

Trastornos somatomorfos y rasgos de personalidad en pacientes hospitalizados por lumbalgia crónica en El Salvador

Somatoform Disorders and Personality Traits in Hospitalized Patients with Chronic Back Pain in El Salvador

Sandoval, América Antonieta; Ayala, Roberto Leonel

 América Antonieta Sandoval
Instituto Salvadoreño del Seguro Social, El Salvador

 Roberto Leonel Ayala
leo.ayala11@hotmail.com
Instituto Salvadoreño del Seguro Social, El Salvador

Alerta
Ministerio de Salud, El Salvador
ISSN-e: 2617-5274
Periodicidad: Semestral
vol. 7, núm. 1, 2024
alerta@salud.gob.sv

Recepción: 12 Octubre 2023
Aprobación: 08 Enero 2024
Publicación: 25 Enero 2024

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/419/4194875011/>

DOI: <https://doi.org/10.5377/alerta.v7i1.17484>

Citación recomendada: Sandoval AA, Ayala RL. Trastornos somatomorfos y rasgos de personalidad en pacientes hospitalizados por lumbalgia crónica en El Salvador. *Alerta*. 2024;7(1):69-78.
DOI: [10.5377/alerta.v7i1.17484](https://doi.org/10.5377/alerta.v7i1.17484)

Resumen: Introducción. El trastorno somatomorfo se caracteriza por la presentación de múltiples síntomas físicos que no pueden ser atribuidos a otra enfermedad física, mental o al uso de sustancias, teniendo como comorbilidad más prevalente a los trastornos de personalidad. **Objetivo.** Determinar la frecuencia de trastorno somatomorfo, sus características principales y diferentes rasgos de personalidad entre pacientes con lumbalgia crónica. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal realizado con pacientes ingresados en el servicio de neurocirugía del Hospital General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. La recolección de datos se realizó a través de la escala *Screening for Somatoform Symptoms 2* y la escala *International Personality Disorder Examination*. Las variables cualitativas fueron analizadas a través de frecuencias absolutas. Las variables cuantitativas fueron analizadas a través de medidas de tendencia central y de dispersión. Los análisis estadísticos fueron realizados en el programa *Statistical Package for the Social Science*, versión 26. **Resultados.** Se incluyeron 60 pacientes, 40 de ellos mujeres, 31 entre los 41 y 60 años. Veintiocho pacientes presentaron ocho o más síntomas, excluyéndose dolor lumbar. Cuarenta y cinco pacientes reportaron sintomatología por más de un año. Cincuenta y tres pacientes presentaron trastorno somatomorfo. Los trastornos de personalidad más frecuentes fueron obsesivo-compulsivos (31), límites (21) y paranoides (21). **Conclusión.** Los pacientes con dolor lumbar crónico que requieren ingreso hospitalario presentan una alta frecuencia de trastornos somatomorfos, con dolor en piernas o brazos como síntoma principal; además, estos pacientes se caracterizan por presentar en su mayoría rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos.

Palabras clave: Trastornos Somatomorfos, Trastornos de la Personalidad, Dolor de la Región Lumbar, Trastorno de Personalidad Limítrofe.

Abstract: Introduction. The somatoform symptoms disorder is characterized by multiple psychological symptoms that can't be attributed to another physical or mental health diagnosis or drug abuse, having personality disorders as the most common comorbidity. **Objective.** To determine the frequency of somatoform disorders, it's most important characteristics and different personality traits among patients with chronic back pain. **Methodology.** Cross-sectional descriptive study

carried out with patients admitted to the neurosurgery department of the General Hospital of the Salvadoran Social Security Institute. Data collection was carried out using the Screening for Somatoform Symptoms 2 scale and the International Personality Disorder Examination scale. The qualitative variables were analyzed through absolute frequencies. The quantitative variables were analyzed through measures of central tendency and dispersion. The statistical analyzes were carried out using the Statistical Package for the Social Sciences version 26. **Results.** The study included 60 patients, 40 of them women, 31 between 41 and 60 years old. Twenty-eight patients presented eight or more symptoms, excluding low back pain. Forty-five patients reported symptoms for more than one year. Fifty-three patients presented somatoform disorder. The most frequent personality disorders were obsessive-compulsive (31), borderline (21) and paranoid (21). **Conclusion.** Patients with chronic lower back pain who require hospital admission have a high frequency of somatoform disorders, with the main symptom being pain in the legs or arms; furthermore, these patients are characterized by mostly presenting obsessive-compulsive personality traits.

Keywords: Somatoform Disorders, Personality Disorders, Low Back Pain, Borderline Personality Disorder.

INTRODUCCIÓN

El trastorno somatomorfo se caracteriza por la persistencia de síntomas físicos que sugieren la presencia de una enfermedad médica, pero no son explicados completamente por esta condición o por los efectos directos de otra sustancia o enfermedad mental¹. Puede tener inicio en cualquier etapa de la vida y se observa con mayor frecuencia en las mujeres, con una proporción estimada de mujeres- hombres de 10:1. Esta condición se acompaña de calidad de vida disminuida, incapacidad para realizar funciones básicas y un incremento en gastos asociados, principalmente a exámenes o tratamientos médicos innecesarios².

La comorbilidad de los trastornos por dolor somatomorfos es hasta seis veces mayor en la población con trastornos por dolor que en la población general, describiéndose una importante relación con los trastornos de personalidad, definidos como un conjunto de características que se desvían del patrón de normalidad y que causa disfunción en una o más áreas específicas de la vida^{3,4}. Hasta un 50,6 % de los pacientes con trastorno somatomorfo son diagnosticados con trastornos de personalidad, considerándose incluso esta comorbilidad como la que puede presentar con mayor gravedad el trastorno somatomorfo⁵. De igual manera, los trastornos de personalidad se asocian con dolor crónico^{6,7}, con una prevalencia entre el 31 y 81 %, y al estudiarse en dolor lumbar se encuentran prevalencias alrededor del 60 %, siendo mayores que aquellas observadas en dolor agudo⁸. Dentro de los trastornos más comúnmente asociados con trastorno somatomorfo, se han descrito los trastornos de personalidad histriónico, narcisista, paranoide, limítrofe, antisocial y evitativo⁸.

En promedio, entre el 20 y 25 % de pacientes atendidos en servicios de atención primaria, desarrolla una enfermedad crónica por síntomas somáticos¹ y únicamente el 45 % de ellos reciben un diagnóstico acertado y son referidos con un especialista, generando una alta tasa de interconsultas y mayor frecuencia de consultas especializadas^{9,10,11}.

En Europa, la prevalencia de trastornos somatomorfos en la población en general, se estima entre 12,9 % y 18,4 % dependiendo del país y área, y en EE. UU. entre el 5 % y 7 %¹², lo que lo convierte en una de las

categorías más comunes de preocupaciones de los pacientes en el ámbito de la atención primaria¹³. En Europa, la relación entre pacientes con síntomas físicos no explicados medicamente y costos por hospitalización es mayor en los servicios de neurología (1,9 %) que en otros servicios, observando que únicamente el 0,3 % equivale a los servicios de psiquiatría¹⁴.

A nivel nacional aún no se cuenta con estudios publicados que determinen la prevalencia de trastornos somatomorfos en la población salvadoreña. Se desconoce la cantidad de pacientes con dolor lumbar crónico que son afectados por cualquiera de los diferentes trastornos de personalidad o por un trastorno somatomorfo. Este estudio tiene como objetivo determinar la frecuencia de trastorno somatomorfo, sus características predominantes y diferentes rasgos de personalidad entre pacientes con lumbalgia crónica.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal realizado entre agosto y octubre de 2021 con pacientes ingresados en el servicio de neurocirugía del Hospital General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Este es un hospital de tercer nivel localizado en la capital de El Salvador, que atiende a personas cotizantes, pensionados y beneficiarios de todo el país, posee tres especialidades y 18 subespecialidades, tiene una capacidad de 428 camas y funciona con una plantilla de 2180 empleados.

El muestreo para la selección de la población de estudio fue no probabilístico por conveniencia, ya que se incluyeron a todos los pacientes ingresados en el periodo de tres meses, haciendo un total de 60 pacientes. Para participar, los pacientes debían cumplir con los siguientes criterios: ser mayor o igual a 18 años, hombre o mujer y con diagnóstico de lumbalgia crónica. Se excluyeron a los pacientes que no deseaban participar o firmar el consentimiento informado, pacientes cuya enfermedad fuera producto de una lesión traumática, infecciosa, metastásica o inflamatoria de columna vertebral, pacientes cuya lesión sea producto de enfermedad no discal degenerativa de columna y pacientes que no pudieran responder los instrumentos de tamizaje utilizados en el estudio por estar en estado de conciencia alterada o déficit intelectual, ya sea mediante el llenado o verbalmente asistidos.

La recolección de datos se realizó a través de la escala *Screening for Somatoform Symptoms 2* (SOMS-2)¹⁵ y la escala *International Personality Disorder Examination* (IPDE)¹⁶, para determinar los factores compatibles con los trastornos somatomorfos y para determinar los rasgos de personalidad. Ambas escalas fueron colocadas en un mismo documento de Word para facilitar la recolección de los datos. Originalmente estas escalas han sido creadas para ser auto aplicadas; sin embargo, en algunos casos fueron administradas por los investigadores debido a la condición de los pacientes.

Para la recolección de datos se realizaron entrevistas de lunes a viernes durante el periodo del estudio. Se realizó un máximo de dos entrevistas al día, que fueron realizadas por los investigadores y los médicos estudiantes de la especialidad en psiquiatría y salud mental previamente capacitados para la aplicación del instrumento. Cada entrevista tuvo una duración promedio de 45 minutos.

La escala SOMS-2 incluye todos los síntomas de trastorno somatomorfo. Esta escala consta de 53 ítems con respuestas dicotómicas; el paciente debe responder de forma positiva solo a aquellos ítems que han estado presentes en los últimos dos años. Los ítems 1 al 35 evalúan los posibles síntomas de trastorno de somatización, los ítems 36 al 42 evalúan los síntomas que pueden ocurrir durante una crisis de ansiedad, bajo estado de ánimo o en el trastorno somatomorfo indiferenciado, y los ítems 43 al 53 evalúan los criterios de inclusión y exclusión de los diferentes subgrupos de trastornos somatomorfos. Al final de la escala se incluyen 16 ítems adicionales (ítems 53 al 68) que indagan sobre el número de visitas realizadas al médico en el último año, influencia de los síntomas sobre la calidad de vida del paciente o si toma medicación a causa de sus dolencias.

Se utilizó el concepto de trastorno somatomorfo, contemplado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales versión 4 (DSM-4), a pesar de una nueva conceptualización en la versión más reciente DSM-5, debido a que la escala SOMS-2 se estandarizó con criterios DSM-4 y no ha sido revisada o actualizada para su versión más reciente.

Se excluyó de la escala, el síntoma dolor de espalda, ya que este se tomó como un criterio de selección y no como un síntoma propio del trastorno somatomorfo. Para el diagnóstico del trastorno somatomorfo, se tomó como punto de corte el reporte de cuatro síntomas, debido a que esto es un factor que incrementa la sensibilidad y especificidad respecto a siete o más síntomas; sin embargo, para el reporte de gravedad de trastorno somatomorfo, se tomó como punto de corte el haber presentado como mínimo cuatro síntomas, colocándose dentro de la categoría «no se diagnosticó» a los pacientes que reportaban menos de cuatro síntomas.

La escala IPDE es un instrumento que consta de 77 preguntas con dos posibles respuestas, verdadero o falso, que se puede corregir utilizando la plantilla que acompaña a la escala y permite visualizar cuantas respuestas no coincidentes con las esperadas, presenta el individuo para cada rasgo de personalidad. El resultado es sólo categorial, pues no puede utilizarse para calcular puntuaciones dimensionales. Es un instrumento de cribaje y no se debe de utilizar para realizar diagnósticos psiquiátricos formales. Esta escala utiliza como punto de corte para cada rasgo, cuatro o más respuestas no esperadas y valora los rasgos de personalidad paranoides, esquizotípicos, esquizoides, sociopáticos, histriónicos, limítrofes, narcisistas, obsesivo compulsivos, evitativos y dependientes.

Para cuantificar el nivel de dolor experimentado por cada paciente, se utilizó una escala de Likert para dolor, que constó de cinco puntos negativos (0 a 4), un punto neutro (5) y cinco puntos positivos (6 a 10), donde el paciente debía de indicar su nivel de dolor según intensidad, a través de una escala ordenada y unidimensional.

Al obtener resultados positivos para cualquiera de las características de personalidad, estos fueron catalogados como rasgos de personalidad predominantes; y, no se realizó diagnóstico de trastorno de personalidad, debido a que la herramienta es de tamizaje y no una herramienta diagnóstica.

Para el análisis estadístico de los datos, en primer lugar, se clasificó a cada persona por rasgo de personalidad, tomando como punto de corte cuatro o más respuestas no esperadas. Para realizar esta clasificación se creó una herramienta digital con lenguaje de programación C++, en la que se ingresaron los datos obtenidos en el formulario, obteniendo de forma automática la clasificación para cada paciente. A partir de esta clasificación se crearon diez variables (una para cada rasgo) con el resultado de la clasificación.

Posteriormente se creó una matriz en el programa de análisis estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* versión 26, donde fueron digitalizados los datos para ser analizados. Las variables cualitativas se analizaron por medio de frecuencias absolutas y las variables cuantitativas fueron analizadas a través de medidas de tendencia central y de dispersión. Los datos fueron presentados a través de tablas y gráficos, de acuerdo con la naturaleza de los resultados.

Previo a la recolección de los datos, se obtuvo el permiso de las autoridades del hospital y se invitó a participar a cada persona informándoles sobre el objetivo del estudio y aclarando expresamente que la participación era totalmente voluntaria. Cada participante leyó y firmó el consentimiento informado. Los datos obtenidos fueron de uso exclusivo de los investigadores. La base de datos fue anonimizada y resguardada por los investigadores. El protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por el comité de ética de investigación en salud del Hospital General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, a través de la carta de aprobación 537P218MO21.

RESULTADOS

Del total de pacientes (60 pacientes), 40 fueron mujeres. El promedio de edad fue de 46 años, con un mínimo de 18 y un máximo de 78. El grupo de edad con mayor cantidad de pacientes (17 pacientes) fue de 41 a 50 años, seguido del grupo de edad de 51 a 60 años con 14 pacientes. En la Figura 1 se muestra la distribución por edad según el sexo del paciente.

En la Tabla 1 se detallan los síntomas de trastorno somatomorfo distribuidos por sexo. Las mujeres reportaron mayor número de síntomas que los hombres. Los síntomas reportados con mayor frecuencia fueron: dolor en piernas o brazos (39), dolores de cabeza (36), náuseas (34) y boca seca (33). En la distribución por sexos, los síntomas (excluyendo dolor de espalda) más frecuentemente reportados por hombres fueron dolor en piernas o brazos (14), náuseas (13) y dolor articular (13), mientras que por parte de las mujeres, fueron igualmente dolor en piernas o brazos (25), además de dolores de cabeza (24) y dolor de estómago (22).

En la Tabla 2 se evidencian los síntomas de crisis de ansiedad distribuidos por sexo. Se observa que, tanto para hombres como para mujeres, los síntomas más frecuentemente experimentados fueron sensación desagradable o entumecimiento u hormigueo (35), pérdida de tacto o sensación de dolor (19) y doble visión (15).

En la Tabla 3 se observan los síntomas excluyentes de trastorno somatomorfo distribuidos por sexo. Se evidencia que, para los síntomas comunes entre sexos, 12 pacientes reportaron amnesia; mientras que, únicamente tres reportaron pérdida de conciencia y uno presentó episodios convulsivos (descritos en el instrumento como «ataques»). Dentro de los síntomas menstruales, los más comunes fueron menstruación dolorosa (12 mujeres) y menstruación irregular (10 mujeres). Únicamente cinco hombres reportaron disfunción eréctil o eyaculatoria.

Detección de Síntomas Somatomorfos 2

Dentro de la clasificación por la gravedad del trastorno, siete pacientes no cumplieron criterios para diagnóstico de trastorno somatomorfo, nueve tenían trastorno leve, 11 tenían gravedad moderada y 33 describían una gravedad severa del trastorno.

De acuerdo con la escala SOMS-2, 28 pacientes presentaron ocho o más síntomas, cinco pacientes presentaron siete síntomas, 14 presentaron entre cuatro y seis síntomas y tres pacientes presentaron menos de cuatro síntomas.

De los 28 pacientes con ocho o más síntomas, 20 eran mujeres; de los pacientes con siete síntomas, ocho fueron hombres; de los pacientes que tenían entre cuatro y seis síntomas, 11 fueron mujeres y de los pacientes con menos de cuatro síntomas, dos mujeres y un hombre.

La frecuencia de las visitas al médico debido a los síntomas que presentaban los pacientes, fue variable, se observó que 15 pacientes realizaron entre una y dos visitas, 20 realizaron entre tres y seis, 15 pacientes, entre seis y 12 y 10 pacientes realizaron más de 12 visitas.

Según el tiempo de evolución de los síntomas para el trastorno somatomorfo, el más frecuente fue el mayor a dos años, en 33 pacientes; seguido del período entre uno y dos años de desarrollo de síntomas que se registró en 12 pacientes; nueve pacientes reportaron síntomas entre seis meses y un año, y finalmente, seis pacientes reportaron un tiempo de evolución sintomática menor a seis meses.

El diagnóstico de trastorno somatomorfo se había realizado, previamente, en 12 pacientes, quienes reportaron entre cuatro a seis síntomas; 14 pacientes reportaron siete síntomas y 27 pacientes reportaron ocho o más síntomas, mientras que cuatro pacientes que reportaban cuatro o más síntomas no cumplen con criterios suficientes para realizar diagnóstico de trastorno somatomorfo. Tres pacientes reportaron cuatro o menos síntomas, todos ellos sin diagnóstico de trastorno somatomorfo.

Ningún paciente reportó haber tenido dolor leve; sin embargo, 12 pacientes presentaron dolor moderado, 14 pacientes dolor severo, 19 paciente dolor muy severo y 15 pacientes reportaban padecer el peor dolor imaginable.

Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad

Los rasgos de personalidad más prevalentes en la muestra de estudio fueron los obsesivos compulsivos (31 pacientes), límite (21 pacientes), paranoides (21 pacientes), evitativos (19 pacientes) e histriónicos (17 pacientes). Se observó que, del total de pacientes con rasgos obsesivos compulsivos, 20 coincidían con gravedad severa del trastorno somatomorfo, 19 pacientes con rasgos límites, 14 pacientes con rasgos paranoides, 11 pacientes con rasgos evitativos; y, 10 pacientes con rasgos histriónicos reportaron características de gravedad severa del trastorno somatomorfo.

En la Tabla 4 se muestra la cantidad de pacientes de acuerdo con la intensidad de dolor y rasgos de personalidad. Diez pacientes con rasgo de personalidad obsesivo compulsivo presentaron el peor dolor imaginable, y ocho pacientes paranoides también presentaron el peor dolor imaginable.

DISCUSIÓN

El estudio buscó establecer la cantidad de pacientes tratados por lumbalgia crónica que padecen de trastorno somatomorfo en el servicio de neurocirugía del Hospital General ISSS en un periodo de tres meses. Además, se identificaron los diferentes rasgos de personalidad que los caracterizan.

Se encontró que, de los pacientes con lumbalgia crónica incluidos en el estudio, la mayoría presentó trastornos somatomorfos en distintos niveles de gravedad. De igual manera, la mitad presentó rasgos de personalidad obsesivos, mientras que una menor parte presentó rasgos de personalidad limítrofes o rasgos paranoides. Sin embargo, actualmente no se encontró un estudio con el que se puedan comparar nuestros resultados.

La mayor cantidad de pacientes fueron mujeres, identificándose además un rango amplio respecto a la distribución por edades, encontrándose la mayor cantidad de pacientes entre los 41 y 60 años. Nuestros resultados son comparables con las investigaciones realizadas por Meucci et al., quienes mediante una revisión sistemática encontraron una prevalencia hasta 50 % mayor de dolor lumbar crónico en mujeres respecto a hombres y una prevalencia mayor en el rango de edad de 20 a 59 años¹⁷. De igual manera, Thomas et al. reportaron que de un total de 162 participantes en su estudio sobre dolor lumbar crónico, el 57 % eran mujeres¹⁸. Como explicación a esta distribución por sexos, Pak ha evidenciado que el sexo femenino, junto a otros factores, es un factor de riesgo significativo para la cronificación del dolor¹⁹. De igual manera, Thompson et al. demostraron que las mujeres consultan significativamente más que los hombres, tanto por causas de salud física como mental, concluyendo que las mujeres son más activas tanto en prevención como tratamiento respecto a los hombres²⁰. Meints et al., de igual manera observaron diferencias de sexo en modelos más dinámicos de dolor experimental, como la suma temporal, más pronunciada en mujeres y los controles inhibitorios nocivos difusos (DNIC), una forma de modulación del dolor endógeno en la que la percepción de un estímulo doloroso se atenúa mediante un estímulo de dolor aplicado en un sitio remoto. Varios estudios indican que la respuesta de DNIC es más pronunciada en hombres que en mujeres, lo que sugiere un mejor funcionamiento del sistema inhibitorio del dolor endógeno entre los hombres²¹.

Se encontró que la mayoría de los pacientes tenían características compatibles con el diagnóstico de trastorno somatomorfo, sin importar gravedad. Además, al cuantificar la intensidad del dolor mediante el puntaje en una escala de Likert para dolor, se encontró que la intensidad del dolor con mayor frecuencia reportada por pacientes, fue dolor muy severo. Esto concuerda con Samuelly-Leichtag et al. y Henker

et al., quienes proponen que ciertos aspectos de la personalidad, como la catastrofización, la modulación condicionada del dolor y el género, contribuyen a la percepción incrementada en la intensidad del dolor en pacientes con lumbalgia crónica^{22,23}.

Respecto a los rasgos de personalidad, entre los pacientes de este estudio, se encontró con mayor frecuencia el rasgo de personalidad obsesivo compulsivo, seguido de rasgos paranoides, rasgos limítrofes, rasgos evitativos y rasgos histriónicos de la personalidad. Poloni et al. reportan en su estudio en pacientes con trastornos somatomorfos, que estos se asocian con las altas prevalencias de trastornos mentales, principalmente ansiedad y trastornos de personalidad²⁴. De igual manera concluyen que un trastorno de personalidad en pacientes con síntomas no explicados medicamente, incrementa significativamente la probabilidad de padecer además un trastorno somatomorfo.

En el 2018, Herzog et al. identificaron que la mayoría de pacientes con trastorno somatomorfo reportaban haber realizado entre dos y cinco visitas médicas por sus síntomas, así como una larga evolución de síntomas, incluso hasta de 15 años previo a su diagnóstico¹³. Los resultados de este estudio concuerdan con lo anterior, evidenciándose que un tercio de los pacientes reportaron haber consultado por sus síntomas entre tres y seis veces, observándose una distribución inferior entre los demás rangos. De igual manera, se evidenció que aproximadamente un tercio de los pacientes han padecido de sintomatología compatible con trastorno somatomorfo por más de dos años.

En el presente estudio se observó que más de la mitad de los pacientes tienen al menos un síntoma de ansiedad, estos resultados son mayores que los obtenidos por Piontek et al., quienes encontraron un 25 % de pacientes con características ansiosas. Esto puede ser debido a que, nuestro estudio fue realizado con pacientes hospitalizados y con dolor agudizado²⁵.

Poloni et al. proponen que el número total de síntomas somáticos reportados por los pacientes con trastorno somatomorfo es un predictor de discapacidad²⁴, incluso siendo considerada una de las enfermedades que da lugar al mayor porcentaje de discapacidad a nivel mundial, así como al incremento en los costos hospitalarios. Lo anterior es coincidente con nuestros resultados que muestran que la mayor cantidad de pacientes reportaban siete o más síntomas de trastorno somatomorfo, traduciéndose en un alto grado de malestar físico y mental, así como dando lugar a una discapacidad significativa.

Una limitante del estudio estuvo relacionada con la calidad de la información brindada por los pacientes, debido a que esta dependía de los datos recordados por ellos, al momento del llenado de cada escala, lo que puede generar sesgo de información, así como sesgo de selección, si la cantidad de síntomas o características reportadas como positivas fue mayor o menor a la real.

Dada la estrecha relación entre patología mental y patología de columna, sería de gran beneficio optar por implementar medidas de tamizaje general para trastornos mentales en pacientes que ingresen con patología de columna. Roon-Cassini et al. exponen que un tamizaje y tratamiento oportuno de trastorno por estrés postraumático y depresión, puede lograr una mejoría en los resultados obtenidos institucionalmente²⁶.

De igual manera, es importante implementar una evaluación psicológica temprana y si es necesaria, una psiquiátrica en pacientes con dolor lumbar junto con la realización de escalas para depresión, ansiedad, trastorno somatomorfo como las utilizadas en este estudio para poder evaluar de manera integral al paciente con dolor lumbar, esto beneficiaría la detección de los cuadros que ameriten un manejo psicológico o psiquiátrico y por lo tanto mejorar el resultado posquirúrgico en el caso de los pacientes que sean intervenidos.

Se recomienda realizar otras investigaciones en los que se estudie el síndrome somatomorfo acompañado de una evaluación específica de la personalidad, con la capacidad de realizar pruebas con mayor sensibilidad y especificidad, con el tiempo adecuado para su desarrollo y con una población más amplia que permita identificar la prevalencia de los trastornos somatomorfos y de personalidad, además de los factores que contribuyen al incremento de estos problemas de salud en la población.

CONCLUSIÓN

Los pacientes con lumbalgia crónica que requieren ingreso hospitalario presentan una alta frecuencia de trastornos somatomorfos, caracterizados principalmente por dolor en piernas o brazos, cefalea y náuseas; además, estos pacientes se caracterizan por presentar rasgos de personalidad obsesivos compulsivos, límite y paranoides. La detección oportuna de los casos puede ayudar a emprender acciones acordes con sus necesidades y bienestar, y a contar con profesionales de la salud preparados para dar respuesta.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran no tener fuentes de financiamiento.

Tabla 1

Síntomas de trastorno somatomorfo	Hombres	Mujeres	Total
Dolores de cabeza	12	24	36
Dolor de estómago	6	22	28
Dolor articular	13	17	30
Dolor en piernas o brazos	14	25	39
Dolor en pecho	7	11	18
Dolor en el ano	4	4	8
Dolor en la relación sexual (coito)	4	10	14
Dolor al orinar	4	9	13
Náuseas	13	21	34
Hinchado o abotargado	10	20	30
Molestias alrededor de la zona del corazón	6	13	19
Vómitos	7	11	18
Reflujo gástrico	9	21	30
Hipo o sensación de quemazón en el pecho o estómago	6	9	15
Intolerancia a los alimentos	2	9	11
Pérdida del apetito	7	13	20
Mal sabor de boca, o lengua pastosa	12	14	26
Boca seca	12	21	33
Frecuentes diarreas	2	9	11
Secreción de fluidos por el ano	1	1	2
Orina con mucha frecuencia	5	8	13
Frecuentes evacuaciones	2	7	9
Fuertes palpitaciones	10	19	29
Molestias estomacales o sensación de revolverse el estómago	10	17	27
Sudor (caliente o frío)	7	17	24
Ruborización o enrojecimiento	4	10	14
Falta de aliento (sin esfuerzo previo)	7	9	16
Respiración dolorosa o hiperventilación	3	6	9
Excesivo cansancio o leve incapacidad para esforzarse	5	15	20
Manchas o decoloración de piel	5	7	12
Indiferencia sexual (pérdida de libido)	4	12	16
Sensaciones desagradables en o alrededor de los genitales	4	7	11
Dificultades de coordinación o equilibrio	9	13	22
Parálisis o debilidad localizada	7	11	18

Síntomas de trastorno somatomorfo distribuidos por sexo de los pacientes con lumbalgia crónica ingresados en el servicio de neurocirugía del Hospital General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, agosto-octubre 2021

Tabla 2

Síntomas de crisis de ansiedad	Hombres	Mujeres	Total
Dificultad para tragar	5	8	13
Afonía (pérdida de voz)	4	9	13
Retención urinaria	4	5	9
Alucinaciones	2	1	3
Perdida de tacto o sensación de dolor	9	10	19
Sensación desagradable o entumecimiento u hormiguelo	12	23	35
Doble visión	5	10	15

Síntomas de crisis de ansiedad distribuidos por sexo de los pacientes con lumbalgia crónica ingresados en el servicio de neurocirugía del Hospital General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, agosto-octubre 2021

Tabla 3

Síntomas excluyentes	Hombres	Mujeres	Total
Ceguera	3	4	7
Sordera	3	2	5
Ataques	1	0	1
Amnesia (pérdida de memoria)	3	9	12
Pérdida de conciencia	1	2	3
Menstruación dolorosa	No aplica	12	12
Menstruación irregular	No aplica	10	10
Excesiva hemorragia menstrual	No aplica	7	7
Continuos vómitos durante el embarazo	No aplica	1	1
Inusual o abundante flujo vaginal	No aplica	1	1
Disfunción eréctil o eyaculatoria	5	No aplica	5

Síntomas excluyentes distribuidos por sexo de los pacientes con lumbalgia crónica ingresados en el servicio de neurocirugía del Hospital General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, agosto-octubre 2021

Tabla 4

Rasgos de personalidad	Puntaje en escala de Likert para dolor				Total
	Dolor moderado	Dolor severo	Dolor muy severo	Peor dolor imaginable	
Paranoide	3	3	7	8	21
Esquizoide	5	4	2	0	11
Esquizotípico	3	0	0	1	4
Histriónico	4	3	8	2	17
Antisocial	3	1	0	0	4
Narcisista	2	2	3	0	7
Límite	0	4	8	9	21
Obsesivo compulsivo	4	8	9	10	31
Dependiente	1	1	2	3	7
Evitativa	0	6	4	9	19

Tipos de rasgos de la personalidad distribuidos según el puntaje en escala de Likert para dolor en pacientes ingresados en el servicio de neurocirugía del Hospital General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, agosto-octubre 2021

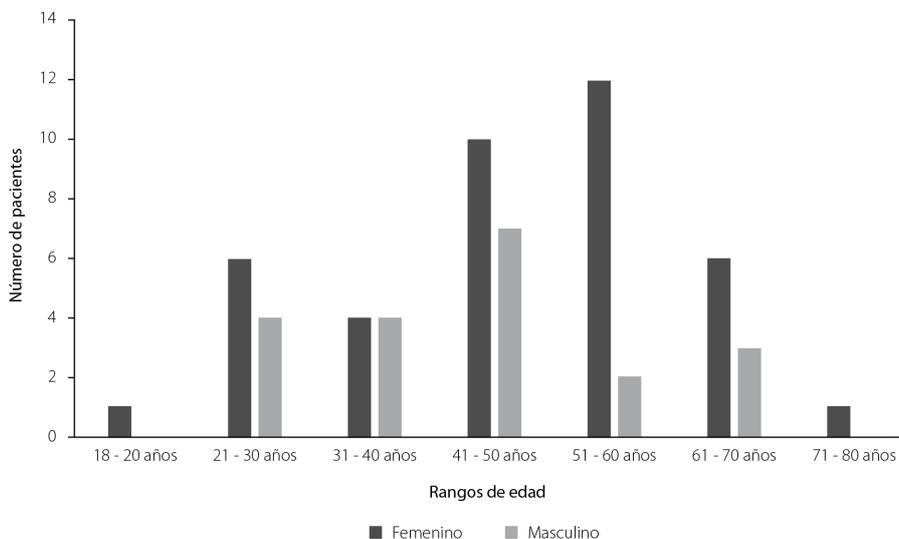


Figura 1

Distribución por edad según el sexo de los pacientes con lumbalgia crónica ingresados en el servicio de neurocirugía del Hospital General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, agosto-octubre 2021

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kurlansik SL, Maffei MS. Somatic Symptom Disorder. Am Fam Physician. 2016;93(1). Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2016/0101/p49.pdf>
2. Löwe B, Levenson J, Depping M, Hüsing P, Kohlmann S, Lehmann M, et al. Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. Psychol Med. 2022 Mar;52(4):632-648. DOI: 10.1017/s0033291721004177

3. Collinet A, Ntilikina Y, Romani A, Schuller S, Sauleau E-A, Charles YP. Psychopathological profile and sagittal alignment in low-back pain. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2023;109(2):103474. DOI: 10.1016/j.otsr.2022.103474
4. Bayon Perez C, Rodriguez-Cahil C, Cloninger C. Trastornos de la personalidad. In: *Tratado de psiquiatria*. Libreria editorial Marban; 2012. pp. 1390-1397.
5. Van Dijk SDM, Hanssen D, Naarding P, Lucassen P, Comijs H, Oude Voshaar R. Big Five personality traits and medically unexplained symptoms in later life. *Eur. psychiatr.* 2016;38:23-30. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2016.05.002
6. Taberner MMT, Perez Pareja J, Medinas Amorós MM, Palmer Pol A, Sesé Abad A. Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud [online]*. 2008;19(3):295-320. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300003&lng=es
- Ackerman MD, Stevens MJ. Acute and chronic pain: Pain dimensions and psychological status. *J. Clin. Psychol.* 1989;45(2):223-228. Disponible en: [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198903\)45:2<223::AID-JCLP2270450208>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198903)45:2<223::AID-JCLP2270450208>3.0.CO;2-Y)
8. Rodríguez Salgado B, Bolengevich Segal H. El paciente con dolor en la interconsulta psiquiátrica. In: *Aspectos de interés en la Psiquiatria de enlace*. Ira ed. España: ERGON; 2010. pp. 285-302.
9. Hüsing P, Löwe B, Piontek K, Shedden-Mora M. Somatoform disorder in primary care: The influence of co-morbidity with anxiety and depression on health care utilization. *Evaluation Clinical Practice.* 2018;24(4):892-900. DOI: 10.1111/jep.12898
10. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(8):903. DOI: 10.1001/archpsyc.62.8.903
11. Grupp H, Kaufmann C, König H-H, Bleibler F, Wild B, Szecsenyi J, et al. Excess costs from functional somatic syndromes in Germany — An analysis using entropy balancing. *Journal of Psychosomatic Research.* 2017;97:52-57. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2017.04.002
12. Dunphy L, Penna M, EL-Kafsi J. Somatic symptom disorder: a diagnostic dilemma. *BMJ Case Rep.* 2019;12(11):e231550. DOI: 10.1136/bcr-2019-231550
13. Herzog A, Shedden-Mora MC, Jordan P, Löwe B. Duration of untreated illness in patients with somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research.* 2018;107:1-6. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2018.01.011
14. Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience.* 2018;20(1):23-31. DOI: 10.31887/DCNS.2018.20.1/phenningsen
15. Gili M, Bauzá N, Vives M, Moreno S, Magallón R, Roca M. Validación de la versión española de la escala Screening for Somatoform Symptoms-2 para la evaluación de síntomas somáticos en Atención Primaria. *Atención Primaria.* 2015;47(5):273-278. DOI: 10.1016/j.aprim.2014.07.001
16. World Health Organization. Assessment and diagnosis of personality disorders. The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE). 1997. 226 p.
17. Meucci RD, Fassa AG, Faria NMX. Prevalence of chronic low back pain: systematic review. *Rev. Saúde Pública.* 2015;49(1). DOI: 10.1590/S0034-8910.2015049005874
18. Thomas JS, Clark BC, Russ DW, France CR, Ploutz-Snyder R, Corcos DM, for the RELIEF Study Investigators. Effect of Spinal Manipulative and Mobilization Therapies in Young Adults With Mild to Moderate Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 2020;3(8):e2012589. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.12589
19. Pak DJ, Yong RJ, Kaye AD, Urman RD. Chronification of Pain: Mechanisms, Current Understanding, and Clinical Implications. *Curr Pain Headache Rep.* 2018;22(2):9. DOI: 10.1007/s11916-018-0666-8
20. Thompson AE, Anisimowicz Y, Miedema B, Hogg W, Wodchis WP, Aubrey-Bassler K. The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study. *BMC Fam Pract.* 2016;17(1):38. DOI: 10.1186/s12875-016-0440-0
21. Meints SM, Edwards RR. Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry.* 2018;87:168-182. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2018.01.017

22. Samuelly-Leichtag G, Eisenberg E, Zohar Y, Andraous M, Eran A, Sviri GE, et al. Mechanism underlying painful radiculopathy in patients with lumbar disc herniation. *European Journal of Pain*. 2022;26(6):1269-1281. DOI: 10.1002/ejp.1947
23. Henker J, Keller A, Reiss N, Siepmann M, Croy I, Weidner K. Early maladaptive schemas in patients with somatoform disorders and somatization. *Clin Psychology and Psychoth*. 2019;26(4):418-429. DOI: 10.1002/cpp.2363
24. Poloni, Caselli, Ielmini, Mattia, De Leo, Di Sarno, et al. Hospitalized Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms: Clinical Context and Economic Costs of Healthcare Management. *Behavioral Sciences*. 2019;9(7):80. DOI: 10.3390/bs9070080
25. Piontek K, Shedden-Mora MC, Gladigau M, Kuby A, Löwe B. Diagnosis of somatoform disorders in primary care: diagnostic agreement, predictors, and comparisons with depression and anxiety. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):361. DOI: 10.1186/s12888-018-1940-3
26. deRoos-Cassini TA, Hunt JC, Geier TJ, Warren AM, Ruggiero KJ, Scott K, et al. Screening and treating hospitalized trauma survivors for posttraumatic stress disorder and depression. *J Trauma Acute Care Surg*. 2019;87(2):440-450. DOI: 10.1097/TA.0000000000002370