

Tema 3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL DOLOR

_Toc190008870

I.	Introducción.....	3
II.	EL DOLOR DESDE LAS PRINCIPALES ESCUELAS DE PSICOLOGÍA.....	3
2.1.	MODELO PSICODINÁMICO	4
2.2.	MODELO CONDUCTISTA	4
III.	BASES PSICOLÓGICAS DE LA EXPERIENCIA DE DOLOR.....	5
3.1.	Dimensiones de la experiencia de dolor.....	5
3.1.1.	Dimensión sensorial-discriminativa.....	5
3.1.2.	Dimensión motivacional-afectiva	6
3.1.3.	Dimensión cognitivo-evaluativa.....	10
3.2.	Factores de personalidad y dolor	12
3.3.	Factores socioculturales y dolor	13
3.3.1.	Contexto social	13
3.3.2.	Cultura	13
3.3.3.	Religión	14
3.4.	Variables psicosociales implicadas en el dolor	14
3.4.1.	Nivel 1: Variables individuales	16
3.4.2.	Nivel 2: Variables interpersonales	16
3.4.3.	Nivel 3: Variables interpersonales	17
3.4.4.	Nivel 4: Variables de “orden superior”	17
IV.	OBJETIVOS Y ÁREAS DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL DOLOR CRÓNICO.....	18
V.	PROCEDIMIENTOS PSICOLÓGICOS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO	20
5.1.	Cuestionarios	20
5.2.	Procedimientos de autorregistro.....	21
VI.	ESTRATEGIAS PSICOLÓGICAS EMPLEADAS EN EL DOLOR CRONICO.....	22
6.1.	Técnicas de reducción de la ansiedad	23
6.1.1.	Técnicas de relajación.....	23
6.1.2.	Desensibilización sistemática (DS).....	24
6.2.	Técnicas de Biofeedback.....	24
6.3.	Técnicas cognitivas	24
6.3.1.	Técnicas de reestructuración cognitiva	25

6.3.2. Técnicas de Coping	25
6.3.3. Técnicas de resolución de problemas.....	25
6.4. Tratamiento por condicionamiento operante.....	26
6.5. Psicoterapia	26
VII. FUENTES DE CONSULTA.....	33

Autores*Profa. A. Díez**Dr. G. Llorca Díez*

Máster del dolor

I. Introducción

Actualmente el dolor es un problema científico, social y económico de primera magnitud. El 80% de las consultas médicas están motivadas por el dolor, convirtiéndose en el síntoma principal de consulta. El sufrimiento que acarrea el dolor, en especial el crónico, hace que millones de personas se encuentren en una situación de desesperación física y psíquica que eleva los costes humanos del dolor a límites inimaginables.

Los efectos psicológicos del dolor crónico y el sufrimiento que conlleva, pueden ser agrupados en dos grandes polos:

- Aumento progresivo de la preocupación por el propio estado corporal, el dolor y sus posibles causas y consecuencias, acompañado de una retirada de la atención hacia el mundo exterior. Los pacientes se vuelven cada vez más introvertidos, disminuyendo el nivel de actividad física y social, pasando la mayor parte del tiempo en casa o en la cama y centrando toda su vida (y muchas veces la de los demás) entorno a su dolor.
- -Desarrollo de características psicopatológicas tales como la depresión, ansiedad... la disminución en la calidad de vida, conocidas en la actualidad como "comportamiento enfermo anormal" y que son propias de dolores crónicos prolongados principalmente debidos a causas psíquicas o mantenidos por mecanismos psicológicos.

Cualquier clínico experimentado sabe que los factores psicológicos a menudo juegan un papel central en los problemas de dolor crónico. Tampoco el dolor agudo se encuentra libre de esta interrelación con determinados elementos psíquicos (aunque su importancia sea mucho menor) como así parece indicarlo el papel de la ansiedad en la modulación del dolor o las consecuencias psicológicas que dicha manifestación tiene para el sujeto. La propia definición de dolor dada por la IASP recalca la importancia de los componentes emocionales y subjetivos del dolor.

Como señala Miguel Angel Vallejo "el desarrollo actual del estudio y tratamiento del dolor no puede entenderse sin hacer referencia a los aspectos psicosociales implicados en este problema". En efecto, difícilmente se podrían haber dado explicaciones tan útiles para la comprensión teórica y clínica del dolor como la de Melzack y Casey (por poner un ejemplo) o pensar en la creación de clínicas multidisciplinares del dolor, sin considerar los aspectos psicosociales de un tema de tan vital trascendencia para la salud, la sociedad y la economía nacional.

Desde muchos sectores de la propia medicina se acepta ya el abordaje multidisciplinar del dolor cuando se transforma en enfermedad, como única forma válida de acercamiento a tan complejo tema, alejándose de la especialización unidimensional tradicional.

Ahora bien, tan radical e ineficaz sería hacer un reduccionismo de corte biologicista como uno de corte psicologicista. Hoy en día parece imposible pensar en la perspectiva unidisciplinar como solución factible al problema del dolor. Sólo el desarrollo de una visión holística basada en la comunicación y el trabajo multidisciplinar nos acercarán un poco más a la salida de ese oscuro túnel que es la enfermedad "del dolor".

II. EL DOLOR DESDE LAS PRINCIPALES ESCUELAS DE PSICOLOGÍA

Fueron dos psicofisiólogos (Wundt en 1874 y Titchener en 1896) los primeros en introducir la preocupación por el dolor dentro del campo de estudio de la psicología. Frente a la teoría de la especificidad de Von Frey y Goldscheider propusieron la llamada teoría de la intensidad. Esta supuso el abandono de la concepción del dolor como una entidad meramente sensorial e independiente al considerar que no toda estimulación es capaz por sí sola de provocar una sensación nociceptiva. La

variación en los niveles de umbral va a estar afectada por numerosos factores tanto internos como situacionales, y precisamente va a ser éste el origen del estudio del dolor en psicología: determinar cuáles son los factores psicológicos implicados en la percepción del dolor. También los avances en el campo de la neurofisiología contribuyeron a potenciar el estudio del dolor en la psicología en estos primeros años.

Pero tal y como nos indica Vallejo Pareja fue la propia práctica clínica la que realmente "constató la necesidad de tener en cuenta los aspectos motivacionales y cognitivos de la percepción del dolor". Aspectos tales como la cronificación del dolor aún habiendo eliminado la causa orgánica que lo produjo, o la intensificación del dolor ante determinadas situaciones y actividades sociales y/o laborales o la aparición de dolores inespecíficos sin causa orgánica definida, introdujeron definitivamente a mediados de los 60 a la psicología en el abordaje y tratamiento clínico del dolor.

Sin embargo no podemos hablar de una única perspectiva psicológica en el estudio del dolor. De nuevo, y como viene sucediendo habitualmente en la historia de la psicología, cada escuela expone sus propios postulados que muchas veces no sólo no tienen en cuenta las aportaciones del resto de las escuelas, sino que se dedican a atacarlas indiscriminadamente. No vamos a caer nosotros en un reduccionismo de este tipo, sino que permitiremos que el alumno forme su propio criterio evaluativo, si bien de las dos escuelas que vamos a desarrollar (psicología dinámica y conductismo) va a ser la última la que centre la mayor parte de nuestra atención, ya que es la que mayor uso clínico y eficacia terapéutica presenta.

2.1. MODELO PSICODINÁMICO

Casi todas, por no decir todas, las aproximaciones al dolor que desde el modelo psicodinámico se han hecho, sostienen que el dolor debe ser considerado como un síntoma de alguna disfunción psicológica subyacente, bien tenga carácter psicopatológico o no. Así el comportamiento del enfermo al igual que sus quejas ha de ser considerado como síntoma manifiesto de un conflicto psíquico irresuelto. El dolor físico habría de entenderse entonces como la expresión somática de un "dolor" psíquico sin resolver.

Los modelos psicodinámicos del dolor se caracterizan por ser variantes del concepto de histeria de conversión, en la cual el síntoma físico siempre tiene una interpretación psicológica. Se considera que el paciente es incapaz de enfrentarse a un conflicto psicológico sin resolver, siendo el dolor un síntoma, una forma de expresión de esta dialéctica.

Por último cabe reseñar que, curiosamente, el modelo psicodinámico aunque nacido desde la psicología posee un mayor grado de aceptación entre los profesionales de la psiquiatría que entre los de la psicología. Respecto a su éxito terapéutico los estudios científicos son escasos y más bien de carácter analítico-descriptivo que terapéutico, por lo que sería aventurado emitir un juicio de valor sobre la eficacia clínica de este modelo.

2.2. MODELO CONDUCTISTA

Sin lugar a dudas ha sido esta escuela (y también desde el cognitivismo) la que ha realizado las aportaciones más interesantes en el estudio del dolor en psicología. La mayoría de las formas de explicación teórica, así como los instrumentos de evaluación y tratamiento del dolor tienen sus raíces en este paradigma.

La diferencia más importante con el modelo anterior radica en que el conductismo no entiende el dolor como un síntoma indicador de un conflicto psicológico subyacente, sino como un problema en sí mismo que es necesario abordar en su forma de expresión actual. Es el dolor el que está causando sufrimiento al paciente y no el sufrimiento interno quien causa el dolor.

Nosotros nos inclinamos hacia una postura más ecléctica en la que los componentes ambientales sean una parta más del problema, al igual que lo son los factores biológicos, cognitivos,

motivacionales y emocionales, ya que entendemos al hombre como un conjunto bio-psico-social en el que es imposible (o al menos contraproducente para la salud del enfermo) desligar una parte de otra.

Se trataría, de hacer que el paciente reciba una evaluación y un tratamiento multidisciplinar en la que tanto los distintos factores médicos como los psicológicos sean tenidos en cuenta.

III. BASES PSICOLÓGICAS DE LA EXPERIENCIA DE DOLOR

¿Cuáles son las variables psicológicas más importantes implicadas en la experiencia de dolor? ¿A través de qué mecanismos psicológicos un dolor, en principio justificado por un daño tisular u otra causa orgánica, puede cronificarse y mantenerse a pesar de que haya desaparecido la causa que lo provocó? ¿Tienen alguna relevancia determinados aspectos sociales como la cultura o la religión en el modo de expresión del dolor? A estas y a otras preguntas similares vamos a tratar de responder en este punto. Para ello comenzaremos analizando las dimensiones de la experiencia de dolor propuestas por Melzack y Casey viendo cuáles son los aspectos psicológicos más relevantes dentro de cada una de ellas. Posteriormente analizaremos los mecanismos psicológicos implicados en la cronificación del dolor, y acabaremos refiriéndonos a aquellos aspectos sociales que de un modo u otro modifican la experiencia de dolor de los sujetos.

3.1. Dimensiones de la experiencia de dolor.

Melzack y Casey (1968) llevaron a cabo el primer intento de abordar el dolor como una entidad compleja mucho más complicada que un mero mecanismo de transmisión neurológica. A pesar de que este modelo en sus aspectos fisiológicos está empezando a ser superado (sobre todo a raíz del descubrimiento del sistema de analgesia endógena) desde el punto de vista conceptual ofrece un modelo de gran claridad y valor pedagógico. Es por ello por lo que lo traemos aquí.

Tal y como dicen estos autores la percepción y la experiencia de dolor estaría compuesta por tres dimensiones básicas: sensorial-discriminativa, motivacionalafectiva y cognitivo-evaluativa. Cada una de estas dimensiones vendría apoyada en una estructura neurológica subyacente y daría al dolor una caracterización psicológica determinada.

3.1.1. Dimensión sensorial-discriminativa

Tiene como función transmitir la estimulación nociceptiva, su intensidad y características espacio-temporales. Como resultado de ello se produce una primera codificación del dolor referida a la valoración de la intensidad de la estimulación.

La intervención psicológica en esta dimensión iría dirigida a aumentar los niveles sensoriales del umbral de dolor y a modular la valoración de la intensidad de la estimulación nociceptiva.

Las variables psicológicas más relevantes en esta dimensión serían la atención y la percepción, aunque también se encuentran estrechamente ligadas a la dimensión cognitivo-evaluativa. A pesar de que tanto la atención como la percepción tienen un componente neurofisiológico muy claro, su procesamiento en estructuras superiores del SNC hace pensar en la intervención de factores psíquicos. De hecho la atención puede acentuar o disminuir la experiencia de dolor en función de que la barrera atencional se mantenga más o menos constante.

Hulbert y Poggio distinguen dos características fundamentales en los procesos atencionales:

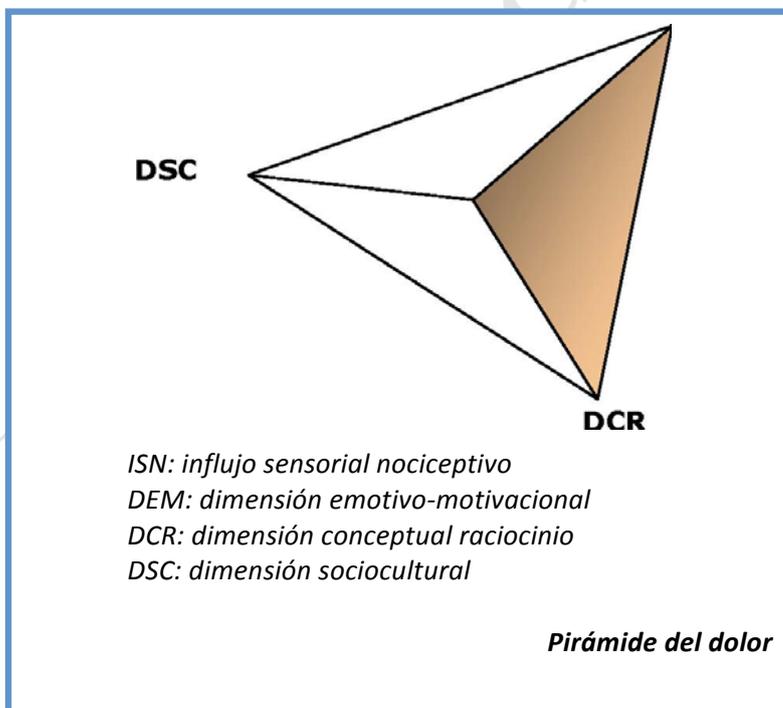
. Barrido atencional: se refiere a la habilidad para seleccionar ciertas características de la configuración estimular. Es una señal somato-sensorial compleja producida por un estímulo doloroso. Este primer proceso atencional se encargaría de extraer características tales como la localización en el cuerpo, la intensidad o el patrón temporal de la estimulación nociceptiva.

. Atención focal: supone la centralización de la atención en un determinado punto. Implica el registro de la información, su evaluación y la interpretación compleja de los modelos sensoriales.

3.1.2 Dimensión motivacional-afectiva

Tiene como función principal "teñir" afectivamente la experiencia de dolor, es decir, caracterizarla como tolerable o como aversiva. Las estructuras neurológicas subyacentes son la formación reticular y el sistema límbico, que actúan como un sistema integrador central de la intensidad de los inputs nocivos recibidos por el sujeto. Además, es la responsable de que se produzcan en el sujeto distintas respuestas emocionales tales como el miedo o la ansiedad que en definitiva van a motivar la conducta de escape y/o evitación ante la estimulación nociva.

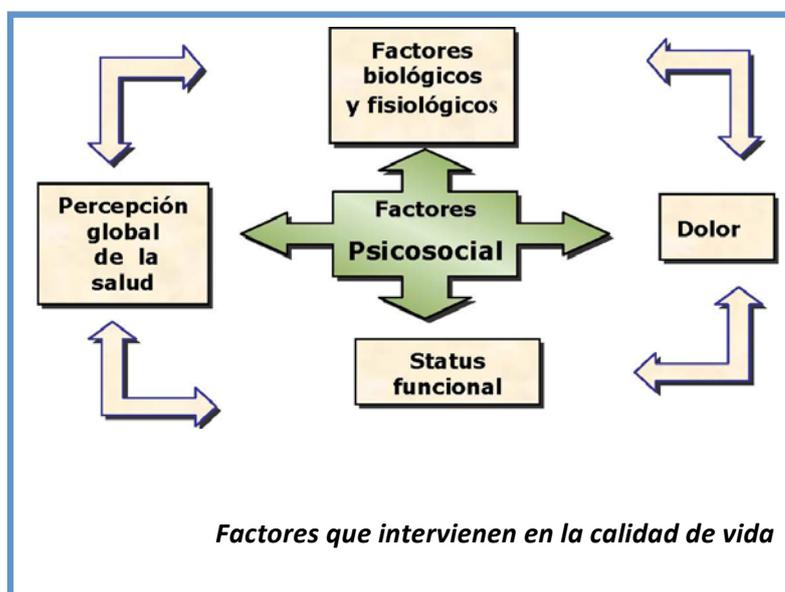
Para Chapman, autor de un modelo multidimensional que guarda bastantes similitudes con el de Melzack y Casey, la dimensión emotivo-motivacional incluye las alteraciones afectivo-emocionales que acompañan al dolor y los cambios de comportamiento motivados por aquellas. El paciente, al percibir el dolor, se siente en ocasiones angustiado y temeroso y en ocasiones excitado o deprimido, determinando un estado motivacional que le lleva a comportarse de tal manera que la sensación dolorosa disminuya o cese completamente. Así se establece una relación circular entre dolor, estado emocional, motivación y conducta.



En las ciencias sanitarias surge un cambio cuando desde la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978) se reestructura el concepto de salud y deja de considerarse como únicamente la ausencia de enfermedad, para definirse como un completo bienestar físico, mental y social. Desde esta conceptualización, se da importancia a la percepción que tienen los pacientes de su calidad de vida global y del propio tratamiento. A partir de entonces ya no es suficiente valorar un tratamiento con indicadores biomédicos clásicos como la supervivencia, la toxicidad o la mortalidad, también hay que tener en cuenta aspectos como el bienestar psicológico, el funcionamiento físico o la relación familiar (Aronson, Bullinger y Ahmedzai, 1988; Spilker, 1990).

Calidad de vida y dolor

La Organización Mundial de la Salud define Calidad de Vida como: la percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto cultural y de valores en el que viven, y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses (WHO, 1993).



Los factores biológicos y fisiológicos se consideran determinantes del estatus de salud estando configurados por bases moleculares y genéticas. Los síntomas que describe el paciente con dolor están inducidos por interacciones complejas de factores biológicos, fisiológicos, psicológicos y sociales, por tanto, representan un compendio de enorme cantidad de información compleja.

Una enfermedad no influye directamente sobre la calidad de vida del enfermo hasta que no llegan a manifestarse los síntomas. Entre los determinantes del estatus funcional están el estatus sintomático, los factores sociales y las características psicológicas. Es decir, las personas implícita o explícitamente resumen y sintetizan las características de su condición real, que utilizan para definir el concepto de salud cuando se les pide que evalúen su salud en general. Esto incluye informaciones como las que le proporcionó el médico, pero también las dificultades percibidas al ejecutar las actividades físicas, sociales o laborales.

El dolor puede reordenar a toda prisa las prioridades y puede demostrar lo que verdaderamente importa. Este cambio de prioridades puede deberse al sufrimiento que provoca la experiencia dolorosa, un sufrimiento con significados e implicaciones internas y externas, tanto individuales como colectivas.

La discapacidad que surge del deterioro físico y psíquico al que están expuestos la mayoría de pacientes con problemas de dolor persistente, recurrente o crónico, suele ser una repercusión directa del dolor, dada la inactividad que conlleva la evitación de situaciones y/o actividades potencialmente dolorosas. Así, no son el dolor o el sufrimiento en sí mismos quienes provocan la discapacidad, sino el deterioro físico producto de la inactividad del paciente. Además, esta reducción en el número y tipo de actividades, también provoca un cierto malestar psíquico por dejar de realizar conductas que resultan placenteras, lo que facilita la aparición de trastornos en el estado de ánimo. La depresión es el más frecuente, pero también pueden darse problemas de ansiedad. En general, todos los estudios con muestras de pacientes con dolor crónico, con diferentes diagnósticos, reflejan una calidad de vida deteriorada. Las áreas más afectadas suelen ser la física, seguida de las áreas emocionales, social y cognitiva. Más específicamente se deteriora la movilidad, la capacidad de trabajo, las actividades de la vida diaria, el estado de ánimo, el sueño, la dependencia medicamentosa y la seguridad física.

En definitiva, el dolor afecta al bienestar y a la capacidad funcional en la mayoría de las dimensiones de calidad de vida, aunque no de la misma manera, para Kreitler y Niv (2002), implica en primer lugar, que los pacientes con dolor experimentan los distintos aspectos de su vida de forma diferente a los pacientes sin dolor; segundo, el tratamiento del dolor requiere abordar las diversas áreas afectadas por el mismo, empezando por las más afectadas y por aquellas que sean más fácilmente manejables y que puedan favorecer un cambio en la percepción del paciente respecto a su calidad de vida; y tercero, se debe ayudar al paciente con dolor a centrarse en las áreas de la calidad de vida menos afectadas y que puedan proporcionarle mayor habilidad para afrontar el síntoma y moderar su efecto en la percepción de calidad de vida global.

Depresión y Dolor

La evidencia clínica pone de manifiesto el sufrimiento psicológico y los trastornos emocionales que afectan a los individuos con dolor crónico. La depresión es el trastorno asociado más frecuente, aunque también se observan otros problemas emocionales como la ansiedad.

Los cuadros depresivos suelen manifestar: humor deprimido, episodios de llanto, baja autoestima, pensamientos de muerte y suicidio, disminución del sueño, del apetito y de la libido, niveles bajos de energía y actividad, problemas de concentración, dificultades con la memoria a corto plazo y retraimiento social. Es habitual detectar déficits cognitivos y conductuales, que pueden estar relacionados con la depresión en mayor o en menor medida, como lentitud en el pensamiento, atención focalizada en su propio problema e incapacidad; problemas de concentración y dificultades en el control de los impulsos (Miró, 2003). Pero no podemos olvidar que los conflictos en la dinámica familiar, laboral y social, son también prevalentes.

El problema esencial lo recoge Wilson (2002), al afirmar que los síntomas depresivos, sobre todo los somáticos, pueden ser al mismo tiempo síntomas del componente de enfermedad o biomédico del dolor crónico. Incluso hay investigadores clínicos que proponen entender algunas formas de dolor crónico como variantes de la depresión entendida como entidad nosológica.

Para Sternbach "el dolor crónico y la depresión comparten muchas características similares". El enfermo de dolor crónico modifica los conceptos sobre sí mismo, presenta cambios de humor repentinos, está menos activo, muchas veces permanece largos períodos en la cama, altera la dinámica familiar..., rasgos todos ellos similares a los que presenta un paciente depresivo. Y es que, como se desprende de los estudios de Merskey aproximadamente el 50% de los pacientes depresivos hospitalizados tienen dolor como síntoma destacado, y alrededor del 70% de pacientes con dolor crónico presentan depresión secundaria a su cuadro, esta interrelación es debida a que tanto en la etiopatogenia del dolor, como en la de la depresión, intervienen factores neurológicos y psicológicos comunes (como por ejemplo la actividad serotoninérgica).

La presencia de la depresión, sobre todo si es severa, puede complicar enormemente el tratamiento del enfermo con dolor crónico. Muchas veces es suficiente la aplicación de algún fármaco antidepressivo en las dosis adecuadas para que se produzca un alivio en el dolor, con la consiguiente disminución de los niveles de depresión. Pero muchas otras veces es necesario tratar prioritariamente la depresión antes que el dolor.

Como indica Ward, a pesar de que la depresión es el síntoma psiquiátrico más común en la práctica médica habitual, la mayoría de las personas con dolor y depresión no reciben un diagnóstico y tratamiento adecuados. Ello puede deberse a que síntomas tales como los trastornos del sueño o la fatiga son atribuidos a una forma de expresión del dolor y no al estado depresivo en sí. El diagnóstico diferencial entre ambos, bien sea a través de los sistemas taxonómicos tradicionales (DSM-IV, CIE-10...), bien con los cuestionarios adecuados, o bien con ambos a la vez, adquiere en estos casos gran relevancia, sobre todo a lo que al tratamiento se refiere. La adición de la depresión al cuadro clínico del dolor crónico hace especialmente dura para la familia del paciente el enfrentamiento con la enfermedad, de ahí que también tengan que ser considerados a la hora de establecer una terapéutica adecuada.

La relación entre dolor crónico y depresión es explicada por el modelo de diátesis-estrés (Banks y Kerns, 1996), según el cual, las demandas impuestas en la vida por el dolor crónico producen cambios cognitivos y conductuales negativos, y son precisamente esos cambios los que después conducen a la depresión. Desde este punto de vista, el dolor crónico es, en sí mismo, un estresor que puede provocar grandes cambios siempre que su intensidad, su duración y sus efectos sean lo suficientemente grandes. Pero además, en los individuos con factores predisponentes bioquímicos, cognitivos o conductuales, pueden derivarse desde rasgos subclínicos no diagnosticados, hasta un episodio depresivo mayor o un desorden distímico.

Aunque los estudios han indicado de forma consistente una incidencia alta de depresión mayor grave en los pacientes con un dolor crónico, también existen individuos con dolor crónico intenso que presentan síntomas depresivos menos graves, o que no cumplen ninguno de los criterios estándar para el diagnóstico de trastorno depresivo (Wilson, 2002). Es importante que los esfuerzos de la investigación se orienten hacia la identificación de los factores que desencadenan el desequilibrio afectivo en algunos pacientes, y así poder desarrollar mejores programas de prevención e intervención precoz, dado que en las modernas Unidades del Dolor multidisciplinarias se considera que la mejoría en el estado emocional y psicológico del paciente es un indicador de la actuación terapéutica y un objetivo prioritario a conseguir.

Ansiedad y Dolor

Spinoza (1632-1677), en el siglo XVIII, calificaba al dolor como una forma de angustia localizada. En la actualidad se considera que la ansiedad puede mantener la activación autonómica, y facilitar la aparición de mayores síntomas nociceptivos, que confirmarían la creencia del individuo sobre la existencia de algún trastorno grave como base de su dolencia, contribuyendo a perpetuar el pensamiento cognitivo negativo e irracional sobre su dolor.

También la ansiedad es considerada, al igual que la depresión, como una reacción lógica ante una situación de estrés crónico, provocada por padecer dolor durante largos periodos de tiempo. Algunos autores mencionan que existen dos tipos diferentes de sucesos estresantes: los sucesos vitales y los estresores crónicos. En el primer caso la persona se expone a cambios vitales indeseables y en el segundo se expone a ambientes difíciles o exigentes continuos que no cambian. Se diferencian en el curso temporal del estresor. Los sucesos vitales ocurren en un momento concreto, en cambio el estresor crónico es progresivo, de curso continuo y cuyo resultado es impredecible. Los estresores crónicos repercuten en las actividades diarias, acaban con los recursos de afrontamiento de la persona y crean inseguridad para resolverlos, y también crean incertidumbre, baja autoestima y sensación de amenaza personal (Infante, 2002).

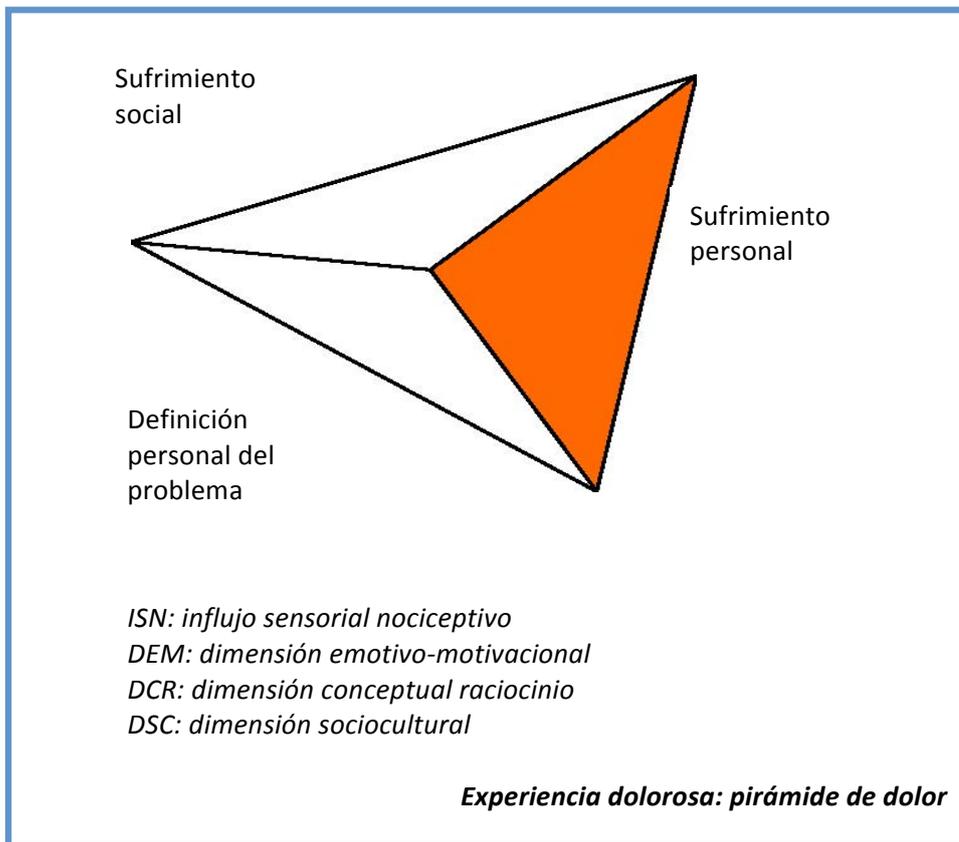
La relación entre ansiedad y dolor parece haber sido puesta de manifiesto por numerosos autores, si bien no se ha logrado un consenso absoluto sobre la relación precisa entre ambos. Tradicionalmente, y en líneas generales, se acepta que a mayor grado de ansiedad mayor dolor, aunque de acuerdo con los trabajos de Wall la relación es justamente la inversa. En un primer momento tras la agresión se incrementan los niveles de tensión y ansiedad, no apareciendo, de momento, la sensación dolorosa. Ahora bien, transcurrido cierto tiempo tras este primer período los niveles de ansiedad disminuyen y el dolor comienza a adquirir un papel preponderante.

Así pues, existe una importante interrelación entre la experiencia de dolor y la ansiedad, hasta tal punto que como indican algunos autores manteniendo constante la intensidad del dolor es el aumento de la ansiedad lo que hace calificar a los pacientes como insoportable su dolor, provocando el consiguiente aumento de la ingesta de medicación y complicando aún más su situación. Ello implica que la reducción de la ansiedad de acuerdo con la estrategia terapéutica más adecuada para cada caso supone, de manera indirecta, un alivio del dolor.

La ansiedad es muy habitual entre los pacientes con dolor y, frecuentemente ha sido identificada como uno de los factores de riesgo más importantes en la cronificación del dolor. La ansiedad facilita un aumento de la tensión y, por tanto, de la intensidad del dolor.

3.1.3 Dimensión cognitivo-evaluativa

La tercera de las dimensiones propuestas por Melzack y Casey tiene como función básica el modular el funcionamiento del resto del sistema implicado en la experiencia de dolor, dando como resultado el control y/o emisión de la conducta. Precisamente esta capacidad para modular al resto de las dimensiones hace que los aspectos cognitivos y evaluativos sean un objetivo importante a la hora de reestructurar el sistema de percepción del dolor. La integración y procesamiento de esta información se realizaría a niveles del córtex frontal y pre-frontal, ejerciendo su acción moduladora a través de las vías rápidas de control descendente tales como la vía piramidal.

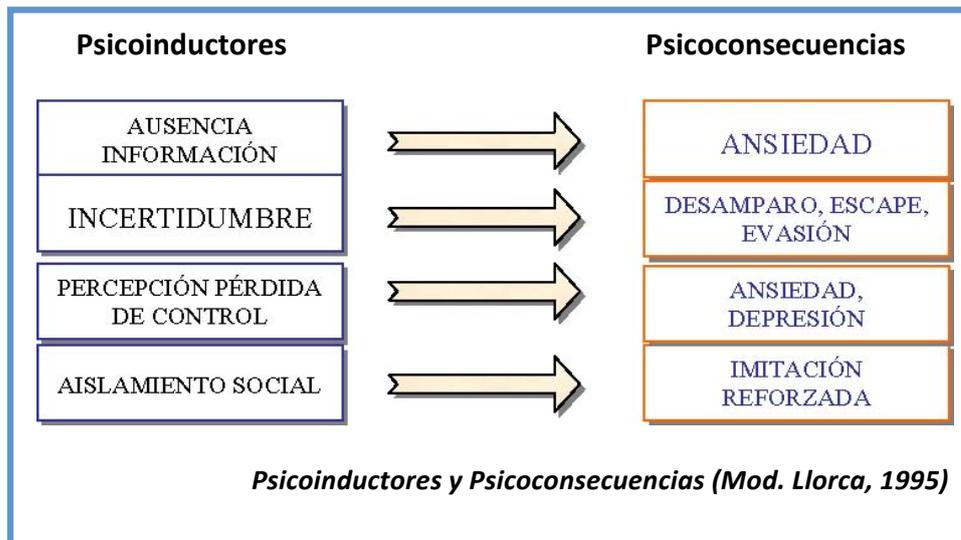


Entre todas estas dimensiones se establece una interrelación dinámica y cualquier alteración de una de ellas se refleja en todas las demás. La pirámide define tres planos: el sufrimiento social, el sufrimiento personal y la definición personal del problema. En esta dimensión se incluyen variables psicosociales como la atención, tipos de pensamiento, modos de afrontamiento (o estilos de coping), experiencias pasadas, valores socio-culturales...

En el caso del dolor crónico este se convierte en el tema principal de las cogniciones y verbalizaciones del sujeto, acompañado de pensamientos negativos sobre la resolución del problema que justifica las características y la cronificación del dolor. Es, pues, tarea importante reformular el sistema de cogniciones que sobre el dolor tiene el paciente, para evitar una hipersensibilización y permitir una modificación del habla interna formada en base a análisis erróneos de las experiencias personales, sociales y ambientales de la percepción del dolor.

Otro de los puntos prioritarios a tratar dentro de esta dimensión serían las cadenas anticipatorias que sobre el dolor hace el paciente. Basta que el sujeto perciba el más mínimo indicador de dolor o que así lo interprete, para que de forma involuntaria se ponga en marcha una cadena de pensamientos (muchos de ellos obsesivos) que concluyen con la aparición del dolor.

Llorca (1995) diferencia entre condiciones-antecedentes-psicoinductores y reacciones-consecuentes-psicoconsecuencias. La ausencia de información y su incertidumbre generan ansiedad; la percepción de pérdida de control sobre sí mismo y su propia existencia lleva al desamparo y al escape, al igual que a la evasión, al aislamiento social, a la ansiedad y a la depresión.



3.2. Factores de personalidad y dolor

La personalidad puede ser considerada como una estructura de cualidades emocionales e intelectuales única para cada individuo que se refleja en la conducta, pero cuyos elementos esenciales pueden ser evaluados. ¿Hasta qué punto los factores de personalidad son determinantes en la expresión de una experiencia tan subjetiva como el dolor? O mejor dicho, ¿cuáles son los rasgos o factores entendidos como tendencias estables de actuación, que se hayan más íntimamente relacionados con el dolor?

Para Chapman es necesario distinguir claramente entre dolor agudo y dolor crónico. En el caso del dolor agudo la incidencia de los factores de personalidad es prácticamente nula, debido a las características idiosincrásicas de este tipo de dolor. Sin embargo la relación entre rasgos de personalidad y dolor crónico ha sido puesta de manifiesto varias veces. Aquellos factores de personalidad que más importan para la comprensión del dolor son:

- *Tendencia a la ansiedad*: en líneas generales la enfermedad, sobre todo si es seria, crónica o de pronóstico incierto, aumenta la ansiedad en la mayoría de las personas, pero en aquellos sujetos tendentes a la ansiedad (que presentan unos índices de ansiedad-rasgo elevados) ésta puede ser una carga aún más insoportable que el propio dolor, requiriendo intervención sobre ella para no caer en el círculo ansiedad-dolor-ansiedad, que ya hemos comentado.
- *Rasgos ciclotímicos*: la ciclotimia se caracteriza por ser una tendencia de personalidad o una enfermedad psiquiátrica de carácter bipolar, en la cual el sujeto pasa desde el extremo de la euforia al de la depresión de manera imprevisible. Se ha constatado el aumento de los niveles de dolor durante la fase depresiva de los ciclotímicos, corroborando así lo que hemos dicho sobre las relaciones entre depresión y dolor. Por el contrario, no hay un aumento significativo sino una ligera disminución de las conductas dolorosas durante la fase maníaca o eufórica.
- *Rasgos histéricos*: los individuos con personalidad histérica muestran inmadurez en sus emociones y comportamientos, siendo de carácter extrovertido, dramático y superficial. Los sujetos de estas características que presentan dolor tienden a exagerar los síntomas, llegando a ser histriónicos en sus gestos y conductas, no tolerando el dolor y volviéndose aún más manejadores y exigentes. En realidad esto supone una forma de expresión exagerada rayana muchas veces con la simulación, que ocasiona no pocos conflictos con el personal sanitario que atiende a este tipo de "personalidades".
- *Rasgos hipocondríacos*: la tendencia normal a preocuparse excesivamente por el funcionamiento del propio cuerpo y sus disfunciones y anomalías es lo que se conoce con el nombre de hipocondría. Los

sujetos que tienen una personalidad marcadamente hipocondríaca manifiestan sistemáticamente dolor ante la más mínima señal disfuncional que detectan. Así como los sujetos con rasgos histéricos son fácilmente diagnosticables, este tipo de pacientes hipocondríacos suelen traer bastantes complicaciones diagnósticas y terapéuticas hasta que se descubre la organicidad o no de su sintomatología. Un análisis detallado de la historia médica y psicológica de estos sujetos, así como de la evaluación de los síntomas, es imprescindible si queremos evitar complicaciones a posteriori.

- *Rasgos obsesivos*: E enfermo con rasgos obsesivos pone a prueba la paciencia del personal sanitario que le atiende debido a su alto grado de exigencia y a la minuciosidad a veces exasperante que presentan los sujetos con una personalidad marcadamente obsesiva.

3.3. Factores socioculturales y dolor

3.3.1. Contexto social

Para R. Chapman "la experiencia del dolor humano está inevitablemente ligada al ambiente social en la cual ocurre". El ambiente juega un papel importante tanto en el control como en la cronificación del dolor, ya que por un lado ofrece pautas observacionales que el sujeto puede aprender, y por otro, reforzamientos y castigos que están a la base del mantenimiento o de la extinción del dolor.

En el sentido inverso también hemos hablado de la importante repercusión que el dolor crónico tiene para la sociedad, en especial por el enorme gasto social que acarrea, no tanto a nivel asistencial, sino más bien a nivel laboral. Así pues, la interrelación entre dolor y sociedad es doble:

Por un lado los factores sociales (concretamente el aprendizaje observacional de determinadas pautas de comportamiento frente al dolor, y la emisión de refuerzos o castigos sociales, básicos en la cronificación del dolor) determinan o modulan de alguna manera la experiencia de dolor.

Por otro lado, el dolor, especialmente el crónico, tiene una repercusión social y económica importante que cada día parece ir más en aumento.

3.3.2. Cultura

Los estudios transculturales sobre el dolor han cobrado en los últimos años un auge inusual. A pesar de los resultados contradictorios con que a veces nos encontramos, la línea mayoritaria de estos estudios, parece indicar que los patrones de conducta, las creencias y valores del grupo afectan el comportamiento individual frente al dolor, en especial en lo que a formas de expresión y de comunicación se refiere, así como al modo de entender al dolor. Precisamente las diferencias culturales frente al dolor se deberían a que los miembros de las diferentes culturas asumen actitudes distintas hacia las experiencias de dolor. Por ejemplo, mientras que en la mayor parte de Occidente el dolor es considerado como algo que afecta de manera importante al desarrollo normal de una persona y, en definitiva, no se tolera, muchas culturas orientales consideran el dolor como algo inherente al ser humano, con el que hay que convivir diariamente del mejor modo posible.

Esto nos viene a indicar que a pesar de que no existen pruebas científicas concluyentes, hay diferencias culturales significativas en la concepción y expresión del dolor, siendo estas diferencias extremadamente complejas.

3.3.3. Religión

El papel de la religión en la concepción del dolor está íntimamente relacionado con el ambiente cultural. No en vano, en ciertos aspectos, la religión es un producto cultural, una forma de entender al hombre y al universo estrechamente ligada con el sistema cultural en el que se gestó.

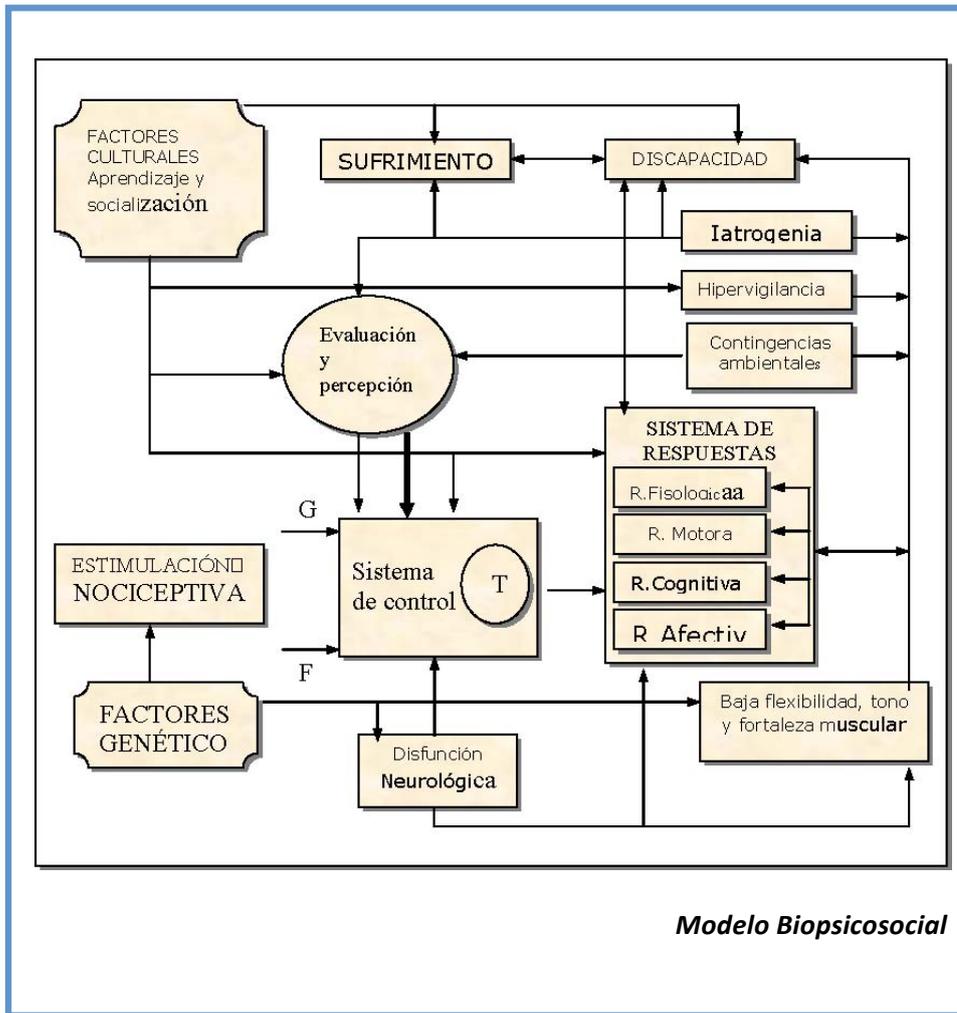
En un estudio de Lambert, Libman y Poser sobre tolerancia al dolor experimental entre una muestra de judíos y de protestantes, se vio como en principio no habían diferencias significativas entre uno y otro grupo. Sin embargo, cuando se les dijo a cada grupo por separado que estaba demostrado que los miembros de su religión soportaban mejor el dolor que los de otras, las diferencias fueron significativamente mayores a favor de los judíos. ¿Qué quiere decir esto? ¿Significa que la religión juega su propio papel en el dolor o que es la sugestión la variable responsable de estos cambios? La falta de estudios sobre el tema no nos permite corroborar una hipótesis u otra.

3.4. Variables psicosociales implicadas en el dolor

A estas alturas del desarrollo de la algología nadie pone en duda la participación de las variables psicosociales en los procesos dolorosos especialmente en los de tipo crónico. Sin embargo no es tan fácil encontrar una sistematización de su papel. Sin querer entrar en consideraciones específicas sobre patologías y/o tratamientos concretos, podemos indicar que las variables psicosociales se encuentran presentes en las situaciones de dolor a un triple nivel:

- Etiopatogénico: las variables psicosociales pueden desempeñar un papel primordial en la etiología del dolor. No son nada infrecuentes los cuadros de dolores psicógenos debidos a la existencia de determinadas psicopatologías o a trastornos por conversión .
- Mantenedor: variables como la ansiedad o la depresión, el estrés o la labilidad emocional pueden mantener e incluso aumentar la sensación álgica. La contribución de estos y otros factores (p.ej. alteraciones en la estructura o la dinámica familiar) a la cronificación del dolor también ha sido ampliamente estudiada.
- Atenuador: al igual que las variables psicológicas pueden incrementar o mantener la sensación dolorosa, también pueden atenuarla.

Así pues las variables psicosociales tendrían una función múltiple en el dolor: influirían en el origen del mismo, en su curso, en su expresión y en su tratamiento y/o alivio. Como veremos a continuación, hoy, ya conocemos el papel de algunas de estas variables en la expresión, curso y tratamiento del dolor crónico.



Además de lo que acabamos de reseñar nos parece interesante indicar en este punto el rol de la Psicología como ciencia implicada en el abordaje del dolor. Aparte de su habitual papel clínico ya bien conocido, la Psicología participa de una función investigadora tanto a nivel básico (formulación de modelos de actuación del dolor) como aplicado (elaboración de instrumentos diagnósticos, selección de procedimientos terapéuticos adecuados...) así como de una interesante labor formadora siempre en colaboración con otras disciplinas científicas.

A veces resulta complicado (especialmente para la persona no versada en cuestiones psicológicas) el poder reseñar de manera más o menos ordenada los distintos factores psicológicos y sociales que guardan relación con el dolor. La gran cantidad de variables implicadas, junto con su naturaleza multidimensional y la falta de claridad conceptual que a veces encontramos, contribuyen a este hecho. Para evitarlo, nosotros hemos decidido utilizar el sistema de clasificación propuesto por Suzanne Skevington (1995) en el cual vamos a incluir aquellos aspectos psicosociales que se ha visto guardan relación específicamente con el dolor crónico.

De acuerdo con este esquema podemos hablar de cuatro grandes niveles de agrupación de las variables psicosociales implicadas en el dolor.

3.4.1. Nivel 1: Variables individuales

En este nivel se incluyen aquellas variables dentro del comportamiento individual de un sujeto que tienen que ver con su forma de pensar, sentir y actuar, especialmente en lo referido al dolor. Entre los factores presentes en el dolor crónico dentro de este nivel, Skevington enumera los siguientes:

- *Percepción de la sensación corporal:* para que exista sensación dolorosa tiene que producirse obligatoriamente la percepción de dicha sensación. La variabilidad individual en el umbral al dolor que presenta cada paciente y la tolerancia perceptiva al mismo hacen que unas personas “descubran” (perciban) más o menos fácilmente su sensación álgica.
- *Percepción de la severidad del dolor:* las variaciones individuales en el dolor y en la respuesta analgésica están muy matizadas por la intensidad percibida que cada paciente realiza de su síntoma doloroso. Así, en principio, una persona que percibe una mayor intensidad en su dolor necesitará de un mayor alivio frente a otra que perciba un menor grado de magnitud.
- *Variables cognitivas:* los procesos cerebrales superiores entre los que se encuentran la mayor parte de los procesos cognitivos (memoria, elaboración de creencias e imágenes, procesamiento de la información...) son capaces de cambiar la percepción y el afrontamiento al dolor incluso independientemente de los efectos de un determinado fármaco per se. La atención (y la distracción), la memoria pasada respecto a otros dolores, el pensamiento y la representación sobre el propio dolor (creencias e imágenes sobre el dolor, la enfermedad y la discapacidad) y los procesos de aprendizaje pueden matizar la experiencia dolorosa del paciente con dolor osteoarticular.
- *Variables emocionales:* las relaciones entre las variables emocionales y el dolor ha sido uno de los temas de estudio “clásico” dentro de la psicología del dolor. Estas variables (estado de ánimo, ansiedad, depresión, labilidad emocional) pueden ser tanto mantenedoras o incrementadoras del dolor como consecuencia de síndromes dolorosos crónicos. Así se ha encontrado que la ansiedad guarda relación con la expresión del dolor en el caso de mujeres con dolor de rodilla (Creamer, Lethbridge-Cejku, Costa, Tobin, Herbst, y Hochberg, 2002) y que entre un 50 y un 70% de los pacientes reumáticos tienen un trastorno depresivo especialmente más prevalente en la fibromialgia y en la artritis reumatoide (Llorca, Monsalve y Villasante, F., 2001) De hecho, en el estudio EPIDOR, se recoge que hasta un 41 por ciento de afectados con dolor osteoarticular crónico en la fibromialgia presenta una depresión leve, un 40 por ciento, moderada, y un 15 por ciento, grave, lo que significa que el 96 por ciento de la población con dolor presenta algún grado de depresión en fibromialgia.
- *Motivación y expectativas:* las expectativas y las motivaciones que una persona tiene sobre un determinado objeto u acción establecen en gran medida su comportamiento frente a ello. Lo mismo ocurre en el caso del dolor: las expectativas sobre el dolor, su evolución y tratamiento o las motivaciones personales para mantener o no una medicación o realizar una determinada acción respecto a ese dolor (p.ej. el incremento del ejercicio) pueden hacer que el paciente acabe modificando su nivel álgico y/o de analgesia.

3.4.2. Nivel 2: Variables interpersonales

En este nivel se incluyen factores relacionados con los pensamientos, emociones, motivaciones y comportamientos derivados de los procesos de interacción entre los pacientes y aquellos que se encuentran en contacto con él. La familia, los amigos y personas cercanas, los compañeros de trabajo e incluso los propios profesionales de la salud otorgan a la enfermedad y a sus síntomas un contexto social que modifica las propias variables individuales. Entre estos factores podemos destacar:

- *Atribución:* los seres humanos necesitamos intentar dar explicaciones a los hechos que nos rodean y a los acontecimientos que nos afectan. En esta elaboración de “porqués” (procesos de atribución) resulta esencial la interacción con otras personas. En el caso del dolor osteoarticular el contexto social habitual de un paciente puede modificar (para bien o para mal) el cómo ese paciente entiende su dolor, su afrontamiento y la evolución del mismo. Como acabamos de ver, el mero hecho de

procesar el dolor de una manera o de otra puede modificar su percepción y expresión. De ahí la importancia de los procesos atributivos y de la influencia interpersonal en los mismos.

- *Control percibido del dolor*: la falta de sensación de control sobre un determinado acontecimiento genera en las personas estados de ansiedad y desasosiego (Cf. Seligman) que en el caso del dolor pueden contribuir a su exacerbación. Por el contrario la sensación de control permite al sujeto poner en marcha una serie de recursos de afrontamiento que disminuyen el estrés y la ansiedad, repercutiendo en el beneficio analgésico. Al igual que pasaba con los procesos atributivos esta mayor o menor sensación de control sobre la propia enfermedad y sus síntomas está muy matizada por la interacción con los demás. Por poner un ejemplo: si un profesional de la salud enseña a su paciente lo que es el dolor, su control y las variables que lo afectan, el paciente podrá diseñar estrategias particulares para obtener control sobre esas variables que acaba de conocer. Si por el contrario ese enfermo no sabe nada de su enfermedad, sus síntomas, sus consecuencias y su tratamiento, porque nadie se lo ha explicado, difícilmente podrá ejercer un control real efectivo sobre sus síntomas, impidiendo con ello la realización de posibles acciones analgésicas.
- *Autoeficacia*: guarda una estrecha relación con el control. Los sujetos que se creen capaces de afrontar su dolor con cierto grado de eficacia presentan niveles analgésicos mayores que las personas que se sienten incapaces de hacer nada para hacer frente eficazmente a sus problemas de salud. Se ha comprobado que aquellos pacientes artríticos más autoeficaces presentan menos dolor y mejor calidad de vida que los pacientes menos autoeficaces.
- *Apoyo social*: el apoyo social en cualquiera de sus formas (emocional, instrumental, informacional o facilitador) dota a las personas de una red de ayuda, oportunidades y cuidados que también influye sobre el dolor y su control. Las consecuencias positivas del apoyo social (permitir la descarga emocional, generar sentimientos positivos, proporcionar información sobre procedimientos y acontecimientos, facilitar oportunidades...) contribuyen indirectamente a mejorar los niveles de dolor de pacientes artríticos y a disminuir la intensidad de los cuadros depresivos asociados a ese dolor (Goodnow, Reisine y Grady, 1990) Sin embargo, en ocasiones, la necesidad de aprobación social y de búsqueda de apoyo puede ser un factor que en vez de contribuir al alivio del dolor suponga una variable incrementadora del mismo al convertirse el dolor en una llamada de atención que acarrea beneficios secundario a la enfermedad.

Otras variables incluidas dentro del nivel interrelacional que estamos analizando se refieren a las pautas de utilización tanto de los recursos sociales como sanitarios. Aquellos pacientes cuyos contextos no ayuden a la utilización adecuada de dichos recursos (p.ej. situaciones de analfabetismo, discriminación social...) presentarán un mayor riesgo de no poder acceder a posibles formas de control de su dolor.

3.4.3. Nivel 3: Variables interpersonales

En este nivel y cogniciones asociados al dolor están afectados tanto por las dinámicas grupales como por las relaciones entre los grupos. El tercer nivel de análisis propuesto por Skevington incluye a los procesos grupales e intergrupales que pueden tener algún tipo de influencia sobre el dolor. Entre ellos se citan las representaciones sociales (creencias e imágenes de los grupos respecto al dolor y a la enfermedad), la presión social, la comparación social o la propia identificación con los grupos. El principal problema de este nivel de análisis es el de no disponer de suficiente investigación sobre los mecanismos de actuación específicos de estos factores. Aunque se da por supuesto su influencia indirecta no se conoce la forma exacta de actuación sobre otros procesos psicológicos que puedan modificar la respuesta dolorosa.

3.4.4. Nivel 4: Variables de "orden superior"

A falta de un término castellano que traduzca la expresión de Skevington, hablamos en este nivel de aquel conjunto de factores que trascienden los niveles grupales e intergrupales para situarse en una situación superior en tanto en cuanto que afecta a todos los individuos que viven bajo un

determinado modelo social y cultural. Podríamos incluir entre ellos las políticas sanitarias llevadas a cabo por los dirigentes, los factores económicos que pueden afectar incluso a los tratamientos, el nivel cultural sanitario de los grupos a los que pertenece el sujeto, las ideologías o la cada vez mayor influencia de los medios de comunicación.

Parece bastante claro que las variables contenidas en este nivel no ejercen una influencia directa sobre los mecanismos psicofisiológicos del dolor, pero también parece obvio que tienen un peso importante en el dolor entendido como una experiencia vital que afecta y se ve afectada por múltiples ámbitos de la vida. La principal dificultad es cómo considerar este grupo de variables de forma lo suficientemente pragmática para que puedan ser útiles en la práctica clínica diaria sin que el profesional de la salud se “enrede” en cuestiones culturales y/o sociales que rayen más en lo filosófico que en lo psicológico.

IV. OBJETIVOS Y ÁREAS DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL DOLOR CRÓNICO

Una vez demostrada la implicación de los factores psíquicos en el dolor, los esfuerzos de la psicología se dirigieron a crear una serie de instrumentos diagnósticos adecuados que, por una parte, permitieran conocer las variables psicológicas implicadas en el dolor, y por otra, orientar el tratamiento. Estos esfuerzos se realizan desde dos líneas básicas de la psicología: la psicometría y la evaluación conductual. El objetivo de la primera es tratar de cuantificar las diferencias existentes entre los sujetos respecto al dolor y situar a un sujeto dentro de ese continuo de diferencias. Para ello se sirve de cuestionarios tanto referentes al dolor en sí, como a otras variables relacionadas con él (ansiedad, depresión y personalidad, fundamentalmente). Por su parte, la evaluación conductual, mucho más reciente en el tiempo, trata de analizar el dolor entendido como una conducta o conjunto de conductas, centrándose en el problema actual y tratando de descubrir los antecedentes (todo aquello que desencadena las conductas de dolor) y los consecuentes (aquellos aspectos que mantienen la conducta) de la conducta o conductas elegidas para ser estudiadas. Su finalidad es, básicamente, orientar el tratamiento, y de hecho se considera a la evaluación conductual como un punto más dentro de la modificación de conducta. Los instrumentos de evaluación de los que se vale son: la entrevista estructurada o semi-estructurada, los autorregistros, y, en ocasiones, las medidas psicofisiológicas.

A pesar de que estas dos líneas de diagnóstico habitualmente han ido separadas, en la evaluación de un fenómeno tan complejo como el dolor, es necesario combinarlas, siendo su grado de complementariedad bastante alto.

Pero, independientemente de que sigamos la línea psicométrica o la conductual, ¿cuáles son los objetivos fundamentales de la evaluación psicológica del dolor crónico? Podríamos resumirlos en los siguientes:

- Recogida de datos que permita un mayor conocimiento del problema que se nos plantea. La obtención de información tiene una doble finalidad:
 - Conocer las variables psicológicas implicadas en cada caso de dolor crónico para valorar su mecanismo de actuación y su importancia
 - Contrastar hipótesis sobre el origen y mantenimiento del problema
- Proporcionar feedback al paciente: en los casos de dolor crónico es importante proveer al paciente de información nueva sobre su propio problema, ya que éste se encuentra tan absorbido por el dolor que ha perdido el más mínimo signo de objetividad, no reconociendo otras ideas más que las suyas, y que generalmente son erróneas.

- Valorar la motivación real del paciente para solucionar su problema así como sus deseos y expectativas respecto a su mejoría. Es relativamente habitual que el problema del dolor crónico esté aplazando o superponiéndose a otros problemas de la vida del sujeto a los cuáles, inconscientemente, éste no quiere dar solución. Valorar las expectativas del paciente sobre la resolución de su dolor es importante, sobre todo para elevarlas en caso necesario o rebajarlas si estuviesen demasiado altas y no se ajustasen a la realidad para prevenir frustraciones futuras.
- Orientar el tratamiento: no toda evaluación psicológica implica la necesidad de llevar a cabo un tratamiento psicológico, y precisamente por ello es necesario realizar una labor diagnóstica para ver la necesidad real del tratamiento psicológico y, para que en caso de que éste fuese necesario, determinar cuál sería el más indicado.

Según M.A. Vallejo hacia nueve áreas básicas son las que debe dirigirse la evaluación psicológica:

- *Definición y caracterización del dolor:* implica la recogida de información precisa sobre el dolor en sí, independientemente del papel que desempeñen los factores psicosociales. Aspectos tales como la localización del dolor, su descripción, intensidad, patrón temporal y evolución, se incluyen dentro de éste área de evaluación.
- *Conductas de dolor:* evaluar cuáles son los comportamientos asociados al dolor a través de los que el sujeto nos informa de la existencia de dicho dolor. Gracias a la evaluación de estas conductas estaremos obteniendo una medida indirecta del dolor que nos indique la organicidad o no del mismo, así como de las relaciones funcionales que se establecen con sus antecedentes y consecuentes. Skevington y establece once categorías conductuales a analizar: actividades sociales, actividades relacionadas con el sueño, actividades canceladas por el dolor, actividades de cuidado personal, actividades que implican movimiento, actividades pasivas, actividades de ocio, actividades ingestivas, actividades domésticas, actividades asociadas al cuidado de la salud y actividades laborales.
- *Habilidades sociales y conductas adaptativas:* se trataría de evaluar aquellas áreas conductuales del paciente que inicialmente no se encuentran relacionadas con el dolor, es decir, las áreas no-problema, remarcando especialmente el repertorio de habilidades sociales que el sujeto posee, y que en no pocos casos es deficitario. También se han de considerar aquellas conductas incompatibles con el dolor, es decir, que cuando están presentes no se produce dolor, para en el tratamiento incidir sobre ellas.
- *Respuestas de ansiedad:* ya hemos hablado lo suficiente sobre el papel de la ansiedad en el dolor, con lo cual se sobrentiende la importancia diagnóstica que este aspecto posee.
- *Respuestas depresivas:* junto al área anterior constituirían, básicamente, los aspectos más relevantes de la dimensión motivacional-afectiva. El uso de cuestionarios adecuados (Test Hamilton) y la propia observación directa son los criterios diagnósticos más adecuados en este caso.
- *Respuestas cognitivas:* el componente cognitivo-evaluativo modula el funcionamiento del resto del sistema implicado en la experiencia del dolor, de ahí la importancia de evaluar el modo en el cuál se ejerce esta modulación. Los procesos atencionales y perceptuales, la conceptualización que el sujeto hace de su dolor y el papel de las respuestas cognitivas en las conductas de dolor deben ser los aspectos a evaluar en este área. También han de abordarse los estilos de afrontamiento del sujeto.
- *Respuestas psicofisiológicas:* se corresponden con la dimensión sensorialdiscriminativa y tienen mayor importancia en los casos en los que esta dimensión es la más relevante. Incluyen medidas como la respuesta psicogalvánica, el EMG, el EEG, el ECG...
- *Respuestas de autocontrol:* hacen referencia a la evaluación de aquellas actividades que el sujeto realiza con la finalidad de controlar su dolor. Hay que evaluar las respuestas que tengan éxito en la disminución de la intensidad, frecuencia o duración del dolor, y determinar las áreas deficitarias, para dotar al sujeto de las estrategias necesarias para su afrontamiento.

- *Expectativas ante la evaluación y el tratamiento:* por último, hay que indicar que el proceso de evaluación acompaña de continuo al proceso terapéutico. No basta conocer la evaluación inicial que sirva para dirigir el tratamiento, sino que hay que realizar una evaluación de la eficacia del mismo y un seguimiento a posteriori que en muchos casos resulta fundamental.

V. PROCEDIMIENTOS PSICOLÓGICOS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO

En los procedimientos de autoinforme la información obtenida tiene carácter indirecto, ya que es el paciente el que de forma oral (entrevista) o escrita (escalas y cuestionarios) suministra los datos sobre su problema, tanto en lo referente en lo que le sucede como sobre las relaciones entre los distintos elementos.

Para W. Penzo estos instrumentos de evaluación se hayan indicados en aquellas ocasiones en las que interese obtener una información del paciente rápida y global. Nosotros recomendamos su uso en los primeros momentos de evaluación, para hacernos una idea global de las características del paciente y su dolor, así como para orientar el tratamiento en los términos más adecuados. También pueden utilizarse como medida de control y de comparación una vez que ha finalizado el tratamiento para comprobar si realmente éste ha sido eficaz o no. Los procedimientos de autoinforme más empleados, son, por este orden: la entrevista clínica, las estimaciones cuantitativas y los cuestionarios.

La entrevista clínica es, sin duda alguna, el procedimiento de evaluación psicológica más utilizado, debido a la gran cantidad de información que proporciona. Suele realizarse siguiendo un patrón escrito de preguntas al que el paciente va respondiendo verbalmente. Normalmente tiene carácter estructurado y dirigido. Otros protocolos de entrevista permiten una mayor libertad en las respuestas del paciente, teniendo carácter semi-estructurado y dirigido. La entrevista abierta y dirigida no se emplea en la recogida de datos, sino sólo en algunas ocasiones en las que la psicoterapia es utilizada como forma de tratamiento, ya que el riesgo de perder información relevante al problema es muy grande.

Sea cual fuere el formato de la entrevista clínica, ésta ha de cumplir dos condiciones esenciales, una en cuanto a su modo de elaboración y otra respecto a su modo de aplicación:

- La entrevista clínica tiene que abarcar todas las dimensiones de la experiencia de dolor, explorando cada una de las áreas que presumiblemente pueden estar implicadas en el problema, deteniéndose principalmente en los aspectos que se consideren como más relevantes en cada caso.
- La aplicación de la entrevista dentro del ámbito clínico debe de ser realizada por un profesional que tenga especial cuidado en establecer una relación empática con el paciente, para evitar la pérdida de información y el falseamiento de los datos.

A pesar de que existen formatos estándar de entrevista (por ejemplo la que acompaña al MPQ del Melzack o la elaborada por Turk) cada cuál debería elaborar su propio protocolo o readaptar alguno existente para que se ajuste del modo más preciso posible a las necesidades reales de cada ámbito clínico.

5.1. Cuestionarios

Los cuestionarios escritos usados en la evaluación del dolor crónico, generalmente, pueden englobarse en cualquiera de estas tres categorías: cuestionarios para la evaluación clínica del dolor, cuestionarios específicos sobre variables psicológicas implicadas en el dolor e inventarias de personalidad.

Los Cuestionarios para la evaluación clínica del dolor, tienen como objetivo el proporcionar información sobre la intensidad, frecuencia, duración, localización y caracterización del dolor. El más conocido de ellos es el McGill Pain Questionnaire (MPQ) elaborado por Melzack en 1975 en la Universidad de McGill. Está compuesto por dos partes fundamentales. En la primera la información que se obtiene es similar a la de una historia clínica: datos personales, diagnóstico, farmacología, historia médica y personal, características actuales del dolor. Este tipo de información tiene carácter cualitativo y no es cuantificada. En la segunda parte se registra la intensidad del dolor en una escala numérica del 1 al 5, su localización en base a una figura humana similar, y su caracterización. Es precisamente la caracterización del dolor el punto más importante de este cuestionario. A través de 78 palabras descriptivas del dolor agrupadas en 20 apartados, trata de realizar una medida diferencial de las tres dimensiones de la experiencia de dolor: los 10 primeros apartados se corresponden a la dimensión sensorial, los 5 siguientes a la afectiva, el siguiente a la cognitivo-evaluativa y los 4 restantes a palabras diversas sobre el dolor. A pesar de los aceptables índices de fiabilidad y validez que el propio Melzack propone, en nuestro país, el uso de este cuestionario es bastante escaso debido a los problemas semánticos que presenta respecto a su traducción del inglés y a lo pesado de su aplicación. Por ejemplo, ¿qué significado tiene decir que mi dolor es "fresco", "ruin" o "sañudo"?

Otros cuestionarios para la evaluación clínica del dolor son: el Inventario Psicosocial del Dolor (PSPi) de Heaton y cols. (1982) interesados exclusivamente por los aspectos psicosociales del dolor, el Cuestionario de Evaluación Psicológica del Dolor (CEPO) de M.A. Vallejo (1983) que es el único elaborado en España hasta la fecha, el Cuestionario de Dolor Lumbar de Levitt y Garron (1980), el Cuestionario de Dolor de Darmouth (Corson y Schneider, 1984), el Perfil de Dolor de Duncan y cols. (1978), etc.

Entre los Cuestionarios sobre variables psicológicas implicadas en el dolor, la mayoría de ellos se dirigen a obtener información sobre los aspectos afectivos del dolor, en concreto sobre la ansiedad y la depresión. Entre los cuestionarios sobre ansiedad los más utilizados son: el Cuestionario sobre Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spilberger (1970) y la Escala de Ansiedad de Hamilton (1959, anexo II). La medida de la depresión se suele realizar a través de la Cuestionario de Depresión de Beck (BDI, anexo I) y la Escala de Depresión de Zung (1965). En un estudio comparativo entre ambas escalas, Turner y Romano encontraron que el BDI presentaba una sensibilidad del 83%, una especificidad del 89% y un porcentaje de diagnósticos correctos del 88%, frente al 67, 92 y 84%, respectivamente, de la Escala de Zung.

5.2. Procedimientos de autorregistro

La diferencia fundamental con los anteriores procedimientos es que aquí es el propio paciente quien registra la conducta a observar siguiendo las indicaciones propuestas por el terapeuta. Durante varios días sucesivos el paciente va anotando en una hoja de registro, previamente diseñada por el psicólogo, las características del fenómeno a tratar, inmediatamente o poco después de que éste haya ocurrido. Generalmente se anota la intensidad y frecuencia de los episodios de dolor.

El objetivo de los autorregistros es triple: . Recoger la información tal y como sucede en su ocurrencia normal, determinando su patrón temporal habitual. Con ello se consigue el establecimiento de la línea base de la conducta. . Comprobar la eficacia del tratamiento/s introducido. Es una medida de control de fácil aplicación muy sensible a la variación del patrón de la conducta observada. . Finalidad terapéutica. El autorregistro supone para el paciente una labor de autoobservación que generalmente

no realiza. Esto tiene de por sí carácter terapéutico, ya que se ha comprobado que el hecho de observar y registrar la propia conducta supone cambios en el patrón de la misma.

La fiabilidad de los autorregistros puede verse afectada por factores de discriminación como por ejemplo, no haber entendido la tarea, registrar una conducta que no es la propuesta inicialmente, etc. y por factores del propio sujeto. Entre ellos el más importante de todos, por el falseamiento de datos que supone, la baja motivación del paciente hacia el instrumento de evaluación, que le lleva en la mayoría de los casos a no realizar la tarea, y si lo hace, a efectuarla de una manera inadecuada. Por ello sólo se recomienda su utilización en pacientes convenientemente motivados.

En la evaluación del dolor crónico los procedimientos de autorregistro más utilizados son el Diario de Dolor y el Indicador del Patrón de Actividad.

El diario de dolor proporciona información continuada sobre la evolución temporal de la intensidad del dolor. El sujeto ha de anotar diariamente (de ahí su nombre) cómo ha ido evolucionando su dolor a lo largo del día, puntuando, por ejemplo, del 1 al 10 su intensidad en distintos momentos (por ejemplo: al levantarse, a media mañana, a medio día, a media tarde y al acostarse). También suele anotarse en una columna adyacente si hubo algún tipo de acontecimiento especial o de actividad que aumentase o disminuyese la intensidad del dolor en esos momentos. Habitualmente se emplea durante los primeros quince días para obtener la línea base de la conducta y luego con la frecuencia necesaria según se crea oportuno.

El indicador del patrón de actividad fue introducido en el estudio del dolor crónico por Fordyce. Es una forma concreta de autorregistro destinada a recoger información sobre las actividades habituales del sujeto, que en múltiples casos se ven seriamente afectadas por la presencia de la enfermedad. Fordyce propone un autorregistro de 64 ítems agrupados en torno a 16 categorías de actividades, que van desde el cuidado personal o el cuidado de la casa hasta las actividades sociales y de ocio, pasando por el ejercicio físico, las interacciones o los desplazamientos. El valor terapéutico del indicador del patrón de actividad es bastante elevado.

Como conclusión, cabe decir que aparte del registro del patrón de actividad o de la intensidad del dolor, es bastante frecuente encontrar autorregistros destinados a obtener información sobre otras conductas de dolor tales como el número de quejas verbales, la toma de medicación, las conversaciones mantenidas respecto al dolor, etc.

VI. ESTRATEGIAS PSICOLOGICAS EMPLEADAS EN EL DOLOR CRONICO

Para R. Chapman pueden ser clasificadas según sus objetivos dentro de tres grandes grupos:

- Técnicas dirigidas a la atenuación o bloqueo de la nocicepción a través de la intervención en la periferia.
- Técnicas dirigidas a la activación de los procesos inhibitorios del dolor.
- Técnicas dirigidas a la interferencia en la percepción del dolor, a la alteración de su significado, a la modificación de las variables asociadas a él y/o a la modificación del comportamiento relacionado con el dolor o con su expresión.

Todas las intervenciones psicológicas al ir destinadas a intervenir sobre procesos corticales o interferir entre el individuo y sus circunstancias ambientales, estarían incluidas en esta tercera categoría.

Las técnicas de intervención psicológica en el dolor no nacen como alternativa al tratamiento médico convencional, sino como medida conjunta a utilizar en un abordaje multidisciplinar. Por tanto,

los objetivos generales de unas y otras son comunes, aunque evidentemente sus objetivos específicos difieran. En líneas generales la intervención psicológica en el paciente con dolor, en especial con dolor crónico, tienen las siguientes finalidades:

- Aliviar y, cuando se pueda, eliminar el dolor.
- Aumentar los niveles de bienestar físico y psíquico de los pacientes.
- Restablecer las funciones y actividades necesarias para que el individuo recupere su autonomía.
- Motivar al paciente para que realice cambios o modificaciones de hábitos, actitudes y conductas inadaptativas.
- Prevenir complicaciones a posteriori, como los bucles ansiedad-dolor-depresión o la cronificación del dolor.

En conjunto, las técnicas psicológicas se diferencian del resto de las técnicas empleadas en el tratamiento del dolor por estas tres características:

- No son invasivas y comportan un riesgo mínimo.
- Implican un mayor consumo de tiempo tanto para el paciente como para el terapeuta.
- El paciente tiene un rol activo en el control y tratamiento de su dolor.

Su uso vendrá determinado en cada caso por las características que presente el dolor, por las circunstancias psicosociales del paciente y por la idoneidad o no de su uso, determinada durante el proceso diagnóstico.

6. 1. Técnicas de reducción de la ansiedad

Los procedimientos de reducción de la ansiedad están indicados en aquellos pacientes en los que la ansiedad, la sobrecarga de actividad, la contracción muscular o el miedo son elementos significativos.

Su acción terapéutica queda explicada a través de cuatro mecanismos:

- El dolor, en ciertos casos, puede ser consecuencia de una tensión muscular excesiva en determinadas zonas del cuerpo. La relajación de dichas partes supondría un alivio del dolor.
- En la experiencia de dolor el nivel de ansiedad del sujeto actúa de manera importante. La disminución de dichos niveles de ansiedad significa un cambio en la percepción del dolor, y por tanto un alivio del mismo.
- La reducción de la ansiedad produce una sensación de bienestar en la globalidad física, que puede suponer una mejora importante en el alivio del dolor.
- El alivio general que produce la disminución de la ansiedad provoca una modificación en los aspectos cognitivos del sujeto, en especial aumentando los sentimientos de autoeficacia y de autocontrol, con lo que el paciente cambia su modo de enfrentamiento al dolor.

Los procedimientos de reducción de la ansiedad en el dolor más utilizados son los métodos de relajación y la técnica de desensibilización sistemática.

6.1.1. Técnicas de relajación

El procedimiento de Relajación progresiva de Jacobson se basa en la consecución de la relajación a través de ejercicios musculares. El propósito fundamental es conseguir que el sujeto sea capaz de discriminar entre los estados de tensión y de relajación (relajación diferencial) para que posteriormente pueda localizar aquellos focos de tensión de su cuerpo y relajarlos. El sujeto aprende a relajar progresivamente diferentes grupos musculares en principio) que van disminuyendo hasta que en los estados finales del proceso la persona sea capaz de provocar la relajación por mera evocación e incluso por recuento.

Por su parte, el Entrenamiento autógeno de Schltz se basa en la autoinducción como forma de consecución de la relajación. A través de la sugestión de determinados estados sensoriales, como el calor, la pesadez, la tranquilización del ritmo cardíaco, etc., se busca conseguir una serie de cambios fisiológicos que faciliten una desconexión orgánica similar a la de los estados hipnóticos. Así pues, frente a la actividad física propuesta por Jacobson, el método de Schultz aboga por una actividad más fisiológica, controlada por la actividad mental.

6.1.2. Desensibilización sistemática (DS)

La DS es una técnica de reducción de la ansiedad, más compleja que los procedimientos de relajación, a los cuales incluye dentro de ella. Está recomendada en aquellos casos en los que el componente fóbico o el miedo intenso sean una parte importante en la expresión del dolor. Su creador fue J. Wolpe. Consiste en ir presentando al sujeto, progresivamente, una serie de estímulos aversivos previamente jerarquizados, mientras éste permanece en un estado de relajación. Se trata de buscar la incompatibilidad entre distintos estados psíquicos (tensión vs. relajación) para eliminar de esta manera la causa del miedo o de la huída/evitación.

El resto de técnicas reductoras de la ansiedad (las técnicas de exposición y de inundación) no suelen utilizarse en el tratamiento del dolor crónico, debido a la alta eficacia terapéutica que presentan las técnicas citadas, en especial las de relajación.

6.2. Técnicas de Biofeedback

Es una técnica que consiste en proporcionar al sujeto, a través de diferentes aparatos, una información inmediata, precisa y directa sobre determinadas respuestas psicofisiológicas de las que ordinariamente no es consciente, para que el sujeto las perciba y tome el control voluntario de las mismas. Aunque durante el proceso es necesario la utilización de distinto aparataje (polígrafo, electrodos, amplificador de sonidos, etc.) el objetivo final es lograr el control voluntario en cualquier ámbito y lugar, sin necesidad de aparatos. Las respuestas psicofisiológicas más habitualmente sometidas a biofeedback en el tratamiento del dolor crónico son: respuesta electromiográfica, tasa cardíaca, temperatura, respuestas vasomotoras y ritmos cerebrales, usando para ello biofeedback EMG, de ritmos alfa, de temperatura y de RPG.

Los objetivos terapéuticos de estas técnica son similares a los de las técnicas de reducción de la ansiedad: romper el ciclo dolor-tensión-dolor, evitar las respuestas anticipatorias de ansiedad y cambiar la conceptualización del paciente sobre su dolor, de tal manera que tenga la sensación de que éste es controlable.

Los resultados obtenidos con el uso terapéutico del biofeedback en pacientes con dolor crónico no son demasiado alentadores. Se ha visto que el biofeedback de ondas alfa no causa alivio del dolor; el biofeedback EMG se muestra útil solo en pacientes con dolor miofascial, cefaleas y lumbalgias, es decir, precisamente en aquellos cuadros donde el componente muscular es fundamental, aunque su eficacia terapéutica está por debajo de los resultados obtenidos con relajación.

No obstante, hay que decir que la presencia del biofeedback en el tratamiento del dolor crónico no ha sido demasiado extensa y que habrá que esperar más tiempo para conocer la eficacia real de esta técnica.

6.3. Técnicas cognitivas

Quienes sí están logrando una aceptación son las técnicas cognitivas, destinadas a modificar los aspectos cognitivo-evaluativos de la experiencia de dolor.

Las técnicas cognitivas utilizadas en el manejo de pacientes con dolor crónico son, fundamentalmente, de tres tipos: técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de coping y técnicas de resolución de problemas.

6.3.1. Técnicas de reestructuración cognitiva

También llamadas técnicas racionales. Se basan en la idea de que en el caso del dolor crónico, al igual que en muchas otras patologías, el paciente posee un sistema de creencias, ideas y valores inadecuados, con un predominio claro de pensamientos catastróficos, negativistas y proféticos, que deben ser modificados. Entre este grupo de técnicas la más usada es la Terapia Racional Emotiva (TRE) propuesta en 1962 por Albert Ellis. Los objetivos fundamentales son:

- Informar al paciente de sus supuestos sobre el origen del problema.
- Ayudarle a identificar sus pensamientos irracionales mediante auto observación y ayuda.
- Persuadirle sobre la irracionalidad de sus creencias y "desafiarle" a que deje de utilizarlas.
- Aplicar a situaciones concretas de su vida real los puntos anteriores.

Otras técnicas de reestructuración cognitiva de menor uso clínico son la Terapia Cognitiva de Beck, la Reestructuración Racional Sistemática de Goldfried y Goldfried y los Métodos de Autoinstrucciones de Meichenbaum.

6.3.2. Técnicas de Coping

Las técnicas de desarrollo de habilidades para afrontar situaciones problemas, también llamadas técnicas de manejo de situaciones, están formadas por un conjunto de procedimientos diversos, cuya hipótesis de trabajo es que los pacientes carecen de un repertorio suficiente de habilidades y destrezas para hacer frente activamente a situaciones productoras de estrés, en nuestro caso el dolor crónico. Estas técnicas buscan el enriquecimiento de las habilidades de los pacientes para conseguir que ellos se vivan como sujetos activos en el manejo de su dolor y desarrollen procedimientos de autocontrol que impidan el desencadenamiento de cadenas anticipatorias provocadoras de dolor. Entre las más utilizadas están el Modelado Encubierto y sobre todo el Método de Inoculación de Estrés, tratamiento multifacético desarrollado por Meichenbaum y aplicado al dolor con un alto porcentaje de éxitos por el propio Melzack.

En este procedimiento la primera fase es la llamada fase educacional, en la cual se explican al paciente los mecanismos de actuación y de control sobre el dolor. En la fase práctica se enseñan al sujeto distintas técnicas para manejarse en la situación de un episodio de dolor (autocontrol, detención del pensamiento, manejo de la atención, etc.). Por último, en la fase de aplicación se recrea, a nivel real o imaginario la situación aversiva y el modo de afrontamiento que el sujeto debe de utilizar en cada caso concreto.

6.3.3. Técnicas de resolución de problemas

Este grupo de técnicas se encuentra íntimamente relacionado con los procedimientos anteriores, aunque su aplicación individual presenta unos porcentajes de éxitos sensiblemente inferiores a ellos. Se trata de entrenar al sujeto en distintos métodos estandarizados (D'Zurilla y Goldfried, Modelo TOTE, de Miller, Galanter y Pribram...) para el abordaje de diferentes problemas sin concretar en ninguno específico.

Se dota al paciente de estrategias generales de resolución de problemas, con el inconveniente de que en no pocos casos, sobre todo si los niveles culturales y/o intelectuales son bajos, éste no sabe cómo aplicarlos a su problema actual.

En resumen, las técnicas cognitivas constituyen una parte importante de las técnicas en el manejo del dolor, aunque no se deben de usar aisladamente, sino acompañando a otro tipo de técnicas psicológicas para realzar el efecto de ambas.

6.4. Tratamiento por condicionamiento operante

Este tipo de tratamiento fue introducido en el manejo del dolor crónico por Fordyce y está destinado a eliminar las conductas de dolor mantenidas a través de condicionamiento operante. Su objetivo es triple:

- Reducir o eliminar, si se puede, las conductas de dolor.
- Incrementar los niveles de actividad y las respuestas adecuadas en el manejo del dolor.
- Modificar las contingencias sociales de las conductas de dolor, incrementando las adecuadas y eliminando las inadecuadas.

Para ello, desarrolla un vasto programa de intervención basado en la aplicación de los principios del aprendizaje operante a las conductas de dolor. Dicho programa comienza con el análisis conductual del dolor para elegir la conducta/s a tratar, obteniendo su línea base en cuanto a la topografía y tasas. Posteriormente se establece el análisis funcional de la conducta reseñando la lista de antecedentes y consecuentes que la mantienen.

El programa continúa enseñando al paciente una serie de ejercicios físicos con el fin de incrementar el patrón de actividad del sujeto. A la vez que el paciente se va adiestrando en estos ejercicios y actividades, ha de ir realizando un autorregistro sobre la intensidad del dolor, las actividades realizadas (indicador del patrón de actividad) y la medicación ingerida, con el fin de poder comprobar la eficacia del tratamiento.

Una parte importante del programa es el entrenamiento de la familia, para evitar que siga siendo un refuerzo positivo de las conductas de dolor del paciente. Además de ayudarlo en las actividades propuestas, deben de elaborar su propio autorregistro sobre las respuestas que ellos emiten en relación al comportamiento del paciente, y realizar actividades más adecuadas. El programa finaliza con una planificación del postratamiento y un seguimiento a corto y medio plazo de la evolución del paciente.

En resumen, los procedimientos operantes aplicados al dolor crónico se hallan bastante extendidos en la práctica clínica y, a pesar de que suponen un sobre esfuerzo por parte del terapeuta, el paciente y su familia, los resultados obtenidos compensan sobradamente este trabajo.

6.5. Psicoterapia

Son procedimientos de terapia utilizados habitualmente en psicología que no son considerados como técnicas propias del tratamiento del dolor, pero que también pueden ser utilizados en la terapia del mismo en ciertos casos. Bajo este nombre estamos englobando los procedimientos de psicoterapia de apoyo, psicoterapia dinámica, terapia familiar y terapia grupal.

El uso de la psicoterapia en pacientes de dolor crónico debe ser estudiado con cuidado, ya que como indica E. Tunks no son válidos para todo el espectro del dolor, ni para todo tipo de pacientes.

De hecho el uso de la psicoterapia en el manejo del dolor estaría tan sólo indicado en los siguientes casos:

- Cuando en el proceso diagnóstico se descubre que gran parte del origen del dolor, o todo él, se debe a factores psicológicos y no biológicos. Es decir, en casos de dolor psicógeno. El objetivo básico de la psicoterapia en este tipo de pacientes no sería aliviar el dolor, sino lograr el ajuste emocional y social del sujeto, ya que sistemáticamente se viene observando que tras el proceso terapéutico el dolor remite espontáneamente.
- Pacientes con dolor crónico severo de origen biológico, pero que evidencian una predisposición pre-mórbida hacia determinadas enfermedades mentales.
- Pacientes con presencia simultánea de psicopatología y dolor.

La Psicoterapia de apoyo no puede considerarse como una forma tradicional de psicoterapia, sino más bien como una actitud terapéutica que todo el personal sanitario que trate con pacientes de dolor crónico debería de utilizar. Esta actitud se basa en el establecimiento de una relación empática entre paciente y terapeuta en la que el primero se sienta comprendido, valorado y tratado adecuadamente. De hecho el establecimiento de una relación de este tipo es la premisa básica de la que parten numerosos tratamientos.

Por su parte, la Psicoterapia dinámica adopta el formato de la psicoterapia breve, con 10 a 20 sesiones máximo una o dos veces a la semana o incluso con una frecuencia menor. Los fundamentos de este tipo de terapia ya han sido vistos al hablar del modelo psicodinámico. En todo caso y, como también hemos indicado anteriormente, la utilización de una terapia de corte dinámico no tiene por qué excluir el uso de otro tipo de técnicas.

La Terapia familiar no debe ser confundida con el apoyo o el adiestramiento familiar del tipo que Fordyce propone en su programa. El objetivo principal de la terapia familiar es reestructurar el sistema o la dinámica familiar alteradas por las exigencias y comportamientos del paciente con dolor crónico. También se usa cuando los factores familiares son determinantes de buena parte del problema del paciente.

Finalmente, la Terapia grupal es recomendable en aquellos casos en los que el paciente presente algún tipo de déficit en sus relaciones sociales o cuando los conflictos interpersonales tengan un papel destacado en la génesis y mantenimiento del dolor. Sus ventajas son la economía en tiempo que supone para el terapeuta poder tratar más de un paciente a la vez, las influencias terapéuticas que unos pacientes ejercen sobre otros y el desarrollo del componente educacional de la terapia.

Para acabar este capítulo incluimos a modo de conclusión una serie de recomendaciones que surgen a raíz del desarrollo anterior. No pretendemos que sean una guía exhaustiva y concreta para llevar a cabo en la práctica clínica habitual, sino más bien queremos que sean una reflexión sobre el tratamiento interdisciplinario del dolor.

- Destacamos la necesidad de incluir las variables psicosociales en el manejo del dolor crónico, hecho especialmente importante por la cronificación presente en muchos de los cuadros, debido a la influencia que dichas variables tienen en el mantenimiento/atenuamiento del dolor y a la modulación analgésica que pueden realizar.
- Es necesario encontrar modelos explicativos bio-psico-sociales que expliquen el dolor osteoarticular tratando de averiguar cuáles son las variables concretas que influyen en este tipo de dolor y cuáles son sus mecanismos de actuación.
- Creemos recomendable la formación en evaluación y manejo de variables psicosociales por parte del equipo de atención sanitaria que atiende a este tipo de pacientes, hecho especialmente importante en la Atención Primaria y en personas que tratan con grupos especiales de pacientes (p.ej. ancianos o disminuidos psíquicos)
- Se debe incluir el dolor osteoarticular dentro de un planteamiento más amplio que el mero control del dolor, planteamiento que ha de buscar, bajo nuestro punto de vista, la mejora de

la calidad de vida del paciente, teniendo en cuenta este hecho como criterio de elección terapéutica.

En definitiva, esperamos que con este modulo los alumnos haya tenido una visión panorámica lo más amplia y detallada posible de los factores psicológicos y de la función de la psicología en un tema de tal complejidad como el dolor, y que entienda que cada día son más numerosos los problemas que requieren de 1a concurrencia multidisciplinar para su correcto abordaje y tratamiento.

Cuestionario de depresión de Beck

1. Estado de ánimo

- 0 O No estoy triste
- 1 O Siento desgana de vivir. Estoy triste
- 2 O Siento siempre desgana de vivir. Estoy siempre triste y no lo puedo remediar
- 3 O Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más

2. Pesimismo

- 0 O No soy demasiado pesimista ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro
- 1 O Me siento desanimado por lo que se refiere a mi futuro
- 2 O Creo que no debo esperar ya nada
- 3 O Creo que jamás me libraré de mis penas y preocupaciones

3. Sentimientos de fracaso

- 0 O No tengo la sensación de haber fracasado
- 1 O Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas
- 2 O Creo haber hecho en mi vida pocas cosas que valgan la pena
- 3 O Creo que he fracasado por completo

4. Insatisfacción

- 0 O No estoy particularmente descontento
- 1 O Casi siempre me siento aburrido
- 2 O No hay nada en absoluto que me proporcione una satisfacción
- 3 O Estoy descontento de todo

5. Sentimientos de culpa

- 0 O No me siento particularmente culpable
- 1 O Siento muchas veces que hago las cosas mal y que no valgo para nada
- 2 O Me siento culpable
- 3 O Considero que soy muy malo, que hago todo muy mal y que no valgo absolutamente para nada

(Continúa)

Cuestionario de depresión de Beck**6. Sentimiento de castigo**

- 0 O No tengo la sensación de merecer un castigo
- 1 O Creo que me podría pasar algo malo
- 2 O Tengo la impresión de que ahora, o muy pronto, voy a ser castigado
- 2 O Ahora tengo constantemente la sensación de que hago las cosas mal y de que no valgo para nada
- 3 O Quiero ser castigado

7. Odio a sí mismo

- 0 O No estoy descontento de mí mismo
- 1 O Estoy descontento de mí mismo
- 1 O No me gusto a mí mismo
- 2 O No me puedo soportar a mí mismo
- 3 O Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más

8. Autoacusación

- 0 O No tengo la impresión de ser peor que los demás
- 1 O tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios deseos
- 2 O Me hago reproches por todo lo que no sale bien
- 2 O Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes

9. Impulsos suicidas

- 0 O No pienso, a veces ni se me ocurre quitarme la vida
- 1 O A veces se me ocurre que podría quitarme la vida, pero no lo haré
- 2 O Pienso que sería posible que me muriese
- 2 O He planeado cómo podría suicidarme
- 2 O Creo que sería mejor para mi familia que yo me muriese
- 3 O Si pudiese, me suicidaría

10. Periodos de llanto

- 0 O No lloro más de lo corriente
- 1 O Lloro con frecuencia, más de lo corriente
- 2 O Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo
- 3 O Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera, como lo hacía antes

11. Irritabilidad

- 0 O No me siento más irritado que de costumbre
- 1 O Me enfado o me irrito con más facilidad que antes
- 2 O Estoy constantemente irritado
- 3 O Ahora no me irritan siquiera las cosas que antes me enfadaban

(Continúa)

Cuestionario de depresión de Beck**12. Aislamiento social**

- 0 O No he perdido el interés por los demás.
- 1 O Me intereso por los demás menos que antes.
- 2 O He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas.
- 3 O Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente.

13. Indecisión

- 0 O Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones.
- 1 O Ahora me siento menos seguro de mi mismo y procuro evitar el tomar decisiones.
- 2 O Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerla.
- 3 O Ahora me siento completamente incapaz de tomar ninguna decisión, sea lo que sea.

14. Imagen corporal

- 0 O No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre.
- 1 O Temo que mi aspecto cause mala impresión o de parecer aviejado.
- 2 O Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto.
- 3 O Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo.

15. Capacidad laboral

- 0 O Trabajo con la misma facilidad de siempre.
- 1 O Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar.
- 2 O Ya no trabajo tan bien como antes.
- 3 O Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa
- 4 O Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo, por pequeño que sea.

16. Trastornos del sueño

- 0 O Duermo tan bien como de costumbre.
- 1 O Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre.
- 2 O Me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.
- 3 O Me despierto demasiado temprano por las mañanas y no puedo dormir más de cinco horas.

(Continúa)

Cuestionario de depresión de Beck**17. Cansancio**

- 0 O No me canso antes que de costumbre
- 1 O Me canso más pronto que antes
- 2 O Cualquier cosa que haga me cansa
- 3 O Me siento tan cansado que soy incapaz de hacer nada, por poco esfuerzo que cueste

18. Pérdida de apetito

- 0 O Mi apetito no es peor que de costumbre
- 1 O No tengo tanto apetito como antes
- 2 O Tengo mucho menos apetito que antes
- 3 O No tengo en absoluto ningún apetito

19. Pérdida de peso

- 0 O No he perdido peso, y si lo he perdido, es desde hace tiempo
- 1 O He perdido más de dos kilos de peso
- 2 O He perdido más de cuatro kilos de peso
- 3 O He perdido más de siete kilos de peso

20. Hipocondría

- 0 O Mi salud no me preocupa más que de costumbre
- 1 O Me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares
- 2 O Mis molestias físicas me molestan tanto que me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa
- 3 O No hago nada más, en absoluto, que pensar en mis molestias físicas

21. Líbido

- 0 O No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por las cosas sexuales
- 1 O Me intereso menos que antes por cosas relativas al sexo
- 2 O Me intereso ahora mucho menos que antes por todo lo que se refiere al sexo
- 3 O He perdido todo mi interés por las cosas del sexo

Anexo II

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

	Ausente	Leve	Moderado	Marcado	Grave
1. ESTADO DE ANIMO ANSIOSO Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión, irritabilidad	0	1	2	3	4
2. TENSION Sensación de tensión, fatigabilidad, respuestas inesperadas, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, Incapacidad de relajarse	0	1	2	3	4
3. TEMORES A la oscuridad, a los desconocidos, a estar solo, a los animales, al tráfico, a las muchedumbres	0	1	2	3	4
4. INSOMNIO Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio y cansancio al despertar, ensueños, pesadillas, terrores nocturnos	0	1	2	3	4
5. INTELECTUAL (COGNITIVO) Dificultad para concentrarse, mala memoria	0	1	2	3	4
6. ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, humor diurno oscilante	0	1	2	3	4
7. SOMATICO (MUSCULAR) Dolores y molestias musculares, contracciones, rigidez muscular, crujir de dientes, voz cambiante, incremento del tono muscular	0	1	2	3	4
8. SOMATICO (SENSORIAL) Zumbidos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad, hormigueo	0	1	2	3	4
9. SINTOMAS CARDIOVASCULARES Taquicardia, palpitaciones, dolor torácico, latidos, sensación de desmayo, fallos de latido	0	1	2	3	4
10. SINTOMAS RESPIRATORIOS Opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disneas	0	1	2	3	4
11. SINTOMAS GASTRO-INTESTINALES Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, sensación de quemazón, sensación de plenitud, náuseas, vómitos, borborigmos, heces sueltas, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12. SINTOMAS GENITO-URINARIOS Micción frecuente, micción imperiosa, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia	0	1	2	3	4
13. SINTOMAS AUTONOMO Sequedad de boca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigo, cefalea tensional, erizamiento de pelo	0	1	2	3	4
14. COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA Agitación, inquietud, temblor de manos, cejas fruncidas, tensión facial, suspiros o respiración rápida, palidez facial, tragar saliva, eructos, sacudidas tendinosas, pupilas dilatadas, exoftalmos	0	1	2	3	4

PUNTUACIÓN TOTAL

VII. FUENTES DE CONSULTA

- Arnstein, P. (2000). The mediation of disability by self-efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disability & Rehabilitation*, 22, 794-801.
- Aronoff, G.M., Gallagher, R.M. y Feldman, J.B. (2002). Evaluación biopsicosocial y tratamiento del dolor crónico. En P. Prithvi Raj, *Tratamiento práctico del dolor* (pp. 165-174). Madrid: EDIDE S.L.
- Bandura, A. (2000) *Self-efficacy: the exercise of control*. W.H. Freeman and Company: Nueva York.
- Barba Tejedor, A.A. y Muriel Villoria, C. (1997) *Aspectos prácticos en dolor para Atención Primaria: dolor psicósomático*. Publicaciones Permanyer: Barcelona.
- Barber, J. (2000). La evaluación psicológica del paciente con dolor. En J. Barber (Ed.), *Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión. Una guía clínica* (pp. 71-85). Bilbao: DDB.
- Barcia, D. (2000). Dolor y depresión. *Archivos de psiquiatría*, 63(2), 123-138.
- Bazako, E. (2003). Intervención psicológica en una unidad de dolor. En E. Remor, P. Arranz, y S. Ulla (Eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 569-590). Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer.
- Bodenheimer, Thomas MD; Lorig, Kate RN, DrPH; Holman, Halsted MD; Grumbach, Kevin MD. Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *JAMA*. 288(19):2469-2475, November 20, 2002.
- Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. *British Medical Journal* 2000;320:526-527.
- Llorca, G., Monsalve, V. y Villasante, F. (2001) Aspectos psicopatológicos y psicosociales de la fibromialgia, en FUNDACIÓN GRÜNENTHAL (2001) FIBROMIALGIA. REUNIÓN DE EXPERTOS.
- Mas Hesse B. Y Comeche Moreno (2001) Aspectos psicofisiológicos implicados en el dolor crónico . facultad de psicología UNED. Madrid.www.Doyma.es. Actualizaciones en dolor 2001.2(4)241-251.
- Muriel, C. y Madrid, J.L. (2001). Estudio y tratamiento del dolor agudo y crónico. Madrid: ELA S.L.
- Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Med Care*. 2001;39:1217-1223.
- Plata, M.E., Castillo, M.E. y Guevara, U.M. (2004). Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 1(vol.27), 16-23.
- Richter, M., Ferrari, R., Otte, D., Kuensebeck, H.W., Blauth, M. y Krettek, C. (2004). Correlation of clinical findings, collision parameters, and psychological factors in the outcome of whiplash associated disorders. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 75(5), 758-64.
- Rodríguez Franco L. y Cano Garcia J. (2001). Papel del psicólogo en el abordaje del dolor. Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla. <http://www.Doyma.es> Actualizaciones en dolor 2001.2(4) 279-288.
- Sociedad Española de Reumatología (SER) Estudio EPIDOR: Epidemiología del Dolor en Reumatología (2002).
- Sternbach, R.A. (1982): "El dolor crónico como entidad patológica" en TRIÁNGULO, 20:27-32.
- Skevington, S.M. (1983): "Activities as indices of illness behavior in chronic pain" en *Pain* 15:295-307.
- <http://www.secpal.com>
- <http://www.pain.com>
- <http://www.rol.readysoft.com>
- <http://www.seeo.com>

- [http:// www.eutimia.com/tests/](http://www.eutimia.com/tests/)
- <http://www.perso.wanadoo.es>
- <http://www.psicologia-online.com>
- <http://www.institutferran.org/documentos/>

Máster del dolor