) y la escala de contradependencia (CDS). La única medida psicológica que permitió diferenciar el grupo de dolor crónico de los sujetos de control fue la CDS. Sin embargo, los puntajes SAS fueron significativamente mayores en sujetos cuyo dolor envolvía la cabeza, el pecho, el abdomen o la pelvis, que en los sujetos que sólo tenían dolor en la parte baja de las extremidades. El segundo subgrupo fue significativamente mayor en los puntajes CDS. Los hallazgos sugieren que hay un grupo discreto entre la población de dolor crónico que se definen por la localización del dolor y las características psicológicas específicas.

En Venezuela, sólo se encontró sobre este tema un estudio realizado por Mouliè Franchi, Rodríguez y Morabito (2003), sobre los rasgos de personalidad en pacientes femeninas con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, en el cual se evaluó a las pacientes con el MMPI-2 y otras pruebas psicológicas, obteniéndose

Deardoff, (2000), en su artículo "El MMPI-2 y dolor crónico", afirma: uno de los más importantes usos del MMPI-2 en investigación con pacientes de dolor crónico es la posible identificación de la psicopatología, incluyendo los desórdenes de personalidad. La investigación ha demostrado la alta prevalencia de los desórdenes psiquiátricos en pacientes con dolor crónico. Por ejemplo, la depresión clínica se encontró cuatro veces más en personas con dolor crónico que en la población en general (Magni, Marchutti y Moreschi, 1993; Sullivan, Reesor, Mikail, y Fisher, 1992). Sullivan et. al. (1992, c.p. Deardorff, 2000) reportó que el 32 – 82% de los pacientes que eran atendidos en clínicas del dolor exhibían algún tipo de problema depresivo, con un promedio de 62%. El rango de prevalencia de desórdenes de personalidad en pacientes con dolor crónico se muestra entre 37% y 66% al comparar varios estudios (Fishban, 1997, c.p. Deardorff, 2000).

En el año 2000 Robert, Gregory, Manring y Berry, estudiaron las características de personalidad de pacientes con dolor crónico dependiendo de la localización del dolor. En su estudio estos autores investigaron las características psicológicas de 140 pacientes médicos con dolor crónico no maligno referido por consulta psiquiátrica. Los sujetos completaron la escala de Alexitimia de Toronto, la escala de amplificación somatosensorial (SAS) y la escala de contradependencia (CDS). La única medida psicológica que permitió diferenciar el grupo de dolor crónico de los sujetos de control fue la CDS. Sin embargo, los puntajes SAS fueron significativamente mayores en sujetos cuyo dolor envolvía la cabeza, el pecho, el abdomen o la pelvis, que en los sujetos que sólo tenían dolor en la parte baja de las extremidades. El segundo subgrupo fue significativamente mayor en los puntajes CDS. Los hallazgos sugieren que hay un grupo discreto entre la población de dolor crónico que se definen por la localización del dolor y las características psicológicas específicas.

En Venezuela, sólo se encontró sobre este tema un estudio realizado por Mouliè Franchi, Rodríguez y Morabito (2003), sobre los rasgos de personalidad en pacientes femeninas con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, en el cual se evaluó a las pacientes con el MMPI-2 y otras pruebas psicológicas, obteniéndose

lo siguiente: en el Inventario MMPI-2 presentaban respuestas que indicaban procesos de pensamiento psicótico, alucinaciones y sensaciones de despersonalización, preocupación por la salud, datos que según estos autores argumentaron, podrían sugerir la presencia de una articulación entre la imagen corporal y manifestaciones de experiencias sensoriales irreales, todo lo cual, guiaría a pensar en pacientes psicósomáticos. De igual forma encontraron indiferenciación de roles en los sujetos, carencia de intereses femeninos tradicionales, dificultades en la autopercepción del rol femenino, así como también hallaron una tendencia a la inhibición, a malestares físicos, sentimiento de incapacidad para manejar la presión ambiental y pobreza de autoconcepto.

Para concluir Weisberg y Keefe (1999, c.p. Gatchel, 2000) afirman que "una de las tareas más retadoras para los clínicos del dolor es descubrir los factores de personalidad de los pacientes que ellos tratan" (p.56). Estos autores proveen ejemplos comunes de estos fenómenos: pacientes neuróticos persisten en preocuparse acerca de dolencias menores o quejas físicas, mucho después que el activador de la patología que produce el dolor ha sido resuelta. Los pacientes con desórdenes de personalidad borderline, generan más demandas del grupo de profesionales clínicos por atención inmediata y tratamiento especializado, comportándose de manera furiosa o pasivo agresiva si sus demandas no son atendidas. Mientras que los pacientes con personalidad depresiva presentan desesperanza acerca de su futura mejoría y se sienten desatendidos, cuando se les pide que generen un rol activo sobre su propio tratamiento. Por consiguiente, para manejar de forma efectiva a los pacientes, los profesionales que gerencian el dolor necesitan tener conocimientos de diferentes acercamientos para identificar mejor y explicar las características de la personalidad, que pueden en ocasiones crear barreras significativas en la recuperación de la enfermedad (Gatchel, 2000).

En consecuencia, la identificación de los desórdenes psicopatológicos es extremadamente importante en el manejo de los problemas de dolor crónico. El adecuado diagnóstico de desorden de personalidad puede ayudar al trabajo clínico con pacientes con dolor crónico en muchas formas. La primera, permite

entender algunos patrones de comportamiento y rasgos psicopatológicos que se mantienen y persisten en el futuro (Weisberg y Keefe, 1997. c.p. Deardorff, 2000).

Segundo, la adecuada identificación de los desórdenes de personalidad en pacientes con dolor crónico pueden ayudar al manejo y planificación de su tratamiento. También pueden contribuir con el equipo de tratamiento en la generación de metas realísticas sobre los resultados de dicho tratamiento (Deardorff, 2000).

Partiendo de lo expuesto, se considera de gran utilidad teórica y práctica estudiar las variables de personalidad que se evidencian en los pacientes con dolor crónico, y compararlas con las encontradas en pacientes con dolor agudo, y de esta forma poder identificar cómo la cronicidad del dolor es un factor que interviene en las condiciones psicológicas del paciente, dado que parecen incidir sobre la forma cómo el paciente percibe y afronta su dolor.

Por tanto al actuar sobre dichas variables, se estaría interviniendo sobre la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico y su mejoría, para así tratar de disminuir la afectación de la cronicidad del dolor sobre los pacientes antes de que aparezca. La idea de estudiar las variables de personalidad en los pacientes con dolor (agudo y crónico), como se ha mostrado a lo largo del presente trabajo, es foco de atención de muchos especialistas, por considerarla una forma de entender y por tanto trabajar con sus pacientes de manera integral, no permitiendo que el desconocimiento de las características particulares y únicas de los pacientes se conviertan en obstáculo para el tratamiento.

Por todas las razones mencionadas y por la relevancia del tema en nuestra sociedad, se considera pertinente y altamente útil lograr entender cómo los pacientes perciben y "conviven" con su dolor, siendo esta una forma de vida muy particular tanto para los pacientes, como para las personas que están en su entorno y tienen que lidiar con su sufrimiento.

En Venezuela se ha trabajado muy poco sobre el tema específico de las características de personalidad de pacientes con dolor crónico, los estudios se han dirigido sobre todo hacia las terapias o tratamientos más adecuados y eficaces para esta clase de pacientes, delimitándolos en algunas ocasiones, según características distintivas, es decir, pacientes con uno u otro desorden, pero sin investigar cómo es que dichos padecimientos afectan las terapias o tratamientos, es por esta razón que no se incluyen investigaciones relacionadas con el tema en el país.

Por tanto parece importante estudiar a los pacientes en dos dimensiones distintivas, pacientes con dolor crónico y agudo, partiendo de la idea de que cada grupo tiene características de personalidad muy diferentes, esto con la finalidad de adecuar las aproximaciones de entendimiento, tratamiento y seguimiento a la población venezolana según sus propias características de personalidad y su propio padecimiento, tomando para ello modelos teóricos de otros países basados en estas suposiciones.

Al tratar de entender al ser humano como un ser biopsicosocial, se ha pretendido comprender su individualidad, siendo de gran importancia estudiar las características de los pacientes con dolor, como sujetos a condiciones que los diferencian de otros pacientes con otros padecimientos, para lo cual se ha partido de pruebas e inventarios psicológicos, como el utilizado en la presente investigación, el MMPI-2.

Para concluir se espera poder acceder a las características de personalidad de los pacientes estudiados para preparar el camino hacia futuras investigaciones en este campo, con la finalidad de conocer cómo se definen y diferencian estos pacientes de otros, permitiendo conseguir que cada día los tratamientos resulten más eficaces y efectivos para estos pacientes en particular.

Método

Problema a Investigar:

En términos generales, la interrogante de esta investigación se refiere a: ¿Cuál es el efecto del dolor crónico sobre las variables de personalidad?. De modo más específico, ¿Existen diferencias en las variables de personalidad entre los pacientes que padecen alguna enfermedad que implique dolor crónico y los pacientes con dolor agudo?

Hipótesis:

A la pregunta general se asume como respuesta que, efectivamente el dolor crónico afecta las variables de personalidad. En consecuencia, de modo particular, se espera que existan diferencias significativas entre las variables de personalidad que exhiben los pacientes con enfermedad que implican dolor crónico y aquellos con dolor agudo.

Conceptos y variables:

Conceptos:

- a) Dolor: La definición de "dolor", de acuerdo con la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain), destaca lo siguiente: *"Experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con daño a los tejidos, real o potencial, o descrita por el paciente como relacionada con dicho daño"*. (Methodist Health Care System, 2001, p. 7)

- b) Dolor crónico: Dolor que supera a los demás síntomas y puede convertirse en el problema principal. Puede afectar a las personas de tal modo que a menudo no pueden trabajar, pierden el apetito y no pueden realizar actividades físicas de ninguna clase ya que éstas resultan extenuantes y agravan su dolor. Duración superior a los tres meses, persistiendo más allá del curso normal de una enfermedad aguda. Se suele acompañar de alteraciones psíquicas que conducen a la depresión. (Torrecillas, 2001)

- c) Dolor agudo: Dolor que tiene una duración de días o semanas, sin llegar a los seis meses, como producto de algún padecimiento o accidente que implique daño orgánico o funcional (Cruces Prado, 2001).

Variables:

Las variables a medir, son aquellas dimensiones que se evidencian en el MMPI – 2, Inventario Multifásico de la personalidad Minesota – 2.

Dichas dimensiones son las siguientes, según el Manual para la aplicación y calificación del MMPI-2 de Hathaway y J.C. McKinley (1994):

- 1- Escalas Clínicas: Hipocondriasis (Hs), Depresión (D), Histeria (Hi), Desviación psicopática (Dp), Masculinidad-Feminidad (Mf), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Es), Hipomanía (Ma), Introversión social (Is).
- 2- Escalas Suplementarias: Ansiedad (A), Represión (R), Fuerza del yo (Fyo), Alcoholismo (A-MAC).
- 3- Escalas Adicionales: Hostilidad reprimida (HR), Dominancia (Do), Responsabilidad social (Rs), Desajuste profesional (Dpr), Género masculino (GM), Género femenino (GF), Desorden de estrés postraumático (EPK y EPS).
- 4- Escalas de Contenido: Ansiedad (ANS), Miedos (MIE), Obsesividad (OBS), Depresión (DEP), Preocupación por la salud (SAU), Pensamiento delirante DEL), Enojo (ENJ), Cinismo (CIN), Prácticas antisociales (PAS), Personalidad tipo a (PTA), Baja autoestima (BAE), Incomodidad social (ISO), Problemas familiares (FAM), Dificultad en el trabajo (DTR), Rechazo al tratamiento (RTR).

Tipo de Investigación:

La presente investigación es considerada como un estudio de campo, dirigido a descubrir cómo las variables de personalidad se ven afectadas por el padecimiento de un dolor crónico al compararlo con pacientes de dolor agudo. Según Kerlinger (1998), los estudios de campo son investigaciones científicas y no experimentales dirigidas a descubrir las relaciones e interacciones entre variables sociológicas, psicológicas y educativas en estructuras sociales reales; de ordinario el investigador no manipula las variables independientes. En lo referente a la investigación no experimental el mismo autor la define como: *"una indagación empírica y sistemática en la cual el científico no tiene un control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables. Las inferencias acerca de las relaciones entre variables se hacen, sin una intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables dependientes e independientes"*. (p.394).

Población y muestra:

El presente estudio se realizó con pacientes de la Unidad de Clínica del Dolor del Hospital Miguel Pérez Carreño, la población fue de 15 pacientes con edades comprendidas entre 25 y 70 años, de ambos sexos (6 Hombres y 9 Mujeres), que presentaban un diagnóstico médico de dolor crónico, o presencia de dolor de por lo menos seis meses de aparición y que se encontraban actualmente bajo tratamiento médico para su padecimiento físico. De igual forma la muestra de comparación, estuvo constituida por pacientes que padecen dolor agudo post-operatorio, del Hospital de Clínicas Caracas, la población fue de 16 pacientes con edades comprendidas entre 25 y 70 años, de ambos sexos (7 hombres y 9 mujeres), que presentaron un diagnóstico médico de dolor agudo. En términos generales la población presentó una mayor incidencia de edades entre

31 y 40 años (frecuencia 10), estado civil casado (frecuencia 17) y grado de instrucción universitaria (frecuencia 20).

Para la selección de la muestra, se realizó un muestreo intencional, no probabilístico, de *autoselección en las muestras*, el cual ocurre, según Kerlinger (1998), cuando los miembros de los grupos en estudio están en el grupo porque son seleccionados en una forma no aleatoria dentro de una muestra, siendo en este caso específico, la selección referida a poseer un padecimiento crónico y estar bajo tratamiento médico.

Procedimiento:

Recolección de los datos: Como se mencionó anteriormente los datos fueron obtenidos en dos muestras diferentes, una de pacientes con dolor crónico del Hospital Pérez Carreño, los cuales se encontraban asistiendo a la consulta externa del departamento de Psiquiatría y la otra fue obtenida de pacientes con dolor agudo, los cuales se encontraban hospitalizados en el Hospital de Clínicas Caracas, por lo que se dispuso de dos procedimientos diferentes para la aplicación y recolección de los datos. En el primer caso, los pacientes eran entrevistados y se les aplicaba la encuesta para pacientes con dolor (ver Anexo A), luego se les daba las instrucciones del Test y se les dejaba para que lo completaran en el consultorio, dichos pacientes se quedaban en la consulta hasta terminar la evaluación, en algunos ocasiones se les leyó o ayudó a contestar la prueba, dado que los pacientes se encontraban con un dolor muy intenso. En el segundo caso, a los pacientes hospitalizados, se les realizaba la entrevista, aplicándosele la encuesta para pacientes con dolor, posteriormente se le daban las instrucciones para realizar el test y este se les dejaba hasta el día siguiente, con algunas excepciones, a las cuales se les dejaba el test por un poco más de tiempo para que contestaran, pues referían no haberlo hecho por presentar dolor intenso durante el día. En todos los casos, luego de aplicar las pruebas estas eran analizadas y se evaluaba su validez, de forma que sólo se tomaban aquellos

inventarios válidos para el estudio y se descartaron aquellos otros donde los análisis indicaban poca validez o fiabilidad en las respuestas al instrumento.

Análisis:

El análisis de los datos se realizó en función de los resultados obtenidos por el cuestionario y con base en sus puntos de corte y de análisis. El instrumento utilizado fue el Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota – 2 (MMPI-2), las respuestas se corrigieron a partir de los puntajes brutos obtenidos, los cuales se transformaron en puntajes escalares a partir de las normas Mexicanas, con validez y confiabilidad altamente estudiada, siguiendo los patrones de aplicación y corrección adecuados.

De igual forma se hizo uso de una encuesta para medir datos demográficos y referentes a la enfermedad física y mental, específicamente referido a la percepción que tiene el paciente sobre ella y su influencia sobre su desempeño social, laboral, familiar y personal. Dicha encuesta se analizó en función de la frecuencia de aparición de los cuadros de padecimientos físicos y de sus demás variables, como una forma de categorizar la muestra.

Los datos obtenidos en el Inventario fueron trabajados de varias formas, con la finalidad de llegar a un mejor entendimiento de los resultados: en primer lugar se procedió a realizar un análisis de diferencia de muestras independientes, haciendo uso del estadístico t de Student, como una forma de conocer si existían diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en las diferentes escalas, al diferenciar pacientes de dolor crónico y de dolor agudo, dado que se trabajó con puntajes brutos para realizar dicha comparación, se dividió a la muestra en femenina y masculina, pues, los puntajes difieren entre sí, al compararlos sin transformarlos a puntajes escalares.

Por otra parte, se procedió a realizar comparaciones de las diferencias de medias obtenidas en los diferentes grupos, en primer lugar, los pacientes de dolor crónico

vs. pacientes con dolor agudo, y luego se compararon pacientes con dolor crónico vs. pacientes con dolor agudo diferenciados según su género, para estos procedimientos de comparación de medias se utilizaron los puntajes T del MMPI-2, como una forma de normalizar la muestra comparada. Haciendo uso de los tres diferentes grupos de escalas, las básicas, las de contenido y las suplementarias, en cada grupo a comparar.

Análisis y Discusión de los Resultados:

Los datos fueron analizados haciendo uso de dos métodos diferentes, en principio se realizó un análisis de diferencias de medias a partir del estadístico *t* de Student, los datos se pueden apreciar en las tablas que se presentarán a continuación y en el anexo B, en dicho análisis se encontraron diferencias significativas al comparar la incidencia del dolor sobre las características de personalidad de los pacientes, tomando los resultados de los tres perfiles de personalidad que surgen del MMPI-2, los cuales fueron divididos para su estudio en cuanto al género y estudiando la homocedasticidad de la varianza.

En lo referente al género la diferenciación parte del hecho de que los datos utilizados para este estadístico fueron los puntajes brutos de los pacientes dentro del perfil y dado que los puntajes difieren en los perfiles según el género, se hizo necesaria esta distinción dentro del estudio.

Análisis de puntajes *t* de Student :

La comparación de medias se realizó en cada género contrastando los resultados de dolor crónico versus dolor agudo, las diferencias que se muestran a continuación fueron significativas a un nivel 95% o mayor.

En el análisis de ambos casos, pacientes masculinos y femeninos con dolor crónico, se partió de los indicadores de la prueba (MMPI-2), por lo que la explicación de sus puntuaciones está basada en las definiciones de las diversas subescalas, lo cual no implica necesariamente que posean todas las características que se indican, sino que pueden tener una tendencia más clara a presentarlas en manera global, dado que el análisis hecho se basa en grupos muestrales y no en personas particulares.

En cuanto a lo que se refiere a los pacientes masculinos se encontraron diferencias significativas en las siguientes subescalas de las escalas básicas:

Esc. Básica	Puntaje t (diferencia entre dolor crónico y agudo)	Significancia estadística (homocedástica)	Puntaje t (diferencia entre dolor crónico y agudo)	Significancia estadística (No homocedástica)
L	1,034	0,323 (no sig.)	0,99	0,352 (no sig.)
F	-1,218	0,249 (no sig.)	-1,252	0,237 (no sig.)
K	2,509	0,029 (>95%)	2,481	0,032 (>95%)
Hs	-0,084	0,935 (no sig.)	-0,084	0,935 (no sig.)
D	-1,39	0,192 (no sig.)	-1,423	0,183 (no sig.)
Hi	-0,734	0,479 (no sig.)	-0,715	0,493 (no sig.)
Dp	-0,357	0,728 (no sig.)	-0,35	0,734 (no sig.)
Mf	-2,42	0,034 (>95%)	-2,507	0,031 (>95%)
Pa	-1,973	0,074 (no sig.)	-1,919	0,088 (no sig.)
Pt	-0,799	0,441 (no sig.)	-0,756	0,475 (no sig.)
Es	0,525	0,61 (no sig.)	0,501	0,631 (no sig.)
Ma	0,972	0,352 (no sig.)	0,955	0,363 (no sig.)
Is	-1,667	0,124 (no sig.)	-1,65	0,13 (no sig.)

Tabla N° 1: Puntajes t de Student en pacientes masculinos al comparar las medias de su estado

de salud (crónicos vs agudos) y su nivel de significación en las escalas básicas del MMPI-2.

En lo que respecta a la escala de contenido de los pacientes masculinos se observa lo siguiente:

Esc. Conten	Puntaje t (diferencia entre dolor crónico y agudo)	Significancia estadística (homocedástica)	Puntaje t (diferencia entre dolor crónico y agudo)	Significancia estadística (No homocedástica)
ANS	-2,663	0,022 (>95%)	-2,604	0,028 (>95%)
MIE	-0,523	0,611 (no sig.)	-0,546	0,597 (no sig.)
OBS	-1,746	0,109 (no sig.)	-1,718	0,118 (no sig.)
DEP	-1,537	0,153 (no sig.)	-1,469	0,183 (no sig.)
SAU	-1,098	0,296 (no sig.)	-1,07	0,313 (no sig.)
DEL	-0,635	0,538 (no sig.)	-0,607	0,562 (no sig.)
ENJ	-0,668	0,518 (no sig.)	-0,648	0,534 (no sig.)
CIN	-0,411	0,689 (no sig.)	-0,417	0,685 (no sig.)
PAS	0,55	0,593 (no sig.)	0,552	0,592 (no sig.)
PTA	-1,653	0,127 (no sig.)	-1,553	0,169 (no sig.)
BAE	-1,754	0,107 (no sig.)	-1,77	0,105 (no sig.)
ISO	-1,454	0,174 (no sig.)	-1,485	0,166 (no sig.)
FAM	-2,613	0,024 (>95%)	-2,548	0,031 (>95%)
DTR	-2,362	0,038 (>95%)	-2,263	0,055 (95%)
RTR	-0,585	0,571 (no sig.)	-0,579	0,575 (no sig.)

Tabla N°2: Puntajes t de Student en pacientes masculinos al comparar las medias de su estado de salud (crónicos vs agudos) y su nivel de significación en las escalas de contenido del MMPI-2.

A continuación se muestran los resultados obtenidos en la diferencia de media por t de Student en las escalas suplementarias en pacientes masculinos:

Esc. Suplem.	Puntaje t (diferencia entre dolor crónico y agudo)	Significancia estadística (homocedástica)	Puntaje t (diferencia entre dolor crónico y agudo)	Significancia estadística (No homocedástica)
A	-2,327	0,04 (>95%)	-2,255	0,052 (95%)
R	0,122	0,905 (no sig.)	0,12	0,907 (no sig.)
Fyo	1,844	0,092 (no sig.)	1,86	0,09 (no sig.)
AMAC	0,054	0,958 (no sig.)	0,052	0,959 (no sig.)
HR	0,822	0,428 (no sig.)	0,821	0,43 (no sig.)
Do	0,093	0,927 (no sig.)	0,097	0,925 (no sig.)
Rs	-0,157	0,878 (no sig.)	-0,158	0,877 (no sig.)
Dpr	-2,01	0,07 (no sig.)	-1,893	0,104 (no sig.)
GM	1,049	0,317 (no sig.)	1,014	0,339 (no sig.)
GF	-1,371	0,198 (no sig.)	-1,418	0,186 (no sig.)
EPK	-1,912	0,082 (no sig.)	-1,862	0,096 (no sig.)
EPS	-1,599	0,138 (no sig.)	-1,536	0,164 (no sig.)
Fp	-0,444	0,665 (no sig.)	-0,453	0,66 (no sig.)
INVAR	2,104	0,059 (95%)	2,243	0,056 (95%)
INVER	-0,104	0,919 (no sig.)	-0,103	0,92 (no sig.)

Tabla N°3: Puntajes t de Student en pacientes masculinos al comparar las medias de su estado de salud (crónicos vs agudos) y su nivel de significación en las escalas suplementarias del MMPI-2.

Como se puede observar en las tablas expuestas anteriormente los sujetos masculinos al ser comparados según su condición de salud, pacientes de dolor crónico y agudo, presentaron diferencias significativas a favor de los pacientes crónicos, dado que al hacerse el análisis estadístico con la t de Student, se partió del supuesto que las puntuaciones de los pacientes crónicos deberían ser significativos mientras que las de los pacientes agudos no deberían diferenciarse de lo esperado o normal, por tanto la significación estadística surge de restar la puntuación de los crónicos a los agudos, observándose las diferencias en las siguientes subescalas: *K* (medida de validez de la prueba, corrección), *Mf* (medida de masculinidad – feminidad en las escalas básicas), *ANS* (medida de ansiedad en el perfil de escala de contenido), *FAM* (medida de problemas familiares en la escala de contenido), *DTR* (medida de dificultades en el

trabajo de la escala de contenido), A (medida de ansiedad de la escala suplementaria) e *INVAR* (subescala de inconsistencia en las respuestas variables de la escala suplementaria).

A partir de estos datos y las definiciones dadas por el Manual para la aplicación y calificación del MMPI-2 de Hathaway y J.C. McKinley (1994), se puede suponer que los pacientes masculinos con dolor crónico presentan diferencias significativas con respecto a los pacientes agudos en cuanto a su forma de presentarse ante la prueba, tendiendo a negar o minimizar sus propias características familiares o personales, lo cual afecta haciendo que se pierda validez de la prueba (K), así como a tender a un buen funcionamiento psicológico (*INVAR*).

De igual forma se puede ver como los pacientes crónicos muestran un grado mayor de preocupación por problemas con su sexualidad, e inseguridad sobre su adecuación sexual o sus propias creencias de estar funcionando adecuadamente en el plano sexual (*Mf*), de la misma manera presentan significativamente mayor ansiedad traducida esta en angustia, inconformidad o problemas emocionales (*A*) y sus síntomas relacionados, como es el caso de tensión y problemas somáticos, dificultades para dormir, tendencia a preocuparse en exceso y falta de concentración (*ANS*).

Siguiendo el análisis se puede apreciar que presentan puntuaciones significativas en lo referente a problemas familiares, donde se evidencia cierta carencia afectiva, perciben peleas frecuentes y posibles situaciones de desagrado familiar (*FAM*), además se observa cierta presencia de dificultades laborales traducidas en desempeño pobre en el trabajo, desconfianza en si mismo, dificultades para concentrarse, obsesividad, tensión, presión y dificultades en la toma de decisiones (*DTR*).

Como se evidencia en los datos expuestos los pacientes masculinos con dolor crónico tienden a mostrarse mejor de cómo están actualmente, minimizando su patología física o psicológica, presentan problemas significativos en lo referente al área familiar, laboral y social, por lo que tienden a preocuparse y angustiarse en exceso, todo esto se

relaciona con los estudios expuestos anteriormente de: Seguel Lizama (1994), Cruces Prado (2001), Hendeler (1982), Goldman, (2000), entre otros, que informan que los pacientes con dolores crónicos pierden la eficiencia en las relaciones personales, sociales y laborales, generan un proceso de deterioro en cuanto a su funcionamiento, que posteriormente los lleva a una deserción laboral y en muchos casos social.

En lo que corresponde a las pacientes femeninas comparando el dolor se puede ver como en la mayoría de las escalas se encuentran diferencias significativas con un nivel de significación del 95% o mas en lo referente al dolor crónico cuando se compara con el dolor agudo en pacientes femeninos, por lo que se puede suponer que la cronicidad del dolor afecta las características de personalidad de la muestra femenina escogida, presentando diferencias significativas a favor de las pacientes con dolor crónico, en los análisis estadísticos de t de Student se partió del supuesto que las puntuaciones de los pacientes crónicos deberían ser significativas mientras que las de los pacientes agudos no deberían diferenciarse de lo esperado o normal, por tanto la significación estadística surge de esta suposición o hipótesis de trabajo.

A continuación se muestran los resultados obtenidos en la diferencia de media por t de Student en las escalas básicas en las pacientes femeninas:

Esc. Básica	Puntaje t (diferencia entre dolor crónico y agudo)	Significancia estadística (homocedástica)	Puntaje t (diferencia entre dolor crónico y agudo)	Significancia estadística (No homocedástica)
L	0,246	0,809 (no sig.)	0,246	0,809 (no sig.)
F	-2,588	0,02 (>95%)	-2,588	0,021 (>95%)
K	3,127	0,006 (99%)	3,127	0,006 (99%)
Hs	-4,549	0 (99%)	-4,549	0 (99%)
D	-2,809	0,013 (>95%)	-2,809	0,013 (>95%)
Hi	-3,097	0,007 (99%)	-3,097	0,007 (99%)
Dp	-2,386	0,03 (>95%)	-2,386	0,03 (>95%)
Mf	0	1 (no sig.)	0	1 (no sig.)
Pa	-1,678	0,113 (no sig.)	-1,678	0,117 (no sig.)
Pt	-2,665	0,017 (>95%)	-2,665	0,02 (>95%)
Es	-2,502	0,024 (>95%)	-2,502	0,024 (>95%)
Ma	-1,709	0,107 (no sig.)	-1,709	0,107 (no sig.)
Is	-1,632	0,122 (no sig.)	-1,632	0,122 (no sig.)

Tabla N° 4: Puntajes t de Student en pacientes femeninos al comparar las medias de su estado de salud (crónicos vs agudos) y su nivel de significación en las escalas básicas del MMPI-2.

Mientras que en los resultados de las escalas de contenido se observan los siguientes resultados al comparar a las pacientes femeninas en su estado de salud:

Esc. Conten	Puntaje t (diferencia entre dolor crónico y agudo)	Significancia estadística (homocedástica)	Puntaje t (diferencia entre dolor crónico y agudo)	Significancia estadística (No homocedástica)
ANS	-3,818	0,002 (99%)	-3,818	0,002 (99%)
MIE	-5,164	0 (99%)	-5,164	0 (99%)
OBS	-3,554	0,003 (99%)	-3,554	0,003 (99%)
DEP	-3,197	0,006 (99%)	-3,197	0,009 (99%)
SAU	-3,386	0,004 (99%)	-3,386	0,006 (99%)
DEL	-3,701	0,002 (99%)	-3,701	0,005 (99%)
ENJ	-1,806	0,09 (no sig.)	-1,806	0,094 (no sig.)
CIN	-3,298	0,005 (99%)	-3,298	0,006 (99%)
PAS	-2,309	0,035 (>95%)	-2,309	0,035 (>95%)
PTA	-2,008	0,062 (no sig.)	-2,008	0,062 (no sig.)
BAE	-3,115	0,007 (99%)	-3,115	0,007 (99%)
ISO	-1,775	0,095 (no sig.)	-1,775	0,095 (no sig.)
FAM	-3,956	0,001 (99%)	-3,956	0,002 (99%)
DTR	-4,189	0,001 (99%)	-4,189	0,001 (99%)
RTR	-3,414	0,004 (99%)	-3,414	0,005 (99%)

Tabla N°5: Puntajes t de Student en pacientes femeninos al comparar las medias de su estado de

salud (crónicos vs agudos) y su nivel de significación en las escalas de contenido del MMPI-2.

A continuación se muestran los resultados obtenidos en la diferencia de media por t de Student en las escalas suplementarias en pacientes femeninas:

Esc. Suplem.	Puntaje t (diferencia entre dolor crónico y agudo)	Significancia estadística (homocedástica)	Puntaje t (diferencia entre dolor crónico y agudo)	Significancia estadística (No homocedástica)
A	-3,463	0,003 (99%)	-3,463	0,005 (99%)
R	1,209	0,244 (no sig.)	1,209	0,245 (no sig.)
Fyo	5,295	0 (99%)	5,295	0 (99%)
AMAC	-2,121	0,05 (95%)	-2,121	0,05 (95%)
HR	0,776	0,449 (no sig.)	0,776	0,449 (no sig.)
Do	1,446	0,168 (no sig.)	1,446	0,168 (no sig.)
Rs	2,217	0,041 (>95%)	2,217	0,043 (>95%)
Dpr	-3,331	0,004 (99%)	-3,331	0,007(99%)
GM	2,61	0,019 (99%)	2,61	0,02 (>95%)
GF	1,212	0,243 (no sig.)	1,212	0,243 (no sig.)
EPK	-4,015	0,001 (99%)	-4,015	0,002 (99%)
EPS	-3,991	0,001 (99%)	-3,991	0,002 (99%)
Fp	-3,5	0,003 (99%)	-3,5	0,005 (99%)
INVAR	-0,853	0,406 (no sig.)	-0,853	0,407 (no sig.)
INVER	-1,021	0,322 (no sig.)	-1,021	0,322 (no sig.)

Tabla N°6: Puntajes t de Student en pacientes femeninos al comparar las medias de su estado de salud (crónicos vs agudos) y su nivel de significación en las escalas suplementarias del MMPI-2.

En lo referente a las puntuaciones de las mujeres evaluadas se aprecia mayor diferenciación en los puntajes obtenidos en los perfiles de pacientes con dolor crónico versus pacientes con dolor agudo cuando estos resultados se comparan con los obtenidos en los pacientes masculinos.

Los pacientes femeninos presentan diferencias significativas en una gran variedad de subescalas, de las diferentes escalas del MMPI-2 con las que fueron evaluadas, específicamente se observa que la muestra de mujeres con dolor crónico presentan diferencias significativas de las de dolor agudo en sus medidas de fiabilidad y validez de la prueba (F y K), en la medida de Hipocondriasis (Hs), Depresión (D), Histeria (Hi), Desviación Psicopática (Dp), Psicastenia (Pt) y Esquizofrenia (Es) en lo referente a las escalas básicas, mientras que en las escalas de contenido se encontraron diferencias

significativas en las siguientes subescalas: Ansiedad (ANS), Miedos (MIE), Obsesividad (OBS), Depresión (DEP), Preocupación por la salud (SAU), Pensamientos delirantes (DEL), Cinismo (CIN), Prácticas antisociales (PAS), Baja Autoestima (BAE), Problemas familiares (FAM), Dificultad en el trabajo (DTR) y Rechazo al tratamiento (RTR). Mientras que en las escalas suplementarias se encontraron diferencias significativas en las subescalas: Ansiedad (A), Fuerza del yo (Fyo), escala de Alcoholismo de MacAndrew-revisada (A-MAC), Responsabilidad social (Rs), Desajuste profesional (Dpr), género masculino (GM), desorden de estrés postraumático (EPK y EPS) y la Validez de la prueba (Fp).

Todo lo cual se traduce, según el Manual para la aplicación y calificación del MMPI-2 de Hathaway y McKinley (1994), en que las pacientes femeninas con dolor crónico evaluadas tienden a presentar respuestas de negación o minimización de sus propias características familiares o personales (K), parecen dar respuestas azarosas, fingir síntomas patológicos con el fin de recibir ayuda (F y Fp), muestran preocupación por el estado físico, admitiendo gran variedad de síntomas somáticos (Hs), muestran síntomas de depresión, presencia de tristeza, sentimientos disfóricos, poca energía, letargo motor, tendencia a la preocupación y/o quejas físicas (Dpr). De igual manera, muestran una tendencia a manifestar en mayor medida quejas físicas o desórdenes específicos, negación de los problemas de la vida personal, negación de la ansiedad social, necesidad de afecto, abandono-malestar, dolencia somática e inhibición de la agresión (Hi). Presentan igualmente una disposición a exhibir en sus respuestas una conducta rebelde con matices antisociales, dificultad para aceptar valores sociales, insensibilidad de los sentimientos de los demás, tendencia a usar a otros, problemas maritales, laborales, inmadurez y poca tolerancia a la frustración (Dp); así como temores exagerados, ansiedad, angustia, normas morales estrictas, tendencia a la culpabilidad y/o esfuerzos por controlar los impulsos (Pt) y alineación social y emocional, carencia de conocimientos y experiencias sensoriales irreales (Es).

Cuando se analizan las escalas de contenido según el Manual para la aplicación y calificación del MMPI-2 de Hathaway y McKinley (1994), las pacientes femeninas con

dolor crónico muestran en sus respuestas predominancia de características de ansiedad, donde se incluye tensión y problemas somáticos, dificultades para dormir, tendencia a preocuparse en exceso y falta de concentración (ANS), temores específicos o a fenómenos naturales (MIE), dificultad para tomar decisiones y tendencia a meditar excesivamente sus puntos de vista y problemas, angustia para realizar cambios, preocupaciones frecuentes y pensamientos abrumadores (OBS), presentan pensamientos depresivos significativos, tendencia a sentimientos de tristeza, incertidumbre sobre el futuro y desinterés, intranquilidad, desesperanza, pueden presentar algún intento de suicidio o deseos de muerte (DEP), tendencias a presentar síntomas físicos en relación a funciones corporales diversas, preocupación por la salud y sensación de enfermedad mas que lo normal (SAU). De igual forma, parecen presentar procesos de pensamiento desorganizado, desestructurado, extraño, etc, que puede que estén asociados a sensaciones extrañas en el cuerpo, se reconocen que estos pensamientos son extraños o peculiares, puede surgir la ideación paranoide (DEL), así como desconfianza, actitudes negativas hacia los que están cerca de ellos, incluyendo compañeros de trabajo, familia y amigos (CIN). Se pueden observar de la misma manera tendencias a presentar problemas de conducta, prácticas antisociales (PAS), pobre opinión de si mismos, no creen ser simpáticos, actitudes negativas hacia si mismos, poca confianza y dificultad para aceptar las cosas buenas de ellos mismos, problemas con su propia percepción sintiendo que cometen muchos errores (BAE), así como presencia de problemas familiares (FAM), laborales (DTR), debido al pobre desempeño por problemas de concentración y dificultad en la toma de decisiones y dificultades para seguir tratamientos por presentar actitudes negativas hacia los médicos, por creer que no los pueden entender y por tanto ayudar, específicamente en lo referido a la salud mental (RTR).

Siguiendo la misma línea se encuentran como dichas pacientes presentan diferencias significativas en las escalas suplementarias al ser comparadas con las pacientes con dolor agudo, lo cual indicaría que las pacientes con dolor crónico tienden a mostrar, según las definiciones del Manual para la aplicación y calificación del MMPI-2 de Hathaway y McKinley (1994), angustia y ansiedad, inconformidad y problemas

emocionales, presentándose más bien inhibidas, con control exagerado de sus impulsos, incapaces de tomar decisiones, inseguras y sumisas (A), actitud defensiva sistemática (Fyo), propensas a adicciones, sin ser necesariamente adictas actualmente (A-MAC), se tienden a conceputar a sí mismas como decididas a aceptar las consecuencias de su propia conducta (Rs), poco adaptadas, generalmente ineficientes, pesimistas y angustiadas (Dpr), se muestran honestas, con disposición a probar nuevas cosas, con ausencia de preocupaciones o sentimientos de autorreferencia (GM), así como con desórdenes emocionales importantes asociados a estrés (EPK y EPS).

En investigaciones hechas por Mogil (1999), observó que una de las causas de la diferencia en la percepción del dolor es el género, según este autor, el género influye en cómo las personas responden al dolor, sobre todo en el caso de las mujeres, estas presentan mayor dolor cuando se encuentran en el ciclo menstrual o en el momento de la menstruación. La magnitud de las diferencias va a depender del tipo de estímulo aplicado, la intensidad del dolor y otros factores, de manera que se considera que la percepción del dolor no es igual en hombres y mujeres, pues se especula que siguen diferentes circuitos de excitación neuronal.

Además, en un estudio realizado por Kaplan (2000), sobre cómo el dolor crónico genera que un 25% de hombres y mujeres dejen sus trabajos, hablan del impacto del dolor sobre el género, en este artículo se dice que el dolor crónico afecta a gran variedad de situaciones de vida en hombres y mujeres, se ha encontrado que el 51 % de las mujeres con dolor crónico podrían dejar de tener relaciones sexuales por un año libre de dolor (interesantemente sólo un 32% de los hombres se olvidan del sexo por conseguir este beneficio). De las mujeres que reportan poder mantenerse sin sexo, sólo el 40% reportan padecer un dolor de intensidad severa y un 30% padecer dolor, efecto de algún tipo de cirugía, accidente, como primera causa del dolor. En el mismo artículo se dice que las investigaciones en más de 1000 personas han revelado que las mujeres son más propensas a presentar experiencias de dolor severo que los hombres. Dependiendo de la intensidad y severidad del dolor, muchas mujeres se consideran

intratables, según Miaskowski (1997): las experiencias con dolor crónico pueden atribuirse a las diferencias en la biología de los sujetos, a como perciben y se comportan con los profesionales de salud y a las diferencias sociales de los géneros. A esto agrega: "Las mujeres tienen un mayor riesgo de experimentar dolor crónico y son más propensas a recibir tratamientos inadecuados para el dolor que los hombres, además que los hombres y las mujeres tienen diferentes capacidades para expresar y responder al dolor" (p.455) .

Lo cual podría explicar de alguna forma el por qué las mujeres presentan mayores cambios en las puntuaciones de las escalas de la prueba mientras los hombres que padecen, el mismo tipo de enfermedad, se muestran más resistentes al cambio.

Datos similares a los encontrados en el estudio realizado por Mouliè Franchi, Rodríguez y Morabito (2003), quienes reportaron que ante la presencia de una enfermedad como es el caso del Lupus Eritematoso, las pacientes muestran conductas semejantes a otras con padecimientos igualmente crónicos, por lo que pareciese que la cronicidad del dolor afecta las características de personalidad de las pacientes femeninas en ambos estudios.

Valoración clínica de los puntajes escalares

Siguiendo con el análisis de los datos, se realizaron comparaciones de medias entre los diferentes grupos para evidenciar la influencia de la cronicidad del dolor sobre los pacientes en cuanto a sus características de personalidad y los resultados se muestran a continuación. En primer lugar los datos obtenidos en pacientes de dolor crónico versus dolor agudo se compararon en cada una de las escalas del MMPI-2, haciendo uso de las medias de los puntajes estandarizados.

A continuación se muestran los datos de las escalas básicas:

Esc. Básica	Media dolor crónico	Media dolor agudo
L	62,467	64,438
F	66,667	52,063
K	42,333	57,313

Hs	71,533	59,813
D	66,8	55,688
Hi	64,733	53,375
Dp	59	51,688
Mf	56,933	52,5
Pa	61,667	48,188
Pt	59,867	50,563
Es	63,867	55,875
Ma	59,133	56,625
Is	52,867	44,875

Tabla N°7: Medias obtenidas de los pacientes con dolor crónico y dolor agudo en las escalas básicas del MMPI-2.

Los resultados de las escalas básicas se muestran a continuación de manera gráfica:

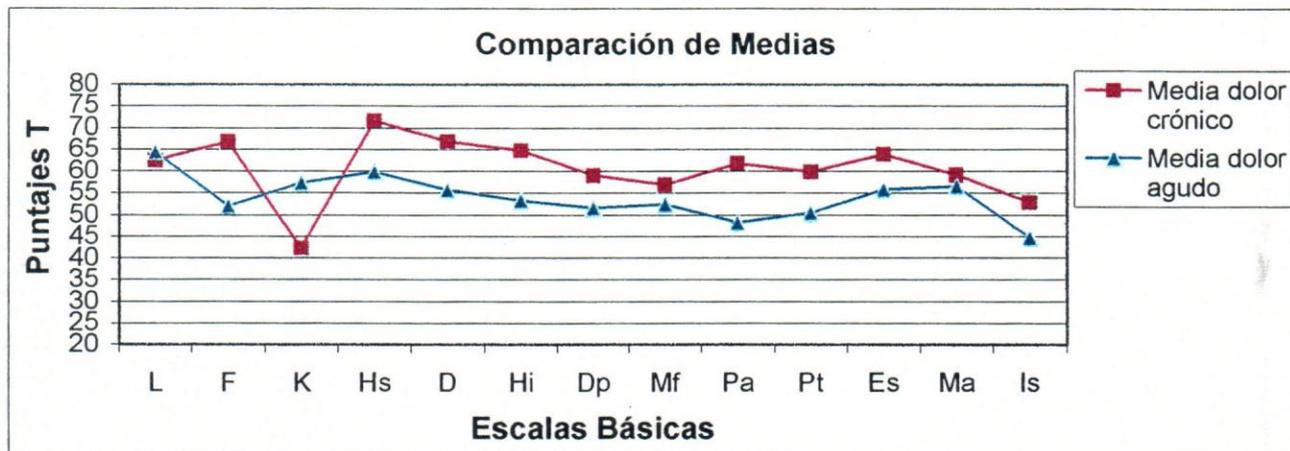


Gráfico N°1: Comparación de medias en pacientes con dolor crónico vs dolor agudo, representación del perfil obtenido en las escalas básicas.

En los datos obtenidos se pueden evidenciar puntajes por encima de lo esperado en los pacientes con dolor crónico, en las subescalas de Validez (F), Hipocondriasis (Hs) y Depresión (D), y una disminución de la subescala de Validez (K), mientras que los pacientes con dolor agudo muestran un perfil sin puntuaciones superiores a 65 en las puntuaciones de las escalas.

Lo cual indicaría que los pacientes con dolor crónico de la muestra utilizada presentan una tendencia a reportar una imagen de enfermo, mostrando un mayor énfasis en sus propios desajustes debidos a la enfermedad, de igual forma se evidencian síntomas de preocupación excesiva por la salud, preocupación corporal general y tendencia a

centrarse en si mismos, así como síntomas depresivos importantes, con sus correlatos conductuales; además de presentar patrones de personalidad como responsabilidad excesiva, normas estrictas y tendencia a la culpabilidad, mientras que los pacientes de dolor agudo evaluados parecen tender a una conducta más equilibrada.

Como se puede observar en los datos, el perfil obtenido en los pacientes con dolor crónico presentan una V en las subescalas de validez F, K y la de hipocondriasis (Hs), mientras los pacientes con dolor agudo tienden a mostrar un perfil continuo, poco inclinado. En ambos casos los perfiles se evidencian altamente continuos, con características semejantes en cuanto a los puntajes, a pesar de que el perfil de los pacientes con dolor crónico parece verse con puntajes medios más altos, siguen un patrón común con las medias de los pacientes de dolor agudo.

Con respecto a las escalas de contenido, del MMPI-2, los datos son los siguientes:

Esc. Contenido	Media dolor crónico	Media dolor agudo
ANS	66,933	49,813
MIE	68,4	55,5
OBS	57,267	45,375
DEP	61,267	51,063
SAU	73,2	56,25
DEL	64,6	52,438
ENJ	55,533	49,125
CIN	59,8	50,313
PAS	53,733	49,688
PTA	60,067	50,125
BAE	55,6	46,875
ISO	51,733	44,75
FAM	61,2	45,313
DTR	56,733	42,563
RTR	56,867	46,75

Tabla N°8: Medias obtenidas de los pacientes con dolor crónico y dolor agudo en las escalas de contenido del MMPI-2.

La representación gráfica de dichos puntajes se muestra a continuación:

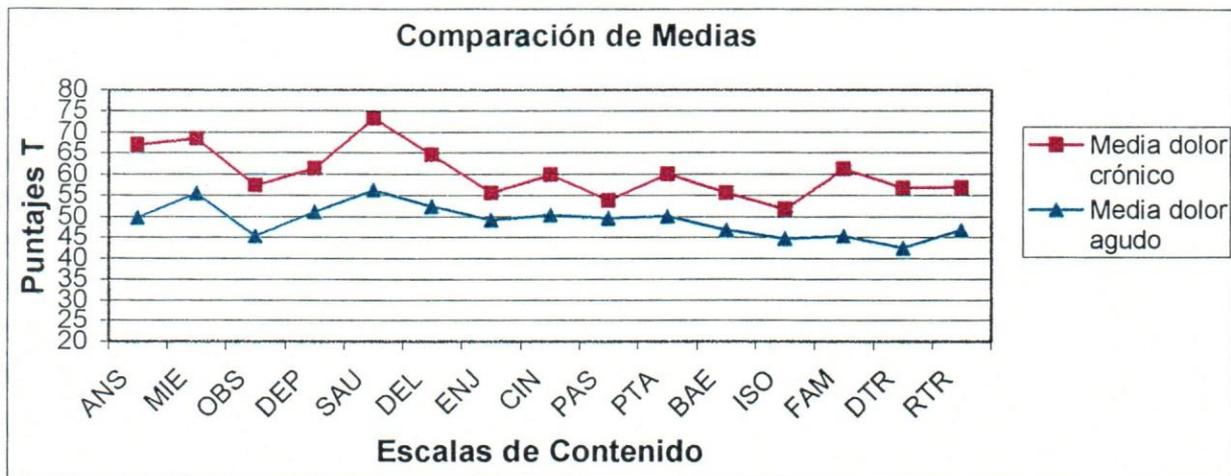


Grafico N°2: Comparación de medias en pacientes con dolor crónico vs dolor agudo, representación del perfil obtenido en las escalas de contenido.

Por su parte los resultados de las medias obtenidos en la escala de contenido tienden a distribuirse de manera continua, con puntajes que se encuentran dentro de lo normal y en pocas excepciones con puntajes altos, como es el caso de la escala Ansiedad (ANS), Miedos (MIE) y Preocupación por la salud (SAU) en los pacientes con dolor crónico, mientras que los pacientes con dolor agudo mostraron un perfil tendiente a puntajes medios donde predominan puntuaciones que van desde 42 hasta 49,8 en la escala. Para estos pacientes las escalas más bajas serían las subescalas Dificultad en el trabajo (DTR), Incomodidad social (ISO), Obsesividad (OBS), Problemas familiares (FAM), Rechazo al tratamiento (RTR), Baja autoestima (BAE), Prácticas antisociales (PAS) y Ansiedad (ANS).

De lo anterior se puede suponer que los pacientes con dolor crónico tienden a presentar síntomas ansiosos importantes, dificultades para dormir, tendencia a preocuparse en exceso, falta de concentración, así como problemas relacionados a miedos específicos, o a fenómenos naturales, siendo significativas las preocupaciones y problemáticas relacionadas a síntomas físicos. Mientras que los pacientes con dolor agudo parecen mostrarse en general como personas equilibradas, adaptadas y con

pocos problemas relacionados al malestar físico que presentan en el momento de la evaluación.

En general, se evidencia como los perfiles de los pacientes con dolor agudo se distribuyen de manera lineal sin puntajes significativamente altos, más bien, sus puntajes se mantienen dentro de los límites considerados normales en el perfil; en el caso del dolor crónico, los puntajes tienden a distribuirse de manera sinusoidal con ciertos picos, generando algunas *V* invertidas, pero sin evidenciarse puntajes significativos, más allá de lo antes mencionado.

Los resultados de las medias obtenidas para los pacientes evaluados en las escalas suplementarias se muestran a continuación:

Esc. Suplementaria	Media dolor crónico	Media dolor agudo
<i>A</i>	60,8	45,938
<i>R</i>	52,533	54
<i>Fyo</i>	36,067	51,688
<i>AMAC</i>	49,067	46,188
<i>HR</i>	52,6	56,625
<i>Do</i>	50,267	53,938
<i>Rs</i>	47,933	55,688
<i>Dpr</i>	63,4	50,063
<i>GM</i>	41,933	51,063
<i>GF</i>	46	46,5
<i>EPK</i>	63,467	46,75
<i>EPS</i>	66,067	49,063
<i>Fp</i>	66,2	53,188
<i>INVAR</i>	57,133	58,125
<i>INVER</i>	58,867	58,375

Tabla No. 9: Medias las medias obtenidas de los pacientes con dolor crónico y dolor agudo en las escalas suplementarias del MMPI-2.

Los puntajes obtenidos en las escalas suplementarias de ambos grupos tienden a ser medios predominantemente, con puntuaciones que fluctúan generando cierto movimiento ascendente y descendente, encontrándose las subescalas de desórdenes postraumático (EPS) y validez (Fp) en un rango que supera el límite superior en el perfil de los pacientes con dolor crónico, lo que indicaría que los pacientes con dolor crónico tienden a mostrarse con síntomas de estrés debido a la cronicidad del dolor y caracterizándose en la prueba como pacientes "enfermos", por lo demás tienden a ubicarse dentro de lo esperado. Se observa en los pacientes con dolor crónico que presentan un puntaje muy bajo en la subescala de Fuerza del yo (Fyo), lo cual indicaría que estos pacientes presentan una tendencia a la inhibición, malestares físicos y sentimientos de incapacidad para manejar la presión del ambiente. En el caso de los pacientes con dolor agudo todas sus puntuaciones se encuentran dentro de los límites esperados.

Al comparar los resultados de las escalas suplementarias de manera gráfica se obtienen el siguiente resultado:

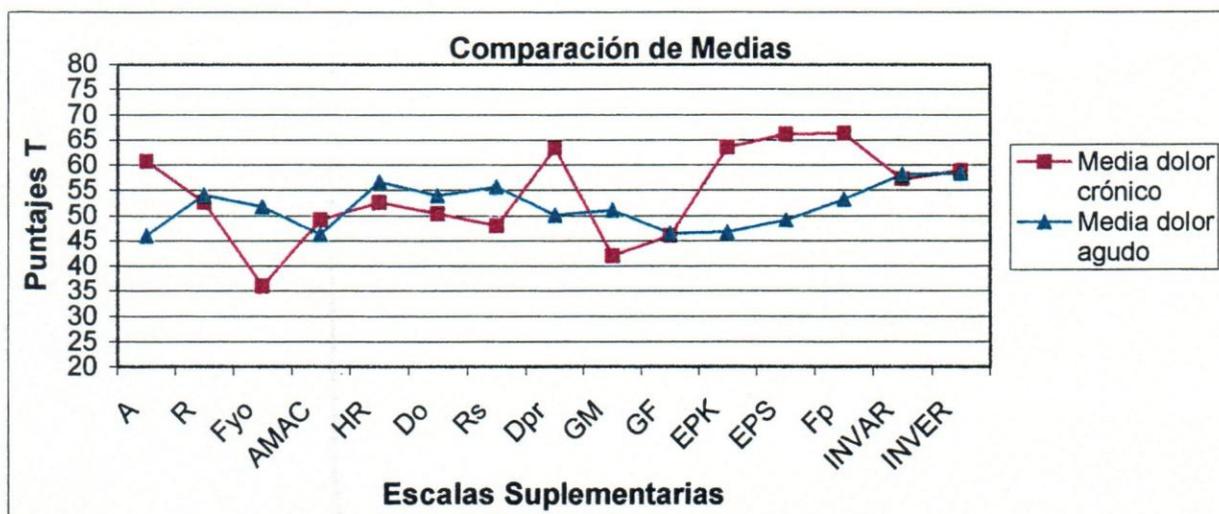


Gráfico N°3: Comparación de medias en pacientes con dolor crónico vs dolor agudo, representación del perfil obtenido en las escalas suplementarias.

A pesar de que los puntajes se encuentran en un rango promedio para ambos grupos, se puede evidenciar como en el perfil de dolor crónico los pacientes muestran tres conjuntos de puntajes importantes, se evidencia una V en los puntajes de las escalas

R, Fyo y AMAC, luego se observa una V inclinada en los puntajes en las escalas Rs, Dpr y GM, y se observa por último una tríada casi lineal de las escalas EPK, EPS y Fp. En el caso de pacientes con dolor agudo se encuentra como el perfil de los puntajes de medias tienden a distribuirse casi uniformemente dentro del rango de los puntajes T 50 a 65, sin obtener puntajes que sobrepasen el rango de normalidad dentro de la escala, lo cual indica una tendencia a la normalidad, al excluir las variables individuales de los pacientes evaluados con dolor agudo.

Como se puede observar en la escala EPS tienden a evidenciarse contraposición en los puntajes de ambos grupos, mostrando en los pacientes de dolor crónico puntajes elevados, mientras que los pacientes de dolor agudo muestran un puntaje medio, lo cual podría indicar que la cronicidad del dolor genera una percepción en los pacientes de estrés ante la pérdida real o imaginaria de las facultades físicas debidas a la enfermedad.

Diversos autores han tratado de explicar la progresión del dolor y como esta afecta a las características de personalidad de los pacientes tratados, esto es interesante destacarlo en este punto, dado que como se vio en el análisis presentado los pacientes agudos muestran un perfil considerado normal en su generalidad, y los pacientes crónicos muestran grandes variaciones de estos perfiles, por lo que parece necesario explicar como se ha entendido este tópico por autores que han trabajado en el desarrollo de los cambios producto de la cronicidad del dolor y sus implicaciones en las características de personalidad de los pacientes.

En los estudios de: Hendeler (1982, c.p. Robinson, 2000), Gatchel (1996) y Rosen, Grubman, Bevins y Frymoyer (1987, c.p. Robinson, 2000) se hace claro, que la cronicidad de dolor actúa de manera importante en las respuestas de los sujetos ante la vida y sus tareas, generando variabilidad en las características de personalidad, lo cual es reflejado en el MMPI, específicamente en este estudio en el MMPI-2, correspondiéndose esto con los datos obtenidos en la presente investigación, a pesar

comparación, se presentan los datos de la misma manera como se ha hecho hasta ahora, con la distinción del género.

Valoración de los puntajes escalares para los pacientes femeninos, con dolor crónico en contraste con los de dolor agudo:

Los resultados obtenidos en las escalas básicas al comparar mujeres con dolor crónico y con dolor agudo partiendo de los puntajes T o normativos se muestran a continuación:

Escalas	Media dolor crónico	Media dolor agudo
L	66	66,889
F	68,778	49,22
K	43,889	61,556
Hs	77,556	58,22
D	69,778	57,22
Hi	67,778	51,44
Dp	59,556	48,778
Mf	62	62
Pa	60,889	47,667
Pt	63,556	50,667
Es	69,22	52,44
Ma	63,11	54,556
Is	52,44	44,889

Tabla N°10: Medias obtenidas de los pacientes femeninos con dolor crónico y dolor agudo en las escalas básicas del MMPI-2.

Se muestran a continuación los perfiles de los puntajes de medias de las escalas básicas en pacientes femeninos con dolor crónico versus dolor agudo:

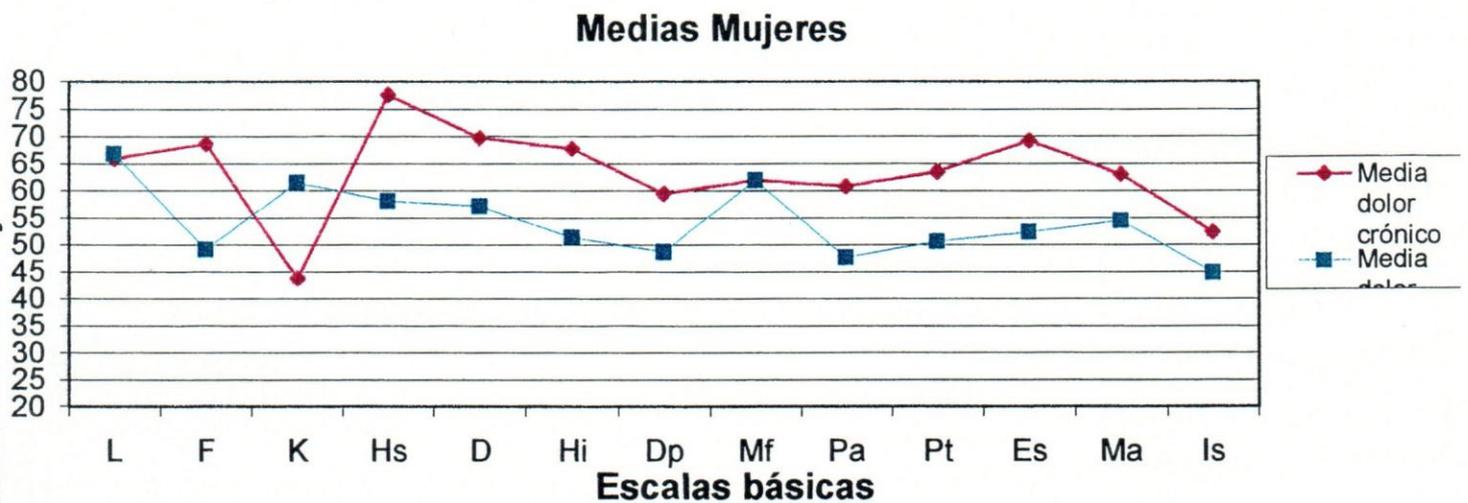


Gráfico N°4: Comparación de medias en pacientes femeninos con dolor crónico vs dolor agudo, representación del perfil obtenido en las escalas básicas.

Como se puede observar los puntajes obtenidos por las mujeres en las escalas básicas muestra una distribución con puntajes por encima de lo esperado en pacientes con dolor crónico y por debajo en pacientes agudos, a pesar de que se observa cierta similitud en los puntajes de la subescala de validez (L), lo cual indicaría que en ambos grupos hay un deseo de mostrarse convencionales, guiados por la deseabilidad social. Sin embargo los grupos difieren en las siguientes subescalas de validez (F y K), el grupo de pacientes crónicas muestra una elevación en la subescala F, mientras que la K se encuentra disminuida, lo cual señalaría que las pacientes femeninas crónicas se esfuerzan por mantenerse dentro de lo esperado socialmente (L), pero al mismo tiempo quieren mostrar su lado enfermo, tal vez como una petición de ayuda, por su parte el grupo de pacientes agudas presenta un puntaje alto en L, medio de F y un puntaje algo mayor en K, lo que indicaría que tratan de reafirmar su convencionalidad y conformidad social, mostrando una actitud defensiva frente a los problemas.

Cuando se analizan los resultados de los perfiles, se puede suponer que las pacientes femeninas con dolor agudo presentan perfiles promedios ajustados a la normalidad, lo que indicaría que en general estas pacientes no reportan problemas psicológicos importantes, se observa como se muestran con una actitud cauta, claras y racionales (Pa por debajo de los puntajes en pacientes crónicos).

Mientras que en el caso de las pacientes femeninas con dolor crónico se observan puntajes por encima de lo esperado, en las escalas: F, Hs, D, Hi, Pa, Es y Ma, indicando la presencia de características relacionadas a dificultades o problemas a nivel psicológico, más específicamente se observa como tienden a mostrar preocupación excesiva por la salud, gran variedad de quejas a nivel somático, con una preocupación corporal general, de igual manera presentan síntomas depresivos importantes, como desesperanza, pesimismo y desesperación, asociado a una personalidad de responsabilidad excesiva, normas estrictas y mucha culpabilidad. Aunado a esto se muestran con tendencia a negar su ansiedad social, con necesidades de afecto, malestar y abandono, dolencia somática e inhibición de la agresión, actitud de reserva, por desconfianza y suspicacia, alineación social, emocional y ciertas experiencias sensoriales irreales.

De la misma forma se observa como los pacientes crónicos presentan un aumento de la subescala Ma, lo que parece indicar signos de mayor actividad, energía y extraversión, quizás como un intento de compensación de los sentimientos depresivos, todo lo cual podría hablar de signos positivos para su recuperación y pronóstico, debido a que por lo menos en apariencia muestran una actitud dirigida a mostrarse activamente ante su enfermedad.

En cuanto a su representación gráfica, se puede observar como el perfil de los pacientes con dolor crónico muestra una gran V en las escalas F, K y HS, con puntajes que salen del límite superior de la escala. De igual manera en este perfil se observa

una tendencia hacia una V invertida entre las escalas Pt, Es y Ma, a pesar de que no presenta puntajes significativamente superiores a lo esperado. Por su parte el perfil de los pacientes con dolor agudo muestra una V entre las escalas L, F y K de validez, con cierta declinación en los puntajes de las escalas siguientes hasta mostrar una V invertida al unir la tríada de Dp, Mf y Pa, pero sin presentar puntuaciones que sobrepasen lo esperado.

Los resultados obtenidos en las escalas de contenido en pacientes femeninas se observa a continuación:

Escalas	Media dolor crónico	Media dolor agudo
ANS	66,889	46,44
MIE	66,44	47,44
OBS	55,22	41,556
DEP	61,22	48,778
SAU	77,889	53,33
DEL	66,22	48,556
ENJ	55,556	46,11
CIN	59,44	44,556
PAS	55,44	46,44
PTA	57,667	48,22
BAE	52,667	44,44
ISO	52,11	43,889
FAM	56,889	39,44
DTR	56,11	40,11
RTR	57,667	43,11

Tabla N°11: Medias obtenidas de los pacientes femeninos con dolor crónico y dolor agudo en las escalas de contenido del MMPI-2.

Graficamente estos resultados se observan a continuación:

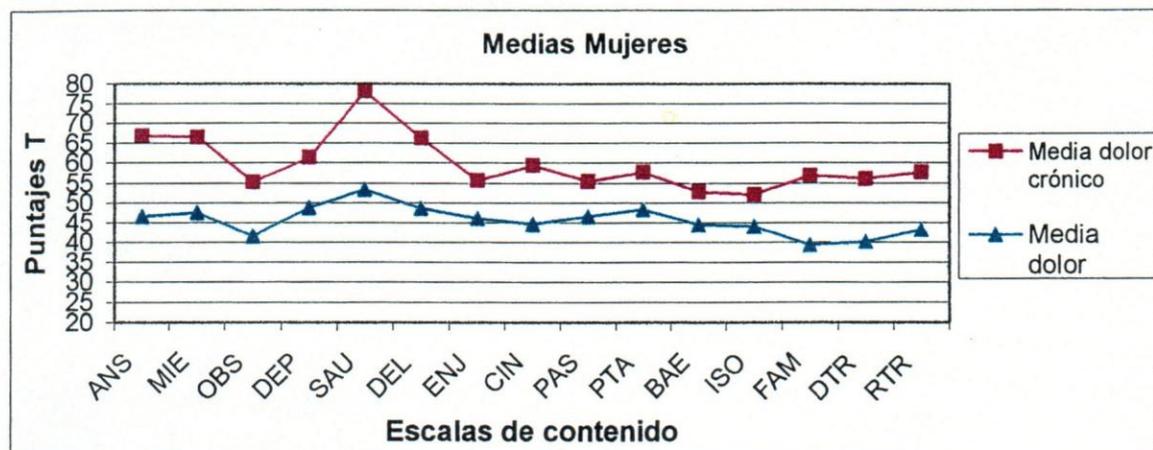


Gráfico N°5: Comparación de medias en pacientes femeninos con dolor crónico vs dolor agudo, representación del perfil obtenido en las escalas de contenido.

Los datos obtenidos señalan diferencias en cuanto a la tendencia en los pacientes de dolor crónico y los de dolor agudo, en el primer caso los puntajes tienden a ser promedios hacia altos, mientras que en el segundo caso, todos los puntajes son promedios, a excepción del puntaje en la subescala FAM que se encuentra por debajo del puntaje medio.

Los pacientes con dolor crónico obtuvieron puntajes por encima de lo esperado en las escalas: ANS, MIE, SAU y DEL, mostrando una característica importante en esta clase de pacientes.

Al observar las gráficas se obtiene que tanto los pacientes con dolor crónico como los de dolor agudo muestran perfiles con tendencia a una V en las escalas MIE, OBS y DEP, de igual forma se observa una V invertida entre las escalas DEP, SAU y DEL, a pesar de que sus puntuaciones varían marcadamente, en el caso de los pacientes crónicos presentan una V invertida un poco más débil en las escalas ENJ, CIN y PAS.

A partir de los datos obtenidos se puede suponer que las pacientes con dolor crónico tienden a mostrar síntomas ansiosos importantes, donde se incluye la tensión y los problemas somáticos, dificultades para dormir, preocupaciones excesivas y falta de

problemas somáticos, dificultades para dormir, preocupaciones excesivas y falta de concentración, así como temores específicos, síntomas físicos relacionados a las funciones corporales, preocupaciones por la salud y sensación de enfermedad, presentando en algunos casos pensamientos inadecuados, desorganizados, ideaciones paranoides y pensamientos extraños o peculiares.

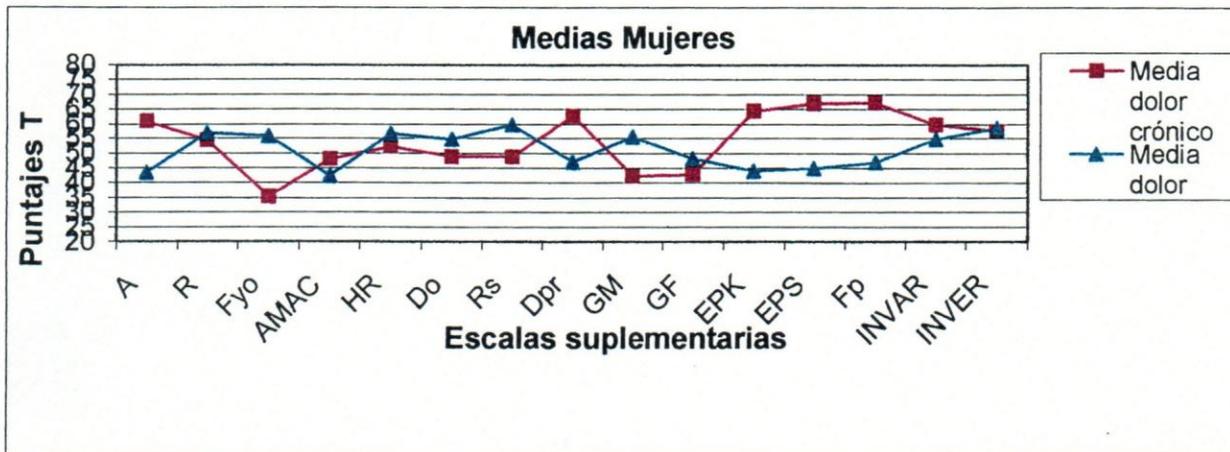
En cuanto a las escalas suplementarias se encuentran los siguientes puntajes de medias obtenidos por los pacientes femeninos:

Escalas	Media dolor crónico	Media dolor agudo
<i>A</i>	60,889	43,44
<i>R</i>	54,44	57
<i>Fyo</i>	35,44	55,778
<i>AMAC</i>	47,889	42,33
<i>HR</i>	52,33	56,667
<i>Do</i>	48,778	54,778
<i>Rs</i>	48,778	59,667
<i>Dpr</i>	62,778	47,22
<i>GM</i>	42,44	55,667
<i>GF</i>	42,889	48,11
<i>EPK</i>	64,44	44,22
<i>EPS</i>	66,889	45
<i>Fp</i>	67,11	46,889
<i>INVAR</i>	59,778	54,889
<i>INVER</i>	57,556	58,556

Tabla N°12: Medias obtenidas de los pacientes femeninos con dolor crónico y dolor agudo en las escalas suplementarias del MMPI-2.

Los resultados de las escalas suplementarias en pacientes femeninos con dolor crónico versus dolor agudo se muestran de manera gráfica a continuación:

Gráfico No.6: Comparación de medias en pacientes femeninos con dolor crónico vs. Dolor agudo.
representación del perfil obtenido en las escalas suplementarias.



En las escalas suplementarias se observa como ambos perfiles tienden a mostrar puntajes promedios, coincidiendo en algunas escalas, a pesar de que difieren en cuanto al puntaje total. Por su parte los pacientes con dolor crónico muestran puntajes por encima de la media en las escalas: EPS y Fp; mientras los pacientes con dolor agudo muestran puntajes promedios. Como se puede observar hay una diferencia apreciable en cuanto a las escalas EPS y Fp donde los pacientes con dolor crónico tienden a puntuar por encima de lo esperado, evidenciándose una tendencia de estos pacientes a presentar síntomas relacionados con el estrés consecuencia de algún trauma o situación difícil, así como cierta falta de concentración, mientras los pacientes con dolor agudo parecen no mostrar dichas dificultades, puntuando en el promedio bajo.

Gráficamente se puede evidenciar como los perfiles a pesar de poseer cierta similitud de orientación se muestran bastante diferentes, observándose en el perfil de los pacientes con dolor crónico una especie de V entre los puntajes de las escalas: R, Fyo y AMAC, una V invertida entre los puntajes en las escalas Rs, Dpr y GM y una triada de puntuaciones casi lineales en los puntajes de las escalas: EPK, EPS y Fp. Por su parte los pacientes con dolor agudo muestran una tendencia similar en sus escalas

mostrando una V en las escalas: Fyo, AMAC y HR, otra V en la tríada: Rs, Dpr y GM y una secuencia similar a la de los pacientes crónicos, pero con puntajes inferiores, en las escalas: EPK, EPS y Fp.

Por lo observado al comparar ambas escalas se hace evidente como al introducir la variable de cronicidad del dolor se generan cambios importantes en los pacientes en lo que respecta a sus características de personalidad, como se puntualizó los perfiles se muestran de manera muy similar, con tendencias semejantes en cuanto a la asociación de las subescalas, pero variando la elevación o puntuación de estas, donde las pacientes con dolor crónico muestran puntajes promedio mayores que las de dolor agudo.

Valoración de los puntajes escalares para los pacientes masculinos, con dolor crónico en contraste con los de dolor agudo:

A continuación se muestran los resultados obtenidos en las escalas básicas al comparar hombres con dolor crónico y con dolor agudo partiendo de los puntajes estandarizados del MMPI-2:

Escalas	Media dolor crónico	Media dolor agudo
L	57,167	61,28
F	63,5	55,714
K	40	51,857
Hs	62,5	61,857
D	62,33	53,7143
Hi	60,16	55,857
Dp	58,1667	55,429
Mf	49,33	40,2857
Pa	62,83	48,857
Pt	54,33	50,429
Es	55,83	60,285
Ma	53,1667	59,2857
Is	53,5	44,857

Tabla N°13: Medias obtenidas de los pacientes masculinos con dolor crónico y dolor agudo en las escalas básicas del MMPI-2

Los resultados gráficos de las escalas básicas son los siguientes:

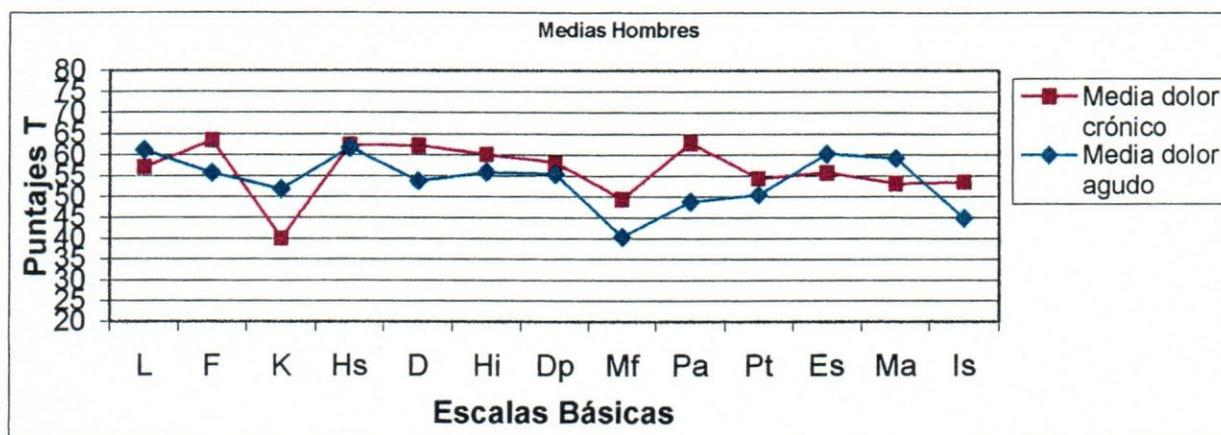


Gráfico N°7: Comparación de medias en pacientes masculinos con dolor crónico vs dolor agudo, representación del perfil obtenido en las escalas básicas.

En las escalas básicas los pacientes masculinos muestran puntajes promedios en ambos grupos, con perfiles poco dispares entre sí, en cuanto a los puntajes. Como se evidencia los pacientes masculinos en las escalas básicas no presentan un perfil que manifieste tendencias marcadas en ninguno de los dos casos. Se observan combinaciones en las subescalas, lo que habla de ciertos rasgos de personalidad específicos, en los pacientes masculinos crónicos presentan un puntaje mayor que los agudos en las escalas de F, D, Hi y Pa, lo que indicaría que los primeros presentan síntomas de depresión moderada, problemas en algún área de desenvolvimiento, ya sea esta laboral, de salud, así mismo se evidencian síntomas somáticos, una tendencia a centrarse en sí mismos, poca comprensión de la causa de sus problemas de salud y trastornos del sueño, suspicacia, actitud de reserva y desconfianza. Mientras por el contrario los pacientes agudos presentan una tendencia a mostrar un ajuste emocional adecuado, un buen funcionamiento en general, una actitud realista, lógica y abierta hacia lo emocional.

De igual forma se evidencia como los pacientes agudos en la subescala Es muestran un puntaje superior a lo mostrado en los pacientes crónicos, lo cual parece indicar que

los pacientes agudos presentan una tendencia a la alineación social y emocional, carencia de conocimientos y ciertas experiencias sensoriales irreales, sin llegar a ser este aspecto significativo, lo cual al ser comparado con el puntaje de pacientes crónicos podría hablar de que ante la experiencia de dolor los pacientes agudos no logran manejar adecuadamente sus experiencias y reacciones ante el mismo, mientras los pacientes crónicos logran estructurar su experiencia dentro de su marco conceptual, real y ajustado a la realidad.

Se evidencia en la gráfica que los perfiles tienden a mantenerse dentro de los límites esperados. En el perfil de los pacientes con dolor crónico se presenta una V en la tríada F, K y Hs, y en la tríada Dp, Mf y Pa, y una secuencia casi lineal en las subescalas: Pt, Es, Ma e Is, mientras que el perfil de los pacientes con dolor agudo muestra una tendencia a V en las escalas Dp, Mf y Pa.

Los resultados obtenidos en las escalas de contenido al comparar hombres con dolor crónico y con dolor agudo partiendo de los puntajes escalares, se muestran a continuación:

Escalas	Media dolor crónico	Media dolor agudo
ANS	67	54,1429
MIE	71,33	65,857
OBS	60,33	50,2857
DEP	61,33	54
SAU	66,167	60
DEL	62,1667	57,4286
ENJ	55,5	53
CIN	60,33	57,714
PAS	51,1667	53,857
PTA	63,667	52,57
BAE	60	50
ISO	51,167	45,857
FAM	67,667	52,857
DTR	57,667	45,714
RTR	55,667	51,42857

Tabla N°14: Medias obtenidas de los pacientes masculinos con dolor crónico y dolor agudo en las escalas de contenido del MMPI-2.

Estos resultados se muestran de manera gráfica a continuación

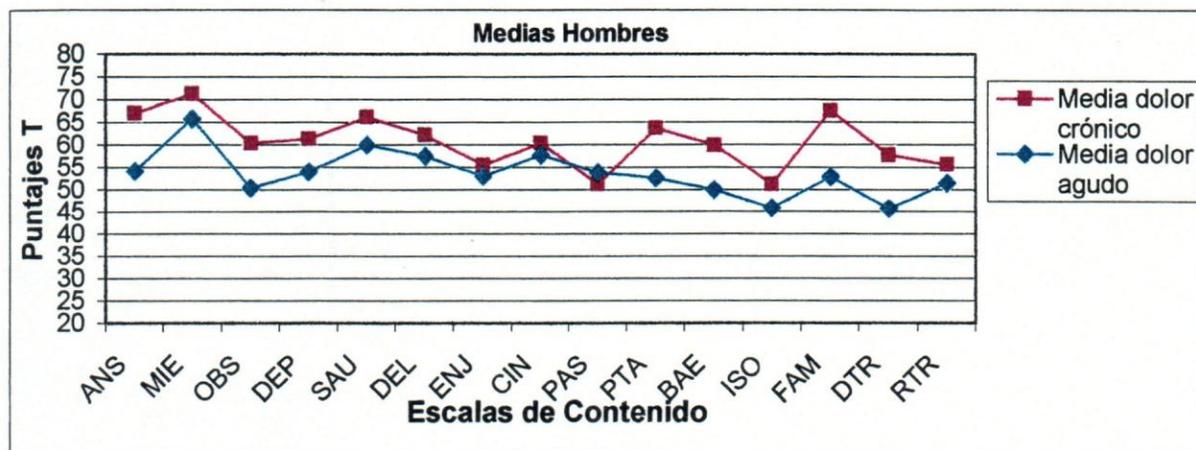


Gráfico N°8: Comparación de medias en pacientes masculinos con dolor crónico vs dolor agudo, representación del perfil obtenido en las escalas de contenido.

Los pacientes agudos presentan puntajes promedios en todas las subescalas por su parte los pacientes crónicos en las escalas de contenido muestran una tendencia a los puntajes promedios altos, donde sobresalen los puntajes en las subescalas: ANS, MIE, SAU y FAM, con puntuaciones que superan de los límites esperados, lo cual indicaría que estos pacientes presentan síntomas importantes de ansiedad, dificultades para dormir, tendencia a preocuparse en exceso, y dificultades de concentración; así como temores específicos, muestran síntomas físicos, preocupaciones importantes por su estado de salud o problemas corporales y problemas familiares importantes en la actualidad. Al observar los gráficos se puede evidenciar que ambas representaciones se distribuyen de manera muy semejante, aun cuando, los pacientes crónicos puntúan de forma más elevada que los pacientes agudos en la mayoría de las subescalas, lo cual se observa en casi todas las gráficas presentadas, evidenciándose una V invertida en ambas representaciones al tomar las tres primeras subescalas ANS, MIE y OBS, y en el caso de las subescalas ISO, FAM y DTR, mientras en los pacientes crónicos se observa una V en la tríada BAE, ISO y FAM y en los agudos una V en la tríada FAM, DTR y RTR.

En las escalas suplementarias se obtuvieron los siguientes resultados:

Escalas	Media dolor crónico	Media dolor agudo
A	60,667	49,143
R	49,667	50,143
Fyo	37	46,4286
AMAC	50,833	51,14286
HR	53	56,57
Do	52,5	52,857
Rs	46,667	50,57
Dpr	64,33	53,714
GM	41,1667	45,143
GF	50,667	44,4286
EPK	62	50
EPS	64,83	54,2857
Fp	64,83	61,2857
INVAR	53,1667	62,2857
INVER	60,833	58,1429

Tabla N°15: Medias obtenidas de los pacientes masculinos con dolor crónico y dolor agudo en las escalas suplementarias del MMPI-2.

Las escalas suplementarias en pacientes masculinos se muestran gráficamente a continuación:

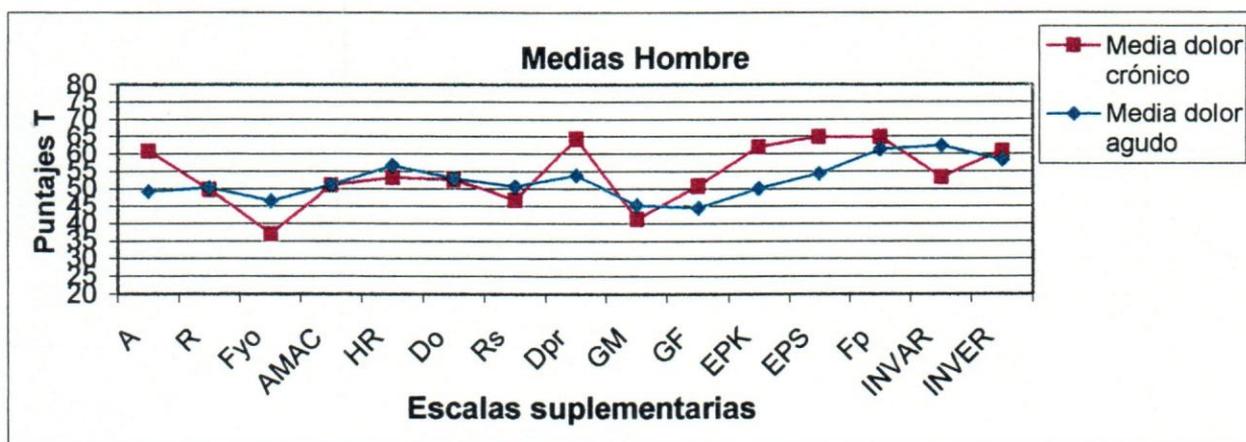


Gráfico N°9: Comparación de medias en pacientes masculinos con dolor crónico vs dolor agudo, representación del perfil obtenido en las escalas suplementarias.

En estas escalas los pacientes masculinos obtuvieron puntuaciones promedias y promedias bajas, en ambos grupos, mostrando perfiles que se mantienen dentro de los límites esperados, a pesar de esto, los pacientes crónicos mostraron una diferencia importante en la subescala A, Dpr, EPS, al compararse con los puntajes de los pacientes agudos, lo cual podría indicar una tendencia a la angustia y ansiedad, inconformidad y problemas emocionales, presentándose como personas más bien inhibidas, con control exagerado de sus impulsos, incapaces de tomar decisiones, inseguras y sumisas, poco adaptadas, generalmente ineficientes, pesimistas y angustiadas, así como con desórdenes emocionales importantes asociados a estrés, mientras que los pacientes agudos se muestran como sujetos adaptados.

Los puntajes en la subescala Fyo de los pacientes crónicos se evidencia bajo, lo cual sugiere que los pacientes presentan una tendencia a mostrarse inhibidos, con malestar físico y sentimientos de incapacidad para manejar la presión del ambiente, con ciertas dificultades para adaptarse a situaciones problemáticas y pobre concepto de si mismos. Gráficamente se observa una V en las escalas R, Fyo y AMAC y en la tríada conformada por las escalas Fp, INVAR e INVER, y una V invertida en las escalas: Rs, Dpr y GM, en el perfil de los pacientes crónicos, mientras que en el de los pacientes con dolor agudo se observa que este es casi lineal, con algunas variaciones por los puntajes más bajos, pero en general se mantiene casi constante a lo largo de las escalas, muestra una tendencia ascendente a lo largo de las escalas GF hasta llegar a la escala INVAR, donde logra el puntaje máximo.

Análisis de los datos obtenidos en la encuesta para pacientes con dolor:

Los pacientes fueron evaluados con la encuesta en lo que correspondía a sus datos demográficos, estado de salud física y mental, a su percepción sobre lo que consideraban había generado su estado de salud, medido en problemas a nivel laboral, familiar, social y personal; además de sus antecedentes personales y familiares. A continuación se muestran los resultados obtenidos en la encuesta aplicada:

	Mujeres	Hombres	Total
Dolor Crónico	9	6	15
Dolor Agudo	9	7	16
Total	18	13	31

Tabla N° 16: Población evaluada.

Edad	Frecuencia	Edo Civil.	Frecuencia	Grd. Instruc	Frecuencia
20 a 30	3	Soltero	6	Primaria	1
31 a 40	10	Concubino	2	Secundaria	2
41 a 50	7	Casado	17	Bachiller	7
51 a 60	6	Divorciado	6	TSU	1
61 a 75	5	Viudo	0	Universitaria	20

Tabla N° 17: Datos demográficos de los pacientes con dolor evaluados.

Como se puede observar en la tabla, la población tendía a distribuirse en su mayoría en pacientes femeninos de 31 a 60 años, solteros, casados o divorciados, con estudios de bachillerato o de nivel universitario. Se evidencia un mayor grupo de pacientes con dolor agudo, que con dolor crónico, por la menor incidencia de pacientes masculinos crónicos.

A continuación se observan los resultados en cuanto a las medidas subjetivas del dolor, los pacientes colocaron su consideración sobre su estado de salud en los diferentes momentos, con una valoración cualitativa de Muy mal, Mal, Bien y Muy bien y con una valoración cuantitativa o numérica a dicha cualidad que iba de 1 (Muy Bien) a 10 (Muy Mal). Dado que el objetivo de esta encuesta es lograr evaluar la valoración subjetiva del sujeto con respecto al dolor, se buscó que los puntajes mayores correspondieran a la mayor percepción del dolor, como los pacientes tenían libertad de colocar los puntajes donde consideraban adecuado se evaluó con puntajes de más 10 (+10) a menos 10 (-10) según fuese mayor percepción de dolor a menor percepción de dolor, de esta forma se mantiene la medida dada por el sujeto, pero se le coloca un signo positivo o negativo según se haya ubicado el puntaje, esto resulta al relacionar la valoración cualitativa y cuantitativa del sujeto. De esta forma se pueden estandarizar los

resultados dados por el sujeto sin transformar el puntaje reportado por el mismo, es decir, se mantiene su valoración pero se ubica según corresponda a un estado de mayor o menor percepción del dolor.

A continuación se observan los datos obtenidos al valorar la encuesta de pacientes con dolor, específicamente los resultados de los pacientes con dolor crónico se presentan a continuación:

Sujetos	Salud F, 24hrs	Salud F, 2sem	Salud F, mes	Salud F, año pasado
1	-5	5	-5	-5
2	-5	-5	-5	-5
3	-5	-5	-5	-5
4	9	8	8	7
5	-5	-5	-5	-5
6	-5	-5	7	9
14	-10	10	10	6
15	-1	-3	-1	-4
16	6	6	6	6
17	-5	8	7	-5
18	-5	7	7	-5
19	-5	-5	7	7
20	9	10	-1	10
21	-4	6	6	-4
22	6	6	6	6
Total	-5	38	42	13

Tabla N°18: Percepción del paciente con dolor crónico con respecto a su estado de salud física.

En los resultados obtenidos se observó que los pacientes con dolor crónico manifiestan percibir dolor la mayor parte del tiempo, a excepción de las últimas 24 horas, es decir, el día en que se evaluó al paciente este manifestó no sentir dolor, pero al preguntársele por las horas y días previos reportó poseer el dolor la mayor parte del tiempo, sintiendo manifestaciones físicas importantes.

De igual forma se evidenció como el dolor físico es percibido como mayor intensidad o más fuerte al referirse al mes pasado, mientras que su percepción es menor cuando reportan el padecimiento de las últimas dos semanas y aún menor al hablar del año pasado.

Al evaluar la percepción de salud física de los pacientes con dolor agudo se encontró:

Sujetos	Salud F, 24hrs	Salud F, 2sem	Salud F, mes	Salud F, año pasado
7	-5	-5	-5	5
8	5	10	-10	-5
9	-4	6	6	7
10	8	6	-5	5
11	-5	7	-5	-5
12	-5	-1	-1	-2
13	-5	-5	-5	-5
23	-5	-5	-5	-5
24	-5	-5	-5	-5
25	-10	8	6	6
26	-10	-10	-10	-10
27	-3	6	-4	-8
28	-4	-3	-3	-8
29	-1	8	-1	-1
30	-10	-10	-10	-10
31	-1	-5	-3	-2
Total	-60	2	-43	-60

Tabla N° 19: Percepción del paciente con dolor agudo con respecto a su estado de salud física.

Los pacientes con dolor agudo se perciben como de buena salud, a excepción de lo que corresponde a su estado en las últimas dos semanas, en donde tienden a responder que se han sentido mal o muy mal. En general reportaron no presentar molestias físicas la mayor parte del tiempo, esto podría deberse a que en mayor medida los pacientes evaluados presentaron su dolor justo en ese momento y es por esto que fueron atendidos, mientras que no presentan normalmente padecimientos de otra índole.

Los datos a continuación se refieren a la evaluación del estado de salud mental de los pacientes evaluados:

Sujetos	Salud M, 24hrs	Salud M, 2sem	Salud M, mes	Salud M, año pasado
1	-5	5	-5	-5
2	-5	-5	-5	-5
3	5	5	5	5
4	-2	-5	6	-5
5	-5	-5	-5	-5
6	6	-5	9	9
14	10	10	8	10
15	-1	-5	-5	8
16	-5	-5	-5	-5
17	-5	7	8	8
18	-5	4	-7	-7
19	10	7	7	-5
20	10	10	-10	10
21	6	6	6	6
22	-5	-5	-5	-5
Total	9	19	2	14

Tabla N°20: Percepción del paciente con dolor crónico con respecto a su estado de salud mental.

Los datos generados por los pacientes crónicos con respecto a su estado de salud mental indican que estos se perciben poco saludables a nivel psicológico, a pesar de que su manifestación es baja, al revisar las puntuaciones, se observa como se percibe el malestar en la respuesta del paciente, evidenciándose mayor malestar referido a las dos últimas semanas y al año pasado; mientras que aunque reportaron malestar en el momento de la evaluación éste es menor al sentido con respecto a las semanas anteriores, no así cuando se consulta sobre el mes pasado, donde la manifestación recoge menor intensidad en el padecimiento.

Sujetos	Salud M, 24hrs	Salud M, 2sem	Salud M, mes	Salud M, año pasado
7	-5	-5	-5	-5
8	5	10	-5	-5
9	-5	8	8	8
10	7	-3	-3	6
11	-5	-5	-5	-5
12	-1	-1	-1	-1
13	-5	-5	-5	-5
23	-5	-5	-5	-5
24	7	7	-5	-5
25	-3	-6	-6	-5
26	3	-10	-10	-10
27	-9	5	-4	-8
28	-9	-4	-4	-9
29	-1	-1	-1	-1
30	-10	-10	-5	-10
31	-2	-2	-2	-2
Total	-38	-27	-58	-62

Tabla Nº 21: Percepción del paciente con dolor agudo con respecto a su estado de salud mental.

Los pacientes con dolor agudo tienden a manifestar muy poco percepciones de enfermedad o padecimiento de malestar psicológico, no hay evidencia de presencia de este a lo largo de los reportes generales de los pacientes, aun cuando al tomar a los pacientes por separado se observa alguna manifestación de dolencia psíquica, como episodios de cierta tristeza, sensación de cansancio emocional, soledad, etc, pero esta no se observó al tomar a la generalidad de los pacientes con dolor agudo.

Los siguientes son los resultados obtenidos al preguntar sobre el padecimiento de algún tipo de problema relacionado con el dolor y la correspondencia de su estado actual de salud, con el estado de salud de hace un año.

Ss	Problemas	Laborales	Familiares	Sociales	Personales	Correspondencia
1	Si/ Menos seguro	No	No	No	Si/ Limitaciones, deporte	No
2	Si /Limitaciones flexión	No	No	No	Si/ Limitaciones Físicas	No
3	Si/ Minusválido	Si/ Minusválido	Si/ Dependencia	Si/ Perdida de relaciones	Si/ Autoestima	No/ Actual peor
4	Si/ Desidia, desanimo	Si /Incapacidad	Si/ Peleas	Si/ No salgo, me canso	Si/ humor, emoción	No/ no sales, no bailas, etc
5	No	No	No	No	No	Si
6	No	No	No	No	No	No/ mejor ahora
14	Si/ atraso, no levantar	Si/ no rinde, pérdida de interés	Si /no comparto, hablar	Si/ presa, no salgo, compart	Si/ prob. Sentar, baño	No/ cambio neg. Infeliz
15	Si/ no actividad, salir	Si/ no hacer nada, inútil	No	No/ salgo menos, salgo	Si/ Sexuales, desánimo	No/ no salir, compartir
16	Si/ angustia, incert dolor	No	Si/ falta apoyo	Si/ Limitac. visitas	Si/ preocupac, gastos	No/ Limitac. de movimiento
17	Si/ sensible, incomod.	No	Si/ mal humor, irrit. roces	No	Si/ pérdida autoatencion	No/ cambio emocional
18	No/ mejoría	No	Si/ no me molesten	No/ mayor integrac	Si/ todo molesta, irritab	No/ igual
19	Si/ prob. Caminar, subir	Si/ desmotivada para ir	Si/ mal humor	Si/ pérdida interés	Si/ tristeza, mal humor	No/ Limitac. por dolor
20	Si/ rabia, impotencia	Si/ dis. eficiencia	No/ mejor, más cariño	No/+amable, callada	Si/ no oigo, nuevo =, trist	No/ probl. Memoria
21	Si/ Limitac. física, irritab	Si/ no activ antes	Si/ activ no puedo	Si/ aerob no	Si/ canso + frec	No
22	Si/ ansiedad, ttn sueño	No	No	Si/ no partic reuniones	Si/ ansie, cans, inquietud	No/ sin dolor
Total	12 Sí / 3 No	7 Sí / 8 No	8 Sí / 7 No	7 Sí / 8 No	13 Sí / 2 No	14 No / 1 Sí

Tabla Nº 22: Percepción del paciente con dolor crónico de problemas padecidos producto del dolor.

Como se observa en los datos anteriores, al preguntársele a los pacientes crónicos que si consideraban que su estado de salud le había generado algún tipo de problema, estos refieren que sí en su mayoría (80%), mientras que al pedirles que especifiquen que tipo de problemas han padecido un poco más de la mitad (53,3%) refiere que problemas familiares, por su parte menos de la mitad refiere problemas laborales y sociales (46,7%). Al preguntársele por problemas personales casi todos los pacientes

reportaron padecerlos (86,6 %) y de igual forma respondieron al preguntarles si su estado actual corresponde con su estado anterior a la presencia del dolor, en su gran mayoría (93,4%) respondieron que no, que anteriormente se encontraban mejor.

Gatchel (2000) cuando analiza su modelo refiere que la forma de las dificultades que presentan los pacientes cuando pasan de dolor subagudo a crónico depende primariamente de su personalidad premórbida y de las características psicológicas individuales, así como de las condiciones socioeconómicas y ambientales. Dice que esta interacción de factores físicos y psicológicos hacen que aparezca el estadio 3 o estadio crónico y es aquí donde acepta su rol de enfermo, muchas veces los pacientes se escudan con este rol y se excusan de sus responsabilidades y obligaciones sociales, lo cual sirve para reforzar y mantener el rol de enfermo.

Ss	Problemas	Laborales	Familiares	Sociales	Personales	Correspondencia
7	Si/ dif. Trabajos, dolores	Si/ agilidad disminuida	No	Si/ dolores al pararse	Si/ dolor al moverse	No/ abuso de condic. fisica
8	Si/ alimentación	No	Si/ dependencia	Si/ Incapacidad	Si/ ansiedad, dolor	No
9	Si/ no puedo viajar	Si/ Limitac. Activ.	No	No	Si/ temor, incertidumbre	Si
10	Si	Si/ Disminuc. Capacidad	Si/preocupación	No	Si/ Preocupación	No/ mejor antes
11	Si/ caminar, ejerc, Trab	Si/ no puedo trab	No	No	No	Si
12	No	No	No	No	No	No/ dific. Para hacer cosas
13	No	No	No	No	No	Si
23	No	No	No	No	No	No
24	Si/ dolor vientre	Si/ no ir trab	No	Si/ asistir a reuniones	No	No/ mejor ahora
25	No	Si/ limitac., angustia	No	Si/ Limitac., angustia	Si/ no soy yo	No/ Limitac., embarazo
26	No	No	No	No	No	Si
27	No	No	No	No	No	No/ aborto-depresión
28	Si/ reposo	Si/ reposo	No	No	Si/ angustia	No/ aborto-depresión
29	Si/ cansanc, aum peso	No	No	No	No	No/ peor, más seguido dolor
30	No	No	No	No	No	Si

31	No	No	No	No	No	Si
Total	8 Sí / 8 No	7 Sí / 9 No	2 Sí / 14 No	4 Sí / 12 No	6 Sí / 10 No	6 Sí / 10 No

Tabla Nº 23: Percepción del paciente con dolor agudo de problemas padecidos producto del dolor.

Por su parte al preguntársele a los pacientes con dolor agudo que si consideraban que su estado de salud le había generado algún tipo de problema, la mitad refirieron que sí (50%), mientras que la otra mitad reconoció no haber padecido ningún problema por el dolor. Al pedirles que especifiquen qué tipo de problemas han padecido la mayoría refirió no haber padecido problemas familiares (87,5%), por su parte un poco menos de la mitad de los pacientes reportó padecer problemas laborales (43,8%), mientras que el 37,5% reportó padecer problemas personales y solo un reducido grupo (25%) refirió padecer problemas sociales. Por otra parte, cuando se preguntó por su estado actual de salud con respecto a su estado anterior a la presencia del dolor, un poco más de la mitad (62,5%) respondió que no se corresponde que anteriormente se encontraban mejor o que actualmente se encuentran mejor, mientras un (37,5%) consideró que si se corresponde con su estado premórbido.

En lo que respecta a los antecedentes personales y familiares de los pacientes se encuentran los siguientes resultados:

Ss	Enf. Física	Enf. Mental	Enf. F/ Dif. Actual	Enf. M/ Dif. Actual
1	Sí/ Hijo	No	Sí/ Hemorroides	No
2	Sí/Osteoporosis	Sí/ Manía	No	No
3	No	No	No	Sí/ Alcoholismo
4	Sí/Http, Card, Diabetes	No	Sí/Vesícula	No
5	Sí/ Artritis	No	No	No
6	Sí/Cáncer, Htp, Diabetes	No	No	No
14	Si/enf.renal.http,diab,colum	Si/psicosis	Si/accidente	Si/convulsiones
15	Si/ins.res,reumatismo,leuc	No	No	Si/actualm depresión
16	No	No	Si/faringotraquitis	Si/depresión
17	Si/cáncer, Acv	No	No	Si/depresión
18	Si/cáncer	No	No	Si/ataques pánico
19	Si/corazón, ACV,HTA	Si/psicopatía	Si/cáncer útero	No
20	Si/HTTP,Infarto, prob hueso	No	Si/Incontinencia	No
21	Si/enf. Pulmonar	No	No	No
22	Si/Hernia discal	No	Si/asma, encefal,abdo.	No
Total	13 Sí / 2 No	3 Sí / 12 No	7 Sí / 8 No	6 Sí / 9 No

Tabla Nº 24: Antecedentes personales y familiares del paciente con dolor crónico.

Los pacientes crónicos en su gran mayoría reportaron poseer antecedentes familiares de problemas de salud físicos (86,6%), mientras que pocos señalaron antecedentes de enfermedad mental en la familia (20%), por su parte en lo referente al padecimiento de otras enfermedades físicas distintas al dolor, un poco más de la mitad de los pacientes (53,3%) manifestó no poseer o haber padecido de alguna enfermedad y menos si se trata de padecimientos psicológicos o psiquiátricos, donde sólo un 40% reportó haber padecido algún tipo de enfermedad mental.

Ss	Enf. Física	Enf. Mental	Enf. F/Dif. Actual	Enf. M/ Dif. Actual
7	No	No	No	No
8	Si/ Hemorroides	No	Si/ P.estomacales, http	No
9	No	No	Si/ Vesícula, próstata, gast	No
10	Si/ Diabetes, Card, Columna	Si/ Demencia Senil	Si/ Amigdalitis	No
11	Si /Diabetes, http	No	Si/ http, Card, broncomonia	No
12	No	No	Si/ Toxoplasmosis	No
13	Si/ vesícula	No	No	No
23	No	No	Si/ Desp column lumb	No
24	Si/ asma, efisema pulmonar	No	Si/ Laberintitis	No
25	No	No	No	No
26	Si/ HTA, diabetes	Si/ alcoholismo	Si/ eritema nudoso	No
27	No	No	Si/ curetaje	Si/ depresión
28	Si/ diabetes	No	No	No
29	Si/ diabetes, cáncer	Si/ RM	Si/ adherencias Hígado	Si/ depresión, ansiedad
30	No	Si/ Depresión M	Si/ Mastectomía	Si/ depresión
31	Si/ micoma	No	No	No
Total	9Sí / 7 No	4 Sí / 12 No	11 Sí / 5 No	3 Sí / 13 No

Tabla Nº 25: Antecedentes personales y familiares del paciente con dolor agudo.

Al analizar los datos aportados por los pacientes con dolor agudo se observó como un poco más de la mitad (56,3%) reportó antecedentes familiares de enfermedad física, mientras un pequeño grupo (25%) refirió antecedentes de enfermedad mental, en su mayoría (75%) los pacientes afirmaron haber padecido o padecer alguna enfermedad física, mientras que tan sólo un 18,75% manifestó haber padecido o padecer alguna enfermedad mental.

A partir de estos datos se puede concluir que en general los pacientes con dolor muestran antecedentes de enfermedad física o haber presentado alguna enfermedad anterior o diferente al dolor actual, mientras que a lo que se refiere a la enfermedad mental, los pacientes muestran una tendencia a no manifestar problemas psicológicos o antecedentes de estos, a pesar de que se refería a cualquier dolencia o padecimiento de síntomas psicológicos importantes, lo cual no parece corresponderse con los datos aportados por la prueba de personalidad aplicada, indicando que en términos generales los pacientes tienden a negar o a no manifestar estos padecimientos por minimizarlos o considerar que no deben ser informados a menos que generen una dolencia tan importante como para ser tratados por un especialista.

Conclusiones

La mayoría de la población evaluada fueron pacientes con edades comprendidas entre 31 a 60 años, solteros, casados o divorciados, con estudios de bachillerato o de nivel universitario. Se evidenció un mayor grupo de pacientes con dolor agudo, que con dolor crónico, mayor cantidad de mujeres que hombres, todo lo cual se debió a las dificultades de acceder a pacientes masculinos crónicos, por su menor incidencia o por su poca búsqueda de ayuda.

Al evaluar los puntajes *t* de Student de diferencia de muestras independientes en pacientes masculinos, se observaron diferencias significativas en varias subescalas, lo que hizo suponer que los pacientes masculinos con dolor crónico tienden a mostrarse mejor de cómo están actualmente, minimizando su patología física o psicológica, presentan problemas significativos en lo referente al área familiar, laboral y social y tienden a preocuparse y angustiarse en exceso, por su parte los pacientes con dolor agudo no muestran características de personalidad distintivas en su análisis, se mantienen según lo esperado.

Cuando se realizó el análisis de *t* de Student se evidenció que las pacientes femeninas con dolor crónico evaluadas tienden a dar respuestas que sugieren conductas de negación y defensa ante los cambios internos de enfermedad, muestran quejas importantes sobre su estado de salud, en ocasiones pueden manifestar rechazo ante las normas sociales y pérdida de apego a la realidad, presentando ideas delirantes o suspicaces, así como síntomas de depresión y angustia importantes, que cargan su estado de salud de manera significativa, mostrando síntomas causados o incrementados por estos estados de ánimo. Sensaciones de desesperanza, concepción pobre de sí mismas, dificultad en la toma de decisiones, dificultad para pedir o aceptar ayuda, problemas familiares, sociales y laborales importantes, dificultad para seguir tratamientos, entre otras.

Al comparar los resultados de ambas muestras, se observó como las mujeres presentan una mayor diferenciación dentro de las tres escalas del MMPI-2, que los

pacientes masculinos, lo cual hace suponer que la cronicidad del dolor genera cambios más significativos en mujeres, ya que estas parecen verse más afectadas al encontrarse con un padecimiento de dolor crónico, siendo pues de importancia el hecho que las mujeres ante los padecimientos a nivel físico muestran mayores cambios importantes de su personalidad, mientras los pacientes masculinos parecen generar mayor resistencia al cambio, esto no significa que estos no padecen el mismo tipo de enfermedad o dolor, sino que su tolerancia a este parece ser mayor y afectar menos sus características de personalidad o ser percibido de forma diferente que las pacientes femeninas, y esto es valorado cuando se trata de medir el dolor, pues este es considerado como una medida subjetiva dada por el mismo sujeto sobre su propio padecimiento.

En la valoración clínica de los puntajes escalares, se obtuvo que los pacientes con dolor crónico de la muestra utilizada presentan síntomas de preocupación excesiva por la salud, preocupación corporal general y tendencia a centrarse en sí mismos, así como síntomas depresivos y ansiosos importantes, tendencia a preocuparse y culparse en exceso, falta de concentración, además, problemas relacionados a miedos específicos o a fenómenos naturales, mientras que los pacientes de dolor agudo evaluados en general se muestran como personas equilibradas, adaptadas y con pocos problemas relacionados al malestar físico que presentan en el momento de la evaluación.

Aun cuando los diferentes estudios han indicado características diferenciales en ambos tipos de pacientes, en este caso específico no se evidencia la diferenciación de la que hablan los estudios, a pesar de que como se ha dicho, en general los pacientes con dolor crónico presentan un perfil más elevado en cuanto a las puntuaciones de las medias de las subescalas, lo cual indica que el dolor ha generado cambios en sus características de personalidad, estos cambios no pueden definirse claramente con estos resultados.

Por otra parte en los puntajes obtenidos en las escalas suplementarias se puede observar como los perfiles de ambos grupos tienden ser bajos predominantemente, los

pacientes con dolor crónico presentan una tendencia a la inhibición, malestares físicos y sentimientos de incapacidad para manejar la presión del ambiente, en estos pacientes se observa un estado de estrés significativo ante la pérdida real o imaginaria de las facultades físicas debidas a la enfermedad.

En el caso de las pacientes femeninas se encontró que las pacientes con dolor agudo presentan puntajes ajustados a la normalidad, lo que indicaría que en general estas pacientes no presentan problemas psicológicos importantes, mientras que en el caso de las pacientes femeninas con dolor crónico se observó la presencia de características relacionadas a dificultades o problemas a nivel psicológico, más específicamente se observó como tienden a mostrar preocupación excesiva por la salud, gran variedad de quejas a nivel somático, con una preocupación corporal general, síntomas depresivos y ansiosos importantes que tienden a negar, responsabilidad excesiva, culpabilidad, necesidades de afecto, malestar y abandono, inhibición de la agresión, alineación social, emocional y ciertas experiencias sensoriales irreales y falta de concentración, mientras los pacientes con dolor agudo presentan puntuaciones promedio bajas.

Por lo encontrado al comparar las escalas en pacientes femeninas se hace evidente como al introducir la variable de cronicidad del dolor se generan cambios importantes en los pacientes en lo que respecta a sus características de personalidad, dando información importante sobre el funcionamiento general de este tipo de pacientes.

Se puede suponer que la cronicidad del dolor incide en los pacientes, pero sin llegar a evidenciarse perfiles con picos o elevaciones significativas en los pacientes evaluados. Lo que pareciera indicar que en las escalas básicas los pacientes se diferencian al comparar el dolor pero no presentan indicios claros de ninguna patología en la prueba generada por la cronicidad del dolor, aun cuando manifiestan tendencias a presentar rasgos de personalidad distintos los pacientes entre si, por su parte los pacientes crónicos en la escala de contenido muestran una tendencia a los puntajes promedios altos, lo cual indicaría que estos pacientes presentan síntomas importantes de ansiedad, dificultades para dormir, tendencia a preocuparse en exceso, y dificultades

de concentración, temores específicos, preocupaciones importantes por su estado de salud o problemas corporales y problemas familiares importantes en la actualidad. En las escalas suplementarias los pacientes masculinos mostraron perfiles que se mantenían dentro de los límites esperados, a pesar de esto, los pacientes crónicos presentaron una tendencia a mostrarse inhibidos, con malestar físico y sentimientos de incapacidad para manejar la presión del ambiente, con ciertas dificultades para adaptarse a situaciones problemáticas y pobre concepto de sí mismos.

Como se pudo apreciar al evaluar separadamente los puntajes de los pacientes con dolor en función del género, las respuestas de los sujetos varían ampliamente cuando se separa la población con base en esta variable, los datos se muestran altamente dispares, lo que sugiere que la variable género es un factor importante cuando se analiza la cronicidad del dolor, las respuestas de las pacientes femeninas daban puntuaciones más significativas que el caso de los pacientes masculinos, lo cual indicaría, que en muchos casos, las puntuaciones de las pacientes femeninas estaban exacerbando la diferencia encontrada al comparar a los pacientes con dolor crónico con aquellos que padecían dolor agudo, en el primer análisis.

A pesar de que evidentemente la cronicidad del dolor incide en ambas muestras, en el caso de las pacientes femeninas esta se hace más marcada, generando perfiles altamente diferenciados de los perfiles de pacientes con dolor agudo, mientras en el caso de los pacientes masculinos, a pesar de encontrarse iguales diferenciaciones, estas resultaron menos evidentes, en la mayoría de los casos las puntuaciones se hallaban dentro de lo esperado, en término promedio o promedio alto. Lo cual hace suponer, que si se controla la variable género los resultados se hacen mas claros, y se puede llegar a obtener conclusiones más certeras en cuanto al estudio en cuestión.

En la encuesta se obtuvo, que al analizar la percepción de la salud física los pacientes con dolor crónico manifiestan percibir dolor intenso la mayor parte del tiempo, por su parte los pacientes con dolor agudo se perciben como de buena salud, a excepción de lo que corresponde a su estado en las últimas dos semanas. Mientras que al evaluar

su estado de salud mental los pacientes con dolor crónico se perciben poco saludables a nivel psicológico especialmente el referido a las dos últimas semanas y el año pasado, a pesar de que su percepción subjetiva es pobre con respecto a esto, los pacientes con dolor agudo tienden a manifestar muy pocas percepciones de enfermedad mental.

Al preguntarle a los pacientes con dolor crónico sobre si su estado de salud le había generado algún tipo de problema, estos refieren que sí en su mayoría, sobre todo en lo referido a problemas personales, de igual forma consideran que su estado actual de salud no corresponde con su estado anterior a la presencia del dolor. Mientras que los pacientes con dolor agudo refieren presentar algún o ningún problema debido a su estado de salud actual, al evaluar el tipo de problemas que han padecido la mayoría refiere problemas laborales, considerando que su estado de salud actual no se corresponde con el estado anterior a la presencia del dolor.

Los pacientes crónicos en su gran mayoría reportan poseer antecedentes familiares de problemas de salud físicos, mientras que en los pacientes agudos un poco más de la mitad reportan tenerlos. En lo que respecta a la enfermedad mental pocos pacientes crónicos reportan poseer antecedentes de enfermedad en la familia, mientras un pequeño grupo de pacientes agudos reportan poseerlo.

En lo referente al padecimiento de otras enfermedades físicas distintas al dolor, los pacientes crónicos manifiestan no poseer o haber padecido de alguna enfermedad y menos si se trata de padecimientos psicológicos o psiquiátricos, mientras que la mayoría de los pacientes agudos reportan haber padecido o padecer alguna enfermedad física, pero sólo un grupo reducido manifiesta haber padecido o padecer alguna enfermedad mental.

En términos generales la cronicidad del dolor incide en todas las esferas de la vida de los sujetos, a nivel personal es que más hace huella este padecimiento, poco a poco generando que las demás áreas y funciones de la vida del sujeto se deterioren. Los

pacientes con dolor crónico presentan gran variedad de problemas a nivel de físico, lo que incide indiscutiblemente en su calidad de vida, generando una menor satisfacción personal, familiar, social y en ocasiones hasta la pérdida del empleo por minusvalía. En estos casos los pacientes comienzan a sentir que pierden su independencia y autonomía, lo que directamente influye en su visión sobre el ambiente y los demás miembros de su círculo familiar y social.

Se hace evidente que la cronicidad del dolor es un factor que actúa sobre la persona generando cambios importantes en su personalidad, lo cual se ve reflejado en esta investigación, sobretodo en el caso de las mujeres, que perciben su padecimiento de manera más intensa e intratable, en general tanto mujeres como hombres ven mermada su salud y su condición previa de vida, generando sentimientos de minusvalía, pérdida de control sobre su ambiente, ya que sienten que han perdido el control de su propio cuerpo, así como un sin fin de preocupaciones físicas que se exacerban al no poder matizar el padecimiento con un tratamiento que les resulte efectivo.

Como se ha podido comprobar a lo largo de este estudio, los pacientes que presentan un dolor por un período de tiempo que supera los 6 meses comienzan a sentir cambios internos importantes, que se ven reflejados en sus respuestas en el inventario de personalidad MMPI-2, lo cual sugiere, como ya se ha dicho, que la cronicidad del dolor provoca variaciones percibidas y que se contrastan con aquellos cuyo dolor no se ha mantenido por larga data. En general los pacientes presentan síntomas de depresión, ansiedad, preocupaciones somáticas, pérdida de control de sí mismos, dificultades de adaptación, problemas en el ámbito social, familiar, personal y laboral, tendencias a presentar experiencias extrañas, quejas y síntomas somáticos, dificultades en el manejo de la tensión, problemas para dormir, concentrarse, etc., todo lo cual parece ser evidente cuando se evalúa un paciente que reporta no poder hacer o realizar las actividades por la intensidad del dolor que sienten.

Evidentemente el manejo de los problemas derivados de la cronicidad del dolor se hace claro, dado que si se actúa para prevenir los efectos que subyacen al padecimiento se pueden minimizar síntomas importantes como la depresión, la ansiedad y sus correlatos, así como síntomas de hipocondriasis, delirios o miedos referidos a la pérdida debida al padecimiento, por tanto el manejo de tratamientos psicológicos aunados a los médicos para el padecimiento del dolor, son de gran ayuda para el paciente.

Limitaciones y Recomendaciones:

Las dificultades que se encontraron en este trabajo son las relacionadas con la accesibilidad de la muestra, puesto que se trabajó con población hospitalaria y en muchos casos se evidenció que la incidencia de pacientes al departamento de Clínica del Dolor disminuye, por encontrarse estos pacientes en rehabilitación física. Por otro lado otra dificultad se encuentra en el tiempo de que disponían los pacientes de dolor para realizar el inventario, ya que muchos de ellos no pueden permanecer mucho tiempo sentados, por el mismo dolor que les genera el mantenerse en una misma posición, por lo cual se considera recomendable dotar a los pacientes de condiciones adecuadas para disminuir el riesgo de fatiga y padecimiento de dolor, por no encontrarse en un ambiente idóneo para su padecimiento.

Otro problema de accesibilidad es lo referente al género, se encontró un mayor número de pacientes femeninas que masculinos, lo cual se debió a que estas consultan más a los centros hospitalarios que los pacientes masculinos, los cuales aumentaron en número cuando se seleccionaban a los pacientes con dolor agudo, dado que al parecer los hombres tienden a asistir más a consulta por un dolor intenso, debido a algún accidente o daño situacional que a ser revisados o controlados por un dolor de larga data. De igual manera se considera recomendable trabajar con pacientes que no se encuentren hospitalizados, como fue el caso de los pacientes de dolor agudo en esta investigación, ya que por su condición resulta muy difícil manejar variables externas que pudiesen influir en la realización de la prueba, como es el caso de cierta medicación suministrada, el ambiente de constante interrupción de familiares y médicos tratantes, la necesidad de proveerles de mayor tiempo para la elaboración del inventario, dificultad para que aceptaran formar parte de la investigación, cierta pérdida de material por la no culminación de la prueba o que el paciente se la llevara por ser dado de alta o cambiado a otro departamento, entre otras.

Por otra parte, es recomendable realizar nuevos estudios, con un mayor número de pacientes, con la finalidad de corroborar los hallazgos encontrados e identificar si es

posible hallar algún perfil característico dentro de los pacientes con dolor crónico, lo cual permitiría una intervención más adecuada por parte de los médicos tratantes, pues a pesar de que se encontraron datos significativos de la influencia de la cronicidad del dolor estos no pueden ser generalizados por la magnitud de la muestra, más sí sirven para guiar futuras investigaciones sobre el tema.

De igual forma se considera pertinente el uso de instrumentos de recolección de información que ya se hayan investigado y adaptado para recabar datos sociodemográficos, así como para acceder a la información subjetiva del dolor, los cuales podrían generar información más detallada y consistente con lo que se pretende evaluar, en este caso, la variable percepción del dolor.

Igualmente se considera que se podría obtener mayor información si dentro del estudio se manejara la variable nivel socioeconómico, dado que las variables sociales y laborales influyen de manera muy importante en la calidad de vida del sujeto, por tanto si su nivel socioeconómico no le permite acceder a medios de tratamiento o disponer del tiempo para participar en ellos, es probable que su afección se transforme en un dolor crónico, por lo que poder conocer los condicionantes sociales que influyen en el desarrollo y mantenimiento de la dolencia es de claro interés, así como el uso de dicha variable para generar un grupo control o de comparación, de manera que se pueda corroborar si la percepción del dolor se mantiene de la misma manera en todos los estratos de la sociedad o es esta condición un factor de influencia para la comprensión de la percepción del dolor.

Burns, JW (2000). Pronostico de represión siguiendo un tratamiento multidisciplinario de dolor crónico. *PMID: 10849043 (PubMed- indexed for MEDLINE)*. *Health Psychol* 2000 Jan, 19 (1): 75-84. Department of Psychology, Finch University of Health Sciences, Chicago Medical School, North Chicago, Illinois 60064, USA. burnsj@finchcms.edu

Cabrera, G. Bastías Silva, G y Márquez C, P. (1994) "Magnitud de la enfermedad crónica en Chile". *Boletín escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile* 1994; 23: 35-40. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletín>.

Cruces Prado, L. (2001) "Cuidados paliativos. Reflexiones sobre el dolor". Octubre de 2001, paliativos.com.2000-2002.

Dagnino, J (1994). "Definiciones y clasificaciones del dolor". *Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile* 1994; 23: 148-15. Departamento de Anestesiología, Santiago de Chile, Chile.

Deardorff, W (2000). "MMPI-2 y dolor crónico". En Gatchel, Robert J. (Ed); Weisberg, James N. (Ed). *Personality characteristics of patients with pain*. (pp. 109-125). Washington, DC, US: American Psychological Association (2000) xii, 311 pp.

Deardorff, WW. Chino, AF y Scott Dw (1993) "Características de los pacientes con dolor crónico: análisis del MMPI-2". *PMID: 8118088 (PubMed – indexed for MEDLINE)*: *Pain* 1993 Aug; 54 (2): 153-8. West Coast Spine Institute, Los Angeles, CA 90035.

Dickens, C, Malcolm J y Creed, F (2001). "Correlatos psicológicos de la conducta de dolor en pacientes con dolor bajo de espalda crónico". *Psychosomatics* 2001 Jan-Feb : 43(1):42-48. Received March 30, 2001;

revised September 18, 2001; accepted September 24, 2001. From the Department of Psychiatry, Manchester University, United Kingdom. cdickens@man.ac.uk.

Dubois, M. La medicina del dolor ya es una realidad. (2001). *Revista de la sociedad española del dolor*, vol. 8, España, Enero – Febrero. Dir. Programa del dolor. New York University Medical Center, New York, E.E.U.U. 2000 – 2002.

Fava, GA. Pilowsky, I. Pierfederici A, Bernardi M y Pathak., D (1982) *PMID: 6714666 (PubMed – indexed for MEDLINE)*. *Psychother Psychosom* 1982; 38 (1): 141-53.

Fisher, B. Haythornwaite, J. Heinberg, L.J. Clark, M. Reed. (2001). Intento de suicidio en pacientes con dolor crónico, *Saludpublica.com*: Octubre 16, 2001, Pain 89, Baltimore, Estados Unidos.

Gatchel, R. J. (2000). *Pain management*. Washington, DC: American Psychological Association

Gatchel, R. J. (Ed); Weisberg, J. N. (Ed). *Personality characteristics of patients with pain*. (pp. 241-257). Washington, DC, US: American Psychological Association (2000) xii, 311 pp.

Glenn, DM. Beckham, JC. Sampson, WS, Feldman, Me. Hertzberg MA y Moore SD (2002). "Perfiles del MMPI-2 en veteranos de combate del Golfo y Vietnam con desorden de estrés postraumático crónico". *PMID: 11936206 (PubMed – in process)*: *J Clin Psychol* 2002 Apr; 58 (4): 371 – 8. University of North Carolina, John Umstead Hospital, Durham Veterans Affairs Medical Center, NC 27705, USA.

Goldman, B. (2000). Entrevista realizada al Dr. Goldman, Dir y médico de Rehabilitación Ambulatoria y Salud Ocupacional en el Centro Health One of Denver, Colorado, 10 de Julio.

González Carmona, F. (1999). ¿Es el dolor crónico un problema psiquiátrico aún no clasificado? La fibromalgia. *Revista electrónica de psiquiatría*, vol. 3, Nº 3, Septiembre 1999 ISSN 1137-3148. Servicio Andaluz de Salud. Centro de Salud Poniente Norte, Córdoba (España).

González, A. y Ferrer, M (1996) *Esclerosis múltiple y esclerosis lateral amiotrófica*. Actualizaciones en esclerosis múltiple y esclerosis lateral amiotrófica. Madrid: Draft Editores, S.A.

Hathaway y McKinley, J.C. (1994) Manual para la aplicación y calificación del MMPI-2. Ed. McGraw Hill. D.F., México.

Idoate García, V.M. (1997) ANALES: *Sistema Sanitario de Navarra*, Edita: Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Vol 20, Nº 3, Septiembre – Diciembre.

International Association for the Study of Pain, Classification of Chronic Pain, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy, edited by H. Merskey and Bogduk, IASP Press, Seattle, © 1994, pp. 209-214.

Jiménez, J. D. (2002) "Dolor y cáncer, Significados y definición". República Dominicana. Ed. Revista

Kaplan, M (2000) *Chronic Neuroimmune Diseases information on CFS, FM, MCS, Lyme Disease, Thyroid, and more...*Last updated February 27, 2004. The MMPI-2 Chronic Fatigue Syndrome Profile Linda Miller-Iger, PhD. The Chronic

Fatigue Syndrome Institute, Anaheim Hills CA. Originally published in the *CFIDS Chronicle*, 1992.

Katón, W. Egan, K y Millar D (1982). "Dolor crónico: Tiempo de vida de los diagnósticos psiquiátricos e historia familiar". *Am J Psychiatry* 1982; 139:1549-1557. Copyright © 1982 by American Psychiatric Association.

Kerlinger, F. (1988). *Investigación del comportamiento*. Segunda edición, Mc Graw-Hill, México.

Kosturek, A. Robert, MD. Gregory, MD. Anthony, J. Sousou, BA y Trief, P, (1998). "Alexitimia y la amplificación somática en el dolor crónico". *Psychosomatics* 39:399-404, October 1998 © 1998 *The Academy of Psychiatric Medicine*. Received November 12, 1997; February 6, 1998; accepted February 11, 1998. From the Department of Psychiatry, the State University of New York (SUNY) Health Science Center, Syracuse, New York.

Kramlinger, KG. Swanson, DW y Maruta, T (1983). "Están los pacientes con dolor crónico deprimidos?". *PMID: 3471780 (PubMed – indexed for MEDLINE): Am J Psychiatry* 1983 Jun; 140 (6):747-9.

Kvale, A. Ellersten, B y Skouen, JS. (2001), "Relación entre hallazgos físicos (GPE-78) y perfiles psicológicos (MMPI-2) en pacientes con dolor musculoesquelético de larga data". *PMID: 11790905 (PubMed – indexed for MEDLINE) Nord J Psychiatry* 2001; 55 (3): 177-84. Section of Physiotherapy Science, Faculty of Medicine, University of Bergen, Ulriksdal 8c, NO-5009 Bergen, Norway.

Lumley, MA. Asselin, LA y Norman, S (1997). "Alexitimia en pacientes con dolor crónico". *PMID: 9330237 (PubMed – indexed for MEDLINE)1: Compr*

Psychiatry 1997 May – Jun; 38 (3): 160-5. Department of Psychology, Wayne State University, Detroit, MI 48202, USA.

Maruta, T. Swanson, DW y Swenson, WM (1976). "Pacientes con dolor bajo de espalda en población psiquiátrica". PMID: 6841 (*PubMed – indexed for MEDLINE*): *Mayo Clin Proc* 1976 Jan; 51 (1): 57-61.

Maruta, T. Y Swanson, DW (1977). "Consulta psiquiátrica en pacientes con dolor crónico". PMID: 643301 (*PubMed – indexed for MEDLINE*): *Mayo Clin Proc* 1977 Dec; 52 (12): 793-6.

McGrath, RE. Sweeney, M. O'Malley, WB y Carlton, TK (1998). "Contribución de la identificación psicológica de las quejas de dolor crónico en el MMPI-2: rol de la escala K". PMID: 9874012 (*Pub Med – indexed for MEDLINE*): *J Pers Assess* 1998 Jun; 70 (3): 448-59. School of Psychology, Fairleigh Dickinson University, USA.

Meana, M. Yitzchak, M. Binik, M, Khalife, S y Cohen, D (1999). "Correlatos psicosociales de la atribución del dolor en mujeres con dispaurenia". *Psychosomatics* 40: 497-502, December 1999 © 1999 *The Academy of Psychosomatic Medicine*. Received August 14, 1998; accepted January 20, 1999. From the University of Nevada, Las Vegas; and McGill University and the Royal Victoria Hospital, Montreal, Quebec, Canada. meana@nevada.edu.

Methodist Health Care System (2001- 2002). El dolor crónico. Houston, Tx.

Miaskowski, C. (1.997) Women and Pain. *Critical care nursing Clinics of North America*. 9 (4), 453-458

Miller, RJ y Hafner, RJ (1996). "Visitas médicas y la disfunción psicológica en el dolor crónico de la parte inferior de la espalda". *Annu. Rev. Psicol.* 1996.

47: 87-111. Dibden Research Unit, Glenside Hospital, Eastwood, South Australia.

Mogil, J.S. (1999) *The genetic mediation of individual differences in sensitivity to pain and its inhibition*. PNASOnline; Vol. 96, Issue 14, 7744-7751, July 6, 1999. Department of Psychology and Neuroscience Program, University of Illinois at Urbana-Champaign, Champaign, IL 61820.

Molinero, L (1998). Cuestionarios de Salud. Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión, Immolinero@alceingenieria.com, Febrero.

Mongini, F. Ibertis, F. Barbalonga, E y Raviola, F (2000), "Perfiles MMPI-2 en dolores crónicos de cabeza diario y su relación con los niveles de ansiedad y los síntomas concomitantes". *PMID: 10860166 (PubMed – indexed for MEDLINE): Headache 2000 Jun; 40 (6): 466-72*. Department of Clinical Pathophysiology, Section for Pathophysiology of Headache and Facial Pain, University of Turin, Italy.

Moulie Franchi, Ch. Rodríguez, E. y Morabito, L. (2003) *Rasgos de personalidad en pacientes femeninas con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico*. Archivos de Reumatología, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela. www.bibliomed.org.ve/reumatologia/reu9200art6

Muñoz Herrera, E. (2001) Dolor crónico en pacientes reumáticos: evaluación y tratamiento. *Psicología del dolor*. Unidad de Psicobiología, Escuela de Psicología, Universidad Diego Portales, Chile.

Pilowsky, I. Chapman, CR y Bonica, JJ (1977). "Dolor, depresión y conducta enferma en población con dolor clínico". *PMID: 659852 (PubMed – indexed for MEDLINE): Pain 1977 Dec; 4 (2): 183-92*.

Pilowsky, I y Spence, ND (1976) "Síndrome de la conducta enferma asociada con el dolor intratable". *PMID: 1026899 (PubMed – indexed for MEDLINE): Pain 1976 Mar; 2 (1): 61-71.*

Pilowsky, I. Crettenden, I y Townley, M, (1985). "Problemas para dormir en pacientes con dolor crónico". *PMID:8065802 (PubMed – indexed for MEDLINE)1: Pain 1985 Sep; 23 (1): 27-33.*

Pilowsky, I y Katsikitis, M (1994). "Clasificación de la conducta enferma en pacientes con dolor clínico". *PMID: 8623075 (PubMed – indexed for MEDLINE)1: Pain 1994 Apr; 57 (1): 91-4.* Department of Psychiatry, University of Adelaide, Australia.

Riley, JL 3rd. Robinson, ME. Geisser, ME y Wittmer, VT (1993). "Análisis de grupos multivariados del MMPI-2 en pacientes con dolor bajo de espalda" . *PMID: 7670212 (PubMed – indexed for: Hegel MT, Ahles TA. Appropriateness of the MMPI-2 in the psychological assessment of chronic pain patients. J Pain Symptom Manage. 1994 Jan; 9 (1): 1-2. Review. Clin J Pain 1993 Dec; 9 (4): 248-52.* Department of Clinical and Health Psychology, University of Florida, Gainesville 32610-0165.

Robert, J, Gregory, MD, Manning, J y Berry, S (2000). "Localización del dolor y características psicológicas de pacientes con dolor crónico". *Psychosomatics 41:216-220, June 2000 © 2000 The Academy of Psychosomatic Medicine.* Received June 3, 1999; revised August 24, 1999; accepted September 29, 1999. From the Department of Psychiatry, SUNY Upstate Medical University, 750 East Adams Street, Syracuse, NY 13210.

Robinson, R, 2000, En Gatchel, Robert J. (Ed); Weisberg, James N. (Ed). *Personality characteristics of patients with pain.* (pp. 37-58). Washington, DC, US: American Psychological Association (2000) xii, 311 pp.

Rodgers, C, Leving, L, Robeson, M y Kunkel, J (2000). "Dolor e inhabilidad en familias de pacientes con dolor crónico no canceroso". *Psychosomatics* 41: 216-220, June 2000 © 2000 The Academy of Psychosomatic Medicine. Department of Psychiatric and Human Behavior, Jefferson Medical College, Philadelphia, PA 19107-5004, USA.

Sánchez, M (2001). "Cinco millones de españoles sufren dolor crónico...". *Artículo de internet sobre la situación de España con respecto a los pacientes con dolor*. Noviembre 20, 2001.

Seguel Lizama, M. (1994) Evaluación y tratamiento psiquiátrico del dolor crónico. *Boletín Esc. De Medicina, P. Universidad Católica de Chile* 1994; 23: 190-192. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletín>.

Sepúlveda, D. (1994) *Definiciones y clasificaciones del dolor*. *Boletín Esc. De Medicina, P. Universidad Católica de Chile* 1994; 23: 190-192. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletín>.

Swanson, DW (1990). "Dolor crónico como la tercera emoción patológica". *Pain* 1990 Apr; 41 (1): 47-53.

Swanson DW y Maruta, T (1980). "Quejas de los pacientes con dolor extremo". *PMID: 7230895 (PubMed – indexed for MEDLINE): Mayo Clinic Proc* 1980 Sep; 55 (9): 563-6.

Swanson, DW, Swenson WM, Maruta, T y Floreen, AC (1978). "Insatisfacción del paciente con dolor crónico". *PMID: 643301 (PubMed-indexed for MEDLINE): Mayo Clin Proc* 1977 Dec; 52 (12): 793-6.

Taylor, M (2000) "Valoración psicológica de pacientes con experiencias de dolor crónico", *The Pain Clinic Manual, Second Edition*, edited by Stephen E. Abram and J. David Haddox. Lippincott Williams y Wilkins, Philadelphia, © 2000.

Torrecillas Rojas, L. (2001) Funciones de enfermería en los cuidados y tratamiento del dolor. *Evaluación y control del dolor. Escalas de valoración*. Art. Publicado en II Congreso Virtual de Psiquiatría. [Torrecillas.shtml](#)

Torregrosa Zúñiga, S, y Bugedo Terraza, G. (1994) Medición del dolor. Profesores auxiliares de Anestesiología. Departamento de Anestesiología. Boletín Esc. De Medicina, P. Universidad Católica de Chile; 23: 155-158. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletín>.

Vendrig, A (1999) en "Factores de pronóstico y cambios relativos de tratamiento asociados con tratamientos multimodales de dolor de espalda crónico para el regreso del paciente al trabajo". *PMID: 10711590 (PubMed – indexed for MEDLINE): J Beba Med 1999 Jun; 22 (3): 217-32*. Rug AdviesCentra Nederland, Zeist, The Netherlands. vendrig@rac-zeist.nl.

Vendrig, A. Derksen, J y de Mey, HR, (2000). "La personalidad psicopatológica 5 (PSY-5) del MMPI-2 y la predicción de resultados de tratamiento en pacientes con dolor crónico de espalda". *PMID: 11745589 (PubMed – indexed for MEDLINE): J Pers Assess 2000 Jun; 74 (3): 423-38*. Rug AdviesCentra Nederland, Zeist, The Netherlands. vendrig@rac-zeist.nl.

Walker, EA, Katón, WJ, Hansom, J, Harrop-Griffiths, J, Holm, L, Jones, ML, Hickok, LR, y Russo, J (1991). "Diagnóstico psiquiátrico y la victimización sexual en mujeres con dolor pélvico crónico". *Psychosomatics 1991; 32: 309-316*. Copyright © 1991 by Academy of Psychosomatic Medicine. Department

of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington, Seattle 98195, USA.

Walker, EA, Katon, WJ, Neraas, K , Jemelka, RP y Massot D, (1992) "Disociación en mujeres con dolor pélvico crónico". *Am J Psychiatry* 1992; 149: 534-537. Copyright 1992 by American Psychiatric Association. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington 98195.

ANEXO A

Encuesta para pacientes con dolor:

1. Nombre: _____ Dx: _____
2. Edad: _____
3. Estado Civil: _____
4. Grado de Instrucción: _____
5. Profesión: _____
6. Lugar donde vive: _____
7. Tipo de Vivienda: _____

Estado Actual:

8. *Cómo se ha sentido físicamente en las últimas 24 horas? En una escala del 1 al 10, donde 1 es Muy Bien y 10 es Muy Mal, ¿dónde se ubicaría?.*
Muy Mal ___ Mal ___ Bien ___ Muy Bien ___
9. *Cómo se ha sentido físicamente en las últimas dos semanas? En una escala del 1 al 10, donde 1 es Muy Bien y 10 es Muy Mal, ¿dónde se ubicaría?.*
Muy Mal ___ Mal ___ Bien ___ Muy Bien ___
10. *Cómo se ha sentido físicamente este mes? En una escala del 1 al 10, donde 1 es Muy Bien y 10 es Muy Mal, ¿dónde se ubicaría?.*
Muy Mal ___ Mal ___ Bien ___ Muy Bien ___
11. *Cómo se siente físicamente con respecto al año pasado? En una escala del 1 al 10, donde 1 es Muy Bien y 10 es Muy Mal, ¿dónde se ubicaría?.*
Muy Mal ___ Mal ___ Bien ___ Muy Bien ___
12. *Cómo se ha sentido emocionalmente en las últimas 24 horas? En una escala del 1 al 10, donde 1 es Muy Bien y 10 es Muy Mal, ¿dónde se ubicaría?.*
Muy Mal ___ Mal ___ Bien ___ Muy Bien ___
13. *Cómo se ha sentido emocionalmente en las últimas dos semanas? En una escala del 1 al 10, donde 1 es Muy Bien y 10 es Muy Mal, ¿dónde se ubicaría?.*
Muy Mal ___ Mal ___ Bien ___ Muy Bien ___
14. *Cómo se ha sentido emocionalmente este mes? En una escala del 1 al 10, donde 1 es Muy Bien y 10 es Muy Mal, ¿dónde se ubicaría?.*
Muy Mal ___ Mal ___ Bien ___ Muy Bien ___
15. *Cómo se siente a nivel emocional con respecto al año pasado? En una escala del 1 al 10, donde 1 es Muy Bien y 10 es Muy Mal, ¿dónde se ubicaría?.*
Muy Mal ___ Mal ___ Bien ___ Muy Bien ___

16. Considera que su estado actual de salud le ha generado algún tipo de problema?

Sí ___ No ___, Cuál y Por qué? _____

17. Considera que su estado actual de salud le ha generado algún problema a nivel laboral?

Sí ___ No ___, Por qué? _____

18. Considera que su estado actual de salud le ha generado algún problema a nivel familiar?

Sí ___ No ___, Por qué? _____

19. Considera que su estado actual de salud le ha generado algún problema a nivel social?

Sí ___ No ___, Por qué? _____

20. Considera que su estado actual de salud le ha generado algún problema a nivel personal?

Sí ___ No ___, Por qué? _____

21. Ud. Diría que su situación actual se corresponde con su situación o calidad de vida anterior a la presencia del dolor?

Sí ___ No ___, Cómo? _____

Antecedentes:

22. Alguien de su familia ha padecido algún tipo de enfermedad física que haya requerido de hospitalización o tratamiento?

Sí ___ No ___, Cuál? _____

23. Alguien de su familia ha padecido algún tipo de enfermedad mental importante, que haya requerido de hospitalización o tratamiento?

Sí ___ No ___, Cuál? _____

24. Ud. Ha padecido algún tipo de enfermedad física, diferente al dolor que padece actualmente, que haya requerido de hospitalización o tratamiento?

Sí ___ No ___, Cuál? _____

25. Ud. Ha padecido algún tipo de enfermedad mental, diferente a como se siente actualmente, que haya requerido de hospitalización o tratamiento?

Sí ___ No ___, Cuál? _____

ANEXO B

PUNTAJES DEL MMPI-2

Sujeto	Género	Tipo de dolor	L	F	K	Hs	D	HI	DP	MF	PS	PT	ES	MA	IS	Ans	Mie	Obs	Dep	Sau	Del	Enj	Cin	Pas	Pta	Bae
1	0	1	3	8	11	22	29	25	30	23	15	31	27	24	38	13	14	10	12	13	4	5	20	12	10	9
2	0	1	6	8	18	17	17	31	33	30	17	26	29	22	24	7	9	2	2	9	4	6	4	5	6	4
3	0	1	6	10	8	12	22	24	22	27	9	22	27	23	16	12	9	9	12	7	6	8	18	11	15	5
4	0	1	2	14	4	25	28	31	33	25	20	37	51	28	27	19	16	12	19	23	15	12	20	13	18	11
5	0	1	7	7	10	13	24	18	21	25	10	31	24	14	38	10	7	10	11	9	2	9	12	5	13	13
6	0	1	7	6	10	17	25	23	18	24	11	25	21	16	31	16	7	6	5	12	2	6	11	5	13	6
7	0	0	6	4	19	14	23	23	28	26	10	28	35	28	15	4	4	3	7	7	5	8	14	12	11	3
8	0	0	7	2	21	23	27	27	28	18	12	30	32	20	30	8	0	4	6	9	1	5	5	4	7	1
9	0	0	5	7	13	26	28	29	30	24	11	24	33	18	28	12	18	5	9	17	7	7	20	11	10	6
10	0	0	5	5	16	17	18	24	16	21	10	25	28	24	14	7	16	4	1	10	4	7	3	6	9	5
11	0	0	7	9	9	16	15	23	29	18	9	29	38	24	29	11	12	11	11	11	8	8	20	11	12	12
12	0	0	5	14	17	14	14	18	21	16	3	28	38	30	22	5	6	6	5	5	2	4	19	16	10	3
13	0	0	8	4	18	12	16	21	23	25	12	24	22	22	13	4	5	2	4	5	2	9	7	8	9	0
14	1	1	10	19	12	35	40	40	33	36	24	48	56	25	42	18	15	7	21	32	16	13	19	12	10	8
15	1	1	7	15	8	29	32	31	25	31	14	40	47	34	26	19	12	10	15	27	9	9	18	12	9	9
16	1	1	5	6	10	21	31	26	27	31	10	34	33	19	29	14	13	12	14	11	7	2	13	5	7	7
17	1	1	4	10	15	22	26	23	26	30	6	32	33	23	34	12	15	8	11	16	6	8	15	10	9	8
18	1	1	6	10	8	24	29	35	32	30	17	33	41	22	34	17	14	6	13	24	7	8	13	9	13	3
19	1	1	2	8	6	28	29	29	24	31	18	34	39	27	35	19	13	8	18	22	6	13	17	8	16	8
20	1	1	11	8	12	27	32	28	28	27	12	38	44	22	31	17	13	10	7	4	9	4	19	10	10	10
21	1	1	7	4	15	25	25	32	21	30	8	24	25	23	25	8	9	7	3	19	3	7	7	8	11	5
22	1	1	10	2	24	22	24	26	23	34	10	30	27	24	10	2	7	0	4	10	0	2	1	2	5	1
23	1	0	11	2	24	19	29	27	23	31	10	29	27	20	17	4	7	2	3	6	0	3	3	1	6	2
24	1	0	4	13	22	25	29	24	30	34	16	34	45	28	35	5	6	4	8	16	2	4	7	9	3	1
25	1	0	8	5	14	12	24	19	16	29	7	23	21	19	31	4	6	2	5	6	2	9	9	9	11	4
26	1	0	11	2	28	19	21	26	24	30	9	30	32	22	17	2	6	0	1	5	0	3	0	0	5	1
27	1	0	7	1	19	12	27	24	22	30	10	28	24	18	19	13	4	7	5	4	2	7	7	4	9	3
28	1	0	4	3	13	16	26	19	14	29	7	23	18	22	24	5	2	5	6	9	2	4	8	5	11	5
29	1	0	5	4	14	17	19	21	20	38	13	31	30	15	35	10	11	3	8	10	2	6	11	6	10	7
30	1	0	9	1	24	16	20	25	24	34	5	27	24	19	13	1	2	0	4	6	1	1	5	6	4	1
31	1	0	6	0	24	16	20	4	22	25	9	27	29	26	13	1	7	1	3	4	2	3	3	5	3	0

Iso	Fam	Dtr	Rtr	a	r	fyo	amac	hr	do	rs	dpr	gm	gf	epk	eps	fp	invar	Inver
10	11	11	10	17	17	29	28	11	15	16	22	30	28	15	21	6	7	9
8	10	2	1	6	17	37	26	15	18	19	7	38	27	8	15	1	6	8
5	11	12	5	19	11	33	19	10	19	21	23	38	31	13	20	7	6	5
5	19	20	15	29	8	26	25	13	18	13	32	18	24	30	46	8	6	11
11	13	14	10	20	16	28	21	15	17	18	22	31	31	11	16	9	6	11
13	6	9	1	14	21	34	13	16	17	26	17	35	25	14	16	2	4	9
6	6	2	4	7	14	43	26	12	17	15	11	41	23	7	14	3	7	9
14	2	4	1	7	21	39	19	14	17	24	12	39	24	11	9	1	11	6
6	9	7	10	12	19	31	16	16	19	20	17	29	32	7	19	8	13	7
4	7	6	2	7	16	34	24	13	18	22	13	32	22	4	12	5	6	9
6	11	10	14	19	14	31	19	14	15	21	18	30	26	19	27	12	7	9
2	6	7	5	10	10	33	25	13	15	10	16	39	18	7	9	1	8	12
1	3	0	1	3	13	39	26	19	21	17	9	37	28	2	7	2	6	9
16	9	18	12	26	19	16	19	17	15	20	34	13	29	27	44	12	5	9
7	7	18	12	30	16	19	19	12	14	21	25	26	34	28	42	6	7	13
11	6	15	10	28	17	20	20	12	13	21	17	20	38	22	25	5	10	9
11	8	12	10	17	14	25	17	12	16	18	20	16	38	14	25	4	13	9
8	14	12	7	13	25	30	21	15	15	18	24	21	33	16	29	7	11	7
13	17	13	14	27	10	26	19	11	20	12	31	21	31	28	37	7	4	10
5	11	16	7	20	19	17	21	18	13	23	22	24	32	16	28	13	6	11
4	7	6	3	10	20	32	19	12	19	23	14	36	35	7	12	2	8	9
2	1	1	0	1	22	34	16	19	18	27	4	36	37	4	3	1	3	9
1	1	2	0	2	26	38	15	20	20	26	9	33	37	2	4	0	5	8
8	7	3	1	7	21	33	22	14	17	18	15	26	28	13	14	2	13	6
12	1	5	3	4	17	39	15	12	18	26	12	35	37	7	6	1	7	10
3	1	0	1	0	24	41	19	17	19	27	3	37	36	0	3	1	5	7
3	3	8	2	14	14	39	17	16	19	24	13	36	38	8	10	0	6	10
8	2	3	6	9	21	38	17	11	18	24	12	34	38	4	9	0	5	11
8	2	8	7	14	19	32	15	13	11	20	14	19	36	7	20	5	5	9
0	2	1	1	5	18	36	16	18	18	27	8	36	40	0	1	2	6	9
1	1	1	1	3	23	40	17	17	19	26	7	35	34	1	0	0	4	9

ANEXO C

Tabla de Puntajes T

Sujeto	Género	Tipodolor	L	F	K	HS	D	HI	DP	MF	PS	PT	ES	MA	IS	Ans
1	0	1	48	61	41	73	72	59	67	44	68	59	51	59	64	67
2	0	1	61	61	56	62	47	74	74	58	75	49	55	53	48	53
3	0	1	61	67	35	48	59	57	48	52	46	41	51	56	38	65
4	0	1	43	79	30	79	70	74	74	48	86	72	93	72	51	82
5	0	1	65	58	39	51	62	43	46	48	49	58	45	38	64	60
6	0	1	65	55	39	62	64	54	40	46	53	47	40	41	56	75
7	0	0	61	48	58	54	61	54	62	50	49	53	65	72	37	47
8	0	0	65	42	62	75	68	64	62	34	57	57	60	49	55	55
9	0	0	56	58	45	81	70	69	67	46	53	44	62	45	52	65
10	0	0	56	51	51	62	50	57	37	40	49	47	53	59	36	53
11	0	0	65	64	37	59	42	54	64	34	46	55	70	59	54	62
12	0	0	56	79	54	54	40	43	46	30	31	53	70	78	45	50
13	0	0	70	48	56	48	45	50	50	48	57	44	42	53	35	47
14	1	1	81	103	43	97	92	92	76	50	100	88	96	65	65	76
15	1	1	66	89	35	84	75	70	55	62	63	73	82	91	48	79
16	1	1	57	58	39	67	72	58	60	62	49	62	62	49	51	66
17	1	1	52	72	50	69	62	51	58	65	37	59	62	59	57	61
18	1	1	62	72	35	74	68	80	73	65	74	61	73	56	57	74
19	1	1	43	65	30	82	68	65	53	62	78	62	70	71	58	79
20	1	1	86	65	43	80	75	63	63	72	56	70	78	56	53	74
21	1	1	66	51	50	76	59	73	47	65	42	42	48	59	47	53
22	1	1	81	44	70	69	57	58	51	55	49	55	52	62	36	40
23	1	0	86	44	70	63	68	61	51	62	49	53	52	51	38	45
24	1	0	52	82	65	76	68	54	68	55	70	62	79	74	58	47
25	1	0	71	55	48	46	57	43	37	67	39	40	41	49	53	45
26	1	0	86	44	78	63	51	58	53	65	45	55	60	56	38	40
27	1	0	66	41	59	46	64	54	49	65	49	51	46	47	40	64
28	1	0	52	48	46	57	62	43	34	67	39	40	36	56	46	47
29	1	0	57	51	48	59	47	47	45	45	59	57	57	41	58	56
30	1	0	70	41	70	57	49	56	53	55	34	49	46	49	39	37
31	1	0	62	37	70	57	49	47	49	77	45	49	55	68	34	37

Mie	Obs	Dep	Sau	Del	Enj	Cin	Pas	Pta	Bae	Iso	Fam	Dtr	Rtr	a	r	fyo	amac	hr	do
84	66	65	68	57	48	74	58	53	62	54	66	57	64	60	54	31	65	45	45
67	41	45	60	57	50	41	44	44	51	50	63	39	39	44	54	49	60	59	55
67	63	65	56	63	56	68	55	72	53	43	66	59	52	63	41	40	44	41	58
90	73	77	87	94	70	74	62	85	67	45	88	74	76	77	34	30	58	52	55
60	66	63	60	51	59	54	44	64	72	55	71	63	64	64	52	30	48	59	51
60	53	53	66	51	50	51	44	64	55	60	52	54	39	56	63	42	30	62	51
51	44	56	56	60	56	56	58	56	48	47	52	39	49	46	47	63	60	48	51
35	47	55	60	46	48	43	42	46	41	63	41	44	39	46	63	54	44	55	51
97	50	59	76	67	53	74	55	53	55	47	60	50	64	53	58	36	37	62	58
90	47	41	62	57	53	40	46	50	53	43	55	48	43	46	52	42	55	52	55
77	70	63	64	70	56	74	55	60	70	47	66	56	74	63	47	36	44	55	45
57	53	53	51	51	46	71	72	53	48	39	52	50	52	50	39	40	58	52	45
54	41	51	51	51	59	46	49	50	35	35	44	33	39	40	45	54	60	72	65
75	53	77	100	93	76	72	66	56	55	68	57	67	67	68	57	30	48	63	46
65	63	67	90	73	60	69	66	53	57	49	52	67	67	73	49	30	48	44	42
68	71	65	61	67	39	56	47	48	54	56	50	61	61	71	52	30	51	44	39
75	56	60	70	64	56	61	59	53	55	56	55	55	61	57	44	31	42	44	49
72	50	63	85	67	56	56	56	69	47	51	70	55	55	64	73	41	53	55	46
68	56	72	81	64	76	67	54	81	55	60	78	57	72	69	33	33	48	41	63
68	63	54	79	73	45	72	58	56	60	46	62	63	55	61	57	30	53	66	39
56	53	45	76	56	53	47	54	60	51	44	52	46	46	48	60	45	48	44	59
51	32	48	59	39	39	35	39	43	40	39	36	34	35	37	65	49	40	70	56
51	41	45	51	39	42	40	36	45	44	35	36	37	35	38	75	57	37	74	63
48	46	55	70	52	45	47	56	38	40	51	52	40	39	44	32	47	56	52	53
48	41	50	51	52	60	50	56	60	49	58	36	45	46	40	52	59	37	44	56
48	32	39	49	39	42	32	33	43	40	41	36	31	39	35	70	64	48	63	59
43	53	50	46	52	53	47	45	53	47	41	42	50	43	53	44	59	42	59	59
38	48	52	57	52	45	48	47	60	51	51	39	40	53	47	62	57	42	41	56
62	44	55	59	52	50	53	49	56	54	51	39	50	55	53	57	45	37	48	32
38	32	48	51	47	36	44	49	41	40	32	39	34	39	42	54	53	40	66	56
51	37	45	46	52	42	40	47	38	35	35	36	34	39	39	67	61	42	63	59

rs	dpr	gm	gf	epk	eps	fp	invar	inver
39	67	34	51	62	63	67	57	50
47	43	51	49	50	56	46	54	57
52	68	51	58	58	62	71	54	78
32	82	30	43	87	94	75	54	65
45	67	36	58	55	57	79	54	65
65	59	45	45	60	57	51	46	50
45	50	58	41	48	54	55	57	50
60	51	53	43	55	48	47	73	71
50	59	31	60	48	61	75	80	64
55	53	38	39	43	52	63	54	50
52	60	34	47	68	71	92	57	50
50	57	53	30	48	48	46	61	72
42	46	49	51	40	46	51	54	50
47	81	31	30	78	85	89	50	50
50	68	45	43	80	84	66	58	80
50	57	36	53	71	64	62	70	50
41	61	30	53	58	64	58	82	50
41	67	37	40	61	69	70	74	65
30	77	37	35	80	78	70	46	58
56	64	42	37	61	68	93	54	65
56	52	62	45	48	50	50	62	50
68	38	62	50	43	40	46	42	50
65	45	57	50	40	41	42	50	58
41	54	45	30	57	52	50	82	73
65	50	60	50	48	43	46	58	58
68	37	63	48	37	40	46	50	65
59	51	62	53	49	48	42	54	58
59	50	58	53	43	47	42	50	65
47	52	34	48	48	59	62	50	50
68	44	62	58	37	38	50	54	50
65	42	60	43	39	37	42	46	50