

Técnicas para la Evaluación del Dolor Psicógeno

Dr. Abraham Krivoy O.*

Krivoy O., Abraham. Técnicas para la Evaluación del Dolor Psicógeno. Centro Médico, 1992;38:28-38.

RESUMEN

Se realiza una revisión de los diferentes factores que intervienen en el dolor.

Se presentan las bases anatomofisiológicas del sistema límbico y su participación afectiva, a través de las vías ascendentes paleo-espinotalamia.

Las características del dolor psicógeno se analizan y su relación con la personalidad y ambiente.

ABSTRACT

The complexity of the different factors in pain and its interaction were reviewed.

The anatomic-physiological participation of the limbic system and its affective function through the ascendent paleo-spinotalamic way, were established.

The psychological characteristic of pain was analyzed and its relationship with the personality and its environmental.

PALABRAS CLAVES

Dolor intratable, teoría de la compuerta, dolor psicógeno, evaluación de dolor.

"Todo lo que es mensurable, debe medirse y aquello que no lo sea, debe convertirse en mensurable".

Galileo

INTRODUCCION

El abordaje clínico de la evaluación del dolor, en cualquier parte del cuerpo, particularmente aquellos dolores intensos y de poca susceptibilidad a los tratamientos comunes con los más diversos analgésicos obliga a diagnosticar a dicho paciente en una de las siguientes categorías:

1. Dolor de exclusivo o prevalente origen orgánico.
2. Dolor de origen orgánico con importante magnificación psicógena.
3. Dolor de origen psicógeno puro, en ausencia de toda organicidad.
4. Coexistencia de dolor orgánico prevalente con patología psiquiátrica independiente, previa o simultánea al desarrollo del dolor.

Esta situación diagnóstica clínica obliga a asumir una conducta peculiar de evaluación para determinar con la aproximación mayor de certitud, la terapéutica subsecuente a seguir.

METODOS

Ante el paciente con patología dolorosa importante, siempre se imponen los siguientes pasos:

- I. Historia clínica especial.
- II. Exámenes complementarios de la organicidad.
- III. Exámenes complementarios del dolor psicógeno.

I. Historia Clínica: Tal como la clínica clásica lo predica,⁹ debe poseer las siguientes características:

1. Que sea lo más completa posible, donde las presiones del factor tiempo y apresuramiento no deben existir; presiones hoy por hoy muy comunes en los sistemas de funcionamiento hospitalario de asistencia a grandes masas de población.

2. Dado a las peculiaridades de la patología dolorosa, el factor rapport, empatía, factores transferenciales positivos, ecotimia, son ingredientes indispensables por parte del médico que realiza la evaluación clínica y que traten de traducir sensación de confianza por parte del paciente hacia el médico.

3. Nunca olvidar que el factor anamnesis tiene peculiar importancia en la orientación diagnóstica final, por lo que no debe despreciarse ningún dato biográfico o fenomenológico contributivo al diagnóstico final, enfatizándose de nuevo, la

*Profesor Titular de Clínica Neurológica de la Universidad Central de Venezuela. Adjunto a la Sección de Neurocirugía del Hospital Universitario de Caracas. Jefe del Servicio de Neurocirugía Infantil del Hospital J.M. e los Ríos y Neurocirujano del Centro Médico de Caracas. M.T.S.V.N.C. F.A.C.S.

utilización del tiempo necesario, sin apuros, para este tiempo de la evaluación.

4. El examen físico en sí, reviste particular importancia ya que las anotaciones que se logren, son los puntos de referencia para las re-evaluaciones en condiciones especiales, como por ejemplo en el prueba de Walters¹⁷ para determinación o no de la presunta participación psicógena en el cuadro doloroso; de allí que, entre otras cosas, el médico dibujará por su lado, en los diagramas de sensibilidad la distribución del dolor, sus caracteres en las diferentes áreas, (pinchazos, calambres, corrientazos, etc), delimitará adecuadamente las zonas de hipo o analgesia e hipo o anestesia; igualmente los trastornos reflejos existentes, si los hubiese. Al mismo tiempo le proporcionará una hoja en blanco al paciente para que él mismo dibuje su cuerpo y anote las áreas afectadas tanto en su vida frontal como dorsal usando varias páginas o una sola con claves distintas para las diferentes sensaciones (ver cuadro 1), ejemplo una x para la zona dolorosa, raya vertical para la zona dormida, punticos para la zona de alfilerazos o quemaduras, etc. Esta simple prueba clínica de registro servirá de base en la re-evaluación del paciente, una vez obtenidos los exámenes complementarios pertinentes para diagnosticar la participación orgánica o no en la patología dolorosa.

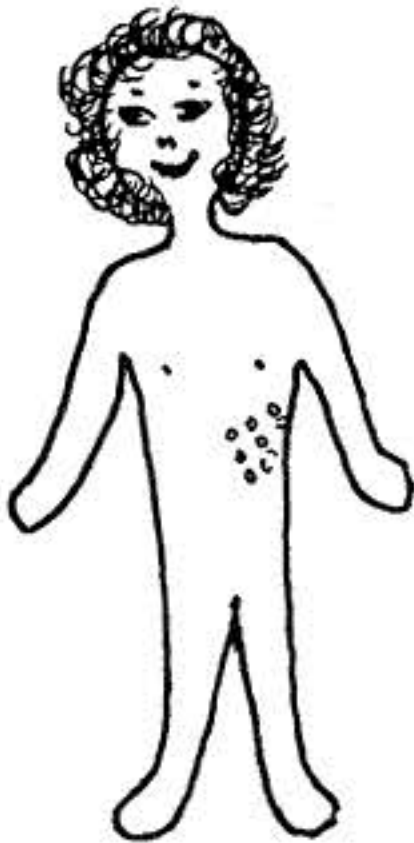
Ya en esta etapa del diagnóstico de la anamnesis y el examen físico inicial, podemos darnos cuenta, según los cuadros siguientes—de la localización el dolor, de las características semiológicas

de dicho dolor y de los hallazgos físicos en el dolor regional—, si la participación psíquica es importante o no. Basta recordar a manera de resumen que el dolor psicógeno regional se comporta con gran desproporción entre la causa o estímulos y respuesta exagerada, que frecuentemente aparece en forma espontánea, sin ninguna estimulación, que suele coexistir con cuadro mental y que su distribución regional es anárquica, no siguiendo leyes topográficas de la distribución nerviosa de las unidades de inervación (Ver cuadro 2). Por otro lado, durante la exploración física, se notan hiperestesias difusas, con hipoestesias de distribución caprichosa, cuando existen, igual sucede con las reacciones muy difundidas e intereses a los estímulos profundos, con

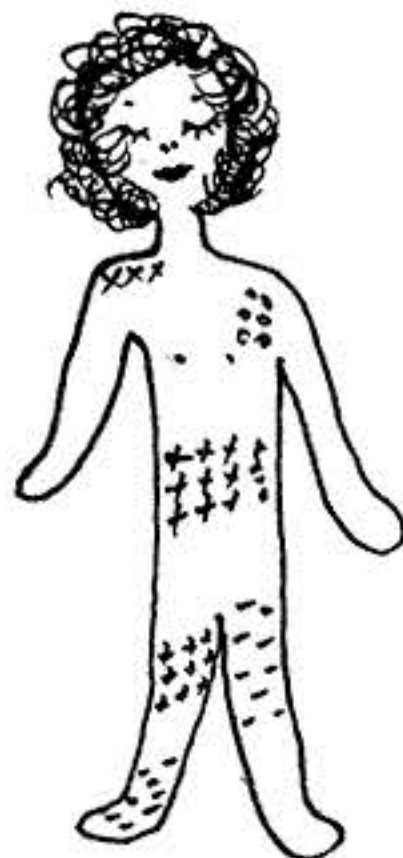
CUADRO 2
Características del Dolor Psicógeno Regional

1. Desproporción entre la causa y respuestas exageradas.
2. Aparición espontánea frecuente, sin estimulación periférica lógica.
3. Coexistencia de patología mental.
4. Distribución regional anárquica que no sigue la distribución de unidades de inervación.

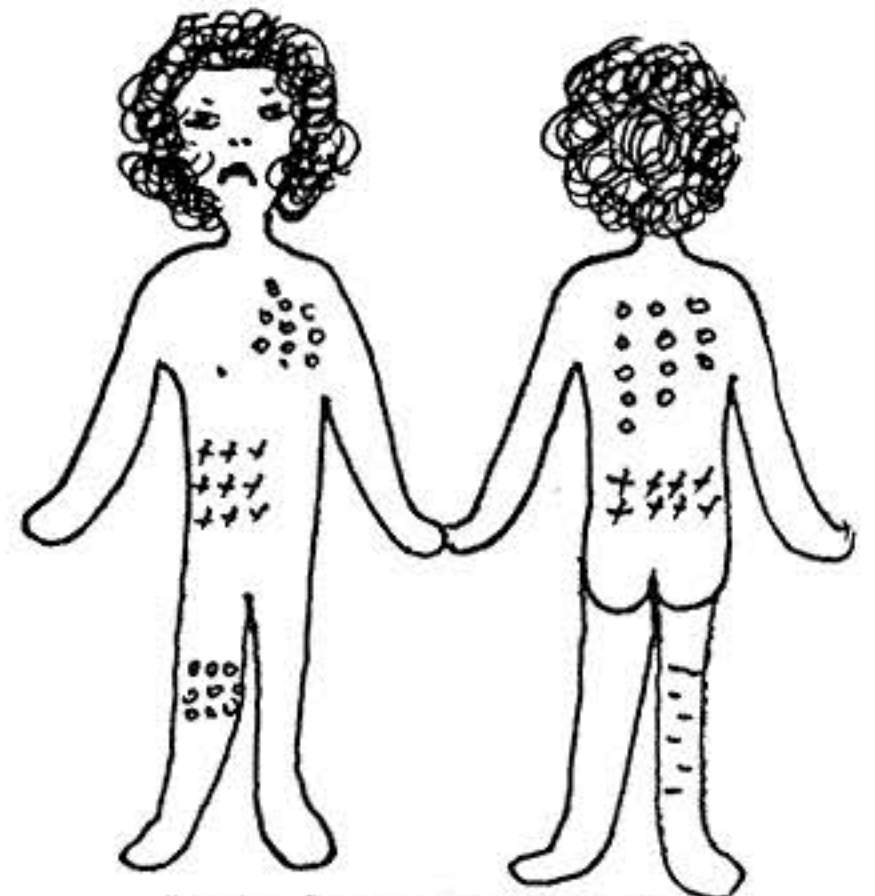
CUADRO 1



Cuadro orgánico
Neuritis intercostal



Histeria



Equivalente depresivo

Clave: oooo Dolor. ++++ Pinchazos. — Adormecimientos

En los casos de difícil evaluación del dolor, se le administran hojas en blanco al paciente y se le invita a que dibuje un esquema de su cuerpo anterior y posterior y que delimite mediante clave (crucecitas, puntos, rayas, etc) las diferentes zonas afectadas y sus características (pinchazos, hormigueos, etc). Además del factor proyectivo psicológico, dicha hoja tiene peculiar importancia si se requiere re-evaluar al paciente con la prueba del tiopental de Walters o para los controles sucesivos.

impotencias funcionales fuera del área dolorosa (prueba del párpado, prueba de la oposición del pulgar, prueba de los reflejos excesivos voluntarios y de la hiper-reacción al diapason (ver cuadros 3 y 4).

II. Exámenes Complementarios de la Organicidad: Si por ejemplo la patología dolorosa en cuestión se localiza en el tórax, basta observar el cuadro de diagnóstico diferencial clínico, en forma incompleta, que según la etapa anterior del examen clínico, orientará al número y tipo de exámenes complementarios para el diagnóstico de certeza de la participación orgánica o no (ver cuadro 5).

III. Exámenes Complementarios del Diagnóstico del dolor Psicógeno: En el supuesto de que los exámenes complementarios que detectan la participación orgánica del dolor, muestran ausencia de organicidad o participación orgánica mínima y el dolor asume características muy intensas, insoportables, abigarrados, que confunden el cuadro clínico, se imponen pruebas especiales que en las Unidades de Dolor organizadas se

CUADRO 3

Hallazgos Físicos del Dolor Psicógeno Regional

1. Sensibilidad excesiva de la piel con reacción desproporcionada a toda la región.
2. Las hipoestesias no siguen áreas de distribución anatómicas.
3. La estimulación profunda, cuando es posible, sobrepasa los límites anatómicos de la afectación.
4. Debilidad motora, si existe, es incongruente en su expresión; debilidad del cierre palpebral o del pulgar, ante dolor torácico o espinal.
5. Incongruencia en el mantenimiento de posturas y su iniciación.

CUADRO 4
Pruebas Clínicas Simples de la Psicogenia del Dolor

	Organicidad	Psicogenia
I. Prueba de los Reflejos Osteotendinosos:	Respuesta según patología	Respuestas voluntaria haciendo brincar los miembros exageradamente (bicipital, rotuliano) a veces antes de llegar el martillo y otras, arreflexia voluntaria por contractura.
II. Prueba de Diapasón:	Respuesta adecuada a la patología.	Al realizar la prueba de Weber (diapasón de 256 cps. en el sincipucio u otra localización: clavícula, apófisis, estiloides del radio, rótula) el paciente brinca, no lo soporta.
III. Prueba del Párpado:	Respuesta adecuada según la patología.	Paciente con franca patología torácica, lumbar o abdominal al obligarlo a mantener fuertemente los párpados ocluidos, los abrimos fácilmente con un mínimo esfuerzo.
IV. Prueba de la Oposición del Pulgar:	Respuesta adecuada a la patología.	Al ordenar al paciente que ponga su pulgar u otro dedo contra el nuestro, lo vencemos con mínimo esfuerzo.
V. Prueba del Dinamómetro:		Igual que el anterior al apretar el dinamómetro con ambas manos, no marcan ningún kilogramo de fuerza o no llegan ni a los 5 kilogramos.

CUADRO 5**Diagnóstico Diferencial (Parcial) de Dolores Torácicos**

Discartrosis dorsal	Infarto del Miocardio
Tumor medular	Pericarditis aguda
Metástasis espinales	Embolia pulmonar
Mal de Pott	Enfisema del mediastino
Aracnoiditis	Aneurisma disecante de la aorta
Neuritis y neuralgias	Hernia diagramática
Herper Zoster	Astenia neurocirculatoria (neurosis cardíaca)
Enfermedad de Bornholm	Pleuresía el mediastino
Dermatomiositis	Aerogastria
Triquinosis	Síndrome de Tietze
Mieloma múltiple	Tumor del mediastino
Leucosis	Espasmo del esófago
Enpondilitis	Estructura orgánica del esófago
Enfermedad de Scheuermann	Úlcera del esófago
Angina de pecho	Desgarramientos musculares a traumas aparentemente leves
Cardiospasmo	Aplastamientos espontáneos en osteoporosis
Cáncer del esófago	Dolores irradiados procedentes de abdomen, región pancreática, renal, etc.

practican de rutina y aún varían de hospital a hospital, persiguen la misma meta, la cual es la evaluación integral del paciente (psiquis-soma-ambiente) en su triple dimensión y la participación significativa que tiene el dolor dentro del contexto vital del paciente:

- Es una reacción adecuada ante la agresión orgánica.
- Es una necesidad psicológica de ocultar fracasos (reacción situativa) o una necesidad de la familia de mantenerlo enfermo.
- El dolor es un mecanismo de defensa ante la angustia del yo (neurosis) o síntoma substitutivo depresivo (melancolía).
- El dolor es una manifestación conversiva (histeria) de angustias no digeridas con necesidad de llamar la atención o buscar dependencia afectiva.
- El dolor es una manifestación simbólica (psicótica o defectual).
- El dolor es una personalidad limitada (reacción del débil mental ante exigencias superiores a su capacidad).
- Es una reacción eslabonada de muchos otros síntomas desde la infancia (personalidad psicopática).

La sistemática de la evaluación de estos pacientes en las Unidades del Dolor, o del grupo médico que se encarga de ello, siguen aproximadamente la siguiente rutina; como suelen tratarse de casos de dolor intratable se recomienda su hospitalización, cuando es posible por el menor número de días, particularmente si no vive en la localidad.

1. Se hace la historia y el examen físico riguroso ya mencionado.

2. Dentro de dicho contexto se evalúa las características semiológicas del dolor y su relación con las diferentes drogas usadas y en uso, cantidad, frecuencia, posibilidades de adicción, insomnio, concomitantes, etc., para tratar de realizar un tratamiento sintomático más efectivo y menos dañino, mientras duran las próximas pruebas.

3. Se realizan evaluaciones psicológicas y psicométricas pertinentes. Está en boga el Inventario Multifasigo de la Personalidad (M.M.P.I.)⁸ con o sin las pruebas psicométricas de Melzack.¹⁰

Otras pruebas complementarias psico-orgánicas se administran cuando no se realiza el M.M.P.I.; entre ellas se encuentran: escala de ansiedad manifiesta de Taylor, pruebas de depresión de Zung, Popoff, pruebas de riesgos de suicidios, pruebas de las praxias constructivas, pruebas de Bender, pruebas de las fobias de Volpe, pruebas obsesivas, etc.

4. Prueba de Sternbach de la medición del dolor.¹⁵

5. Prueba de Walters.¹⁷

6. Prueba de electroestimulación transcutánea.¹⁴

7. Entrevistas psiquiátricas.

En cuanto al M.M.P.I.¹¹ el cual fue desarrollado en 1940 por Hathaway y McKinly¹¹ en la Universidad de Minnessota su uso ha sido muy amplio en la valoración de las patologías dolorosas. Está destinado a las valoraciones de los síndromes clínicos psicológicos de la población general. Es por ello que la positividad o presencia de un determinado síndrome, no siempre puede estar en correlación con la patología dolorosa, ya que ambos pueden coexistir aisladamente y de allí, a final de cuentas, es sólo el buen juicio clínico del neurocirujano apoyado en estas valoraciones psicométricas y la del psiquiatra, la que en definitiva hará decir la conducta a seguir.

La prueba de Minnesota consiste, a grandes rasgos, en un cuestionario de 550 preguntas que cubren las áreas integrales de la persona. Se administra en forma de cuestionario o tarjetas.

Su valoración en 14 escalas permite en su parte clínica diagnosticar aspectos psiquiátricos de la personalidad, por ejemplo: la escala 1 (HS-hipocondríaca), la 2 (D-depresión), la 3 (HY-histeria), la 4 (PD-personalidad psicopática), la 5 (MF-masculinidad-femenidad), la 6 (PA-paranoide), la 7 (Pt-fobia), la 8 (SC-esquizofrenia), la 9 (MA-hipomanía), la O (SI-introversión-extraversión) son uno de los cuantos aspectos que valora dicha prueba.

Por otro lado se ha tratado de mejorar y estandarizar la valoración del enfermo con dolor intratable, constituyendo un cuestionario único, que como todas las cosas tienen la ventaja de su uniformidad, pero al mismo tiempo posee la desventaja de su aplicación en los diferentes hospitales, clínicas, etc. Todo intento en esta dirección es valioso y el que ha tomado esta iniciativa es el grupo del Centro de Rehabilitación el Dolor de Wisconsin con asistencia del Dr. R. Melzack. Se trata de un cuestionario auto-administrado, confidencial que enfoca los aspectos de la historia personal antes del dolor, durante el dolor, duración del dolor, descripción de la personalidad, de su inteligencia, aspectos económicos, conyugales, parentales, hábitos, antecedentes, variaciones del dolor en las actividades diarias, trabajo, sexo,

características semiológicas detalladas del dolor, mediaciones, etc.

En substitución del Inventario Multifásico de la Personalidad, se han administrado un grupo de pruebas psicométricas más cortas en el tiempo y que tienen la misma función de realizar una evaluación psico-orgánica global y el perfil psicológico dominante, con la intención de enjuiciar, si dicho perfil predominante juega algún papel dentro del dolor o solo es un marco de adorno de dicha personalidad sin participación del dolor.

Las pruebas más difundidas son las siguientes:

a. La escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor (M.A.S.)⁴ cuyo origen se encuentra en el M.M.P.I. de donde se seleccionaron los items que demostraban franca ansiedad y se elaboró un inventario de 50 items, cuando sobrepasa una puntuación superior a 23, el índice de ansiedad debe considerarse elevado. Una traducción al español de dicha escala la hallamos en el trabajo de Contasti y Holblat,⁴ la cual reproducimos. (Ver escala de M.A.S. Cuadro 6)

b. Medida de la depresión, se realiza con el simple método de Popoff³ de 15 preguntas, que comparándolo con el Índice de Depresión de Zung¹⁹ presenta una buena correlación. Puede utilizarse el equipo más completo de Hamilton.⁷ Se completa lo anterior con la lista de factores de riesgos para la estimación de la posibilidad de suicidio¹² que anexamos su ejemplo. El autor correlaciona datos estadísticos procedentes de un estudio retrospectivo de 1.000 casos, como se nota en la tabla, los factores se encuentran horizontal y verticalmente ubicados. Las cifras de las intersecciones se suman. Un resultado por debajo de 50 tiene muy leve riesgo de suicidios; entre 50 y 10 es de consideración y por encima de 100 es muy alto. (Ver cuadro 7).

c. La medida de la escala obsesiva se logra con el Inventario de Leyton⁵ o en forma más simple con la escala personal del autor que por encima de un 30% de respuestas positivas, representa radicales de conducta obsesivos presentes y cuyo modelo anexamos. (Ver cuadro 8).

d. El factor fóbico puede estudiarse mediante la adaptación realizada por el Dr. Valarino¹⁶ del original de Wolpe y Lazarus.

e. Pruebas psico-orgánicas, que se utilizan como pruebas de rastreos en la detección de probables lesiones físicas cerebrales, de diferente origen (post-traumática, arterioscleróticas, degenerativas, etc) para lo cual puede usarse el Test Guestáltico Visomotor de Bender² o la prueba de las praxias constructivas propuestas por el autor⁹ que consiste en cinco figuras a reproducir de complejidad creciente; la primera como se nota en la gráfica correspondiente (ver fig. 10) son simples líneas en zig-zag y onduladas, luego figura plana simple (un triángulo), figura plana compleja (estrella de cinco picos), figura tridimensional simple (casa) y una figura tridimensional compleja (cubo).

Si la lesión es leve, el paciente reproduce las primeras cuatro figuras y no el cubo. Si la lesión orgánica es severa, no llega a reproducir i las simples líneas.

f. Pruebas de Inteligencia, como disfunción orgánica de implicación difusa se suele usar las Matrices Progresivas de Raven³ o el Test de Dominó¹ o el Wechsler.¹⁸

Es necesario dejar muy claro que los test psicológicos mencionados no miden en ningún modo del dolor. El M.M.P.I. que es

el más utilizado en ese campo del dolor por facilitarnos scores numéricos objetivos, muestra más bien la reacción de la persona ante el dolor dando respuesta de sus defensas psicológicas. Los perfiles de los pacientes portadores de dolor crónico que tienden a elevarse son los hipocondríacos, los depresivos y los histéricos que conforman la tríada neurótica. (Ver cuadro 9)

Si el paciente mejora, los citados scores también mejoran. Se hace necesario considerar también el grado de adaptación que realiza el paciente ante su invalidez y el papel ante sus familiares. Si dicho dolor constituye una necesidad el mismo paciente o una necesidad de la familia de mantenerlo en condición de chivo expiatorio. Por ello el M.M.P.I. o la batería de test mencionada en su lugar, se aplica antes del tratamiento y después del tratamiento para valorar sus ajustes o inadaptabilidad.

4. La prueba de Sternbach para medición del dolor.¹⁵

Aunque si bien es cierto que no existe un método directo fisiológico para medir el dolor, es necesario y posible aproximarse a él, así cualquier método que lo logre, aún cuando fuera parcial, aunado a un cuestionario simple de la relación del dolor con sus actividades cotidianas y los efectos que los diferentes métodos de analgesia provocan sobre los parámetros anteriores, nos permite una evaluación aproximada de la situación global terapéutica.

Sternbach¹⁵ usa dos métodos psicológicos mensurables, en substitución de la descripción verbal en sí.

La estimación de la intensidad del dolor lo debe realizar el paciente en una escala entre 0-100, donde cero es ausencia de dolor y 100 el dolor es insoportable e induce a un suicidio inmediato. Se le invita al paciente en una carta cuadrada de 24 horas que estime su intensidad en las 3 posiciones habituales de sentado, parado o caminando y reclinado. Lo anterior se correlaciona con las diferentes actividades de bañarse, afeitarse, caminar, ver la televisión, fisioterapia, conversaciones, dormir y se saca el promedio diario. Además de ello, se somete a la prueba del torniquete donde el paciente nos dirá cuando la presión del torniquete submáxima llega a su propio average del dolor y cuando se hace insoportable. Se divide la última cifra entre la primera y se multiplica por 1000 para mantener la relación. Matemáticamente se expresa:

$$\text{Relación de dolor del torniquete: } \frac{\text{Average del dolor clínico (en segundos)}}{\text{Máxima tolerancia (en segundos)} \times 100}$$

La cifra que sea desde 0-100 puede compararse con el dolor estimado. Dicha prueba se hace semanalmente o según el caso. (Ver cuadro 13).

5. Prueba de Walters: En el diagnóstico diferencial entre organicidad versus magnificación psicógena del dolor o dolor psicógeno puro se ha recomendado la prueba de Walters¹⁷ la cual consiste en lo siguiente: una vez evaluado minuciosamente el cuadro neurológico completo (sensibilidad, motilidad en relación a la zona dolorosa, reflejos, etc) y habiendo hecho las anotaciones pertinentes, incluyendo el diagrama hecho por el

CUADRO 6
Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor, que por encima de 22 puntos suele considerarse patológica
M.A.S.

Por favor conteste todas las preguntas:

	Si	No
1. Mi sueño es inquieto y perturbado	_____	_____
2. He tenido períodos durante los cuales pierdo sueño por estar muy preocupado.	_____	_____
3. Tengo muy pocos temores en comparación con mis amigos.	_____	_____
4. Creo que soy más nervioso que la mayoría de las personas.	_____	_____
5. Tengo pesadillas casi todas las noches.	_____	_____
6. He tenido una gran cantidad de trastornos digestivos.	_____	_____
7. Frecuentemente observo que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo.	_____	_____
8. Sufro de ataques de diarrea.	_____	_____
9. Me preocupo mucho por el dinero y los negocios.	_____	_____
10. Padezco de ataques de náuseas.	_____	_____
11. Temo a menudo que me voy a sonrojar.	_____	_____
12. Siento hambre casi todo el tiempo.	_____	_____
13. Estoy completamente seguro de mí mismo.	_____	_____
14. Yo me canso rápidamente.	_____	_____
15. Me pone nervioso tener que esperar.	_____	_____
16. A veces llego a estar tan angustiado que me es difícil dormirme.	_____	_____
17. Corrientemente soy tranquilo y difícil de inquietarme.	_____	_____
18. Tengo períodos de intranquilidad tan grande que no puedo sentarme en una silla.	_____	_____
19. Me siento feliz la mayor parte del tiempo.	_____	_____
20. Encuentro difícil concentrar mi atención en una actividad o trabajo;	_____	_____
21. Siento ansiedad acerca de algo o de alguien casi todo el tiempo.	_____	_____
22. Le saco el cuerpo a las crisis o dificultades.	_____	_____
23. Deseo poder ser feliz como otros parecen serlo.	_____	_____
24. Frecuentemente me encuentro preocupado por algo.	_____	_____
25. Me siento inútil a veces.	_____	_____
26. A veces siento que estoy a punto de desbaratarme.	_____	_____
27. Sudor con mucha facilidad, aun en días fríos.	_____	_____
28. La vida representa un esfuerzo para mí, la mayor parte del tiempo.	_____	_____
29. Me preocupo sobre posibles desgracias.	_____	_____
30. Yo raramente estoy pendiente de mi propia apariencia.	_____	_____
31. Casi nunca siento el latido de mi corazón y rara vez me siento corto de respiración	_____	_____
32. Llora con facilidad.	_____	_____
33. He estado temeroso de cosas o de gente que yo sé que no pueden hacerme daño.	_____	_____
34. Soy inclinado a tomar las cosas muy en serio.	_____	_____
35. Tengo muy pocos dolores de cabeza.	_____	_____
36. Debe admitir que a veces me he preocupado más de la cuenta por cosas que realmente no valen la pena.	_____	_____
37. Me cuesta concentrar mi atención en una cosa.	_____	_____
38. Me desconcierto con facilidad.	_____	_____
39. A veces pienso que no estoy bien del todo.	_____	_____
40. Soy una persona fácilmente excitable.	_____	_____
41. A veces, cuando me encuentro turbado, empiezo a sudar copiosamente, lo cual me preocupa mucho.	_____	_____
42. Me sonrojo más a menudo que otras personas.	_____	_____
43. Soy más sensible que la mayoría de la gente.	_____	_____
44. Yo prácticamente nunca me sonrojo.	_____	_____
45. A veces siento como si las dificultades se fuesen acumulando en forma tal que no puedo superarlas.	_____	_____
46. Trabajo bajo una gran cantidad de tensiones.	_____	_____
47. Mis manos y mis pies están corrientemente muy húmedos.	_____	_____
48. Frecuentemente sueño con cosas que prefiero reservármelas.	_____	_____
49. Me hace falta confianza en mí mismo.	_____	_____
50. Muy a menudo me veo aquejado de constipación.	_____	_____

CUADRO 7
Prueba de riesgo de suicidio, cuyo resultado por encima de 100 se considera elevado

LABORATORIO DE NEURODIAGNOSTICO
PRUEBA DE R. DE S.

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35		
1. hombre			0	0	0	0	0	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	0	0
2. mujer			0	0	0	0	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	0	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	0	0	
3. menos de 45 años				0	0	1	2	0	1	1	1	1	1	0	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	
4. mas de 45 años				0	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	0	0	
5. soltero							1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	0	
6. casado							1	2	1	1	1	1	0	1	1	0	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	0	
7. viudo							1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	0	
8. divorciado, separado							1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	0	
9. no confesional									2	2	0	0	2	1	1	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
10. preocupaciones familiares										2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	0	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1		
11. problemas sentimentales, conyugales, sexuales										2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	0	0		
12. conflictos profesionales											2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2		
13. preocupaciones financieras											2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	0	0	0			
14. enferm. real o imaginaria, dolores cronicos											2	2	1	2	2	2	1	2	0	2	1	0	2	1	1	0	2	1	1	2	2	0	1	1			
15. crisis biológicas (pubert., embar., menopausia)											2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	0	1				
16. soledad "disgusto de la vida"												2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2			
17. aislamiento, encerramiento													2	2	2	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	2	0	0	1				
18. tentativas de suicidio anteriores														2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
19. amenazas de suicidio, ideas de suicidio															2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
20. ideas de muerte, sueños de muerte																2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
21. suicidios en la familia y circulo social																	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0					
22. ansiedad																					2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
23. inhibición de la agresividad																						2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2				
24. insomnios tenaces																							1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1				
25. abuso del alcohol																									2	2	1	2	1		2	1	2				
26. abuso de medicamentos																										2	1	2	1	2		0	1	1			
27. depresiones debidas al medio circundante (psicógenas)																											2	2	2	2	2	2	2	2			
28. depresiones ajenas al medio circundante (endógenas)																													2	2	2	2	2	2			
29. personalidad psicopática																														2	2	2	2	2			
30. constitución neurótica																															2	2	2	2			
31. etlismo crónico																																2	2	2			
32. toxicomanía																																1	2	1			
33. esquizofrenia																																	1	1			
34. afección cerebral orgánica																																					
35. oligofrenia																																					

I. del R. de S.

CUADRO 8
Rasgos obsesivos manifiestos que por encima de un 30% de positividad debe considerarse patológico

Neurodiagnóstico

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Fecha:** _____

Cuestionario O.C.		SI	NO
1.	Se siente amenazado en su seguridad.	_____	_____
2.	Se siente sometido a frecuente tensión nerviosa.	_____	_____
3.	Se siente impotente para cambiar acontecimientos diarios.	_____	_____
4.	Se acusaría de acumular mucho resentimiento.	_____	_____
5.	Es Ud. ambicioso en grado sumo.	_____	_____
6.	Se considera perfeccionista.	_____	_____
7.	Es sensible a la opinión ajena.	_____	_____
8.	Duda de su propia capacidad.	_____	_____
9.	Abusa Ud. del trabajo y esfuerzo.	_____	_____
10.	Se siente necesitado de ser reconocido y apreciado en su esfuerzo.	_____	_____
11.	Le gusta ejercer la posición dominante de los grupos en los cuales se mueve (familia, amigos, trabajo).	_____	_____
12.	Se considera Ud. muy exigente con Ud. mismo.	_____	_____
13.	Se considera Ud. muy exigente con su trabajo.	_____	_____
14.	Es Ud. muy minucioso en el vestir.	_____	_____
15.	Es Ud. muy minuciosos en su aseo personal.	_____	_____
16.	Es Ud. minucioso en su trabajo.	_____	_____
17.	Se considera Ud. muy rígido o terco en su conducta.	_____	_____
18.	Se considera Ud. muy rígido en moralidad en general.	_____	_____
19.	Le desagradan los chistes groseros.	_____	_____
20.	Es perseverante y obstinado en sus decisiones.	_____	_____
21.	Se considera Ud. de reacciones emotivas muy intensas.	_____	_____
22.	Es Ud. muy religioso.	_____	_____
23.	Se devuelve con frecuencia para verificar si cerró las puertas.	_____	_____
24.	Se le meten fácilmente frases o canciones que Ud. repite frecuentemente.	_____	_____
25.	A veces le gusta contar casos.	_____	_____
26.	Se devuelve a verificar si la luz de su casa u oficina las apagó.	_____	_____
27.	Se lava Ud. intensamente las manos.	_____	_____
28.	Usa mucho el alcohol o jabón medicado para asear las manos.	_____	_____
29.	Teme el contagio fácil de enfermedad.	_____	_____
30.	Le incomoda usar los cubiertos de los Restaurantes.	_____	_____
31.	Evita Ud. las muchedumbres y actos públicos por temor a enfermarse.	_____	_____
32.	Desecha Ud. la extravagancia.	_____	_____
33.	Desecha Ud. el despilfarro.	_____	_____
34.	Depende o dependía mucho de sus padres afectuosamente.	_____	_____
35.	Esta Ud. frecuentemente descontento.	_____	_____
36.	Es Ud. muy irascible (le dá mucha rabia) fácilmente.	_____	_____
37.	Es Ud. ansioso con cierta frecuencia.	_____	_____
38.	Es Ud. cauteloso en brindar amistad.	_____	_____
39.	Se resiente mucho si no logra producir un efecto amistoso deseado.	_____	_____
40.	Se cataloga Ud. como un apersona delicada.	_____	_____
41.	Como subalterno, como hijo, como trabajador se clasifica Ud. como persona muy obediente.	_____	_____
42.	Sacrificaría algo de su economía por su buena apariencia.	_____	_____
43.	Le molesta ver algo desordenado, su escritorio o biblioteca o casa.	_____	_____
44.	Le molesta mucho ver polvo en sus objetos, libros, escritorios.	_____	_____
45.	Le disgustaría si Ud. ve un cuadro o pintura que esta algo inclinado, mal acomodado.	_____	_____
46.	Cree Ud. que ninguna otra persona haría las coasa tan bien como Ud. las hace.	_____	_____
47.	Cree Ud. que ninguna otra persona asumiría el grado de responsabilidad que Ud. tiene para todos los actos de su vida.	_____	_____
48.	Se molesta excesivamente si queda atracado por el tránsito.	_____	_____
49.	Pasa Ud. días u horas que desaparece su amabilidad y sociabilidad cambiando intensamente su manera de ser, esporádicamente.	_____	_____
50.	Queda Ud. preocupado si le toca beber algo en un vaso de otro, incluyendo los de su familia.	_____	_____
	Total de Respuestas Afirmativas	_____	_____
	Porcentaje del Núcleo O.C.	_____	_____

CUADRO 9



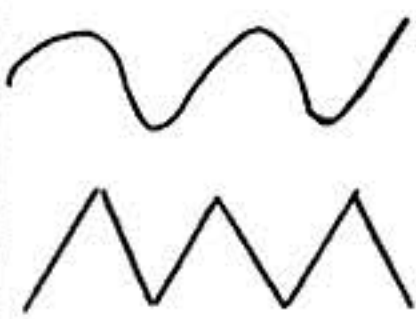
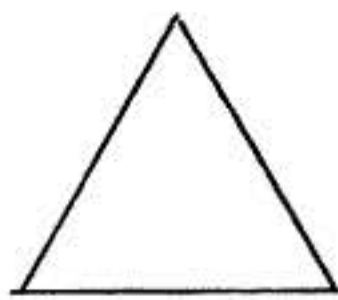
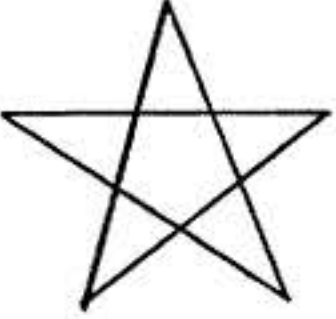
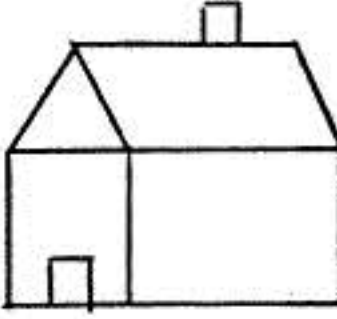
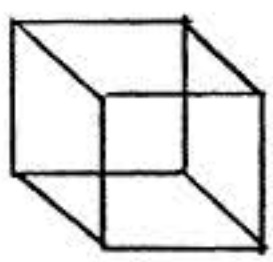
En el caso del dibujo del paciente eminentemente hipocondríaco, dicho radical de la personalidad puede existir previo a una patología dolorosa orgánica y por el solo hecho de tener la "fama" de hipocondríaco lo relegan injustamente y a veces despreciativamente dejando desarrollar una patología que atajada ha tiempo se hubiera resuelto. En el caso del hipocondríaco que durante varios años proclamó su cáncer cual disco rayado y muere realmente de cáncer.

CUADRO 10

PRUEBA DE PRAXIAS VISOMOTORA CONSTRUCTIVAS

INSTRUCCIONES: Escriba su nombre, edad y fecha.
Copie los dibujos en los espacios correspondientes.

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Se utiliza para la búsqueda de factores orgánicos de deterioro cerebral, que según la capacidad reproductiva visomotora es leve el deterioro, si solo no reproduce el cubo y es grave si no reproduce ninguno adecuadamente.

propio paciente de su figura humana con las características fenomenológicas por él descritas, (zona dolorosa, irradiación, carácter de dolor, trastornos sensitivos, etc) se somete al paciente, en colaboración con el anestesiólogo bajo Tiopental sódico intravenoso para producir una anestesia ligera de tal nivel que estando el paciente inconsciente, posea la respuesta al reflejo corneano. De este modo, se encuentra en capacidad el paciente, de responder con primitivas respuestas, ante los estímulos dolorosos. Ejemplo: si el paciente despierto era incapaz de tolerar una rotación de la articulación de su hombro en 10° ó 15° debido a un dolor torácico intratable, o igual a un Lasegue positivo de 5° debido a una lumbociática y bajo esta prueba puede excursionarse libre y fácilmente la articulación del hombro o elevarse el miembro inferior derecho en más de 70° sin la menor mueca o contractura defensiva por parte del paciente anestesiado nos encontramos ante un dolor psicógeno puro o una magnificación excesiva psicógena. Igualmente sucedería con las pruebas conscientes de producir exacerbación del dolor a la presión moderada en la región comprometida o hallar zona de anestesia y que en ambos casos desaparecen totalmente bajo el tiopental.

Por lo contrario, si al tratar de comprobar cualquier de las situaciones arriba mencionadas bajo anestesia y el paciente produce mueca típica dolorosa a la excursión de un miembro, con contractura defensiva antálgica o a la presión de la zona repite dicha mueca o contractura; o la zona de hipoestesia o anestesia es fácilmente "mapeado" en el paciente en perfecta correspondencia con su clínica consciente o vigíl, no cabe la menor duda que el componente orgánico es prevalente y habrán de tomarse en consecuencia las medidas adecuadas.

6. Prueba de la Electroestimulación Transcutánea: Si el paciente se encuentra hospitalizado para un programa de evaluación del dolor, las pruebas con el electroestimulador transcutáneo, se comienza simultáneamente con todas las otras evaluaciones mencionadas.

La electro-estimulación para el control del dolor es una vieja aplicación médica, como lo demuestra la descripción hecha por Scribonius Largus, médico romano, contemporáneo de Plineo, en su obra *De Compositione Medicamentorum Liber*,⁸ donde recomendaba la descarga de los temblores en el sitio de los dolores de cabeza, que se sabe poseen 50 voltios con 10 Ohms de impedancia.

Los actuales electroestimuladores transcutáneos con escasas diferencias entre sí, producen una onda asimétrica galvanofarádica que va entre 50 y 100 mA., entre 20 y 100 pulsaciones por segundo y con una anchura de onda que varía entre 50 y 2.000 msec.

Aun cuando la sistematización varía, el procedimiento de elección del paciente bajo la electroestimulación es de someterlo transcutáneamente en un período variable, cerca de 2 semanas a estimulaciones de 6 a 18 horas diarias. De esta manera se observa cerca del 5% que no toleran la sensación eléctrica por lo que se suspende dicho método y no son candidatos de continuarlos y mucho menos a implantarles electrodos en la columna o nervios periféricos. Un pequeño porcentaje se cura o se mejora con dichas

CUADRO 11 Dolor dentro de la Patología Mental

1. **Oligofrenias:**
Principio de Peters. (Reacción por la incapacidad).
2. **Personalidades-Psicopáticas:**
Otro síntoma dentro de una cadena desde el nacimiento.
3. **Reacción Situativa:**
(reacción temporal, ocultar un fracaso).
4. **Neurosis:**
 - a) de angustia: mecanismo de defensa ante un yo débil.
 - b) histeria: manifestación conversiva, tipo exhibicionismo, llamar la atención, buscar protección o dependencia afectiva.
5. **Psicosis:**
 - a) depresión (síntoma substitutivo)
 - b) esquizofrenia activa: síntoma simbólica.
defectual: síntoma secuelar.

sesiones, otro grupo requiere el uso crónico de dicho estimulador en su forma portátil y regresan a casi todas sus actividades anteriores y otro grupo se selecciona para la implantación de electrodos en la columna o nervio periférico, sustancia gris periacueductal, etc.

7. Entrevista psiquiátrica: aún cuando muy valiosa en este tipo de paciente y que constituye un factor en la evaluación integral del mismo, la correlación entre la opinión del psiquiatra y los resultados en relación al uso de la electroestimulación implantada, es inferior a la correlación que realiza el propio neurocirujano y sus resultados. Situación fácilmente comprensible si se toma en cuenta el enfoque más neurológico y global que este obligado a realizar el neurocirujano, que la faceta especializada del psiquiatra sin los elementos de juicio de las vivencias neurológicas propiamente dichas.

En todo caso el aporte psiquiátrico es valiosísimo porque nos encuadra al dolor dentro del marco referencial de la personalidad, nos describe el aspecto psicodinámico del dolor y dentro de alguna patología psiquiátrica definida lo cual tiene gran valor pronóstico en sí.

CONCLUSIONES

Bien hospitalizado por la patología intrínseca del paciente o por proceder de sitios alejados, o bien ambulatoriamente, si la enfermedad lo permite así como las metas propuestas por el especialista, todo paciente con dolor intratable debe sistemáticamente, salvo las excepciones lógicas, someterse a los siguientes pasos:

1. Rigurosa evaluación clínica metódica incluyendo el status actual de sus medicaciones, posible adicción, etc.
2. Evaluación psicométrica: M M P I

CUADRO 12
Métodos de Evaluación el Dolor Psicógeno

- I. Historia clínica completa:** sin apresuramiento ni presiones.
1. Involucrar mapa de distribución del dolor y concomitantes realizados por el mismo paciente.
 2. Pruebas clínicas adicionales (prueba del diapason, de los reflejos, del dinamómetro, de los párpados y del pulgar).
- II. Exámenes complementarios orgánicos según la orientación diagnóstica inicial.**
- III. Exámenes complementarios de la psicogenia:**
1. M.M.P.I.
 2. Cuestionario de Melzack.
 3. Substitutos: MAS
Inventario obsesivo.
Pruebas de la depresión.
Pruebas de riesgo de suicidio.
Pruebas fóbicas de Lazarus y Wolpe.
Pruebas de praxias constructivas.
Pruebas de inteligencia.
 4. Dolorimetría de Sternbach.
 5. Prueba de tiopental e Walters.
 6. Prueba de la electroestimulación transcutánea.
 7. Entrevistas psiquiátricas.

Batería de test: M.A.S.
Wolpe
O.C. Leyton
Pruebas D
Bender Praxias
Raven-Wechsler

3. Evaluación de Sternbach.
4. Prueba de Walters.
5. Electroestimulación transcutánea.
6. Consulta psiquiátrica.

Lo anterior permite derivar la actitud terapéutica más adecuada según el paciente, sea de naturaleza médica o quirúrgica, incluyendo aspectos de rehabilitación física y psicoterapéutica según los casos.

Aun cuando la mejor selección estaría en aquellos pacientes que ya se ha determinado adecuadamente que sus bases fisiopatológicas del dolor no tienen otra alternativa que procedimientos mayores, que están libres de patologías psiquiátricas importantes, que poseen una adecuada homeostasis psicodinámica en relación a familiares, matrimonio y aspectos económicos, que poseen motivación y estímulo para regresar a sus actividades habituales, trabajo, etc., que no se hayan convertido en adictos a las drogas y que llenen adecuadamente los requisitos a la electro-

estimulación y otros; una observación concienzuda y cuidadosa podría rescatar casos, que su cuadro reactivo depresivo ha hecho, que familiares y a veces la opinión del especialista no se le tome muy en serio sus quejas y se margine equivocadamente, quitándole la alternativa de una mejoría. Aun cuando las mejorías actuales y a largo plazo con los procedimientos de implantación de electrodos oscila en 15 y 20% en rigurosas revisiones, para muchos pacientes los resultados pueden catalogarse de milagrosos. (Ver cuadro 12).

BIBLIOGRAFIA

1. Anstey, E.: Test de Dominos. Edit. Paidos Bs. Aires. 1974.
2. Bender, L.: Test Gestáltico Visomotor (B.G.) Edit. Paidos. Bs. Aires. 1955.
3. Bernstein, J.: Test de las Matrices Progresivas. Edit. Paidos. Bs. Aires. 1950.
4. Contasi, M. y Holchblat, F.: Escala de Taylor como medida de ansiedad manifiesta. Tribuna Médica. (XXIX) 13: 400-401. 1970.
5. Cooper, J.: The Leyton Obsesional Inventory. Psychological Medicine 1: 48-64, 1970.
6. Fordyce, W.E.; Fowler, R.S. Jr.; Lehmann, J.F. et al: Operant Conditioning in the treatment of chronic pain arch. Phys. Med. Rehab. 1973. 54: 399-408.
7. Hamilton, M.A.: Rating Scale for Depression. J. of Neurol. Neursurg and Psych 23. 57-61. 1960.
8. Kellaway, P.: Bull. Hist. Med. 1946. 20:112.
9. Krivoy, A.: Patrones del dolor Psicógeno: Dolor torácico. curso de Post-grado (American College of Chest Physicians). IESA. Caracas. 15-17 Febrero. 1978.
10. Melzack, R. and Wall, P.: Psychophysiology of Pain. Int. Anesthesial Cli. 8 3-34. 1970.
11. Nuñez, R.: Apliación del inventario Multifásido de la personalidad (m.M.P.I.) a la psicopatología. El Manual Moderno. S.A. México 1968.
12. Poldinger, W.: Die Abschätzung der Suizi dalitat. Berna, Stuttgart. Huber. 1968.
13. Popoff, L.M.: A simple method for diagnosis of depression by the family physician. Clinical Medicine. 76: 24-29. 1969.
14. Shealy, N.C.: Electrical control of the nernous system. Med. Prog. Techol. 1974. 2: 71-80.
15. Sternbach, R.A.: Evaluation of pain relief. surgical Neurology. Pain Symposium 4: 199-201. 1975.
16. Valarino, F.: Reflexoterapias contemporáneas, Edit. Médica Venezolana. 1968.
17. Walters, J.A.: The pscogenic regional pain syndrome and its diagnosis. Knighton & Dumke. Boston Little, Brown & Co. p. 439-1966.
18. Zimmerman, I.L. y Woo-Sam, J.M.: Wais Interpretación clínica de la escala de Inteligencia de Wechsler. Publicaciones de Psicología Aplicada. TEA Ediciones. S.A. Madrid. 1976.
19. Zung, W.W.K.: Arch. Gen. Psychiat. 16:545-547. 1967.